

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

Péče o děti mladšího školního věku s vývojem dysfázií

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Langpaulová
Studijní program: Speciální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Lauková
Oponent práce: Mgr. Jitka Vítová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Kateřina Langpaulová

Studium: P20P0603

Studijní program: B0111A190019 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Název bakalářské práce: **Péče o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií**
Název bakalářské práce Care Of Younger School Age Children with Developmental Dysphasia
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Téma bakalářské práce se zabývá péčí o děti mladšího předškolního věku s vývojovou dysfázií. Práce je rozdělena jak na část teoretickou, tak i praktickou. Samotná teoretická část se věnuje především samotné definici pojmu vývojové dysfázie a také její klasifikaci, etiologii, diagnostikou i léčbou. V této části jsou i popsány, jak ovlivňující symptomy této poruchy mají dopad na osobnost samotného dítěte. Praktická část se skládá z metody kvalitativní a kvantitativní. Cílem této bakalářské práce je shromáždit potřebné informace a poznatky ohledně vývojové dysfázie a jak probíhá její logopedická intervence.

BENDO VÁ, P. Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole. I. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-2473-853-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, Pedagogika. ISBN 978-802-4711-102.

SOVÁK, Miloš. Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.

NEUBAUER, Karel a Lenka, POSPÍŠILOVÁ. Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace. I. vyd. Hradec Králové: Gaudamus, 2017. Recenzované monografie. ISBN 80-7435-665-0.

DOLEŽALOVÁ, Markéta a Michaela CHOTĚBOROVÁ. *Vývojová dysfázie*. Pasparta, 2021. ISBN 978-80-88429-11-1.

Zadávací pracoviště: Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Lauková

Oponent: Mgr. Jitka Vítová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 9.12.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Péče o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií* vypracovala pod vedením vedoucího závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 24. 6. 2023

Anotace

LANGPAULOVÁ, Kateřina. *Péče o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 59 s. Bakalářská práce.

Téma bakalářská práce se zabývá péčí o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií. Práce je rozdělena jak na část teoretickou, tak i praktickou. Samotná teoretická část se věnuje především samotné definici pojmu vývojové dysfázie a také její etiologii, klasifikaci, diagnostikou i léčbou. V této části jsou i popsány symptomy ovlivňující dopad na osobnost samotného dítěte. Praktická část bakalářské práce se zabývá výzkumným šetřením, který napomáhá zvyšovat povědomí o samotné péči dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií, informovat o jejím obsahu a užití v praxi prostřednictvím případových studií, která přináší podrobnější vhled do této problematiky.

Klíčová slova: Mladší školní věk, vývojová dysfázie, specificky narušený vývoj řeči, jazykové roviny, vzdělávání žáků s vývojovou dysfázií.

Annotation

LANGPAULOVÁ, Kateřina. *Care Of Younger School Age Children with Developmental Dysphasia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2023. 59 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor's thesis deals with the care of children of younger school age with developmental dysphasia. The work is divided into both theoretical and practical parts. The theoretical part itself is mainly devoted to the very definition of the concept of developmental dysphasia, as well as its etiology, classification, diagnosis and treatment. The symptoms affecting the impact on the child's personality are also described in this section. The practical part of the bachelor's thesis deals with a research investigation that helps to raise awareness about the care itself of children of younger school age with developmental dysphasia, inform its content and use in practice through case studies, which provides a more detailed insight into this issue.

Keywords: Younger school age, developmental dysphasia, specifically impaired speech development, linguistic planes, education of pupils with developmental dysphasia.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 24. 6. 2023

Podpis studenta:

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Štěpánce Laukové za odborné vedení práce, její vstřícnosti, připomínky a cenné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat personálu dětské léčebny Vesna v Jánských lázních za ochotu být součástí práce. V neposlední řadě chci poděkovat okruhu mých nejbližších za podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod.....	10
1. Vývoj řeči.....	11
1.1 Vymezení základních pojmů.....	11
1.2 Fylogenetický a ontogenetický vývoj.....	13
1.3 Jazykové roviny.....	14
2. Vývojová dysfázie.....	16
2.1 Etiologie.....	17
2.2 Symptomatologie.....	17
2.3 Diagnostika.....	19
2.4 Terapie.....	21
2.5 Vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií.....	22
2.6 Logopedická péče v resortu zdravotnictví.....	25
3. Vývojová specifika dětí mladšího školního věku.....	27
3.1 Tělesný vývoj.....	27
3.2 Motorický vývoj.....	28
3.3 Kognitivní vývoj.....	29
3.4 Vývoj řeči.....	30
3.5 Socializace.....	31
4. Péče o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií.....	33
4.1 Cíle a metodologie výzkumného šetření.....	33
4.2 Metodologie výzkumného šetření.....	33
4.3 Charakteristika místa výzkumného šetření.....	35
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření.....	36
4.5 Případové studie.....	36
4.5.1 Případová studie č.1.....	37
4.5.2 Případová studie č.2.....	41

4.5.3 Případová studie č.3.....	45
4.6 Závěry výzkumného šetření.....	48
Závěr.....	53
Zdroje.....	54
Seznam příloh.....	57

Úvod

Komunikace je základem pro budování vztahů. Umožňuje nám sdílet své emoce, city a potřeby, stejně jako přijímat informace i od ostatních. Verbální komunikace je jednou z charakteristik, které nás odlišují od ostatních společenských živočichů, a řeč je klíčovým prostředkem pro dorozumívání mezi lidmi. Správná komunikace vyžaduje rozvinuté komunikační schopnosti. Někteří lidé se však mohou potýkat s problémy ve vzájemné komunikaci.

Důvody mohou být různé, například nedostatečná znalost jazyka v cizí zemi nebo osobní stud, který brání jedinci v komunikaci. Dalším důvodem může být nedostatečný rozvoj komunikačních dovedností a jejich absence. Je proto důležité diskutovat o těchto problémech, upozorňovat na jejich projevy a hledat možnosti jejich řešení.

V mé bakalářské práci se zaměřuji na péči o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií, což je často se vyskytující a také specifická porucha vývoje řeči. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám vývojem řeči obecně – fylogenetickým a ontogenetickým vývojem řeči a jazykovými rovinami. Dále se zaměřuji na etiologii dysfázie, symptomy, diagnostikou a terapií této poruchy možnostmi vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií a jak probíhá logopedická péče v resortu zdravotnictví. V neposlední řadě se věnuji specifickým vývoje mladších školních dětí, jako je tělesný vývoj, motorický vývoj, kognitivní vývoj, emoční vývoj, vývoj řeči a socializace.

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvalitativního metodologického šetření ve formě případových studií přesněji instrumentálních případových studií, které nám mohou pomoci lépe pochopit celou problematiku a také poukázat na patřičnou individualitu každého žáka právě s touto specifickou poruchou vývoje řeči.

1. Vývoj řeči

1.1 Vymezení základních pojmů

Řeč a Jazyk

„Řeč lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systémem, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka. I když existuje mnoho dalších definic řeči, tato je z hlediska náhledu medicínsko – rehabilitačního patrně nejpřijatelnější.“ (Škodová a Jedlička, 2007, s.93)

Podle Klenkové (2006) má řeč lidskou schopnost, kterou využíváme k vyjádření našich myšlenek, potřeb a emocí. Řeč je komplexní systém symbolů a znaků ve všech jazykových formách, který vědomě používáme. Tato schopnost se však neziskává automaticky od narození, ale vyvíjí se v průběhu verbální komunikace s ostatními mluvícími lidmi. Řeč je úzce spojená s myšlením a kognitivními procesy, které se odehrávají v mozku a jeho hemisférách. Vnitřní řeč se týká chápání, vyjadřování a uchování myšlenek, zatímco vnější řeč se týká konkrétních mluvnících orgánů

K rozvoji řeči přispívají jak vnitřní, tak vnější faktory. Vnitřní faktory zahrnují fyzickou a psychickou vyspělost jedince. To zahrnuje například přítomnost sluchových a zrakových poruch, správný vývoj řečových orgánů a normální funkce řečových motorických oblastí v mozku, stejně jako další kognitivní funkce. Co se týče vnějších faktorů, je důležité, aby dítě mělo dostatečné stimuly pro rozvoj jazyka. Je také důležité, jak mluvíme s dítětem, a dbát na to, abychom mu nenaučili špatné mluvnické návyky, které by mohlo opakovat (Bendová 2011).

„Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumivacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky“ (Klenková, 2006, s.27)

Lidský jazyk umožňuje opakovanou komunikaci mezi lidmi a je založen na systému, ve kterém se jednotlivé znaky mohou od sebe lišit a také kombinovat. Jazyk má dvě hlavní funkce: pojmenovávací, která slouží k označení věcí a jevů, a komunikativní, která umožňuje vzájemnou komunikaci mezi lidmi (Čermák, 1994).

Komunikace

Tubbs (1991) definuje lidskou komunikaci velice stručně jakožto proces, který vytváří význam mezi dvěma či více lidmi.

Podle Klenkové (2006) je komunikace lidskou schopností, která využívá prostředky vyjádření s cílem vytvářet a udržovat mezilidské vztahy. Je také silným faktorem, který ovlivňuje náš osobnostní rozvoj. Komunikace se skládá z základních prvků, které vzájemně ovlivňují jeden druhého.

- komunikátor – zdroj informace
- komunikant – příjemce informace
- komuniké – obsah sdělení
- komunikační kanál – způsob komunikace

Klenková (2006) dále zdůrazňuje důležitost komunikace pro společnost a tvrdí, že řeč řídí veškeré dění ve společnosti. Bez komunikace by společnost nemohla existovat ani se dále rozvíjet.

Dle Vybírala (2005) má komunikace pět hlavních funkcí:

- Informovat: Tato funkce slouží k předávání informací a zpráv.
- Instruovat: Komunikace může sloužit jako nástroj pro instruování, například poskytnutí pokynů, vedení nebo zasvěcení do něčeho.
- Přesvědčit: Persuasivní funkce komunikace se zaměřuje na získání někoho na svou stranu, ovlivnění jeho názorů nebo přesvědčení.
- Vyjednat, domluvit se: Tato funkce se týká vyjednávání a dosahování dohod mezi jednotlivci nebo skupinami.
- Pobavit: Komunikace může mít také zábavnou funkci, která slouží k přinášení radosti, relaxaci nebo vyvolání pozitivních emocí.

Verbální nebo slovní projev hraje v komunikaci hlavní roli, protože pomocí mluveného nebo psaného jazyka sdělujeme své myšlenky a pocity. Existují však i další komunikační prostředky, které nahrazují slova. Patří sem například pohyby těla, gesta, postoj těla nebo oční kontakt, což se nazývá neverbální komunikace. Těmito prostředky se můžeme vyjádřit i bez použití slov (Klenková, 2006).

Narušená komunikační schopnost

„Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru“ (Lechta, 2003, s. 17).

Klenková (2006) tvrdí, že narušená komunikační schopnost je jedním z klíčových pojmů v současné logopedii. Definice tohoto pojmu je však obtížná, protože samotná koncepce normálnosti není jednoduchá. Pro posouzení přítomnosti poruchy komunikačních dovedností je nutné zohlednit jazykové prostředí, vzdělání a odbornost dotyčné osoby. Je třeba zohlednit všechny aspekty jazykového projevu jednotlivce. Narušenou komunikační schopnost lze klasifikovat podle různých faktorů, například:

- Trvalost: trvalá nebo přechodná porucha
- Původ: vrozená nebo získaná porucha
- Rozsah: totální nebo parciální porucha
- Příčina: organická nebo funkční porucha

Porucha komunikačních schopností může být součástí dominantního postižení nebo může být hlavním projevem, což se nazývá symptomatická porucha řeči (Lechta, 2003).

1.2 Fylogenetický a ontogenetický vývoj

Fylogenetický vývoj řeči

Podle Škodové a Jedličky (2007) existuje několik klíčových mezníků ve fylogenetickém vývoji, které vedly ke vzniku potřeby rozvoje řeči a komunikace. První významný mezník se předpokládá v období třetihor, kdy se naši předkové – lidoopi začali pohybovat po zemi. Tento přechodník přinesl s sebou změny ve stavbě těla, jako je vzpřímená chůze, zlepšení motoriky předních končetin a změny v obličejové části lebky. Přibližně před 2 miliony let se odehrála druhá zásadní změna, kdy naši předci začali žít ve skupinách a jejich přežití již nezáviselo pouze na individuálním úsilí. To vyvolalo potřebu komunikace. Před 800 tisíci lety ukazují kosterní nálezy na určitou míru schopnosti artikulace, což naznačuje potřebu interpersonálního sdělování.

Dle Bytešnickové (2007) se vývoj řeči dělí na tři fáze: projevovou, vybavovací a komunikativní. První fáze, projevová složka, se vyznačuje tím, že člověk poukazuje na svůj stav a potřeby. V této fázi je řeč primárně zaměřena na vyjádření vlastních pocitů a potřeb. Druhá fáze, vybavovací složka, umožňuje člověku ovlivňovat různé tvory pomocí řeči. V této fázi je řeč spojena s funkcí vymáhání, příkazování a vyjednávání. Třetí fáze, komunikativně-

dorozumívací složka, umožňuje člověku sdělovat své myšlenky a porozumět myšlenkám druhých. V této fázi je řeč zaměřena na vzájemnou komunikaci a dorozumívání se s ostatními lidmi.

Ontogenetický vývoj řeči

Dojde-li k prvnímu řečovému projevu po narození dítěte, začíná nejdříve období novorozeneckého křiku, které trvá až do fáze, kdy se zvuky stávají melodičtějšími. Novorozenecký křik je vyvolán nepohodlím v důsledku změny teploty nebo pocitu hladu. Broukání se objevuje přibližně v 8. až 10. týdnu a postupně přechází v období žvatlání. V této fázi se začínají vytvářet zvuky pomocí rty a jazykem, které se tvoří mezi jazykem a patrem. Zvukové projevy dítěte jsou v této době melodičtější. Období porozumění přichází mezi 8. a 9. měsícem, kdy dítě dokáže rozlišovat sdělení podle přízvuku, melodie a zabarvení hlasu mluvícího. V období napodobování kolem 9. měsíce se dítě snaží napodobovat zvuky mluvícího. Kolem 12. měsíce začíná napodobovat zvuky s obsahovým významem. Až kolem 2 let začíná dítě skládat slova do vět a tím začíná spontánní produkce řeči. Ukončení vývoje je stále předmětem diskuse, ale pokud se zaměřujeme na správnou výslovnost, hranice věku je mezi 5. a 6. rokem dítěte (Škodová a Jedlička, 2007).

Dále Škodová a Jedlička (2007) zmiňují nezbytné podmínky pro správný vývoj řeči:

- nepoškozená centrální nervová soustava
- normální intelekt
- vrozená míra nadání pro jazyk
- adekvátní sociální prostředí

1.3 Jazykové roviny

Poznatky o vývoji jazykových rovin se využívají při charakteristice řečového vývoje. Jejich vývoj probíhá v jednotlivých úsecích současně, a tak se jednotlivé roviny mohou prolínat (Klenková, 2007).

Morfologicko – syntaktická rovina

Tato rovina řeči se zaměřuje na gramatickou stránku jazyka a můžeme ji studovat již kolem prvního roku dítěte. Během tohoto období se dítě začíná vyvíjet ve svém vlastním řečovém rozvoji a začíná používat jednoslovné věty. Jednoslovné věty se postupně stávají dvouslovnými kolem věku 1,5 - 2 let. Od 2,5 let začíná dítě používat i víceslovné věty. Vývoj

morfologické stránky jazyka začíná s používáním různých onomatopoických citoslovcí (např. bú, haf), ke kterým se postupně přidávají dětská slova (např. pápá, hájí). Poté následují podstatná jména a slovesa. Okolo 3. roku začíná dítě používat přídavná jména a následně zájmena. Číslovky, spojky a předložky se používají až na závěr. Mezi 2. a 3. rokem začíná dítě skloňovat a po dosažení 3. roku používá jak jednotné, tak množné číslo. Ve věku 4 let by dítě mělo správně používat všechny slovní druhy (Bytešníková, 2012).

Lexikálně – sémantická rovina

Tato rovina se zaměřuje na rozvoj slovní zásoby – aktivní i pasivní. Pasivní slovní zásobu můžeme zpozorovat od 10. měsíce dítěte, kdy rozumí tomu, co mu okolí sděluje (Průcha, 2011).

První slova se objevují přibližně kolem prvního roku věku dítěte. Na začátku komunikuje dítě pomocí gest a postupně zlepšuje svou slovní zásobu. V tomto období jsou důležité koncepty hypergeneralizace a hyperdiferenciace. Hypergeneralizace se vyskytuje, když děti obecně chápou první slova. Například označují všechna tvorstva s ocasy, vousy a čtyřmi nohama jako "kočku" a nedokáží rozlišit mezi kočkou a psem. Hyperdiferenciace naopak nastává, když děti příliš rozlišují. Například pro dítě je jeho "máma" jediná a není schopné rozlišovat jiné maminky. V této fázi se objevují první a druhé věkové otázky jako "Co je to?", "Kdy?" a "Proč?". Je důležité se také zaměřit na pasivní slovník, což jsou slova, která dítě rozumí a dokáže je rozlišit (Průcha, 2011).

Foneticko – fonologická rovina

Tuto rovinu můžeme také nazvat zvukovou stránkou řeči. Je možné ji zkoumat již od 7. týdne po narození dítěte. Během období napodobivého žvatlaní dochází k aktivaci sluchové a zrakové kontroly a začínají se tvořit první zvuky. Dítě nejprve začíná tvořit samohlásky, a poté jednotlivé hlásky (Lechta, 1990).

Vývoj výslovnosti může trvat až do věku 5-7 let dítěte. Existuje různé názory na to, kdy by měla být výslovnost bezproblémová, a odborníci se v tomto ohledu neshodují. Současný trend je mít vývoj výslovnosti dokončený do 5 let. V případě nesprávné výslovnosti je důležité včas vyhledat logopeda (Klenková, 2006).

Pragmatická rovina

Tato rovina se zabývá sociálními a psychologickými aspekty komunikace. Dítě se snaží pochopit mateřský jazyk a osvojovat si komunikační vzorce. Ve třech letech začíná navazovat

rozhovory s lidmi. Ve čtyřech letech začíná více komunikovat a také zjišťuje, že je schopno regulace dění ve svém okolí (Klenková, 2006).

2. Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie, známá také jako specificky narušený vývoj řeči, je základní poruchou komunikace. Dříve byla často označována jako sluchoněmota, afemie nebo podobné termíny (Klenková, 2006). Mikulajová a Rafajdusová (1993) zdůrazňují, že výraz "vývojová dysfázie" nemá jednotnou definici, kterou by sdíleli všichni autoři.

Vývojová dysfázie je specifická porucha řeči spojená s neurovývojem, který ovlivňuje schopnost učit se, vyjadřovat se a porozumět mluvenému a psanému jazyku u jedinců všech věkových skupin. Tento problém není způsoben mentálním postižením, sluchovým postižením, autismem nebo jakýmkoli jiným diagnostikovatelným stavem, který je známý pro omezení jazykových funkcí (Mountford et al., 2022 ; Onnis et al., 2018). Je charakterizována sníženou schopností nebo úplnou neschopností verbálně komunikovat, i když dítě žije v prostředí s dostatečnou sociální stimulací, zdravými emočními vazbami a normální neverbální inteligencí, aniž by mělo poškození zraku nebo sluchu (Developmental dysphasia familial, 2023)

Stejně tak je důležité podotknout (Průvodcem světem logopedie, 2023), že v případě vývojové dysfázie dochází k poruše samotného centrálního zpracování řečového signálu. To znamená, že dítě má schopnost vidět a slyšet bez jakýchkoli problémů se zrakem nebo sluchem, avšak jeho mozek a nervová soustava nesprávně zpracovávají sluchové a zrakové signály, které dítě získává z okolí. Další studie od Müllera (2001) upozorňuje na časté zaměňování termínu "narušený vývoj řeči" s vývojovou dysfázií. U dětí s dysfázií se řeč nevyvíjí normálně, i když jsou jim poskytovány dostatečné stimulační podmínky pro správný vývoj, zatímco u dětí s opožděným vývojem řeči nikoli.

Pospíšilová (2019) zmiňuje, že v různých zemích dochází k nedostatečné shodě v terminologii a diagnostických kritériích, což také ovlivňuje přístup k službám a brání výzkumu a praxi. Proto vznikl projekt v anglicky mluvících zemích, který si klade za cíl sjednotit terminologii a diagnostická kritéria. Skupina 57 odborníků z různých oborů vytvořila on-line mezinárodní fórum, kde diskutovali pomocí Delfské metody. Výsledkem tohoto projektu jsou dvě významná prohlášení multinacionálního a multidisciplinárního konsorcia nazvané Catalise 2016 a Fáze 2, Catalise 2017. Je důležité, aby se s těmito konsenzuálními studiemi seznámil jak vědecký, tak praktický svět i v neanglicky mluvících zemích (Bishop et al., 2016; Bishop et al., 2017).

2.1 Etiologie

Příčina vzniku vývojové dysfázie nelze tak snadno určit, jelikož názory odborníků a jejich poznatky se mění v důsledku vývoje poznání. Určování příčin je velmi těžké. Např. Rodiče dětí s vývojovou dysfázií mnohdy nemají dostatečné množství informací o možných genetických souvislostech s poruchou či neuvědomování si okolností ohledně raného vývoje svého dítěte. Poté vzniká mnoho nejednotných teorií (Mikulajová, 2003).

Dle Klenkové (2006) genetické, získané a vrozené faktory a také jejich kombinace lze označit jako faktory podle kterých se dá etiologie snadno rozdělit. Většinový názor tvrdí, který uvádí Friel-Patti (1993, In: Mikulajová, 2003), že etiologie je multidimenzionální, kdy dochází k působení několika činitelů zároveň. Například matky, které pochází ze sociálně znevýhodněného prostředí, které má dopad, popřípadě na jejich rizikové těhotenství (užívání omamných látek či alkoholu během těhotenství). Dále se matky dítěti dostatečně nevěnují, nekomunikují s ním, což dále ovlivňuje jeho řečový vývoj.

Porucha v oblasti centrálního nervového systému je často zmiňována jako hlavní příčina vývojové dysfázie. V této oblasti se často vyskytuje nerovnoměrné dozrávání nervových drah, které může být buď zjevně nezralé nebo mít pouze mírný neurologický nále. Mezi další časté příčiny se také řadí rizikové těhotenství, které může narušit vývoj řeči v důsledku nízké porodní váhy či přidušením dítěte (Kutálková, 2011).

Vliv dědičnosti zde může hrát velkou roli. Hovoříme-li o poškození mozku již v intrauterinních vývoji o predilekci u chlapců. Uvádí se, že vývojové poruchu řeči či opožděný vývoj řeči se vyskytuje spíše v mužském zastoupení rodiny v poměru 4:1 (Škodová a Jedlička, 2007).

2.2 Symptomatologie

Vývojová dysfázie se projevuje velkým množstvím příznaků v řečových, ale i neřečových oblastech. Dalším výrazným symptomem je nerovnoměrný osobnostní vývoj. Dalším znakem je narušení verbálního projevu, kdy úroveň projevu je o mnoho nižší a neodpovídá intelektu ani neverbálními schopnostem (Klenková, 2006).

Zásadním příznakem u vývojové dysfázie je opožděný vývoj řeči, což bývá hlavním důvodem pro vyhledání klinického logopeda. Řečové potíže se objevují ve dvou strukturách, a to v povrchové tak i hloubkové. V hloubkové struktuře řeči nastává zásah do sémantické a syntaktické roviny či se objevují i odchylky v gramatické rovině. Charakteristické je například

vynechávání některých slov, přeházený slovosled či používání nesprávných koncovek při ohýbání slov. V povrchové struktuře řeči jde o poruchy fonologického systému, kdy má dítě problém s rozlišováním znělosti jednotlivých hlásek. Dochází zde k častým záměnám hlásek či jejich oslabení nebo i k celému zániku. Řečový projev je tedy nesrozumitelný (Škodová a Jedlička, 2007).

Příznaky jednotlivých typů vývojové dysfázie dle Bendové (2011) rozlišíme takto:

- **Motorická vývojová dysfázie** je poruchou expresivní řeči. Charakterizuje se výrazně nižší aktivní slovní zásobou, obtížemi s expresivním vyjadřováním, objevují se zde problémy s fixací, ale také i s automatizací slov. Výrazným znakem u tohoto typu je užívání neverbální komunikace před verbální komunikací, jelikož si dítě uvědomuje své nedostatky raději verbálně nekomunikuje.
- **Senzorická vývojová dysfázie** se vyznačuje poruchou receptivní řeči. Charakteristická je nesrozumitelná řeč, i přesto že je slovní zásoba bohatá. Dalšími znaky jsou obtíže s fonematickou diferenciací, těkavá pozornost na jiné podněty či echolálie.
- **Smíšená vývojová dysfázie** je kombinací jak motorické, tak i senzorické vývojové dysfázie (Bendová, 2011)

Mezi nejčastější příznaky také patří **poruchy motoriky**. Koordinační schopnosti dítěte jsou snižené a objevuje se poškození jak jemné, tak i hrubé motoriky. Děti mají například problém se skokem snožmo, s výskoky, neudělají kotoul, dělá jim problém stoj na jedné noze či jízda na kole (Mikulajová a Rafajdusová, 1993).

Narušení sluchového vnímání je také jedním z příznaků. Dítě má potíže se sluchovou diferenciací jednotlivých prvků řeči. Objevuje se i porucha zapamatování, vnímání či napodobování rytmu a melodie (Škodová a Jedlička, 2007).

Dysfatické děti mají také **poruchu krátkodobé paměti**. Bezprostřední uchování slov v paměti je velmi omezené. Má problém s úkoly jako je například opakováním slov po dospělém. Většinou nedokáže zopakovat víc jak tři prvky. Verbální projev je také omezen, kdy dítě nedokáže zopakovat celou větu bez toho, aby vynechal nějaká slova (Mikulajová a Rafajdusová, 1993).

Jedním z pomocných vodítek pro určení diagnózy je kresba dítěte. Dítě často využívá formu neverbální komunikace, jak již bylo zmíněno výše v textu. V kresbě se totiž mohou projevit výrazné potíže, které mohou značit **narušení zrakového vnímání**, které je jedno z několika příznaků dysfázie (Škodová a Jedlička, 2007).

Mikulajová a Rafajdusová (1993) poukazují na jisté srovnání dysfatických dětí s dětmi s mentálním postižením. Avšak nemají dostatečně rozvinutou verbální schopnost jsou děti s dysfázií mnohem aktivnější i bystřejší z důvodu intelektu, který se posuzuje především na základě dosažení kognitivních struktur typické pro jejich věk, který tyto děti mají v normě na rozdíl od dětí s mentálním postižením.

2.3 Diagnostika

Podle Klenkové (2006) je diagnostika vývojové dysfázie složitým a časově náročným procesem. Pro správnou diagnostiku by měl být zapojen tým odborníků, včetně logopeda, speciálního pedagoga, neurologa a foniatra. Společně týmově pracují na vytvoření individuálního terapeutického plánu pro každého pacienta.

Dle Vackové (2019) v klinické praxi často zjišťujeme, že současný diagnostický manuál (který je pro zdravotníky závazný) je zastaralý a nedokáže odrážet nejnovější vědecké poznatky. Nacházíme se tak v nepříjemném meziobdobí, kdy manuál MKN-10 již není zcela platný, ale MKN-11 ještě nebyl zaveden. Při diagnostice vývojové dysfázie se řídíme podle MKN-10, která rozlišuje mezi expresivní a receptivní poruchou řeči a zařazuje je mezi psychické poruchy vývoje. Důležitým kritériem je, aby tato porucha vznikla již v raném dětství a ovlivňovala vývoj funkcí souvisejících s biologickým zráním centrálního nervového systému. Průběh této poruchy je trvalý a nevykazuje žádné období zlepšení nebo zhoršení. Běžně se objevuje postižení prostorové orientace a motorické koordinace. S věkem se však často mírní. Drobné obtíže v řeči často přetrvávají až do dospělosti. U expresivní poruchy řeči je dítě schopno používat mluvenou řeč na úrovni nižší, než je jeho mentální věk, zatímco schopnost porozumění je normální. Receptivní porucha řeči se projevuje poruchou porozumění řeči na úrovni mentálního věku dítěte a téměř vždy je silně ovlivněna i expresivní řeč

Vacková (2019) dále zmiňuje, že často také se setkáváme se smíšenými formami vývojové dysfázie, kdy je receptivní složka řeči porušena v mírné až těžké míře. Je možné, že mírné poruchy receptivní složky řeči uniknou větší pozornosti rodičů nebo jiných dospělých, s nimiž dítě přichází do styku. Expresivní a receptivní poruchy řeči se mohou také vyskytovat

společně s jinými diagnózami, což nazýváme kombinovanou poruchou komunikační schopnosti. V takovém případě je důležité uvést obě diagnózy, přičemž jako první se zmiňuje ta, která má výraznější klinický obraz (Richterová, 2018)

Kombinace vývojové dysfázie s poruchou plynulosti řeči, dysartrií, dyspraxií, elektivním mutismem, ADHD atd. je možná. Při použití diagnostického manuálu je však vyloučena kombinace této diagnózy s prostým opožděným vývojem, mentálním postižením a poruchami autistického spektra (Vacková, 2019).

V diagnostice vývojové dysfázie sehrává důležitou roli diferenciální diagnostika, která pomáhá rozlišit vývojovou dysfázii od jiných stavů. Například odlišuje prosté opoždění vývoje řeči, kde je zpoždění pouze ve vývoji řeči, ale jiné oblasti osobnosti se vyvíjejí normálně. Také odlišuje dyslálii, kde je řeč nesrozumitelná s vadnou výslovností většiny hlásek, ale správně se tvoří řečové segmenty, což je rozdíl oproti vývojové dysfázii. Další rozlišení zahrnují sluchové vady, kde je ovlivněn vývoj řeči, ale ostatní složky osobnosti nejsou postiženy; mentální retardaci, která zahrnuje rovnoměrné postižení ve všech oblastech; mutismus, kde není porušen vývoj řeči, ale dítě nekomunikuje z psychologických důvodů; autismus, který je spojen s autistickými rysy, jako jsou problémy s empatií, komunikací a představitelostí; a syndrom Landau-Kleffner, který způsobuje ztrátu komunikačních schopností v důsledku epileptické aktivity (Klenková, 2006)

Základním vyšetřením sluchu a řeči (exprese, percepce), ale i vyšetřením dalších složek osobnosti ve spolupráci s nelékařskými obory, se zabývá **foniatriká diagnostika**. Tuto diagnostiku koordinuje pouze foniatr, který má patřičnou odbornou specializaci (Škodová a Jedlička, 2007). Neurolog dále zajišťuje **neurologické vyšetření**. Můžeme objevit patřičné odchylky na EEG, ale samotný nález bývá mnohdy zcela negativní. (Klenková, 2006) „*Obecně lze říci, že tíže postižení řeči rozhodně nemusí být v souladu s neurologickým postižením*“ (Škodová a Jedlička, 2007, s. 113)

Dle Škodové a Jedličky (2007) **logopedickou a speciálněpedagogickou diagnostiku** provádí klinický logoped a má za cíl dotvářet ucelený obraz o vývojové dysfázii a také zjišťovat míru opožděného vývoje. Zaměřuje se na typické deficity v oblasti laterality či motorických funkcí, kde logoped vyšetří motoriku mluvidel i motoriku celkovou. Při těchto vyšetřeních by neměli být testy, které vyžadují intelektuální nároky, jelikož klinický obraz vývojové dysfázie není porucha intelektu (Klenková, 2006). Dále se zaměřuje na čtení, psaní počítání, které je již opožděno. Dalším deficitem je orientace v prostoru i čase, kde mají děti

problém s pravo-levou orientací, narušením prostorových vztahů a chápáním a vnímání časových vztahů. Zaměřuje se také na sluchové vnímání, kde se užívá zkouška sluchové diference, a paměť, aktivitu a koncentraci pozornosti, kde jsou využity různé speciálněpedagogické diagnostické testy (Škodová a Jedlička, 2007).

Psychologická diagnostika se zaměřuje na kresbu a zkoušku obkreslování, jelikož pro dysfatické děti je tato činnost velmi obtížná a bývá jasným znakem pro tento specifickým narušeným vývojem řeči (Klenková, 2007). Kresby bývají často obsahově velmi chudé, při obkreslování pozorujeme nepřesné kreslení do kulata, rozdvojené čáry či deformace různých tvarů (Mikulajová a Rafajdusová, 1993).

2.4 Terapie

Dle Škodové a Jedličky (2007), abychom mohli terapii vývojové dysfázie nazvat úspěšnou je nutná jistá týmová spolupráce, na které se podílí lékař – neurolog, foniatr, pediatr, klinický logoped a také klinický psycholog. Dále pedagog – učitelé speciálních, mateřských, základních škol a pracovníci speciálněpedagogických center jsou důležitou součástí týmu.

Je však v rámci možnosti zvolit správnou strategii, jak bude léčba probíhat což má v rukou terapeut. Někomu prospívá skupinová terapie, jiný potřebuje individuální terapii. Obě možnosti mají své výhody i nevýhody. Proto terapeut nesmí zapomenout na osobnost vašeho dítěte a jeho individualitu. Chybné rozhodnutí může mít vážný dopad na terapii (Lechta 2005).

Důležitou součástí je spolupráce mezi rodinou a odborníky, spolu s rodinnou péčí. Podle Bočkové (2011) se rodiče často obávají, že nevědí, co se děje se svými dětmi. Proto je důležité, aby se setkávali se samotnými logopedy, naslouchali jim a dostali rady, jak pracovat se svými dětmi. Rodiče musí mít dostatek prostoru k zpracování informací. Cíle, které by měly být zahrnuty do intervence rodičů, zahrnují rozvíjení pozorovacích schopností, omezení direktivních tendencí při výuce, přizpůsobení komunikace a řeči potřebám dítěte, učení se vytvářet aktivní komunikační situace, eliminaci negativního chování a zvládnutí konkrétních technik.

Klenková (2006) zdůrazňuje důležitost komplexní diagnostiky, která je dlouhodobým procesem a předpokladem pro správné sestavení terapeutického plánu. Tento plán by měl zohlednit rozsah deficitů v celkovém osobnostním vývoji a hloubku postižení komunikačních dovedností. Rozsah poškození mozkových funkcí a míra nevyzrálosti také hrají roli.

Dříve se terapie zaměřovala hlavně na formální stránku řeči, zejména na výslovnost. Nicméně, když terapie pouze reedukuje řeč, děti mohou zažívat další obtíže, jako je vznik koktavosti. Na rozdíl od jiných poruch řeči je u vývojové dysfázie důraz kladen na celkovou osobnost dítěte a rozvoj komunikačních dovedností bez zdůrazňování pouze složky řeči. Celková terapie proto musí zahrnovat rozvoj zrakového vnímání, sluchového vnímání, paměti, pozornosti, motoriky, myšlení, grafomotoriky, orientačních schopností a také řeči. Vzhledem k individuálnímu vývoji schopností u dětí s vývojovou dysfázií je nezbytné kombinovat různé reedukační přístupy, aby dítě mělo možnost využít všech svých schopností. Terapie by měla probíhat v přirozeném herním kontextu a běžných aktivitách, přičemž důraz je kladen na aktivní a smysluplnou komunikaci dítěte. V raném věku jsou zavedeny účinné komunikační strategie, které usnadňují učení se řeči dítěti. V předškolním věku je možné pracovat více direktivně a systematicky. Obsah terapie musí být zaměřen na všechny oblasti, ve kterých se mohou objevit nedostatky. Ve školním věku je terapie zaměřena na specifické vývojové poruchy učení (Škodová, Jedlička, 2007).

Terapie vývojové dysfázie by měla probíhat v přirozeném prostředí běžných aktivit, zejména prostřednictvím her. Důležité je, aby komunikace s dítětem byla smysluplná a aby se dítě aktivně zapojovalo. Zejména ve školním věku je vhodné zaměřit terapii na specifické poruchy učení (Klinická logopedie, 2023). Podle Bočkové (2011) není možné stanovit jednotný reedukační postup, protože vývojová dysfázie se projevuje různými symptomy

2.5 Vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií

Vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií

Při vstupu do mateřské školy se odhalují vady řeči, a pokud dítě trpí komunikačním postižením, je vhodné, aby ve třídě byl menší počet žáků. Vyhláška 27/2016 Sb. určuje maximální počet 5 žáků se specifickými vzdělávacími potřebami v běžné základní škole, a každý z nich snižuje počet žáků ve třídě o dva. Je důležité věnovat těmto dětem dostatečnou pozornost a umožnit jim sdělit své potřeby (Bendová, 2014).

Při vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií je důležitá komunikace pedagoga a žáka. Trpělivost je klíčová, a využití alternativní a augmentativní komunikace se může stát výhodnou pomůckou. Dítě by mělo mít možnost se prezentovat i jinými způsoby než jen slovně (Bendová, 2011).

Dle Klenkové (2014) děti s vývojovou dysfázií mají obecně dvě hlavní možnosti pro své vzdělávání. První možností je navštěvovat běžnou školu, a to jak mateřskou, tak základní.

V souladu s vyhláškou z roku 2016 mají právo na osobního nebo pedagogického asistenta v závislosti na závažnosti jejich postižení (Vyhláška 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných). Druhou možností je umístit dítě do speciální školy. V předškolním věku se jedná především o speciální logopedické školy nebo školy s alespoň jednou logopedickou třídou. V povinné školní docházce má dítě možnost pokračovat na základní škole s logopedickým zaměřením, která často sdílí budovy s mateřskou školou. Je zde také možnost vzdělávat děti s vývojovou dysfázií i ve školách pro sluchově postižené, ačkoli nemá sluchovou vadu (Müller, 2001). Přestože vývojová dysfázie ovlivňuje celkovou osobnost dítěte, není vždy nutné zařazovat tyto děti do specializovaných institucí (Klenková et al., 2014).

Žáci s různými poruchami komunikačních schopností, včetně vývojové dysfázie, jsou zařazováni do kategorie zdravotně postižených. Je proto zřejmé, že jejich vzdělávání je komplikované a většina z nich potřebuje podporu. Aby se dysfatic mohl co nejlépe rozvíjet s ohledem na své možnosti, obvykle potřebuje speciální podmínky ve vzdělávání. Většina z nich využívá logopedickou podporu (převážně individuální) i během povinné školní docházky. Na základní škole by mělo být samozřejmostí, že se přihlíží k poruše žáka při jeho zařazování. Dále je vhodné snížit počet žáků ve třídě a vytvořit optimální sociální prostředí. Pro úspěšné vzdělávání je klíčová spolupráce mezi rodiči, pedagogy, odbornými lékaři a speciálně pedagogickým centrem (Pipeková, 2006).

V rámci vzdělávacího procesu je klíčovou postavou učitel, a proto je důležité zajistit, aby ve školách působili pouze kvalifikovaní pedagogové s patřičným vzděláním. V současné době se kladl velký důraz na respektování individuálních potřeb každého žáka. Každý žák je vnímán jako unikátní a originální osobnost, a proto se snaží minimalizovat rozdíly mezi žáky s různými vývojovými vzdělávacími potřebami (Kaleja, 2014).

Inkluze

Nově přijatá vyhláška (č. 27/2016 Sb.) podporuje opatření pro žáky se zdravotním, tělesným postižením, stejně jako pro jinak znevýhodněné děti a nadané děti. Nezahrnuje pouze přijímání žáků do škol, ale také poradenské služby. Upravuje podmínky přijetí dítěte, používání podpůrných pomůcek, hodnocení žáků, práci s individuálním vzdělávacím plánem a přítomnost asistenta pedagoga. Dále také upravuje technické a stavební zázemí. Výsledky a případné obtíže spojené se zavedením tohoto zákona si budou muset lidé počkat, protože

praxe ukáže jejich účinnost a problematické oblasti (Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných).

Inkluze označována také jako vyvrcholení integrace, které zahrnuje začlenění jedinců se zdravotním nebo tělesným postižením do běžné společnosti. Koncept inkluze zastává myšlenku, že rozmanitost je normální (Lechta, 2016).

Existují tři přístupy k inkluzi ve světě: První přístup staví inkluzi a integraci na stejnou úroveň a považuje je za synonyma. Druhá skupina vnímá inkluzi jako vylepšenou formu integrace. Odborníci ve třetí skupině se shodují, že inkluze přináší zcela nový pohled na přístup k jedincům s postižením. Zaměřuje se na poskytování kvalitní péče dětem a plně akceptuje jejich speciální potřeby (Lechta, 2010).

Dle Lechty (2016) jsou jisté rozdíly mezi integrací a inkluzí. Pokud je oddělíme, zjistíme, že se v některých ohledech liší a nejsou vzájemně propojeny. Integrace se zabývá dětmi s konkrétními poruchami, zatímco inkluze by měla zahrnovat i nadané děti a neměla by brát v úvahu intelektuální, sociální ani emocionální podmínky. Dalším rozdílem je, že integrace se zaměřuje na to, aby se žák přizpůsobil škole, zatímco u inkluze by mělo být škola přizpůsobena žákovi. Odborníci se však shodují, že cílem integrace je dosáhnout inkluze a bez integrace by inkluze nebyla možná (Lechta, 2016).

Inkluze vyvolává mnoho otázek a obav, které se s ní pojí. Pedagogové se obávají nedostatečného připravení a vzdělání. Rodiče se zase obávají, že pedagog nebude dostatečně obeznámen s potřebami jejich dítěte. Taktéž mají obavy z možného šikanování ze strany zdravých spolužáků. U zdravých žáků začíná vnímání rozdílů a odlišností kolem 3. roku věku, a postupně se může vyvinout odpor vůči postiženým, přičemž tento odpor může dosáhnout vrcholu v adolescenci. Nicméně výchova a rodinný příklad sehrávají v tomto procesu důležitou roli. Výzkumy naznačují, že postižení se ve všeobecných školách cítí lépe, což je hlavním cílem inkluze (Hájková, Strnadová, 2010).

Hájková and Strnadová (2010) identifikují čtyři výchovné strategie používané v rámci inkluzivního vzdělávání:

1. Frontální výuka: Tato strategie je nejčastěji používaná ve běžných školách, avšak pro inkluzi je nejméně výhodná. Při frontální výuce zaujímá pedagog dominantní roli a žák je v pasivní pozici.

2. Kooperativní učení: Tento přístup je založen na spolupráci mezi žáky. Pedagog se stává manažerem procesu učení. Kooperativní učení je nejlépe zdokumentovanou strategií pro inkluzi ve běžných školách.

3. Systémy vrstevnické podpory: Tato strategie spočívá v párování žáků, kde jeden žák slouží jako doučovatel a druhý jako doučovaný. Pedagog zde plní roli kontrolora, aby se zajišťovalo správné doučování bez chyb.

4. Kognitivní a metakognitivní strategie: Při této strategii se žák učí převzít odpovědnost za vlastní učení. Důraz je kladen na rozvoj schopnosti žáka aktivně přemýšlet a uvědomovat si vlastní učební procesy.

Tyto strategie představují různé přístupy ke vzdělávání a jsou používány k podpoře inkluzivního prostředí ve školách (Hájková, Strnadová, 2010).

Mezi odborníky se nachází různé teorie a přístupy, které se snaží popsat a vysvětlit inkluzivní vzdělávání, jelikož neexistuje jednoznačná definice inkluzivního vzdělávání a stanovení jeho přesných podmínek (Havel, 2013).

2.6 Logopedická péče v resortu zdravotnictví

V rámci resortu zdravotnictví je dostupná logopedická intervence poskytována klinickým logopedem a dalšími odbornými pracovníky pod dohledem tohoto klinického logopeda (Bendová, 2014)

Logopedická péče se poskytuje ve státních i soukromých logopedických ambulancích a poradnách. Kromě toho se logopedická péče také poskytuje na specializovaných pracovištích, jako jsou oddělení foniatrických, pediatrických, psychiatrických a neurologických lůžkových oddělení, léčebny pro dlouhodobě nemocné, ústavy sociální péče a dalších zařízeních. Poslední možností je logopedická péče v denních stacionářích, které jsou určeny jak pro děti, tak pro dospělé, a jsou součástí zdravotnických zařízení (Fukanová, 2007)

Logoped ve zdravotnictví, který je jiným odborným pracovníkem, musí mít magisterský titul z oboru logopedie nebo speciální pedagogiky, a také složit státní závěrečnou zkoušku z logopedie a surdopedie. Jeho pravomoci a kompetence jsou stanoveny v příslušném nařízení č. 391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., které se týká činností zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pod dohledem klinického logopeda může logoped vykonávat následující činnosti: provádět základní diagnostické postupy v oboru klinická logopedie, poskytovat léčbu, rehabilitaci a

reedukaci osob s poruchami a vadami řeči, sluchu, hlasu a polykání, v rámci své odborné způsobilosti poskytovat zdravotní péči dětem i dospělým s vadami a poruchami komunikačního procesu a polykání a v rámci své odborné způsobilosti provádět dispenzarizaci pacientů s poruchami a vadami řeči, sluchu, hlasu a polykání.

Specializační vzdělávání v oboru Klinická logopedie vyžaduje splnění následujících minimálních požadavků: celková doba vzdělávání musí být nejméně 36 měsíců, během kterých logoped pracuje na plný úvazek pod dohledem klinického logopeda. Z této doby musí být minimálně 6 týdnů stráveno na akreditovaném pracovišti. Specializační vzdělávání je prováděno formou celodenní přípravy, v souladu se zákonem 96/2004 Sb. a zákoníkem práce v platném znění. Posledním požadavkem je povinná praxe na akreditovaném pracovišti, která se skládá z 4 týdnů odborné stáže a 2 týdnů specializační stáže.

3. Vývojová specifika dětí mladšího školního věku

Mladší školní věk, který trvá přibližně od 6 nebo 7 let do 11 nebo 12 let, je obdobím středního dětství (Langmeier, Krejčířová, 2006). Tento věkový úsek začíná, když dítě vstoupí do základní školy, a končí před začátkem puberty (Farková, 2007).

I když se vývoj v tomto období odehrává postupně, jsou zde patrné změny ve srovnání s předchozím obdobím. Tyto změny jsou důležité pro úspěšné zvládnutí školních povinností a představují základ pro školní připravenost a zralost. Klíčovými charakteristikami školní připravenosti jsou sociální dovednosti a jejich kvalita, jako je respekt k autoritám, dodržování pravidel a úroveň komunikace. Hodnocení školní zralosti zahrnuje také zralost centrálního nervového systému, emoční stabilitu, motorické funkce a tělesné proporce (Vágnerová, 2008).

Dle Vágnerové (2012) a Thorové (2015) může mladší školní věk být rozdělen na raný školní věk a střední školní věk. Raný školní věk, také nazývaný rané střední dětství, zahrnuje děti ve věku od 6 do 9 let. V tomto období se děti začleňují do školního prostředí a získávají základní dovednosti jako čtení a psaní. Od 9 do 12 let již hovoříme o středním školním věku nebo pozdním středním dětství, kdy děti přecházejí na druhý stupeň základní školy. Toto období je považováno za stabilnější, kdy nedochází k výrazným změnám, a je označováno jako přípravná fáze před dospíváním, také nazývaná prepubescence. Sociální vývoj hraje v tomto období velkou roli, přičemž ovlivňují jak sociální vazby, tak i celkové postavení ve vrstevnickém kolektivu.

3.1 Tělesný vývoj

V tomto období mladšího školního věku probíhá růst těla poměrně rovnoměrně. V předškolním věku dochází k první strukturální změně, a poté se objevuje druhá strukturální změna, nazývaná růstové spurty, která je spojena s rychlým tělesným růstem. Během růstových spurtů se končetiny rychleji prodlužují než trup, což mění proporce těla. Většina dětí zažívá růstový spurt během dospívání (Šimíčková - Čížková et al., 2010; Van de Graaff, 2000).

Proměny v proporcích těla lze pozorovat již v raném věku, ale na konci mladšího školního věku jsou tyto změny více patrné. Děti v mladším školním věku mají charakteristický poměr končetin a hlavy k tělu, který se postupně mění (Thorová, 2015). Podle odborné literatury se odhaduje průměrná výška dívek i chlapců ve věku šesti let kolem 117 centimetrů s váhou 21 kilogramů. Během jednoho roku děti průměrně vyrostou přibližně

o 6 centimetrů a přiberou kolem 3 kilogramů. Mezi osmým a desátým rokem pak mohou vyrost o až pět centimetrů za rok (Matějček & Pokorná, 1998; Van de Graaff, 2000).

Během mladšího školního věku se svaly a šlachy dítěte rychle zpevňují a tukové vrstvy se zmenšují. Větší svaly se vyvíjejí dříve, než menší, což umožňuje dětem provádět silnější a rychlejší pohyby, které podporují rozvoj hrubé motoriky. Nicméně jemné pohyby stále mohou být neohrabané a nepřesné (Petrovskij a kol., 1977). Imunitní systém dětí v mladším školním věku je již silnější než v předchozích letech dětství, což je dělá odolnějšími vůči nemoci. Onemocnění je tak méně časté a tělo lépe zvládá infekce (Matějček & Pokorná, 1998).

3.2 Motorický vývoj

Hrubá motorika

„Toto období je považováno za zlatý věk motorického učení, první období tělesné zdatnosti a obratnosti“ (Thorová, 2015, s.410)

V tomto věku se dítě rádo seznamuje s novými sportovními aktivitami a projevuje velký zájem o účast v pohybových kroužcích. Je proto důležité, aby rodiče podporovali toto dítě a aktivně hledali různé možnosti, které by mu mohly přijít vhod (Šimíčková-Čížková a kol., 2010). Dítě v tomto období projevuje zlepšenou koordinaci pohybu celého těla, získává větší sílu svalů a také se pohybuje rychleji, což má za následek rozvoj motorických schopností (Langmeier & Krejčířová, 2006).

S nástupem školní povinnosti je důležité, aby se dítě přizpůsobilo režimu školy. To může znamenat omezení spontánní pohybové aktivity. Nicméně škola může tělesnou výchovou v rámci výuky tyto omezení vykompenzovat (Havlíčková, 1998). Ve srovnání s předškolním věkem je pozorovatelný nárůst počtu úrazů u dětí mladšího školního věku, které jsou způsobeny spontánní pohybovou aktivitou. Tento jev je pravděpodobně spojen s růstem těla a také s dítětem zkoušejícím nové možnosti (Kouba, 1995).

Jemná motorika

Nejvyšší stupeň pohybové koordinace, což je hlavní funkcí mozečku, u dítěte nastává přibližně v 6. letech. Pohybová koordinace je totiž jedním z hlavních předpokladů pro složitější motorické úkony, jako je například psaní (Riegerová et al., 2006).

Mezi 6. a 8. rokem dítěte se zvyšuje v mozku obsah myelinu, což je velkou příčinou ve zdokonalování jemné motoriky. Izolace nervových vláken zaopatřují myelinová pouzdra,

které také zvýší rychlost nervového impulsu. Toto má za následek přesnější a také rychlejší řízení svalů (Feldman, 2010).

V tomto období dítě díky větší kontrole v pohybech dokáže splnit činnosti, které vyžadují přesnost a tyto úkony si zautomatizuje. Dítě se dokáže naučit rýsovat, psát a také lépe modelovat, kreslit či hrát na hudební nástroj. Při školním vyučování, přesněji v hodinách psaní, pracovních činností a výtvarné výchovy je jemná motorika nejvíce podporována (Thorová, 2015)

V mladším školním věku je velmi důležitá podpora rozvoje i samotné grafomotoriky. Ve škole je prostor pro rozvoj grafomotoriky, zejména v hodinách psaní. V této oblasti by měli pro rozvoj přispívat i rodiče ve formě různých her, ale také ve školní přípravě. Pokud si všimneme, že dítě vykazuje větší potíže a zaostává ve vývoji psaní či kresby je nutno vyhledat odbornou pomoc (Bednářová, Šmardová, 2006)

3.3 Kognitivní vývoj

Dle Piageta (in Vágnerová, 2008) je v období mladšího školního zřetelný posun ve vývoji myšlení. Prelogické myšlení se dostává do fáze myšlení logického. Toto období se nazývá jako období fází konkrétních logických operací.

Myšlení je progresivní, pokud dítěti zadáváme příliš těžké úkoly nebo ty se kterými se nikdy předtím nesetkal, rozhodně sklouzne do způsobu myšlení, který předchází logickému vývoji. Dětská mysl je dále propojena s realitou. Dítě může přemýšlet o jevu nebo předmětu, namísto toho, aby byl přímo s ním v kontaktu, může o něm také šířeji přemýšlet i o jeho kontextu. Žáci mladšího školního věku těží z vlastních zkušeností, které jsou nepředatelné. Školáci jsou zvědaví a raději se o věcech chtějí přesvědčit sami a prožít si je osobně. Mají pochopení pro obecně platná pravidla a umí je přenést do jiných situací (Vágnerová, 2008).

Důležitým prvkem, který má vliv na rozvoj myšlení, je osobnost učitele, jeho přístup k dětem a také způsob, jakým je dítě podporováno ve školních povinnostech a aktivitách (Šimíčková-Čížková a kol., 2010). Podle Vágnerové (2008) jsou v mladším školním věku klíčové tyto schopnosti související s logickým myšlením:

1. Decentrace je schopnost vnímat a hodnotit předměty a situace z různých perspektiv, rozpoznávat jejich souvislosti a vztahy a koordinovat tyto poznatky. Školák již rozumí tomu, že objekty a situace mohou mít trvalé vlastnosti, i když

se mění. Dokáže také uvažovat o skupinách objektů, nikoliv jen o jednotlivých objektech.

2. Konzervace je schopnost pochopit, že podstata objektu nebo skupiny objektů zůstává stejná, i když se mění jejich vnější vzhled. Dítě si uvědomuje, že i přes změny ve vzhledu mohou objekty zůstat stejné.
3. Reverzibilita se týká schopnosti chápat, že situace se mohou měnit a vrátit se zpět pomocí myšlení a jednání. Tato schopnost je důležitá například při matematických operacích ve školním prostředí (Vágnerová, 2008).

V myšlení dětí mladšího školního věku hraje roli také metakognice. Tento termín se používá k popisu schopnosti reflektovat nad vlastním poznáním světa. Součástí metakognitivního procesu je také vnímání zpětné vazby, kterou si děti mohou samy vyhodnotit a případně uplatnit při hledání nových řešení (Šimíčková-Čížková a kol., 2010)

Vnímání se neustále zdokonaluje v záměrnou činnost. Analýza a syntéza je stále lepší a lepší. Děti dokážou vnímat i všeobecnější jevy. Kolem 10-11 let je schopnost vnímání dětí téměř na stejné úrovni jako u dospělých. Nápady plné fantazie byly postupně potlačovány školním prostředím, především prostřednictvím vnímání reality. Děti bezpečně rozliší fantazii od reality (Šimíčková-Čížková a kol., 2010).

Pozornost má významný vliv na kvalitu poznávacích procesů a školák postupně rozvíjí schopnost přesouvat svoji pozornost, protože se stává školákem. U dětí mladšího školního věku je samotná koncentrace pozornosti spíše krátkodobá a kvalita a intenzita podnětů a motivace hrají důležitou roli. V oblasti paměti dochází ke značným změnám v souvislosti se školním prostředím, ve kterém se dítě pohybuje, a také díky zrání centrální nervové soustavy. Kapacita paměti se zvětšuje spolu s rychlostí zapamatování informací, a to je podporováno rozvojem logického myšlení u školáka. Nicméně do osmi let věku má dítě spíše mechanickou paměť a ještě nemá osvojené efektivní strategie (Vágnerová, 2008).

3.4 Vývoj řeči

Na konci předchozího období dítě volně nakládá s 3000 slovy a v podstatě dokáže mluvit o čemkoliv ho napadne. Poté slovní zásoba stále rychle narůstá a okolo 7. roku dítěte dosahuje kolem 18 000 slov. Poté ve věku kolem 11 let slovní zásoba obsahuje asi 26 000 slov (Kozáková, 2015).

Po nástupu do základní školy dochází k rozšiřování funkcí a využití jazyka, nejen jako prostředek komunikace a sebevyjádření, ale také jako prostředek výuky předmětů. Ve školách jsou různé aspekty řeči a jeho analýzy a samotný projev dítěte bývá opravován. Objevují se také psané formy jazyka, se kterými se dítě postupně seznamuje a učí se je. To je zpočátku často velmi únavné a náročné (Šimíčková-Čížková a kol., 2010).

Během tohoto období se dítě nejenom množstvím, ale i kvalitou osvojených pojmů proměňuje. Dítě lépe rozumí pojmy a jejich obsah je přesnější. Děti jsou schopny porozumět jednoduchým mluveným vtipům a jazykovým hrám. S rozvojem narůstá jak aktivní, tak pasivní slovní zásoba, přičemž pasivní slovní zásoba je mnohem rozsáhlejší než aktivní. V řeči jsou nejvíce zastoupena zájmena společně se slovesy. Věty se prodlužují a děti snadno tvoří i souvětí. Zlepšuje se gramatická stránka řeči, což usnadňuje porozumění mezi komunikačními partnery a děti upravují svou výslovnost. Rodiče jsou bezesporu hlavními vzory, jak v chování, tak ve způsobu prezentace. S nástupem do školy se přidává další důležitá autorita, a tou je učitel, kterého děti respektují (Palenčárová, Šebesta, 2006)

Mezi dětmi existují výrazné individuální rozdíly, které se týkají vrozených schopností respektive, jaké má dítě stimulační podněty v rodině. Řeč je nezbytným předpokladem úspěšného učení v případě dyslálie (chybná výslovnost hlásek) nebo zaostávání řeči může vést k horším známkám ve škole nebo sociální izolaci. Včasná příprava dětí do školy ve školce či logopedickou péčí pomůže tyto problémy odstranit (Matějček, 2012).

Vágnerová (2008) dodala, že jazykový rozvoj mladších školáků se více prohlubuje do struktury jazyka a jeho použití v každodenní konverzaci. Používají slova zejména v určitých situacích nebo s určitými předměty, se kterými jsou obeznámeni, primárně popisující navenek viditelné znaky nebo činnosti s někým spojené či konkrétním tématem. Během školy děti začínají používat slova nadřazená. Děti mají zpočátku problém chápat význam sloves a chápat stavbu vět, to se během příštích dvou let upraví. Když je dítěti kolem 11 let, nevědomky se naučí gramatická pravidla dostatečně pevně a dokáže je vědomě zpracovat.

3.5 Socializace

Po vstupu do školy se děti dostávají do dalšího významného milníku ve své socializaci. Ve škole musí děti poslouchat učitele jako formální autoritu, přijmout roli žáka a spolužáka a adaptovat se na nové chování (Gillernová, 1998). I když rodina zůstává středem sociálního života dítěte, během školních let děti postupně získávají větší samostatnost. Ve školním věku tráví více času mimo domov než ve školce a učí se samostatně pohybovat v okolí svého

bydliště. Přesto stále potřebují nepřetržitou podporu svých rodičů, kteří zůstávají jejich hlavní autoritou (Thorová, 2015).

Pro mladšího školáka je důležité, jak přijímá roli žáka a spolužáka, zejména v prvních dvou letech, protože to ovlivňuje jeho postoj k škole a vzdělávání obecně. V tomto období se školák začíná realizovat a může se setkat s negativními hodnoceními a dalšími nepříjemnými zkušenostmi ve škole (Vágnerová, 1997).

Dítě začíná srovnávat své školní výkony se svými spolužáky. Pozitivní sebehodnocení se stává součástí jeho osobnosti a jeho představa o identitě vychází z jeho vlastních zkušeností (Langmeier, 1991). Vrstevníci, zejména spolužáci, mají silný vliv na socializaci školáků. Třída se ve škole stává uzavřenou a stabilní sociální skupinou, a přináležitost k třídě se stává součástí sociální identity dítěte (Vágnerová, 2001)

Děti, které jsou fyzicky zdatnější, nápomocné a komunikativnější si získávají ve třídě lepší postavení oproti dětem úzkostnějším, které jsou tělesně či psychicky slabší, pochází ze sociálně slabších poměrů nebo se jiným způsobem odlišují od svých spolužáků. Tito žáci se mnohdy stávají terčem šikany, různým posměškům či jsou vyčleněni z třídního kolektivu (Čačka, 2000).

Pro mladší školní věk je typické utváření skupinek přátel stejného pohlaví, ale vzniká i navazování dětských párových vztahů, kde se jedná spíše o napodobování romantických vztahů. Pozornost dívek se chlapci snaží upoutat různými posměšky, provokováním a vulgaritymi. Přátelství školáků se vytváří většinou na základě prostorové blízkosti (bydlí ve stejné ulici, sedí spolu v lavici) a vztahy bývají často nahodilé a nestálé. Kolem 10 roku dítěte se začínají utvářet přátelství na základě osobnostních vlastnostech (Langmeier, Krejčířová, 2006). V tomto období se stává důležitějším vliv vrstevníků oproti hodnocení učitele (Thorová, 2015).

4. Péče o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií

Praktická část bakalářské práce se zabývá výzkumným šetřením, který napomáhá zvyšovat povědomí o samotné péči dětí mladšího školního věku s vývojovou dysfázií, informovat o jejím obsahu a užití v praxi prostřednictvím případových studií, která přináší podrobnější vhled do této problematiky. Všechny potřebné teoretické poznatky z odborné literatury ohledně vývoje řeči, vývojových specifik u dětí mladšího školního věku a vývojové dysfázie jako takové byly popsány v předešlých kapitolách v teoretické části práce.

4.1 Cíle a metodologie výzkumného šetření

Cíl výzkumu, dílčí cíle

Hlavním cílem praktické části je analyzovat péči o děti v mladším školním věku s vývojovou dysfázií a popsat na co se zaměřuje logopedické terapie.

Dílčí cíle jsou:

- *Kdy a jak byla zjištěna diagnóza u dětí?*
- *Jaký je nyní jejich dosažený vývoj řečových schopností?*
- *Jak může rodina a blízcí přispět ke zlepšení komunikace a jazykového vývoje dítěte s vývojovou dysfázií?*
- *Jak probíhá vzdělávání dětí s diagnózou vývojové dysfázie na základní škole logopedické či škol běžného typu?*
- *Jak probíhá u dětí s vývojovou dysfázií logopedická intervence?*

4.2 Metodologie výzkumného šetření

V praktické části bylo zvoleno kvalitativního výzkumného šetření pomocí designu případových studií dětí v mladším školním věku s diagnostikovanou vývojovou dysfázií.

Definice kvalitativního výzkumného šetření dle Švaříčka, Šed'ové (2007, s. 17) zní: „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.“

Hendl (2016) přirovnává činnost kvalitativního výzkumníka k činnosti detektiva. Aby mohly být objasněny všechny výzkumné otázky, je nutno aktivně informace vyhledávat, analyzovat a z přijatých výroků dospět k novému tvrzení (Hendl, 2016).

Kvalitativní výzkum umožňuje podrobné popisy událostí a jevů v přirozeném prostředí jevu. Toto šetření je velmi intenzivní, podrobný ale také i časově náročné. Badatelé se v něm pokoušejí vysvětlit jevy prostřednictvím zkoumaných, osoby porovnat a snaží se poskytnout celkový obraz prostředí (Gavora, 2000).

Kvalitativní výzkum začíná základní otázkou, která může v průběhu šetření být doplňována a upravována. Výzkumníci pomocí vhodných metod se snaží poskytnout, co nejvíce informací o předem definovaných jevech a vyvozovat závěry (Hendl, 2016).

Případová studie

Smyslem případové studie je podrobně zkoumat a také porozumět jednomu nebo několika případů, kdy je základ sběr skutečných dat, které se vztahují k objektu případu (Švaříček, Šedřová, 2007). Mezi základní metody sběru dat patří pozorování a transkripce audio a video – záznamů, interview a analýza dokumentů. Pomocí těchto metod dosáhne výzkumník hlubšího pochopení problémů (Hendl, 2016). Avšak na základě zkoumaného subjektu mohou být využity i metody kvantitativní jako je například dotazník (Švaříček, Šedřová, 2007).

Instrumentální případová studie

V případě tohoto šetření se jedná o případovou studii instrumentální. Pro tento typ studie je charakteristické zkoumání určitého jevu prostřednictvím důkladné analýzy konkrétního případu. Tento typ studie může být prováděn na individuální úrovni či na úrovni kolektivní. Porozuměním externím otázkám a pochopení daného problému či jevu je cílem instrumentální případové studie (Hendl, 2016).

Metody sběru dat

Pro případovou studii bylo využito metody přímého pozorování, analýzy dokumentů a polostrukturovaného rozhovoru.

Analýza dokumentace nám může dopomoci získat doplňující data pro výzkum. Za dokument považujeme taková data, která vznikla někým jiným, než samotným výzkumníkem a která již byla prováděna v minulosti (Hendl, 2016). V případě tohoto šetření se jednalo o dokumentaci logopedického vyšetření, které bylo hlavním zdrojem pro tvorbu osobní anamnézy klientů a také pro zjištění dosaženého vývoje řeči dítěte a logopedické terapie.

Polostrukturovaný rozhovor byl předem připravený ale v průběhu sezení bylo pozměněno pořadí i volba slov.

Přímé pozorování bylo otevřené, zúčastněné a doprovázel ho rozhovor. Pozorování probíhalo v prostředí léčebných lázní Jánské lázně, ale také i v rodinném prostředí, které je pro dítě přirozené. Autorka pozorovala stav řeči dítěte a popřípadě jeho terapii a také interakci dítěte s rodičem.

Pozorování je proces, kdy pozorujeme chování zkoumané osoby, prostředí apod. Zapojujeme pouze vizuální vjemy, které se obvykle propojuje se sluchovými, čichovými či pocity vjemy. Pozorování můžeme také dělit do několika kategorií – skryté nebo otevřené, zúčastněné nebo nezúčastněné, strukturované nebo nestrukturované, v umělé nebo neumělé situaci, sebe samého nebo někoho jiného (Hendl, 2016).

4.3 Charakteristika místa výzkumného šetření

Místo, kde se realizovala velké část metod sběru dat pro výzkumné šetření, byla dětská léčebna Vesna. Ministerstvo zdravotnictví České republiky je zakladatelem státního podniku Jánské lázně, který je řízen ředitelem, jmenovaným ministrem zdravotnictví. Pro výzkumné šetření byli vybráni respondenti, kteří navštěvovali dětskou léčebnu Vesna, která patří mezi největší zařízení pro léčbu a rehabilitaci dětí s dětskou mozkovou obrnou a poruchami hybnosti v České republice. Vesna také úspěšně léčí onemocnění respiračního charakteru, jako je astma, opakované záněty dolních cest dýchacích a laryngitida. Samotná léčebna se nachází v krásném a klidném přírodním prostředí s horským charakterem. Všechny potřebné služby, včetně lékařské péče a ubytování, jsou k dispozici v jedné budově. Léčebna má sedm oddělení, z nichž některá jsou vybavena pro léčbu pacientů s nejtěžšími poruchami hybnosti. Ošetrovatelská péče je poskytována na každém oddělení, s ohledem na potřeby pacientů s omezenou pohyblivostí. Kromě toho v léčebně funguje základní škola, mateřská škola, kino, tělocvična, herna, vnitřní a venkovní hřiště s herními prvky (SLL, 2023).

Ambulance klinické logopedie pro děti je zřízena s cílem poskytnout ambulantní logopedickou péči dětem s běžnými logopedickými diagnózami na Trutnovsku. Tato ambulance je vhodnou alternativou pro děti, kterým jsou jiná logopedická pracoviště obtížně dostupná kvůli vzdálenosti nebo zaneprázdněnosti. Také dětem, které se léčí v Janských Lázních a mají zde přístup k intenzivním logopedickým intervencím, ale po ukončení léčby nemají možnost pokračovat v ambulantní logopedické péči. Ambulance se zaměřuje především na dětské klienty s vážnými poruchami komunikace, jako je afázie, dysartrie a

vývojová dysfázie, které mají obtíže s produkcí nebo porozuměním řeči, což komplikuje nebo dokonce znemožňuje komunikaci. Druhou skupinou byly děti s vývojovou nebo získanou dysfagií, poruchou polykání. Ve všech těchto případech je to konkrétní klientela, která vyžaduje odbornost a erudici logopeda. Ambulantní léčba zaručí Vašemu dítěti kvalitu, kontinuitu a udržení dosažené léčby (SLL, 2023).

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření

Pro realizaci případových studií byli vybráni následující respondenti. Chlapec Adam, kterému byla diagnostikována vývojová dysfázie smíšená, vývojová řečová dyspraxie a porucha pozornosti s hyperaktivitou. Adamovi je nyní 8 let a navštěvuje základní školu logopedickou. Dále byla vybrána dívka Adéla ve věku 8,5 let, které byla diagnostikována vývojová dysfázie smíšená, vývojová řečová dyspraxie společně se specifickými poruchami učení jako je dyslexie, dysortografie. A poslední respondentkou je dívka Barbora ve věku 11 let, které byla diagnostikována vývojová dysfázie smíšená s vývojovou verbální dyspraxií.

Potencionální respondenti byly vyhledávány v období od července roku 2022 do května roku 2023. Nejprve byla oslovena klinická logopedka, která působí na ambulanci klinické logopedie pro děti v Jánských lázních, která mi ochotně vyhověla skrze osobního kontaktu s klienty, kde jsem měla možnost být přítomna u logopedických diagnostik a terapií. Při logopedických intervencích jsem navázala kontakt i s rodinnou respondentů.

Zpočátku autorka v září roku 2022 rodinu prvního respondenta, obeznámila s nápadem výzkumného šetření a dále s jeho potencionálním průběhem. Následně v období od září roku 2022 do května 2023, byli osloveni další respondenti a proběhlo několik osobních setkání jak v přirozeném prostředí, tak i online setkání ve formě telefonátů, videohovorů a elektronickou poštou společně i s ostatními rodinami respondentů. Z etických důvodů byla jména klientů a jejich osobních údajů pro uchování anonymity pozměněna.

4.5 Případové studie

Následně budou představeny tři případové studie dětí s diagnostikovanou vývojovou dysfázií – Adama, Adély a Barbory. Nutno podotknout, že z důvodu anonymizace byly jména respondentů změněna. Budou popsány rodinné a osobní anamnézy, dosažený vývoj řeči dítěte, přístup rodiny k respondentům a jak přispívají ke zlepšení komunikace a celkového jazykového vývoje s jejich dětmi a popis vzdělávání na základní škole logopedické či školy běžného typu a logopedická intervence.

4.5.1 Případová studie č.1

- Jméno: Adam
- Věk: 8 let
- Diagnóza: Smíšená vývojová dysfázie, vývojová řečová dyspraxie, porucha pozornosti s hyperaktivitou, epilepsie

Rodinná anamnéza

Chlapec pochází ze čtyřčlenné úplné rodiny. Žijí v panelovém bytě, poblíž centra města. Vztahy v rodině jsou na dobré úrovni a rodiče se snaží co nejvíce svým dětem věnovat a trávit s nimi svůj volný čas.

Matka dítěte je narozena roku 1983 a je absolventkou středního vzdělání s výučním listem. Nyní pracuje jako prodavačka v pekárně, která se nachází v blízkosti jejich bydliště. Matka se s ničím nyní neléčí, ale bude vyšetřována na neurologii z důvodu pro podezření na roztroušenou sklerózu.

Otec chlapce je narozen roku 1983 a má vystudovanou střední školu s maturitou v oboru informační technologie. Nyní pracuje jako programátor ve firmě, která se nachází v blízkosti jejich bydliště. Je zdravý a s ničím se neléčí.

Adam má jednoho sourozence, mladší sestru, která je narozena roku 2018. Nyní navštěvuje mateřskou školu v místě bydliště. Je zdravá a vývoj řeči odpovídá věku.

Ani u jednoho z rodičů Adama včetně sestry nebyly objeveny žádné logopedické problémy.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky bylo plánované, ale rizikové. Chlapec se narodil předčasně, a to již ve 30. týdnu s 1770 g a 42 cm. Důsledkem předčasného narození přítomen RDS (syndrom dechové tísně novorozenců). Proto byla nutná přítomnost dechové podpory, umělá plicní ventilace. Ta se využívala po dobu 4 dnů. Výživa byla podávána infuzemi do žil. Dále byl chlapec sledován v nemocnici kvůli dechové nedostačivosti. Nakonec byl Adam propuštěn v dobrém stavu. Nadále byl sledován neurologem a byla také zavedena rehabilitace dle Vojty z důvodu hypertonie (zvýšený svalový tonus).

Psychomotorický vývoj dítěte se postupně blížil k normě. Samostatná chůze byla uskutečněna v 18. měsících. Počáteční vývoj řeči byl opožděn. V 1,5 letech byl u chlapce

zaznamenám úraz z důvodu pádu na zem. Adam ztratil vědomí přibližně po dobu 1 minuty. Tato příhoda se opakovala ještě 6x. Matka si dále všimla četných zahledění u chlapce. Následně v 5 letech byla diagnostikována epilepsie.

Výsledky z vyšetření sluchu u chlapce jsou v normě. Dále je sledován neurologem a dochází na ergoterapii a logopedii 1x týdně.

Řečový vývoj u chlapce byl velmi opožděn. První slova začal tvořit až okolo 3 let. Matka chlapce vyhodnotila situaci za nepříznivou, a proto vyhledala odbornou pomoc a navštívila logopeda. Chlapec podstoupil i psychologické a foniatrické vyšetření. Poté mu byla v jeho 4 letech diagnostikována vývojová dysfázie smíšená. Následná stádia vývoje řeči nastupovala s časovým odkladem již s dopomocí logopedické péče.

Dosažený vývoj řeči

Nyní je chlapci 8 let a vyjadřuje ve větách, které jsou pro širší okolí velmi obtížně srozumitelné díky výrazné artikulační neobratnosti a mnohočetné dyslálii. Při znalosti kontextu v rámci své rodiny plní svou komunikační funkci, ale často dochází k nepochopení. Narušení řeči se projevuje ve všech jazykových rovinách, foneticko – fonologické, lexikálně – sémantické, morfologicko – syntaktické a pragmatické, nutno zmínit, že intelekt respondenta není narušen – zvládá logické souvislosti a seřadit dějovou posloupnost, což jsou typické znaky pro specificky narušený vývoj řeči.

Řeč dítěte je dysgramatická a jsou přítomny odchylky ve skloňování a skladbě vět, vynechává předložky a spojky užívá jen výjimečně. Hlasy R, Ř, L, buď zcela vynechává nebo je tvoří chybně. Má potíže s rozlišováním podobných hlásek, například hlásek P a B, občas zaměňuje hlásku G za K. Dělá mu problém měkčení hlásek zejména Ť, Ď, Ň.

Tempo řeči je velmi překotné a řečový projev je pak méně srozumitelný. Slovní zásoba neodpovídá věku dítěte, výrazně převahuje pasivní slovník nad aktivním a výbavnost slov je nižší.

Nerozumí těžším a vícestupňovým instrukcím. Zvládá základní rytmicizaci, ale fonemický sluch je výrazně oslaben. Chlapcova orientace v prostoru je narušená a nerozumí základním předložkám – před, nad, po, na, ve atd.

Co se týká motorické realizaci řeči je oslabena. Ústa jsou v klidové poloze přimknutá. Pevnost retního uzávěru je malá. Nedokáže nafouknout tváře. Má obtíže s laterálními pohyby uvnitř úst z důsledků oslabené síly jazyka.

Sociální a komunikační schopnosti

Dle autorčina pozorování by chlapce hodnotila jako dítě extrovertní povahy, které je hodně společenské. Občas bývá velmi roztržitý a je náročné si získat jeho pozornost z důsledku poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Má velký zájem o komunikaci s ostatními dětmi, ale bohužel díky vývojové dysfázii jsou jeho komunikační dovednosti na nízké úrovni a často dochází k nepochopení ze strany vrstevníků i dospělých, kteří s chlapcem nejsou v bližším kontaktu, což ve má vliv na jeho sociální chování. Avšak se k dětem chová přátelsky, přátelství s jeho vrstevníky bývají mnohdy nestálá a krátkodobá.

Vztah Adama s jeho rodiči a jeho mladší sestrou je velmi dobrý, stabilní. Svou rodinu bere jako své útočiště, kde se cítí spokojeně a v bezpečí. Z pozorování bylo zjištěno, že chlapec nejvíce času tráví se svou matkou a je závislý na její přítomnosti. Ke zdravotnímu stavu dítěte rodiče přistupují pozitivně a statečně. Přijmutí a vyrovnání s touto skutečností má na chlapce velmi pozitivní vliv.

Rodina se snaží problematice vývojové dysfázie více porozumět, nechávají si radit od odborníků a hledají různé způsoby pro zlepšení kvality komunikačních schopností u svého syna. Zakupují si různé logopedické hry, na doporučení logopedky, které využívají pro lepší stimulaci vývoje řeči a snaží se průpravná cvičení procvičovat hrou, aby v chlapci podpořili motivaci a snahu k logopedickým úkolům. Matka se snaží s chlapcem trénovat každý všední den po práci. Nejčastěji procvičuje logopedická cvičení, na doporučení od paní logopedky, formou hry Dobble či učebního systému Logico Piccolo, která napomáhá rozvoji slovní zásoby, zejména aktivnímu slovníku a také přispívá k procvičování hlásek, které chlapci dělají největší potíže.

Vzdělávání respondenta

Adam v minulosti navštěvoval mateřskou školu logopedickou od svých 4 let. Výběr mateřské školy logopedické byl doporučen přímo speciálně pedagogickým centrem. Rodiče byli s výběrem moc spokojeni a chválili si přístup pedagogů jak k dětem, tak i k samotným rodičům. Chlapec nyní navštěvuje základní školu logopedickou. Rodiče neváhali nad jinou možností, jelikož jedna ze základních škol logopedických se nachází poblíž jejich bydliště.

Ve škole probíhají hodiny logopedie individuální, které realizuje třídní učitelka s patřičným vzděláním, tak i skupinové, do kterých se zapojuje celá třída.

Na individuálních terapiích se učitelka zaměřuje na rozvoj slovní zásoby, porozumění řeči. Rozvoj grafomotoriky a jemné, hrubé motoriky, se může uskutečnit v hodinách výtvarné výchovy, tělesné výchovy a pracovních činnostech, které nabízí škola logopedická ve formě školních kroužků, které škola nabízí mimo vyučování. V případě respondenta se jedná výběr výtvarné výchovy.

Logopedická intervence na základní škole logopedické má za cíl maximalizaci rozvoje řeči a jeho komunikačních dovedností žáka, a to ve všech jazykových rovinách. Zaměřuje se zejména na rozvoj slovní zásoby, korekci dysgramatismů a tvoření správné stavby vět.

Podle slov rodičů, ve škole logopedické, učitelky přistupují ke každému žákovi individuálně a berou ohled na postižení či vadu každého dítěte i jeho potřeby a vytvářejí prostředí, ve kterém se chlapec cítí dobře. Matka Adama je v úzkém kontaktu se třídní paní učitelkou, se kterou konzultují vše ohledně vzdělávání chlapce a jeho chování ve školním prostředí.

Logopedické intervence

Popis logopedické intervence autorka získala otevřeným zúčastněných pozorováním na logopedických terapiích v Janských lázních. Pobyt v Janských lázních probíhal po dobu 1 měsíce, kdy chlapec navštěvoval hodiny logopedie, fyzioterapie a ergoterapie. Aby mohla být logopedická terapie efektivní je nutná týmová spolupráce odborníků – klinický logoped, klinický psycholog a lékař.

Na logopedii chlapce vždy doprovázela matka společně s mladší sestrou Adama. Zahájením logopedické intervence byl chlapec podroben diagnostice u paní logopedky, která obsahovala základní diagnózu, úroveň pragmatické roviny a exprese, artikulace, sociálních dovedností, motoriky mluvidel, sluchové vnímání, prostorové vazby, neverbálních schopností.

Na základě této diagnostiky se určilo, jaké oblasti se nejvíce věnovat a poté jí nadále rozvíjet. V případě Adama se jednalo procvičování oromotoriky pomocí pohádek určené přímo na tuto činnost (jak si jazýček zařizoval pusinku) a speciálních kartiček, které přímo demonstrují oromotorické cviky. K nácviku oromotoriky bylo využito i zrcadlo, které dopomohlo ke zlepšení nápodoby.

Další aktivitou již při samotné diagnostice bylo posouzení grafomotorických schopností pomocí kresby, která je i dobrým terapeutickým nástrojem u dětí s touto specifickou narušenou komunikační schopností.

Dále se kladl důraz na rozvoj slovní zásoby pomocí logopedických her (hra Dobble, Vyslov slova, pracovní listy s obrázky). Výukové materiály s obrázky dopomáhaly jak k nácviku skloňování a ke správné tvorbě vět tak i také přispěli k rozvoji slovní zásoby. Potvrdila se výrazná disproporce mezi verbálními a neverbálními schopnostmi chlapce.

Pro rozvoj zrakového vnímání se využíval Test zrakového vnímání od Lenky Felcmanové, který obsahuje soubor pracovních listů zaměřených na zrakové vnímání a jeho zhodnocení.

Rozvoj sluchového vnímání je další nedílná součást terapie Adama. Zahrnuje to nácvik fonemického sluchu, jelikož má respondent občas potíže s diferenciací jednotlivých hlásek. Terapie probíhá od méně náročných po náročné úkoly. Například využitím hmatové opory či hry Slovní fotbal, kdy je principem hry vymyslet slovo s počátečním písmenem, na které končilo slovo předešlé.

Chlapec dokáže zvládat běžné logické souvislosti, seřadí dějovou posloupnost, ale verbální schopnosti jsou nízké. Pragmatická rovina komunikace je chlapce zasažena vlivem těžké poruchy pozornosti, která se projevovala těkavostí a krátkodobou pozorností. Byla teda potřeba aktivity hodně obměňovat a získat si pozornost chlapce.

Zpočátku na logopedických sezeních byla přítomna i matka Adama, jelikož jak bylo zmíněno výše, chlapec je závislý na přítomnosti své matky. Po dohodě s paní logopedkou na hodiny začal docházet Adam již sám z důvodu lepší efektivity při učení a získání si pozornosti chlapce, což se také začalo dařit.

Závěrem paní logopedka doporučila nutnou intenzivní logopedickou péči a také domácí procvičování s dopomocí rodičů.

4.5.2 Případová studie č.2

- Jméno: Adéla
- Věk: 9 let
- Diagnóza: Smíšená vývojová dysfázie, dyslexie, dysortografie

Rodinná anamnéza

Dívka pochází z úplné rodiny, která se skládá z matky a otce. Rodina společně žije v rodinném baráku na vesnici společně i se svými prarodiči. Mezi rodinou panuje harmonický vztah a všichni včetně prarodičů spolu vychází dobře.

Matka dítěte je narozena roku 1979 a je absolventkou střední školy obchodní akademie. Nyní pracuje v bance na pozici bankovního poradce. Do práce dojíždí do města, které nachází poblíž bydliště rodiny. Je zdravá a s ničím se neléčí.

Otec dítěte je narozen roku 1969 a má vysokoškolské vzdělání. Nyní pracuje jako procesní inženýr ve firmě. Díky své pozici v práci je mnohdy zaneprázdněn, ačkoliv se snaží se svou dcerou trávit, co nejvíce času. Otec dítěte je zdravý a s ničím se neléčí.

Dívka vyrůstá jako jedináček a nemá žádné sourozence.

Ani u jednoho z rodičů nebyly objeveny žádné logopedické problémy, ale v bližším okruhu rodiny (přesněji u dětí sestry matky) byly objeveny specifické poruchy učení – dyslexie, dysortografie.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované a matka dcery popisuje toto období, jako velmi radostné a bez stresu. Porod proběhl bez komplikací a byl v termínu. Dívka se narodila ve 39.týdnu s 3250 g a 51 cm. Dívka v raném věku prospívala bez žádných komplikací – psychomotorický vývoj byl v pořádku. Výsledky z vyšetření sluchu byly v normě.

Problémy s vývojem řeči matka zaznamenala okolo 2.roku, kdy dívky vývoj řeči neodpovídal věku dítěte. Matka dítěte si začala všimnout prvních náznaků na podezření, zda by se mohlo jednat o nějaké narušení komunikačních dovedností, okolo 2.roku dítěte. Popisuje období kolem 1. roku, kdy dívka začala používat slova “mama“, “tata“. Matka začala mít podezření kolem 2.roku, ale byla často uklidňována okolím i pediatry, že je vše v pořádku a nejedná se o žádné narušení komunikačních dovedností. Jelikož dítě bylo prvorozené, matka neměla srovnání a nadále vyčkávala, zda se dítě “rozmluví“.

Do tří let dítěte se žádné změny nedostavily, a proto matka navštívila logopeda. Dívka musela podstoupit vyšetření i u psychologa a foniatra. Dívce byla poté diagnostikována vývojová dysfázie smíšeného typu.

Dosažený vývoj řeči

Nyní je dívce 9 let. U Adély si můžeme všimnout obtíží s vyslovováním některých hlásek, zejména – r, ř, l, jelikož si jejich tvořením není jistá, stává se, že je buď zcela vynechá nebo je tvoří špatně. Občas se u dítěte objevují obtíže v gramatice. Projevuje se to tvořením nesprávného tvaru slov či nesprávného slovosledu ve větách.

Adéla nemá moc rozšířenou slovní zásobu –pasivní slovník převahuje nad aktivním. Dívka je schopna požívat věty s více slovy a vyjádřit své pocity, přání a také popsat události z minulosti a jednoduché příběhy. Nemá obtíže s logickými souvislostmi ani s dějovou posloupností.

Co se týče užívání řeči v každodenním životě, dívka se musí cítit sebejistě při komunikaci s ostatními, aby se správně dorozuměla. S rodinou spolupracuje dobře a působí uvolněně a jistě. Komunikaci s cizími lidmi se spíše vyhýbá, stydí se a má problém se zapojovat do rozhovorů, pokud člověka dostatečně nezná.

Tempo řeči a řečový projev se hodně odvíjí podle společnosti, ve které se dívka nachází. Ve škole a doma s rodinou nevykazuje žádné větší problémy – tempo i řečový projev je v normě. Pokud dívka přijde do kontaktu s lidmi, které nezná, tempo řeči se stává pomalejším a řečový projev může působit nesrozumitelně a monotónním dojmem.

Sociální a komunikační dovednosti

Dle pozorování dívka působí jako dítě introvertnější povahy. Je hodně stydlivá a vyhledává spíš trávení času o samotě nebo se svými nejbližšími – rodina a kamarádka ze třídy. Preferuje spíše přátelství dlouhodobé a kvalitní a obklopuje se menším kvantem přátel.

Má raději klidnější aktivity, jako je čtení a hraní si se svými nejoblíbenějšími hračkami. Ráda tráví čas sama ve svém pokojíčku, který je jejím dobrým útočištěm a místem pro nabrání energie a zpracování dojmů.

Adéla je velmi hodné a nekonfliktní dítě. S vrstevníky vychází dobře, ale neangažuje se do rozsáhlých skupinových aktivit. Dívka si své přátele vybírá pečlivě a cítí se lépe v menší skupině lidí.

Vztah dítěte s rodinou je velmi dobrý, zejména s matkou. Matka se snaží se svou dcerou trávit, co nejvíce kvalitního času a zároveň respektuje osobní prostor, které dítě potřebuje pro svou potřebu odpočinku. Rodina s dívkou komunikuje otevřeně, je velmi trpělivá a poskytuje ji dostatečný prostor pro sdílení svých pocitů.

Matka se od samého začátku snažila, co nejvíce porozumět problematice vývojové dysfázi a přijmout samotný fakt, že její dceři byla diagnostikována. Matka k této skutečnosti přistupuje velmi pozitivně a zmíněné problematice hovoří otevřeně. Také věnuje spousty svého volného času procvičováním a zdokonalováním rozvoje řeči své dcery. Veškeré postupy konzultuje s odborníky a čerpá i z odborné literatury.

Vzdělávání respondenta

Dívka v minulosti navštěvovala běžnou mateřskou školu. V mateřské škole byl pro dívku připraven individuální vzdělávací plán, který se zaměřoval na rozvoj jejích komunikačních dovedností. Pedagogové společně s asistentem pedagoga v mateřské škole využívali různé strategie a metody, které podporovaly její vývoji řeči – využití vizuálních podpůrných materiálů, gest, pohybů a hudebních prvků.

Adéla nyní navštěvuje běžnou základní školu. Ve škole je zařazena do běžné třídy, kde je podporována asistentem pedagoga s příslušným speciálním vzděláním. Její vzdělávací plán je individuální a je brán ohled na její další specifické potřeby a cíle. Dívce se věnuje speciální podpora při rozvoji jejích komunikačních dovedností. Speciální pedagog, učitelé a asistent pedagoga se společně snaží vytvořit inkluzivní prostředí, které Adélu podporuje ve vzdělávacím procesu.

Učitelé se snaží zohlednit individuální potřeby při plánování a přizpůsobení výuky. Kromě toho, že je dívka součástí běžné třídy, může také využívat individuální podporu a také přizpůsobení ve školním prostředí. Je jí poskytnuta například možnost rozšířeného času na vypracování úkolů, vizuálních podpůrných materiálů nebo nápověd při porozumění úkolům.

Celkovým cílem vzdělávání Adély je maximalizovat její komunikační dovednosti a také podpořit její sociální integraci ve školním prostředí. Spolupráce mezi učiteli, speciálním pedagogem a matkou dítěte je klíčová pro úspěch jejího vzdělávání a také podporu individuálních potřeb.

Logopedická intervence

Logopedická terapie byla zahájena diagnostikou, která obsahovala, která obsahovala základní diagnózu, osobní a rodinnou anamnézu, zmapování úrovně pragmatické roviny a exprese, artikulace, sociálních dovedností, motoriky mluvidel, sluchové vnímání, prostorové vazby, neverbálních schopností. Paní logopedka na základě poskytnutých informací sestavila plán, který odpovídá dívčím specifickým potřebám a cílům. Dívka na pobytu v Jánských lázních navštěvuje hodiny logopedie, ergoterapie a skupinové fyzioterapie. Na logopedické hodiny doprovází dívku matka, s tím, že se neúčastní logopedických terapií – snaha o navázání důvěrnějšího vztahu mezi Adélou a logopedkou, pro lepší spolupráci.

Cílem je zlepšit schopnost vyslovovat hlásky l, r, ř správně a srozumitelně. Jedním z typů cvičení je artikulační cvičení, které slouží k posílení správného polohování jazyka a

tvárování rtů při vyslovování hlásek l, r, ř. Jsou použity logopedické hry (logopedické deskové hry), cvičení s obrázky či nácvik hlásek přímou metodou pomocí nápodoby.

Auditivní diferenciací je jedním z dalších cvičení vhodné pro rozpoznávání a rozlišování správného výslovnostního modelu pro hlásky l, j a r, ř. Využívají se poslechové cvičení, ve kterých dívka rozlišuje správné a nesprávné vyslovení těchto hlásek. Pomocí kontextuální cvičení dívka pracuje na vyslovování hlásek ve větších kontextech, jako jsou slovní spojení a věty. Dívka procvičuje vyslovování hlásek ve větách, což jí pomáhá přenést správnou výslovnost do běžné komunikace a hlásky si zautomatizovat.

Nácvik motoriky je také nedílnou součástí terapie. Zahrnuje se, zde nácvik oromotoriky, který je důležitý pro správnou tvorbu hlásek, s dopomocí zrcadla či logopedických pohádek. Rozvoj jemné motoriky, která zahrnuje i nácvik grafomotoriky se uskutečňuje pomocí kresby.

Logopedka se snaží, co nejvíce posilovat dívčinu sebedůvěru a pozitivní postoj k vlastní řeči, jelikož si je místy často nejistá. Logopedka věří, že povzbuzování a pochvaly za pokroky, kterých dosáhne, jí pomůže překonat případné frustrace spojené s obtížemi ve výslovnosti. Logoped úzce spolupracuje s matkou dívky a informuje ji o pokrocích a strategiích, které se osvědčily při logopedické intervencích.

4.5.3 Případová studie č.3

- Jméno: Barbora
- Věk: 9,5 let
- Diagnóza: Smíšená vývojová dysfázie, verbální dyspraxie

Rodinná anamnéza

Barbora pochází z rozvedené rodiny. Dívka žije se svou matkou, vlastní mladší sestrou, matčíným nynějším přítelem a jejich společným synem. Barbora je ve střídavé péči a otce vidá každý týden podle domluvy rodičů a Barbory.

Matka dítěte narozena roku 1981 je nyní na mateřské dovolené a věnuje se především chodu domácnosti a péči o své děti. Nebyly u ní zjištěny žádné poruchy v oblasti řeči, komunikace či motorického vývoje.

Otec dítěte narozen roku 1974 a je vyučen elektrikářem. Nyní je zaměstnán. Otec je zdravý a nebyly u něj zjištěny žádné poruchy řeči či komunikace.

Barbora má mladší sestru narozenou roku 2015. Sestře byla diagnostikována specifické vývojové poruchy učení – dyslexie a dysortografie.

Osobní anamnéza

Během těhotenství matky nebyly hlášeny žádné závažné problémy a vše probíhalo bez komplikací. Při ultrazvukovém vyšetření se neukázala žádná anomálie. Porod byl plánovaným císařským řezem z důvodu obrácené polohy plodu. Barbora se narodila s hmotností 3 420 g, což odpovídalo v rámci normy. Během porodu nebyly hlášeny žádné komplikace.

Během raného vývoje se u dívky začaly objevovat určité známky, které naznačovaly obtíže s řečovým projevem. Měla opožděný vývoj řeči ve srovnání s vrstevníky. První slova se začala objevovat kolem 2. roku. Dívka měla obtíže s výslovností, rozvojem řečových dovedností a její slovní zásoba byla omezena. Její mluva byla nesrozumitelná a také se často snažila vyhýbat slovům, která považovala za obtížná. Po 3.roku dítěte matka navštívila logopeda s podezřením na opožděný vývoj řeči. Po vyšetření u foniatra a psychologa byla dívce diagnostikována vývojová dysfázie smíšeného typu. Okolo 5. roku měla problémy s tvorbou vět, gramatikou. Řečový projev byl nesrozumitelný a nekoordinovaný. Okolo 7.roku Barbora začala mít povědomí o svých nedostatcích a začala na nich aktivně pracovat s podporou logopedické terapie.

Barbora se snažila často vyhýbat situacím, ve kterých byla nucena hovořit. Následně občas cítila frustraci kvůli jejím obtížím s komunikací. Dívka měla také problémy s porozuměním řeči ostatních, muselo následovat dodatečné vysvětlení či větu zopakovat.

Dosažený vývoj řeči

Nyní je dívce 9,5 let. Vývojová dysfázie se u dívky projevuje obtížemi s gramatikou a se srozumitelností řeči. Byla ji diagnostikována také verbální dyspraxie, což má za následek obtíže s provedením motorických pohybů, které jsou potřebné k správné výslovnosti slov. Objevují se i mírné obtíže s porozuměním složitějších textů.

Je nutno zmínit, že dívka navštěvuje Jánské lázně už 3 rokem a dle slov paní logopedky dívka dělá velké pokroky. V porovnání s minulým rokem se Barboře začala rozšiřovat slovní zásoba i gramatické dovednosti. Díky pečlivé logopedické terapii a součinnosti rodičů dívky se řečový vývoj posunul značně vpřed.

Sociální a komunikační dovednosti

Dle pozorování autorka hodnotí Barboru jako velmi milou a slušnou dívku, která má respekt k autoritám. V sociálních interakcích se Barbora snaží navazovat přátelské vztahy s ostatními dětmi. Její schopnost naslouchat a reagovat na druhé je významná, a snaží se porozumět jejich potřebám tak i názorům. Dívka se snaží respektovat osobní prostor ostatních a dodržovat sociální normy.

V rámci školního prostředí projevuje Barbora vysokou míru aktivity a aktivně se zapojuje do sociálních interakcí s ostatními dětmi. V její komunikační styl se často objevují delší a gramaticky složitější věty, byť se občas potýká s drobnými přednostními výzvami. Přesto Barbora usiluje o vyjádření svých myšlenek a názorů a současně dává pozor na to, co říkají druzí a naslouchá jim.

Svoje komunikační dovednosti dívka rozvíjí prostřednictvím navazováním mezilidských vztahů. Navštěvuje výtvarný kroužek, kde se seznamuje i s dětmi mimo školu a zároveň procvičuje jemnou motoriku. Tyto aktivity podporují rozvoj jejích dovedností a zároveň umožňují skrze kreativitu rozvíjet i její sebevyjádření.

Vzdělání respondenta

Barbora je vzdělávána v běžné základní škole. Dobrá spolupráce mezi rodiči, logopedkou i učiteli zajišťuje, že se dívce dostává veškerá potřebná podpora pro její vzdělávání. Dívka je velmi bystrá a plná motivace, ale její poruchy do určité míry ovlivňují její komunikační schopnosti. Barbora pravidelně navštěvuje logopedii, aby zlepšila své řečové dovednosti a komunikaci. Logopedka učitelům poskytuje doporučení a podporu, aby ji mohli ve třídě lépe podporovat.

Ve škole je pro Barboru připraven individuální vzdělávací plán, který zahrnuje všechny modifikace vyučovacích metod a také učebního prostředí. Učitelé poskytují dívce dodatečný čas na dokončení jak úkolů, tak i testů, nabízejí jí podporu při získávání slovní zásoby a porozumění textům. Respondentka má také možnost využití asistence technologií.

V třídě je také zajištěna podpora ze ostatních spolužáků. Učitelé vytvářejí prostředí, které podporuje začlenění a vzájemné porozumění mezi studenty. Například dívka má příležitost spolupracovat se svou spolužačkou na skupinových projektech, což jí pomáhá překonávat komunikační překážky a rozvíjet sociální dovednosti a vztahy mezi lidmi.

I přes výzvy v podobě komunikačních obtíží dívka projevuje velký pokrok. Její komunikační dovednosti a slovní zásoba se postupně rozvíjejí díky pravidelné terapii a

podpoře ve škole. Učitelé si všimli, že projevuje velké zlepšení ve čtení a psaní, a dokáže se aktivně zapojit do třídních diskusí.

Logopedická intervence

Logopedka zpočátku provedla vstupní podrobnou diagnostiku a hodnocení z důvodu lepšího porozumění případu a specifickým potřebám dívky. Diagnostika zahrnovala zhodnocení komunikačních dovedností, porozumění a používání jazyka, gramatiky, fonologie a srozumitelnosti řeči. Na základě tohoto hodnocení logopedka určila klíčové oblasti, kterým se zabývat.

Logopedická cvičení se zaměřovala zejména na zlepšení porozumění textům pomocí čtení a poslechů – audioknih různých typů textů, následně proběhla diskuse na základě toho, co si dívka pamatuje z přečteného nebo slyšeného obsahu. Další narušenou oblastí je gramatika. Gramatická terapie zahrnovala cvičení, pomocí logopedických pracovních listů a logopedické hry Logico Picocolo, zaměřená na správné používání slovních druhů, skloňování, časování a větnou stavbu. Pracovat s konkrétními příklady a kontexty pomohlo dívce porozumět a správně používat gramatická pravidla.

Nácvik správné artikulace je jedna z dalších oblastí, kterou je nutno u dívky procvičovat. Zahrnuje to cvičení zaměřená na správnou výslovnost jednotlivých zvuků a fonémů, stejně jako práci na řešení konkrétních artikulačních obtíží, které dívka projevuje. Logopedka používala modelování správné výslovnosti, jazykových cvičení a hlasového tréninku například pomocí Deskové logopedické hry, kde má každá kapitola svoje zaměření na patřičnou hlásku či hry Mluvím správně.

Podpora rodiny a prostředí je jednu z posledních, ale zároveň nejdůležitější součástí logopedické intervence. Logopedka úzce spolupracuje s rodiči a dalšími členy rodiny, aby jim poskytl informace a strategie, jak podporovat komunikaci a řečový rozvoj dívky doma. Bylo doporučeno, aby rodina byla aktivní součástí terapeutických cvičení s tím, že jsou poskytnuty tipy a návody, jak v každodenním životě podporovat dívku v komunikaci od odborníků.

4.6 Závěry výzkumného šetření

Tato ukázka shrnutí se zaměřuje na výsledky výzkumného šetření, kterého se účastnili tři respondenti – dvě dívky a jeden chlapec. Všichni tři respondenti trpí vývojovou dysfázií smíšeného typu. Průměrný věk respondentů je 8,8 let.

V rámci výzkumu byly použity různé metody sběru dat, včetně rozhovorů s dětmi a jejich rodiči, pozorování jejich komunikativních schopností a také analýzy dokumentací logopedické intervence. Výsledky naznačují, že všichni tři respondenti vykazují potíže s porozuměním a produkcí řeči. Jejich slovní zásoba a gramatické schopnosti jsou omezené ve srovnání s typickým vývojem vrstevníků.

Rodiče respondentů uvádějí, že se jejich dětem obtížně porozumívá, a že mají občasné problémy s vyjádřením svých myšlenek a pocitů.

Na základě výzkumu je zjevné, že vývojová dysfázie má významný dopad na komunikační schopnosti respondentů. Je důležité zajistit jim vhodnou podporu a terapii zaměřenou na rozvoj řeči a porozumění.

Hlavním cílem praktické části byla analýza péče o děti v mladším školním věku s vývojovou dysfázií a popsat na co se zaměřuje logopedické terapie. Jako dílčí cíle byly stanoveny: kdy a jak byla zjištěna diagnóza u dětí, jaký je nyní jejich dosažený vývoj řečových schopností, jak může rodina a blízcí přispět ke zlepšení komunikace a jazykového vývoje dítěte s vývojovou dysfázií, jak probíhá vzdělávání dětí s diagnózou vývojové dysfázie na základní škole logopedické či škol běžného typu, jak probíhá u dětí s vývojovou dysfázií logopedická intervence.

- *Kdy a jak byla zjištěna diagnóza u dětí?*

U chlapce (8 let) byla diagnóza stanovena okolo 4. věku. Potíže s vývojem řeči a komunikací matka zaznamenala již okolo 3. roku dítěte, kdy začal teprve tvořit svá první slova. Rodiče se proto obrátili na odborníky a chlapec byl podroben logopedickým vyšetřením. S dopomocí týmu odborníků byla respondentovi diagnostikována vývojová dysfázie smíšeného typu. Dále byla Adamovi poskytnuta terapie dle jeho individuálních potřeb.

Dívce (9 let) byla diagnostikována vývojová dysfázie smíšená okolo 3. let. Matka dívky začala mít podezření kolem 2. roku. Byla ale často uklidňována okolím i samotnými pediatry, že je vše v pořádku a nejedná se o žádné narušení komunikačních dovedností. Jelikož dítě bylo prvorozené, matka neměla srovnání a nadále vyčkávala, zda nepřijdou změny. Do tří let dítěte se žádné změny ale nedostavily, a proto matka navštívila logopeda. Dívka musela podstoupit vyšetření i u psychologa a foniatra a na základě vyhodnocení ji byla diagnostikována vývojová dysfázie smíšeného typu.

U dívky (9,5 let) první náznaky obtíží matka zaznamenala okolo 1,5. roku dítěte. Dívka měla opožděný vývoj řeči ve srovnání s vrstevníky. První slova se začala objevovat kolem 2. roku. Respondentka měla velké obtíže s výslovností, rozvojem řečových dovedností a její slovní zásoba byla omezena. Její mluva byla nesrozumitelná a také se často snažila vyhýbat slovům, která považovala za obtížná. Okolo 3. roku dítěte se matka rozhodla navštívit logopedku a zjistit, zda se opravdu jedná o specifický narušený vývoj řeči. Matčiny domněnky logopedka potvrdila na základě konzultace multidisciplinárního týmu odborníků.

• *Jaký je nyní jejich dosažený vývoj řečových schopností?*

Chlapec ve věku 8 let trpí výraznou artikulační neobratností a dyslálií, což ovlivňuje srozumitelnost jeho řeči. Má potíže s výslovností hlásek R, Ř, L a často zaměňuje podobné hlásky. Jeho tempo řeči je příliš rychlé a slovní zásoba je omezená. Má obtíže s porozuměním složitějším instrukcím a orientací v prostoru. Motorická realizace řeči je také oslabená, což se projevuje například nedostatečnou pevností retného uzávěru a obtížemi s pohyby jazyka.

Devítiletá respondentka má obtíže zejména s vyslovováním některých hlásek (r, ř, l) a občas se potýká s gramatickými problémy. Má omezenou slovní zásobu, ale dokáže vyjádřit své pocity a události z minulosti. Cítí se sebejistě při komunikaci s rodinou, ale stydí se a vyhýbá se komunikaci s cizími lidmi. Její tempo řeči se mění podle situace, a když mluví s neznámými lidmi, může její řečový projev působit nesrozumitelně a monotónně.

U poslední respondentky (9,5 let) se projevují problémy v oblasti gramatiky a srozumitelnosti řeči. Byla jí také diagnostikována verbální dyspraxie, což ztěžuje provedení motorických pohybů potřebných pro správnou výslovnost slov. Má mírné potíže s porozuměním složitějším textům. Navštěvuje Jánské lázně již 3 roky a její slovní zásoba a gramatické dovednosti se výrazně rozšiřují díky logopedické terapii a podpoře rodičů. Její řečový vývoj se posunul vpřed.

• *Jak může rodina a blízcí přispět ke zlepšení komunikace a jazykového vývoje dítěte s vývojovou dysfázií?*

Jelikož každé dítě je jedinečné a vyžaduje individuální přístup, nelze paušalizovat jeden přístup, který by fungoval na všechny. Jak již bylo zmíněno v případových studiích rodina hraje opravdu významnou roli při podpoře komunikace a jazykového vývoje dětí trpících vývojovou dysfázií. Zde je několik způsobů, jak rodina respondentů přispívá ke zlepšení komunikace u svých dětí:

Jedním z nich bylo pozitivní a strukturované prostředí, kde se dítě nachází. Rodiny všech respondentů mají kladný podporující přístup a snaží se vytvářet podnětné prostředí a zajistit, aby děti měli správný mluvní vzor.

Všichni rodiče se snaží aktivně zapojovat do terapeutické spolupráce a úzce spolupracovat s logopedy a dalšími odborníky. Snaží se problematice porozumět a nechají si poradit od odborníků s péčí v domácím prostředí, což má kladný vliv na rozvoj komunikačních schopností

• *Jak probíhá vzdělávání dětí s diagnózou vývojové dysfázie na základní škole logopedické či škol běžného typu?*

Dívka ve věku 9 let navštěvuje běžnou základní školu a pracuje s asistentem pedagoga. Tato forma podpory jí umožňuje účastnit se výuky spolu se svými vrstevníky a poskytuje jí individuální podporu při rozvoji komunikačních dovedností. Výzkum ukázal, že i přes své potíže s řečí se dívka aktivně zapojuje do školních aktivit a má pozitivní postoj k učení. Její rodiče i učitelé pozorují postupný pokrok v jejím schopnosti komunikovat a vyjadřovat se.

Dívka ve věku 9,5 let má individuální vzdělávací plán, který je přizpůsoben jejím specifickým potřebám a cílům. Tento plán zahrnuje logopedickou terapii a další podpůrné metody, které ji pomáhají překonávat komunikační bariéry ve školním prostředí. Výzkum naznačuje, že dívka má výraznější problémy s porozuměním řeči než s její produkcí. Díky individuálním vzdělávacím plánu a terapii se však její schopnosti zlepšují, ačkoli vyžaduje nadále podporu ve vzdělávání.

Chlapec ve věku 8 let navštěvuje základní školu s logopedickým zaměřením. To znamená, že má k dispozici specializovaný logopedický tým, který mu poskytuje terapii a podporu v oblasti komunikace. Výzkum naznačuje, že chlapec vykazuje podobné obtíže jako dívky v porozumění a produkci řeči. Nicméně díky specifickému zaměření školy a intenzivní logopedické terapii se chlapcova komunikace zlepšuje. Učitelé zaznamenávají jeho snahu a viditelný pokrok v komunikativních schopnostech. Výsledky výzkumu ukazují, že jak dívky, tak i chlapec, kteří trpí vývojovou dysfázií smíšeného typu, vykazují zlepšení ve svých komunikačních dovednostech

• *Jak probíhá u dětí s vývojovou dysfázií logopedická intervence?*

Nutné zmínit, že logopedická intervence se u každého respondenta liší díky věku a individuálním potřebám každého jedince.

Adam absolvoval diagnostiku u logopedky, která hodnotila různé oblasti jeho komunikačních schopností. Zaměřovalo se na oromotoriku, grafomotoriku, slovní zásobu, zrakové a sluchové vnímání. Terapie zahrnovala cvičení oromotoriky, logopedické hry, výukové materiály s obrázky a testy zrakového vnímání. Sluchové vnímání se trénovalo a pozornost chlapce byla využita jako důležitý faktor. Matka původně přítomna na sezeních, ale později chlapec docházel sám. Doporučena byla intenzivní logopedická péče a domácí procvičování s rodiči

U Adély byla provedena logopedická diagnóza, která zahrnovala hodnocení různých oblastí komunikace dívky. Na základě toho byl vytvořen terapeutický plán, který se zaměřuje na vývoj správné výslovnosti hlásek, posílení artikulačních dovedností a auditivní diferenciaci. Cvičení zahrnují logopedické hry, cvičení s obrázky, nácvik vět a poslechová cvičení. Dívka také procvičuje motoriku a grafomotoriku pomocí kresby. Logopedka podporuje dívčinu sebedůvěru a spolupracuje s matkou, aby informovala o pokrocích a strategiích terapie.

U Barbory logopedka provedla podrobnou diagnostiku a hodnocení, aby porozuměla potřebám dívky. Cvičení se zaměřovala na porozumění textům, gramatiku a správnou výslovnost. Logopedka spolupracovala s rodinou, aby podpořila komunikaci a řečový rozvoj dívky doma.

Závěr

Bakalářská práce přinesla teoretický pohled do problematiky vývojové dysfázie u dětí mladšího školního věku na základě poznatků z odborné literatury, odborných článků a webových zdrojů. Byl zde vymezeny základní pojmy – řeč a jazyk, vývoj řeči a definován vývoj fylogenetický, ontogenetický, dále byly představeny jazykové roviny a co pro každou z nich charakteristické.

Další kapitola se věnovala samotné etiologii, kde jsou zmíněny možné příčiny vzniku vývojové dysfázie – dědičnost, porucha v centrální oblasti nervového systému, rizikové těhotenství či nesprávný mluvní vzor. Dále byla popsána symptomatologie a příznaky, pomocí kterých můžeme odlišit různé typy vývojové dysfázie – motorická, sensorická či smíšená. Následující podkapitoly se věnovali diagnostice a terapii, kde je kladen velký důraz na přítomnost multidisciplinární tým odborníků.

Důležitou částí jsou také kapitoly zaměřující na vzdělávání dysfatiků a popsána logopedická péče v resortu zdravotnictví, s čímž souvisí výzkumné šetření, které se realizovalo v dětské léčebně Vesna. Poslední kapitola se soustřeďuje na specifika vývoje u dětí mladšího školního věku – tělesný, motorický, kognitivní vývoj a samotný vývoj řeči.

Výzkumné šetření bakalářské práce se realizovalo pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím tří případových studií dětí mladšího školního věku s diagnostikovanou vývojovou dysfázií smíšenou. Jelikož laická společnost má často zkreslené představy o této problematice, autorka si dala za hlavní cíl analyzovat samotnou péči o děti se specifickým narušeným vývojem řeči v mladším školním věku. Dílčí cíle byly zaměřeny na logopedickou intervenci, dosažený vývoj řeči, možnosti vzdělávání dysfatiků a náhled do rodinného prostředí a jakým způsobem přispívají na kvalitě rozvoje řeči a komunikačních dovedností.

Pro sběr dat byly využity následovné metody. Přímé pozorování, kde autorka byla přítomna u logopedických intervencí, ale také domácích terapiích v rodinném prostředí. Dále byla využita metoda polostrukturovaného dotazníku. Autorka si předem připravila rozhovor, ale v průběhu setkání bylo pozměněno pořadí i volba slov. Analýza dokumentace byla poslední metodou, která byla pro toto výzkumné šetření využita. Analýza dopomohla získat doplňující data pro výzkum. V případě tohoto šetření se jednalo o dokumentaci logopedického vyšetření, které bylo hlavním zdrojem pro tvorbu osobní anamnézy klientů a také pro zjištění dosaženého vývoje řeči dítěte a logopedické terapie.

Zdroje

Seznam literatury

- BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Rozvoj grafomotoriky: jak rozvíjet kreslení a psaní*. Brno: Computer Press, 2006. Dětská naučná edice. ISBN 80-251-0977-1.
- BENDOVIÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.
- BENDOVIÁ, Petra. *Logopedická prevence: metodicko-didaktický materiál*. Ilustroval Barbora KŘISTKOVÁ, ilustroval Petra HAUPTOVÁ. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-421-2.
- BOČKOVÁ, Barbora. *Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5609-1.
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.
- ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk, 2000. ISBN 80-7239-060-0.
- FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2017. ISBN 978-80-7452-130-0.
- FELDMAN, Robert Stephen. *Development Across the Life Span*. (6th edition). New Jersey: Pearson, 2010. ISBN 978-02-058-0591-4.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Praha: Grada, 2010. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3070-7.
- HAVEL, Jiří. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na 1. stupni základní školy jako východisko inkluzivní didaktiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6395-2.
- HAVLÍČKOVÁ, Ladislava. *Biologie dítěte: rané fáze lidské ontogenéze*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-644-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- KALEJA, Martin. *Edukace dětí předškolního věku se speciálními vzdělávacími potřebami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7464-630-0.

- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
- KOUBA, Václav. *Motorika dítěte*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1995. ISBN 80-7040-137-0.
- KOZÁKOVÁ, Radka. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0202-8.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Marie POKORNÁ. *Radosti a strasti: předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk*. Jinočany: H & H, 1998. ISBN 80-86022-21-8.
- NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- PALENČÁROVÁ, Jana a Karel ŠEBESTA. *Aktivní naslouchání při vyučování: rozvíjení komunikačních dovedností na 1. stupni ZŠ*. Praha: Portál, 2006. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 80-7367-101-8.
- PETROVSKIJ, Artur Vladimirovič. *Vývojová a pedagogická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. Knižnice psychologické literatury.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3603-7.
- RIEGEROVÁ, Jarmila, Miroslava PŘIDALOVÁ a Marie ULBRICHOVÁ. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu: (příručka funkční antropologie)*. 3. vyd. Olomouc: Hanex, 2006. ISBN 80-85783-52-5.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VAN DE GRAAFF, Kent Marshall. *Human Anatomy*. Updated fifth edition. Boston: McGrawHill, 2000. ISBN 978-0004687018.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0181-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika – vychovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-306-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, ed. *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6.

Legislativní dokumenty

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2016. [online], Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, [cit. 15.6.2023], Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/38919/>

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných [online]. [cit. 21.6.2023]. In: Sbirka zákonů. 28.01.2016. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Vyhláška č. 391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [online]. Ministerstvo zdravotnictví [cit. 21.6.2023] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, [online]. Ministerstvo zdravotnictví [cit. 21.6.2023] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Internetové zdroje:

Klinická logopedie. Asociace klinických logopedů České republiky [online]. 2023, [cit. 20.6. 2023]. Dostupné z:

<https://www.klinikalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--vyvojova-dysfazie>

Logopedie online. Průvodce světem logopedie [online]. 2023 [cit. 20.6. 2023]. Dostupné z: <https://www.logopedonline.cz/poruchy-recci/vyvojova-dysfazie/>

Listy klinické logopedie (2019) Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/contents/lkl/2019/01.pdf>

MCGREGOR, Karla K., Nichole EDEN, Nancy OHLMANN. Abilities and Disabilities Among Children With Developmental Language Disorder [online]. 2023, [cit. 20.6. 2023]. Dostupné z: https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2023_LSHSS-22-00070

Developmental dysphasia familial [online]. 2023, [cit. 20.6. 2023]. Dostupné z: <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/1823/developmental-dysphasia-familial>

Seznam příloh

Informovaný souhlas

Výzkumné šetření na téma Péče o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) či pozměněním osobních nebo s mým výslovným souhlasem.

Podpis účastníka:



Datum: 5.3.2023

Informovaný souhlas

Výzkumné šetření na téma Péče o děti mladšího školního věku s vývojovou dysfázií

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) či pozměněním osobních nebo s mým výslovným souhlasem.

Podpis účastníka: *Jelínková*

Datum: 3.6.2023

