

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium

2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Pavλίna Laštůvková

Symptomatické poruchy řeči u žáků na základní škole praktické

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Hana Fleischmannová

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master combined

2010 – 2012

DIPLOMA THESIS

Pavλίna Laštůvková

Symptomatic Speech Disorders of Pupils at the Practical Primary
School

Prague 2012

The diploma thesis work supervisor:

Mgr. Hana Fleischmannová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze, dne 13. 6. 2012

Pavλίna Laštůvková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce Mgr. Haně Fleischmannové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá symptomatickými poruchami řeči u žáků s mentální retardací, kteří se vzdělávají na základní škole praktické. V teoretické části práce je cílem vypracování analýzy symptomatických poruch řeči u žáků s lehkou mentální retardací, cílem praktické části je zjistit četnost výskytu symptomatických poruch řeči na základních školách praktických v Praze a ve Středočeském kraji pomocí dotazníku. V závěru práce jsou prezentovány výsledky dotazování na základních školách praktických.

Klíčové pojmy:

Breptavost, dysartrie, dyslalie, huhňavost, jazykové roviny, koktavost, logopedická péče, mentální retardace, opožděný vývoj řeči, symptomatické poruchy řeči, vývoj řeči.

Annotation

This Dissertation deals with symptomatic speech disorders of the pupils with mental retardation, who are educated at the Practical Primary School.

The aim of theoretical part is to make an analysis of symptomatic speech disorders of pupils with light mental retardation.

The aim of practical part is to map the numerousness of occurrence of symptomatic speech disorders at Practical Primary Schools in Prague and in the Central Bohemia Region, using a questionnaire.

The results of the questionnaires at Practical Primary Schools are presented in conclusion of this work.

Key words:

Babble, dysarthria, dyslalia, language levels, logopaedic care, mental retardation, mumbling, retarded development of speech, stammer, symptomatic speech disorders, speech development.

OBSAH

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Vývoj řeči	9
1.1 Fylogenetický a ontogenetický vývoj řeči	9
1.2 Vývoj řeči u dětí s mentální retardací	12
1.3 Jazykové roviny	14
2. Mentální retardace	16
2.1 Charakteristika osob s lehkou mentální retardací	17
3. Symptomatické poruchy řeči	19
3.1 Symptomatické poruchy řeči při mentální retardaci	21
3.1.1 Dyslalie	23
3.1.2 Huhňavost	26
3.1.3 Breptavost	27
3.1.4 Koptavost	28
3.1.5 Poruchy a projevy v řeči dětí s mentálním postižením	30
4. Logopedická péče o žáky se symptomatickými poruchami řeči	31
4.1 Organizace logopedické péče v ČR	32
4.2 Principy logopedické péče	34
4.3 Specifika logopedické péče u dětí s mentální retardací	37
4.4 Legislativa v ČR	40
PRAKTICKÁ ČÁST	41
5. Cíl průzkumu	41
5.1 Pracovní hypotézy	41
5.2 Metody	42
5.3 Charakteristika souboru	43
5.4 Analýza dat	43
5.5 Interpretace výsledků	58
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM PŘÍLOH	63

Úvod

Zvolené téma diplomové práce vyplývá ze snahy spojit studovaný obor – speciální pedagogiku s dlouholetým zájmem o logopedii a osoby s mentálním postižením.

Pro jedince s mentální retardací, jehož obecná charakteristika zahrnuje snížení inteligence projevující se především omezeními ve vývoji kognitivních, pohybových a sociálních schopností, je omezení v řeči problematickým aspektem především v integraci do běžné společnosti.

Cílem diplomové práce bude zaměřit se na symptomatické poruchy řeči u žáků základní školy praktické, jejich definování a rozpoznávání. Dále se práce zaměří na zjištění četnosti výskytu jednotlivých symptomatických poruch řeči u žáků základních škol praktických v Praze a ve Středočeském kraji.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část tvoří první čtyři kapitoly. První kapitola se věnuje tématu vývoje řeči, s bližším pohledem na vývoj řeči u jedince s mentální retardací. Druhá kapitola pojednává o mentální retardaci s následnou specifikací na osoby s lehkou mentální retardací. Kapitola třetí se zaměřuje na symptomatické poruchy řeči, jejich definování a typologii. Kapitola čtvrtá rozebírá problematiku logopedické péče o žáky se symptomatickými poruchami řeči, principy a specifika logopedické péče o tyto žáky a legislativní ošetření dané problematiky.

Praktická část je strukturována od stanovení cíle a pracovních hypotéz, popisu metod, zkoumaného vzorku a postupu při průzkumu k analýze získaných dat a zpracování dat do tabulek a grafů.

Při psaní práce se vycházelo nejen z odborné literatury a dokumentů zveřejněných na internetu, ale i z vlastních zkušeností a podnětů získaných při výuce žáků se symptomatickými poruchami řeči v kombinaci s mentální retardací na základní škole praktické.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vývoj řeči

1.1 Fylogenetický a ontogenetický vývoj řeči

Řeč je schopnost, která se objevuje pouze u člověka a její rozvoj je velmi úzce spojený s rozvojem myšlení. Vývoj schopnosti dorozumívat se u člověka jako živočišného druhu probíhal v průběhu mnoha tisíciletí, hovoříme tedy o fylogenetickém vývoji řeči u člověka. Ontogenetický vývoj řeči je spojen již s vývojem řeči od narození jedince po celý jeho život.

Fylogenetický vývoj dorozumívání během vývoje druhu probíhal postupně v několika stádiích. Jako první vznikly zvuky vytvářené hlasem, jimiž tvor vyjadřuje své pocity jako bolest, radost, hlad. (Kutálková, 2005)

Další etapou ve vývoji dorozumívání byly již zvuky, které se vytvářely účelově. Jsou to například varovné signály, svolávání, volání o pomoc. Tyto zvuky nalezneme i mezi některými zvířaty, nešlo tedy o specialitu dorozumívání mezi lidmi.

Nejvyšší složka dorozumívací je typická pouze pro člověka. Složka dorozumívací je charakteristická vydáváním zvuků za účelem sdělování myšlenek a také schopností vnímat a pochopit to, co sdělují pomocí zvuků ostatní. (Sovák, 1978)

Samotná řeč, kterou můžeme sdělovat své myšlenky, je specificky lidská na úrovni abstraktního myšlení.

Ontogenetický vývoj řeči je vývojem řeči konkrétního člověka, vývoj řeči prochází několika fázemi vývoje řeči od jeho narození. Stadia vývoje řeči se dělí na přípravné období a na vlastní vývoj řeči. (Klenková, 2000)

Přípravné (předřečové) období vývoje řeči probíhá v prvním roce života dítěte. V tomto období si dítě osvojuje návyky sání, žvýkání, polykání. Křik je prvním projevem novorozence po příchodu na svět, souvisí s náznakem plicního dýchání. V prvních týdnech života je křik spíše monotónní, krátký. Jde spíše o neurčitý křik, volání, které se pohybuje kolem komorního á. Jde o reflexní činnost, neznamená to tedy, že by dítěti něco scházelo. Od druhého až

třetího týdne můžeme pozorovat vrozený výrazový pohyb – úsměv. To souvisí s neverbálními formami komunikace.

Mezi 2. a 3. měsícem začíná dítě křikem vyjadřovat i spokojenost. Tento křik má měkký hlasový začátek. Dítě opakuje sací pohyby a postupně začíná objevovat možnosti pohybu jazyka a rtů. Tyto hlasové projevy můžeme souhrnně označit jako broukání. Hlasový projev se stává výrazem pocitů libých a nelibých. (Sovák, 1978)

Na období prvního křiku a broukání navazuje období pudového žvatlání. Jde o hru s mluvidly. Děti provádí podobné pohyby jako při přijímání potravy a tyto pohyby doprovází hlasem. Pudové žvatlání se vyskytuje u všech dětí i dětí neslyšících.

V druhé polovině prvního roku už má dítě snahu napodobovat své okolí. Napodobuje gestikulaci i výrazy obličeje, snaží se napodobovat to, co slyší. Hlavní roli v tomto období hraje sluch a zrak. Zapojuje se vědomá sluchová i zraková kontrola. Dítě začíná napodobovat hlásky mateřského jazyka, všímá si pohybů mluvidel nejbližších osob, matky. Opakování hláskových skupin při žvatlání se označuje jako fyziologická echolálie. Než samotné napodobování hlásek se dítěti více daří napodobit správnou melodii řeči a její tempo. Melodií dokáže dítě vyjádřit své pocity a přání. Hovoříme o žvatlání napodobivém. Napodobivě žvatlají jen děti slyšící, neslyšící děti postupně žvatlat přestávají.

Okolo 10. – 12. měsíce života dítěte nastupuje stadium rozumění řeči. Dítě však ještě nechápe obsah slov, která slyší, reaguje však na určitou výzvu. To, že dítě rozumí, se projevuje motorickou reakcí, např.: „Udělej paci, paci!“ Reakci dítěte vyvolává melodie řeči. Velký význam má mimika, gestikulace mluvící osoby a citové vztahy dítěte a okolí.

Během prvního roku života dítěte můžeme odhalit souvislost mezi chováním rodičů a chováním dítěte, podle toho, co dítě vidí jako odpověď v obličeji rodičů nebo slyší v jejich hlase. Postupně si dítě uvědomuje své vlastní chování. Koncem prvního roku vstupuje dítě na úroveň první signální soustavy, do stádia „rozumění řeči,“. Poslouchá již jednoduché příkazy a zákazy. (Klenková, 2000)

Prvním skutečným verbálním projevem jsou slova, která dítě začíná užívat kolem jednoho roku života. První slovo, které dítě vědomě vysloví a chápe význam tohoto slova, je nejčastěji krátké, jednoslabičné nebo dvojslabičné. Nejčastěji jde o slova, která doprovází něco, co dítě zaujalo např. pápá, ham. Slovo rychle přibývá. Zpočátku však slovo zastupuje celou větu. (Kutálková, 2005)

Tato slova významově vyjadřují potřeby, přání, city, prosby. Proto se toto období nazývá emocionálně volným. Například slovo ham může znamenat mám hlad, slovo mama vyjadřuje radost, že je matka s ním.

V období mezi 1,5 – 2 roky života dítěte napodobuje dospělé, opakuje si samo slova, objevuje mluvení jako činnost. Hovoříme o egocentrickém stádiu vývoje řeči. (Klenková, 2000)

Jednotlivá slova postupně přestávají stačit k vyjádření myšlenek dítěte, tak začíná slova spojovat. Může se objevit již skutečná první věta. Příkladem může být věta Mámo ham. Hranice dvou let, kdy dítě již používá jednoduché věty typu čiči ham, nemusí být pro všechny děti stejná. Mezi dětmi se vyskytují rozdíly, některé dítě už ve dvou letech mluví poměrně dobře, jiné, častěji chlapci, se teprve pomalu rozjíždějí.

Mezi 2.-3. rokem života hovoříme o stádiu rozvoje komunikační řeči. Pomocí řeči se učí dítě dosahovat drobných cílů, snaží se s dospělými komunikovat.

Kolem třetího roku nastává stádium logických pojmů. Slova nebo věty spojená s konkrétním jevem se postupně abstrakcí zevšeobecňují. Slovo má již určitý obsah. Může zde docházet k vývojovým obtížím v řeči (opakování slov, zarážky v řeči).

Na přelomu 3. a 4. roku dítě vyjadřuje svoje myšlenky obsahově i formálně docela dobře. Rozšiřuje se slovní zásoba dítěte, prohlubuje se obsah slov a gramatika. Tento proces se nazývá intelektualizace řeči a tato etapa pokračuje ještě ve věku školním. (Sovák, 1978)

Po čtvrtém roce věku se slovní zásoba stále zvětšuje. Dítě už dokáže vyslovit skoro všechny hlásky s výjimkou L, R, Ř. (Kutálková, 2005)

1.2 Vývoj řeči u dětí s mentální retardací

U dětí s mentální retardací je výskyt symptomatických poruch řeči velice častý, můžeme říci, že se jedná o jeden z charakteristických znaků mentálního postižení.

Podle Sovákovy typologie poruch vývoje řeči se jedná o omezený vývoj řeči, protože řeč se u těchto dětí většinou už od začátku rozvíjí pomalu, deformovaně a později nedosáhne úrovně intaktní populace. (Lechta, 2002)

U dětí s mentální retardací se objevují odchylky od normy ve vývoji řeči už od narození. Častým projevem už při narození dítěte je slabší a méně častý křik, který kolísá, dítě vydává křik odlišný od intaktního dítěte, mnohem později se naučí rozeznávat hlas matky a tím přichází o možnost stimulace ze strany matky už v prvním roce života.

Rodiče intaktních dětí už od narození stimulují své děti tím, že k nim promlouvají, verbálně i neverbálně. U těchto dětí tak dochází k prvním řečovým projevům a současně prostřednictvím řeči k celkové stimulaci psychického vývoje. Vlivem působení stimulace psychického vývoje dítě získává poznatky a dovednosti pro další vývoj. U dětí s mentální retardací je situace složitější v důsledku opoždění začátků ontogeneze řeči. Pokud se objevují u dítěte už od počátku odchylky ve vývoji řeči v důsledku mentální retardace, projeví se tato skutečnost negativně na stimulaci psychického vývoje dítěte.

Pokud se u dětí s mentální retardací začnou objevovat první projevy řeči, od začátku se vymykají normě. (Lechta, 2002) Opožděný začátek vývoje řeči však vždy nemusí souviset s mentální retardací. U dětí, které do 2-3 let nezačaly mluvit, je nutné provést diferenciální diagnostiku a rozlišit, zda se jedná o opožděný vývoj řeči v důsledku mentální retardace a vyloučit možnost poruchu sluchu, dysfázii, prodloužení fyziologické dyslálie, popřípadě zvážit možnost zanedbání dítěte. Diagnostikování by mělo být velice pečlivé.

Vývoj řeči u dětí s mentální retardací závisí na stupni, formě a typu mentální retardace. V této práci se zabýváme problematikou řeči u dětí s lehkou mentální retardací, proto se budeme držet tématu a popíšeme si vývoj řeči podle stupně, dále se budeme zabývat mentální retardací podle typu.

Vývoj řeči u dětí s lehkou mentální retardací je obvykle opožděný o jeden rok a více. (Lechta, 2002) Tyto děti potřebují včasnou diagnostiku, aby se začalo co nejdříve se stimulací řeči. Včasná diagnostika, vhodné metody a přístupy nápravy, podnětné a láskyplné prostředí, mohou v průběhu předškolní a školní docházky zajistit dítěti tu nejlepší možnou nápravu řeči. Čím později proběhne náprava poruch dítěte, tím víc si upevňují tyto děti zafixované řečové stereotypy, charakteristické pro děti s lehkou mentální retardací a fixují se další. Verbální schopnosti jsou v běžné mezilidské komunikaci dostačující, řeč není nápadná.

Podle typu chování rozlišujeme tři typy mentální retardace: typ instabilní, apatický a nevyhraněný, přičemž typ nevyhraněný je kombinací obou předchozích. (Švingalová, 2003)

Vývoj řeči u dětí s typem instabilním (eretickým) je podmíněn neklidem, nesoustředěností a hyperaktivitou dětí. V komunikaci se tyto děti projevují velice hlučně, často vykřikují, nenechají druhého domluvit, odpovídají za jiné. Při práci s takovým dítětem je nutná trpělivost a klid. Druhým typem mentální retardace je typ apatický (torpidní). Apatické děti jsou klidné, pomalé, lhostejné. Vývoj řeči probíhá pomalu, pokud mluví, tak pomalu, bez zájmu, monotónně.

1.3 Jazykové roviny

Jazykové roviny nám umožňují hodnotit řeč osob s mentální retardací v komplexním přehledu, proto zde uvádíme rozbor řeči dle jazykových rovin.

Lexikálně – sémantická rovina

V této rovině se budeme zabývat slovní zásobou. Slovní zásoba u dětí s mentální retardací je chudá, převládají názvy běžných předmětů, které děti znají ze svého okolí, složitější slova specializovanějšího významu užívají velice málo. Jak uvádí Lechta (2002, s. 82): „*Oproti intaktním dětem se u nich ve zvýšené míře projevuje nepoměr mezi pasivní a aktivní slovní zásobou. Velká většina slov, která mentálně retardované děti znají, patří do jejich pasivního slovníku a jen málo z nich využívají aktivně.*“ V řeči skoro nepoužívají slova, která vyjadřují vlastnosti věcí. Celkově je slovní zásoba nedostatečná, nová slova si děti fixují pomalu, četba tyto děti ve většině případů neoslovuje, texty musí odpovídat úrovni dítěte, spíše text kratší s dítěti známými slovy, přidat slova nová, neustále je opakovat a fixovat.

Morfologicko – syntaktická rovina

Gramatická stavba věty nám může říci hodně o úrovni intelektu dítěte. Rozdíl mezi intaktními dětmi a dětmi s mentální retardací poznáme už při rozhovoru s dítětem.

Řeč dětí ve věku 6-7let s lehkou mentální retardací se skládá jen z jednoduchých vět, intaktní dítě v této době už používá souvětí. Vedlejší věty tvoří dítě s lehkou mentální retardací po 5. roce života. (Lechta, 2002)

Z pohledu morfologické stavby věty používají děti s lehkou mentální retardací více podstatná jména a méně slovesa. Ve větách se zřídka objevují přídavná jména, zájmena a příslovce. Žáci základní školy praktické na druhém stupni často selhávají, pokud mají tvořit vedlejší věty, používat spojky, spíše převládají jednoduché věty, stavba věty zůstává na úrovni žáka první třídy základní školy. Děti mají velké problémy naučit se různé poučky a pravopisná pravidla, s dětmi se musí neustále pravopisná pravidla opakovat a trénovat.

Foneticko – fonologická rovina

Vývoj výslovnosti u dětí s mentální retardací neodpovídá normě. Tyto děti začínají mluvit později, nemají tolik času na osvojení si řeči a zautomatizování řeči jako děti intaktní. Vývoj výslovnosti u intaktních dětí končí začátkem školní docházky. Podle výzkumů Lechty (1975) zůstává 40% žáků základní školy s vadnou výslovností, u dětí na konci docházky speciální mateřské školy až 92,5% dětí s vadnou výslovností.

Osvojení si mateřského jazyka u dětí s mentální retardací přetrvává v průběhu docházky do základní školy praktické.

Pragmatická rovina

Děti mají problémy s reagováním v komunikačních situacích, nedovedou správně odhadnout situaci a přiměřeně komunikovat s druhými, komunikační situace mohou být nepřehledné.

Řeč dětí s mentální retardací se projevuje ve všech jazykových rovinách odchylkami od řeči dětí intaktních, proto je velice důležitá včasná diagnostika řeči u dětí s mentální retardací a následná včasná náprava řeči zaměřená na oblast všech jazykových rovin.

2. Mentální retardace

Symptomatické poruchy řeči se objevují často u osob s mentální retardací. V této kapitole se seznámíme s charakteristickými projevy osob s lehkou a středně těžkou mentální retardací, které mají vliv na vznik a další vývoj symptomatických poruch řeči.

Jak uvádí Švarcová (2000, str. 28): *„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“* Švarcová dále uvádí (2000, str. 28): *„Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku.“*

Mezi mentálně retardované nepatří osoby, u kterých došlo k zaostání vývoje rozumových schopností např. v důsledku výchovné zanedbanosti, závažných emočních poruch, smyslového postižení. Nedošlo u nich k poškození mozku a psychické procesy probíhají normálním způsobem. Takové opoždění můžeme označit jako pseudooligofrenii (nemusí být trvalým stavem).

Mentální retardace je vrozené nebo časně získané (do 18- 24 měsíců) postižení, omezuje adaptaci postiženého dítěte nebo dospělého v jeho sociálním okolí. V případě mentální retardace se jedná o postižení trvalé.

Uvádí se, že mentální retardací trpí asi 3 % občanů, těžce mentálně postižených je asi 0,1% v populaci, předpokládá se, že v ČR žije asi 300 tisíc osob s mentálním postižením (rok 1993). (Švarcová, 2000)

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací) z roku 1992 se dělí mentální retardace:

- Lehká MR (F 70)
- Středně těžká MR (F 71)
- Těžká MR (F 72)
- Hluboká MR (F 73)
- Jiná MR (nemůžeme stanovit stupeň MR, např. u neslyšících.)
- Nespecifikovaná MR (MR je prokázána, ale není dostatek informací na zařazení.)

2.1 Charakteristika osob s lehkou mentální retardací

Řeč velmi úzce souvisí s dalšími psychickými procesy jako myšlení, paměť, pozornost, dále se na úrovni řečového projevu podílí emoce, percepce, sociální vztahy daného jedince. V této kapitole se zaměříme na získání komplexnější pohledu na žáka s lehkou mentální retardací ve vztahu k symptomatickým poruchám řeči.

- Myšlení – je těžkopádné, ovlivněno emocemi, utváření pojmů je pomalé, převažuje konkrétní myšlení, logické myšlení je porušeno. Při řešení neznámých situací setrvávají u určitého způsobu řešení. Neumí využívat své zkušenosti, dostatečně si neuvědomují úlohu, její cíl a smysl. V důsledku poruch ve vnímání si dítě tvoří velmi omezenou zásobu představ. Nedostatek názorných a sluchových představ, malá znalost zacházení s předměty, velmi omezená komunikace, nedostatečný rozvoj řeči zužují dětem s mentální retardací nezbytnou základnu, kterou potřebují k rozvoji svého myšlení.

- Řeč – vyvíjí se opožděně, je nedostatečná formální i obsahová stránka, narušeny jsou všechny jazykové roviny. Porozumění řeči je omezené, objevují se mluvní stereotypy, přetrvává ve vývoji řeči dyslalie, artikulační neobratnost. (Švingalová, 2003)

- Paměť – je spíše mechanická, ale může být na dobré úrovni, oslabení je patrné v uchovávání a vybavování (pomalé a nepřesné). Děti s mentální retardací si všechno nové pomalu osvojují, potřebují k tomu mnoho opakování, nové poznatky rychle zapomínají. Tyto děti mají pomalé tempo osvojování si všeho nového a nestálost uchovávání. Lépe si zapamatují vnější znaky předmětů a jevů a nezapamatují si vnitřní logické souvislosti. Děti s lehkou MR se nedovedou cílevědomě učit. Když se jim čte nahlas povídka, jsou schopny si někdy zapamatovat jednotlivé věty nebo část textu, ale nechápou obsah.

- Percepce – pokud se mentálně retardované dítě dívá na nějaký předmět, neprohlédne si ho do všech detailů, spokojí se s povrchním poznáním předmětu. Vyskytuje se porucha zrakové a sluchové analýzy a syntézy, což vede k opoždění řeči a psychického vývoje. Nedostatek podnětů může brzdit rozvoj vnímání dítěte a prohloubit MR.

- Pozornost – u dětí s lehkou MR pozornost velmi kolísá, je nestálá a snadno se odkloní k jinému podnětu, jsou hodně unavitelné a pozornost se musí s nimi v rozsahu možností nacvičovat.

- Motorika – najdeme poruchy u hrubé i jemné motoriky, objevuje se motorická neobratnost. Velké problémy nastávají při psaní, kreslení, vývoj kresby je opožděný.

- Citové vlastnosti – jedná se o nezralé osoby, s nedostatkem vůle, charakteristické je střídání nálad, sebehodnocení se vyznačuje nekritičností, jsou odkázáni na hodnocení jejich okolí, mohou být proto velmi dobře zneužiti (např. drogy).

- Emoce – děti s mentální retardací bývají emočně nevyspělé a chovají se jako děti nižšího věku. Cizí prostředí, neznámé osoby nebo podněty u nich mohou vyvolat strach. Silná je potřeba jistoty a bezpečí (vazba na určitého člověka). Obdobně jako u malých dětí, stejně tak i děti s MR pociťují buď spokojenost a mají radost, nebo nespokojenost a pláčou nebo se zlobí. U některých můžeme pozorovat povrchní prožívání vážných životních situací. Opožděně se vytvářejí morální city – svědomí, soucit, pocit odpovědnosti. Při únavě nebo celkovém oslabení organismu reagují tyto děti i na maličkosti silným podrážděním. Mentálně retardované děti však také dokážou mít rády své blízké, jsou vnímaví a ochotní pomáhat.

- Sociální vztahy – mentálně postižené dítě je pohybově neobratné, dlouho se nemůže naučit sedět, stát, chodit. Rodiče velmi brzy propadají zoufalství nad bezmocností svého dítěte a začnou ho nadměrně ochraňovat. Dítě začne být nesamostatné. Nedokonalost v řeči omezuje kontakt MR dítěte s lidmi, kteří ho obklopují, ostatní děti ho mohou ignorovat nebo využívat. Pokud se však k lidem s mentálním postižením chovají lidé v jeho okolí dobře, lidé s mentálním postižením dokáží být laskaví, přátelští a mírumilovní. (Švarcová, 2000)

Symptomatické poruchy řeči úzce souvisí s charakteristickými znaky osob s lehkou MR, v důsledku neúplné povrchní zrakové percepce, nestálé pozornosti a krátkodobé mechanické paměti, narušení utváření pojmů, nepochopení logických souvislostí, narušené jemné motoriky.

3. Symptomatické poruchy řeči

Narušená komunikační schopnost se může objevit u osoby v podobě dominujícího řečového postižení jako hlavní symptom. Druhou možností je výskyt narušené komunikační schopnosti jako sekundárního symptomu jiného dominujícího postižení, v tomto případě hovoříme o symptomatických poruchách řeči.

Jak uvádí Lechta (2002, str. 52): „*Symptomatické poruchy řeči tedy definujeme jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění.*“ Slovo symptomatické vyjadřuje, že se jedná o sekundární poruchy řeči, primární je zde dominující postižení. Dominujícím postižením může být přítomnost dětské mozkové obrny, mentálního postižení, zrakového nebo sluchového postižení, kombinované postižení. Dominujícími poruchami nebo onemocněním mohou být schizofrenie, epilepsie, poruchy chování.

Symptomatické poruchy řeči nám poskytují možnost včasné diagnózy v případech jiných dominujících postižení nebo onemocnění. Pokud dítě nemluví nebo se řeč vyvíjí pomalu, je to nápadné. V rámci včasné diagnózy můžeme preventivně předejít závažnějšímu onemocnění nebo zmírnit negativní důsledky onemocnění.

Příčinu symptomatických poruch řeči způsobují různé etiologické faktory. Rozlišujeme tři základní případy, jak uvádí Lechta (2002, str. 53):

1) Primární příčina (např. dědičnost) způsobí dominující postižení nebo poruchu, které doprovází narušená komunikační schopnost – symptomatická porucha řeči.

2) Primární příčina (např. orgánové poškození mozku) způsobí dominující postižení se sekundárně narušenou komunikační schopností. Současně primární příčina způsobí i paralelní postižení s negativním vlivem na komunikační schopnost.

3) Existence dvou a více primárních příčin, např. mentálně retardované dítě s přítomností sekundárně negativní komunikační schopností dysgramatismus a s další primární příčinou např. negativním vlivem prostředí, může způsobit nepříznivý rozvoj komunikační schopnosti.

Příčiny vzniku symptomatických poruch řeči jsou rozličné etiologie, v úvahu musíme přijmout i další faktory jako je rodinné prostředí, které má obrovský vliv na formování osobnosti dítěte a na rozvoj jeho komunikačních schopností, období vzniku dominujícího postižení a s tím spojené narušení komunikační schopnosti, včasná diagnóza a úroveň logopedické péče.

Symptomatické poruchy řeči rozdělujeme na specifické a nespecifické. Specifické jsou typické pro jednotlivá postižení např. echolálie (mechanické opakování slyšeného bez pochopení významu) u mentálně retardovaných. Nespecifické se vyskytují v jiných případech narušené komunikační schopnosti, které nejsou pro dané postižení typické. (Lechta, 2002)

Symptomatické poruchy řeči se vyskytují ve všech jazykových rovinách. U mentálně retardovaných se jedná především o gramatickou rovinu, foneticko – fonologickou rovinu a lexikálně – sémantickou rovinu. Symptomatické poruchy řeči se projevují v nejtěžších případech úplnou nemluvností, nejčastěji se však vyskytují případy spíše lehčích odchylek narušené komunikační schopnosti v porovnání s intaktní populací. U mentálního postižení se jedná především o narušení obsahové stránky řeči.

Diagnostika symptomatických poruch řeči se opírá v současné době o diagnostiku a diferenciální diagnostiku konkrétních poruch. Jak uvádí Škodová (2007, str. 391): „*Všeobecné principy pro diagnostiku symptomatických poruch pro složitost a velkou variabilitu zatím nejsou zpracovány.*“

Prognóza symptomatických poruch řeči se odvíjí od mnoha faktorů, je individuální pro každého jedince, záleží na typu dominujícího postižení, stupni tohoto postižení, době vzniku postižení a včasné diagnostice, na kvalitě zdravotní a logopedické péče, na okolním prostředí.

Logopedickou péčí o osoby se symptomatickými poruchami řeči zajišťuje v České republice resort zdravotnictví, resort školství a resort práce a sociálních věcí. V rámci resortu zdravotnictví se jedná o ambulantní nebo lůžková zdravotnická zařízení, léčebny, lázně, denní rehabilitační stacionáře. V rámci resortu školství zabezpečují logopedickou péčí pedagogicko – psychologické poradny, speciálněpedagogická centra, speciální školy.

3.1 Symptomatické poruchy řeči při mentální retardaci

U dětí s mentální retardací nalezneme odchylky od normy už v raném věku. Dle výzkumů většiny odborníků, kteří se zabývají poruchami řeči u dětí s mentální retardací docházíme k závěru, že výskyt poruch řeči u dětí s mentální retardací je mnohem vyšší v porovnání s intaktními dětmi v populaci. Dokazují to výsledky výzkumů v této oblasti. Sovák zjistil dle svého výzkumu výskyt poruch řeči u dětí na ZŠ praktické (dříve zvláštní škola) v 70%, Synek dokonce uvádí v průměru 85% dětí s poruchou řeči v ZŠ praktické, Lechta z výzkumu na prvním stupni ZŠ praktické uvádí 88% dětí s poruchou řeči (nejčastěji se jednalo o dyslalii, huhňavost, dysgramatismus, koktavost). (Lechta, 2002)

Při mentální retardaci je vždy omezený vývoj řeči. (Škodová, 2007) V důsledku přítomnosti omezeného vývoje řeči se začátek vývoje řeči posouvá na období pozdější. Celkový vývoj řeči se může v některých případech posunout až do období školní docházky. Odborníci se domnívají, že právě jedním z faktorů, který má vliv na vývoj řeči je věk, kdy na prvním stupni je výskyt symptomatických poruch řeči vyšší než na druhém stupni ZŠ praktické.

Dalším z diskutovaných faktorů je inteligence. První skupina odborníků tvrdí, že IQ může mít vliv na výskyt poruch řeči. Toto tvrzení dokazují výsledky Bohma, kdy ve skupině dětí s mentální retardací našli u dětí s lehkou mentální retardací 86,5% poruch řeči, u dětí se středně těžkou mentální retardací 95,4% poruch řeči a u dětí s těžkou mentální retardací 100% poruch řeči. Druhá skupina odborníků tvrdí, že IQ nemá přímou závislost na výskyt poruch řeči. (Lechta, 2002)

Příčiny vzniku poruch řeči u dětí s mentální retardací jsou různorodé. Příčiny, které mohou způsobit poruchy řeči jsou omezený vývoj řeči, anomálie mluvních orgánů, citová deprivace u dětí vyrůstajících v ústavech, nedostatečná úroveň motorické koordinace, snížená úroveň motoriky mluvidel, dle některých autorů IQ, zanedbání v prostředí rodiny, poruchy sluchu, narušení fonemického sluchu a fonemické diferenciaci, emoční labilita.

Symptomatické poruchy řeči se mohou vzájemně kombinovat, tím se vytváří kategorie řečových poruch, kterou u intaktních dětí nenajdeme.

Příznaky symptomatických poruch řeči se odvíjí od dominantního postižení, proto jsou velmi individuální. V řeči se projevuje narušená obsahová stránka řeči (slabá slovní zásoba, používání stereotypních slov) a současně narušená vnější stránka řeči, výslovnost. Na kvalitu řečového projevu působí další faktory jako deformace artikulačního ústrojí (např. rozštěpy patra), ochablá motorika mluvidel, narušená motorická koordinace a další.

Diagnostiku mentální retardace provádí klinický psycholog. Psychologické vyšetření se poskytuje klinickému logopedovi, který si již sám vyšetří u dítěte řeč. V rámci vyšetření řeči se zaměřuje klinický logoped na tyto oblasti: úroveň obsahové stránky řeči (pasivní a aktivní slovní zásoba), rozumění řeči, motorické funkce důležité pro řeč (dýchání, fonace, artikulace), zhodnocení prozodických faktorů řeči, zhodnocení možností a schopností neverbální komunikace. (Škodová, 2007)

Prognóza závisí na stupni mentálního postižení. Děti s lehkou mentální retardací se mohou vzdělávat na základní škole, častěji na základní škole praktické dle doporučení pedagogicko – psychologické poradny a rozhodnutí ředitele školy. Učivo většinou zvládají na základní škole praktické dobře, při kvalitním rodinném zázemí a logopedické péči se vyučí a dokáží v dospělosti žít úplně samostatně, i když v řečovém projevu přetrvávají určité odchylky od normy (především narušená obsahová stránka řeči). Děti se středně těžkou mentální retardací se mohou vzdělávat v základní škole praktické nebo speciální, důležitá je u nich stimulace řečového projevu, kvalitní rodinné zázemí a logopedická péče.

U dětí s mentální retardací se vyskytují nejčastěji následující symptomatické poruchy řeči: dyslalie, huhňavost, koktavost, breptavost a dysartrie. Další projevy v řeči jsou echolálie, dysprozódie, poruchy hlasu. Mentální retardace se může spojit i s dětským autismem, tzv. autistické rysy.

3.1.1 Dyslalie

Nejrozšířenější poruchou řeči dětí s mentální retardací je vadné tvoření hlásek, jež nazýváme dyslalie neboli patlavost. Tato porucha řeči se projevuje vynecháváním hlásek, zaměňováním nebo nahrazováním hlásek, nepřesným vyslovováním.

Vadná výslovnost, která má výrazně patologický charakter již od počátku svého vývoje, nebo která pokračuje do období kolem sedmého roku (v tomto období se upevňuje výslovnost u intaktních dětí), se nazývá pravá dyslalie. Jedná se o vadu vývojovou, která vzniká vývojem výslovnosti a přetrvává do 6-7 roku života dítěte, v tomto období se fixují mluvní stereotypy, u dětí s mentální retardací v důsledku opožděného vývoje řeči se vývoj výslovnosti posouvá do období školní docházky, kde se teprve fixují mluvní stereotypy.

Dyslalie se projevuje u dětí s mentální retardací obvykle nesprávnou artikulací sykavek a hlásky R. V porovnání s dětmi v intaktní populaci se u mentálního postižení vyskytuje narušená výslovnost i lehčích hlásek, kterou si upevňují intaktní děti již v předškolním období. Děti s mentální retardací mohou vynechávat na konci slov hlásky v důsledku slabé koncentrace, často se u nich objevuje správná výslovnost hlásky, ale ve slabikách nebo slovech jí vysloví špatně.

Výskyt dyslalie, jak uvádí Lechta (2002, str. 92): „*V našem výzkumu jsme mezi 150 mentálně retardovanými žáky 1.-5. ročníku zvláštních škol našli 76% dyslalických dětí.*“ Výskyt dyslalie na druhém stupni je nižší, je to dáno postupným vývojem řeči, logopedickou péčí a sociálním prostředím.

Dle pohlaví převažuje výskyt dyslalie u chlapců. (Krahulcová, 2007)

Podle forem mentální retardace se nejčastěji vyskytuje dyslalie u dětí s kretenismem a Downovým syndromem. Dyslalie se může kombinovat s dysgramatismem, huhňavostí, s dysfonií. (Lechta, 2002)

Příčiny vzniku dyslalie u dětí s mentální retardací souvisí s typem a stupněm dominantního postižení, rozhodující vliv představuje také forma mentálního postižení (např. gotické patro u dětí s Downovým syndromem). Častěji se vyskytují příčiny orgánové v porovnání s intaktními dětmi.

Příčiny dyslalie jsou:

- **Dědičnost**
- **Vliv prostředí** – nesprávný řečový vzor (napodobování „šišlání“ dospělými), výchovná zanedbanost dítěte, trestání a výsměch v období, kdy ještě není řeč fixována.
- **Narušené sluchové a zrakové vnímání** – nedoslýchavost, kdy dítě trpí slyšením vysokých tónů, což způsobuje, že dítě nerozlišuje správně jednotlivé hlásky (především sykavky). Někdy se nevyskytuje porucha sluchu, ale dítě nerozlišuje jednotlivé zvuky, nediferencuje jednotlivé hlásky – jde o poruchu fonemického sluchu. Vady zraku (slabozrakost, nevidomost) mohou být také příčinou špatné výslovnosti. Nevidomé děti nemohou odezírat pohyby artikulačních orgánů.
- **Nedostatek citů** – děti, kterým chybí dostatek citu, děti citově deprivované, začínají mluvit později, mají nedostatky ve výslovnosti.
- **Poškození dostředivých a odstředivých nervových drah.**
- **Poruchy centrálního nervového systému** – při LMD se objevují nedostatky ve výslovnosti (artikulační neobratnost a hlásková asimilace). Mentálně retardované děti mohou mít také narušenou výslovnost.
- **Motorická neobratnost**
- **Anomálie řečových orgánů** – defekty chrupu, přirostlá uzdička, rozštěp rtu nejsou příčinou vzniku vadné výslovnosti, ale vadná výslovnost se může vyskytovat společně s odchylkou mluvidel. (Klenková, 2000)

Dyslalii můžeme rozdělit podle několika hledisek:

Z vývojového hlediska (Klenková, 1998):

- **Fyziologická, prodloužená fyziologická dyslalie**
- **Mogilalie** – jestliže dítě vynechává ve slovech určitou hlásku (např. místo kráva říká káva), vyskytuje se často u dětí s mentální retardací.
- **Paralalie** – dítě zaměňuje hlásku, kterou neumí vyslovit, za jinou (např. místo ruka říká luka).
- **Vadná výslovnost** – dítě hlásku sice vyslovuje, ale chybně, na jiném artikulačním místě, vadně tvořená hláska se označuje řeckým názvem s příponou – izmus (např. rotacizmus).

Podle **příčin** rozlišujeme dyslalii (Klenková, 1998):

a) *Funkční dyslalie* – rozlišujeme typ:

- senzorický – narušena schopnost sluchové diferenciacce
- motorický – motorická, artikulační neobratnost

b) *Orgánová dyslalie* – rozlišujeme :

- impresivní (dostředivou)
- expresivní (odstředivou)
- centrální

Podle **lokalizace konkrétní příčiny** (Dvořák, 2001):

- *Akustická* – odchýlná výslovnost při vadách sluchu
- *Centrální* – vadná výslovnost při poruchách CNS
- *Dentální* – vady výslovnosti při defektech zubů
- *Labiální* – vadná výslovnost hlásek při defektu rtu
- *Lingvální* – vady výslovnosti při anomáliích jazyka
- *Palatální* – odchýlná artikulace při anomáliích patra

Podle **stupně** (Dvořák, 2001):

- *Dyslalie levis (simplex)* – jednoduchá vada výslovnosti, pouze několik vadných hlásek.
- *Dyslalie gravis (multiplex)* – těžká vada výslovnosti, postižena artikulace většího počtu hlásek.
- *Tetizmus* – prakticky všechny hlásky jsou chybně vyslovovány, řeč je nesrozumitelná.

Logopedická péče o dyslaliky by měla probíhat již v předškolním věku, v tomto období se dá výslovnost velmi dobře ovlivnit, neboť ještě není dokonale fixována. Důležité je ovlivňovat správný řečový vývoj v rodině, mateřské škole, v běžné základní škole nebo základní škole praktické..

U dětí s poruchami řeči se může objevit pocit nejistoty, studu, nedůvěry, pocit méněcennosti. U některých labilnějších jedinců se mohou objevit psychické poruchy, neurózy. Pokud se u dítěte vyskytnou patologické odchylky ve výslovnosti, je potřeba logopedická péče co nejdříve.

3.1.2 Huhňavost

Huhňavost zařazujeme k poruchám zvuku řeči v důsledku typického příznaku změny rezonance při mluvené řeči. Rezonance (nosovost) je spojena s činností patrohltanového závěru. Patrohltanový závěr je otevřený v případě vyslovování hlásek M, N, Ň, kdy hlas vstupuje přímo do nosních dutin (nosovost), pokud se nosovost patologicky změní, hovoříme o huhňavosti. Rozlišujeme huhňavost otevřenou a zavřenou.

Zavřená huhňavost je patologicky snížená nosovost, při které nosovky m, n, ň a hláskové skupiny nk, ng ztrácí nosovou zvučnost a podobají se hláskám b, d, d'. Příčinou mohou být organické změny v dutině nosní, u dětí s mentální retardací je příčinou zbytnělá nosní mandle. (Klenková, 2000)

Otevřená huhňavost je patologicky zvýšená nosní rezonance, při níž nedokáže patrohltanový uzávěr zamezit úniku vzduchu do rezonančních dutin. Při otevřené huhňavosti jsou změněny všechny hlásky kromě nosovek. Příčinami otevřené huhňavosti mohou být rozštěpy patra, obrny měkkého patra, úrazy, proděravění měkkého patra (nebezpeční vkládání ostrých předmětů dítěte do úst).

U dětí s mentální retardací se mnohem častěji vyskytuje zavřená a otevřená huhňavost v porovnání s intaktní populací dětí. Častěji se objevuje u dětí s mentálním postižením huhňavost zavřená, jak uvádí Lechta (2002, str. 92): „*Mezi 150 žáky 1. stupně zvláštních škol jsme (Lechta, 1983b) tuto poruchu zjistili u 29,3% dětí. Toto číslo se zhruba shoduje s výsledky Sovákova výzkumu, který u těchto dětí udává 26% výskyt zavřené huhňavosti.*“

V případě výskytu huhňavosti musí být provedena diagnostika dítěte, která se skládá z anamnestického rozhovoru, lékařských vyšetření a z vyšetření řeči klinickým logopedem.

Náprava huhňavosti probíhá nejprve v rámci pediatrické péče, následně foniatrické péče. Logopedická péče je vhodná v době rozvoje expresivní stránky řeči. (Škodová, 2007)

Prognóza huhňavosti závisí na správné terapii, kterou lze docílit částečného zlepšení výslovnosti a zvuku řeči. (Sovák, 1987)

3.1.3 Breptavost

Breptavost je charakteristickou poruchou řeči u osob s mentální retardací. Typická je tato porucha pro eretický typ mentální retardace.

Breptavost řadíme k poruchám plynulosti řeči, pro kterou je symbolické nadměrné zrychlené a nerovnoměrné tempo řeči, kdy řeč se stává pro okolí málo srozumitelná až nesrozumitelná.

Většina osob s breptavostí vykazuje nález v EEG vyšetření, stejně jako je tomu u osob s lehkou mozkovou dysfunkcí. Odborníci v posledních letech zjistili v rámci výzkumů, že breptavost má organický původ a nejedná se tudíž o neurózu řeči, jak se domnívali dříve. (Škodová, 2007)

Breptavost se tedy projevuje nadměrným zrychleným a nerovnoměrným tempem řeči, dalšími příznaky u breptavosti mohou být mírný motorický neklid, opakování a vynechávání hlásek nebo slabik, porušená artikulace, zrychlení při vyslovování delších slov složených ze slabik, porušené dýchání, hlasové poruchy, dysmúzie (narušená melodie řeči – monotónnost projevu).

V neverbálním projevu se breptavost projevuje zvláštnostmi v chování, projev působí roztržitým dojmem, narušenou motorikou, motorická nejistota v gestikulaci, poruchami při psaní.

Breptavost se může kombinovat s dalšími poruchami, u mentálně retardovaných se jedná nejčastěji o kombinaci s koktavostí nebo s dysgramatismem. (Lechta, 2002)

Diagnostiku provádí klinický logoped, který musí rozlišit, zda se jedná o breptavost nebo jen zrychlenou řeč. Při diagnostikování breptavosti je potřeba znát rodinnou a osobní anamnézu (vliv dědičnosti).

V rámci logopedické péče o breptavé je potřeba péče od dětství do dospělosti, protože breptavost se může zhoršit především v době puberty a nebo při zátěžové emocionální situaci. U osob s breptavostí se zaměřujeme na správné dýchání, jasné vyslovování slov, zpomalení mluvy (např. upozorníme dotyčného, aby nespíchal, mluvil pomalu), upravení tempa řeči a rytmu. Důležitý je správný řečový vzor, přístup okolí (škola, rodina), pravidelná logopedická péče.

3.1.4 Koptavost

Koptavost je druh narušené komunikační schopnosti, který se projevuje nedobrovolným přerušováním plynulosti řeči. Příčinou koptavosti může být dědičnost. Na vzniku koptavosti se podílí negativní vlivy prostředí – přísná výchova, nadměrné zatěžování dítěte nároky, které nemůže splnit, přísné tresty, lhostejná výchova, dnes již překonané násilné precvičování leváků na praváky, konflikty v rodině, trestání dítěte za špatný řečový projev, psychotraumata, orgánové příčiny. Vždy se jedná o kombinaci více příčin najednou.

U dětí s mentální retardací je výskyt koptavosti častější než u intaktních dětí (udává se norma 0,5 – 1,5% u intaktních dětí). Koptavost se kombinuje často s breptavostí, proto mnoho autorů uvádí rozdílné procentuální zastoupení výskytu breptavosti a koptavosti u dětí s mentální retardací, není totiž jasné, kdy jde jen o breptavost či koptavost (procentuální zastoupení se pohybuje od 3,7 – 26%). (Lechta, 2002)

Koptavost, jak uvádí Lechta (2002, str. 93): „*Z různých forem mentální retardace se koptavost zřejmě nejčastěji vyskytuje u dětí s Downovým syndromem (podle některých údajů až pětkrát častěji než u ostatních dětí s mentální retardací).*“ Zajímavý je výskyt koptavosti podle IQ u osob s mentální retardací. Můžeme se domnívat, že s klesajícím IQ klesá výskyt koptavosti, jak dokazují výsledky výzkumu (Bohme, 1976), mezi dětmi s lehkou MR našel 18,7% dětí s koptavostí, se středně těžkou MR 13,7% a s těžkou MR 2,3% dětí. (Lechta, 2002)

Nejnámějším příznakem koptavosti je opakování první slabiky (ko-ko-koloběžka), nebo poslední slabiky (koloběžka-ka). Mohou být opakována i celá slova. Oba tyto projevy jsou označovány jako klony. Patří sem i nepřiměřené protahování délky slabik (kooloběžka). Ztrátu času na první slabice se potom mluvčí snaží dohnat zrychleným tempem. Řeč je nevyrovnaná.

Vážnější jsou tony - dítě tlačí na první slabiku a vzniká tenze. Teprve po překonání křeče vyrazí celé slovo. Zbytek věty bývá plynulý. Nejčastěji můžeme pozorovat tonoklony, tedy kombinace předchozích.

Někdy se potíže vážou na určitou hlásku nebo slabiku (zpravidla na - K, G, P, B, T, D). Zde se poté objevuje tendence vyhýbání se slovům takto

začínajícím. Problémy se mohou ztratit, nemluví-li dítě na člověka (na loutku, zvíře, vymyšlenou postavu, ...), mluví-li v nezvyklé poloze (vleže, vkleče) nebo jiným nezvyklým způsobem (šeptem, rytmicky, zpěvavě, monotónně). V „jiné“ situaci totiž opadají zaběhané, na normální situaci fixované mechanismy.

Mluva bývá přerývaná a její tempo je nejčastěji zrychlené, dochází k ochuzení melodie až k monotonii, vzácná je nezvyklá zpěvní modulace mluvy.

Jako skrytou koktavost označujeme stav, kdy mluvčí neodpovídá na otázku. Rudne nebo bledne, mění grimasy, přehnaně gestikuluje nebo se chová jinak, než by bylo v dané situaci adekvátní (jednotlivé projevy mohou, ale nemusí nastat). Po chvilce tonus odezní a mluva je dále plynulá. Jde o vteřiny nepřekonatelného mlčení, které bývá hodnoceno jako tréma, šaškování, ...

Koktavost se projevuje i v neverbální složce vyjadřování. Souhyby (křečovitě grimasy, záškuby některých svalů, přešlapování na místě, zatínání rukou do pěstí, ...) se objevují většinou těsně před započatím promluvy. Objevují se i tělesné projevy jako změna barvy kůže, pocení, bušení srdce. Tiky a neurotické projevy - kousání nehtů, chorobná ostýchavost, navíjení vlasů na prst.

V rámci diagnostiky koktavosti se provádí komplexní vyšetření. Komplexní vyšetření se skládá z vyšetření logopedického, psychologického a lékařského (foniatr, neurolog, psychiatr). Na základě zjištěných poznatků se přihlíží k diagnostice mentálního postižení a stanovuje se, na základě všech zjištění, postup péče o jedince.

Logopedická péče při koktavosti probíhá v logopedických ambulancích, ve speciálních mateřských nebo základních školách, na odděleních psychiatrie nebo foniatry v nemocnici. Příčinou koktavosti mohou být narušené vztahy v okolí dítěte, v tomto případě se musí náprava zaměřit na zlepšení vztahů v rodině, v okolí dítěte, vztahy se sourozenci či spolužáky v rámci psychologické péče. Prevencí koktavosti u dětí s mentálním postižením je přiměřená výchova, klidné rodinné prostředí, spolupráce všech odborníků a školy.

3.1.5 Poruchy a projevy v řeči dětí s mentálním postižením

U dětí s mentálním postižením se objevuje dysartrie a to v případech, kdy je mentální postižení spojené s dětskou mozkovou obrnou. Z projevů v řeči se často vyskytuje echolálie, dysprozódie a poruchy hlasu.

Dysartrie je porucha artikulace, respirace, fonace, modulace při organickém poškození nervového systému. Dysartrie je spojena s poruchou motoriky, může se jednat pouze o lehké narušení artikulace až po těžké případy, kdy osoby nejsou schopné artikulovat. Při dysartrii je narušeno také dýchání, tvorba hlasu, tempo a rytmus řeči, melodie. U dětí s mentálním postižením se vyskytuje dysartrie v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou, prognóza už tak závažné poruchy řeči v kombinaci s mentálním postižením je špatná. Nutná je komplexní péče – logopedická, lékařská, rehabilitační, sociální.

Echolálie může být jedním z projevů v řeči dětí s mentálním postižením, úzce souvisí s reflexem napodobování. Echolálie se projevuje mechanickým opakováním slyšených slov, vět, větných celků bez pochopení smyslu. U dětí s lehkou a středně těžkou mentální retardací se echolálie vyskytuje především v mladším věku, děti opakují i celé celky - básně, části složitějších textů, úryvky z televize, řečovým celkům však chybí pochopení smyslu.

Dysprozódie je dalším z projevů v řeči dětí s mentálním postižením, u kterých není vyvinut silně napodobovací reflex, který by jim umožnil důvěrně napodobit a reprodukovat řeč. Projevuje se změnou melodie, tempa, rytmu. Řeč je monotónní, nesprávná intonace, někdy je řeč tichá a pomalá, nebo zrychlená a vzrušená (extrémně rychlé tempo řeči můžeme pozorovat u vyhraněných eretických typů). (Lechta, 2002)

Charakteristickým projevem u mentálního postižení jsou poruchy hlasu. Poruchy hlasu se vyznačují chraptivým, zastřeným, tichým hlasem. Typický hluboký, drsný hlas můžeme pozorovat u dětí s Downovým syndromem.

U dětí s mentálním postižením nacházíme nejčastěji z poruch řeči dyslalii, huhňavost, koktavost, breptavost a dysartrii, z projevů v řeči jsou charakteristické echolálie, dysprozódie a poruchy hlasu.

4. Logopedická péče o žáky se symptomatickými poruchami řeči

V případě výskytu dominujícího postižení mentální retardací je vývoj řeči vždy narušený, řeč se vyvíjí opožděně, u lehké mentální retardace o jeden až dva roky později, u středně těžké mentální retardace o tři až šest let později. Důležitá je z tohoto pohledu včasná diagnostika a diferenciální diagnostika, zda se opravdu jedná o symptomatické poruchy řeči v důsledku dominujícího mentálního postižení a nejedná se např. o vadu řeči v důsledku vady sluchu nebo jiného zdravotního postižení.

Zahájení komplexní péče o tyto děti je důležité co nejdříve, nejlépe již v raném věku, protože do tří let se u dětí vyvíjí mentální funkce, které se později rozvíjí a zdokonalují. (Klenková, 2000) Komplexní péče by měla zahrnovat spolupráci odborníků v oboru pediatrie, psychiatrie, speciální pedagogiky, klinické logopedie. Součástí komplexní péče o tyto děti je logopedická péče.

Logopedická péče, jak uvádí Lechta (2002, str. 61): *„je specifická aktivita, kterou uskutečňuje logoped s cílem odstranit, překonat nebo alespoň zredukovat narušení komunikační schopnosti, vychovávat, vzdělávat a rozvíjet osoby s narušenou komunikační schopností, respektive specifická aktivita, kterou uskutečňuje logoped s cílem předejít narušení komunikační schopnosti.“* Logopedická péče o žáky se symptomatickými poruchami řeči se zaměřuje na zmírnění negativních vlivů mentálního postižení na vývoj řeči.

Logopedická péče probíhá podle pedagogických principů (princip názornosti, soustavnosti, cílevědomosti, aktivity, uvědomělosti, trvalosti, přiměřenosti, emocionálnosti, jednotnosti výchovného působení), současně tu platí všeobecné principy učení (princip transferu, opakování). V rámci logopedické péče o děti se symptomatickými poruchami řeči se uplatňují dále specifické metodické principy, které musí být dodrženy za účelem kvalitní nápravy řeči u dětí s mentální retardací.

V České republice je v současné době poskytována logopedická péče dětem se symptomatickými poruchami řeči v rámci resortu zdravotnictví, resortu školství a resortu práce a sociálních věcí.

4.1 Organizace logopedické péče v ČR

Logopedická péče je v ČR poskytována v rámci resortu školství, resortu zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí.

V raném věku probíhá logopedická péče v rámci resortu zdravotnictví ve státních i nestátních zařízeních, v dětských léčebnách, lázních, denních rehabilitačních stacionářích, může probíhat ambulantně nebo na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení. Na logopedické péči se podílí tým odborníků z oblasti pediatrie, foniatry, neurologie, psychiatrie, klinické logopedie, klinické psychologie, fyzioterapie a další. Podstatná je spolupráce všech odborníků v péči o dítě z důvodu výskytu dalších přidružených symptomů u mentální retardace (anomálie mluvních orgánů, poruchy hlasu, zvýšená potřeba jistoty a bezpečí spojená s úzkostí).

V předškolním a školním období se logopedickou péčí zabývá i nadále resort zdravotnictví, část logopedické péče přebírá resort školství, v těžších případech resort práce a sociálních věcí.

V resortu školství působí pedagogicko – psychologické poradny (PPP), speciálněpedagogická centra (SPC), speciální mateřské školy (součástí je logopedická třída), speciální třídy pro žáky s vadou řeči, speciální školy.

Pedagogicko – psychologické poradny poskytují psychologickou a speciálně – pedagogickou diagnostiku, pracují zde poradenští psychologové a speciální pedagogové, kteří úzce spolupracují s dalšími odborníky z různých oborů (psychiatrie, pediatrie, neurologie, logopedie a další). Na základě psychologické nebo speciálněpedagogické diagnostiky rozhoduje poradenský psycholog o zařazení žáka do určitého typu školy (ZŠ, ZŠ praktická, ZŠ speciální), speciální třídy pro děti s vadami řeči. Poradenský psycholog a speciální pedagog spolupracují s učiteli na školách, na základních školách se jedná především o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Péče PPP se zaměřuje na děti a adolescenty.

Speciálněpedagogická centra poskytují speciálněpedagogickou diagnostiku, pracují zde speciální pedagogové (poradenský logoped, psychoped a další dle zaměření SPC), poradenský psycholog a sociální pracovníci. SPC se zaměřují na děti se zdravotním postižením a jejich rodinu,

poskytují komplexní služby. V rámci logopedické péče o děti se symptomatickými poruchami řeči existují dvě oblasti logopedické péče.

První oblast se zaměřuje na systematickou a soustavnou speciálněpedagogickou a logopedickou péči o děti se symptomatickými poruchami řeči, jedná se o následující aktivity: speciálněpedagogická diagnostika, logopedická péče zaměřená na rozvoj komunikačních dovedností, výchova zaměřená na rozvíjení osobnosti, příprava dítěte na vstup do školního zařízení a školní vyučování, doporučení a výběr vhodné školy, spolupráce s rodinou, poradenské služby. Druhá oblast logopedické péče zahrnuje péči a pomoc dětem se symptomatickými poruchami řeči integrovaným v běžných školách, péče zahrnuje: posouzení vhodnosti integrace a jejího způsobu, doporučení vhodného předškolního a školního zařízení dle individuálních potřeb dítěte, metodickou a odbornou pomoc pedagogům, informace o vhodných kompenzačních pomůckách, koordinace spolupráce SPC, školy a rodiny. (Škodová, 2007)

Speciální mateřské školy zabezpečují logopedickou péči v období předškolního věku. Součástí školy je logopedická třída, v níž učí školský logoped, může zde působit asistent logopeda, který se zaměřuje na rozvíjení komunikačních dovedností dítěte.

4.2 Principy logopedické péče

V rámci logopedické péče o děti se symptomatickými poruchami řeči se uplatňují všeobecné principy řízeného učení a pedagogické principy (shodné pro všechny druhy narušené komunikační schopnosti), dále jsou to specifické principy pro oblast symptomatických poruch řeči. V této kapitole si uvedeme specifické principy, jak je uvádí Lechta (2002, str. 61), které logoped používá v logopedické péči u dětí se symptomatickými poruchami řeči a zaměříme se na specifika logopedické péče u dětí s mentální retardací.

Princip komplexnosti – vzhledem k různorodosti příznaků, vlivu druhu dominantního postižení, přidruženým dalším onemocněním nebo poruch musí logoped již v průběhu diagnostiky a následně logopedické péče sledovat všechny projevy dítěte především právě v důsledku dominantního postižení a neměl by se zaměřit pouze na narušenou komunikační schopnost dítěte. U intaktních dětí se logoped zaměřuje pouze na poruchu řeči, u dětí se symptomatickými poruchami řeči je nutný komplexní přístup.

Princip individuálního přístupu - u každého dítěte musí být posouzen individuálně způsob logopedické péče na základě příznaků narušené komunikační schopnosti, dominantního postižení či jiného onemocnění. Vhodná je kombinace individuální a skupinové formy logopedické péče.

Princip včasného zákroku – u dětí se symptomatickými poruchami řeči je důležité začít s logopedickou péčí již v raném věku, především se jedná o včasnou stimulaci dítěte ze strany matky a následně logopeda. Právě včasnou stimulací dítěte můžeme zlepšit prognózu celkového stavu dítěte, tedy nejen zlepšení komunikační schopnosti, ale zlepšení celkového psychického stavu dítěte. Stimulace musí probíhat na základě dominujícího postižení a současně narušené komunikační schopnosti.

Princip polysenzorického přístupu – logoped uplatňuje v logopedické péči polysenzorický přístup, tedy snaží se o zapojení všech smyslů – nejčastěji zrak, sluch, hmat. Při výběru smyslu záleží na dominantním postižení (např. u dětí se zrakovým postižením upřednostňuje sluch a hmat). U dětí s mentální retardací je vhodné zapojovat všechny smysly, pokud je to možné, především u dětí s těžším stupněm mentálního postižení v kombinaci s další poruchou.

Princip týmové péče - týmová spolupráce je u dětí se symptomatickými poruchami řeči nezbytná. Tyto děti potřebují logopedickou péči kombinovanou s péčí z dalších oborů – farmakoterapie, psychoterapie, rehabilitace, léčebný tělocvik a s příslušnými odborníky, kteří mezi sebou spolupracují. Na týmové spolupráci by se měli také podílet rodiče, vychovatelé, učitelé.

Princip imitace normálního řečového vývoje – imitace normálního řečového vývoje je nejpřirozenější cestou k utváření řeči u těchto dětí. Logoped musí nejprve zjistit, v jakém stadiu vývoje řeči se řeč u dítěte nachází (předřečové stadium, vlastní vývoj řeči) a na toto období navázat, postupně se snažit imitovat normální řečový vývoj. Imitace by měla být plně utvářena pro konkrétního jedince s respektováním individuální psychiky dítěte.

Princip preferování obsahové stránky řeči – při nápravě narušené komunikační schopnosti preferujeme rozvíjení obsahové stránky řeči před správnou výslovností, především to platí u dětí se symptomatickými poruchami řeči. Tyto děti preferují spíše, co dokáží říci než, jak to řeknou (formální stránka řeči). Především děti s mentálním postižením potřebují rozvíjet obsahovou složku řeči, protože v důsledku svého postižení velice často nechápou význam sdělení. Návěst obsahové stránky řeči probíhá pomocí tématických celků (např. rodina, oslava, hračky, zvířata), které jsou dítěti známé ze svého okolí a postupně navazují další náročnější tématické celky.

Princip přístup hrou – forma hry je lehkou a pro děti srozumitelnou možností, jak napomáhat odstranit vadnou výslovnost. Při návěsti správné výslovnosti využíváme podnětů z okolí dětí, které dobře znají. Pokud budeme např. vyvozovat hlásku Š, pomůžeme si tím, že dětem připomeneme, jak dělá mašinka a děti napodobují mašinu ŠŠŠ, při vyvozování hlásky G napodobíme, jak dělá kačena GA, GA, GA, při vyvozování hlásky CH můžeme s dětmi dýchat na ruce jako v zimě.

Princip upřednostňování sociálního aspektu – logopedická péče se zaměřuje na uplatnění již naučených, zafixovaných slov, správné výslovnosti v běžném komunikačním procesu. Jde o to, aby jedinec dokázal použít v každodenním životě řeč, aby dokázal komunikovat se svým okolím.

V lehčích případech jako je lehká mentální retardace se dokáží jedince dobře dorozumívat se svým okolím pomocí běžných jazykových prostředků. U závažnějších postižení jako u dolní hranice středně těžké mentální retardace je většinou jedinec neschopný dorozumívat se běžnými jazykovými prostředky, v tomto případě můžeme využít náhradní komunikační systémy jako např. alternativní a augmentativní komunikaci (jedná se o systémy komunikace, které podporují již existující komunikaci, používají se jako náhrada mluvené řeči – např. obrázky piktogramy, prstová abeceda, znakový jazyk). Podstatné je, aby jedinec dokázal komunikovat se svým okolím.

V logopedické péči se často využívají mechanické pomůcky (sondy, stěrky) a speciální přístroje. Děti se symptomatickými poruchami řeči projevují velice často strach a obavy z mechanických pomůcek, protože si je pamatují z různých nepříjemných vyšetření. Úlohou logopeda je u dětí překonat strach z mechanických pomůcek, získat k nim důvěru, vhodné je dětem pomůcku zapůjčit, aby se s ní seznámily a logoped jim vysvětlil, k čemu se daná pomůcka používá, proč je důležitá. Velice vhodné v logopedické péči jsou speciální přístroje jako Visible Speech (přístroj, který převádí artikulovanou řeč podle frekvence do vizualizované podoby) a v současnosti časté využívání počítačových programů.

Logopedická péče by měla být zastoupena na ZŠ praktické v celém výchovně – vzdělávacím procesu, podílet se na nápravě symptomatických poruch řeči musí nejen třídní učitel (podílí se nejčastěji), ale také vychovatelky ve školní družině. V rámci logopedické péče se na ZŠ praktických vyučuje předmět Individuální logopedická péče, který je určen žákům s narušenou komunikační schopností. Tento předmět má charakter spíše zájmové činnosti, rozhodně by neměl dětem připomínat normální vyučovací hodinu.

Ucelenou a na odborné úrovni vedenou logopedickou péči může poskytnout pouze odborník v oboru logopedie, tedy klinický logoped a školní logoped, který spolupracuje s dalšími odborníky.

4.3 Specifika logopedické péče u dětí s mentální retardací

Jak jsme již uvedli dříve, vývoj řeči je u dětí s mentální retardací vždy omezený, řeč se vyvíjí pomalu a nemusí dosáhnout požadované komunikační úrovně. Omezený vývoj řeči úzce souvisí s narušenou oblastí myšlení a řeči. V řeči se objevují charakteristické projevy - dysprozódie, echolálie, z poruch řeči nejčastěji dyslalie, breptavost, huhňavost, koktavost, dysartrie.

Logopedická péče o děti s mentálním postižením se řídí podle principů logopedické péče o děti se symptomatickými poruchami řeči a současně má svá specifika, která si uvedeme.

- V logopedické péči nejprve zjišťujeme, jaký je skutečný mentální věk dítěte a na jaké úrovni se nachází jeho komunikační dovednosti. Již od počátku se zaměřujeme na přípravná cvičení - na rozvíjení motoriky mluvidel, jemné a hrubé motoriky, na dechová cvičení, na rozvoj fonemického sluchu, cvičení na rozvoj zrakové a sluchové paměti, upřednostňujeme rozšíření obsahové stránky řeči před formální, vhodné je využití obrázků, vyprávění obsahu pohádek, dětských příběhů, zážitků, tvoření dějové posloupnosti, zapojení her s tématem významu slov, podstatné je volit vhodné tématické celky, kterým dítě rozumí. Postupně se zlepšením verbálních dovedností se zaměříme na formální stránku řeči, výslovnost.

- Při výstavbě řeči dětí s mentální retardací postupujeme od základního řečového materiálu (hlas) přes významové zvuky až k tvorbě pojmů. Začínáme stupněm řeči, kam už dítě bezpečně dospělo, nesnažíme se o to, aby za každou cenu dosáhlo vyššího stupně než toho, na který má mentální předpoklady. (Sovák, 1974) Postupujeme tedy od lehkého k složitějšímu, respektujeme individuální mentální úroveň jedince.

- V logopedické péči využíváme hudbu, jako velice vhodný nástroj pro rozvoj řeči. Děti prostřednictvím hudby vnímají jednotlivé hlásky, rytmus, tempo, melodii, svůj hlas (jeho barvu, výšku, sílu). Velice často se stává, že napodobují melodii známé písně nebo skladby. Hudba pomáhá dětem správně hospodařit s dechem (především děti s huhňavostí a koktavostí potřebují zapojení hudby, aby se naučily udržet správné tempo a správně dýchat). Součástí hudby může být pohyb, který pomáhá rozvíjet i motorické dovednosti.

- Při stimulaci řečového vývoje je velice podstatný řečový vzor. Nejčastěji bývá řečovým vzorem matka, dále pak na dítě hovoří další osoby z okolí dítěte (otec, kamarádi, prarodiče, učitel, logoped), podstatné je, aby se u těchto osob nevyskytovala narušená komunikační schopnost, aby řeč byla v pořádku. Pokud se v rodině vyskytuje, většinou u matky nebo otce, narušená komunikační schopnost, dítě jí může získat také, není to však pravidlem. Již od narození hovoříme s dítětem jasně, zřetelně, klidným, citlivým hlasem, spíše pomalejším tempem, v jednoduchých pro dítě srozumitelných větách, zamezujeme výskytu šišlání a křiku. Při kontaktu s dítětem by nám dítě mělo vidět na ústa, může tak dobře odezírat a napodobovat.

- Mentální retardace se často kombinuje s poruchou sluchu a motoriky, to znamená další narušení řeči. Pravidlem je u těchto dětí narušená schopnost fonemické diferenciaci, proto je podstatné zahrnout do logopedické péče cvičení na rozvoj sluchové diferenciaci a motoriky artikulačního ústrojí. (Lechta, 2002) V rámci motoriky artikulačního ústrojí se logoped zaměřuje na rozvíjení motoriky jazyka (např. olizování rtů, koník, čertík, špičkou jazyka se dotknout nosu), rtů (např. přitiskneme rty k sobě, našpulení rtů na pusu, kapříka), patrohltanového uzávěru, vhodné je zařazení masáže mluvních orgánů, foukání do bublifuku nebo do balónku, nacvičovat správné dýchání. Rozvíjení sluchové diferenciaci provádí logoped pomocí obrázků se slovy, dítě rozlišuje, kterou hlásku ve slovech slyší na začátku, na konci nebo uprostřed slova, rozlišuje správné hlásky ve slovech (např. ruka - luka, štěně – stěně). Procvičování motoriky artikulačního ústrojí a sluchové diferenciaci musí být důsledné a pravidelné, aby bylo dosaženo úspěchu.

- Logoped při práci s dítětem s mentální retardací musí zařazovat logopedická cvičení tak, aby nebyla mechanická. Právě u těchto dětí je podstatné vkládat cvičení hrou, při kterém si dítě procvičuje motorickou koordinaci mluvidel a zároveň výslovnost, navíc je dítě motivováno do činnosti. U dětí s mentální retardací se setkáváme s problematikou automatizace správné výslovnosti hlásek. Hlásku se naučí dobře vyslovovat samostatně, ale nedokáže jí správně vyslovit nebo jí vůbec nevysloví ve slabice, slovech, větách.

- U dětí s mentální retardací je vhodné rozvíjet především obsahovou stránku řeči, upřednostnit ji před formální stránkou, zaměřením jen na správnou výslovnost. Většina dětí slovo správně nevyslovuje, protože nerozumí významu daného slova. Rozvíjení slovní zásoby uskutečňujeme pomocí tématických celků dětem známých. V současné době již existují dětské knihy, časopisy, výukové programy na počítačích, které se zaměřují na jedno téma (např. zvířata, povolání, rodina) ze života dětí. Velice dobře jsou zpracované pracovní listy (např. sada Šimonovy pracovní listy), které také pomocí obrázků rozvíjí slovní zásobu dětí.

Dle výzkumu bylo zjištěno, že mezi obsahovou stránkou řeči a výslovností je u dětí s mentální retardací vysoká korelace. (Lechta, 2002) Můžeme tedy usuzovat, že pokud se zaměříme na obsahovou stránku řeči,lepší se i stránka formální.

- Logopedická péče je potřeba nejen v raném věku a na prvním stupni ZŠ praktické. Na druhém stupni ZŠ praktické je nutná ve výuce logopedická péče, jak se domnívají někteří logopedi, kritický věk, kdy se může řeč ještě zlepšit je kolem 14let, potom již k zlepšení nedochází.

Jak jsme již uvedli, je tedy patrné, že logopedická péče o žáky s mentální retardací má svá specifika na rozdíl od logopedické péče intaktních žáků. Především je to práce náročná a dlouhodobá, někdy s velmi malým úspěchem. Logopedickou péči u těchto dětí by měl provádět zkušený klinický nebo školní logoped, popřípadě třídní učitel s určitým vzděláním v logopedii a ve spolupráci s klinickým nebo školním logopedem.

U dětí s mentální retardací bychom měli v rámci logopedické péče uvažovat mentální věk dítěte (před věkem chronologickým, nemusí se shodovat) a jeho jazykové možnosti, na které navážeme formou přípravných cvičení. U těchto dětí musíme nápravu vést formou hry, neulpívat na mechanických cvičeních, spíše se zaměřit na rozvíjení obsahové stránky řeči, předkládat dětem správný řečový vzor, zapojit do nápravy hudbu a s ní spojený pohyb, rozvíjet u dětí motoriku mluvidel, fonemickou diferenciaci. Pokud je postižení závažnějšího charakteru, je vhodné použití medikamentů na zklidnění a tím umožnit lepší spolupráci s logopedem.

4.4 Legislativa v ČR

V ČR se problematikou žáků s mentálním postižením a logopedickou péčí zabývají následující složky.

- *Zákon č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).* Tento zákon vymezuje tři základní kategorie dětí, žáků a studentů se speciálně vzdělávacími potřebami – se zdravotním postižením (mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování), se zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc) a se sociálním znevýhodněním.

- *Zákon č.563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících*

- *Vyhláška č.147/2011Sb., kterou se mění Vyhláška č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.* Upravuje podpůrná opatření při vzdělávání těchto žáků a stanovuje podobu individuálního vzdělávacího plánu.

- *Vyhláška č.116/2011 Sb., kterou se mění Vyhláška č.72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.* Vymezuje kdo a jakým způsobem nebo rozsahem služeb vymezuje specifické vzdělávací potřeby u žáků a doporučuje vřazení žáků do integračního procesu ve školských zařízeních.

- *Vyhláška č.127/1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách.*

- *Metodický pokyn k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení č.j. 16 138/98-24, Věstník MŠMT č.6/1998.*

- *Metodický pokyn náměstka ministra školství, mládeže a tělovýchovy k zabezpečení logopedické péče ve školství č.j. 21 224/98-24, Věstník MŠMT č.8/1998.*

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Cíl průzkumu

Na základních školách praktických se u žáků s diagnostikovanou lehkou mentální retardací nebo středním stupněm mentální retardace často objevuje narušená komunikační schopnost jako sekundární symptom mentálního postižení. Hovoříme zde o symptomatických poruchách řeči při mentální retardaci.

Cílem praktické části diplomové práce bude zjistit výskyt symptomatických poruch řeči u žáků prvního a druhého stupně na ZŠ praktických v Praze a ve Středočeském kraji v současné době a zjistit, jaké konkrétní symptomatické poruchy řeči se objevují u žáků nejčastěji.

Dílčí cíle:

- 1) studium literatury
- 2) stanovení harmonogramu průzkumu
- 3) vytvoření a rozeslání dotazníku
- 4) zpracování získaných údajů

5.1 Pracovní hypotézy

1) Výskyt symptomatických poruch řeči v Praze a ve Středočeském kraji na základních školách praktických bude vyšší než 60%.

2) Výskyt symptomatických poruch řeči bude vyšší na prvním stupni než na druhém stupni základní školy praktické.

3) Výskyt symptomatických poruch řeči bude vyšší u žáků se středně těžkou mentální retardací než u žáků s lehkou mentální retardací.

4) Dyslalie se bude vyskytovat u žáků s mentální retardací nejčastěji.

5. 2 Metody

Cílem praktické části diplomové práce bylo získat tvrdá data od ředitelů základních škol praktických v Praze a ve Středočeském kraji pomocí dotazníku se zaměřením na výskyt symptomatických poruch řeči u žáků s mentální retardací na prvním i na druhém stupni. Cílem dotazníku bylo zjistit procentuální zastoupení žáků se symptomatickými poruchami řeči na dané škole.

V diplomové práci byl za účelem sběru dat použit nestandardizovaný dotazník (viz. Příloha č.1), který se skládal celkem z 11 otázek, z nichž deset otázek bylo otevřených a jedna uzavřená. V úvodu dotazníku se nacházely instrukce k vyplnění dotazníku a počet otázek k zodpovězení. Dále následovaly již otázky, které byly kladeny v logické posloupnosti a návaznosti za sebou.

Dotazník byl určen pro ředitele základních škol praktických, na některých školách byl dotazník předán k vyplnění speciálnímu pedagogovi, který na škole zajišťuje logopedickou péči o žáky se symptomatickými poruchami řeči.

Dotazník byl po telefonické domluvě s řediteli základních škol praktických rozeslán v elektronické podobě k vyplnění a zpracování, následně navrácen zpět. Některé školy dotazník neodeslaly, a tak byly znovu telefonicky kontaktovány a následně byl domluven termín odevzdání dotazníku, ve čtyřech případech byl dotazník vyplněn s ředitelem školy v průběhu telefonického rozhovoru.

Po sesbírání všech odeslaných dotazníků se postoupilo ke zpracování dat. Jednotlivé statistické údaje byly analyzovány a zaznamenány do přehledných tabulek a grafů.

Souhrn získaných dat bude podrobně rozebrán v kapitole 5. 5 Interpretace výsledků.

5.3 Charakteristika souboru

V Praze a ve Středočeském kraji bylo vybráno celkem 46 škol praktických nebo speciálních, na nichž by se mohli vzdělávat žáci se symptomatickými poruchami řeči. Všechny tyto školy byly telefonicky kontaktovány a dotazovány, zda se tito žáci na jejich škole vyskytují. Z 46 škol bylo následně vybráno 32 institucí, kde se vzdělávají žáci se symptomatickými poruchami řeči. Na zbylých 14 školách se vzdělávali žáci jen s těžkou nebo hlubokou mentální retardací, jednalo se pouze o školy speciální, dále žáci s poruchami chování, žáci s kombinovanou jinou vadou než řečovou.

V Praze byl rozeslán dotazník na 12 škol a ve Středočeském kraji na 20 škol. K analýze se zpět vrátilo 30 dotazníků, což činí návratnost necelých 94 %, 12 dotazníků z Prahy a 18 dotazníků ze Středočeského kraje.

Průzkumu se účastnili žáci prvního i druhého stupně základních škol praktických s lehkou nebo se středně těžkou mentální retardací.

5.4 Analýza dat

Následující kapitola se bude zabývat samotnými dotazníky, údaji, které poskytly jednotlivé školy ke zpracování a analýzou těchto dat.

Po zpracování získaných údajů se potvrdí, anebo vyvrátí stanovené hypotézy, následovat bude diskuse nad předpokládanou příčinou. Dotazník obsahoval 11 otázek. Deset z nich bylo otevřených a jedna uzavřená. Při zpracování údajů bude zachována ochrana informací a jednotlivé školy nebudou konkrétně jmenovány.

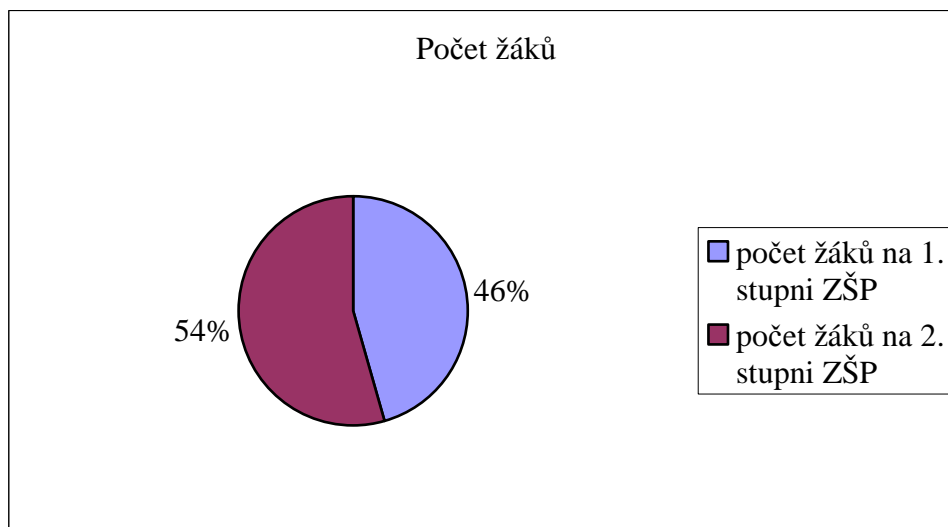
Data z dotazníků budou kvantitativně rozpracovány a pro přehlednost a účelnost zaznamenány do tabulek a grafů, ze kterých lze spatřovat individuální výsledky.

K potvrzení či vyvrácení první a druhé hypotézy byl zjišťován celkový počet žáků základní školy praktické a jejich rozdělení na 1. stupeň základní školy praktické a na 2. stupeň základní školy praktické. Následující tabulka ukazuje přehled jednotlivých škol a počet jejich žáků.

Tabulka č. 1: Počet žáků ZŠ praktické

Základní škola praktická	Počet žáků	Počet žáků na 1. stupni ZŠP	Počet žáků na 2. stupni ZŠP
Škola č. 1	50	22	28
Škola č. 2	129	75	54
Škola č. 3	49	25	24
Škola č. 4	47	16	31
Škola č. 5	62	25	37
Škola č. 6	87	43	44
Škola č. 7	73	29	44
Škola č. 8	37	14	23
Škola č. 9	60	28	32
Škola č. 10	79	46	33
Škola č. 11	27	10	17
Škola č. 12	53	20	33
Škola č. 13	44	18	26
Škola č. 14	22	10	12
Škola č. 15	33	12	21
Škola č. 16	51	25	26
Škola č. 17	115	44	71
Škola č. 18	21	11	10
Škola č. 19	67	33	34
Škola č. 20	32	20	12
Škola č. 21	56	30	26
Škola č. 22	89	30	59
Škola č. 23	61	28	33
Škola č. 24	31	18	13
Škola č. 25	29	16	13
Škola č. 26	65	33	32
Škola č. 27	48	18	30
Škola č. 28	50	31	19
Škola č. 29	92	32	60
Škola č. 30	70	38	32
Souhrn:	1729	800	929

Graf č. 1: Počet žáků základních škol praktických



Celkový počet žáků na jednotlivých školách znázorňuje výšečový diagram, kde modrou barvou je vyznačen počet žáků na prvním stupni základních škol praktických a barvou fialovou je vyznačen počet žáků na druhém stupni základních škol praktických.

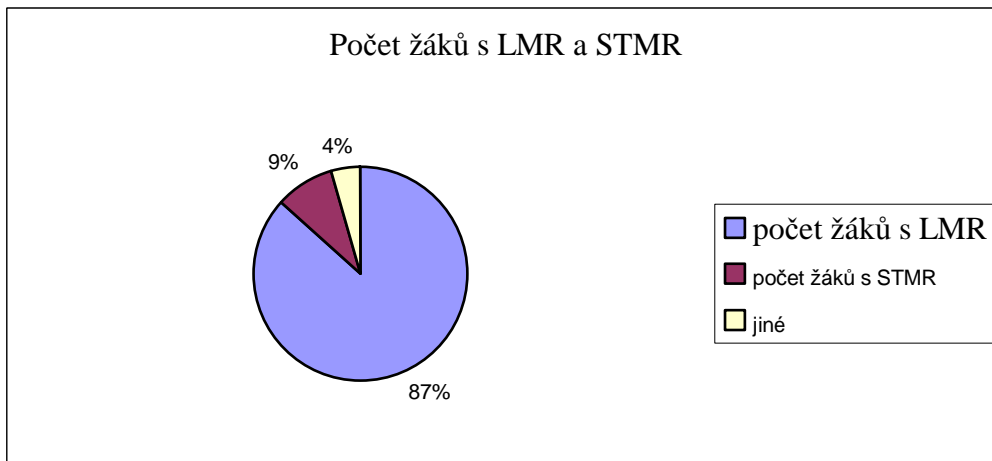
Dle tabulky číslo jedna se nachází na vybraných školách celkem 1729 žáků, z toho 800 žáků na prvním stupni a 929 žáků na druhém stupni. Žáci druhého stupně představují z celkového počtu žáků 54% a žáci prvního stupně 46%, jak naznačuje graf číslo jedna. Tyto data budou dále zpracována k vyhodnocení první a druhé hypotézy.

Dotazník dále zjišťoval počet žáků s lehkou mentální retardací a se středně těžkou mentální retardací z celkového počtu žáků na dané škole. Tato data se vztahují k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy číslo tři. Rozložení žáků podle stupně mentální retardace ukazuje tabulka číslo dvě.

Tabulka číslo 2: Počet žáků s lehkou mentální retardací (LMR) a se středně těžkou mentální retardací (STMR)

Základní škola praktická	Počet žáků	Počet žáků s lehkou mentální retardací	Počet žáků se středně těžkou mentální retardací
Škola č. 1	50	42	2
Škola č. 2	129	80	16
Škola č. 3	49	49	0
Škola č. 4	47	47	0
Škola č. 5	62	58	0
Škola č. 6	87	54	33
Škola č. 7	73	62	11
Škola č. 8	37	35	2
Škola č. 9	60	60	0
Škola č. 10	79	41	13
Škola č. 11	27	20	7
Škola č. 12	53	46	2
Škola č. 13	44	44	0
Škola č. 14	22	20	2
Škola č. 15	33	26	7
Škola č. 16	51	49	0
Škola č. 17	115	115	0
Škola č. 18	21	20	0
Škola č. 19	67	62	5
Škola č. 20	32	32	0
Škola č. 21	56	50	6
Škola č. 22	89	89	0
Škola č. 23	61	50	11
Škola č. 24	31	28	3
Škola č. 25	29	29	0
Škola č. 26	65	50	15
Škola č. 27	48	45	3
Škola č. 28	50	50	0
Škola č. 29	92	78	14
Škola č. 30	70	68	2
Souhrn:	1729	1499	154

Graf číslo 2: Počet žáků s lehkou mentální retardací (LMR) a středně těžkou mentální retardací (STMR)



Výšečový diagram naznačuje celkový počet žáků s lehkou mentální retardací a středně těžkou mentální retardací, kde modrou barvou je vyznačen počet žáků základních škol praktických s lehkou mentální retardací, barvou fialovou je vyznačen počet žáků základních škol praktických se středně těžkou mentální retardací a barvou bílou je vyznačen počet žáků základních škol praktických s jiným než mentálním postižením.

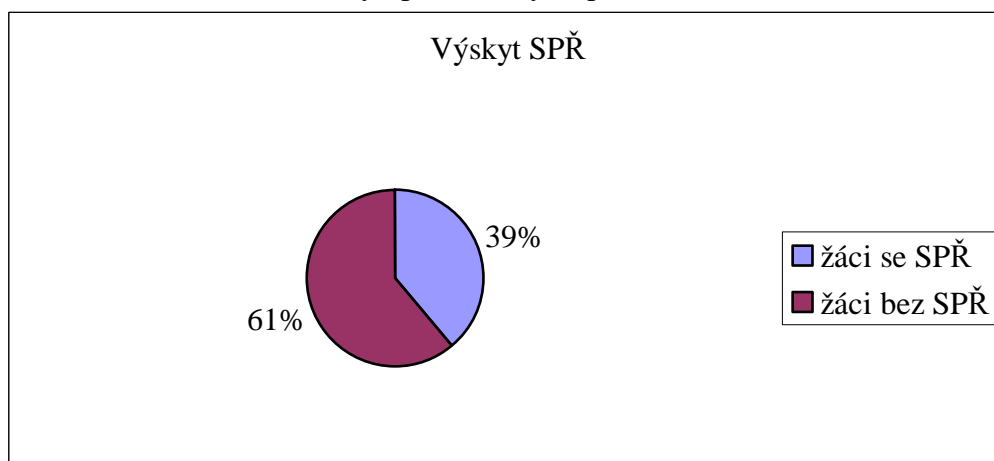
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že u 87% z celkového počtu 1729 žáků základních škol praktických je diagnostikována lehká mentální retardace, celkem 1499 žáků. V 9% se na vybraných základních školách praktických vzdělávají žáci se středně těžkým stupněm mentální retardace a 4 % dětí základních škol praktických trpí jiným než mentálním postižením.

K potvrzení či vyvrácení hypotézy číslo jedna byli ředitelé základních škol praktických dotazováni na celkový počet žáků se symptomatickou poruchou řeči a dále na počet žáků se symptomatickou poruchou řeči s LMR a se STMR, tyto údaje se vztahují k hypotéze číslo tři. Výsledky shrnuje tabulka číslo tři.

Tabulka číslo 3: Počet žáků se symptomatickými poruchami řeči (SPŘ)

Základní škola praktická	Počet žáků se symptomatickou poruchou řeči	Počet žáků se SPŘ s LMR	Počet žáků se SPŘ s STMR
Škola č. 1	14	11	3
Škola č. 2	18	7	11
Škola č. 3	8	8	0
Škola č. 4	11	11	0
Škola č. 5	13	13	0
Škola č. 6	30	10	20
Škola č. 7	18	9	9
Škola č. 8	36	35	1
Škola č. 9	2	2	0
Škola č. 10	8	6	2
Škola č. 11	2	1	1
Škola č. 12	10	8	2
Škola č. 13	15	15	0
Škola č. 14	9	7	2
Škola č. 15	14	7	7
Škola č. 16	26	26	0
Škola č. 17	23	23	0
Škola č. 18	1	1	0
Škola č. 19	67	62	5
Škola č. 20	20	20	0
Škola č. 21	15	12	3
Škola č. 22	40	40	0
Škola č. 23	50	44	6
Škola č. 24	25	24	1
Škola č. 25	11	11	0
Škola č. 26	30	26	4
Škola č. 27	18	15	3
Škola č. 28	27	27	0
Škola č. 29	60	52	8
Škola č. 30	52	50	2
Souhrn:	673	583	90

Graf číslo 3: Počet žáků se symptomatickými poruchami řeči (SPŘ)



Graf číslo 3 znázorňuje celkový počet žáků se symptomatickými poruchami řeči, kde modrou barvou je vyznačen počet žáků základních škol praktických se symptomatickými poruchami řeči, barvou fialovou je vyznačen počet žáků základních škol praktických bez symptomatických poruch řeči.

Dle tabulky číslo tři a grafu číslo tři se nachází na vybraných školách celkem 673 žáků se symptomatickou poruchou řeči z celkového počtu 1729 žáků. Výskyt symptomatických poruch řeči na základních školách praktických je 39%.

Z daných údajů lze vyvodit závěr, že výskyt symptomatických poruch řeči v Praze a ve Středočeském kraji na základních školách praktických je méně než 60%, jak ukazuje graf číslo tři, tudíž se hypotéza číslo jedna nepotvrdila.

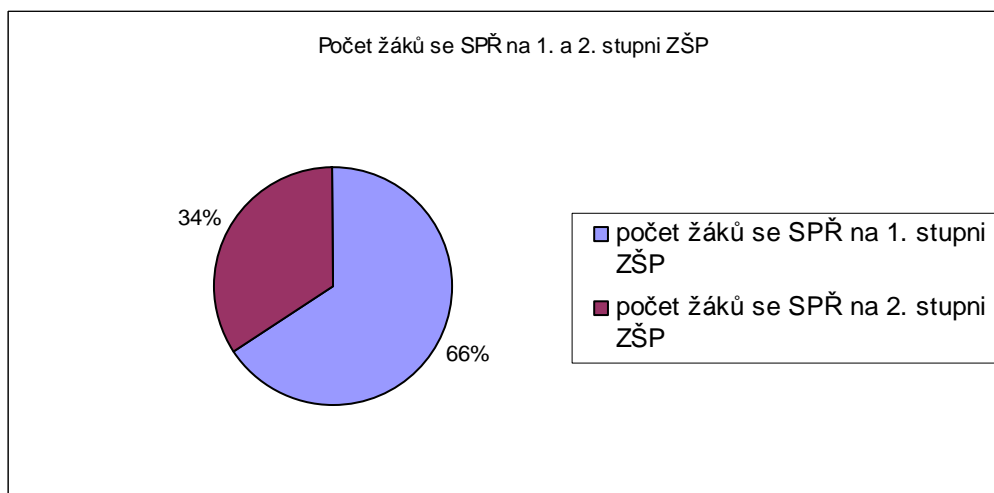
Z tabulky číslo tři dále vyplývá, že na vybraných základních školách praktických se vyskytuje, z celkového počtu 673 žáků se symptomatickou poruchou řeči, 583 žáků s lehkou mentální retardací a 90 žáků se středně těžkou mentální retardací. Celkem se na vybraných základních školách praktických vzdělává 1499 žáků s lehkou mentální retardací dle tabulky číslo dvě, z toho 39% žáků má diagnostikovanou symptomatickou poruchu řeči, 154 žáků se středně těžkou mentální retardací a z toho 58% žáků se symptomatickou poruchou řeči. Potvrdila se hypotéza číslo tři, výskyt symptomatických poruch řeči u žáků se středně těžkou mentální retardací je vyšší než u žáků s lehkou mentální retardací.

Hypotéza číslo dvě se zaměřovala na výskyt symptomatických poruch řeči dle rozložení na prvním a druhém stupni. Následující tabulka číslo čtyři ukazuje výsledky tohoto šetření.

Tabulka č. 4: Počet žáků se symptomatickými poruchami řeči na prvním a druhém stupni základní školy praktické (ZŠP)

Škola	Počet žáků se SPŘ na 1. stupni ZŠP	Počet žáků se SPŘ na 2. stupni ZŠP
Škola č. 1	12	2
Škola č. 2	14	4
Škola č. 3	8	0
Škola č. 4	11	0
Škola č. 5	10	3
Škola č. 6	20	10
Škola č. 7	15	3
Škola č. 8	14	22
Škola č. 9	2	0
Škola č. 10	6	2
Škola č. 11	0	2
Škola č. 12	3	7
Škola č. 13	6	9
Škola č. 14	6	3
Škola č. 15	6	8
Škola č. 16	16	10
Škola č. 17	19	4
Škola č. 18	1	0
Škola č. 19	33	34
Škola č. 20	11	9
Škola č. 21	4	11
Škola č. 22	40	0
Škola č. 23	40	10
Škola č. 24	18	7
Škola č. 25	6	5
Škola č. 26	27	3
Škola č. 27	9	9
Škola č. 28	16	11
Škola č. 29	30	30
Škola č. 30	38	14
Souhrn:	441	232

Graf číslo 4: Počet žáků se SPŘ na prvním a druhém stupni základní školy praktické (ZŠP)



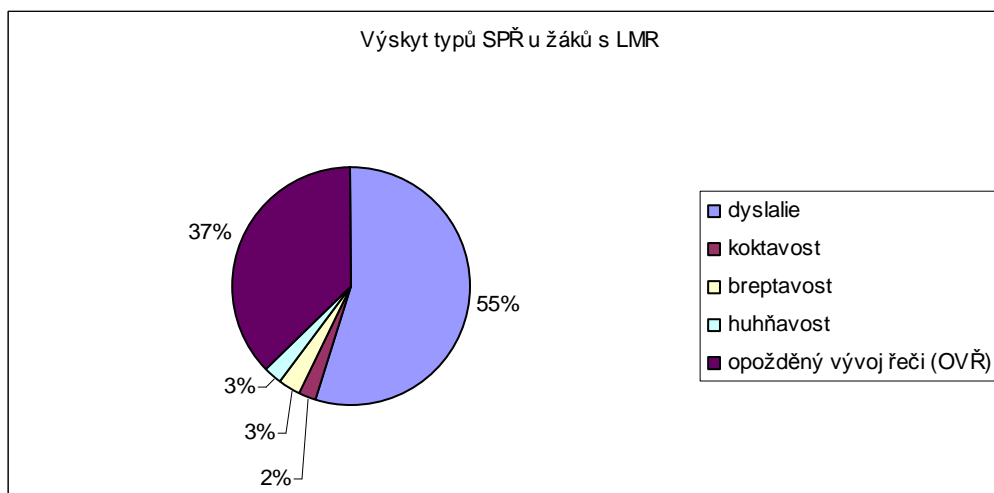
Dle tabulky a grafu číslo čtyři se na prvním stupni z vybraných základních škol praktických vzdělává celkem 441 žáků se symptomatickou poruchou řeči, celkem 66% a na druhém stupni 232 žáků, celkem 34%. Potvrdila se hypotéza číslo dvě, kde jsme konstatovali, že na prvním stupni se vzdělává více žáků se symptomatickou poruchou řeči než na druhém stupni.

Čtvrtá hypotéza se zaměřila na výskyt konkrétních symptomatických poruch řeči u žáků s lehkou mentální retardací a u žáků se středně těžkou mentální retardací. Získaná data prezentuje tabulka a graf číslo pět a šest.

Tabulka číslo 5: Počet žáků u jednotlivých symptomatických poruch řeči s lehkou mentální retardací

Základní škola praktická	Počet žáků se SPŘ s LMR	Dyslalie	Koktavost	Breptavost	Huhňavost	Opožděný vývoj řeči (OVŘ)
Škola č. 1	11	9	0	0	0	2
Škola č. 2	7	7	0	0	0	0
Škola č. 3	8	0	2	3	2	1
Škola č. 4	11	11	0	0	0	0
Škola č. 5	13	13	0	0	0	0
Škola č. 6	10	5	0	0	0	5
Škola č. 7	9	8	0	0	0	1
Škola č. 8	35	32	0	0	0	3
Škola č. 9	2	1	1	0	0	0
Škola č. 10	6	3	1	0	1	1
Škola č. 11	1	1	0	0	0	0
Škola č. 12	8	8	0	0	0	0
Škola č. 13	15	5	1	4	1	4
Škola č. 14	7	7	0	0	0	0
Škola č. 15	7	5	0	0	1	1
Škola č. 16	26	13	1	1	1	10
Škola č. 17	23	23	0	0	0	0
Škola č. 18	1	1	0	0	0	0
Škola č. 19	62	15	0	6	2	39
Škola č. 20	20	4	1	0	0	15
Škola č. 21	12	8	0	0	0	4
Škola č. 22	40	17	0	0	0	23
Škola č. 23	44	40	0	0	0	4
Škola č. 24	24	10	1	0	2	11
Škola č. 25	11	10	0	0	0	1
Škola č. 26	26	8	2	1	1	14
Škola č. 27	15	7	0	0	3	5
Škola č. 28	27	13	0	2	0	12
Škola č. 29	52	15	1	0	1	35
Škola č. 30	50	20	2	1	0	27
Souhrn:	583	319	13	18	15	218

Graf číslo 5: Počet žáků u jednotlivých symptomatických poruch řeči u žáků s lehkou mentální retardací

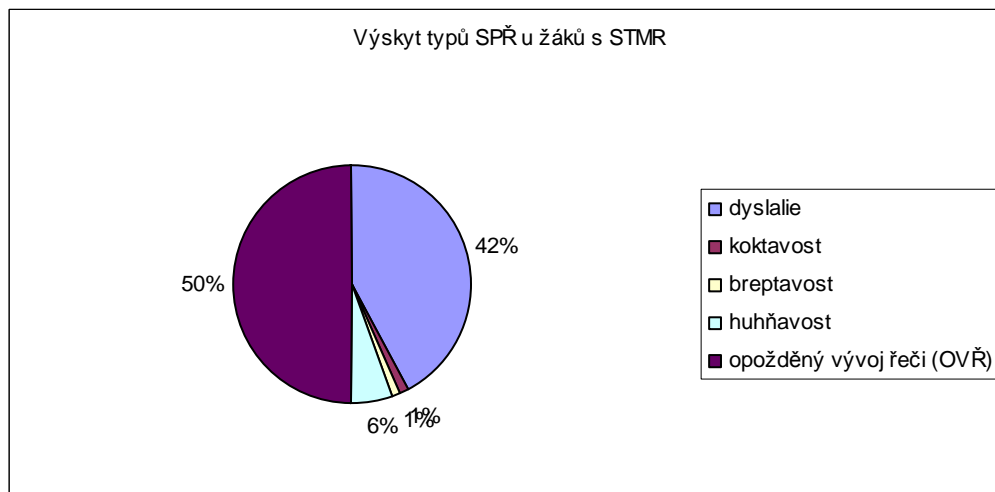


Z grafu a z tabulky číslo pět vychází, že nejčastěji se vyskytující symptomatickou poruchou řeči u žáků s lehkou mentální retardací je dyslalie, a to v 55%. Druhou nejčastěji se vyskytující symptomatickou poruchou řeči je koktavost, celkem 37%. Ostatní vybrané typy se na jednotlivých školách vyskytují v minimální míře, např. četnost výskytu breptavosti a huhňavosti u žáků základních praktických škol s lehkou mentální retardací činila 3%, výskyt koktavosti dosáhl o procento nižších hodnot. Tímto se potvrdila hypotéza číslo čtyři, že nejčastěji se vyskytující symptomatickou poruchou řeči bude dyslalie.

Tabulka číslo 6: Počet žáků u jednotlivých symptomatických poruch řeči se středně těžkou mentální retardací

Základní škola praktická	Počet žáků se SPŘ s STMR	Dyslalie	Koktavost	Breptavost	Huhňavost	Opožděný vývoj řeči (OVR)
Škola č. 1	3	0	0	0	0	3
Škola č. 2	11	6	0	0	0	5
Škola č. 3	0	0	0	0	0	0
Škola č. 4	0	0	0	0	0	0
Škola č. 5	0	0	0	0	0	0
Škola č. 6	20	5	0	0	0	15
Škola č. 7	9	6	0	0	0	3
Škola č. 8	1	1	0	0	0	0
Škola č. 9	0	0	0	0	0	0
Škola č. 10	2	1	0	0	1	0
Škola č. 11	1	1	0	0	0	0
Škola č. 12	2	2	0	0	0	0
Škola č. 13	0	0	0	0	0	0
Škola č. 14	2	1	0	0	0	1
Škola č. 15	7	0	0	0	0	7
Škola č. 16	0	0	0	0	0	0
Škola č. 17	0	0	0	0	0	0
Škola č. 18	0	0	0	0	0	0
Škola č. 19	5	0	0	0	3	2
Škola č. 20	0	0	0	0	0	0
Škola č. 21	3	0	0	0	0	3
Škola č. 22	0	0	0	0	0	0
Škola č. 23	6	6	0	0	0	0
Škola č. 24	1	1	0	0	0	0
Škola č. 25	0	0	0	0	0	0
Škola č. 26	4	2	0	0	0	2
Škola č. 27	3	2	0	1	0	0
Škola č. 28	0	0	0	0	0	0
Škola č. 29	8	4	0	0	1	3
Škola č. 30	2	0	1	0	0	1
Souhrn:	90	38	1	1	5	45

Graf číslo 6: Počet žáků u jednotlivých symptomatických poruch řeči se středně těžkou mentální retardací



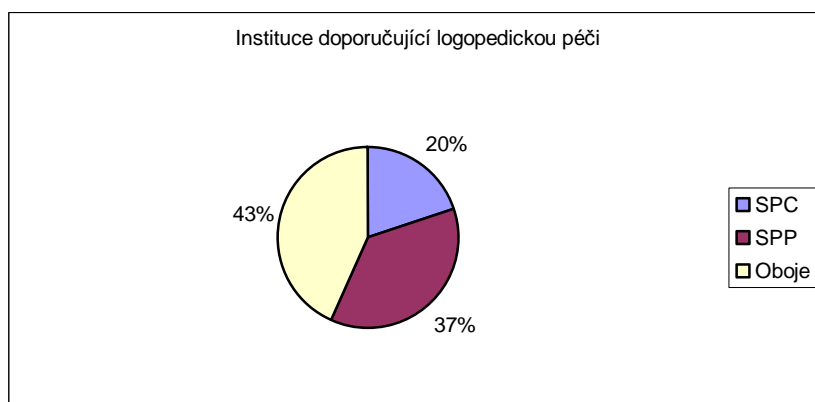
Dle tabulky a grafu číslo šest se nejčastěji u žáků se středně těžkou mentální retardací na vybraných školách vyskytuje opožděný vývoj řeči a dyslalie, OVŘ v 50% a dyslalie v 42%. Huhňavost se vyskytuje v 6%, koktavost a breptavost v 1%.

Poslední otázka se zabývala tématem organizací, které zabezpečují logopedickou péči o žáky se symptomatickými poruchami řeči, jedná se o speciálně-pedagogická centra (SPC) a pedagogicko-psychologické poradny (PPP).

Tabulka číslo 7: Organizace doporučující žáka k logopedické péči

Základní škola praktická	Speciálně pedagogické centrum	Pedagogicko-psychologická poradna	Oboje
Škola č. 1			X
Škola č. 2			X
Škola č. 3		X	
Škola č. 4			X
Škola č. 5		X	
Škola č. 6		X	
Škola č. 7			X
Škola č. 8	X		
Škola č. 9		X	
Škola č. 10			X
Škola č. 11	X		
Škola č. 12			X
Škola č. 13			X
Škola č. 14			X
Škola č. 15		X	
Škola č. 16			X
Škola č. 17	X		
Škola č. 18		X	
Škola č. 19			X
Škola č. 20	X		
Škola č. 21			X
Škola č. 22		X	
Škola č. 23		X	
Škola č. 24	X		
Škola č. 25		X	
Škola č. 26			X
Škola č. 27	X		
Škola č. 28			X
Škola č. 29		X	
Škola č. 30		X	
Souhrn:	6	11	13

Graf číslo 7: Organizace doporučující žáka k logopedické péči



Z tabulky i grafu číslo sedm je patrné, že vybrané základní školy praktické spolupracují a obracejí se na obě instituce, které pak po diagnostických vyšetřeních stanoví diagnózu a vydají návrh na zahájení logopedické péče.

5. 5. Interpretace výsledků

Původním záměrem diplomové práce bylo zaměřit se na symptomatické poruchy řeči a četnost jejich výskytu v lokalitě Praha a Středočeský kraj na vybraných základních školách praktických. Školy v Praze a ve Středočeském kraji jsou posuzovány souhrnně.

Po stanovení hlavních hypotéz byl vytvořen dotazník pro ředitele jednotlivých škol, pomocí kterého dané hypotézy potvrdíme anebo vyvrátíme.

Hypotéza č. 1: Výskyt symptomatických poruch řeči v Praze a ve Středočeském kraji na ZŠ praktických bude vyšší než 60%.

Hypotéza se nepotvrdila, protože jak je vidět především z grafu č. 3, se symptomatické poruchy řeči u žáků s lehkou mentální retardací i u žáků se středně těžkým stupněm mentální retardace objevují pouze ve 39%.

Tento nízký počet lze odůvodnit například příkladnou předškolní logopedickou péčí. Dalším důvodem může být geografické zaměření průzkumu. V Praze se nachází centra a různé výzkumné instituce a odborníci, kteří mohou dané školy využívat k výzkumné a experimentální činnosti a tím zajišťovat vyšší míru odborné péče pro žáky.

Příčinou však může být i nezájem ze strany rodičů o diagnostické vyšetření a následné diagnostikování poruch řeči.

Je však možné, že při rozšíření daného průzkumu na celou republiku, by se nám tuto hypotézu podařilo potvrdit.

Hypotéza č. 2: Výskyt symptomatických poruch řeči bude vyšší na prvním stupni než na druhém stupni ZŠ praktické.

Hypotézu se podařilo potvrdit. Dle tabulky č.4 a grafu č.4 je zcela zřejmé, že z celkového počtu 673 žáků se symptomatickou poruchou řeči je více než 60% žáků na prvním stupni základní školy praktické.

Možným důvodem potvrzení této hypotézy může být i skutečnost, že většina žáků základních škol praktických navštěvovala běžné předškolní zařízení (pokud nějaké navštěvovala - zejména žáci s LMR), kde nemusela být logopedickým obtížím těchto žáků přikládána dostatečná pozornost. Také se dá předpokládat, že právě na prvním stupni základní školy se díky vyučovacím předmětům plně ukáže, zda dítě trpí nějakou symptomatickou poruchou řeči.

Hypotéza č. 3: Výskyt symptomatických poruch řeči bude vyšší u žáků se středně těžkou mentální retardací než u žáků s lehkou mentální retardací.

Hypotéza se potvrdila. Z celkového počtu 154 žáků se STMR má diagnostikovanou symptomatickou poruchu řeči 90 žáků, celkem 58% žáků.

Výskyt poruch řeči souvisí s mírou závažnosti mentálního postižení.

Hypotéza č. 4: Dyslalie se bude vyskytovat u žáků s mentální retardací nejčastěji.

Daný předpoklad, že u žáků s mentální retardací se bude ze symptomatických poruch řeči nejčastěji vyskytovat dyslalie, se podařilo potvrdit, především pokud jde o žáky s lehkou mentální retardací.

Z grafu č. 5 vyplývá, že dyslalie se u žáků se SPŘ v kombinaci s LMR vyskytuje v nadpoloviční většině, tedy v 55%. Za ní se nejčastěji objevuje opožděný vývoj řeči, ve 37% a jen ojediněle se vyskytuje koktavost, huhňavost a breptavost.

U žáků se středně těžkým stupněm mentální retardace jsou zjištění podobná, pouze si zde vyměnila roli četnost výskytu opožděného vývoje řeči, 50%, s výskytem dyslalie, ve 42%

U této hypotézy náš předpoklad vycházel ze studia jednotlivých typů symptomatických poruch řeči a mentální retardace a rovněž z množství statistických údajů z několika odborných studií zabývajících se touto problematikou.

ZÁVĚR

Řeč jako hlavní komunikační prostředek dorozumívání mezi lidmi je nedílnou součástí života většiny populace.

U jedinců se symptomatickými poruchami řeči v kombinaci s mentální retardací, na které se tato diplomová práce zaměřuje, skýtá hned dvojitý problém. Již samotné mentální postižení jim brání se zcela integrovat do intaktní populace, a když se k tomu přidá zmíněná porucha řeči, je tento úkol ještě mnohem náročnější.

Cílem diplomové práce bylo zaměřit se na tyto jedince v lokalitě Praha a Středočeský kraj. Pomocí dotazníkového šetření zjistit jejich četnost a snažit se o vysvětlení příčin získaných údajů.

Největším úskalím při psaní této práce bylo vyhodnocování a zpracovávání získaných údajů z dotazníků, které byly rozeslány na vybrané základní školy praktické.

Text práce je doplněn citacemi, tabulkami a grafy, které mají zajistit lepší přehlednost v analyzovaných datech.

Hlavní přínos práce lze spatřovat v informovanosti o dané problematice nejen v blízkém okolí pisatelů práce, ale rovněž na jednotlivých školách, kterým pomoc při vyplňování dotazníků může navodit inspiraci a bližší zájem o danou problematiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DVORŽÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2.vyd. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedia clinica, 2001. ISBN 80-902536-2-8
2. EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. 3.upr.vyd. Praha: H&H, 2000. ISBN 80-86-0227-65.
3. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5
4. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1
5. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
6. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie/patlavost*. 1.vyd. Praha: Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3
7. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence*. 4.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN80-7367-056-9
8. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1026-9
9. LANGER,S. *Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.
10. LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5
11. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.
12. RUBINŠTAJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 3. vyd. Praha: SPN, 1986.
13. SOVÁK, Miloš. *Uvedení do logopedie*. 2.vyd. Praha: SPN, 1978.
14. SOVÁK, Miloš. *Logopedie – metodika a didaktika*.1.vyd. Praha: SPN, 1987.
15. SOVÁK, Miloš a kol. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: SPN, 1974.
16. ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6

17. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M.
Psychodiagnostika dětí a dospívajících. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-71-78-54-58.
18. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-506-7
19. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*.
3. rozš. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
21. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III. : vzdělávací handicap – postižení schopností nezbytných k učení*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci , Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie, 2003. ISBN 80-7083-669-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Dotazník

Příloha č.2: Seznam škol

Príloha číslo 1: Dotazník

Instrukce k vyplnění dotazníku: Cílem dotazníku je zjistit výskyt symptomatických poruch řeči (dále SPŘ) na **ZŠ praktických** u žáků s lehkou mentální retardací v Praze a Středočeském kraji. Dotazník se skládá z deseti otevřených otázek a jedné uzavřené otázky. Dotazník je anonymní. Děkuji za vyplnění.

1. Počet žáků celkem:

Počet žáků na 1. stupni:

Počet žáků na 2. stupni:

2. Počet žáků s lehkou mentální retardací:

3. Počet žáků se středně těžkou mentální retardací:

4. Počet žáků se SPŘ:

5. Počet žáků se SPŘ s lehkou mentální retardací:

6. Počet žáků se SPŘ se středně těžkou mentální retardací:

7. Počet žáků se SPŘ na 1. stupni ZŠ praktické celkem:

8. Počet žáků se SPŘ na 2. stupni ZŠ praktické celkem:

9. Počet žáků se SPŘ s lehkou mentální retardací:

dyslálie:

koktavost:

breptavost:

huhňavost:

opožděný vývoj řeči (OVR):

10. Počet žáků se SPŘ se středně těžkou mentální retardací:

dyslálie:

koktavost:

breptavost:

huhňavost:

opožděný vývoj řeči (OVR):

11. Kdo doporučuje žáka? SPC PPP

Příloha č. 2: Seznam škol

Praha

1. Základní škola praktická Praha 6, Vokovická 32/3, 160 00 Praha-Vokovice
2. ZŠ a Střední škola Praha 4, Kupeckého (pobočka Praha-Háje) Kupeckého 576/17, 149 00
3. ZŠ logopedická a ZŠ praktická Praha, Libčická 399/8, 181 00 Praha-Čimice
4. ZŠ Praha, Vachkova 941 Vachkova 941/13, 104 00 Praha-Uhřetěves
5. ZŠ Praha 10 Práčská, Práčská 159/37, 106 00 Praha-Záběhlice
6. ZŠ Praha 4, Boleslavova 250/1, 140 00 Praha-Nusle
7. ZŠ praktická a Praktická škola Praha 2, Vinohradská 920/54, 120 00
8. ZŠ praktická a ZŠ speciální Lužiny, Praha 5 Trávníčkova 1743/2, 155 00 Praha-Stodůlky
9. ZŠ praktická a ZŠ speciální Praha 5, Pod radnicí 315/5, 150 00 Praha-Košíře
10. ZŠ praktická, Praha 5 náměstí Osvoboditelů 1368/27, 153 00 Praha-Radotín
11. ZŠ praktická a ZŠ speciální Praha 4, Ružinovská 2017/20, 142 00 Praha-Krč
12. ZŠ Tolerance Praha 9, Mochovská 570, 198 00 Praha-Hloubětín

Středočeský kraj

13. Speciální základní škola, U Bažantnice 154, Poděbrady 290 01
14. Základní škola a Praktická škola, Beroun, Karla Čapka 1457, 266 01
15. Základní škola a Praktická škola, Žitomířská 1359, 282 01 Český Brod
16. Základní škola a Praktická škola Kostelec nad Černými lesy, K Jatkám 748
17. ZŠ Hostivice, Pionýrů 79, 253 01 Hostivice
18. ZŠ Lysá nad Labem, Komenského Komenského 1534/16, 289 22 Lysá nad Labem
19. ZŠ Mnichovo Hradiště, Švermova, Jana Švermy 380, 295 01 Mnichovo Hradiště
20. ZŠ, MŠ a Praktická škola Příbram, Pod Šachtami 335, 261 01 Příbram

21. ZŠ Neratovice, Byškovická 85, 277 11 Neratovice-Byškovice
22. ZŠ Pečky, Tř. Jana Švermy 540, 289 11 Pečky
23. ZŠ praktická a ZŠ speciální Dobříš, Lidická 384, 263 01 Dobříš
24. ZŠ praktická a ZŠ speciální Mělník, Jaroslava Seiferta 179, 276 01 Mělník
25. ZŠ Zruč nad Sázavou, Okružní 643, 285 22 Zruč nad Sázavou
26. Zvláštní škola Sedlčany, Konečná 1090, 264 01 Sedlčany
27. ZŠ Votice, Smetanova 153, 259 01 Votice
28. ZŠ Žebrák, Hradní 67, 267 53 Žebrák
29. ZŠ praktická Kralupy nad Vltavou, Jodlova 111, 278 01 Kralupy nad Vltavou
30. ZŠ a Praktická škola Úvaly, nám. Arnošta z Pardubic 8, 250 82 Úvaly