

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ / KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dagmar Suchomelová

**Předškolní logopedická péče o děti se speciálními
potřebami**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Olga Šifferová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR / COMBINED STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Dagmar Suchomelová

**Logopedic Care for Preschool Children with Special
Needs**

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Olga Šifferová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. 3. 2013

Dagmar Suchomelová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Olze Šifferové za cenné rady a psychickou podporu, kterou mi poskytla při zpracování této práce. Rovněž bych chtěla poděkovat Mgr. Sylvě Sigmundové a Mgr. Michaele Krausové, které mi umožnily účastnit se logopedické intervence a poskytly mi mnoho informací k dané problematice. Mé poděkování patří též zákonným zástupcům dětí, kteří mi umožnili vlastní sběr dat týkajících se konkrétních dětí a jejich uveřejnění v této práci.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá systémem logopedické péče a využíváním pomůcek a metod při práci speciálních pedagogů v podmínkách českého školství. Teoretické poznatky, uvedené v první části bakalářské práce, byly využity při zpracování srovnávací analýzy v praktické části, kde je porovnána teorie s praxí ve dvou konkrétních zařízeních, ve kterých probíhal výzkum. Připojeny jsou také kazuistiky vybraných dětí. Práce byla napsána s úmyslem poskytnout náhled na poskytovanou logopedickou péči, v konkrétních zařízeních, během předškolního vzdělávání dětí, které vyžadují speciální péči.

Klíčové pojmy

Kazuistiky, komunikace, logopedická intervence, logopedická péče, narušená komunikační schopnost, pozorování, řeč, speciální vzdělávací potřeby, srovnávací analýzy.

Annotation

This bachelor thesis is mainly about the system of logopedic care and using tools and methods for special educationalists' work in the Czech educational system conditions. Theoretical findings, shown in the first part of the bachelor thesis, were used during the development of the comparative analysis in the practical part of the work, in which the theory and practical application are compared using the data from two facilities used for conducting the research. Casuistries of the selected children are also attached. This study was developed with the goal of describing the logopedic care provided in specific facilities for the special needs children in their preschool education.

Key words

Casuistics, communication, comparative analyses, impaired communication ability, logopedic care, logopedic intervention, observation, special educational needs, speech.

OBSAH

ÚVOD	9
1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ	11
2 VÝVOJ ŘEČI	12
2.1 Fylogenetický a ontogenetický vývoj řeči	12
2.1.1 Přípravné (předřečové) stadium vývoje řeči.....	13
2.1.2 Vlastní vývoj řeči	13
2.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči	14
2.3 Podmínky správného vývoje řeči	16
2.4 Poruchy vývoje řeči	18
2.4.1 Opožděný vývoj řeči	19
2.4.2 Vývojová dysfázie	22
3 KOMUNIKACE DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI	24
3.1 Získané organické a psychogenní poruchy řečové komunikace	25
3.1.1 Afázie	25
3.1.2 Syndrom demence a poruch komunikace.....	26
3.1.3 Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus	26
3.2 Poruchy zvuku řeči při anomáliích orofaciálního systému	27
3.2.1 Huhňavost (rinolalie).....	27
3.2.2 Palatolalie.....	28
3.3 Narušení plynulosti řeči	29
3.3.1 Koktavost (balbuties)	29
3.3.2 Breptavost (tumultus sermonis)	30
3.4 Narušení článkování řeči	30
3.4.1 Dysartrie.....	30
3.4.2 Dyslalie (patlavost)	32
3.5 Symptomatické poruchy řeči	33
3.5.1 Poruchy komunikace při mentální retardaci	33
3.5.2 Poruchy komunikace při smyslových vadách.....	34
3.5.3 Poruchy komunikace při tělesných postiženích.....	34
3.5.4 Pervazivní vývojové poruchy	35
3.5.5 Dětská epileptická afázie – Landauův-Kleffnerův syndrom	35
4 SYSTÉM LOGOPEDICKÉ INTERVENCE V ČR	36
5 LOGOPEDICKÉ POMŮCKY A METODY V PŘEDŠKOLNÍ VÝUCE	39
6 PŘÍPRAVA DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI NA VSTUP DO BĚŽNÉ ZÁKLADNÍ ŠKOLY	41
7 PŘEDŠKOLNÍ LOGOPEDICKÁ PÉČE O DĚTI SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI V SOUČASNÉ PRAXI	43
7.1 Vymezení výzkumného cíle	43

7.2 Výzkumný vzorek a metodologie výzkumu	44
7.3 Časová organizace výzkumu podle jeho fází	45
7.4 Místní šetření v Mateřské škole Revoluční ve Vyškově	46
7.4.1 Charakteristika zařízení Mateřské školy Revoluční.....	46
7.4.2 Systém logopedické péče v Mateřské škole Revoluční.....	48
7.4.3 Logopedické metody a pomůcky využívané Mateřské školy Revoluční	49
7.4.4 Kazuistiky vybraných dětí z Mateřské školy Revoluční	50
7.5 Místní šetření v Mateřské škole Sochorova ve Vyškově	63
7.5.1 Charakteristika zařízení Mateřské školy Sochorova.....	63
7.5.2 Systém logopedické péče a užívané logopedické metody a pomůcky v Mateřské škole Sochorova	64
7.5.3 Kazuistiky vybraných dětí z Mateřské školy Sochorova	67
7.6 Interpretace a diskuse výsledků výzkumu	78
ZÁVĚR	82
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	84
SEZNAM PŘÍLOH	86

ÚVOD

Řeč je mocným komunikačním nástrojem v našem životě. Dorozumívat se mluvenou řečí patří mezi specificky lidské schopnosti. Je to schopnost, které užíváme k tomu, abychom navazovali vzájemné kontakty, dovídali se nové informace, sdělovali si své myšlenky, dělili se o své pocity, radosti i smutky. Umožňuje nám vstoupit do světa vědění, ale také je to prostředek, který nám otevírá cestu do světa lidí, cestu k druhým lidem, a to pomocí vzájemného dorozumění a porozumění, pochopení jeden druhého.

Řeč nám však není vrozená. Na svět si přinášíme pouze určité dispozice, které musíme rozvíjet. Jelikož je každý člověk bytostí individuální, tak i jeho vrozené dispozice jsou zcela individuální. Ať už se narodí dítě úplně zdravé anebo s nějakým handicapem, v každém případě je nutné u něho rozvíjet komunikační schopnost od samého začátku jeho vývoje. To tedy znamená v první řadě v rodině a od určitého věku i prostřednictvím kvalifikovaných odborníků formou intenzivní předškolní péče v mateřské škole.

Tato bakalářská práce se zabývá předškolní logopedickou péčí a rozvojem komunikačních schopností u dětí, které neměli tolik štěstí a do života vstoupili s nějakým zdravotním postižením. Narušená komunikační schopnost, která se u dětí vyskytuje stále častěji, může zásadně ovlivnit celou jeho osobnost. V těchto případech musí pedagog použít všechny dostupné prostředky k terapii, zmírnění, případně překonání těchto problémů a tím přispět k výchově pokud možno co nejsamostatnějšího a vyrovnaného člověka, schopného dalšího vzdělávání. Uvedené problematice bych se v budoucnu chtěla věnovat v praxi.

V teoretické části je popsán vývoj řeči, je zde vymezen termín narušené komunikační schopnosti a její jednotlivé kategorie a typy, dále je v práci uveden systém logopedické intervence v České republice a rozdělení logopedických pomůcek a metod. Praktická část popisuje vlastní šetření. Je zde charakterizována činnost dvou specializovaných předškolních zařízení, provozovaných v podmínkách malého moravského města. Cílem této práce je zhodnocení možností logopedické péče, dostupnosti, využívání a efektivity logopedických pomůcek a metod v předškolních zařízeních u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Pro zpracování výzkumné části bylo využito kvalitativního výzkumu. Užitými metodami jsou aktivní pozorování dětí, rozhovory s dětmi i pedagogy, analýza osobní dokumentace dětí, srovnávací

analýza popisovaných zařízení a teorie s praxí. V této části jsou uvedeny také kazuistiky vybraných dětí.

Výsledkem tohoto výzkumu je zhodnocení úrovně logopedické péče zjišťované ve dvou ze čtyř zařízení specializujících se na narušenou komunikační schopnost dětí předškolního věku pro Vyškov a jeho blízké okolí. Přínosem pro praxi je především zjištění všech přímých i nepřímých aspektů ovlivňujících výsledek práce speciálních pedagogů, ověření využitelnosti a efektivity logopedických pomůcek a metod uvedených v dostupných teoretických zdrojích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ

Řeč, jazyk a komunikace jsou základními pojmy vědního oboru logopedie, jež spolu úzce souvisí a jsou hlavními termíny této bakalářské práce. Vymezení uvedených termínů je tedy nezbytným teoretickým východiskem.

Jednou z nejsložitějších činností, jíž je lidská bytost schopna je řeč. Tvorbu řeči umožňují, spolu s lidsky specifickým hlasovým ústrojím, určité oblasti mozkové kůry. (Love et al., 2001). Lechta (2002, s. 13) definuje řeč jako „*schopnost vědomě používat jazyk, jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách*“. Doplnuje také, že je určitou hranicí oddělující člověka od živočišné říše. Klenková (2006) rozlišuje řeč zevní, kterou umožňuje činnost mluvních orgánů a řeč vnitřní, související s činností mozku, tedy kognitivními procesy a myšlením člověka.

Jazyk je podle Klenkové (2006, s. 27) „*soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky. Jestliže řeč je výkonem individuálním, pak jazyk je jevem a procesem společenským. Odlišujeme jazyk jako schopnost ovládat a používat jistý symbolický vyjadřovací systém, jazykovou kompetenci (češtinu, angličtinu nebo i znakový jazyk neslyšících) od řeči či promluvy jako skutečného použití, aktualizace této schopnosti*.“ Komunikaci, schopnost člověka vyjádřit se jazykem, Dvořák (1998, s. 85) formuluje jako „přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka; výměna informací, sdělování a dorozumívání; realizuje se ve 3 hlavních formách: mluvené, psané, ukazované.“

Logopedie je věda, která se zabývá narušenou komunikační schopností a Lechta (2011, s. 15 a 16) doplňuje, že se jedná o „*vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie je v moderním pojetí vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost u člověka z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence*.“ Pokud komunikační schopnost nefunguje nebo se odlišuje od normy, hovoříme o narušené komunikační schopnosti, kterou podle Lechty (2011, s. 16) „*považujeme za narušenou, působí-li některá jazyková rovina jeho projevu (případně i několik rovin – simultánně či sukcesivně) rušivě se zřetelem k jeho komunikačnímu záměru*.“

2 VÝVOJ ŘEČI

2.1 Fylogenetický a ontogenetický vývoj řeči

Vývoj řeči, jako jedné z biologických vlastností člověka, přímo souvisí s lidskou evolucí. Člověk se mnoho tisíců let vyvíjel po stránce biologické i kulturní. Samotný vývoj lidské řeči nelze odlišit od vývoje ostatních schopností člověka a jeho přeměny až po současného Homo sapiens. I dorozumívání lidí se postupně vyvíjelo a postupně se stalo pro život lidí neocenitelným. Podle Klenkové (2006) nemůže bez dorozumívání, neboli komunikace, žádná společnost existovat, natož pak se vyvíjet. Nejen pro existenci, ale i pro organizaci každé lidské společnosti je právě komunikace základním procesem, neboť je každá společná akce jedinců založena na významech, které jsou společně sdíleny poté, co byly přeneseny prostřednictvím komunikace. Škodová (2007) uvádí, že se v historii vývoje člověka objevuje několik základních zlomů, které byly určující pro další společenské proměny, jenž také působily tlak na vyvolání potřeby rozvoje komunikace a tím i vývoje řeči. Prvním důležitým zlomem byl v období třetihor, asi 18 milionů let zpět, moment, kdy se začal předek člověka – lidoop – pohybovat po zemi. Pohyb po zemi znamená ve vývoji postupné napřimování, zmenšování obličejové části lebky, zdokonalování motoriky předních končetin, určených ne již k lokomoci, ale k účelné činnosti především při hledání potravy. Druhé období, asi před 2 miliony lety, je chvíle, kdy člověk začíná používat první nástroj, jako pomůcku k hledání potravy, ale i jako zbraň. Ve třetím období je dále potencována nutnost komunikace. Člověk se začíná sdružovat do tlupy a nepřežívá již individuálně. Podle Škodové (2007, s. 89) *„tato socializace spadá do období asi před 800 tisíci lety a nutně znamená potřebu interpersonálního sdělování. Již u člověka neandrtálského lze z kosterních nálezů usuzovat na určitou míru schopnosti artikulace, i když byla v porovnání s dnešním řečovým projevem výrazně artikulačně chudší. Samotný systém budování řeči nejspíše souvisí s postupným ustálením reakce chování na určitý pronesený zvuk, a je tedy podmíněn sociálním chováním lidského rodu.“*

Vývoj řeči je z ontogenetického hlediska složitý proces, který neprobíhá samostatně. Je ovlivňován mnohými vnějšími i vnitřními okolnostmi. Klenková (2006, s. 32) uvádí, že *„pro logopedickou praxi je nesmírně důležité znát vývoj řeči u zdravých dětí. Tyto znalosti jsou nezbytné při rozvíjení komunikačních schopností dětí, u nichž se vyskytují nějaké obtíže v komunikačních schopnostech.“* Rozlišujeme dvě stadia v ontogenezi řeči:

2.1.1 Přípravné (předřečové) stadium vývoje řeči

Toto období probíhá přibližně v 1. roce života. Na základě zručností a návyků, které si dítě v této době osvojuje, vzniká později skutečná řeč. Jedná se o činnosti, které charakterizujeme jako předverbální (např. křik nebo broukání) a neverbální (např. zrakový kontakt, komunikace na základě tělesného kontaktu při kojení apod.) aktivity. Předverbální projevy, které postupně zanikají, mají užší vazbu na budoucí zvukovou, slovní, mluvenou řeč dítěte a také jsou později verbálními projevy nahrazeny. Neverbální projevy nemusí být vždy vázány na budoucí mluvenou řeč a přetrvávají v různých formách po celý život. (Klenková, 2006). Balašová (2003) dělí toto stadium na tři na sebe navazující období.

Jako první uvádí období novorozeneckého křiku, které zahrnuje krátký a neurčitý hlasový reflex, který není kontrolován sluchem. Zpočátku jde o projev reakce na změnu prostředí. Přibližně od 6. týdne dostává křik citové zabarvení. Dítě jím vyjadřuje své pocity a potřeby jako je např. nelibost, spokojenost nebo hlad.

Období žvatlání probíhající od začátku 3. měsíce až do konce 8. měsíce života dítěte. Nejprve se jedná o pudové vyluzování zvuků připomínajících slabiky. Tyto zvuky nelze hodnotit z hlediska mateřského jazyka. Od 6. měsíce, kdy dochází ke značnému rozvoji smyslových orgánů (sluch a zrak), začíná dítě napodobovat zvuky z okolí. Zvuky relativně připomínají mateřský jazyk.

Období rozumění, které začíná kolem 9. – 10. měsíce života dítěte, klade hlavní důraz na roli modulačních faktorů řeči. Dítě ještě nechápe obsah slov, která slyší, ale reaguje na globální zvukový obraz. Jeho rozumění vyvolává motorickou reakci.

2.1.2 Vlastní vývoj řeči

Škodová (2007) uvádí, že první slova se mohou objevit ve věku 10 – 18 měsíců. Prvnímu slovu často přikládají rodiče velký význam. Jako důležitější, než samotný začátek slovního projevu, označuje Klenková (2002) to, aby mluvené řeči (slovům) dítě rozumělo.

Období vlastního vývoje řeči charakterizují čtyři postupná, na sebe navazující stadia (Klenková, 2006):

Stadium emocionálně-volní, kdy dítě vyjadřuje svá přání, city, prosby. Používá k tomu první verbální projev. Prvním takovým projevem jsou jednoslovné věty, což jsou slova, která mají komplexní význam věty (např. slovem „pá“ dítě vyjadřuje radost, že půjde ven, nebo nespokojenost, že blízká osoba odchází apod.). První dětská slova jsou jednoslabičná i víceslabičná, slovní označení je spojeno s konkrétními osobami

i věcmi. Užívání prvních slov však neznamená zánik žvatlání, to ještě nějakou dobu přetrvává. Dítě i nadále ještě poměrně dlouho využívá dorozumívání na předverbálně-neverbální úrovni, jako jsou gesta, mimika, pláč apod. V období mezi 1 a půl a 2 roky mluvíme o egocentrickém stadiu vývoje řeči. Dítě napodobuje dospělé, ale také slova. Mluvení se objevuje jako činnost. Škodová (2000) uvádí, že „*Opakování má pro další rozvoj řeči klíčový význam. Dítě nejdříve opakuje jednoduché zvuky, později se učí opakovat jednotlivé slabiky a slova a konečně celé věty a složitější větné výrazy. Od samého začátku si opakováním osvojuje i melodii řeči a její intonaci.*“ [online].

Další stadium, kdy nabývají prvotní slůvka funkce pojmenovávající, je Klenkovou (2006) označováno jako stadium asociačně-reprodukční. Výrazy, které si dítě spojovalo s určitými jevy, postupně přenáší na jevy podobné, a tím reprodukuje jednoduché asociace. Užívaná řeč je stále na prvosignální úrovni, kdy zůstává spojení výrazu s konkrétním jevem.

Okolo 3. roku života nastupuje velmi důležité stadium logických pojmů. V tomto stadiu začíná dítě užívat slova s určitým obsahem v souvislosti s konkrétními jevy. Je to stadium, které je označováno za začátek přechodu z 1. do 2. signální soustavy. Pro dítě je to obtížné období, ve kterém často dochází k těžkostem a dítě je nuceno překonávat potíže spojené převážně s opakování hlásek, slabik, slov, zarážky v řeči apod.

Přelom 3. a 4. roku je počátek stadia intelektualizace řeči. Dítě již vyjadřuje svoje myšlenky zpravidla obsahově i formálně s dostatečnou přesností. Postupně se zkvalitňuje úroveň osvojování nových slov, zlepšuje se a upevňuje gramatická forma řeči, rozšiřuje se slovní zásoba. Tato etapa pokračuje až do dospělosti (Klenková, 2006).

2.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

V ontogenezi řeči rozlišujeme čtyři vzájemně se prolínající jazykové roviny, jejichž vývoj probíhá v jednotlivých časových úsecích současně (Klenková, 2006). Morfologicko–syntaktická jazyková rovina obsahuje gramatickou rovinu řeči, kterou lze podle Klenkové (1997) zkoumat až okolo 1. roku věku dítěte, což je doba kdy začíná vlastní vývoj řeči v pravém slova smyslu. První slova plní funkci vět, jsou neohebná, neskloňují se ani nečasují, podstatná jména jsou většinou v 1. pádě, slovesa v infinitivu, případně ve 3. osobě anebo v rozkazovacím způsobu. Tento projev, pomocí samostatných slov, trvá zpravidla do 1 a půl až 2 let. Poté dochází k jejich skládání do

dvojslovných vět. Z hlediska morfolgie začíná dítě používat nejdříve podstatná jména, poté slovesa a citoslovce. Jako poslední začíná používat číslovky předložky a spojky. Z chronologického hlediska lze dle Klenkové (2006) uvést následující přehled:

- Mezi 2. a 3. rokem dítě používá dítě stále více přídavná jména, postupně i osobní zájmena, poté i číslovky, předložky a spojky. Začíná dítě skloňovat.
- Po 3. roce užívá jednotné i množné číslo, často mívá potíže se stupňováním přídavných jmen, na první místo ve větě klade slovo s emocionálně klíčovým významem.
- Mezi 3. a 4. rokem života již tvoří souvětí, nejdříve tvoří souvětí slučovací, později i souvětí podřadná.
- Po 4. roce života obvykle užívá všechny slovní druhy. V tomto období by již neměla gramatická stránka projevu dítěte v běžných komunikačních situacích vykazovat nápadné odchylky.

Tato jazyková rovina odráží dle Lechty (1990) celkovou úroveň duševního vývoje dítěte a je podle Škodové (2007, s. 102) „jedním z nejpřesnějších indikátorů narušené komunikační schopnosti“.

Lexikálně–sémantická jazyková rovina se zabývá podle Klenkové (2006) slovní zásobou a jejím vývojem, z hlediska pasivního i aktivního slovníku. Okolo 10. měsíce můžeme u dítěte registrovat začátky rozvoje pasivní slovní zásoby, jelikož dítě začíná rozumět mluvené řeči. Kolem 12. měsíce se začínají postupně objevovat první slova, začátek rozvoje aktivní slovní zásoby. Stále však převládá neverbální způsob komunikace a to na úrovni pohledů, mimiky, pohybů, pláče. První slova dítě chápe všeobecně, např. „haf-haf“ je vše, co má čtyři nohy a je chlupaté, tento jev nazýváme hypergeneralizací. Opačnou tendenci pozorujeme v době, když umí již více slov. Dítě v tomto období pokládá slova za názvy jen jediné, např. táta je označení jen jediné osoby - jeho otce, tento jev nazýváme hyperdiferenciací. Období 1 a půl roku je věk, kdy dítě pokládá otázky typu „Co je to?“, případně „Kdo je to?“, „Kde je?“. V období kolem 3 a půl roku je věk, kdy nastupují otázky „Proč?“, případně „Kdy?“. Z výzkumných studií byly sestaveny průměrné údaje obsáhlosti slovní zásoby dětí předškolního věku:

Věk:	Průměrná slovní zásoba:
1 rok	5 – 7 slov
2 roky	200 slov
3 roky	1000 slov
4 roky	1500 slov
6 let	2500 – 3000 slov

Tento přehled ukazuje, že největší nárůst slovní zásoby je do 3. roku života dítěte. Dítě okolo 3. roku života dokáže již říci např. své jméno i příjmení, mezi 3. a 4. rokem chápe rozdíly „malý – velký, světlo – tma“, zná i jméno svého sourozence, řekne básničku. Na konci předškolního věku dokáže popisovat různé události ze svého života, správně reaguje i na delší příkazy (Škodová et al., 2007).

Foneticko–fonologická jazyková rovina se zabývá dětským křikem po narození, broukáním a přechodem z pudového žvatlání na žvatlání napodobující a s tím souvisejícím pořadím vyslovovaných hlásek. *„Z pohledu logopeda je důležité znát v ontogenezi řeči pořadí fixace jednotlivých hlásek, neboť podle tohoto pořadí se postupuje při korekci výslovnost (Klenková, 2006, s. 40)“*. Jako první se v dětské řeči fixují samohlásky, v pořadí fixace souhlásek (konsonant) jsou to hlásky nejdříve závěrové, potom úžinové jednoduché, polozávěrové a nakonec úžinové se zvláštním způsobem tvoření. Vývoj výslovnosti začíná již po narození a ukončen může být asi v 5 letech věku dítěte. V některých případech ale může přetrvávat také do 5. – 7. roku života dítěte. V současné době se dbá na to, aby mělo dítě ukončen vývoj výslovnosti do 5 let věku. Nestane-li se tak, je důležité zahájit logopedickou intervenci a předejít tak komplikacím ještě před nástupem povinné školní docházky (Klenková, 2006).

Pragmatická jazyková rovina představuje podle Balašové (2003) schopnost řečové pragmatiky, která představuje především sociální uplatnění osvojených řečových dovedností a upřednostňování sociálního aspektu řeči a jazyka. Konkrétní situaci dokáže dítě pochopit a v roli komunikačního partnera reagovat již ve věku 2 – 3 let. Intuitivně však dítě dovede pochopit danou situaci dávno před tím, než chápe obsah slov či vět. Po 3. roce se dítě snaží stále více komunikovat. Ve 4 letech dokáže stále častěji přizpůsobovat komunikaci dané situaci. Nastává období intelektualizace řeči a dochází k regulační funkci řeči. Od této doby je možné chování dítěte usměrňovat řečí a také dítě samotné využívá řeč k regulaci dění ve svém okolí (Klenková, 2006).

2.3 Podmínky správného vývoje řeči

Škodová (2007) se zabývá podmínkami, které jsou nezbytné ke správnému vývoji řeči. Jako první uvádí, že pro vývoj je důležitá nepoškozená centrální nervová soustava (dále jen CNS), což znamená především nepoškozená motorická korová (pyramidová) a mimokorová (extrapyramidová) centra mozku, která celkový výkon řeči upravují. Řeč a motorika se tedy vzájemně významně ovlivňují. Poruchy motoriky se pak přímo

promítají do jemných mechanismů řeči. Podle Bytešníkové (2012) hraje významnou roli ve správném vývoji řeči také rovnoměrné vyžívání CNS. Vyšetření pohybové koordinace celého těla, vyšetření jemné motoriky ruky a cílené vyšetření mluvidel provádí pro běžnou klinickou potřebu pomocí jednoduchých přehledných testů klinický logoped, popřípadě foniatr, v těžších případech neurolog, rehabilitační lékař či ortoped (Škodová et al., 2007). Normální intelekt je rozhodujícím činitelem pro kvalitu obsahové i formální stránky mluvené řeči. Správné tvoření a užívání řeči závisí na vysoce koordinované činnosti mozku, který ukládá a zpracovává informace, jež na člověka působí. Intelekt je však podmíněn i dědičně, přičemž horní hranice možností rozvoje rozumových schopností je u každého jedince určena. Pokud je intelekt na nedostačující úrovni, řeč se nemůže adekvátně rozvíjet. Orientačně dovede úroveň intelektu odhadnout každý zkušenější terapeut (klinický logoped nebo foniatr, případně neurolog). Nemá však ani prostředky, ani kompetenci k užití různých testových metod, které stupeň vývoje intelektu a prognózu jeho dalšího rozvoje v souvislosti s celkovým rozvojem schopností dítěte stanoví přesněji. Pro klinického logopeda i foniatra provádí vyšetření intelektu klinický psycholog pomocí řady standardizovaných testů a testových baterií, jejichž výsledky tak může porovnávat (Škodová et al., 2007).

Na osvojení řeči se podílí také sluch a zrak. Bez správné funkce sluchového ústrojí se nemůže řeč utvářet správným způsobem. Přesné speciální vyšetření sluchu patří do kompetence těchto lékařů: foniatra, audiologa, případně otorinolaryngologa. Orientační vyšetření sluchu však může vyšetřit i klinický logoped pomocí aplikace zvukových podnětů (vyšetření výkonnosti sluchového analyzátoru – tj. slyšení čistých tónů; vyšetření vnímání zvuků vázaných na vyšší nervovou činnost – tj. zvuky významové a zvuky obsahové) a jednoduchým standardním obrázkovým testem. Pro vývoj řeči má význam i zrak a to z hlediska odezírání artikulace, mimiky i gestikulace, je významným doplňkem sluchového vnímání a rozumění mluvené řeči. Při oslabení nebo ztrátě sluchu přebírá zrak hlavní roli při vnímání mluvené řeči (kompenzace zrakiem). Vyšetření zraku by měl provádět orientačně pediatr, při závažnějších poruchách oční specialista (Škodová et al., 2007). Další důležitou oblastí, která má vliv na rozvoj řeči je dobrá úroveň motorických funkcí, které jsou s řečí úzce spjaty. Motorické funkce jsou promítány do jemných mechanismů řeči. Jelikož je motorická zóna kůry mozku hybným analyzátozem řeči, je primárním předpokladem správného rozvoje řeči dobrá motorika řečových orgánů (Bytešníková, 2012). Lechta (2002) uvádí, že již v intrauterinním životě byly pozorovány základy motoriky mluvních orgánů. Vyšetření motorických funkcí provádí zpravidla klinický logoped nebo podle závažnosti

potíží speciálně vyškolený foniatr, neurolog, rehabilitační lékař či ortoped (Škodová et al., 2007).

V neposlední řadě jsou tu i další vlivy, které působí na rozvoj řeči. Zejména je to vrozená míra nadání pro jazyk, která představuje správný vývoj psychických schopností určujících schopnost rozumět řeči. Pokud má dítě mluvit, musí nejdříve samo mluvené řeči rozumět. Schopnost rozumění řeči u malých dětí vyšetřuje klinický logoped pomocí konkrétních denních situací, předmětů denní potřeby nebo, a to nejčastěji, pomocí obrázků. K vyšetření vlastní řečové produkce se v klinické praxi používá nejčastěji popis obrázků, rozhovor, reprodukce vyprávění a v poslední době i speciální počítačové programy. Při tomto vyšetření klinický logoped sleduje všechny jazykové roviny (Škodová et al., 2007) a adekvátní sociální prostředí - stimulující podněty okolního prostředí nesou pravděpodobně největší váhu při vývoji dětské řeči. Velký význam mají stimulující podněty okolního prostředí. Podstatné tedy je, aby dítě mělo správný „řečový vzor“, aby mu byla především od rodičů věnována dostatečná péče, aby nestrádalo po citové stránce a také aby dostávalo přiměřené množství jazykových i kulturních podnětů z okolní společnosti. Podle vzájemné komunikace, verbálního i neverbálního chování dítěte odhadne úroveň sociálních vztahů a sociokulturního prostředí v rodině klinický logoped. Přihlíží také k chování jednotlivých členů rodiny a zájmu rodičů o stav a vývoj řeči dítěte (zajišťování frekvence návštěv, opatřování a udržování pomůcek apod.). Pro klinického logopeda vyšetří úroveň sociálních vztahů v širší rodině a okolí dítěte (mateřská škola) klinický psycholog. V závislosti na nich určí i prognózu vývoje řeči a to také vzhledem k možnostem i schopnostem dítěte (Škodová et al., 2007).

2.4 Poruchy vývoje řeči

Deficity, které se objevují ve vývoji řeči, postihují řeč dosud nevyvinutou, nebo řeč, jež je v počátcích vývoje. Často bývají přímo spojeny s procesem vyzrávání CNS a také s rozvojem percepčních, jazykových, kognitivních a motorických funkcí. Opoždění či narušení vývoje řeči může mít vážný dopad na celkový rozvoj jedince a to především v oblasti školní úspěšnosti, pracovního zařazení a sociálních vztahů (Bytešníková, 2012).

2.4.1 Opožděný vývoj řeči

O opožděném vývoji řeči můžeme podle Klenkové (2006, s. 66) hovořit „nemluví-li dítě ve 3 letech nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku“. Sovák (in Škodová et al., 2007) viděl příčiny opožděného vývoje ve faktorech biologických (dědičnost – predilekce u chlapců, individuální schopnosti, různá lehká perinatální a perinatální neložisková poškození CNS, popřípadě změny mozkového biochemismu, opožděné vyžívání CNS, možné poškození CNS již v intrauterinním vývoji) a ve faktorech sociálních (patologie výchovného prostředí). Uvádí, že etiologie vzniku této poruchy řeči není vždy zcela jasná. V souvislosti s etiologií Škodová (2007) uvádí, že se opožděný vývoj může vyskytovat jako součást jiných vývojových poruch, nebo může být dominujícím příznakem klinického obrazu. Může být také příznakem jiných onemocnění nebo postižení - tvoří součást klinického obrazu mentální retardace, dětské mozkové obrny, vad a poruch sluchu, vad a poruch zraku a někdy je přítomen i u tělesného postižení. Dělení symptomů opožděného vývoje řeči uvádí z řady hledisek:

- Symptomy z hlediska průběhu vývoje řeči se zabýval a následně je rozdělil do několika kategorií Sovák (in Škodová et al., 2007). Jako první uvádí opožděný vývoj řeči prostý, jehož příčinou je dědičnost, opožděné vyžívání CNS, negativní výchovné vlivy, lehká porucha sluchu apod. Hlavním symptomem je opoždění v pásmu řečového projevu, které se může projevit ve všech jazykových rovinách, nebo jen v jedné z nich. To způsobí v daném období, než se řeč zcela rozvine, celkovou disharmonii celé osobnosti. Zpočátku je nejvíce narušena obsahová stránka řeči, což znamená malá slovní zásoba (větší pasivní než aktivní slovník), dysgramatismy (neschopnost tvořit gramaticky správné tvary na všech úrovních) apod. Příznaky se mění v závislosti na vývojových stupních, na nichž se dítě aktuálně nachází. Další kategorií je omezený vývoj řeči, kdy příčinou je mentální retardace, těžší poruchy sluchu, extrémní patologie sociálního prostředí apod. Opoždění vyjadřovacích schopností se projevuje výrazněji. Porucha se projevuje hlavně v obsahové stránce řeči, což představuje omezenou schopnost chápání významu slov. U těžkých sluchových poruch jsou narušeny modulační faktory řeči. Následkem je špatně srozumitelná řeč i při dostatečné slovní zásobě. U mentálně postižených dětí závisí kvalita řeči na stupni postižení intelektu. Při lehké mentální retardaci bývá zpravidla dlouho přetrvávající vadná výslovnost. U středně těžce mentálně postižených bývají nejnápadnější symptomy v morfologicko-syntaktické a lexikálně-sémantické jazykové rovině (jednoduché gramaticky nesprávné

a obsahově chudé věty). Při nejtěžších formách mentální retardace se řeč rozvíjí pouze částečně (jednotlivá slova nebo jednoduchá slovní spojení a věty), nebo se nerozvíjí vůbec (prvosignální úroveň řeči nebo pudové žvatláni). Přerušovaný vývoj řeči, který uvádí jako další kategorii, je způsoben úrazem, nádorovým onemocněním mozku, vážnou duševní chorobou, těžkým psychickým traumatem apod. To se může projevit přerušením vývoje řeči, který po odstranění příčiny může dosáhnout normy, nebo nepodaří-li se odstranit příčinu má další průběh vývoje symptomy i charakter omezeného vývoje řeči. V tomto dělení posledním typem je scestný (odchylný) vývoj řeči, jehož příčinou je těžký rozštěp patra nebo organické poškození mluvidel se projevuje odchylkou od normy jen v některé z rovin řečového vývoje. Týká se to zvláště artikulace provázející vývojové orgánové anomálie.

- Symptomy z hlediska věku rozdělili Sovák a Lechta (in Škodová et al., 2007) na tři typy. Fyziologickou nemluvnost uvádí jako období, kdy dítě prochází přirozenými přípravnými předřečovými stadii vývoje řeči, tedy přibližně do 1 roku věku. Jestliže dítě nezačne mluvit do konce třetího roku života, hovoří o prodloužené fyziologické nemluvnosti. V tomto případě nemusí ještě jít o vývojovou poruchu řeči, ale o opožděný vývoj s možností dosažení úrovně normy (v případě není-li postižen sluch, intelekt, motorika ani řečové orgány, je-li dítě přiměřeně stimulováno výchovným prostředím a na podněty reaguje adekvátně). Vývojová nemluvnost, kterou z hlediska věku uvádí jako poslední, je již patologická, řadí se mezi vývojové poruchy řeči. Zpravidla se nejedná o úplnou němotu. Z hlediska diferenciální diagnostiky je vždy je zásadní přesně odlišit vývojovou nemluvnost od nemluvnosti získané (např. na neurotické bázi).
- Symptomy z hlediska stupně poruchy uvádí Sovák a Lechta (in Škodová et al., 2007) jako opožděný vývoj řeči, který obsahuje celou škálu případů od, zřídka se vyskytující úplné nemluvnosti, až po případy lehkých odchylek od normy. K tomu doplňují, že i v nejtěžších případech nejde o úplnou němotu - nejde sice o produkci skutečné řeči, ale objevuje se vydávání zvuků s jistým subjektivním signálním významem.
- Symptomy z hlediska etiologie dělí Sovák a Lechta (in Škodová et al., 2007) na nemluvnost, která je hlavním příznakem. Ta zahrnuje motorický typ (dítě řeči rozumí, ale samo nemluví), senzorický typ (dítě řeči nerozumí, v řeči jsou echolálie nebo perseverace) a smíšený typ, který se vyskytuje nejčastěji. A jako druhou označují nemluvnost jako vedlejší příznak je součástí jiné poruchy.

Diagnostika a diferenciální diagnostika opožděného vývoje řeči musí být podle Škodové (2007) zaměřena především na stav jednotlivých receptorů sluchu a zraku, dále na vyšetření intelektu, motoriky, laterality, vlastní řečové produkce a jednotlivých složek řeči a také na vliv výchovného prostředí.

Terapie opožděného vývoje řeči je přímo závislá na správné a přesné diagnostice. Sovák (in Škodová et al., 2007) uvádí, že „volba vhodného terapeutického postupu by měla korespondovat se zásadou vyrovnaného poměru vnějších a vnitřních faktorů potřebných ke správnému vývoji řeči v jednotlivých etapách komunikace. K faktorům vyplývajícím ze sociokulturního prostředí v rodině pak patří dostatek přiměřených řečových podnětů, správný řečový vzor, schopnost porozumění řeči, možnost nápodoby zvuků a opakování slabik, slov a vět a také melodie řeči. Klinický logoped postupuje při terapii dle speciálně-pedagogických zásad v rozvíjení slovní zásoby, rozvíjení obsahové stránky řeči a rozvíjení formální stránky řeči. K tomu používá nejrůznějších pomůcek, obrázkových materiálů, audiovizuální techniky a běžných i speciálních počítačových programů.

Prognóza je závislá na příčině, která poruchu vyvolala. Vývojový proces u jednotlivých typů poruch vývoje řeči nemusí být plynulý. Např. při Downově syndromu se objevují stagnace, dlouhodobá setrvávání na jednotlivých úrovních delší čas s následujícím obdobím akcelerace vývoje a jeho opětovným zpomalením. Poměrně příznivá prognóza je u dětí s opožděným vývojem řeči prostým, u dětí s anomáliemi mluvidel a také u dětí se zanedbanou nebo naopak nadměrnou výchovnou péčí. Při snížených intelektových schopnostech je vývoj řeči opožděn vždy, přičemž u nejtěžších forem mentální retardace se řeč rozvíjí jen částečně nebo vůbec. Také děti, které se narodí se sluchovou vadou, nebo ji v raném věku získají, mají vždy opožděný vývoj řeči. Zde hraje důležitou roli stupeň postižení a další schopnosti dítěte, zejména jeho intelektu. Při poruchách CNS bývá vývoj řeči opožděn jen někdy. Je to především v případě těžšího postižení motorických drah, kdy je výrazně porušena koordinační schopnost mluvidel. Při včas zahájené rehabilitaci se však příznaky zmenšují.

Účinnou prevencí některých (zvláště vývojových) forem nemluvnosti, je především výchova přiměřená věku a schopnostem dítěte. Důležitá je především citová, sociální a mluvní stimulace (Škodová et al., 2007).

2.4.2 Vývojová dysfázie

Škodová (2007) uvádí, že je tato porucha charakterizována širokou symptomatikou a z podstaty její etiologie může být doprovázena dalšími příznaky. Termín vývojová dysfázie je podle Dvořáka (1999, s. 23) chápán jako „*systémová porucha vývoje řeči a zasahuje v různém stupni a širokém spektru sensorickou, centrální i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách. Jde o patologicky odchylný vývoj řeči, projevující se sníženou schopností nebo až neschopností naučit se komunikovat pomocí artikulované řeči, i když podmínky pro rozvoj mluvené řeči a jazyka jsou přiměřené - sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly, přiměřená (neverbální) inteligence, zpětná vazba, je negativní klasické neurologické vyšetření a nejde ani o psychické onemocnění.*“

Příčina je podle Škodové (2007) označována jako následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Existuje domněnka, která označuje jako typickou příčinou stavu je difuzní, nikoli ložiskové poškození CNS, které zasahuje v podstatě celou centrální korovou oblast. Etiologie vzniku je nejasná, avšak uvažuje se o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem prenatálního, perinatálního a postnatálního poškození mozku.

Mimo mnoha jiných symptomů se vývojová dysfázie projevuje výrazně nerovnoměrným vývojem celé osobnosti a z toho nejnápadněji vždy se vyskytujícím opožděním vývoje řeči. Z hlediska různorodých vyskytujících se příznaků může být zaměněna za vývojovou dysartrii, vadu nebo poruchu sluchu, opožděný vývoj prostý, opožděný vývoj při mentální retardaci nebo těžkou dyslalií. (Škodová et al., 2007). Podle Bytešníkové (2012) má symptomatika systémový charakter a zasahuje do všech jazykových rovin.

Řečové obtíže se v hloubkové struktuře řeči projevují v přehazování slovosledu, odchylkách ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů, nesprávných koncovkách při ohýbání slov, vynecháváním některých slov (krátké předložky, zvrtné číslice), omezením slovní zásoby, redukcí stavby věty. V povrchové struktuře řeči je nejčastěji postižena diferenciací znělosti – neznělosti, závěrovosti – nezávěrovosti, kompaktnosti – difuznosti. Řeč je výrazně patlavá až nesrozumitelná. Může docházet k záměnám či redukcím hlásek nebo slabik ve slově, především u delších slov (Škodová et al., 2007).

V dalších oblastech se vývojová dysfázie projevuje především nerovnoměrným vývojem, podstatným rozdílem mezi verbálními a neverbálními schopnostmi (verbální faktor je výrazně opožděný), narušením zrakového vnímání (projevuje se zejména v kresbě), narušením sluchového vnímání, narušením paměťových funkcí, narušením

orientace v čase i prostoru, narušením motorických funkcí (jemné motoriky ruky, motoriky mluvidel, deficity v prostorovém uspořádání pohybů), v často se vyskytujícím nevhodném typu laterality (Škodová et al., 2007).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) vyčleňuje dvě formy dysfázie a to dysfázii motorickou (obtíže v logomotorické oblasti) a dysfázii sensorickou (obtíže převážně v receptivní oblasti řeči), (Škodová et al., 2007).

Úspěšná terapie vývojové dysfázie je dlouhodobá, zpravidla několikaletá. Zráním CNS společně s včasnou a adekvátní logopedickou terapií a celkovou rehabilitací však postupně jednotlivé problémy ustupují. Jako následek zpravidla zůstávají nedostatečnosti v akusticko-verbální a kinesteticko-motorické integraci a následně v osvojování základních školních dovedností (potíže se čtením a psaním, dyspinxie – specifická porucha kreslení, dysmúzie - snížený smysl pro hudbu, neschopnost zapamatovat si, vybavit si, reprodukovat melodii a rytmus, případně dyskalkulie - specifická porucha matematických schopností). Výsledek terapie výrazně ovlivňuje především stav intelektu dítěte a rodinné a sociální faktory působící na dítě. Zpravidla až ve škole si tyto děti začínají uvědomovat svoje nedostatky a odlišnost od zdravých vrstevníků, proto jsou volba typu školy a podmínky, v jakých vzdělávání probíhá mimořádně důležité. Komunikační nedostatky i prospěch dítěte ovlivňuje také výběr budoucího povolání a další směřování v životě (Škodová et al., 2007).

V prevenci hraje klíčovou roli komunikace matky s dítětem, která si většinou jako první uvědomí odlišnost dítěte. Rodina může dítěti vytvořit ochranné prostředí a tím ulehčit postupnou kompenzaci poruch a deficitů. Škodová (2007, s. 143) uvádí, že *„funkčním poruchám řeči lze úspěšně předcházet, prevencí lze ovlivnit, nebo alespoň zmírnit, i následky některých organických vad.“*

3 KOMUNIKACE DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

Děti, kterým je třeba věnovat zvýšenou péči, jsou označovány jako osoby, děti nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Tito žáci mají podle Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Žáky, kteří mají speciální vzdělávací potřeby, dělíme do tří kategorií:

- žáci se zdravotním postižením – jedná se o postižení zrakové, sluchové, tělesné nebo mentální, s vadami řeči, s více vadami a s autismem. Dále se do této kategorie řadí žáci se specifickými poruchami učení nebo chování závažnějšího charakteru,
- žáci se zdravotním znevýhodněním – jedná se o zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy, které vedou k poruchám učení nebo chování a vyžadují zohlednění při vzdělávání (např. děti trpící epilepsií, závažnými oslabeními imunitního systému, cukrovkou, astmatem, alergiemi),
- žáci se sociálním znevýhodněním – např. z rodin s nízkým sociokulturním postavením, ohrožené sociálně patologickými jevy, děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, z cizojazyčného prostředí – např. děti přicházející v rámci migrace ze zahraničí, dále i děti s postavením azylanta nebo účastníka řízení o udělení azylu na území ČR. (Jucovičová et al., 2009).

Tato kapitola se dále zabývá charakteristikami jednotlivých logopedických vad, které se u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami mohou vyskytovat. Podle Dolejšího (2003) se tyto poruchy řeči vyskytují převážně u dětí předškolního věku, avšak setkat se s nimi můžeme i u školáků a dospělé populace.

3.1 Získané organické a psychogenní poruchy řečové komunikace

3.1.1 Afázie

Cséfalvay (2007), klinický logoped zabývající se afázií více než dvacet let uvádí, že *„afázie je porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku. Rozlišujeme různé stupně afázie, rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku.“* Dále uvádí, že tato ložiska vznikají v mozku hlavně v oblasti kortikální, ale i v oblastech, které jsou uloženy níže a účastní se na jazykových procesech. Jedná se o postižení získané, při kterém dochází ke ztrátě již vybudované řeči. Podle Škodové (2007) závisí klinický obraz afázie na povaze patologického procesu, který je příčinou (cévní mozkové příhody, které jsou nejčastější příčinou; úrazy a poranění mozku; degenerativní onemocnění CNS), rozsahu a lokalizaci léze a věku pacienta.

Podle Klenkové (2006) se afázie projevuje narušením schopnosti užívat jazyk ve všech jeho rovinách, ve složce receptivní či expresivní. Mezi symptomy afázie řadíme poruchy řečové fluence (plynulost řečového projevu), poruchy porozumění řeči, neschopnost opakování mluvené řeči, paraafázie (deformace slov v různém stupni a typu), parafrázie (snížená schopnost až nemožnost větného vyjádření), anomie (porucha pojmenování), neologismy (nesmyslná sdělení), perseverace (ulpívání na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, kdy daný podnět již nepůsobí) a logorhea (překotná rychlá mluva se sníženou srozumitelností pro častý výskyt žargonových parafrází – překotný tok řeči).

Škodová (2007, s. 151) uvádí, že *„dětská afázie vzniká jako náhlé přerušení a poškození dosud normálně se vyvíjející CNS.“* Příčiny jsou podobné jako u dospělých (traumata, zánětlivá onemocnění mozku, intoxikace mozku, nádorová onemocnění), jako nejčastější příčina se uvádí kraniocerebrální traumata. U dětí se afázie dle Klenkové (2006) projevuje především v nedostacích v oblastech schopnosti porozumět řeči, slovní pohotovosti, schopnosti nacházet vhodná slova, abstraktnější a diferencovanější slovní zásoby, formulace, struktury vyprávění a sluchové krátkodobé paměti. K dalším příznakům se řadí poruchy fluence řeči, parafrázie, dysgramatizmy, hledání slov a poruchy artikulace. U školáků jsou to pak poruchy v oblasti čtení a psaní.

3.1.2 Syndrom demence a poruch komunikace

Škodová (2007) uvádí, že demence jsou těžké psychické poruchy, jejichž příčinou je většinou organické onemocnění mozku (degenerace mozku, traumata mozku, poruchy cévního zásobování mozku, infekce mozku, intoxikace mozku, metabolická onemocnění, nádorová onemocnění mozku, aj.). Vlivem této poruchy dochází k podstatnému snížení intelektových, paměťových i dalších psychických funkcí. Demence znamená pro postiženého těžký společenský handicap.

Podle Nývltové (2010) znamená demence narušení průběhu kognitivních (poznávacích) procesů a snížení kognitivních funkcí (především paměti, intelektu, vnímání, pozornost, představivost, učení a myšlení) z důvodu závažného poškození mozku. K poškození mozkové tkáně může docházet primárně (je poškozen přímo mozek (např. úrazem), nebo sekundárně, kdy je hlavní problém v jiném tělesném systému a mozek je poškozen následně. V rámci syndromu demence se ovšem vyskytují nejenom poruchy kognitivní, ale také poruchy chování, poruchy řečové i neverbální komunikace s okolím a mohou se objevovat i bludy a halucinace. Podle Škodové (2007) za nejčastěji definované příznaky syndromu demence lze označit: deterioraci intelektu, tedy závažné snížení vzhledem k původní, premorbidní, intelektové kapacitě; poruchy paměti; poruchy orientace; poruchy úsudku a schopnosti abstraktního myšlení; poruchy pozornosti a motivace; poruchy korových funkcí typu afázie, apraxie, agnozie; poruchy řečové a neverbální komunikace se sociálním okolím; poruchy emotivity; poruchy chování; degradaci osobnosti. Poruchy komunikace provázejí s různými projevy a intenzitou všechny typy a stadia demence. Projevují se poruchami kontaktu s okolím, poruchami řeči, jazykového vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu a jsou spjaté s poruchami čtení a psaní.

Demence vyskytující se u dětí zahrnují velmi obtížně definovatelnou skupinu stavů, nejčastěji na základě degenerativních chorob CNS, kterou je podle Nývltové (2010, s. 188) „*nutné odlišit od mentální retardace, při níž je vývoj kognitivních funkcí narušen od samého počátku.*“ To však neznamená, že jedinci s lehčím mentálním postižením nemohou v průběhu života začít trpět i demencí.

3.1.3 Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus

Tato porucha je podle Klenkové (2006) hraniční problematikou mezi psychiatrií, psychologií, foniatrií a logopedií. Je definována jako ztráta schopnosti verbální komunikace. Škodová (2007) uvádí, že v psychiatrii je mutismus chápán jako symptom, znamenající nepřítomnost nebo ztrátu řeči, která není podmíněna

organickým poškozením CNS. Dominantním příznakem mutismu je ztráta schopnosti komunikovat mluvenou řečí a to:

- totální (oněmění se týká všech osob, situací i prostředí),
- elektivní – výběrový (ztráta schopnosti promluvit se váže na určitou osobu nebo situaci; lze jej chápat jako obranný mechanismus, který je reakcí na akutní psychotraumatizující podnět či chronickou frustraci, kdy nejsou uspokojovány základní psychické potřeby dítěte) nebo tzv.
- surdomutismus (neurotický útlum, který se rozšíří i na oblast slyšení). Postižený mluvit chce, ale nemůže. Při větší snaze o komunikaci se potíže ještě zvětšují.

Při mutismu používá postižený náhradní formy komunikace – psaní, gestikulaci. Schopnost chápat jazyk je zachována. Pro stanovení diagnózy musí příznaky trvat nejméně 4 týdny nepřetržitě. Problematické je odlišit projevy, které jsou primárně podmíněny poruchami CNS a nedostatečným (opožděným) vývojem řeči a někdy i mentální retardací.

3.2 Poruchy zvuku řeči při anomáliích orofaciálního systému

3.2.1 Huhňavost (rinolalie)

Jedná se o poruchu zvuku řeči (hlasu) v důsledku velofaryngeální insuficience. Škodová (2007) uvádí, že pod pojmem velofaryngeální insuficience rozumíme nedostatečnou schopnost funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur, jež se na této funkci podílejí. Důsledkem tohoto je porucha zvuku řeči. Řeč je huhňavá a často i málo srozumitelná, působí vždy neesteticky. V logopedické terminologii se huhňavost označuje jako rinolalie, lékařská terminologie užívá termín rinofonie.

Velofaryngeální insuficience může být vrozená (způsobena rozštěpy patra nebo vrozeně zkráceným patrem) i získaná (příčinou jsou: obrna měkkého patra, která je důsledkem cévních mozkových příhod; dětská mozková obrna, poškození mozku úrazem nebo infekčním onemocněním; jiné příčiny poruchy intervace svalů měkkého patra) a změny anatomických poměrů v hltanové brance (např. při enormní hypertrofii krčních mandlí).

Škodová (2007) uvádí v závislosti na symptomatologii tři typy huhňavosti:

- Otevřená huhňavost, při níž uniká nedokonalým závěrem vzduch do nosu, přičemž není možné vytvořit přetlak v dutině ústní. Je porušena schopnost korektní artikulace převážné většiny nebo všech hlásek (při organicky podmíněné formě –

porušena exploziva a sykavky, hláska r je málo kmitná, ze samohlásek má největší nosové zabarvení i a u; při funkčně podmíněné formě – nejvíce porušené jsou samohlásky a méně souhlásky).

- Zavřená huhňavost se projevuje v mluvené řeči sníženou nosovostí (porušeny jsou zejména nosovky m, n, ň, které zní jako b, d, d'; samohlásky jsou tlumené zejména u a o). Průvodním jevem je většinou i dýchání ústy a typický výraz obličeje.
- Smíšená huhňavost je dána konkrétní kombinací poruchy exploziv v mluvené řeči, poruchou zvuku samohlásek, sykavek a nosovek.

Klenková (2006) označuje jednotlivé typy rinolalie jako hypernazalitu, hyponazalitu a smíšenou nazalitu.

3.2.2 Palatolalie

Palatolalie je považována za jednu z nejtěžších druhů narušené komunikační schopnosti. Řadí se mezi poruchy řeči při vrozených anomáliích orofaciálního systému. Škodová (2007) uvádí, že se jedná o vadu řeči související s rozštěpem patra, popřípadě rozštěpem rtu a patra provázející deformity nosu. Jedná se tedy o důsledek orgánového defektu. Je to vada vývojová, kdy se řeč utváří na vývojově vadném základě. Má důsledky i na vytváření osobnosti i rozvíjení odpovídajících společenských vztahů.

Klenková (2006) za nejčastější příčinu vzniku rozštěpů označuje vlivy endogenní, což představuje dědičnost, která má základ ve vadách genů jakožto nositelů vlastností přenášených zárodečnou hmotou. „*Dědičné vlohy k rozštěpové vadě mohou u nositele zůstat po celý život utajeny a nemusí se na potomstvu vůbec projevit.*“ (Klenková, 2006, s. 139). Dále uvádí vlivy exogenní (vnější), kam patří infekce v těhotenství matky (toxoplasmóza, zarděnky, herpetické infekce), působení rentgenového záření v době těhotenství, užívání toxických látek (léky, drogy, alkohol), nesprávná výživa v těhotenství (nedostatek vitamínu B nebo nadbytek vitamínu A), vysoký věk matky a diabetes mellitus.

Palatolalie se dle Balašové (2003) projevuje poruchami rezonance (tu představuje především otevřená huhňavost), poruchami artikulace (huhňavé zabarvení samohlásek a změnami téměř všech souhlásek), poruchami mimiky obličeje (přehnané pohyby mimického svalstva) a převodní nedoslýchavostí.

3.3 Narušení plynulosti řeči

3.3.1 Koktavost (balbuties)

Škodová (2007) uvádí, že koktavost je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti s nejasnou etiologií, která má mimořádně nepříznivý dopad na osobnost člověka, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Lechta (2003, s. 318) pokládá koktavost za „*syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení.*“ Klenková (2006, s. 157) doplňuje Lechtu tvrzením, že „*koktavost se však neprojevuje jediným příznakem, představuje složitý syndrom (seskupení, soubor příznaků).*“

Mezi vnější příznaky koktavostí řadíme podle Škodové (2007) poruchu fonačních, artikulačních a dýchacích pohybů. Projevují se jednak na řeči, jednak na patologické funkci některých svalů nebo celých svalových skupin při mluvení. Rozlišujeme tři formy vnějších symptomů koktavosti:

- Tonická forma je charakterizována zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasové šterbině, který se označuje termínem prefonační spasmus. Je při něm patrné zvýšené napětí některých artikulačních svalů, někdy též zevních krčních svalů. Častější nadechování při řeči ruší její přirozenou plynulost, koktaví často nadechují i uprostřed slov. Trvá-li prefonační spasmus déle, hovoříme o řečovém bloku.
- Klonická forma se projevuje volným (i několikanásobným) nepotlačitelným opakováním slabik. Nejčastěji dochází k opakování prvních slabik slov, při těžších formách onemocnění i slabik uprostřed slov.
- Tonoklonická forma je nejčastější, spojuje symptomatologie výše uvedených forem.

K vnitřním příznakům řadíme tzv. logofobii, kdy se postupem času pacient vyhýbá přímému řečovému projevu a jelikož zná hlásky nebo slabiky, na nichž zadržává, pomáhá nahrazováním slov. V dětském věku se logofobie může objevit spíše tam, kde po silném emocionálním prožitku vznikla porucha plynulosti náhle. Neléčený pacient není schopen volně kontrolovat svůj řečový projev a ten se většinou stává tím neplynulejší, čím je důležitější situace, v níž hovoří. Příznaky této poruchy se mohou v mluvené řeči manifestovat velmi nápadně, nebo jsou navenek skryté. (Škodová et al., 2007).

3.3.2 Breptavost (tumultus sermonis)

Škodová (2007) uvádí, že je breptavost narušená komunikační schopnost, která byla dříve chápána jako neuróza řeči. V současné době převládá názor, že toto narušení komunikační schopnosti má organický podklad. Bytešníková (2012) doplňuje, že je breptavost v závislosti na dědičných dispozicích projevujících se narušením myšlenkových procesů jedince pokládána za projev centrálních poruch řeči. Klenková (2006) uvádí jako možné etiologické faktory kromě dědičnosti i podklad organický, ale také neurotický a polyfaktoriální.

Jako hlavním příznak této poruchy řeči uvádí Škodová (2007, s. 293) *„nadměrně zrychlené tempo řeči, při kterém se zhoršuje srozumitelnost projevu a může vyústit až do nesrozumitelné řeči. Typickým příznakem je nejen rychlé, ale i nerovnoměrné tempo řeči.“* Akcelerace (zrychlení) se mohou vyskytovat mezi slovy nebo uprostřed jednoho slova. Zrychlení o to větší, čím větší obsah slabik má dané slovo a čím více slov má daná věta. Rychlého tempa si člověk většinou není vědom. V návaznosti na rychlé tempo řeči se objevuje i opakování a vynechávání slabik a porušená artikulace, kdy breptavý nestíhá precizněji vyslovovat jednotlivé hlásky. Dalšími symptomy jsou porušené dýchání způsobené častými vdechy a hlasové poruchy vznikající při nesprávné koordinaci respirace (dýchání) a fonace (tvoření nebo vydávání hlasu). Někdy je velmi nápadná dysmúzie a dysprozódie, pro kterou je typická porušená melodie řeči (monotónnost), kolísavý rytmus a porušený dynamický přízvuk. Porucha může být doprovázená mírným motorickým neklidem (dojem unáhlené, povrchní, impulzivní, extrovertované, roztržité a nepořádné osoby), jiné neřečové příznaky však nemusí být nápadné. K typickým neverbálním projevům patří narušení motoriky, kterou lze pozorovat i v chůzi. Breptavost bývá někdy nápadnější v psané, než v mluvené řeči, a to až markantní dysgrafií a dezintegrací písma (ztráta systematičnosti), (Škodová et al., 2007).

3.4 Narušení článkování řeči

3.4.1 Dysartrie

Podle Škodové (2007) postihuje dysartrie řeč v oblasti vlastní realizace, při porušené motorické funkci mluvidel, a její podoba může být různorodá. Narušená forma řečového projevu může připomínat prostou patlavost, ale také těžkou formu dysfázie. Typy či syndromy řečových poruch, které dysartrie zahrnuje, jsou způsobeny

obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a jsou řazeny do oblastí motorických řečových poruch (porucha fonace a artikulace). Nejzávažnější případy této poruchy, kdy dochází prakticky ke ztrátě verbální komunikace s okolím, označujeme jako anartrii. Podle Klenkové (2006, s. 117) „*dysartrie a anartrie mohou vzniknout ve kterémkoli období života člověka.*“ Dysartrie může být podle Škodové (2007) spojena i s poruchou polykání – dysfagií. Vývojová dysartrie zahrnuje poruchy vzniklé na základě poškození CNS dítěte a to především dětskou mozkovou obrnou, traumatickým poškozením mozku po úraze a nádorovém onemocnění v raném věku dítěte, ale také může být součástí následků řady neurologických syndromů a onemocnění, zejména vrozených vad a degenerativních onemocnění CNS, nebo projevů infekčních onemocnění mozku. Získaná dysartrie se objevuje v dospělé populaci na základě cévních mozkových příhod, úrazů hlavy a po operacích mozku v oblasti mozkové kůry a mozkového kmene.

Podle Škodové (2007) rozlišujeme následující typy dysartrií:

- Spastický typ vývojové dysartrie bývá přítomen u spastické formy dětské mozkové obrny. Projevuje se podle Lovea (2001) poruchami fonace (hlas je drsný a může mít přiškrcený charakter), poruchami rezonance (charakterizováno hypernazalitou), poruchami artikulace (nepřesná výslovnost souhlásek, narušení rychlosti artikulačních pohybů – řeč je celkově zpomalená, křečovitá) a poruchou polykání (může být spojeno s vytékáním slin z úst).
- Atetoidní, hyperkinetický či hypokinetický typ vývojové dysartrie provází dyskinetické formy dětské mozkové obrny. Artikulace může být velmi nezřetelná kvůli žmoulavým (atetoidním) pohybům jazyka, dále jsou některé hlásky silně vyraženy, jiné zase vyznívají slabě a nezřetelně. Řeč je při hyperkinetických projevech nesrozumitelná pro mimovolní pohyby mluvidel, rušící artikulaci a silně narušující hrudní dýchání, tvorbu a také jeho stabilitu.
- Ataktický typ vývojové dysartrie se může vyskytovat u dětské mozkové obrny a je častým následkem nádorového onemocnění mozečku, častého u dětí. Řeč je tvořena explozivně, až tzv. skandovaným typem projevu, který zdůrazňuje jednotlivé slabiky slova. Dále se vyskytuje neobratnost jazyka, časté zarážky v projevu, ulpívání v jednotlivých artikulačních postaveních a neschopnost provádění rychlých rytmických pohybů.
- Bulbární typ dysartrie vzniká po úrazech či operačních výkonech v oblasti motorických jader prodloužené míchy a hlavových nervů, které inervují řečové orgány. Řeč bývá výrazněji porušena pro poruchy artikulačních pohybů. Porucha

může být jednostranná (např. obrna lícního nervu) nebo oboustranná (často porušeno také polykání a žvýkání).

- Smíšená dysartrie je kombinací projevů výše uvedených typů.
- Kortikální dysartrie a projevy vývojové řečové apraxie se projevuje setřelou artikulací, opakováním prvních slabik a částí slov až chaotizací artikulační hybnosti – v současnosti je u těchto obtíží užíván pojem vývojová řečová apraxie.

3.4.2 Dyslalie (patlavost)

Dyslalie je označována podle Bytešnickové (2012), jako neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny hlásek v mluvené řeči podle stanovených jazykových norem. Je považována za nejčastěji se vyskytující poruchu komunikačních schopností. Podle Škodové (2007) je hláska tvořena na nesprávném místě. Mezi nejčastější příčiny dyslalie patří dědičnost, pohlaví dítěte (chlapci tvoří až dvě třetiny pacientů logopedických ordinací), vliv prostředí (nesprávný nebo nepřiměřený řečový vzor v rodině), poruchy zrakového a sluchového vnímání, poškození dostředivých a odstředivých drah (jelikož výslovnost vyžaduje přesnou koordinaci pohybu mluvidel, úzce souvisí s motorickým vývojem dítěte), poruchy CNS a anatomické úchyly mluvidel.

Při hláskové dyslalii dítě hlásku vynechává (mogilalie), nahrazuje ji jinou hláskou (paralalie), anebo hlásku tvoří chybně (poruchy se v tomto případě označují příponou –ismus, např. rotacismus, lambdacismus).

- Dyslalii podle Škodové (2007) dělíme z vývojového hlediska na:
dyslalii fyziologickou (je do 7 let věku dítěte přirozeným mluvním projevem) a dyslalii patologickou (dítě si z mnoha příčin není schopné osvojit tvoření některých hlásek či jejich skupin).
Rozlišení hranice mezi dyslalií fyziologickou a patologickou není jednoduché. Základními hledisky při posuzování je věk, pohlaví a inteligence dítěte.
- Dyslalii dále rozděluje podle etiologie na:
funkční (nedostatečná vjemová nebo motorická schopnost dítěte) a organickou (narušení dostředivých a odstředivých nervových drah, porušení centra řeči, při odchylkách mluvidel); podle místa poškození (např. dentální dyslalie – vadná výslovnost při anomáliích zubů).
- Dyslalii podle kontextu dělí na: hláskovou, slabikovou, slovní.
- Dyslalii podle rozsahu dělí na:
dyslalii levis (vada se projevuje jen u několika hlásek) a

dyslalii multiplex (rozsah vadných hlásek je větší).

3.5 Symptomatické poruchy řeči

Lechta (2002, s. 52) definuje symptomatické poruchy řeči jako „*narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění.*“

Sovák (in Škodová et al., 2007) pokládá za kombinaci poruchy takový stav, kdy dominující postižení přímo nesouvisí se symptomatickou poruchou řeči, za komplikaci potom stav, kdy existuje přímá příčinná souvislost mezi postižením a symptomatickou poruchou řeči. Podle Škodové (2007) může být především opožděný vývoj řeči v různých stupních symptomem jiných onemocnění nebo postižení; tvoří součást klinického obrazu mentální retardace, vývojové dysfázie, dětské mozkové obrny, vad a poruch sluchu, vad a poruch zraku. Někdy je přítomen i u tělesného postižení nebo psychické poruchy.

Původ symptomatických poruch je různý. Podíl na vzniku tohoto typu narušené komunikační schopnosti mají vlivy prenatálního, perinatálního či postnatálního poškození CNS, pohybových i smyslových orgánů (případně jejich kombinace) nebo jiné negativní vlivy působící během dalšího života (degenerativní onemocnění, nádorová onemocnění, úrazy, infekce aj.).

Podle Lechty (2002) jsou tři základní možnosti vzniku symptomatické poruchy:

- primární příčina, kterou je např. dědičnost, může způsobit dominující postižení provázené narušenou komunikační schopností,
- jediná primární příčina zaviní dominující postižení a současně i druhotné postižení a jejich vliv se násobí do obrazu narušené komunikační schopnosti,
- dvě primární příčiny, které způsobí dominující i druhotné postižení – jejich výsledkem je obraz narušené komunikační schopnosti, symptomatická porucha řeči.

Lechta (2002, s. 54) dále uvádí, že „*klinický obraz symptomatických poruch řeči může vykazovat rozličné variace v závislosti na příčinách, ale i na mnohých jiných faktorech (období vzniku, úroveň logopedické péče, rodinné vlivy atd.)*.“

3.5.1 Poruchy komunikace při mentální retardaci

Škodová (2007) uvádí, že u mentálně retardovaných lidí je postižení kognitivních schopností většinou velmi nerovnoměrné. Zásadní pro celkový nejlepší

vývoj postiženého, s ohledem na jeho schopnosti a možnosti, je včasná diagnostika a výběr optimálních terapeutických metod.

Jako nejčastější příčiny mentální retardace uvádí organické poškození CNS v prenatálním, perinatálním a postnatálním období či genetickou vadu, případně metabolickou poruchu. Většinou však zůstává etiologie nejasná.

Z hlediska řeči je nejnápadnějším symptomem narušení obsahové stránky řeči (nedostatečná nebo vágní slovní zásoba, narušená gramatická stránka řeči) současně se stránkou formální (výslovnost), včetně modulačních faktorů řeči (melodie, dynamika, tempo, rytmus apod.). Lechta (2002) uvádí, že jde zpravidla o omezený vývoj řeči, jelikož se již od samého začátku vývoje řeči vyvíjí pomalým tempem, s deformacemi a nikdy nedosáhne obvyklé úrovně. Vedle vlivu sníženého intelektu působí na vývoj řeči i další poruchy (např. anomálie mluvidel, deformace chrupu apod.). K mentální retardaci bývají přidruženy i poruchy aktivity, koncentrace pozornosti a chování, někdy i psychických poruch. Symptomatologie se liší vždy podle stupně postižení.

3.5.2 Poruchy komunikace při smyslových vadách

Škodová (2007) uvádí, že ve vývoji osobnosti bývají vrozené vady nebo poruchy smyslových orgánů vždy závažnými onemocněními. Podle Lechty (2002) jde u sluchově postižených nejčastěji o omezený vývoj řeči u neslyšících, o přerušovaný vývoj řeči při ztrátě sluchu a o opožděný vývoj řeči u nedoslýchavých. Škodová et al. (2007) uvádí, že zrakově postižené dítě vlivem poškození CNS (dítě se sníženou zrakovou ostrostí a omezením zorného pole, u čehož není možná korelace obyčejnými brýlemi) se vzhledem k řečovému projevu jeví především jako málo zvědavé, řeč mnohdy používá k získání pozornosti, má celkově chudší a odlišný způsob neverbální komunikace. Nevidomé děti častěji než děti vidící užívají slova a fráze se zkráceným obsahem nebo bez pochopení obsahu (verbalismus). Podle Lechty (2002) se odhaduje, že právě zrak se na vývoji řeči podílí přibližně 30%.

3.5.3 Poruchy komunikace při tělesných postiženích

Škodová (2007) uvádí, že s tělesně postiženými dětmi se setkáváme v logopedické praxi, pokud mají současně i nějakou vývojovou poruchu řeči, jako důsledek vrozeného poškození CNS, nejčastěji se jedná o dětskou mozkovou obrnu. Nejčetnější skupinu tvoří děti s dětskou mozkovou obrnou. Jelikož se jedná o vážné poškození mozku ve stadiu jeho raného vývoje, mají příznaky mnoho variant. Naprostá většina dětí má kromě výrazné poruchy komunikace i nápadné poruchy motoriky,

mentální postižení, narušené chování (časté emoční změny), poruchy zraku, epilepsii a poruchy pocitové diskriminace. K poruchám řeči při dětské mozkové obrně se řadí dysartrie, dysprozódie, huhňavost, koktavost a opožděný vývoj řeči (záleží na motorickém vývoji dítěte). Přidružují se poruchy dechu a orgánové odchylky komplikující produkci mluvené řeči.

3.5.4 Pervazivní vývojové poruchy

Do této kategorie spadají těžké poruchy, které začínají již v raném dětství, což znamená, že se projevují od narození nebo mají začátek kolem 2-3 let věku (Škodová et al., 2007). Pervazivní vývojové poruchy, tj. celou osobnost zachvacující prostupující vývojové poruchy, podle Škodové (2007, s. 414) „*odrážejí v sobě trvalost projevů, postižení vícerých funkcí a vyskytují se u nich symptomy, jež se kvalitativně liší od normálního vývoje.*“ Typické jsou dětský autismus nebo Aspergerův syndrom, které představují celoživotní handicap.

Kvalita komunikace u autistických dětí je silně narušena, dítě často nemluví vůbec nebo opakuje slova či věty, mluví stále o jedné věci, přítomny jsou četné echolálie (chorobné opakování slyšeného), chybí přátelská emoční reakce a také chybí oční kontakt při komunikaci. Pokud se dítě naučí mluvit, v řeči jsou typické nápadnosti, není schopné konverzovat. Mimo to bývá dítě extrémně uzavřené do sebe, mívá odpor k jakýmkoliv změnám, vždy bývá nerovnoměrný vývoj, přičemž inteligence nemusí být porušena. Dítě tíhne ke stereotypům, bývá značně emočně labilní (Škodová et al., 2007).

3.5.5 Dětská epileptická afázie – Landauův-Kleffnerův syndrom

Škodová (2007) označuje toto poměrně vzácné onemocnění vázané na dětský věk, jako syndrom získané afázie. Objevit se může u dětí, jejichž dosavadní řečový vývoj byl v normě, stejně jako u dětí, u nichž již byla řeč ve svém vývoji opožděna či narušena. Náhle nebo progresivně dochází ke ztrátě receptivní a expresivní složky řečové schopnosti v souvislosti s epileptickými změnami v EEG. Porucha se projevuje sluchovou verbální agnozií (děti mohou dělat dojem nedoslýchavých nebo neslyšících – postiženo je dekódování zvuku řeči), výrazně omezenou řečovou komunikací (někdy jen na několik výrazů či kombinaci slabik), v některých případech připomíná těžkou formu vývojové dysfázie, mutismus nebo autismus. Intelektová složka je zpravidla neporušena, objevují se i poruchy chování (hyperkinéza, výbušnost až agresivita), potíže se objevují někdy i v psaném projevu.

4 SYSTÉM LOGOPEDICKÉ INTERVENCE V ČR

Logopedickou intervencí charakterizuje Lechta (2011) jako aktivitu, která je specifická pro práci logopeda ve všech jejích oblastech. Cílem logopedické intervence je dle Klenkové (2006, s. 62) „*odstranit, překonat nebo alespoň v maximální možné míře zredukovat narušenou komunikační schopnost, předcházet poruchám komunikační schopnosti a rozvinout komunikační schopnost. Dosažení cíle logopedické intervence je realizováno na třech úrovních, a to jako logopedická diagnostika, terapie a prevence.*“

Logopedickou diagnostiku můžeme podle Dvořáka (1998) chápat jako komplexní (vyšetření klinickým logopedem zaměřené na analýzu sociálního prostředí a všech základních systémů, které představují: rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, základní funkce sluchu, intelekt, osobnost, motorika, laterálita, mluvidla, charakter zpětné vazby a zajisté i vyšetření řeči ve všech rovinách) a parciální (důkladné vyšetření zaměřené jen na určité podsystémy jednotlivých funkcí – např. u sluchu vyšetření fonemického sluchu, sluchové paměti, sluchové syntézy a analýzy apod.). Logopedická terapie je Lechtou (2011, s. 22) charakterizována jako „*specifická aktivita, která se realizuje specifickými metodami, ve specifické situaci záměrného učení.*“ Logopedická prevence je podle Dvořáka (1998) obecně označována jako předcházení, ochrana, nebo opatření k předcházení nemocím či poruchám. V logopedii můžeme podle Škodové (2007) aplikovat metody prevence primární (zaměřené na širokou populaci), sekundární (zaměřené na rizikové skupiny, které jsou zvláště ohroženy negativním jevem) i terciární (zaměřené na konkrétní jedince, u kterých se již narušená komunikační schopnost projevila, přičemž je třeba předcházet dalšímu negativnímu vývoji, případně jiným negativním následkům narušené komunikační schopnosti).

Pipeková (2006) uvádí, že se na realizaci logopedické intervence v České republice podílí logopedi, kliničtí logopedi a logopedičtí asistenti. Logoped je absolvent akreditovaného magisterského studia speciální pedagogiky, který má ukončeno studium státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Logopedický asistent je absolvent bakalářského studijního programu speciální pedagogiky na pedagogické fakultě se státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Do roku 1993 byl považován za logopedického asistenta absolvent logopedického kurzu. Klinický logoped je absolvent akreditovaného magisterského studijního programu speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a specializačního vzdělávání v oboru klinická logopedie. Specializační vzdělávání je ukončeno závěrečnou zkouškou ze

specializační přípravy a tím logoped získává specializovanou způsobilost. Klinický logoped působí v rezortu zdravotnictví a poskytuje diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, preventivní, posudkovou a dispenzární péči.

Podle Klenkové (2006) je v České republice organizace poskytování logopedických služeb v kompetenci tří rezortů, a proto je často značně složitá a nepřehledná. Logopedickou intervencí se zabývají logopedická pracoviště rezortu ministerstva zdravotnictví, rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. Mimo to působí logopedi i v nestátním sektoru. Od roku 1989 vznikají i soukromé, nadační, charitativní organizace, zabývající se poskytováním služeb osobám se speciálními potřebami, které v rámci svých služeb zajišťují klientům také logopedickou intervenci.

Dále Klenková (2006) podrobněji rozebírá činnost rezortů jednotlivých ministerstev:

- V rezortu ministerstva zdravotnictví logopedickou intervencí osobám s narušenou komunikační schopností poskytují logopedi nejčastěji v logopedických poradnách (ambulancích) ale i na specializovaných lůžkových odděleních, v nemocnicích na odděleních a klinikách neurologie a foniatrie, v léčebnách a rehabilitačních ústavech, případně v soukromých klinikách. Zde provádí poradenskou činnost klinický logoped. Do dětských denních rehabilitačních stacionářů ke komplexní rehabilitační péči i logopedickou intervencí jsou zařazovány děti, u nichž se projevuje narušení komunikační schopnosti jako symptom jiného dominujícího postižení (mentálního, somatického).
- V rezortu školství jsou pro děti předškolního věku s narušenými komunikačními schopnostmi zřízeny logopedické třídy při mateřských školách a mateřské školy logopedické. Kritérium zařazení musí odrážet individuální potřeby každého dítěte a charakter postižení. Současně musí být posouzeny i sociální vztahy a podmínky v rodině konkrétního dítěte.

Do mateřské školy logopedické jsou zařazovány děti s vážným typem i stupněm postižení, vztahujícího se k postižení centrálních procesů řeči v oblasti zpracování, vnímání a užívání řeči. Těmto dětem je třeba zajistit po delší období maximálně intenzivní a soustavnou logopedickou intervencí. Pozitivní přínos má pobyt dítěte v mateřské škole logopedické především pro následné zařazení do podmínek hlavního vzdělávacího proudu a také pro jeho socializaci. Zařazení dítěte do logopedické třídy, která je při běžné mateřské škole, je vhodné v případech, kdy je nezbytné upřednostnit setrvání dítěte v prostředí běžné mateřské školy

a zachování sociálních vazeb. Logopedi působí také v mateřských školách pro sluchově postižené a v mateřských školách speciálních, základních školách praktických a speciálních a u tělesně postižených jedinců v mateřských a základních školách pro tělesně postižené.

„Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) jsou speciální školská zařízení, která zajišťují v rámci stanoveného regionu metodickou pomoc pedagogům mateřských, základních a speciálních škol a školských zařízení a rodičům postižených dětí.“ (Klenková, 2006, s. 216). Hlavními úkoly SPC, zabývající se narušenou komunikační schopností dětí a žáků jsou: realizace komplexní speciálně pedagogické, logopedické a psychologické diagnostiky, stanovení konkrétních edukačních/reedukačních logopedických postupů, poskytování logopedické intervence s přihlédnutím na individuální potřeby klientů, zabezpečování komunikační kompetence dětí, úzká spolupráce s pedagogy škol, kteří zajišťují individuální integraci jedince s narušením komunikačních schopností, zajištění rané intervence vůči dětem s narušenou komunikační schopností nebo opožděním ve vývoji, a to i jejich rodičům, sestavení návrhů individuálního vzdělávacího plánu pro individuálně integrované klienty, příprava komplexních podkladů pro vydávání rozhodnutí orgánů státní správy, evidence dětí, žáků a mladistvých v péči SPC, informační a osvětová činnost.

U integrovaných dětí jsou speciální vzdělávací potřeby zajišťovány prostřednictvím dvou hlavních forem – formou individuální integrace a formou skupinové integrace. Odborní pracovníci SPC spolupracují, dle individuálních potřeb každého klienta, při diagnostické a následné terapeutické činnosti s lékaři – pediatry, otorinolaryngology, foniatry, neurology, stomatology a dalšími.

- V rezortu ministerstva práce a sociálních věcí se v ústavech sociální péče pro děti a mládež provádí logopedická intervence jako součást komplexní rehabilitace. Zde jsou umístěni tělesně postižení, mentálně postižení a jedinci s kombinovanými vadami. V ústavech sociální péče provádí logopedi diagnostiku i následnou terapii a snaží se rozvíjet komunikační schopnosti těžce postižených dětí v souladu s jejich možnostmi a schopnostmi.

5 LOGOPEDICKÉ POMŮCKY A METODY V PŘEDŠKOLNÍ VÝUCE

Dle Klenkové (2006) se v současné logopedické praxi používá mnoho typů pomůcek, jak při diagnostice, tak i při následné terapii narušené komunikační schopnosti. Typ pomůcky logoped vždy volí podle druhu narušení komunikační schopnosti, věku klienta, rozsahu postižení apod.

Sovák (1986) uvádí následující dělení logopedických pomůcek a přístrojů:

- stimulační (různé zvukové hračky, hudební nástroje, foukadla apod., které dítě stimulují a podněcují k napodobení hlasů, zvuků, foukání),
- motivační (hračky, hry, předměty, které motivují dítě ke spolupráci s logopedem a ke komunikaci),
- didaktické (soubory obrázků k diagnostice a následnému procvičení výslovnosti jednotlivých hlásek, soubory slov ke zjišťování lexikální složky řeči, tematické obrázky, soubory logopedických říkanek, povídek, čtecí tabulky apod.),
- derivační (pomůcky k odvrácení pozornosti jedince s narušenou komunikační schopností od svého vlastního mluvního projevu, například užití bílého šumu, metronomu apod.),
- podpůrné (špachtle, logopedické sondy, rotavibrátory, drátky a destičky, přístroje využívající zpožděnou zpětnou vazbu – tzv. Lee efekt),
- názorné (logopedické zrcadlo, přístroje názorně ukazující kvalitu zvuku, který osoba s narušenou komunikační schopností produkuje – jeho správnost či nesprávnost, analyzátory zvuků, přístroje zachycující tónovou výšku hlasu, intonaci, Visible Speech apod.),
- registrační (záznamové tabulky, archy, zvukové záznamy, videozáznamy apod.).

Lechta (1990) a Klenková (2006) uvádí ve své klasifikaci mimo výše uvedených také pomůcky víceúčelové (např. Logopedické instrumentarium, přístroj Language Master, užívaný původně při terapii afázie). Gangale (2001) dělí logopedické pomůcky do těchto kategorií:

- terapeutické (např. klip na nos, akrylátové kousací klíny, žvýkácí trubičky apod.),
- potravinové (např. ledové kostky, lízátko, arašídové máslo apod.),
- hudební (dětské hudební nástroje, frkačky, flétny, trumpety apod.).

Klenková (2006, s. 61) k uvedenému doplňuje, že „*pomůcky, které logoped ve své praxi užívá, se stále zdokonalují, vytváří se nové testy, testové baterie, zdokonalují se a vznikají stále nové elektronické výukové programy, programy PC.*“

Metody logopedické terapie lze na základě jejich všeobecného vymezení dle Klenkové (2006) a Lechty (2011) v podstatě rozdělit na:

- stimulující, které se aplikují například v terapii narušeného vývoje řeči, stimulují nerozvinuté a opožděné řečové funkce,
- korigující, jichž se využívá například při terapii dyslalie, korigují vadné řečové funkce,
- reedukující, ty se aplikují například u afázie, reedukují ztracené (či zdánlivě ztracené), dezintegrované řečové funkce.

Lechta (2011, s. 23) dodává, že „*v rámci logopedické terapie lze aplikovat i řadu metod ze všeobecné pedagogiky, např. metodu cvičení, příkladu (mluvní vzor), a ze speciální pedagogiky např. metody a postupy reedukace (postupy zaměřeny na postiženou funkci, případně rozvíjení nevyvinutých funkcí, úpravu či nápravu porušených funkcí), kompenzace (postupy rozvíjející náhradní, nepostižené funkce) a rehabilitace.*“

Jako jednu z nejčastěji využívaných speciálněpedagogických metod lze uvést metodu směřující k rozvoji komunikačních schopností dětí s autismem a to *metodu strukturovaného učení*, zaměřenou na individuální přístup, strukturalizaci a vizualizaci. Je to metoda vycházející z TEACCH programu a Loovasovy intervenční terapie zaměřující se především na orientaci autistů v čase a prostoru, vyplnění volného času, přispívá k jejich samostatnosti a eliminaci problémového chování (Čadilová et al., 2008). Lechta (2011) také zdůrazňuje, že je nutné od metod odlišovat metodiky. Metodikou potom můžeme chápat jako určitý cílevědomý systém jednotlivých kroků, jejichž prostřednictvím je možné dosáhnout žádaného cíle.

6 PŘÍPRAVA DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI NA VSTUP DO BĚŽNÉ ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Mateřská škola je zpravidla prvním a nejdůležitějším společenským prostředím, se kterým se dítě setkává mimo nejbližší rodinu. Je to prostředí, ve kterém se děti poprvé seznamují s autoritou učitele a navazují sociální kontakty se svými vrstevníky, kde probíhá velice důležitá fáze jejich socializace. Bezděková (2008) uvádí, že velká důležitost by měla být kladena i na výběr vhodného předškolního zařízení, což je vedle zralosti k předškolní docházce jedním z rozhodujících faktorů, pro úspěšnou adaptaci dítěte v jeho prostředí. Také uvádí, že „*děti, které jsou dostatečně fyzicky, psychicky a sociálně vyžralé, nemívají se vstupem do mateřské školy většinou žádné problémy a docházka do školky je pro ně žádoucí. Komunikativní a vstřícné děti se tam zpravidla těší a naopak děti uzavřené, úzkostné nebo ty, které nejsou na dětský kolektiv zvyklé například z hřišť nebo různých klubů, mohou mít při vstupu do mateřské školy obtíže. Pro dítě je tato změna zcela zásadní. Musí se adaptovat na časový režim školky, přizpůsobit se stravovacímu programu a podřídit se většině. Už si nemohou tak úplně dělat, co chtějí. Kolektiv v mateřské škole a autorita paní učitelky je pro ně zcela nová zkušenost.*“ [online]. Adaptace handicapovaného dítěte v prostředí mateřské školy je velmi individuální a odvíjí se od mnoha okolností, jako jsou například jeho charakteristické osobní povahové rysy a návyky, které si dítě přináší z domácího prostředí a především typ a míra postižení nebo znevýhodnění, se kterým se dítě potýká.

Jucovičová (2009) uvádí, že pedagog školského poradenského zařízení vypracovává dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, a to hlavně dětem zdravotně postiženým, na základě posudku a na žádost zákonného zástupce individuální vzdělávací plán (dále jen IVP), který by měl přispět k jejich následné integraci do běžné základní školy a který by měl především vycházet z jejich aktuálních možností a nezbytných potřeb.

V současné pedagogické praxi v podmínkách českého školství chápeme IVP jako určitý „*typ dokumentu, který samostatně nestanovuje cíle a obsah výuky, ale soustředí se především na popis užitých speciálních metod a forem, na personální, materiální a organizační zabezpečení vzdělávání žáka se speciálními potřebami.*“ (Kaprálek et al., 2004, s. 23). Jucovičová (2009) dále uvádí, že IVP by měl být zaměřený nejen na rozvoj komunikačních schopností dítěte (zhodnocení dosažené

verbální i neverbální komunikační úrovni, návrh postupného rozvíjení komunikace, který by měl dodržovat zákonitosti přirozeného vývoje řeči), ale i s tím související rozvoj dítěte v oblasti sociální, samostatnosti v sebeobsluze, rozvoj kognitivních schopností (rozvoj zrakového a sluchového vnímání - příprava na čtení a psaní), jemné a hrubé motoriky a grafomotoriky (příprava psaní).

Národní ústav pro vzdělávání (2012) uveřejnil, že IVP se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrované žáky. Vychází především ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, dále ze závěrů speciálně pedagogického vyšetření, případně z psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, eventuálně z doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Tento dokument je závazný pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka a je součástí žákovy dokumentace. Obsahuje údaje o obsahu, průběhu, rozsahu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické a v některých případech i psychologické péče, současně se zdůvodněním. Zahrnuje rovněž cíle vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, úpravu konání závěrečných a maturitních zkoušek. Uvádí i případnou potřebu práci se žákem s dalším pedagogickým pracovníkem či jinou osobou a její rozsah. [online]. Individuální vzdělávací plán je realizován pomocí školního vzdělávacího programu, který si vytváří každá škola vlastní a který může být v průběhu celého školního roku podle aktuálních potřeb upravován (Jucovičová et al., 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 PŘEDŠKOLNÍ LOGOPEDICKÁ PÉČE O DĚTI SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI V SOUČASNÉ PRAXI

7.1 Vymezení výzkumného cíle

Cílem praktické části této bakalářské práce je analyzovat práci pedagogických pracovníků podílejících se na předškolní logopedické péči o děti se speciálními vzdělávacími potřebami a to především styl a systém jejich práce, metody a pomůcky používané při logopedické terapii, efektivitu jejich terapeutické činnosti a jejich osobní přístup k dětem.

Výzkumná část této bakalářské práce má charakter kvalitativního výzkumu. K dosažení cíle byly stanoveny tři hypotézy, které jsou vyvozeny z teoretických podkladů této bakalářské práce:

- Hypotéza č. 1: Při logopedické terapii je vždy nezbytné dodržování zásady komplexnosti logopedické péče.

Tato hypotéza vychází ze skutečnosti, že na vývoji a kvalitě řeči se podílí jednotlivé funkce a to jako jeden ucelený vzájemně propojený systém. K ověření této hypotézy byla použita metoda přímého pozorování práce pedagogů s dětmi doplněna o rozhovor s logopedy pracovišť, ve kterých probíhala výzkumná část práce.

- Hypotéza č. 2: Úspěšnost logopedické terapie ovlivňuje mnoho okolností, z nichž nejzásadnější je charakter a závažnost řečové vady a jiného přidruženého postižení či onemocnění.

Stanovení této hypotézy vychází z předpokladu, že náročnost logopedické péče je v zásadě závislá na všech potížích dítěte a jejich etiologii. V rámci ověřování této hypotézy byly zpracovány za souhlasu rodičů kazuistiky vybraných dětí. Kazuistiky byly zpracovány na podkladu metod aktivního pozorování dětí, rozhovorů s dětmi i pedagogy, analýzy osobní dokumentace dětí a srovnávací analýzy.

- Hypotéza č. 3: Dětem různých věkových kategorií nebo s různou logopedickou diagnózou mohou vyhovovat stejné logopedické pomůcky.

Uvedená hypotéza byla stanovena proto, aby bylo možné zjistit, zda platí pravidlo, že typ pomůcky k terapii narušené komunikační schopnosti logoped vždy volí podle rozsahu a druhu postižení a věku dítěte. K ověření hypotézy byla využita metoda

přímého pozorování individuální části logopedické péče, zaměřené na nápravu řeči konkrétních dětí se shodnou logopedickou diagnózou a následná srovnávací analýza.

7.2 Výzkumný vzorek a metodologie výzkumu

Výběr výzkumného vzorku je směřován do obce Vyškov. V této obci, která má přibližně 21,5 tisíc obyvatel, se nachází 11 zařízení zaměřených na předškolní výchovně vzdělávací činnost, tedy na vzdělávání a výchovu dětí ve věku od 3 do 6 let. Celková kapacita těchto zařízení je 653 míst. Z uvedených má 1 zařízení statut speciálně pedagogické instituce, spadající pod Odbor školství Krajského úřadu Jihomoravského kraje Brno; dalších 9 jsou běžné mateřské školy, příspěvkové organizace spadající pod Odbor školství, kultury a sportu města Vyškova a 1 mateřská škola je soukromá. Součástí 4 z těchto mateřských škol je logopedická třída.

Do výzkumného vzorku byla zařazena dvě z uvedených předškolních zařízení a to Mateřská škola Revoluční a Mateřská škola Sochorova. Zásadním kritériem pro tento výběr byla skutečnost, že součástí obou vybraných zařízení je logopedická třída a mimo to jsou tato zařízení specializovaná na děti předškolního věku s dalším zdravotním postižením či znevýhodněním.

Hlavním výstupem praktické části jsou kazuistiky 8 dětí, uvedené v odstavcích 7.4.4 a 7.5.3 této bakalářské práce, zpracované na základě postupně získaných a ověřených dat v realizační části práce, za využití kvalitativních technik empirického výzkumu. Kazuistiky, které byly zvoleny především z důvodu komplexnosti údajů v nich obsažených, spadají do diagnostických metod, při nichž je pozornost věnována každému dítěti zcela individuálně. Kazuistika je v případě této bakalářské práce vhodnou metodou, která přispívá ke splnění jejího cíle a k ověření stanovených hypotéz. Zelinková (2011, s. 25) kazuistiku definuje jako „*podrobné hodnocení jednoho případu. Umožňuje hlubší posouzení dítěte v průběhu vývoje se zachycením co nejvíce proměnných, které vývoj ovlivňují.*“ Dále Zelinková (2011) uvádí, že cílem kazuistiky je kvalitativní pohled na konkrétní případ – kauzu.

Dalším výstupem této práce je celková analýza obou zařízení, zvláště pak oblasti logopedické činnosti a vnitřního prostředí škol, a srovnávací analýza těchto mateřských škol, jako dvou samostatných celků. Kompletní zhodnocení a porovnání získaných dat je uvedeno v podkapitole 7.6.

Všechny využití explorační metody, uvedené v podkapitole 7.1, byly aplikovány přímou formou v podobě osobního kontaktu s dětmi i pedagogickými pracovníky, za

souhlasu zákonných zástupců dětí a za dodržování Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Metoda pozorování byla využita zejména k ověření, upřesnění a rozšíření dat uvedených v osobní dokumentaci dětí. Pozorování dětí, individuální i skupinové, probíhalo v prostorách mateřských škol i na procházkách do přilehlého okolí. Zpravidla se jednalo o pozorování volné, při němž bylo sledováno přirozené chování a reakce dětí při běžných každodenních činnostech, zaměřené na konkrétní situace, např. chování při hře, při vzájemné komunikaci dětí, při činnostech zaměřených na sebeobsahu apod. Při skupinových a individuálních logopedických cvičeních, bylo využito i pozorování strukturované, zaměřené na jasný postup a skladbu činností, kterými se daná cvičení řídí. Všechny upřesněné či nově získané informace byly také zpracované do kazuistik.

Nejpřínosnějším zdrojem získaných dat byla metoda rozhovoru. Forma rozhovoru byla volena dle aktuální situace buď volná, nebo polostrukturovaná, kdy zejména pedagogové odpovídali na předem připravené otázky, jejichž formulace byla přizpůsobena vývoji daného rozhovoru. V rozhovorech byly využity otázky přímé, jimiž byly ověřovány a potvrzovány informace zaznamenané v dokumentaci dětí. Současně byly otázky zaměřeny na konkrétní názory dotazovaných. Získané informace byly zaznamenávány již během rozhovoru, viz příloha A a B.

Také analýza školní a osobní dokumentace dětí byla využita při zpracování kazuistik. Z těchto dokumentů byly získány hlavně údaje o rodinné a osobní anamnéze dětí a také ze vstupní diagnostiky dětí zpracované SPC před přijetím do mateřské školy.

7.3 Časová organizace výzkumu podle jeho fází

Harmonogram výzkumu:

- Přípravná část 09/2012
- Realizační část 12/2012 – 01/2013
- Zpracování a interpretace výsledků 02/2013 – 03/2013

V přípravné části výzkumu byly osloveny ředitelky obou zařízení formou e-mailu s žádostí o umožnění vykonání odborné praxe zaměřené na sběr dat v rámci praktické části bakalářské práce. Z obou mateřských škol přišla přibližně do tří dnů od odeslání, kladná odpověď. Při následné osobní návštěvě, v obou mateřských školách, byly

dohodnuty podmínky vhodné k realizaci výzkumu. Byla dohodnuta zejména spolupráce s konkrétními pedagožkami a také přesný termín a rozsah praxe. Současně byly vybrány děti vhodné ke zpracování kazuistik. V souvislosti s tím byly v Mateřské škole Sochorova sepsány žádosti směřované zákonným zástupcům dětí o umožnění přístupu k jejich osobní dokumentaci. V Mateřské škole Revoluční je přístup praktikantů k osobní dokumentaci dětí vyřešen komplexně. Tento souhlas je zákonnými zástupci udělován již při přijetí dítěte do mateřské školy, což je sepsáno a uloženo v osobní složce každého dítěte. Podmínky pro realizaci výzkumu byly tady předem připraveny.

V realizační části byl jako první proveden sběr dat ve specializovaném zařízení Mateřské školy Revoluční a poté v Mateřské škole Sochorova. V obou zařízeních byly vytvořeny vhodné podmínky pro splnění stanoveného cíle. Pedagožky, zejména logopedky, výborně spolupracovaly a na kladené otázky ochotně odpovídaly. Vybrané děti, včetně dohodnuté dokumentace, byly po celou dobu této fáze výzkumu plně k dispozici. Přímoou spoluprací lze tedy hodnotit jen kladně.

Při zpracování dat, v závěrečné části výzkumu, bylo třeba ještě některé informace upřesnit či konzultovat telefonicky nebo formou e-mailu. I v tomto případě lze uvést jen kladné zkušenosti. Žádané informace byly doplněny, a tudíž mohly být zpracovány do této bakalářské práce.

7.4 Místní šetření v Mateřské škole Revoluční ve Vyškově

7.4.1 Charakteristika zařízení Mateřské školy Revoluční

Mateřská škola Revoluční je zařízení s dlouholetou tradicí zaměřené na péči o děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Již od roku 1950 bylo toto zařízení určeno pro předškolní výchovu dětí. V roce 1985 zde byla zřízena jedna třída pro handicapované děti, kterou navštěvovaly především děti s mentálním postižením. Jako samostatné specializované zařízení působí od celkové rekonstrukce budovy a to od roku 1988, kdy ke škole přibyla třída pro děti s vadami řeči. Od 1. 7. 2007 je součástí Mateřské školy, Základní školy a Praktické školy, Vyškov, sídliště Osvobození 55. Zřizovatelem je Odbor školství Krajského úřadu Jihomoravského kraje Brno. Mateřská škola Revoluční je jediným zařízením tohoto typu sloužící pro Vyškov a okolí.

Tato mateřská škola je umístěna v klidné části města, v samostatné jednopodlažní budově řadové zástavby rodinných domků postavené v roce 1890.

Přestože je budova, vzhledem k jejímu stáří, v ne zcela vyhovujícím stavebně technickém stavu (zastaralé technické zázemí kuchyně a trvalé problémy s vytápěním jídelny), působí celkově velmi příjemným domácíím dojmem. Budova školy není z mého pohledu zcela ideálně dopravně dostupná. Je umístěna přibližně 2,5 km, jak od centra města, tak i od vlakového a autobusového nádraží, v části Vyškov – Dědice. Domnívám se, že i z tohoto důvodu rodiče využívají k dopravě svých dětí do školy převážně vlastní dopravu.

Škola má dvě poměrně prostorné třídy, odpočívárnu, koupelnu, WC pro děti a pro zaměstnance, malou šatnu dětí, vlastní kuchyň s příslušenstvím a s jídelnou, vlastní plynovou kotelnu a tři opravdu malé kancelářské místnosti. V zadní části budovy přístupné ze dvora jsou dvě skladovací místnosti. Půdní prostor budovy slouží k uskladnění méně často používaných pomůcek. Součástí školy je také zpevněný dvorek s malou travnatou plochou s průlezkami, houpačkami a pískovištěm. Celý interiér školy působí velmi účelně a je prakticky zařízený. Jednotlivé místnosti jsou příjemně barevné a jsou standardně vybaveny nábytkem a pomůckami pro jednotlivá postižení dětí. Vzhledem ke své kapacitě škola disponuje dostatečným množstvím pomůcek.

Do školy jsou na základě přihlášky rodičů přijímány děti, které jsou k docházce doporučeny lékaři, psychology, pracovníky specializovaných center a pracovníky pedagogicko-psychologických poraden. Mateřská škola vytváří podmínky pro to, aby pomohla dostát znevýhodněným a handicapovaným dětem určitého přiměřeného výchovně vzdělávacího cíle, aby vychovala pokud možno co nejsamostatnější sebevědomou osobnost, která by byla schopna se dále sobě přiměřeným způsobem vzdělávat. Vytváří optimální prostředí k rozvoji osobnosti dítěte a k jeho učení. Veškerá činnost zařízení směřuje k tomu, aby maximálně vyhověla potřebám a možnostem dětí. Stěžejní činnost při práci s dětmi je zaměřena na oblast rozvíjení řeči, komunikaci s okolím, na socializaci, získávání zkušeností a základních dovedností potřebných pro další život. Děti jsou také vedeny k dodržování zdravé životosprávy a pravidelného stravovacího a pitného režimu. Zásadní je také efektivní spolupráce s rodinou a soustavná pozitivní motivace dětí i rodičů. Délka docházky a další podrobnosti týkající se každého dítěte jsou projednávány vždy individuálně.

Děti jsou zde rozděleny do dvou tříd. Ve třídě Sluníček, která má kapacitu 8 dětí, jsou děti:

- nemluvící a malé děti s těžkými vadami řeči,
- s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením,

- s poruchou autistického spektra,
- s poruchou pozornosti a hyperaktivitou.

V této třídě zajišťují po celý den pedagogickou činnost 2 pedagogické pracovnice, asistentka pedagoga a logopedka.

Ve třídě Motýlků, která má kapacitu 12 dětí, jsou děti:

- s vadou řeči,
- s dětskou mozkovou obrnou bez mentálního postižení.

V této třídě zajišťuje pedagogickou činnost učitelka – asistentka logopeda a logopedka.

Kapacita školy je v současnosti zcela naplněna a přibližně 15 dalších dětí zde čeká na umístění.

7.4.2 Systém logopedické péče v Mateřské škole Revoluční

Dětem je v Mateřské škole Revoluční poskytována komplexní logopedická péče v závislosti na typu postižení a míře omezení komunikačních schopností.

Dětem s řečovými vadami, které jsou soustředěny do logopedické třídy je věnována celodenní péče zaměřená na rozvoj hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, oromotoriky a vizuomotoriky. Mezi denní činnosti je zařazen také rozvoj zrakového a sluchového vnímání. Všechny tyto činnosti úzce souvisí s celkovým rozvojem komunikačních schopností dětí. Samotná logopedická péče je pak koncipována jako skupinová a individuální.

Skupinovou logopedickou péči dětem, které nemají přidružené postižení, zajišťuje kvalifikovaná logopedka a asistentka logopeda. Je prováděna, zpravidla formou hry, průběžně celý den. Děti si při skupinových aktivitách rozvíjí pasivní a aktivní slovník, učí se vyjadřovat, vzájemně spolu aktivně komunikovat, učí se pravidla správné komunikace a další. Každý den je započat společným setkáním dětí ve třídě, kdy se v ranním kruhu děti pozdraví, přivítají se básničkou nebo písničkou, řeknou si jaký je den, zhodnotí počasí, a seznámí se s činnostmi, které je čekají. Děti mají možnost sdělit si také vlastní zážitky z domova. Při všech činnostech v průběhu dne se logopedka věnuje upevňování správné mluvy a výslovnosti dětí.

Individuální práci provádí logopedka s dětmi, dle sestaveného plánu, v oddělené místnosti se zrcadlem a počítačem. Tato cvičení jsou přibližně čtvrt hodinová, s ohledem na rychlou unavitelnost dětí v tomto věku. Každému dítěti je veden Logopedický deník, kam jsou aktuálně zaznamenávána jednotlivá logopedická cvičení, která potom mohou být vhodným podkladem pro rodiče k domácím přípravám.

Na víkendy připravuje logopedka dětem mimo artikulačních cvičení na procvičování konkrétních hlásek také cvičení pro rozvoj motoriky.

Skupinovou logopedickou péči ve třídě dětí s mentálním a jiným přidruženým postižením zajišťují po celý den dvě pedagogické pracovnice, asistentka pedagoga a logopedka. V této třídě jsou soustředěny především děti, které jsou prakticky nemluvící, nebo jen s velmi omezenými verbálními schopnostmi. Jsou to převážně děti s poruchou autistického spektra a děti s kombinovaným postižením, včetně mentálního. Vzhledem k závažnosti a rozsahu postižení dětí v této třídě je logopedická péče značně omezena a je tedy zaměřena především na účinnou formu vzájemné komunikace těžce postižených dětí se svým okolím. K tomuto je v této mateřské škole plně a úspěšně využíván systém strukturovaného učení, který v sobě zahrnuje individuální přístup, strukturalizaci a vizualizaci, konkrétně se jedná o Teacch program.

Individuální logopedickou péči provádí logopedka v této třídě pouze s dětmi, které mají alespoň minimální verbální projev. Tato péče je tudíž zaměřena především na procvičování a rozvoj pasivní slovní zásoby, procvičování oromotoriky, nápodobu jednoduchých zvuků s vizualizací a základní nácvik vokalizace začínající od jednotlivých hlásek.

7.4.3 Logopedické metody a pomůcky využívané v Mateřské škole Revoluční

K rozvoji komunikačních a verbálních schopností dětí je v této mateřské škole využíváno velké množství nejrůznějších pomůcek a metod.

Z běžně dostupných, obecně v předškolní logopedické péči velmi často používaných pomůcek, to jsou různé pomůcky stimulační a motivační (hračky, hudební nástroje), didaktické (obrázky, knížky, učitelkami malované logopedické říkanky a soubory logopedických říkanek), podpůrné (špachtle, rotavibrátor), názorné (logopedické zrcadlo) a registrační (např. záznamové archy a audiotechnika k pořizování zvukových záznamů). Uvedené pomůcky jsou průběžně aktualizovány, obměňovány a doplňovány. Všechny tyto pomůcky jsou běžně dostupné, finančně nenáročné a velmi dobře využitelné jak při skupinové, tak při individuální logopedické činnosti.

Pro nácvik oromotoriky je každodenně využívána názorná pomůcka, panenka Anička. Ta má pohyblivé rty a jazyk a logopedka jejím prostřednictvím může dětem detailně předvést práci jazyka a rtů při jednoduchých i složitějších oromotorických a artikulačních cvičeních.

Zásadní a nejefektivnější výukový prostředek pro rozvoj komunikačních schopností těžce postižených dětí, především pro děti s poruchou autistického spektra, je využívání tzv. strukturovaného učení - Teacch programu. Ten v sobě zahrnuje individuální přístup ke každému dítěti (podle rozdílů mentální úrovně, četnosti výskytu autistických symptomů, podle rozdílů v percepčních schopnostech, úrovni a způsobu komunikace, temperamentu a povahových vlastností, schopnosti udržení pozornosti a koncentrace apod.), strukturalizaci (vytýčení místa jednotlivých činností) a vizualizaci (vytýčení času). V rámci Teacch programu jsou využívány různé obrázky, piktogramy, fotografie a předměty, znázorňující jednotlivé denní činnosti k vytvoření vizualizovaného denního programu. Díky němu se děti mohou dobře orientovat v denních činnostech a předvídat tak i události a čas, který se tak pro ně stává konkrétní. Teacch program přispívá také k prostorové orientaci dětí, poněvadž určuje místo vykonávané činnosti. Jelikož má tento propracovaný systém pevná pravidla přispívá také k učení určitého denního řádu a především ke snadnější komunikaci těchto dětí s okolním světem. Děti s obrázky pracují celý den, a protože se tento systém komunikace osvědčil a rodiny byly nuceny se do něj zapojit také, zavedli někteří rodiče podobný systém i v prostředí domova.

7.4.4 Kazuistiky vybraných dětí z Mateřské školy Revoluční

Kazuistika č. 1

Pavel, věk: 5 let

Dg.: Opožděný vývoj řeči – těžká vada.

Osobní anamnéza:

Matka měla těhotenství bez potíží, porod proběhl fyziologicky, záhlavím, v termínu.

Pavel je astmatik, nemocný nebývá. První slůvka začal vyslovovat ve 3 letech, věty asi o půl roku později. Sebeobsluhu zvládá přiměřeně svému věku, provádí běžné dětské aktivity. V současnosti je povídavý, dovede tvořit jednoduché věty.

Chlapec byl na základě vyšetření ve SPC přeřazen, s diagnózou opožděný vývoj řeči – těžká vada, z běžné mateřské školy do logopedické třídy Mateřské školy Revoluční. Vyšetření ve SPC proběhlo na základě žádosti matky, která byla také při tomto vyšetření přítomná. V současné době dochází do specializovaného zařízení Mateřské školy Revoluční již rok.

Rodinná anamnéza:

Anamnézu poskytla matka. Pavel bydlí s oběma rodiči a mladší sestrou v rodinném domě v malé vesnici. Oba rodiče jsou zdraví. Matka udává, že otec v raném dětství docházel na logopedii. Matka se chlapci hodně věnuje.

Diagnostika:

Chlapec byl vyšetřen ve SPC. Při vyšetření chlapec spontánně navazoval kontakt, ale k činnostem musel být neustále motivován a povzbuzován. Při činnosti brzy nastupuje únava a motorický neklid. Obtížně navazuje oční kontakt, pokud jej naváže, nedokáže při něm setrvat. Mluví přiměřeně rychle, tempo je fluentní, dýchá nosem.

Sociabilita: Z chování Pavla a zřetelného zájmu rodičů je zřejmé, že nestrádá po citové ani sociální stránce a má i dostatečnou mluvní stimulaci v rodinném prostředí.

Po přestupu do Mateřské školy Revoluční se Pavel neuměl přirozeně zapojit do dětského kolektivu a snažil se děti všemožně zaujmout, aby jej mezi sebe přijaly. Toto období trvalo přibližně dva měsíce.

V současnosti se Pavel projevuje přátelsky, je velmi komunikativní, mezi dětmi se jeví jako dominantní osobnost. Při školních aktivitách spolupracuje s dětmi i učitelkami. Má zájem o nové věci. Při kontaktu s cizími lidmi se však chová stále velmi nejistě až zkratkovitě. Nervozita a roztržitost ho ovládá i při plnění samostatných úkolů

Motorický vývoj: Pohybově intaktní dítě. Zvládá nápodobu jednoduchých prstových cvičení, při složitějších si musí pomáhat druhou rukou. Ortomotoricky zvládá nápodobu jednoduchých grimas, vážne elevace a přesné polohování jazyka. Při nástupu do speciální mateřské školy velmi zaostával v sebeobsluze, především v oblékání, což se podstatně zlepšilo. Veliký problém Pavlíkovi činilo i jíst příborem. Dosud velmi zaostává v kresbě a pohybových aktivitách.

Sluchová percepce: Chlapec dovede zopakovat jednoduchou větu, dvojverší s menší redukcí. Dovede si zapamatovat 3 postupně přidávané pojmy. Správně identifikuje okolní zvuky, určí správně a nesprávně vyslovená slova. Zvládá rytmizaci 1-4 slabičných slov po předvedení dospělým. Rytmicky a melodicky správně zazpívá písničku. Fonematically rozliší podobně znějící slova s vizuálním podnětem i bez vizuálního podnětu. Sestaví slovo ze slabik, zatím nepozná první slabiku ve slově.

Zraková percepce: Samostatně pomalu a na předlohu sestaví obrázek ze 6 dílů. Chápe a zdůvodní nepravdy na obrázku. Najde 3 ze 4 rozdílů mezi podobnými

obrázky. Rozliší figuru a pozadí. Dovede si zapamatovat 2 ze 7 předmětů na obrázku poté, co mu byl ukázán dvakrát.

Rozumové schopnosti: Ovládá základní barvy, ztotožňuje je s předměty. Mechanicky napočítá do osmi. Chybuje při vyjmenování dnů v týdnu a ročních období. Nepojmenuje geometrické tvary. Ukáže a pojmenuje části i detaily lidského těla. Nepojmenuje prsty na ruce. Chápe prostorové pojmy: na, pod, do v. Má základní znalosti o sobě a nejbližší rodině. Má slabé znalosti z přírody.

Vyšetření řečových dovedností –

Při přijetí Pavla do mateřské školy byly jeho komunikační schopnosti výrazně omezené. Vyjadřoval se pouze v jednoslovných maximálně dvouslovných větách se špatnou srozumitelností. Při řeči si pomáhal masivní gestikulací. Slovní komunikaci se zpravidla vyhýbal. Neuměl se zapojit při skupinových činnostech organizovaných logopedkou. Pravidelnými logopedickými cviky se však od té doby kvalita řeči výrazně zlepšila.

Lexikálně-sémantická rovina jazyka: Pasivní slovník je intaktní. Rozumí jednoduchým příkazům, ale i složitější struktuře textu. Chápe a správně provádí jednoduché pokyny. Správně vybere určený obrázek, správně zařazuje i obrázky pod nadřazený pojem (př. vyber všechny dopravní prostředky). Chápe jednoduché protiklady. Správně určí citově zabarvený výraz obličeje, chápe také citově zabarvenou větu. Aktivní slovní zásoba odpovídá věku. Dovede vysvětlit jednoduché pojmy (na co máme oči, ústa, z čeho je okno). Dovede utvořit jednoduché protiklady s názorem.

Pragmatická rovina jazyka: Obtížně navazuje oční kontakt a nedovede jej udržet. Řeč je plynulá, obtížně srozumitelná. Řeč je dyslalická a projevy paralalie, mogilalie. V současné době řeč neodpovídá věku dítěte. Nedostatky v řeči však chlapce neodrazují od verbální komunikace. Má značný mluvní apetit, dodržuje ale pravidla konverzace. Dovede rozvíjenými větami odpovídat na otázky, při popisu obrázku ale používá jednoslovné věty nebo spíše vyjmenovává předměty a postavy na obrázku. Zdvořilostní návyky jsou vytvořeny, ale zatím nejsou dostatečně fixovány.

Morfologicko-syntaktická rovina jazyka: chybuje při uplatňování gramatických pravidel – občas chybuje při skloňování podstatných jmen, obtížně tvoří jednotné a množné číslo, vynechává předložky a zvrtná zájmena. Komolí obtížná, nebo nezvratná slova.

Foneticko-fonologická rovina jazyka: výslovnost hlásek:

D, T, N – nesprávné postavení mluvidel – interdentalní,

V – zvládá na začátku slov,

F – fixace,
H – nezvládá uprostřed slov,
CH – paralalie – volí různé hlásky,
K, G – zvládá na začátku slov,
L – paralalie J,
R – mogilalie,
Ř – paralalie podobná sykavce,
obě řady sykavek dovede napodobit ve zvucích,
měkčení – fixace.

Terapie:

Rozvíjení hrubé motoriky při pohybových hrách. Zaměřit se také na jemnou motoriku přičemž je vhodné např. navlékání korálků, napodobovat správnou polohu prstů např. při nápodobě zvířátek (zaječí uši, sloní chobot) či věcí (nůžky). Rozvoj grafomotoriky – při kresbě dbát na správný úchop tužky, rozvíjet především kresbu postavy. Zlepšení motoriky mluvidel – procvičování přesného polohování jazyka, zlepšování koordinace mluvidel s využitím různých říkad. Vhodné cviky na rozvoj motoriky mluvidel – napodobování grimas (úsměv, zamračení, smutek, údiv); procvičování antagonistických pohybů rtů (usmát se, našpulit rty); cviky jazyka (mlaskání, olizování rtů, zvedání (elevace) jazyka, rovné vysunování jazyka).

Zásadní význam při terapii Pavla má také opakování a to nejdříve základních zvukových projevů (smích, pláč), později jednotlivých slabik a slov a nakonec celých vět a složitější větných výrazů. Rozvoj slovní zásoby by měl být zaměřený především na popis děje (např. popis toho, co dělal předešlý den nebo popis zajímavého zážitku), popis obrázku a sestavování příběhu pomocí obrázků. Na rozvinuté slovní zásobě a fantazii dítěte závisí následné vyprávění jednoduchého příběhu a pohádky. Mimická a oromotorická cvičení se provádí s využitím zrcadla. Cvičení paměti, dechová a rytmizační cvičení by měla být zakomponována do dětské hry. Vhodné jsou také hry zaměřené na sluchovou a zrakovou pozornost, které zpravidla děti přijímají příznivě.

Jednotlivá cvičení a hry by měly být zařazovány při terapii pravidelně a dítě je při nich třeba neustále hodnotit pochvalou, čímž dochází k povzbuzování sebevědomí.

Prognóza:

Vzhledem k zřetelnému zlepšení řečových schopností Pavla v poměrně krátkém časovém úseku, je prognóza příznivá. Myslím, že má reálný předpoklad nastoupit do běžné základní školy a to maximálně s ročním odkladem. O odkladu

školní docházky rozhodne odborné lékařské vyšetření a vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo SPC.

Prevence:

Klíčová je spolupráce s rodiči, kterým je nutné podat podrobné informace, nejlépe písemné, o vedení domácích příprav, případně je vhodně zacvičit. Důležité je především vhodné rodinné zázemí, což představuje přiměřenou citovou a sociální stimulaci a správný mluvní vzor.

Kazuistika č. 2

Vojtěch, věk: 7 let

Dg.: Dětský autismus (lehká symptomatika) kombinovaný s neurovývojovými poruchami, vývojovou dysfázií a lehkou mentální retardací.

Osobní anamnéza:

Matka měla těhotenství bez potíží. Porod byl rizikový, pro hrozící hypoxii dítěte zakončen císařským řezem, v termínu. Poporodní adaptace chlapce byla dobrá.

Vojtěch je dítě s těžkým zdravotním a psychickým postižením a dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace. Funkčně je srovnatelný s dětmi neslyšícími nebo nevidomými. Je sledován u dětského psychiatra, aktuálně bez medikace. Dětský autismus byl u Vojtěcha potvrzen ve 4 letech.

Chlapec navštěvuje Mateřskou školu Revoluční. Je zařazen ve třídě s nižším počtem žáků, za využití podpory pevně strukturovaného denního režimu a pravidelnou logopedickou péčí. Do specializované mateřské školy dochází již třetím rokem.

Rodinná anamnéza:

Vojtěch bydlí s rodiči a dvěma sestrami (8 a 1 rok) v rodinném domě. Obě sestry jsou zdravé. Rodiče jsou zdraví, vysokoškolsky vzdělaní. Rodina je sportovně založena, Vojtěch se všech sportovních aktivit rodiny účastní také. Rodiče se chlapci věnují, snaží se jej neustále motivovat a povzbuzovat.

Diagnostika:

Chlapec byl vyšetřen ve Speciálně-pedagogickém centru. Vyšetření se účastnili oba rodiče.

Sociabilita: Vojtěch má problémy navazovat spontánně funkční vztahy s vrstevníky i dospělými. V kontaktu preferuje nejbližší osoby – rodiče. Na rodiče je velmi fixovaný. Zpravidla se straní dětskému kolektivu. Dává přednost samostatné hře před hrou s vrstevníky. Nedokáže navázat oční kontakt. Je klidný, bez známek agrese,

záchvatů vzteku a sebepoškozování. Dodržuje určité rituály, které se týkají především stravování. Jí pouze některá jídla a to pouze připravená matkou. Jídlo připravené v mateřské škole nesní. Do jídla je třeba ho nutit. Vzhledem k jeho zdravotním a psychickým potížím vyžaduje neustálý doprovod a dohled.

Motorický vývoj: Hrubá motorika – chůze je samostatná, v místnosti má tendence chodit po špičkách. Baví ho manipulace s míčem, hází si sám se sebou, v kooperaci je házení obtížnější. Na výzvu míč chytí, ale odhazuje necíleně. Při společných pohybových aktivitách je spíše pasivní. Stereotypní pohyby se u Vojtěcha vyskytují zejména u horních končetin a prstů (tleskání a luskání prsty). Jemná motorika – zvládá jednoduché manipulativní úkoly (např. odšroubuje a zašroubuje víčko a také vloží kolíčky do perforované podložky), drobná neobratnost se projevuje v manipulaci s malými předměty. Grafomotorika – lateralita je zatím nevyhraněna, více však používá levou ruku. Úchop je zatím nesprávně upevněný. Spontánně kreslí bezobsažné čáranice. Dle pevné šablony zvládne vodorovné a vodorovné čáry, příliš však nesleduje, co kreslí.

Sebeobsluha: Nenachystá si samostatně své oblečení, nerozlišuje rub a líc, přední a zadní díl oblečení. Při oblékání potřebuje verbální pobídky, někdy i fyzickou pomoc. Jí lžící, ne vždy však čistě. Občas sahá do jídla rukama. Pije z hrnku. Na WC jde samostatně, je však nutný dohled, někdy i fyzická dopomoc.

Sluchová percepce: Vojtěch se často chová jako neslyšící. Na své jméno však zpravidla reaguje. Někdy reaguje i na jednoduché příkazy, většinou je však nutné ho vést.

Zraková percepce: S pomocí a při intenzivním pobízení sestaví půlený obrázek, ne vždy však správně. Rozdělí geometrické tvary podle barev, ne však podle tvarů (výběr ze 2 barev a 2 tvarů).

Má neobvyklé reakce, spatří-li jakékoliv místo podobné tunelu a také, když uvidí basketbalový koš – ukazuje prstem, vydává poměrně dost hlasité chrčivé zvuky a svůj doprovod tahá za ruku. Chápe většinou zákaz i bez zvýšení hlasu.

Rozumové schopnosti: Profil schopností je výrazně disharmonický. Ukáže na výzvu základní barvy, pozná některé geometrické tvary a některá domácí zvířata. Poznává a ukáže základní části těla (ruce, nohy). Na prstech ukáže svůj věk. Některé děti ze své třídy v mateřské škole rozlišuje podle jména. Porozumění je oslabeno; chápe signální pokyny; převážně rozumí jednoduchým manipulativním úlohám, které jsou doprovázeny jasnou vizuální podporou. Myšlení je méně flexibilní. Co se týká hraček,

Vojtěcha zajímají zejména různé balóny, míče. Rád sleduje oblíbené pohádky. Občas si vydrží prohlížet knížku, má 2-3 knížky, kterými listuje opakovaně.

Vyšetření řečových dovedností –

Při nástupu do mateřské školy byla komunikace chlapce omezena pouze na nejasné gestikulace a vokalizace.

I v současné době je verbální komunikace Vojtěcha výrazně omezena. Funkčně používá pouze několik slov, např. „mama“, „tata“, „pá“. Převažují vokalizace. Pokud ho něco zaujme, důrazně ukazuje. Tímto způsobem dává najevo i některé další potřeby, jako je např. když má hlad, tak ukáže, co by chtěl; když má žízeň, tak ukáže na konvici.

Terapie:

Při vzdělávání je třeba uplatňovat metodiku strukturovaného učení, která za prioritu považuje nácvik funkční komunikace, individuální přístup, vizualizaci a pozitivní motivaci. Základními metodickými pilíři by měl být především rozvoj funkční komunikace a spolupráce. V komunikaci je zpravidla velmi účinné využití podpůrných metodik – např. výměnný obrázkový komunikační systém. Individuální přístup by měl být uplatňován také při rozvoji hrubé i jemné motoriky, sebeobsluhy a sociálního kontaktu. Pro rozvoj sociálního kontaktu je vhodná canisterapie a hipoterapie.

Prognóza:

Vzhledem k výsledkům vyšetření ve SPC byl proveden odklad povinné školní docházky o jeden rok.

V následujícím školním roce nastoupí Vojtěch do třídy určené pro děti s poruchou autistického spektra (PAS) při Základní škole sídliště Osvobození 55, kde o autistické děti pečují speciálně vyškolení pedagogové. Speciální pedagogická péče s využitím metodiky kognitivně behaviorální terapie, zabývající se procesem učení a poznávacím procesům (především myšlení), by měla podpořit zlepšení Vojtěchova stavu.

Prevence:

Citlivý přístup pedagogů i blízké rodiny a především pevné rodinné zázemí, dobrá informovanost rodičů a jejich spolupráce se specialisty hrají klíčovou roli pro úspěšný rozvoj komunikačních schopností a zvládnutí Vojtěchova chování a jeho potřeb.

Kazuistika č. 3

Natálie, věk: 6,5 let

Dg.: Souběžné postižení více vadami – lehká mentální retardace, tělesné postižení (mikrocefalie, centrální hypotonie, faciální stigmatizace, pseudobulbární syndrom), opožděný vývoj řeči (projevy expresivní dysfázie).

Osobní anamnéza:

Matka měla rizikové těhotenství. Natálie se narodila v 36. týdnu těhotenství. Porod záhlavím. Porodní váha 2 150 g, umístěna několik dní v inkubátoru.

Dívka je v evidenci genetické poradny – genetické nápadnosti v rodinné anamnéze ze strany matky; neurologa z důvodu nepravidelně se vyskytujících nespecifických záchvatů – epilepsie prozatím nepotvrzena; očního lékaře z důvodu diagnostikovaného strabismu. Trpí častými ušními záněty. Ve dvou letech podstoupila operaci tříselné kýly. Z důvodu předcházení záchvatům není lékařem doporučeno budit ji ze spaní.

Natálie navštěvuje druhý rok Mateřskou školu Revoluční. Je zařazena ve třídě s nižším počtem žáků, za využití podpory pevně strukturovaného denního režimu a pravidelnou logopedickou péčí. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu je docházka značně nepravidelná.

Rodinná anamnéza:

Natálie bydlí s matkou, nevlastním otcem, ročním bratrem a prarodiči v rodinném domě. Prarodiče s výchovou vnoučat hodně pomáhají. Na matku je Natálie velmi fixovaná. Vlastní otec nejeví o dívku zájem. Rodina se holčičce dostatečně věnuje.

Diagnostika:

Dívka byla vyšetřena v Mateřské škole během výjezdu SPC.

Sociabilita: Natálie je usměvavá, vstřícná, komunikativní. Při činnostech v mateřské škole spolupracuje ochotně, úkoly plní snaživě, někdy je však nutný zácvik. Respektuje autoritu, zapojuje se do kolektivních činností. K dětem ve školce se chová přátelsky, mívá tendence jim při plnění některých úkolů pomáhat. Zabaví se vlastní činností. Hraje si samostatně ale i společně s ostatními dětmi v mateřské škole. Mívá dny, kdy vyžaduje od pedagogů nepřiměřený blízký tělesný kontakt (držení za ruku, sezení na klíně, objímání).

Z domova nebyla Natálie zvyklá na pravidelný stravovací režim, což se také odrazilo v jejích potížích s jídlem. Natálka má polykací potíže, jí velmi málo a to bez

ohledu na to, v jakém prostředí je a zda se jedná o její oblíbené jídlo či ne. Má tendenci jídlo shazovat pod stůl nebo i skrývat do kapes. Při jídle je tedy nutný neustálý dohled a pobízení.

Motorický vývoj: Hrubá motorika – chůze je samostatná, ne zcela stabilní. Nevydrží stát na jedné noze. Manipulace s míčem ji nezajímá, při házení je zcela pasivní. Při společných pohybových aktivitách se snaží o nápodobu (napodobování zvířat, cvičení doprovázená říkankami a písničkami). Jemná motorika – ráda skládá jednoduché puzzle (do 4 dílů), složitější s obtížemi. Postaví komín a most z kostek. Při zapínání knoflíků a zipů potřebuje vždy pomoc. Grafomotorika – vedoucí ruka je pravá, úchop tužky je správný. Ráda a často si kreslí, figurální kresba je ve stádiu hlavonožce. Dle pevné šablony zvládne bez problémů svislé a vodorovné čáry.

Sebeobsluha: Jí lžící i příborem. Částečně se obleče sama, avšak často při oblékání odmítá spolupracovat. Základní hygienu zvládá bez větších obtíží. Na WC jde sama, avšak při stolici je nutná dopomoc. Na noc má dosud pleny.

Sluchová percepce: Vždy reaguje na své jméno. Správně určí zvíře na obrázku, citoslovcem napodobí jeho zvuky. Zpravidla ochotně reaguje na příkazy.

Zraková percepce: Sestaví obrázek ze čtyř dílů – chybu při skládání dovede poznat. Bezchybně vloží geometrické tvary do otvorů.

Rozumové schopnosti: Intelektové schopnosti odpovídají pásmu lehké mentální retardace. Pasivně označí některé základní barvy, pozná základní geometrické tvary a většinu domácích zvířat. Zcela se orientuje v tělesném schématu, na požádání ukáže jakoukoliv část lidského těla. Děti v mateřské škole rozlišuje podle jména. Pokynům rozumí, reaguje adekvátně. Na fotografii určí všechny členy své nejbližší rodiny.

Vyšetření řečových dovedností –

Při přijetí do mateřské školy nejevila dívka známky verbalizace. Byla spíše tichá, uzavřená do sebe. Vývoj jejich komunikačních schopností měl od počátku velmi pozvolnou tendenci.

V současné době má i přes výrazně narušenou verbální komunikaci v důsledku opožděného vývoje řeči, velký komunikační apetit. Verbálně se vyjadřuje jen ve velmi omezených jednoslovných maximálně dvouslovných větách, př. „mami“, „babi“, „tati pá“. Při komunikaci si masivně vypomáhá gesty a mimikou. Celkově je verbální komunikace velmi nesrozumitelná, využívá vlastní žargon.

Terapie:

Při vzdělávání Natálie je vhodné uplatňovat ve školním i domácím prostředí metodiku strukturovaného učení a to především výměnný obrázkový komunikační systém.

Celkový rozvoj osobnosti by měl být zaměřen na oblast napodobování, sociálních dovedností, hrubé a jemné motoriky, vnímání, verbálních schopností, koordinace oka a ruky a poznávacích schopností.

Vhodná je terapie formou hry. Zaměřit se na aktivity, které dívku baví a postupně zvyšovat obtížnost jednotlivých činností. Hrubou motoriku rozvíjet pohybovými hrami. Pro rozvoj jemné motoriky je účinné např. trhání papíru, motání vlny do klubíček nebo navlékání korálek s větší dírkou. Oromotoriku procvičovat před zrcadlem, např. špulení rtů, úsměv, olizování rtů apod. Důležitý je také rozvoj pasivního slovníku, kdy Natálka ukazuje na pojmenovávané obrázky a mimo to je také velmi účinné čtení pohádek. Pro rozvoj sociálního kontaktu je vhodná canisterapie a hypoterapie.

Prognóza:

Vzhledem k výsledkům vyšetření ve SPC byl proveden odklad povinné školní docházky o jeden rok. V následujícím školním roce nastoupí do Základní školy sídliště Osvobození 55, určené pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Prevence:

Pro rozvoj komunikačních a sociálních schopností Natálie je nutné stabilní rodinné zázemí a intenzivní péče rodičů i pedagogických pracovníků. To předpokládá dobrou komunikaci rodičů a pedagogů podpořenou písemnými instrukcemi a případně i zacvičením.

Kazuistika č. 4

Tomáš, věk: 5,5 let

Dg.: Mentální postižení – lehké, autistické rysy, dyslalie.

Osobní anamnéza:

Matka měla těhotenství bez potíží, porod proběhl fyziologicky, záhlavím, v termínu, porodní váha 3 650 g, nízké Apgarové skóre. Opožděný psychomotorický vývoj – sed od 15. měsíce, chůze od 22. měsíce, řeč od 3 let. Z důvodu hypotonie cvičil Vojtovu metodu. Tomáš je astmatik, bývá často nemocný. Je v evidenci neurologa, endokrinologa a alergologa. U všech medikován.

Chlapec navštěvoval od 3 let běžnou mateřskou školu. V té byl za přítomnosti matky vyšetřen pracovníky SPC a na základě tohoto vyšetření přeřazen do logopedické třídy Mateřské školy Revoluční. V současné době dochází do této mateřské školy již rok.

Rodinná anamnéza:

Tomáš žije s oběma rodiči v městském bytě. Sourozence nemá. Oba rodiče jsou zdraví. V době porodu měla matka 41 let, otec je mladší. Rodiče se chlapci hodně věnují, péče matky se dá často označit jako úzkostlivá a nadměrná.

Diagnostika:

Chlapec byl vyšetřen pracovníky SPC. Při vyšetření chlapec navazoval kontakt bez potíží, oční kontakt byl však značně neadekvátní (zpočátku sporadický až vyhýbavý, v závěru neadekvátně silný).

Sociabilita: V době, kdy Tomáš docházel do běžné mateřské školy, se vůbec nezapojoval do skupinových činností, hru volil spíše v ústraní o samotě. Byl pasivní a odmítal se účastnit i jakýchkoliv řízených činností. Po přestupu do Mateřské školy Revoluční se dlouho neuměl přirozeně zapojit do dětského kolektivu. Choval se velmi uzavřeně. Toto období trvalo přibližně tři měsíce.

V současnosti se stále účastní společných aktivit v mateřské škole jen sporadicky, spolupráce je výběrová. Jeho pracovní tempo je pomalé, váhavé. Vyskytují se u něj i drobné stereotypie v chování (při stoji podupávání nohou, žmoulání kůže na hřbetu ruky). Není příliš komunikativní, mezi dětmi se příliš neprojevuje. Je velmi důsledný při manipulaci s hračkami. Pozornost je u Tomáše lehce odklonitelná. Opakovaně se vrací k činnostem, které jsou pro něj atraktivní. Činnosti je proto nutné střídát, průběžně ho motivovat k řízené činnosti.

Motorický vývoj: Hrubá motorika – méně obratná. Chůze je samostatná, stabilní. Schody zdolá s oporou, dolů ze schodů jde s přísunem. Manipulace s míčem je velmi neobratná. Jemná motorika – je neobratná. Zapínání a rozepínání knoflíků je zatím v zácviku. Zavazování tkaniček nezvládá. S pomocí postaví komín i most z kostek. Grafomotorika – výrazné opoždění. Vedoucí ruka je pravá, úchop tužky je nesprávný, střídavý přítlak. Figurální kresbu odmítá, nakreslí sluníčko, neobratně napodobí svislíci a kruh. Spontánní grafický projev odpovídá věkové úrovni přibližně 4 let. Defektní vizuomotorická koordinace.

Sebeobsluha: Na úrovni odpovídající nižšímu věku. Jí samostatně, ale jen lžící. Při oblékání potřebuje dohled a občasnou pomoc. Na WC jde sám, je mu však nutné stále připomínat mytí rukou po vykonané potřebě a před jídlem.

Sluchová percepce: Zopakuje jednoduchou větu. Zpravidla správně identifikuje okolní zvuky. Mechanicky se naučí krátkou básničku. Reaguje na jednoduché úkoly.

Zraková percepce: S pomocí a na předlohu sestaví obrázek ze 3 dílů. Nechápe situace na obrázku. Obrázky nedovede popsat. Nevzpomene si ani na jeden z pěti předmětů i poté, co mu byly ukázány dvakrát.

Rozumové schopnosti: Projevy rigidního myšlení. Je velmi slabě orientovaný na svou osobu – řekne pouze své jméno a příjmení. Neurčí základní barvy, dle matky dříve barvy zvládal určit. Číselnou řadu do pěti vyjmenuje s chybami. Chybuje i při vyjmenování dnů v týdnu a ročních období. Z geometrických tvarů pozná kruh. Vloží geometrické tvary do otvorů, označí předměty denní potřeby i části těla. Neorientuje se v sociálních situacích.

Vyšetření řečových dovedností –

Do logopedické třídy Mateřské školy Revoluční byl Tomáš přijat s velmi omezenými verbálními schopnostmi. Řeč byla od počátku dyslalická s četnými agramatismi. Potíže mu dělalo zopakování i krátké věty. Neuměl žádnou dětskou básničku ani písničku.

S přestupem do této specializované mateřské školy se matka, i přes zřetelné potíže svého syna, velmi těžko vyrovnávala. Vzhledem k podstatnému pokroku, který za dobu pobytu v této mateřské škole udělal, matka uznala správný postup a doporučení odborníků.

Lexikálně-sémantická rovina jazyka: Pasivní slovník je intaktní. Rozumí pouze jednoduchým příkazům. Úkoly plní se střídavým nasazením, většinou formou pokus-omyl. Aktivní slovní zásoba odpovídá nižšímu věku.

Pragmatická rovina jazyka: Řeč je dyslalická, ale plynulá a plně srozumitelná. Verbální projev s echoláliemi. Je velmi málo komunikativní. Nepřesné a vyhýbavé odpovědi, komentování vlastní činnosti. Dbá pravidel konverzace.

Morfologicko-syntaktická rovina jazyka: Užívá víceslovné dysgramatické věty - chybuje při skloňování podstatných jmen, často si plete mužský a ženský rod, vynechává některé předložky a zvrtná zájmena. Komolí některá slova, přehazuje slabiky, např. umydlavo, žlíce, apod.

Foneticko-fonologická rovina jazyka – výslovnost hlásek:

D, T, N – nesprávné postavení mluvidel – interdentalní,

V – fixace,

F – fixace,

H – zvládá na začátku slov, uprostřed slov mogilalie,
CH – fixace,
K, G – nezvládá uprostřed slov,
L – fixace,
R – nesprávné postavení mluvidel – interdentalní,
Ř – paralalie Ž jen v některých slovech, jindy Ř velmi hrčivé, výrazné.

Terapie:

Rozvíjení hrubé motoriky při pohybových hrách. Zaměřit se na celkovou pohyblivost, koordinaci a obratnost (př. cvičení paží a předloktím – kroužení, mávání; stoj a skákání po jedné noze; skákání přes švihadlo; házení s míčem – samostatně i v kooperaci; pohybová cvičení s říkankami). Cvičit jemnou motoriku a to např. pohyby zápěstí, jednotlivých prstů (stříhání, skládání papíru, pokračovat v procvičování zapínání a rozpínání knoflíků, modelování, navlékání korálek, manipulace s kostkami, sestavování z Lega, upínání předmětů pomocí kolíčků na prádlo, sbírání malých předmětů pomocí pinzety apod.).

Rozvíjet a cvičit grafomotoriku – kresba prstem do písku nebo vysypané krupice, houbou namočenou ve vodě kreslit na svislou plochu, štětkou na balicí papír na zemi, kreslit prstovými barvami, spojování bodů na papíru. Zpočátku volit velké formáty, postupně je zmenšovat. Zlepšení motoriky mluvidel – při logopedické péči je velmi důležité rozvíjet cílené pohyby jazyka, rtů, svalů tváře vždy před vlastní nápravou řeči (cvičení před zrcadlem - napodobování grimas; cviky jazyka jako je mlaskání, rovné vysunování jazyka, olizování rtů, zvedání (elevace) jazyka apod.). Dále využívat artikulační a sluchová cvičení k chybně vyslovovaným hláskám, určování správné výslovnosti těchto hlásek ve slovech, zařazování hlásek do vět. Cvičit zrakové vnímání - porovnávat předměty, určovat shody a rozdíly na obrázku, skládat rozstříhané obrázky, pexeso, puzzle apod. Cvičit také sluchové vnímání – poznávání předmětů podle zvuku, písniček podle melodie, napodobit délku zvuku, rytmizovat slova pomocí vytleskávání. Velký význam při terapii Tomáše má také opakování, cvičení soustředění a vedení k dokončení započaté činnosti.

Cvičení by měla být pravidelná, nenásilná a dítě je při nich třeba neustále hodnotit pochvalou, čímž dochází k povzbuzování sebevědomí.

Prognóza:

Vzdělávání Tomáše bude zřejmě pokračovat v základní škole praktické a to pravděpodobně s ročním odkladem, nebo v běžné základní škole, kde by byl integrován a vzděláván podle Individuálního vzdělávacího plánu. O odkladu školní

docházky a možnostech dalšího postupu rozhodne odborné lékařské vyšetření a vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo SPC.

Prevence:

Velmi důležitá je spolupráce s rodiči, jejich dobrá informovanost a případně jejich zácvik do vhodných domácích příprav. Výběr vyhovujících cviků, nepřetěžování dítěte a jeho podpora by mělo být samozřejmostí. Základem úspěchu je však především stabilní rodinné zázemí, což představuje přiměřenou citovou a sociální stimulaci a v neposlední řadě správný mluvní vzor.

7.5 Místní šetření v Mateřské škole Sochorova ve Vyškově

7.5.1 Charakteristika zařízení Mateřské školy Sochorova

Mateřská škola Sochorova je zařízení zaměřené na předškolní výchovu a vzdělávání dětí zdravotně oslabených, dětí s vadami řeči a dětí zdravých s bohatou historií. Toto zařízení vzniklo v roce 1978 jako předškolní výchovně vzdělávací zařízení určené pro děti zaměstnanců závodu Zbrojovka, n.p. Brno, odštěpný závod Vyškov. Do poloviny roku 1991 byly jeho součástí také jesle. Ve stejném roce zanikl místní odštěpný závod Zbrojovka Vyškov a na základě těchto okolností změnila mateřská škola svého zřizovatele, tím se stal Školský úřad Vyškov. V roce 1995 bylo toto zařízení zahrnuto do sítě speciálních mateřských škol se zaměřením na děti zdravotně znevýhodněné, zejména astmatiky, alergiky a děti s oslabeným imunitním systémem. Od počátku roku 2003 je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je město Vyškov, konkrétně Odbor školství, kultury a tělovýchovy města Vyškova. Logopedická třída zde vznikla k 1. 9. 2004. K 1. 9. 2005 pozbylo toto zařízení statut speciální mateřské školy a stalo se mateřskou školou běžnou.

Objekt školy, jejíž výstavba započala v roce 1977, byl částečně zrekonstruován v roce 2008. Budova mateřské školy je situována v klidné části města, v samostatné dvoupodlažní budově, obklopena sídlištní zástavbou a hojností zeleně. Mateřská škola je dobře dopravně dostupná. Zastávka městské autobusové dopravy je vzdálená přibližně 100 metrů od budovy. Od centra města je vzdálená přibližně 0,5 km, jedná se o tzv. širší centrum města.

Škola má tři prostorné třídy, součástí každé je i odpočívárna, jídelní kout a umývárny s WC pro děti. Ve třídách je s ohledem na alergiky vytvořené bezprašné

prostředí, bez záclon a koberců. Celý interiér je příjemně barevný. Součástí šaten pro děti je i tzv. Ranní filtr – místnost, ve které každé ráno přebírá zdravotní sestra děti od rodičů a konzultuje s nimi jejich aktuální zdravotní stav. Ve škole je pro zdravotní sestru zařízena také ošetřovna, v níž dětem aplikuje každodenně ozdravné procedury, zejména inhalace, terapie teplem, balónkování aj. Pro zaměstnance je ve škole vytvořeno dostatečně prostorné samostatné kancelářské zázemí, šatny a toalety se sprchovým koutem. V budově je velká kuchyně dostatečnou kapacitou školy s prostornými skladovacími prostory a nutným příslušenstvím. Prostorná zahrada je okolo celé budovy.

Do školy jsou děti přijímány na základě přihlášky rodičů a do logopedické třídy také na doporučení pracovníků SPC. Rozhodnutí o přijetí každého dítěte je zcela v kompetenci ředitelky školy, přesto úředníci Odboru školství, kultury a tělovýchovy města Vyškova dohlíží na upřednostňování dětí s trvalým bydlištěm v této obci.

Úkolem školy je zejména doplňovat rodinnou výchovu dítěte a v úzké vazbě na ni zajišťovat jeho další předškolní vzdělávání. Za cíl si klade zejména přípravu dětí na vstup do základní školy a všestranné, harmonické rozvíjení osobnosti dítěte zvláště prostřednictvím tvořivé práce s ohledem na jeho zdravotní stav.

Děti jsou zde rozděleny do tří tříd o celkové kapacitě 66 míst. Ve třídě Broučků je umístěno 24 dětí. Z tohoto počtu jsou ve třídě integrovány 2 děti s mentálním postižením. Pedagogickou činnost zde po celý den zajišťují 2 učitelky a asistentka pedagoga. Logopedická třída Žabiček má kapacitu 18 dětí. Zde o děti pečují učitelka, asistentka pedagoga a logopedka. Ve třídě je integrováno jedno dítě, které je postižené více vadami. K dispozici má svoji osobní asistentku. O děti ve třídě Motýlků pečují celodenně 2 učitelky. Počet dětí v této třídě je 24.

Kapacita školy je v současnosti zcela naplněna.

7.5.2 Systém logopedické péče a užívané logopedické metody a pomůcky v Mateřské škole Sochorova

Logopedická péče ve třídě Žabiček se řídí zásadou komplexnosti. Jelikož jsou zde umístěny pouze děti mentálně zdravé, může být dětem poskytována skupinová i individuální péče v plné maximální míře. Na skupinové terapii narušené komunikační schopnosti se podílí všechny tři pedagogické pracovnice současně, individuální logopedickou terapii provádí s dětmi logopedka v místnosti se zrcadlem.

Základ komplexu skupinové logopedické péče tvoří rozvíjení jednotlivých smyslů (zraku, sluchu, hmatu); dechová cvičení zaměřená na správné hospodaření

s dechem při řeči, zpěvu i tělesných aktivitách; rozvoj motoriky (jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky a oromotoriky); rozvoj pravolevé orientace; rozvoj konkrétních řečových dovedností a také rozvoj jednotlivých kognitivních vlastností.

K rozvíjení sluchu jsou při skupinových činnostech používány obvykle pomůcky stimulační - sluchové kostky a dózy určené k poznávání rozlišnosti zvuků. Děti jejich obsah třepáním ruky rozpohybují a poté určují dvě kostky nebo dózy, které vylučují stejný zvuk. Rozvíjení sluchové paměti je při skupinové činnosti nejčastěji prováděno pomocí postupného rozvíjení věty typu: „Maminka šla do obchodu a koupila rohlíky..., maminka šla do obchodu a koupila rohlíky a mléko..., maminka šla do obchodu a koupila rohlíky, mléko a jablka...“, atd. Děti sedí zpravidla v kruhu na zemi a opakují po logopedce nebo učitelce uvedené věty. Maximální počet přidaných slov je 5, které si však ve správném pořadí zapamatuje jen asi 6 dětí.

Prevenici budoucím potížím ve čtení a psaní plynoucím z nedostatečné zrakové percepce je věnována skupinová terapie, která upevňuje schopnosti dětí rozlišovat a pojmenovávat barvy (základní i odvozené) a odlišovat tvary. Tato krátká jednoduchá cvičení zpravidla organizuje učitelka a jsou zařazována v době mezi časově náročnějšími aktivitami. V rámci tohoto cvičení učitelka např. požádá děti, aby jí přinesly jakýkoliv předmět ve třídě, jehož součástí je oranžová barva, nebo který má kulatý tvar. Případně jako identifikátor předmětu stanoví barvu a tvar současně. V rámci nácviku zrakové paměti děti často s oblibou hrají pexeso. Více je zraková percepce cvičena při individuální terapii.

Rozvoj hmatové percepce, která souvisí s rozvojem prostorového vnímání, je při skupinové terapii dětí prováděno formou hry za využití hmatových kostek, které spadají do skupiny pomůcek stimulačních, kdy děti se zavázanýma očima pomocí hmatu rozeznávají počet puntíků vyhloubených na kostkách.

Rozvoj hrubé motoriky, která představuje hybnost celého těla, je prováděna při pohybových aktivitách v budově i venku. Při nich jsou využívány míče, švihadla, lana apod. Nejvíce těchto pohybových aktivit, je prováděno formou hry bez jakýchkoliv pomůcek stimulačních i motivačních, kdy děti běhají, skáčou sounož i po jedné noze, učí se přenášet váhu (např. pohyb ze špičky na patu). K vymýšlení a následné realizaci těchto činností je využívána kreativita pedagožek.

Pro rozvoj jemné motoriky je ve školní třídě k dispozici velké množství nejrůznějších pomůcek. Uvést lze např. různé stavebnice, puzzle, kostky, které současně napomáhají vyvíjet logické myšlení dítěte. Grafomotoriku nejvíce a s oblibou děti rozvíjí kresbou.

Skupinová oromotorická cvičení vede logopedka. Děti se usadí před zrcadlem tak, aby viděly na sebe i na logopedku. Cvičení je vedeno zábavnou formou ve formě vyprávění příběhu. Ten vypráví logopedka a děti po ní opakují pohyby jazykem. Příběh zní přibližně následovně: „Jazyček ráno vstal a vyšel před dům (následuje vypláznutí jazyka), protáhnul se nahoru (následuje ohnutí jazyka směrem k nosu), potom dolů (následuje ohnutí jazyka směrem k bradě) atd. Při tomto cvičení děti napodobují po vzoru logopedky i různé zvuky (syčení hada, bzučení mouchy, štěkání psa apod.).

Pravolevá orientace je nejčastěji cvičena současně v kombinaci s dechovým cvičením a nácvikem rytmizace slov. Tato kombinace cviků je prováděna tak, že děti sedí v kruhu na zemi a plní úkoly instruované učitelkou nebo logopedkou. K dechovým cvičením má každé dítě vlastní pomůcky. Jsou to různé foukačky, píšťalky, frkačky, pírká apod. Děti na pokyn učitelky střídavě pískají, foukají do pírká, dotýkají se levou rukou pravého ucha, pravou rukou levého kolene apod. Rytmizace slov je nacvičována pomocí rozkladu slova na slabiky za pomoci vytleskávání.

Při společných řízených činnostech si děti také vypráví příběhy a to např. takovým způsobem, že učitelka začne a každé dítě připojí svůj kousek příběhu. Tím rozvíjí fantazii, aktivní i pasivní slovní zásobu a schopnost adekvátně reagovat a spolupracovat.

Individuální logopedická terapie je zaměřena z velké části na nápravu výslovnosti hlásek, které konkrétním dětem dělají potíže. Zahrnuje však cvičení z oblasti zrakové diferenciacce, zrakové analýzy a syntézy, zrakové paměti, rozlišení figury a pozadí, rovněž také cvičení k rozvoji očních pohybů. Individuální logopedickou péči věnuje logopedka každodenně všem dětem. Jelikož jsou tato cvičení přibližně čtvrt hodinová, děti se u ní v kanceláři střídají téměř celý den.

Pro tuto činnost má logopedka pro každé dítě písemný plán sestavený, na základě logopedické diagnostiky, kterou pravidelně provádí SPC Vyškov. Každému dítěti je veden Logopedický sešit, kam jsou aktuálně zaznamenávána jednotlivá logopedická cvičení, která jsou s dětmi prováděna a je zde popsán i průběh nápravy. Sešity obsahují také jednotlivé listy zaměřené na nápravu konkrétních hlásek, které logopedka sestavuje každému dítěti na míru. Jsou vedeny velmi pečlivě a přehledně. Na víkendy připravuje logopedka dětem mimo artikulačních cvičení, na nápravu konkrétních hlásek, také úkoly pro nácvik grafomotoriky.

Lze uvést, že pomůcky využívané v této mateřské škole k rozvoji komunikačních schopností dětí nejsou až na výjimky (např. rotavibrátor, který je v poměru s ostatními pomůckami řádově o několik tisíc dražší) finančně náročné, jsou

běžně dostupné a lehce použitelné. Také jsou ve škole díky kreativitě pedagožek používány ručně vyrobené pomůcky didaktické, např. různé obrázkové říkanky, obrázky a soubory obrázků, které jsou určeny k procvičování výslovnosti, rozvíjení slovní zásoby a paměti dětí.

Je nutné dodat, že bez dostatečného nadšení k práci, citlivého přístupu k dětem a odborných znalostí pedagožek by míra úspěšnosti jejich práce nebyla tak vysoká.

7.5.3 Kazuistiky vybraných dětí z Mateřské školy Sochorova

Následující kazuistiky jsou zpracovány s ohledem na přání zákonných zástupců dětí, aby v práci nebyla zveřejněna jména ani iniciály dětí a v některých případech i data z rodinné anamnézy dětí.

Kazuistika č. 5

Chlapec A, věk: 5,5 let

Dg.: Souběžné postižení více vadami – tělesné postižení (paukospastická forma DMO, centrální hypotonický syndrom, pedes planovalgi, mobilní omezení), hyperaktivita, opožděný vývoj řeči (projevy retardace expresní složky řeči).

Osobní anamnéza:

Matka měla těhotenství bez potíží, porod byl komplikovaný, v termínu. Chlapec je v evidenci neurologa, psychologa a otorinolaryngologa.

Rodinná anamnéza:

Chlapec žije s babičkou, která ho má v pěstounské péči z důvodu přetrvávajících psychických i zdravotních potíží matky. Otec o chlapce nejeví zájem. Babička zajišťuje chlapci rehabilitační péči ve zdravotnických zařízeních samostatně. Sourozence nemá.

Diagnostika:

Chlapec byl vyšetřen ve SPC. V mateřské škole je integrován, vzděláván na základě individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP), který vychází z rámcového programu pro předškolní vzdělávání obohaceného doporučenými závěry a postupy IVP Speciálně-pedagogického centra MŠ a ZŠ pro tělesně postižené Brno – Kociánka. Chlapec navštěvuje mateřskou školu již druhým rokem, k dispozici má celodenně osobní asistentku.

Sociabilita: Při nástupu do mateřské školy se zcela stranil kolektivu a téměř nemluvil. Po přidělení osobní asistentky, která má na něj velmi pozitivní vliv a na níž je

citově naladěný, došlo u chlapce k pozitivním změnám. V současné době se snaží maximálně zapojovat do všech her s dětmi, při hře však dlouho nevydrží. Dokáže být i samostatný, umí požádat o pomoc, když ji potřebuje. Je velmi citlivý, a když nějaké dítě pláče, zajímá se o důvod. Je velmi zvědavý, nemívá již zábrany a neostýchá se. Když není s něčím spokojen, nebo když mu někdo bere hračky, jedná zkratkovitě, což znamená, že občas použije i násilí k prosazení své vůle. Následuje omluva, ta je však mechanická a nemá pro něj žádný větší význam.

Sebeobsluha: Chlapec se snaží být při oblékání samostatný. Při některých úkonech potřebuje dopomoc (s použitím toaletního papíru a kapesníku), základní hygienické návyky ovládá, nají se lžící.

Motorický vývoj: Hrubá motorika – chodí sám, chůzi do schodů i ze schodů zvládá s přidržováním se zábradlí, krok střídavý. Sám se posadí do malé židličky, vyleze na židli pro dospělého, otočí se a posadí. Míč chytí i odhodí obouruč, cíleně. Kopne do míče levou nohou, napodobuje kutálení míče. Koordinace pohybů je vzhledem k postižení narušená. Jemná motorika – navlékne korále na drátek či šňůrku, posloupnost barev a tvarů střídá po krátké slovní instrukci zcela samostatně. Postaví komín z dvanácti kostek, dorovnává. Napodobí most ze tří kostek podle předlohy. Nastřihnutý papír trhá na proužky. Vkládací kalíšky dává na sebe a vloží zpět do sebe samostatně. Při manipulačních činnostech střídá horní končetiny, souhra rukou je méně obratná, jeví se dominantní pravá ruka. Úchop předmětů prstový s opozicí palce proti jednotlivým prstům. Pohyby rukou jsou nekoordinované, očima sleduje činnost rukou. Kresba a grafomotorika – kruh napodobí, pěkně jej uzavře. Zachytí rovnou čáru ve směru svislém i vodorovném, spojí dva body na ploše. Přítlak na tužku je přiměřený, úchop tužky špetkový s opozicí palce oproti jednotlivým prstům. Kreslí pravou rukou, celkový kresebný projev je na úrovni obsažného čarání, spontánní kresba postavy je roztráštěný hlavonožec, pod diktátem a přímou podporou zvládne hlavonožce i s detaily obličeje. Přistupuje na napodobivé hry s pastelkou.

Sluchová percepce: Přiměřená, vytleská samostatně trojslabičná slova.

Zraková percepce: Složí barevné púlené obrázky. Obrázky ze čtyř částí samostatně nesloží, ale pokud se mu předloží tři díly, čtvrtý již doplní ve správném směru.

Rozumové schopnosti: Pojmy množství málo x moc, více x méně vytvořeny. Mechanicky napočítá do tří, základní barvy přiřazuje i pojmenuje, doplňkové barvy pojmenuje po nápovědě prvních slabik. Z geometrických tvarů pozná kruh, čtverec a trojúhelník. Na požádání je podá. Určí prostřední prvek v řadě pěti tvarů. Dva

nepravidelně rozdělené tvary složí do jednoho celku. Obrázek ze čtyř dílů skládá s obtížemi. Všeobecná informovanost – z osmi obrázků domácích zvířat vybere všechna správně, adekvátně přiřadí i mláďata. Poznává základní druhy zeleniny, určí správně základní druhy dopravních prostředků a snaží se je pojmenovat. Seřadí obrázky dle daných kategorií, určí roční období na úrovni teplo kontra zima dle předložených obrázků. Pravolevá orientace na vlastním těle neutvořena, prostorová orientace je na úrovni nahoře x dole, vpředu x vzadu.

Vyšetření řečových dovedností –

Zpočátku, po nástupu do mateřské školy, byl pro komunikaci s chlapcem využíván alternativní způsob komunikace pomocí piktogramů, jelikož vůbec nekomunikoval. Asi po dvou měsících, kdy s ním začala pracovat osobní asistentka, se situace začala pozvolna měnit. V současné době je aktivní slovník složen především z podstatných jmen, výslovnost závisí na složení písmen ve slově, zcela řekne například: hlad, loď, slon, kůň, kluk, teta, babi. Začíná používat i slovesa, zvládá vytvářet věty maximálně o dvou až třech slovech. Pokud je dobře naladěn mluví jednoduchými větami s agramatismy. Na požádání ukáže jednotlivé prvky na obrázku. Zachytí dějové činnosti slovem, vybere adekvátní obrázek k dané činnosti. Dějové obrázky v počtu tří podá učiteli v požadovaném sledu. Mluvené řeči rozumí. Po nápovědě prvních slabik učitelem slovo většinou doplní. Tvář je hypotonická, omezená hybnost jazyka. Výdechový proud je oslabený. Mluví tiše. Slinění kontroluje.

Terapie:

Rozvíjení hrubé motoriky pomocí tělovýchvonných aktivit s ostatními dětmi, zařazovat cvičení na procvičení všech svalových skupin. Stimulovat obratnost, koordinaci rovnováhy na rehabilitačním míči. Zařazovat pohybové hry s míčem, jízdu na tříkolce. Ke stabilnímu sedu používat židličku s opěrkou zad a fixací plosek nohou na podložce. Při rozvoji kresby a grafomotoriky nejdříve provádět uvolňovací cvičení obou horních končetin, upevňovat správné návyky při úchopu tužky. Provádět obtahování tvarů (volit různé velikosti, různý formát papíru a materiál – prstové barvy, houby, křídly, měkké barvy). Vést k obohacování kresby o detaily, ve figurální kresbě ujasňovat tělesné schéma. K rozvoji komunikace využívat pohybové hry s říkadly a zpěvem, dramatizací, básně, písně, říkadla. Dále zařazovat popisování obrázků a předmětů, vyprávění příběhů. Pokračovat v procvičování oromotoriky před zrcadlem (špulení rtů, široký úsměv atd.). Využívat dechová cvičení k nácviku správného využívání dechu při mluvení. Nácvik polohování jazyka. Napodobování zvuků zvířat, cvičení na rozvoj slovní zásoby a souvislého vyjadřování – vyprávění příběhů,

pohádek. Všeobecně rozvíjet informovanost dítěte v oblasti časové představy, znalost ročních období, dnů v týdnu apod. Podporovat v rozvoji pracovních dovedností a celkově vést k samostatnosti.

Prognóza:

Vzhledem k současnému stavu bude pravděpodobně na základě lékařského vyšetření a vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo SPC chlapci doporučen odklad povinné školní docházky o jeden rok. V následujícím školním roce bude zřejmě integrován a nadále vzděláván na základě IVP v běžné základní škole.

Prevence:

Je nutné vytvářet v rámci mateřské školy i mimo ni příznivou emocionální atmosféru k rozvoji komunikačních schopností, vycházet ze zájmu dítěte. Pozitivně oceňovat i malé zlepšení či úspěch. Nezbytná je také spolupráce s rodinou.

Kazuistika č. 6

Chlapec B, věk: 6 let

Dg.: Vývojová dysfázie.

Osobní anamnéza:

Dítě z první gravidity, těhotenství rizikové, porod fyziologický, v termínu, záhlavím s komplikacemi – kříšení. Psychomotorický vývoj v normě, vývoj řeči výrazně opožděn, slova ve dvou letech, věty začal tvořit teprve nedávno. Vidí a slyší dobře, je v odborné péči neurologie a psychiatrie.

Rodinná anamnéza:

Bezvýznamná.

Diagnostika:

Chlapec byl vyšetřen při výjezdu SPC do mateřské školy za přítomnosti matky. Bez problémů navázal sociální kontakt a ochotně spolupracoval. O plnění úkolů měl zájem. Projevoval menší motorický neklid.

Sociabilita: Chlapec je komunikativní, v prostředí mateřské školy je nekonfliktní, neostýchá se. Dobře spolupracuje při řízených činnostech s učitelkami, rád se zapojuje do společných her s ostatními dětmi.

Sebeobsluha: Chlapec je při oblékání samostatný, základní hygienické návyky ovládá, nají se lžící, má snahu jíst přiborem.

Motorický vývoj: Hrubá motorika - pohybově aktivní dítě, které zvládá jízdu na kole bez balančních koleček, při chůzi po schodech střídá nohy. Bez obtíží provádí

i další aktivity z oblasti hrubé motoriky. Jemná motorika – potíže při provádění pohybů a poloh prstů – nedaří se přesná nápodoba. Grafomotorika – držení tužky není stále správné. Také oblast oromotoriky je oslabena. Z imitace grimas se daří smích a zamračení. Při rovném vysunutí neudrží jazyk v rovné poloze, nedaří se pohyb jazyka pod dolní ret a nad horní ret. Nedovede provést mlaskání.

Sluchová percepce: Chlapec zopakuje jednoduchou větu. Při opakování dvojverší buď změni slova, nebo zopakuje jen první část. Při postupném rozvíjení věty přidá 3 pojmy, nedodrží správné pořadí. Identifikuje okolní zvuky. Rozpozná jen velmi deformovaná slova, pokud se slovo jen mírně odlišuje od normy, rozdíl nepozná. Správně slova rytmizuje, ale při opakování jednoduchého rytmu se plete. Snaží se zazpívat písničku, občas použije vlastní text. Určí správně první hlásku slova.

Zraková percepce: Samostatně a velmi rychle sestaví obrázek z 8 částí podle předlohy. Vysvětlí nepravdy na obrázku. Správně umístí prvky v prostoru. Najde 4 ze 7 rozdílů mezi dvěma obrázky. Odliší obrázek stranově otočený v řadě stejných. Pokud jsou dva obrázky otočené vertikálně, rozdíl nevidí. Při zkoušce zrakové paměti si verbální oporou zapamatuje a následně vyjmenuje 6 obrázků ze 7.

Rozumové schopnosti: Dítě si není jisté v identifikaci a pojmenování barev a základních geometrických tvarů. Mechanicky napočítá do třinácti. Globální představa čísla na kostce je utvořena do 6, na obrázcích do 3. Z prstů pojmenuje palec, potíže mu činí i identifikace méně často verbálně označovaných částí těla. Chápe a již verbálně dokáže vyjádřit základní prostorové vztahy. Pravolevá orientace je utvořena. Má dobré znalosti o rodině. Ví, co se dělá ráno a večer. Při vyjmenování dnů v týdnu se plete, ukáže podzim a zimu na obrázcích.

Vyšetření řečových dovedností –

Při příjmu do mateřské školy u chlapce pasivní slovní zásoba výrazně převažovala před aktivní. Dítě spoléhalo více na neverbální způsob komunikace, čímž kompenzovalo řečový deficit. Často a spontánně se dorozumívalo spíše neartikulovanými zvuky. V současné době jsou komunikační schopnosti chlapce výrazně lepší.

Lexikálně-sémantická rovina jazyka: Slovní zásoba se výrazně rozšiřuje. Dítě určí, co nepatří do skupiny slov a verbálně to zdůvodní. Zobecňovat pojmy ještě neumí, ale pojmy zahrnout do jednoho celku opisem (nádobí – na stole). Utvoří protiklady s názorem. Začíná se dařit tvoření synonym, přívlastky slov tvoří ve formě barev. Najde homonyma na obrázku.

Pragmatická rovina jazyka: Chlapec navazuje spontánně zrakový kontakt. Mluvní apetit je přiměřený, dítě má radost z verbální komunikace. Plynulá řeč je stále ještě hůře srozumitelná, projevují se částečné paralalie a mogilalie konsonant. Dovede již souvisle vyprávět vlastní prožitky rozvíjenými větami. Při popisu obrázku používá věty jednoduché. Dovede sestavit a stručně reprodukovat dějovou posloupnost ze 4 částí. Smysluplně dokončí větu. Dovede verbálně vyřešit situaci.

Morfologicko-syntaktická rovina jazyka: Rozšiřující se slovní zásoba nemá negativní vliv na uplatňování gramatických pravidel ve větě. Slovosled je již přesnější. Izolovaně utvoří časy sloves, doplní obrázková slova do textu ve správném tvaru. Utvoří jednotné a množné číslo substantiv. I když stále občas chybuje při skloňování, došlo k velkému pokroku v této oblasti.

Foneticko-fonologická rovina jazyka: výslovnost hlásek:

D, T, N – nesprávná poloha jazyka – dole nebo interdentalně,

P, B, M, J, CH, H, K – automatizace,

F – začíná se dařit ve slovech,

G – fixace,

Ď, Ť, Ň – začíná se tvořit ve spojení s l,

L - nesprávná poloha jazyka – dole,

C – paralalie Č,

Sykavky - paralalie CH,

R - mogilalie,

Ř – paralalie CH.

Terapie:

Hrubou motoriku podporovat jakoukoliv sportovní činností, obratnost rozvíjet při pohybových hrách a přirozených cvičeních. Provádět s dítětem polohové testy (stoj na jedné noze, vzpažení obou rukou atd.). Jemnou motoriku rozvíjet za pomoci navlékání korálků, skládání různých mozaik. Provádět prstová cvičení (nůžky, zaječí uši, dotýkání palce různými prsty v libovolném pořadí, dalekohled vytvořený z obou rukou atd.). Při nácvičce grafomotoriky dbát na správný úchop tužky. Rozvíjet kresbu postavy, tvarů, učit se spojovat tečky do obrázků. Procvičovat přesné polohování jazyka, zpevňovat svalstvo tváří artikulačními cviky. Zlepšovat koordinaci mluvidel při nápodobě artikulačních pohybů před zrcadlem. Rozvíjet verbální paměť postupným rozvíjením vět. Učit se rozlišovat správně a nesprávně vyslovená slova. Učit se rozlišovat podobně znějící slova bez obrázkového podkladu (buben – pupen, sije – šije, paní – páni apod.). Zrakovou perцепci rozvíjet pomocí skládání obrázků bez předlohy,

i prostorových (obrázkové kostky). Rozvíjet schopnost zrakové syntézy a analýzy pomocí obrázku (puzzle, rozstříhané pohlednice apod.). Učit se rozlišovat základní barvy, odvozené barvy, geometrické tvary. Procvičovat znalosti ročních období. Slovní zásobu rozvíjet pomocí popisování obrázků, sestavování příběhů pomocí obrázků i bez nich. Pojmenovávat předměty ve svém okolí. Učit se nová slova a aktivně je používat. Je nutné dítě pobízet ke spontánnímu řečovému projevu (co jsi dělal doma?, s čím si hraješ?, co nejraději děláš? apod.). Tvořit věty z určených skupin slov (např. maminka – zástěra – péct: Maminka si uvázala zástěru a začala péct dort.). Učit se verbálně řešit danou situaci (např. Co uděláš, když...?). Učit se používat všechny slovní druhy.

Prognóza:

Chlapci bude pravděpodobně doporučen odklad povinné školní docházky. O odkladu rozhodne lékařské vyšetření a vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo SPC.

Prevence:

Důležitý pro rozvoj řeči chlapce je správný mluvní vzor (zejména v prostředí rodiny), podpora ke spontánnímu řečovému projevu a neustálá slovní podpora a hodnocení úspěchu. Nezbytná je také spolupráce s rodinou.

Kazuistika č. 7

Chlapec C, věk: 5,5 let

Dg.: dyslalie gravis.

Osobní anamnéza:

Dítě z druhého těhotenství, těhotenství bezproblémové, porod bez komplikací, v termínu, záhlavím. Chlapec je v péči alergologa (potravinové alergie). Nemocný nebývá.

Rodinná anamnéza:

Má starší sestru (8 let), žije v úplné rodině.

Diagnostika:

Chlapec byl vyšetřen při výjezdu SPC do mateřské školy za přítomnosti matky, která se zájmem sledovala vyšetření, občas měla tendenci do něj zasahovat.

Při vyšetření chlapec pracoval samostatně, limitující ale pro něj byla délka soustředění – byl brzy unaven, rušily jej okolní vlivy, měl krátkou dobu soustředění. Chlapec mluvil rychlým tempem, přesto tempo fluentní, čas jasný, zvučný.

Sociabilita: Chlapec je citově labilnější, straní se kolektivní činnosti, při individuální logopedické terapii nespolupracuje, často odporuje a nezájem má i účastnit se kolektivních činností. Pokud se mu něco nedaří, má tendenci utíkat ze zátěže a často se i rozbere. Velmi kladně na něj působí pochvala, povzbuzení.

Motorický vývoj: Chlapec je celkově těžkopádnější, nevyhledává pohybové aktivity, ale už zvládá jízdu na kole. Má potíže s motorikou prstů, které jsou při pohybu neobratné. Správný úchop tužky dosud neupevněn. Pohyby jazyka a rtů jsou zatím nedotažené, nepřesné.

Sluchová percepce: Chlapec dovede přesně zopakovat jednoduchou větu, dvojverší, dovede si zapamatovat tři postupně přidávané pojmy. Správně identifikuje okolní zvuky, určí správně a nesprávně vyslovená slova. Zvládá rytmizaci 1-3 slabičných slov, při vytleskávání víceslabičných slov jsou úderky nadbytečné, chaotické. Zvládá reprodukci jednoduché rytmické řady. Fonematically rozliší podobně znějící slova s vizuálním podnětem. Sestaví slovo ze slabik.

Zraková percepce: Chlapec samostatně sestaví obrázek ze šesti dílů. Chápe a zdůvodní nepravdy na obrázku, Najde všechny rozdíly mezi podobnými obrázky. Dovede si zapamatovat s verbální oporou tři ze sedmi předmětů na obrázku.

Rozumové schopnosti: Chlapec ztotožňuje základní barvy s předměty, pozná kruh. Mechanicky napočítá do deseti. Ukáže a pojmenuje části lidského těla. Chápe prostorové pojmy - na, pod, do, v. Má základní znalosti o sobě a nejbližší rodině.

Vyšetření řečových dovedností –

Chlapec byl do mateřské školy přijat především z důvodu korekce výslovnosti u plně vytvořené řeči.

Lexikálně-sémantická rovina jazyka: Pasivní lexikon je intaktní. Dítě rozumí jednoduchým příkazům i složitější struktuře textu. Chápe a provádí správně jednoduché pokyny, ne však již pokyny na sebe navazující (dej panenku na stůl a pejska do domu). Správně vybere určený obrázek, správně zařazuje obrázky pod nadřazený pojem (vyber všechna zvířátka). Chlapec také chápe protiklady. Správně určí citově zabarvený výraz obličeje, chápe už i citově zabarvenou větu. Aktivní slovní zásoba odpovídá věku dítěte. Chlapec odvede vysvětlit jednoduché pojmy (na co máme oči, ústa, z čeho je okno). Dovede utvořit jednoduché protiklady s názorem.

Pragmatická rovina jazyka: Chlapec velmi obtížně navazuje zrakový kontakt, pokud jej naváže, nedovede kontakt dlouho udržet. Řeč je plynulá, obtížně srozumitelná. Řeč je dyslalická s projevy paralalie, patologie a mogilalie. Nedostatky v řeči neodrazují od verbální komunikace. Dítě má značný mluvní apetit, obtížně

dodržuje pravidla konverzace, ale dovede výstižně vyjádřit myšlenku. Dovede rozvíjetmi větami vyprávět vlastní zážitky, při popisu obrázku používá jednoduché věty. Zdvořilostní návyky jsou vytvořeny, ale zatím nejsou dostatečně fixovány.

Morfologicko-syntaktická rovina jazyka: Intaktní. Dítě uplatňuje gramatická pravidla při mluveném projevu. Adekvátně ke svému věku skloňuje, dovede tvořit jednotné a množné číslo, používá všechny slovní druhy, není narušena syntaxe.

Foneticko-fonologická rovina jazyka: výslovnost hlásek:

L – molilalie,

C, S, Z – interdentalní výslovnost,

R – velární,

Ř – interdentalní sykavka.

Terapie:

Rozvíjení motoriky provádět v pohybových hrách, zařazovat také polohové testy (stoj na jedné noze, vzpažení obou rukou, předpažení apod.). Jemnou motoriku rozvíjet pomocí navlékání korálek na šňůrku či drátek. Procvičovat přesné polohování jazyka a zlepšování koordinace mluvidel před zrcadlem. Ze sluchové percepce rozvíjet především krátkodobou sluchovou paměť – učit se přesně opakovat souvětí, cvičit opakování postupně rozvíjených vět, cvičit opakování řady slyšených slov ve správném pořadí apod. Učit se správně rytmizovat 1-4 slabičná slova, rozlišovat známé písně podle melodie, učit se poznávat první slabiku ve slově a určit je. V rámci rozvíjení zrakové percepce učit se najít 1-4 rozdíly mezi dvěma obrázky („najdi chyby“), sestavovat obrázek z několika dílů, umět vyhledat dva shodné obrázky v řadě, rozvíjet zrakovou a hmatovou paměť. Rozvíjet rozumové schopnosti – učit se pojmenovávat všechny odvozené barvy, rozlišovat geometrické tvary a umět je pojmenovat, učit se pojmenovávat také detaily obličeje a jednotlivé prsty na ruce, umět verbálně vyjádřit prostorové vztahy a učit se pojmenovat zvířata, jejich mláďata a známé rostliny. U chlapce je důležité stále sledovat, je-li jeho slovní zásoba na adekvátní úrovni (všímat si používaných pojmů v běžné řeči). Prostřednictvím individuální, ale i skupinové logopedické intervence, se učit sledovat vlastní artikulaci v zrcadle, dbát přitom na správné držení těla. Dbát na správné postavení mluvidel při osvojování nové hlásky, při vyvozování hlásek cíleně využívat k procvičování logopedických kostek, obrázků, cvičených textů, jednoduchých říkanek apod. Kontrolovat chlapce při výslovnosti hlásek v běžné komunikaci, nacvičit správné použití hlásky v dialogu a monologu. Provádět vhodná dechová cvičení – nacvičovat správné dýchání nosem, učit se hospodařit s dechem, udržovat správný rytmus řeči.

Prognóza:

U chlapce existuje velká pravděpodobnost, že nastoupí do základní školy bez nutnosti odkladu. Ke dni nástupu povinné školní docházky bude jeho řeč pravděpodobně velmi blízko normy. O případném odkladu rozhodne lékařské vyšetření a vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo SPC.

Prevence:

Nejdůležitější je správný mluvní vzor a podpora sebevědomí dítěte. Každé zlepšení a úspěch je třeba pozitivně oceňovat. Nezbytná je také spolupráce s rodinou.

Kazuistika č. 8

Chlapec D, věk: 5,5 let

Dg.: dyslalie gravis.

Osobní anamnéza:

Chlapec nemá významné zdravotní potíže, nemocný nebývá.

Rodinná anamnéza:

Bezvýznamná.

Diagnostika:

Chlapec byl vyšetřen při výjezdu SPC do mateřské školy za přítomnosti matky, maminka do vyšetření nezasahovala. Chlapec zcela spontánně navázal kontakt a po celou dobu vyšetření s chutí a se zájmem spolupracoval.

Sociabilita: Chlapec je klidný, přátelský, bezproblémový. Při činnostech v mateřské škole ochotně a rád spolupracuje. K ostatním dětem se chová hezky, konflikty nevyvolává, ani se do nich nezapojuje.

Motorický vývoj: Pohybově intaktní chlapec, dovede jezdit na kole bez balančních koleček. Je třeba procvičovat jemnou motoriku – prsty jsou při imitaci pohybu neobratné. Chlapec dává přednost levé ruce, vedoucí oko levé. Snaha o správný úchop tužky. Chlapec má velmi dobrou oromotoriku – dovede velmi dobře napodobit jednotlivé cviky.

Sluchová percepce: Chlapec dovede přesně zopakovat jednoduchou větu, dvojverší, dovede si zapamatovat postupně přidávané pojmy. Správně identifikuje okolní zvuky, určí správně a nesprávně vyslovená slova. Zvládá rytmizaci 1-3 slabičných slov p předvedení dospělým. Jinak vytleskávání slov není plynulé, údery jsou nadbytečné, chaotické. Zvládá reprodukci jednoduché rytmické řady. Rytmičky

a melodicky správně zazpívá známou písničku. Fonematically rozliší podobně znějící slova s vizuálním podnětem.

Zraková percepce: Chlapec samostatně sestaví obrázek ze šesti dílů. Chápe a zdůvodní nepravdy na obrázku. Najde dva ze čtyř rozdílů mezi podobnými obrázky. Dovede si zapamatovat s verbální oporou 4 ze 7 předmětů na obrázku.

Rozumové schopnosti: Chlapec rozlišuje základní i odvozené barvy, pozná i základní geometrické tvary. Mechanicky napočítá do deseti, ukáže a pojmenuje části i detaily lidského těla. Chápe prostorové pojmy, má základní znalosti o sobě, nejbližší rodině i znalosti z přírody. Poznává a pojmenuje dny v týdnu, roční období.

Vyšetření řečových dovedností –

Stejně jako chlapec C byl tento chlapec do mateřské školy přijat především z důvodu korekce výslovnosti u plně vytvořené řeči.

Lexikálně-sémantická rovina jazyka: Pasivní lexikon je intaktní. Rozumí jednoduchým příkazům i složitější struktuře textu. Chápe a provádí správně jednoduché pokyny, ne však již pokyny na sebe navazující (dej panenku na stůl a pejska do domu). Správně vybere určený obrázek, správně zařazuje obrázky pod nadřazený pojem (vyber dopravní prostředky). Dítě také chápe jednoduché protiklady. Správně určí citově zabarvený výraz obličeje, chápe citově zabarvenou větu. Aktivní slovní zásoba odpovídá věku, chlapec dovede vysvětlit jednoduché pojmy (na co máme oči, ústa, z čeho je okno). Dovede utvořit protiklady s názorem.

Pragmatická rovina jazyka: Dítě bez problému navazuje zrakový kontakt. Řeč je plynulá, srozumitelná. Řeč je dyslalická s projevy paralalie a patologie. Má přiměřený mluvní apetit, dodržuje pravidla konverzace. Dovede pohotově a adekvátně odpovídat na zadané otázky. Dovede rozvitými větami odpovídat na otázky, při popisu obrázku používá jednoduché věty. Zdvořilostní návyky jsou vytvořeny, ale zatím nejsou dostatečně fixovány.

Morfologicko-syntaktická rovina jazyka: Intaktní. Dítě uplatňuje gramatická pravidla při mluveném projevu. Adekvátně ke svému věku skloňuje, dovede tvořit jednotné a množné číslo, používá všechny smluvní druhy, není narušená syntaxe.

Foneticko-fonologická rovina jazyka: výslovnost hlásek:

Obě řady sykavek jsou tvořeny retozubně.

R – paralalie L,

Ř – paralalie retozubné sykavky.

Terapie:

Terapie by měla být zaměřena především na motoriku mluvidel – přesné polohování jazyky, zlepšování koordinace mluvidel při nápodobě artikulačních pohybů. Krátkodobá sluchová paměť by měla být upevňována při opakování souvětí a postupně rozvíjejících se vět (volit témata, která dítě zajímají). Rozvoj zrakové percepce zaměřit na vkládání a skládání tvarů, vyhledávání obrázků v prostoru, hledání nepravd a rozdílů apod. Řečové dovednosti rozvíjet formou individuální i skupinové práce, při níž je nutné sledovat artikulaci v zrcadle. Cíleně využívat k procvičování vyvozených hlásek logopedické kostky, obrázky, jednoduché říkanky. Důsledně a trpělivě fixovat a automatizovat již vytvořené hlásky v běžné řeči. Správné používání hlásek uplatňovat v dialogu i v monologu. Kontrolovat správnou výslovnost dítěte v běžné komunikaci. Dohlížet na řádné hospodaření s dechem při řeči.

Prognóza:

U chlapce existuje velká pravděpodobnost, že nastoupí do základní školy bez nutnosti odkladu. Ke dni nástupu povinné školní docházky bude jeho řeč pravděpodobně v normě. O případném odkladu rozhodne lékařské vyšetření a vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně nebo SPC.

Prevence:

Při prevenci potíží je samozřejmostí správný mluvní vzor a podpora sebevědomí dítěte. Každé zlepšení a úspěch je třeba pozitivně oceňovat. Nezbytná je také spolupráce s rodinou.

7.6 Interpretace a diskuse výsledků výzkumu

V této podkapitole je uveden výstup z provedené srovnávací analýzy uvedených zařízení, jsou zde vyhodnoceny stanovené hypotézy a cíl práce a připojeny jsou i některé důležité poznatky získané při realizaci výzkumného projektu.

Porovnáváme-li obě zařízení jako celek, lze spatřit několik zásadních rozdílů. Jako první lze uvést velikost. Mateřská škola Revoluční je malé zařízení kapacitně přibližně o dvě třetiny menší než Mateřská škola Sochorova. Od tohoto faktu se odvíjí i menší personální obsazení a menší celkové zázemí školy. V Mateřské škole Revoluční jsou vzdělávány děti s těžšími logopedickými i jinými zdravotními diagnózami, než v Mateřské škole Sochorova. V Mateřské škole Sochorova je pouze jedno integrované dítě s mentálním postižením a dvě děti s těžkým zdravotním postižením. Mateřská škola Revoluční je odloučené pracoviště, které je součástí

Mateřské školy, Základní školy a Praktické školy, Vyškov, sídliště Osvobození 55, přičemž Mateřská škola Sochorova je zcela samostatné zařízení. Poslední zásadní rozdíl je ve způsobu financování provozu. Provoz specializovaného zařízení Mateřské školy Revoluční zajišťuje Odbor školství Krajského úřadu Jihomoravského kraje. Provoz Mateřské školy Sochorova zajišťuje město Vyškov.

Naopak dále z místního šetření jasně vyplývá, že základem logopedické péče v obou zařízeních tvořících výzkumný vzorek, je aktivní využívání všech dostupných metod a postupů rozvíjejících jednotlivé funkce participující na vývoji řeči. Podstata rozvoje komunikačních schopností je tedy v obou mateřských školách stejná.

Ve způsobu aplikace jednotlivých skupinových i individuálních logopedických cvičení nejsou mezi oběma mateřskými školami viditelné zásadní rozdíly. V Mateřské škole Revoluční nejsou sice na rozdíl od Mateřské školy Sochorova prováděna cílená skupinová dechová a hmatová cvičení, ale o to více zde pedagožky děti vedou k samostatné tvořivé činnosti a také mají zájem organizovat více pohybových aktivit s dětmi mimo budovu školy. Způsob a organizaci práce si řídí logopedky samostatně. Po odborné stránce jsou řízeny a kontrolovány logopedkami SPC Vyškov, které jim současně zpracovávají podrobnou logopedickou diagnostiku dětí. Od nich získávají také většinu pomůcek typu obrázků a souborů obrázků, které využívají převážně při individuální nápravě řeči dětí a k přípravě podkladů vhodných pro rodiče k domácím přípravám. SPC Vyškov také zajišťuje pro tato zařízení v rámci profesního vzdělávání 2x ročně odborná setkání logopedických tříd.

Vzhledem k úspěšnosti logopedické terapie obou uvedených mateřských škol, hodnotí-li se pouze děti logopedických tříd, které jsou mentálně zdravé, lze uvést, že hypotéza č. 1 byla jednoznačně verifikována. Úspěšnost logopedické terapie lze odvodit z kazuistik uvedených v odstavcích 7.3.4 a 7.4.3. Na vývoji komunikačních schopností dětí se bezpochyby podílí také rodinné prostředí dítěte a zájem rodičů o nápravu řeči, kterou obě logopedky hodnotí převážně jako laxní.

Také hypotézu č. 2 je možné, vzhledem k získaným výsledkům práce, jasně verifikovat. Výsledky logopedické terapie jsou závislé na závažnosti stanovené logopedické diagnózy a stavu celkové zdravotní, psychické a zvláště mentální kondice dítěte. Názorně lze toto tvrzení demonstrovat na zpracovaných kazuistikách dětí.

Jako nejzávažnější výchozí stav narušené komunikační schopnosti lze označit stav Vojtěcha, Natálie a chlapců A a B. Tyto čtyři děti byly přijaty do péče mateřských škol téměř bez jakýchkoliv známek verbalizace. Ke dni zpracování kazuistik byl Vojtěch v logopedické péči mateřské školy již dva a půl roku a Natálie, stejně jako

chlapci A a B, rok a půl. Komunikační schopnosti Vojtěcha v největší míře ovlivnilo využívání Teacch programu, a to zejména v oblasti orientace v čase a prostoru. I přesto v řeči neudělal za celou dobu posun žádný. Mimo uvedeného u něj ale došlo k určitým pozitivním změnám v oblasti kognitivních vlastností, vztahů s vrstevníky a sebeobsluhy. Natálie, jelikož na její komunikační schopnosti působí kombinace řady závažných zdravotních potíží, výrazný pokrok v řečových schopnostech také neudělala. Je však oproti Vojtěchovi ve stavu, kdy u ní lze individuální logopedickou péči stavět na jasných základech verbalizace. Natálie se v současnosti vyjadřuje slovně, avšak značně nesrozumitelně. Chlapec A, který po nástupu do mateřské školy vůbec nekomunikoval a byl pro komunikaci s ním využíván alternativní způsob pomocí piktogramů, se ve svém řečovém vývoji velmi zlepšil. Začíná postupně komunikovat krátkými jednoduchými větami. Jeho řečový projev je však značně ovlivněn následky dětské mozkové obrny. Chlapec B pokročil v řečových schopnostech z těchto čtyř dětí nejvíce. Z nemluvícího dítěte, které se dorozumívalo pouze posunky, je mluvící chlapec, který však bude potřebovat hodně péče, než bude jeho řeč v normě.

Do druhé skupiny závažnosti narušené komunikační schopnosti lze zařadit Tomáše a Pavla. Oba chlapci byli přijati do mateřské školy s výrazně omezenými komunikačními schopnostmi před rokem až rokem a půl, po přestupu z běžné mateřské školy. Řečové schopnosti těchto dětí se od počátku začaly rozvíjet opožděně a jen částečně, přičemž velkou roli v tom sehrál i jejich psychický stav. Oba chlapci jsou psychicky labilnější povahy. K posunu v jejich řečových schopnostech dochází pozvolna, ale plynule.

Třetí skupinu závažnosti výchozího stavu, z popsaných tu nejlehčí, tvoří dvojice chlapců C a D. Oba chlapci navštěvují logopedickou třídu mateřské školy teprve půl roku a vzhledem k jejich výraznému zlepšení lze již dnes uvést, že z důvodu narušené komunikační schopnosti u nich nebude nutný odklad začátku povinné školní docházky. U těchto chlapců se logopedická terapie zaměřuje, jak je v kazuistikách již uvedeno, především na korekci výslovnosti při plně vytvořené řeči.

V souvislosti se stanovenou hypotézou č. 2 je třeba uvést možnosti rizika vzdělávání a nápravy narušené komunikační schopnosti dětí s pervazivními vývojovými poruchami a výrazně narušeným intelektem jako je např. Vojtěch. Poněvadž je jejich stav zpravidla dlouhodobě stagnující může u pedagogických pracovníků dojít k zautomatizování a stereotypizaci péče o tyto děti. Pro tyto pracovníky je také velkým rizikem vznik tzv. syndromu vyhoření, který může být důsledkem chronické emoční zátěže v kombinaci se stresovými faktory, které jsou běžnou součástí pedagogické

praxe. Zklamání z dosahovaných pracovních výsledků, které nejsou viditelné, po určité době mohou vyústit ve ztrátu motivace a pracovního nadšení. Tento syndrom postihuje především pracovníky tzv. pomáhajících profesí, kteří jsou od počátku pro svoji práci velmi nadšení, jsou svědomití a své pracovní záležitosti velmi emotivně prožívají a pracují s velkým nasazením.

Hypotézu č. 3 není možné zcela jednoznačně verifikovat ani falzifikovat. Tuto hypotézu je nutné rozdělit na dvě samostatné části. První část týkající se věku a část druhou, týkající se logopedické diagnózy. Pokud vycházíme ze skutečnosti, že do logopedických tříd mateřských škol jsou umísťovány děti přibližně stejného věku před nástupem do 1. třídy základní školy, nebylo možné první část hypotézy ve zkoumaném vzorku ověřit.

Druhá část hypotézy je poměrně jednoznačná. Lze ji demonstrovat na srovnání chlapců C a D z Mateřské školy Sochorova. Oba chlapci byli přijati do logopedické třídy mateřské školy ve stejném věku – 5 let, se shodnou diagnózou – dyslalie gravis a také délka jejich pobytu se shoduje. Přibližně podobné obtíže měli i při výslovnosti hlásek. U obou chlapců je k individuální logopedické péči využíváno jako základ logopedické zrcadlo k nácviku oromotoriky při vyvozování chybných hlásek, dále pak shodné stimulační hry, předměty, obrázky a zvukové hračky. Typ využívaných pomůcek byl přizpůsobený jejich věku a charakteru jejich řečové vady. Oba chlapci vykazují v nápravě narušené komunikační schopnosti značné pokroky a jejich prognóza je příznivá. Lze tedy uvést, že tuto část hypotézy lze verifikovat.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že práce logopeda v mateřské škole je náročným a velice důležitým povoláním. Rozsah jeho činností je velice obsáhlý. Jelikož se u dětí zpravidla logopedická vada vyskytuje v kombinaci s jiným onemocněním či poruchou, nebo je jejím následkem, je třeba k nápravě narušené komunikační schopnosti u každého dítěte přistupovat zcela individuálně, ve speciální pedagogice nelze generalizovat.

Cíl tohoto výzkumného projektu byl splněn. Práce pedagogických pracovníků, zvláště logopedů, byla analyzována, využívané pomůcky a metody byly popsány a zhodnoceny.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na činnost pedagogických pracovníků, kteří přispívají k nápravě narušené komunikační schopnosti dětí v předškolním věku. Jelikož bych se v budoucnosti chtěla věnovat předškolní logopedické péči, a to zejména u dětí handicapovaných, praktická část této práce byla směřována do dvou specifických předškolních zařízení, která se věnují dětem vyžadující speciální péči.

Rozvoj komunikačních schopností považuji za stěžejní oblast předškolního vzdělávání, která zásadně ovlivňuje budoucnost dětí, zejména ve smyslu dalšího školního vzdělávání. Komunikační schopnost člověka je podmíněna komplexem schopností, jako je například kvalita zrakového a sluchového vnímání, dobrá motorika nebo kvalita rozumových schopností, které je tedy nutné při logopedické terapii v rámci rozvoje komunikačních schopností podporovat. Z toho plyne, že logopedická péče v sobě zahrnuje velké množství činností, které jsou vzájemně propojené, a žádnou z nich nelze z logopedické terapie vyloučit. Nejen samotné logopedické péči, ale celkovému chodu a vnitřnímu klimatu obou zařízení jsem věnovala svoji pozornost, jelikož jsem přesvědčena, že všechny tyto aspekty se v kvalitě výchovy a vzdělávání dětí odrážejí.

Handicapované děti často prožívají ve škole pocity méněcennosti i ponížení, které se velmi často prohlubují v emocionální trauma. Z tohoto důvodu je třeba s vhodnou a zejména přiměřenou speciálně pedagogickou péčí začít již v raném předškolním věku. Jednou z otázek, na kterou jsem hledala v rámci svého výzkumu odpověď je, zda je vhodnější společné vzdělávání handicapovaných dětí v úzce specializovaných zařízeních, nebo jejich integrace mezi děti zdravé. Na základě provedeného výzkumu přesto nemohu jednoznačně potvrdit vhodnost či nevhodnost ani jedné z variant. Rozhodujícím faktorem, který je třeba brát v úvahu, je podle mého názoru mentální kondice dítěte. Pro děti se zdravotním handicapem, avšak mentálně zdravé, je dozajista vhodnější, s ohledem na psychiku dítěte, integrace do běžné mateřské školy. Zde je však nutné vytvořit další vhodné podmínky, které jsou ale finančně i personálně náročné. U dětí mentálně postižených je třeba posuzovat každý případ individuálně. V potaz je třeba brát nejen všechny zdravotní problémy jako komplex, psychickou a sociální stránku dítěte ale i připravenost daného zařízení a to zejména personální.

Domnívám se, že vhodným řešením by mohla být určitá kombinovaná forma, kdy by v jednom předškolním zařízení byly soustředěny třídy dětí zdravých a třídy dětí se zdravotním handicapem. Děti zdravé by byly vzdělávány běžnou formou a děti handicapované speciálně pedagogickou formou, avšak výchovně vzdělávací program by byl nastaven tak, že by se v určitých oboustranně výhodných momentech vhodně propojoval. Děti by se měli šanci společně setkávat, poznávat se a spolupracovat. Bohužel v současné době je, myslím, hlavním problémem v realizaci takových projektů zejména finanční stránka. Ta zahrnuje hlavně vysoké nároky na personální obsazení, vybavenost takových zařízení a dozajista i na prostory. To by ale mohlo být vhodným tématem pro další výzkum.

Ráda bych zde také uvedla, že mě velmi potěšil citlivý přístup k dětem všech pedagožek, se kterými jsem se v obou navštívených zařízeních setkala. Měla jsem možnost být svědkem situací, ve kterých prokázaly kvalitu svých pedagogických schopností, což na mě působilo velmi emotivně a zároveň mě to i motivovalo. Za tyto zkušenosti jsem vděčná.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BALAŠOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2003. ISBN 80-86723-05-4.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.
- CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie. Teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení. Vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*, 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-475-5.
- DOLEJŠÍ, P. *Jak se naučit správně vyslovovat. Populárně naučná příručka pro rodiče a děti s vadami výslovnosti*. 2. vyd. Humpolec: Pavel Dolejší JAS, 2003. ISBN 80-86480-23-2.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník. Terminologický a výkladový*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. ISBN neuvedeno.
- DVOŘÁK, J. *Slovní patlavost*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. ISBN 80-902536-0-1.
- GANGALE, D. C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0534-6.
- JUCOVIČOVÁ, D. a kol. *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Praha: D+H, 2009. ISBN 978-80-87295-00-7.
- KAPRÁLEK, K., BĚLECKÝ, Z. *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-887-2.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-41-9.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J., KOLBÁBKOVÁ, H. *Diagnostika předškoláka - správný vývoj řeči dítěte*. Brno: MC Nakladatelství, 2002. ISBN neuvedeno.
- LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. *Logopedické repetorium*. 1. vyd. Bratislava: SNP, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LOVE, R. J., WEBB, W. G. *Mozek a řeč*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Univerzita J. A. Komenského 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.
- PIPEKOVÁ, I. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN neuveden.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. 3. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0044-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

- ŠKODOVÁ, E. *Děti a mluvení*. [online]. © Státní zdravotní ústav [cit. 2000-05-09]. Dostupné z:
<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=21>.
- BEZDĚKOVÁ, J. *Vývoj řeči a vstup do školky*. [online]. © Media Park s.r.o. 2012 [cit. 2008-08-30]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/vyvoj-rci-vstup-do-skolky>.
- NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Jak má vypadat individuální vzdělávací plán?* [online]. © 2011-2013 [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/vzdelavani-v-cr/jak-ma-vypadat-individualni-vzdelavaci-plan>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Řízený strukturovaný rozhovor v Mateřské škole Revoluční I

Příloha B – Řízený strukturovaný rozhovor v Mateřské škole SochorovaIV

PŘÍLOHY

Příloha A - Řízený strukturovaný rozhovor v Mateřské škole Revoluční

Řízený strukturovaný rozhovor bude podkladem pro vypracování bakalářské práce na téma: Předškolní logopedická péče o děti se speciálními potřebami. Je zaměřen na systém a styl logopedické intervence v Mateřské škole Revoluční Vyškov.

Tazatel postupuje otázku za otázkou podle dotazníku a respondent odpovídá. Tazatel zaznamenává odpovědi do dotazníku, které následně vyhodnotí. Odpovědi získané z tohoto rozhovoru budou výhradně použity pro účely vypracování bakalářské práce.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Dagmar Suchomelová, studentka oboru Speciální pedagogiky, Univerzity J. A. Komenského

1. Jakým způsobem si vybíráte nové logopedické pomůcky pro práci v MŠ? Co všechno hraje při výběru roli a kde je pořizujete?

Odpověď logopedky MŠ Revoluční: Pomůcky vybírám náhodně u různých prodejců, kteří navštíví školku, nebo v obchodech, na doporučení SPC nebo jiných kolegů. Specializovaný obchod s logopedickými pomůckami neexistuje.

2. Vyrábíte i nějaké logopedické pomůcky sama? Pokud ano, na základě jaké předlohy?

Odpověď logopedky MŠ Revoluční: Pomůcky vyrábím sama pravidelně a to v závislosti na tom, když potřebuji procvičit určitou schopnost a nemám na ni pomůcku. Takže v takovém případě podle svých nápadů nějakou vymyslím, nebo se případně inspiroji na internetu.

3. Jak se o nových pomůckách dovídáte? Posílá vás zaměstnavatel na nějaká školení?

Odpověď logopedky MŠ Revoluční: Nové pomůcky pravidelně představujeme na Setkání logopedických tříd - vyrobené i nově vydané výrobcem. Tato setkání jsou organizována pravidelně 2x ročně SPC Vyškov.

4. Jakým způsobem zaznamenáváte plán logopedické péče u jednotlivých dětí?
Odpověď logopedky MŠ Revoluční: Každému dítěti vedeme Logopedický deník. Je to takový pracovní sešit, který obsahuje plán logopedické terapie sestavený na základě diagnostiky SPC Vyškov, kam jsou aktuálně zaznamenávána jednotlivá logopedická cvičení, která jsou s dětmi prováděna.
5. Jak často provádíte individuální logopedickou péči?
Odpověď logopedky MŠ Revoluční: S dětmi vedenými u logopedek SPC Vyškov každý den.
6. Logopedickou péči v MŠ Revoluční řídíte sama?
Odpověď logopedky MŠ Revoluční: Za způsob, jakým je logopedická terapie prováděna odpovídám já, avšak podílí se na ní všechny pedagožky, každá určitým dílem.
7. Jakou metodu komunikace volíte u dětí, které mají velmi omezené verbální schopnosti, nebo jsou zcela nemluvící?
Odpověď logopedky MŠ Revoluční: Již několik let uplatňujeme metodu strukturovaného učení vycházející z Teacch programu, která se nám velmi osvědčila.
8. Jak se podílí na logopedické terapii rodiče a jaká je vlastně spolupráce s nimi?
Odpověď logopedky MŠ Revoluční: Děti dostávají, zejména na víkend, prostřednictvím Logopedických deníků domácí úkoly. Ty plní pod dohledem rodičů. Ne u každých rodičů se setkáváme s kladným ohlasem na tyto požadované domácí činnosti. Většinou jsou pro ně značnou zátěží.
9. Můžete mi, prosím, stručně popsat, jaké pokroky (a v kterých oblastech nejvíc - hlavně co se týká komunikačních schopností) za dobu, co k Vám dochází Vojtěch, Natálie, Pavel a Tomáš udělali?
Odpověď logopedky MŠ Revoluční:
Vojtěch - vokalizuje některé hlásky, používá asi 3 slova, k rozvoji verbální řeči dále nedochází, naopak některá slova přestal používat, začíná pracovat na základě vizualizace a metodiky strukturovaného učení. Učí se komunikovat pomocí alternativní a augmentativní komunikace.

Natálie - chodí do školky s nepravidelnou docházkou z důvodu jejího zdravotního stavu. Při počátku školní docházky nemluvila, nyní tvoří dvouslovné věty, řeč je dále nesrozumitelná, slovník chudý.

Pavel - nevyslovoval při přijetí většinu hlásek. Většina z nich je již srozumitelných, jen je třeba je zautomatizovat ve slovech a větách, aby je správně užíval v běžné komunikaci. Nyní budeme vyvozovat ČŠŽ, R, Ř.

Tomáš - dokončili jsme L, čeká nás K, G a H, poté R, Ř a upravit D, T a N, sykavky jsou v pořádku.

Příloha B - Řízený strukturovaný rozhovor v Mateřské škole Sochorova

Řízený strukturovaný rozhovor bude podkladem pro vypracování bakalářské práce na téma: Předškolní logopedická péče o děti se speciálními potřebami. Je zaměřen na systém a styl logopedické intervence v Mateřské škole Sochorova Vyškov.

Tazatel postupuje otázkou za otázkou podle dotazníku a respondent odpovídá. Tazatel zaznamenává odpovědi do dotazníku, které následně vyhodnotí. Odpovědi získané z tohoto rozhovoru budou výhradně použity pro účely vypracování bakalářské práce.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Dagmar Suchomelová, studentka oboru Speciální pedagogiky, Univerzity J. A. Komenského

1. Jakým způsobem si vybíráte nové logopedické pomůcky pro práci v MŠ? Co všechno hraje při výběru roli a kde je pořizujete?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: Pomůcky jsou nám doporučovány zejména logopedkami SPC Vyškov. Většinu obrázkových pomůcek máme převzaté od SPC. Některé náhodně nacházím na internetu.

2. Vyrábíte i nějaké logopedické pomůcky sama? Pokud ano, na základě jaké předlohy?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: Většinou vyrábím podklady pro pravidelné domácí přípravy dětí. Zpravidla se jedná o kopie obrázků a souborů obrázků, ke kterým doplňuji tzv. návod k použití.

3. Jak se o nových pomůckách dovídáte? Posílá vás zaměstnavatel na nějaká školení?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: Hlavně od logopedek SPC Vyškov. Ony mě vedou po odborné stránce a s nimi řeším vše, co se logopedie týká. SPC Vyškov organizuje i školení spádových logopedů a to pravidelně 2x ročně.

4. Jakým způsobem zaznamenáváte plán logopedické péče u jednotlivých dětí?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: Každému dítěti vedeme Logopedický sešit. Tam je uložen plán logopedické péče sestaven na základě diagnostiky SPC

Vyškov a zaznamenávám tam i jednotlivá logopedická cvičení, která jsou s dětmi denně prováděna.

5. Jak často provádíte individuální logopedickou péči?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: S dětmi ze třídy Žabiček každý den, vždy po 15 – 20 minutách.

6. Logopedickou péči v MŠ Sochorova řídíte sama?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: Systém logopedické terapie určuji já. Řídím se ale pokyny vycházejícími z logopedické diagnostiky SPC Vyškov. Individuální logopedii s dětmi provádím vždy já, na řízené skupinové logopedické činnosti se podílíme s ostatními učitelkami společně.

7. Jakou metodu komunikace volíte u dětí, které mají velmi omezené verbální schopnosti, nebo jsou zcela nemluvící?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: S těmito dětmi se v naší školce setkáváme minimálně. Jsou-li u nás integrovány, tak vždy na základě IVP a za pomoci asistentky pedagoga nebo osobní asistentky se speciálně pedagogickým vzděláním. Pak využíváme ke komunikaci nějaký vhodný způsob alternativní komunikace.

8. Jak se podílí na logopedické terapii rodiče a jaká je vlastně spolupráce s nimi?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova: Děti dostávají pravidelně domácí úkoly. A jak už to bývá, někteří rodiče se dětem věnují a někteří moc ne. Musím říct, že v letošním školním roce máme převahu těch, kterým se do domácího cvičení s dětmi nechce.

9. Můžete mi, prosím, stručně popsat, jaké pokroky (a v kterých oblastech nejvíc - hlavně co se týká komunikačních schopností) za dobu, co k Vám dochází chlapci A, B, C a D udělali?

Odpověď logopedky MŠ Sochorova:

Chlapec A – při nástupu do mateřské školy nekomunikoval vůbec. Od té doby udělal velký pokrok a dnes už používá jednoduchá slova a i krátké jednoduché věty.

Chlapec B – i ten při nástupu do mateřské školy téměř slovně nekomunikoval. U něj nastal velký zlom, až když si ve školce zvykl. Dnes sice ještě mluví dost špatně, ale poměrně srozumitelně a i jeho aktivní slovní zásoba je den ode dne bohatší.

Chlapci C a D – jsou již téměř v normě. U nich se jedná už jen o korekci některých hlásek, zejména R a Ř. Myslím, že než nastoupí do základní školy, tak nedostatky odstraníme.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Dagmar Suchomelová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství (Bc. SPPGV)

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Předškolní logopedická péče o děti se speciálními potřebami

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 75

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: PhDr. Olga Šifferová