

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Hana Ördöghová

Vývojová dysfázie – osvětový materiál pro rodiče a odborníky

Prohlášení

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

V Olomouci dne 18. 6. 2023

.....

Hana Ördöghová

Poděkování

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. et Bc. Janě Mironově Tabachové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, milý, laskavý a empatický přístup a také podnětné a cenné rady po celou dobu tvorby práce. Poděkování patří také mé kamarádce Kateřině Hýlové, která je autorkou grafického zpracování osvětového materiálu, nejen za obrovskou pomoc s grafickou realizací tohoto materiálu, ale také za podporu během celé doby studia. Za velkou podporu a trpělivost při studiu děkuji i celé mé rodině. Rovněž bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumného šetření, bez nichž by nebylo možné tuto práci realizovat.

Obsah

Úvod.....	7
1 Vývojová jazyková porucha.....	8
1.1 Definice a terminologie vývojové jazykové poruchy	8
1.1.1 Vymezení vývojové jazykové poruchy v rámci MKN-10 a ICD-11	8
1.1.2 Definice vývojové jazykové poruchy	10
1.1.3 Terminologie vývojové jazykové poruchy	11
1.2 Etiologie vývojové jazykové poruchy.....	13
1.3 Symptomatologie vývojové jazykové poruchy	16
1.3.1 Symptomatologie vývojové jazykové poruchy v jazykových oblastech	17
1.3.2 Symptomatologie vývojové jazykové poruchy v nejazykových oblastech	20
1.4 Klasifikace vývojové jazykové poruchy.....	23
1.4.1 Klasifikace narušeného vývoje řeči dle Rapin a Allen	23
1.4.2 Klasifikace vývojové jazykové poruchy dle MKN-10	25
1.4.3 Klasifikace vývojové jazykové poruchy dle ICD-11	26
1.5 Komorbidity vývojové jazykové poruchy s dalšími poruchami.....	27
1.5.1 Komorbidita DLD a ADHD.....	28
1.5.2 Komorbidita DLD a SPU	29
1.5.3 Komorbidita DLD a PAS	31
1.5.4 Komorbidita DLD a ztráty sluchu.....	33
1.5.5 Komorbidita DLD a dalších poruch.....	33
2 Diagnostika vývojové jazykové poruchy a interdisciplinární spolupráce	35
2.1 Diagnostika vývojové jazykové poruchy	35
2.2 Interdisciplinární spolupráce	39
2.2.1 Dětský klinický psycholog.....	40
2.2.2 Foniatr	41
2.2.3 Dětský neurolog	41
2.2.4 Ergoterapeut	42
2.2.5 Fyzioterapeut.....	43
2.2.6 Dětský psychiatr.....	43
2.2.7 Raná péče	44
2.2.8 Odborníci speciálně pedagogického centra (SPC).....	45
3 Stimulační programy, podpůrné terapie a doplňky stravy v rámci vývojové jazykové poruchy.....	46
3.1 Stimulační programy a podpůrné terapie	46

3.1.1 Neuro-vývojová terapie a Neuro-vývojová stimulace – NVS pohybem se učíme®	46
3.1.2 Senzorická integrace	47
3.1.3 Stimulační program MAXÍK	48
3.1.4 Johansenova individualizovaná auditivní stimulace (JIAS) a individuální sluchový trénink Benaudira	48
3.1.5 Programy KuMOT, KuPOZ a KuPREV	49
3.2 Doplnky stravy	50
4 Praktická část	52
4.1 Výzkumné cíle a hypotézy	52
4.2 Metodologie výzkumu	54
4.2.1 Průběh výzkumného šetření	54
4.2.2 Výzkumný soubor	55
4.3 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření	55
4.3.1 Analýza a interpretace jednotlivých dotazníkových položek	55
4.3.2 Testování hypotéz	88
5 Osvětový materiál	96
5.1 Informační letáček	96
5.2 Informační brožura	96
6 Diskuze	98
7 Limity	103
7.1 Limity na straně participantů	103
7.2 Limity na straně výzkumné metody	103
Závěr	104
Zdroje	105
Seznam zkratk	123
Seznam tabulek	125
Seznam grafů	126
Seznam příloh	127
Anotace	134

Úvod

Vývojová jazyková porucha se v současné době řadí k jedné z nejméně frekventovaných poruch, se kterými se logopedové a kliničtí logopedové zejména při práci s dětmi setkávají. Vzhledem k těžšímu charakteru vývojové jazykové poruchy je pro tuto diagnózu neodmyslitelnou součástí komplexní interdisciplinární spolupráce příslušných odborníků. Rodič dítěte je však koneckonců tím, kdo může své dítě dovést k těm největším pokrokům, ať už pečlivým nácvikem zadaných úkolů a cvičení danými odborníky, či bezpochyby zajištěním pocitu lásky a sounáležitosti. Avšak k tomu, aby byl rodič schopen dítě správně a svědomitě vést a dostatečně jej motivoval je potřeba, aby sám porozuměl a adekvátně se seznámil se všemi oblastmi, které vývojová jazyková porucha obnáší, ať už se jedná o to, aby rodič porozuměl významu samotného pojmu vývojové jazykové poruchy či se náležitě orientoval v oblasti diagnostiky z hlediska postupu (aby rodič porozuměl důvodu a důležitosti interdisciplinární spolupráce v rámci jednotlivých odborníků), anebo dále z hlediska konkrétních terapeutických přístupů. Neméně důležitou součástí je také porozumění důležitosti stimulačních programů, jakožto doplňkových terapií, nebo povědomí o podpůrných doplňcích stravy. Otázkou však zůstává, do jaké míry se rodič cítí o této diagnóze skutečně informován a zda je pro něj tato míra dostačující, zda má přístup k potřebným informacím, anebo je potřeba, aby si tyto informace sám dohledal či zda dostatečně chápe význam interdisciplinární spolupráce jednotlivých odborníků.

Tato diplomová práce je pojata jako výzkum, jehož hlavním cílem bylo detekovat množství informací rodičů dětí s vývojovou jazykovou poruchou o dané diagnóze. Výstupem je informační brožura, vytvořená na bázi výsledků zmíněného výzkumu. Brožura má osvětový charakter, a to zejména z hlediska zvýšení povědomí o této diagnóze či ohledně interdisciplinární spolupráce, jež je nedílnou součástí diagnostiky a terapie vývojové jazykové poruchy. Jsou zde obsaženy i další oblasti, které s vývojovou jazykovou poruchou bezpochyby souvisí. Dílčím výstupem je rovněž informační letáček, odkazující na zmíněnou brožuru. Za cílovou skupinu, pro níž je brožura určena, lze považovat jak rodiče, tak rovněž odbornou veřejnost.

1 Vývojová jazyková porucha

Tato kapitola se zabývá celkovým vymezením vývojové jazykové poruchy ve smyslu klasifikace v rámci 10. a 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, definice a terminologie, u níž zejména v zahraničí panuje vysoká míra nejednotnosti. Dále je v této kapitole obsažena etiologie vývojové jazykové poruchy, její symptomatologie, a to jak z obecného hlediska, tak podrobněji v rámci klasifikace jednotlivých typů. Pozornost je zde věnována rovněž komorbiditě s dalšími poruchami.

1.1 Definice a terminologie vývojové jazykové poruchy

Pro lepší orientaci je podkapitola rozdělena do tří segmentů, dle jednotlivého zaměření. Pojednává se zde o vymezení vývojové jazykové poruchy, její definici a vývoji terminologie.

1.1.1 Vymezení vývojové jazykové poruchy v rámci MKN-10 a ICD-11

Dle třetího přepracovaného vydání 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) Světové zdravotnické organizace (WHO) (2016), jsou v české verzi jako F00-F89 označeny Poruchy psychického vývoje. Pod ně spadají jako F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, do nichž jsou zahrnuty nosologické jednotky F80.1 Expresivní porucha řeči a F80.2 receptivní porucha řeči (tabulka 1). Všechny poruchy, zahrnuté do F80, se vyznačují určitými parametry: jedná se o poruchy, kdy je obvyklý způsob osvojení jazyka narušen od brzkých vývojových stádií; tyto stavy nemohou být přímo přisuzovány neurologickým abnormalitám či poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí; mnohdy jsou doprovázeny přidruženými potížemi, mezi něž patří obtíže v lexii a grafii obtíže v mezilidských vztazích, anebo poruchy emocí a chování. V rámci MKN-10 existuje také kategorie R47.0 Dysfázie a afázie.

Tabulka 1 – F80-F89 Poruchy psychického vývoje, MKN-10 (2016)

F80-F89 Poruchy psychického vývoje	
F80	Specifické poruchy řeči a jazyka
F80.1	Expresivní porucha řeči
F80.2	Receptivní porucha řeči
F80.3	Získaná afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom)
F80.8	Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka
F80.9	Vývojová porucha řeči nebo jazyka nespecifikovaná

MKN však ve svém posledním vydání 11. revize (ICD-11) WHO (2022) obsahuje podskupinu Neurovývojové poruchy (Neurodevelopmental Disorders), do nichž spadají spolu s Vývojovými poruchami řeči nebo jazyka (Developmental Speech or Language Disorders) také například poruchy intelektuálního vývoje (Disorders of Intellectual Development), poruchy autistického spektra (Autism Spectrum Disorder), vývojové poruchy učení (Developmental Learning Disorder) a další poruchy, rozvíjející se během raného vývojového období (Reed et al., 2019). Vzhledem k tomu, že stále není k dispozici oficiální překlad 11. revize MKN (ICD-11) do českého jazyka, jsou jednotlivé nosologické jednotky uvedeny v následující tabulce (tabulka 2) ve svém originálním znění (v anglickém jazyce). Vzhledem k uvedené tabulce však lze uvést, že vývojová jazyková porucha je v této klasifikaci uvedena jako 6A01.2 Developmental Language Disorder.

Tabulka 2 – Neurovývojové poruchy, ICD-11 (2022)

Neurodevelopmental Disorders	
6A00	Disorders of Intellectual Development
6A01	Developmental Speech or Language Disorders
6A01.0	Developmental Speech Sound Disorder
6A01.1	Developmental Speech Fluency Disorder
6A01.2	Developmental Language Disorder
6A02	Autism Spectrum Disorder
6A03	Developmental Learning Disorder
6A04	Developmental Motor Coordination Disorder
6A05	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
6A06	Stereotyped Movement Disorder
6A0Y	Other Specified Neurodevelopmental Disorders
6A0Z	Neurodevelopmental Disorders, unspecified

5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) Americké psychiatrické společnosti (Raboch et al., 2015) začleňuje vývojovou jazykovou poruchu do Neurovývojových poruch, dále pak do Poruch komunikace (tabulka 3). Konkrétně je vývojová jazyková porucha klasifikována pod kódem 315.32 Porucha řeči a jazyka. Pro snadnější orientaci odborníků je zde také uveden klasifikátor v rámci MKN-10 (F80.2). Svým konceptem se od obou zmiňovaných klasifikací výrazně liší, jelikož neobsahuje dílčí nosologické jednotky, ale naopak jsou zde specifikována diagnostická kritéria a znaky, dále zde najdeme přidružené znaky podporující diagnózu, krátký vhled do problematiky vývoje a průběhu vývojové jazykové poruchy či stručný výčet rizikových a prognostických faktorů, komorbidních poruch a v neposlední řadě taktéž nstin diferenciálně diagnostických kritérií.

Tabulka 3 – Poruchy komunikace, DSM-5 (Raboch et al., 2015)

Poruchy komunikace	
315.32	Porucha řeči a jazyka
315.39	Specifická porucha artikulace řeči
315.35	Porucha plynulosti řeči se začátkem v dětství (kocktavost)
315.39	Sociální (pragmatická) porucha komunikace
307.9	Nespecifikovaná porucha komunikace

1.1.2 Definice vývojové jazykové poruchy

V této podkapitole jsou uvedeny vybrané definice vývojové jazykové poruchy jak českých, tak zahraničních autorů.

Vývojová jazyková porucha patří mezi jedny z nejčastějších (neuro)vývojových obtíží, projevujících se v raném dětství a přetrvávajících během školních let až do dospělosti (Norbury, Paul, 2015; Tomblin et al., 1997).

Za vývojovou jazykovou poruchu lze považovat narušení očekávaného vývoje jazyka, jež není doprovázeno obecnějším narušením intelektových funkcí (Smolík, Seidlová Málková, 2014).

Pospíšilová (2018a, s. 284-285) definuje vývojovou jazykovou poruchu jako: „*komplexní, vrozenou poruchu osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností, kterou nelze vysvětlit celkově zpoždujícím se vývojem, abnormalitou řečového aparátu, poruchou autistického spektra, získaným poškozením mozku, sluchovým postižením, pohybovým postižením ani deprivačními či jinými vlivy prostředí.*“

1.1.3 Terminologie vývojové jazykové poruchy

Trend vývoje z hlediska terminologie má spojitost s vývojem výzkumu etiopatogeneze (Pospíšilová, 2019). V této oblasti panuje, jak již bylo zmíněno, vysoká míra nejednotnosti, daná rozličnými tradicemi a důrazy. I proto je obtížné vývojovou jazykovou poruchu vymezit (Smolík, Seidlová Málková, 2014). Nejednotnost v terminologii jak v domácí, tak v zahraniční literatuře lze přisuzovat rovněž širokému spektru etiologie a symptomatologie (Bočková, 2011; Klenková, 2008). Donedávna bylo dle Pospíšilové (2019) možno hovořit o „terminologickém chaosu“, přisuzovanému rozdílnému užívání terminologie v anglicky a neanglicky mluvících zemích. Na pomyslnou první příčku je řazen pojem Specific Language Impairment (SLI), jakožto specificky narušený vývoj řeči, dále pak uvádí termín Developmental Dysphasia (DD), čili vývojová dysfázie. Neméně důležitou roli sehrála v tomto případě i rozličnost v datech nejnovějších vydání DSM (Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch) a ICD (International Classification of Diseases) a jejich rozdílný náhled na problematiku. Vliv v rámci této problematiky měl i překlad ICD-10 do češtiny – v MKN-10 uvedené pojmy „expresivní porucha řeči“ a „receptivní porucha řeči“ nejsou v souladu s míněnými pojmy „expresivní jazykové poruchy“ a „receptivní jazykové poruchy.“

V České republice patří i v současnosti k nejčastěji využívaným termín vývojová dysfázie, přičemž tento termín jako jeden z prvních použil Seeman (1955), který takto pojmenoval druh dětské nemluvnosti. Dále jsme se mohli s pojmem dysfázie setkat rovněž u Kimla (1978), který však tento pojem užíval v rámci poruchy již vyvinuté řeči a v případě vývojové jazykové poruchy užíval pojem dyslalie. Pojem vývojová dysfázie užívá i Novák (1997) či Dlouhá (2017a). Vzhledem k tomu, že všichni tito odborníci se profesí řadí mezi foniatry, lze tento jejich náhled považovat za lékařský. V oblasti psychologie uplatňují termín vývojová dysfázie pro označení specificky narušeného vývoje řeči Míkulajová a Rafajdusová (1993). Smolík (2009) taktéž využívá pojem vývojová dysfázie, nicméně uvádí, že je shodný s termínem specificky narušený vývoj řeči. Pojem vývojová jazyková porucha užívá v rámci nadcházejících změn v připravované MKN-11 i Pospíšilová (2018a), nicméně využívá i termínu vývojová dysfázie.

V rámci terminologie lze zaregistrovat určitý vývoj i v zahraničí. Označení vývojová dysfázie užívají mimo jiné i evropští autoři z neanglicky mluvících zemí, například Duvelleroy-Hommet et al. (1995). Z novějších studií lze zaregistrovat kladný postoj k termínu vývojová dysfázie u Hüneke a Lascelles (2014), jež jako jeho příznivci poukazují především na medicínské pojetí

termínu, a dále pak na jeho využití v neanglicky mluvících zemích a rovněž rodičovskou perspektivu.

V Belgii byla realizována studie, zaměřující se na využívání terminologie v rámci jednotlivých profesí, jež jsou s poruchami řeči určitým způsobem spjaty. Při realizaci této studie bylo zjištěno, že logopedové (jakožto speech-language pathologists) využívají odborného pojmu SLI (Specific Language Impairment), v rehabilitačních centrech však byl preferován termín dysfázie. V zařízeních soukromého typu se za obvyklý termín považuje language delay (Vanderswalmen et al., 2015 in Dlouhá, 2017a).

Jako reakce na nejednotnou terminologii v celosvětovém měřítku byl v roce 2014 proveden průzkum (Bishop, 2014), analyzující data během let 1994-2013 v rámci služby Google Scholar. Cílem tohoto průzkumu bylo zvážit, zda je označení pro nevysvětlené jazykové problémy u dětí nutností a pokud ano, pak vymezit vhodnou terminologii. V rámci průzkumu bylo zjištěno celkově 132 různých termínů, které byly využity pro označení vývojové jazykové poruchy. U 33 termínů došlo v uvedených letech k návratnosti ve více než 600 případech. Mnoho z těchto označení však byla příliš obecného charakteru na to, aby mohla být označena jako užitečná. Nejčastěji používaným termínem byl „Specific Language Impairment“ (SLI). Právě pojem Specific Language Impairment (SLI) je pro zahraniční státy typický (Paul, Norbury, 2012). Ebbels (2014) však v rámci svých obav ohledně terminologie popsala, jak se užívání termínu SLI stalo kontroverzním, jelikož se zdálo, že tento termín neodráží klinické skutečnosti a došlo tak k tomu, že mnoha dětem byly odebrány možnosti přístupu k příslušným službám.

Přetrvávající nedostatečná shoda z hlediska terminologie byla taktéž podnětem pro vznik projektu – konsorcia CATALISE. Tohoto projektu anglicky mluvících zemí se zúčastnily následující státy: Austrálie, Irsko, Kanada, Nový Zéland, USA a Velká Británie (Bishop et al., 2017). V roce 2016 proběhla první fáze konsorcia CATALISE, s cílem identifikace jazykových poruch u dětí (Bishop et al., 2016). Ve druhé fázi, jež se týkala terminologie, zahrnoval projekt 57 jedinců, zastupujících širokou škálu profesí a národností. O této široké škále svědčí fakt, že celkový počet 57 jedinců byl složen z 31 logopedů, 7 odborníků profesně se zaměřujících na kombinaci logopedie a psychologie, 2 speciálních pedagogů, dále 8 psychologů (přičemž tato skupina zahrnovala také školní psychology), dalšími členy byli 3 pediatři, 1 pedopsychiatr, 1 audiolog a 4 charitativní zástupci. Těmito účastníky bylo vytvořeno on-line fórum na mezinárodní úrovni s cílem jednat ohledně sjednocení terminologie a diagnostických kritérií

pomocí využití Delfské metody¹. Konsorcium se nakonec usneslo, že termín Specific Language Impairment bude nahrazen pojmem vývojová jazyková porucha (Developmental Language Disorder – DLD) (Bishop et al., 2017).

Vzhledem k tradici označení byl použit v rámci názvu a výzkumného šetření diplomové práce termín „vývojová dysfázie“. K tomuto označení bylo přistoupeno zejména z důvodu adekvátní srozumitelnosti problematiky pro rodiče. Pro odbornou veřejnost bude dále užívána aktuální terminologie – vývojová jazyková porucha (DLD).

1.2 Etiologie vývojové jazykové poruchy

Etiologie vývojové jazykové poruchy je stále ještě oblastí, která není zcela kompletně prostudovaná a má nejednotné závěry. V následující podkapitole je pojednáváno o možných etiologických faktorech či souvislostech.

Vývojovou jazykovou poruchu lze zařadit mezi tzv. neurovývojové poruchy (Lee et al., 2020). V širším slova smyslu lze hovořit o organické (případně biologické) etiologii, nicméně s přihlédnutím ke konkrétním případům nelze etiologické faktory velmi často objasnit (Krejčířová, 2021). V souvislosti s oblastí etiologie se rovněž pojednává o možnosti míry vlivu prenatálního nebo perinatálního poškození mozku či postnatálního poškození mozku v průběhu prvního roku života (Preissová, 2013; Kejklíčková, 2016; Krejčířová, 2021). Pravděpodobněji se jedná o difúzní poškození, které se v závislosti na závažnosti projevuje rozmanitými symptomy (Kejklíčková, 2016).

Mezi prenatální příčiny lze dle Krejčířové (2021) zařadit například intoxikaci alkoholem, léky či expozici olova. Za perinatální příčiny pak můžeme označit například hypoxii či nedonošenost, avšak míra vlivu perinatálních negativních faktorů je dle autorky spíše sporná.

Možné postnatální vlivy nejsou v případě vývojové jazykové poruchy zcela přesně vymezeny. Lze mezi ně zařadit například nevyhovující podmínky pro stimulaci či nepřiměřené podmínky pro vývoj řeči. Zřetel je kladen na důležitost dostatečné stimulace dítěte, a to nejen v oblasti jazykového, ale také psychomotorického vývoje dítěte a na vytvoření přiměřených podmínek

¹ Jedná se o iterativní proces, zahrnující počáteční sadu prohlášení, jež je hodnocena panelem odborníků, kteří mají následně možnost zobrazení anonymizovaných hodnocení od dalších členů panelu (Bishop et al., 2017).

k vývoji řeči. V neposlední řadě nelze opomenout vliv bilingvismu, popř. multilingvismu v rámci rodiny či vliv migrace (Mlčáková, Vitásková, 2013), jež bývá mnohdy zaměňován s diagnózou vývojové jazykové poruchy. Děje se tak v důsledku tzv. „překrývání klinických obrazů“, spočívající v podobnosti symptomů – například menší slovní zásoba, nižší úroveň porozumění, nápadné dysgramatismy v řeči a mnohdy také narušení zvukové stránky řeči (Kapalková, 2017). Vícejazyčnou výchovu ale v žádném případě nelze označit za příčinu vzniku DLD (Krejčířová, 2021). Pospíšilová (2018a) nicméně uvádí, že v případě, kdy má dítě diagnostikovanu DLD a je vychováváno vícejazyčně, má DLD dopad na vývoj všech jazyků.

Valade et al. (2023) v souvislosti s DLD na základě dostupné literatury zmiňují jako možné rizikové faktory mateřskou výchovu, pořadí narození dítěte, přítomnost rodinné anamnézy z hlediska jazykových obtíží či pozdější akvizici jazykových milníků². Smolík a Seidlová Málková (2014) zmiňují, že narušení schopnosti zpracovávání fonologické informace, především pak deficit z hlediska krátkodobé fonologické paměti, ztvárňuje podstatnou roli při vzniku vývojové jazykové poruchy. Na druhou stranu dle autorů nelze považovat tento deficit za jediný či ústřední etiologický faktor vývojové jazykové poruchy.

U etiologie vývojové jazykové poruchy hraje podstatnou roli taktéž pohlaví. U mužů existuje téměř trojnásobné riziko opoždění řeči, než je tomu u žen (Chilosi et al., 2017). O míře pohlavního specifika v souvislosti s opožděným vývojem řeči pojednává i Mikulajová (2016), dle níž se opožděný vývoj řeči vyskytuje tři až čtyřnásobně více u chlapců než u děvčat. U mužů je taktéž významně vyšší prevalence DLD (Chilosi et al., 2017), což kvituje i Krejčířová (2021), která uvádí významně vyšší výskyt DLD u chlapců. Tato skutečnost je dle autorky patrně způsobena delší dobou dozrávání mozku u chlapců, jež je hormonálně podmíněno.

Vývojová jazyková porucha má značný genetický základ, o čemž svědčí i některé zahraniční studie (např. Bishop et al., 1995; Rice et al., 2020). O rodinné genetické predispozici pojednává Dlouhá (2012), která uvádí, že v případě dětí, v jejichž rodině je přítomna pozitivní rodinná anamnéza, existuje markantně vyšší riziko ve smyslu vývojových obtíží než u jiných dětí. Při přítomnosti opožděného vývoje řeči v rámci rodiny je zhruba 25% probabilita následného výskytu. Z hlediska výsledků monitorování heredity v rámci vývojových poruch řeči se nejvíce upřednostňuje hypotéza tzv. polygenní/multifaktoriální dědičnosti s účastí jednoho major genu.

² Jimiž můžeme rozumět např. pozdější osvojení prvních slov a prvních vět (Valade et al., 2023).

Taktéž Pospíšilová (2018a) zmiňuje předpoklad polygenní dědičnosti. Dále pak podotýká, že zde existuje možná genetická souvislost s dyslexií³ či chromozomy a geny, u nichž hrozí možné narušení vývoje určitých oblastí mozku, souvisejících ať už s mluvenou, tak psanou formou jazyka. Možné narušení oblastí mozku uvádí i Dlouhá (2012), dle níž tkví obtíž v opožděné maturaci v kontextu dozrávání centrálních mozkových struktur, u nichž očekáváme výskyt řečových a sluchových center. Problematická je rovněž opožděná maturace a používání spojů mezi zmíněnými centry a periferií⁴, jelikož v této oblasti nastává konečná motorická realizace řeči. Za jednoho z etiologických činitelů je dle dostupných výsledků vyšetření několika rodin a kazuistik označován chromozom 7q31, konkrétně gen SPCHI vyskytující se v této oblasti, zodpovídající za samotný řečový vývoj či jednotlivé složky řeči.

Z hlediska genů je gen FOXP2 považován za dalšího možného etiologického činitele. Předpokládá se jeho podíl na stavbě mozku, vzhledem k jeho aktivitě v embryonálním stádiu při pronikání neuronů do kortexu (Dlouhá, 2012). Lze o něm taktéž hovořit jako o kandidátním genu v souvislosti s řečovou a jazykovou produkcí, především pak ve smyslu vztahu genu FOXP2 a motorických řečových funkcí (Landi, Perdue, 2019). Jeho mutace je odpovědná za nekonzistentní poruchu řeči s akcentem právě na motorických řečových funkcích, kterou označuje Pospíšilová (2018a) jako verbální dyspraxii. Spolu s ním je za jeden z nejpodstatnějších považován také gen CNTNAP2. Tento gen je zodpovědný za aktivaci jazykových oblastí lobus frontalis a lobus temporalis, spolu se zpracováním zvuku řeči (Landi, Perdue, 2019). Nicméně mezi geny, související s poruchami řeči a jazykových funkcí, lze zařadit, mimo zmíněné, i geny ATP2C2 či CMIP (Newbury, Monaco, 2010).

V případě vývojové jazykové poruchy se tedy jedná o skutečně komplikovanou problematiku, z čehož jako důsledek vyplývá absence genetického testu pro identifikaci poruchy, jež je založena na silném genetickém základu (Pospíšilová, 2018a).

³ U dětí s DLD nejsou v rámci využití zobrazovacích neurologických metod patrné větší strukturální odchylky, avšak v četném množství případů absentuje běžná mozková asymetrie, kdy bývá typické, že levé planum temporale je větší. Tato absentující či obrácená mozková asymetrie pak bývá přítomna jako nález rovněž u dětí s dyslexií (Krejčířová, 2021).

⁴ Jíž rozumíme svaly (Dlouhá, 2012).

1.3 Symptomatologie vývojové jazykové poruchy

Tato podkapitola se zabývá symptomatologií vývojové jazykové poruchy ze širšího úhlu pohledu. Podkapitola je pro lepší přehled dále rozčleněna do dvou dílčích částí obsahujících symptomatologii z hlediska jazykových a nejazykových oblastí.

Škála symptomatologie vývojové jazykové poruchy je skutečně široká. Tuto skutečnost lze přisuzovat jednak variabilitě etiologie a taktéž nekonstantnosti deficitů v oblasti CNS. Jednotlivé symptomy můžeme sledovat nejen v oblasti verbálního projevu, ale rovněž v rámci vývoje celé osobnosti dítěte, což zahrnuje oblast lingvistickou, ale taktéž nelingvistickou (Durdilová, Klenková, 2014). Soudobá symptomatologie obsahující deficity v rámci syntaxe, sémantiky, fonologie, pragmatiky, diskurzu, paměti a výbavnosti slov, čerpá z mezinárodního konsorcia CATALISE (Bishop et al., 2017).

Obecně lze říci, že v případě vývojové jazykové poruchy dochází, mimo jiné, k opoždění z hlediska vývoje řeči, jazyka a komunikace. Ve většině případů však dochází k rozvoji řeči a ve školním věku tedy nemusejí být patrné žádné nápadnosti. Vývojová jazyková porucha se také může dále projevovat jak z hlediska poruch učení, tak obtížemi v chápání pojmů a jejich vštípení si do paměti, a rovněž v porozumění slyšené řeči a čtenému textu (Pospíšilová, 2018a). Z nejazykových oblastí lze na úvod zmínit například vývojovou koordinační poruchu, oblast rovnováhy, grafomotoriky, vizuomotoriky, orální motoriky, exekutivních funkcí, pravolevé orientace, zrakové a sluchové percepce, prostorové a časové orientace či emocionality nebo laterality (Vitásková, 2005; Mlčáková, 2013a; Kejklíčková, 2016; Mikulajová, 2016).

Kromě výše zmíněných oblastí má tato diagnóza také přesah do oblastí ovlivnění kvality života. Jako důsledek vývojové jazykové poruchy se mohou u daného jedince projevit obtíže, jež mohou stát za úzkostmi v sociálních situacích či nevhodným chováním, rovněž za neuposlechnutím pokynů či mohou souviset s problémy s vrstevníky (Pospíšilová, 2018a). Míra závažnosti vývojové jazykové poruchy se odvíjí od míry zasažení daných struktur mozku (Kejklíčková, 2016).

1.3.1 Symptomatologie vývojové jazykové poruchy v jazykových oblastech

Jako charakteristické lze dle Bishop et al. (2017) označit obtíže v morfologicko-syntaktické jazykové rovině v rámci exprese i recepce, a taktéž obtíže ve foneticko-fonologické jazykové rovině, spočívající v obtížích při opakování. Dlouhá (2017a) taktéž pojednává o jisté vzájemnosti vztahu mezi deficitem v řečové percepci a expresi. Dodává, že jasná klasifikace, ve smyslu jednotlivých subtypů vývojové jazykové poruchy je mnohdy obtížná, jelikož vzájemný vztah mezi zmíněnými deficity je ovlivněn jak věkem dítěte, tak povahou řečových obtíží. Smolík a Seidlová Málková (2014) uvádí, že obtíže lze z hlediska vývojové jazykové poruchy shledávat ve všech jazykových oblastech. K tomuto názoru se přiklání také Kejklíčková (2016), dle níž zasahuje opoždění řečového vývoje do všech složek řeči. Pro lepší přehlednost jsou konkrétní atypie specifikovány v jednotlivých jazykových rovinách.

Jak již bylo zmíněno, **morfologicko-syntaktická rovina** je typickou oblastí z hlediska výskytu deficitů. Do charakteristických obtíží začleňujeme dysgramatismy jak v morfologii, tak i syntaxi a také obtíže týkající se porozumění mluvené a čtené řeči. Specifické dysgramatismy se objevují v rámci časování či skloňování. Dále lze zaznamenat deficity v určování rodu podstatných jmen, eliminaci předložek či zvrtných zájmen ve větách. Příznačná je tvorba kratších vět, přičemž právě u kratších vět můžeme taktéž u jedinců s vývojovou jazykovou poruchou sledovat lepší porozumění. Za problematickou lze rovněž považovat oblast opakování vět. V tomto případě sice dochází k tvorbě vět, avšak se špatnou stylizací. Taktéž není v tomto případě dodržován slovosled, dochází k malému využívání či vynechání nebo naopak přidání předložky, spojky či zvrtného zájmena a také ke změně předpony anebo koncovky v rámci slova (Mlčáková, 2011; Mikulajová, 2016).

V rámci **foneticko-fonologické roviny** lze zaznamenat deficity v artikulaci fonémů (Archibald et al., 2013). Konkrétně lze hovořit o jejím opoždění, nestálosti a určité abnormalitě. Nicméně je důležité zmínit, že přítomnost artikulační odchylky nelze považovat za nepostradatelné diagnostické kritérium (Pospíšilová, 2018). Také se vyskytuje nepřesnost u opakování víceslabičných slov (Archibald et al., 2013; Doležalová, Chotěborová, 2021), anebo taktéž u slov, která jsou pro dítě neznámá (Mikulajová, 2016). Za relativně charakteristickou lze v prostředí českého jazyka označit substituci fonémů. Konkrétně dochází k substituci měkkých konsonantů (d', t', ň) za tvrdé (d, t, n), dále tupé sykavkové řady (š, č, ž, dž) za ostré sykavkové řady (s, c, z, dz), dlouhých vokálů za krátké, znělých konsonantů (např. b, d, g, v, z) za konsonanty neznělé (např. p, t, k, f, s). Může rovněž dojít k nesprávnému tvoření či substituci

v rámci vokálů. K deficitům v této oblasti lze zařadit také vadnou výslovnost vibranty r a ř, diftongů či hláskových shluků (Kejklíčková, 2016). Velmi častá je buďto eliminace či bilabiální výslovnost labiodentálních hlásek F, V a taktéž substituce alveolární hlásky T za velární hlásku K (Kutálková, 2018). Ve slovech jsou přítomny redukce slabik či souhláskových shluků a dále např. transpozice hlásek, přičemž řečový projev jako takový bývá mnohdy nesrozumitelný (Mlčáková, 2011; Mikulajová, 2016).

Při vývojové jazykové poruše se u jedinců projevují deficity v oblasti sluchového zpracování a vnímání, konkrétně fonologického charakteru. Jedná se o obtíže v rozlišení distinktivních rysů hlásek (Mlčáková, 2011; Pospíšilová et al., 2021). Distinktivním rysem rozumíme odlišnost mezi fonémy či dvojicemi fonémů z hlediska konkrétního rysu, který je u daného fonému přítomen či nepřítomen (Novák, 1997). Mezi distinktivní rysy hlásek řadí Mlčáková (2013b) například znělost-neznělost, kontinuálnost-nekontinuálnost, nosovost-nenosovost, difuznost-kompaktnost, tvrdost-měkkost, kvantitu vokálů a hlásky artikulačně a akusticky blízké. Děti s vývojovou jazykovou poruchou mají také obtíže z hlediska zachycení jednotlivých fonémů ve slově (Pospíšilová et al., 2021) či jednotlivých slov ve větách (Pospíšilová, 2018a).

S nedostatky se setkáváme i v **rovině lexikálně-sémantické**. Hlavní a nejvýraznější symptom této jazykové roviny je v případě vývojové jazykové poruchy spjat s vývojem slovní zásoby, který je značně omezen. (Mlčáková, 2013a; Preissová, 2013). V zahraničí se však setkáváme s názorem, kdy omezený rozvoj slovní zásoby není naopak považován za diagnostický ukazatel, na jehož základě by měla být vývojová jazyková porucha stanovena (Leonard, 2014).

Další specifika lze u dětí shledávat v neznalosti slov, neporozumění významu slov a taktéž v deficitech z hlediska sémantického zpracování. V souvislosti s obtížemi s porozuměním významu slov dochází k situaci, kdy dítě sice může mít vybraná slova v aktivním slovníku, avšak nemá ponětí o jejich správném významu (Mlčáková, 2013a). V řeči se také vyskytují i novotvary (Kutálková, 2011). Zmíněná problematika vývoje slovní zásoby může pramenit kromě výše uvedeného taktéž z nepřesnosti sluchového vnímání, neupevnění v krátkodobé paměti anebo z obtížné přístupnosti při vyhledávání v dlouhodobé paměti. Důsledkem jmenovaných specifíků je tedy obsahově chudá řeč a může nastat taktéž mylný dojem přítomnosti odlišné poruchy například typu sluchové poruchy či kognitivní poruchy (Mikulajová, 2016).

O odlišnostech v rámci rozsahu slovní zásoby mezi dětmi předškolního věku s vývojovou jazykovou poruchou a dětmi typicky se vyvíjejícími pojednává česká studie Větrovské Zemánkové a Seidlové Málkové (2020). Autorky se blíže zaměřily na sledování slovní zásoby z hlediska kvantity a kvality vyjadřování. Byl využit test aktivní slovní zásoby, který byl pro účely této studie zhotoven a zaměřoval se na substantiva, verba a adjektiva. Odlišnosti byly zřetelné jak u kvantity slovní zásoby, tak u kvality vyjadřování, přičemž u adjektiv byl zaznamenán nejmarkantnější rozdíl, a naopak u substantiv se výsledky jednotlivých skupin participantů lišily nejméně.

Deficity zmíněné v rámci morfologicko-syntaktické, foneticko-fonologické i lexikálně-sémantické jazykové roviny mají přesah do **pragmatické jazykové roviny** (Mikulajová, 2016). Specifickými symptomy, objevujícími se v této jazykové rovině, mohou být obtíže týkající se například sdělování informací či dojmu, problém činí taktéž vyžádání si informace anebo zkrátka toho, co dané dítě požaduje, co je objektem jeho zájmu. Znesnadněna je v důsledku problematického porozumění i konverzace, v níž se v různé míře vyskytují dysgramatismy (Mlčáková, 2013a; Mikulajová, 2016). Obtíže se projevují i v tzv. diskurzu, což znamená, že se narušení týká jak schopnosti rozhovoru (jeho vedení), tak i výkladu v rámci daného tématu (Karasinski, Ellis Weismer, 2010), přičemž se mohou v tomto důsledku objevovat při nepochopení echolalie (Pospíšilová, 2018a). Všeobecně náročné je pro děti s vývojovou jazykovou poruchou navazování kontaktu, a jsou spíše pasivními komunikačními partnery. Nejsnáze se tyto děti dorozumí v okruhu své nukleární rodiny a z tohoto důvodu jsou při komunikaci tyto osoby preferovány, jelikož je s dětmi rovněž poji silný emocionální vztah. Zřetelná je i občasná podpora verbální komunikace neverbální komunikací, konkrétně gesty (Mikulajová, 2016). Na druhou stranu se těžkosti vyskytují i v oblasti neverbální komunikace, kdy mají jedinci problém se správným využitím zrakového kontaktu či například intonace (Pospíšilová, 2018a).

Deficity jsou patrné i v narativních dovednostech (Acosta Rodríguez et al., 2017). Vypravování je mnohdy nesouvislé a pro komunikačního partnera náročné na orientaci, kdy z jeho strany může docházet i k horšímu pochopení příběhu, právě v důsledku přítomnosti nesouvislostí v promluvě vypravěče. V recepci jsou obtíže vázány na nekvalitnější porozumění pokynům, podstatě, z čehož vyplývá neschopnost vyvození závěru z celku, jelikož se jedinci zaměřují na konkrétní část (Karasinski, Ellis Weismer, 2010; Mikulajová, 2016).

Bezpochyby lze říci, že symptomy tkvící v problémech s jazykovým zpracováním, porozuměním na úrovni slov, vět či souvětí v artikulované řeči i textu, způsobují jedincům

obtíže i ve školním prostředí. Ve školním věku tedy lze hovořit o oblasti jednotlivých vyučovacích předmětů, které jsou pro žáky hůř zvladatelné. Konkrétně můžeme v této souvislosti s ohledem na výše zmíněné symptomy v porozumění zmínit jako příklad daných vyučovacích předmětů zeměpis, dějepis anebo matematiku (zde především řešení slovních úloh). Do důsledků vývojové jazykové poruchy můžeme zařadit i omezenou škálu možností studijních oborů při volbě dalšího studia (Mlčáková, 2013a).

1.3.2 Symptomatologie vývojové jazykové poruchy v nejazykových oblastech

Za příznačnou můžeme v souvislosti s nejazykovými oblastmi označit zejména symptomatologii vyskytující se v motorice, poznávacích schopnostech či emocionalitě (Mlčáková, 2013a; Mikulajová, 2016). Tato dílčí část podkapitoly se tedy zabývá nejen těmito zmíněnými, ale i dalšími oblastmi, spadajícími mezi nejazykové.

Obecně lze do **motorických deficitů** zařadit přítomnost vývojové koordinační poruchy⁵ či koordinačních obtíží méně závažnějšího charakteru (Mikulajová, 2016). Obtíže jsou pozorovatelné jak v jemné, tak v hrubé motorice, grafomotorice či orální motorice (Vitásková, 2005; Mlčáková, 2013a; Mikulajová, 2016).

Jedním z prvotních impulsů pro zkoumání oblasti motoriky byla studie Hill (2001), která byla zaměřena na orientační rozbor stávajících studií obsahující tematiku zhodnocení motorického vývoje u dětí s vývojovou jazykovou poruchou. Tato analytická studie prokázala silnou komorbidní vazbu mezi narušením v motorice a vývojovou jazykovou poruchou.

V **hrubé motorice** můžeme pozorovat symptomy vyznačující se narušením koordinace, rychlosti či přesnosti pohybů, což samozřejmě souvisí například s obtížemi s osvojením si jízdy na kole (Mlčáková, 2013a), ale taktéž na koloběžce nebo tříkolce (Mikulajová, 2016). Nicméně tyto koordinační deficity mají samozřejmě přesah i do běžných činností dítěte, jako je například chůze, běhání, lezení (Pospíšilová, 2018a) či skákání a též do rovnováhy (Sanjeevan et al., 2015; Pospíšilová, 2018a). Problematická může být pro děti s vývojovou jazykovou poruchou chůze po schodech, při níž mohou být, stejně jako při cvičení, neobratné (Mikulajová, 2016).

⁵ Vývojová koordinační porucha je detailněji specifikována z hlediska vymezení i souvislosti s vývojovou jazykovou poruchou v podkapitole 1.5.5 Komorbidita DLD a dalších poruch.

Jemná motorika taktéž zahrnuje v koordinaci pohybů jistou symptomatologickou význačnost. Deficity můžeme pozorovat v denních činnostech, zasahujících do oblasti samoobsluhy a jejich dílčích částí. Konkrétně lze zmínit například oblékání, kde mají děti obtíže se zapínáním a rozepínáním knoflíků či se zavazováním tkaniček. Taktéž se obtíže týkají osobní hygieny, kdy jsou pro děti problematické činnosti typu vyčištění si zubů či učesání vlasů. Komplikace dětem s vývojovou jazykovou poruchou působí i manuální činnost jako taková, dále manipulace s dveřmi ve smyslu jejich odemykání a zamykání, otevírání nejrůznějších objektů (Pospíšilová, 2018a) či střihání (Mikulajová, 2016). Z uvedených manuálních činností můžeme v souvislosti s problematickou opozicí prstů konkrétně zmínit například navlékání korálků či umístění kolíků do otvoru (Sanjeevan et al., 2015). Konkrétní dopad zmíněných koordinačních deficitů můžeme pozorovat také ve školní výuce v rámci geometrie, kdy je pro dítě obtížné nejen samotné rýsování, ale i manipulace s pravítkem nebo kružítkem (Mlčáková, 2013a).

Poruchu lze zaznamenat také v **haptice**, neboli taktilním vnímání. Vitásková (2005) v této souvislosti zmiňuje narušení tzv. stereognozie, jíž rozumíme manuální identifikaci tvarů bez vizuální kontroly. O přítomnosti deficitů z hlediska haptického rozpoznávání pojednávají i některé zahraniční studie (např. Montgomery, 1993; Mürsepp et al., 2014), prokazující tyto deficity u dětí školního věku s vývojovou jazykovou poruchou. Studie autorského dua Tseng a Hsu (2023) však jako první zkoumala a prokázala vzájemný vztah mezi motorickými dovednostmi a haptickými funkcemi u dětí ve školním věku s vývojovou jazykovou poruchou.

Koordinační deficity se promítají i do motorických oblastí vyžadujících vysokou míru preciznosti pohybu, tedy do **grafomotoriky a orální motoriky**, které jsou mnohdy vzájemně propojeny⁶ (Pospíšilová, 2018a). Narušení grafomotorických dovedností je pak patrné v nesprávném úchopu tužky (Mikulajová, 2016), přílišném tlaku na podložku, anebo v rozsahu písmen, kde jsou pro děti obtížně zvladatelné jak tvary samotných písmen, tak tvary jejich elementů a také napojení jednotlivých písmen do slov. Specifika v kontextu narušení jsou zřejmé i u grafické linie. Může se objevit tremor, nenávaznost linie anebo její nedodržení (Mlčáková, 2013a). Orální motorika je dle Mlčákové (2013a, s. 84) narušena v: „*přesnosti a koordinaci artikulačních pohybů jazyka, v diadochokinezi.*“ O problematice orální motoriky ve vztahu k vývojové jazykové poruše, konkrétně ve smyslu verbální dyspraxie, je blíže pojednáváno v podkapitole *1.5.5 Komorbidita DLD a dalších poruch.*

⁶ Příkladem tohoto vzájemného vztahu je například souvztažnost nekonstantního přítlaku na tužku a pohybu mandibuly a laterálních či laterálních a elevačních pohybů jazyka (Pospíšilová, 2018).

Zraková percepce je sice například narušena v diferenciaci, avšak je celkově méně deficitní než sluchová percepce (Mikulajová, 2016). Oslabena je taktéž **vizuomotorická koordinace**. Kresba je v tomto důsledku typická výskytem organicity (Mlčáková, 2013a; Mikulajová, 2016). Linie jsou i v tomto případě narušeny⁷, při kresbě postavy je rovněž patrná disproporce částí těla a chybné rozmístění dílčích částí obrázku na papíře (Doležalová, Chotěborová, 2021).

Sluchová percepce je narušena v percepci a diskriminaci na úrovni jednotlivých zvuků, melodií i rytmu (Mikulajová, 2016; Pospíšilová, 2018a). Toto narušení se samozřejmě promítá do obtíží s rozlišením a zaznamenáním hlásek ve slovech, slov ve větách a zvukově podobných hlásek a slov. Při hluku je patrná hypersenzitivita (Pospíšilová, 2018a).

Mezi další deficitní oblast se řadí **pracovní paměť** (Vugs et al., 2014), což má negativní dopad jak v jazykovém projevu, tak také v porozumění. Narušení verbální pracovní paměti⁸ je pak spjato s již zmíněnými narativními dovednostmi, které jsou u dětí s vývojovou jazykovou poruchou oslabeny (Acosta Rodríguez et al., 2017). S narušením se v rámci pracovní paměti můžeme setkat také u fonologické smyčky (Bishop et al., 2017).

Zhoršená je také úroveň **pozornosti**, která je velmi proměnlivá a jedinci vykazují zvýšenou míru unavitelnosti (Bytešníková, 2012; Pospíšilová, 2018a).

Emocionalita osob s vývojovou jazykovou poruchou je neméně důležitou symptomatologickou stránkou, v níž se logicky dopad jednotlivých zmíněných symptomů na daného jedince odráží. K pochopení a uvědomění si svých odlišností v komunikaci dochází již v předškolním věku. Důsledkem této skutečnosti může být přítomnost emocionální lability, jistá míra závislosti na dospělých osobách a také nejistota. Vyskytnout se může také agresivita či hyperaktivita (Mikulajová, 2016). Ve školním věku ovlivňují jazykové deficity emocionální i sociální vývoj jedince a jsou tak rizikovým faktorem případného neúspěchu ve škole (Acosta Rodríguez et al., 2022).

Projednávaným je v neposlední řadě i průnik mezi vývojovou jazykovou poruchou a **lateralitou**. Mlčáková (2013a) uvádí, že jedinci s vývojovou jazykovou poruchou mají oproti typicky se vyvíjejícím jedincům četnější výskyt nevyhraněné lateraloty, tedy ambidextrie. Za častý lze dle Kejkličkové (2016) považovat i zkřížený typ lateraloty. Wilson a Bishop (2018)

⁷ Linie mohou být slabé, rozechvělé či nedokončené nebo naopak dochází k jejich přetahování (Doležalová, Chotěborová, 2021).

⁸ Verbální pracovní paměť je zodpovědná za aktivní udržení podstatných informací, což umožňuje jejich využití pro vyprávění (Acosta Rodríguez et al., 2017).

však provedli rozsáhlý výzkum⁹, zabývající se právě vztahem mezi atypickou lateralitou a vývojovými jazykovými obtížemi. Bylo zjištěno, že v rámci obsáhlého vzorku participantů nebyla zaznamenána zvýšená prevalence atypické laterality u dětí s vývojovou jazykovou poruchou. Snížená dominance levé hemisféry pro jazyk není tedy dle autorů s největší pravděpodobností spjata s poruchami řeči. Pospíšilová (2018a) zaujímá v tomto případě neutrální stanovisko, tzn. vliv zkrřížené laterality či ambidextrie v souvislosti s vývojovou jazykovou poruchou (konkrétně v oblasti jemné a hrubé motoriky) nepopírá, ale ani nepotvrzuje.

1.4 Klasifikace vývojové jazykové poruchy

V České republice je momentálně využívána klasifikace dle 10. revize MKN (2016). Do budoucna lze však předpokládat změny v klasifikaci, které budou souviset s přechodem na 11. revizi (2022). Obě tyto zmíněné revize a jejich rozdíly mezi nosologickými jednotkami jsou z obecnějšího hlediska popsány rovněž v podkapitole *1.1.1 Vymezení vývojové jazykové poruchy v rámci MKN-10, ICD-11 a DSM-5*. Aktuální podkapitola *1.4* pak obsahuje, vzhledem k absenci klasifikace vývojové jazykové poruchy ve smyslu jednotlivých typů v DSM-5, přiblížení klasifikačních kritérií pro narušený vývoj řeči z hlediska klasifikace autorek Rapin a Allen (Rapin, 1996 in Mikulajová, 2016) a také konkrétních nosologických jednotek vývojové jazykové poruchy dle výše jmenovaných klasifikačních revizí MKN-10 (2016) a ICD-11 (2022).

1.4.1 Klasifikace narušeného vývoje řeči dle Rapin a Allen

Často užívanou je klasifikace autorek Rapin a Allen (Rapin, 1996 in Mikulajová, 2016), které rozdělují narušený vývoj řeči dle převládajících narušených jazykových schopností v klinickém obraze. Tato klasifikace obsahuje celkem 6 nosologických jednotek, zmíněných v tabulce 4.

⁹ Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 263 dvojčat ve věku od 6 do 11 let, z nichž bylo 107 s vývojovou jazykovou poruchou a 156 typicky se vyvíjejících (Wilson, Bishop, 2018).

Tabulka 4 – Klasifikace narušeného vývoje řeči dle Rapin a Allen (Rapin, 1996 in Mikulajová, 2016)

Fonologicko-syntaktický syndrom	Jedná se o nejčteněji se vyskytující typ. Vyznačuje se nesprávnou výslovností a neplynulostí řeči. Typické jsou krátké výpovědi s dysgramatismy, které lze zaznamenat zejména u koncovek při skloňování a časování, charakteristická je také eliminace předložek, spojek či částic. I přesto, že je narušení patrné zejména v expresi, lze pozorovat taktéž deficity v recepci, konkrétně v oblasti porozumění náročnějším výpovědím a abstraktním pojmům.
Syndrom deficitního fonologického programování	Vyskytuje se narušení ve srozumitelnosti řeči. Jedinec však řeč tvoří bez výraznějších obtíží, porozumění řeči je dobré, promluva je plynulá a obsahuje rozsáhlé věty.
Verbální dyspraxie	Narušení motorického plánování řeči na úrovni mozkové kůry. V promluvě dítěte lze sledovat námahu a neobratnost. Deficitní je také oblast tvorby hlásek a vyskytuje se i komolení slov. Výpovědi jedinců jsou kratšího charakteru. Porozumění řeči je na přiměřené úrovni.
Verbální sluchová agnózie	V některých případech bývá označována taktéž jako tzv. slovní hluchota. Jedná se o těžkou percepční sluchovou poruchu, která se vyskytuje velmi ojediněle. Dítě není schopno porozumět mluvené řeči, na druhou stranu však není narušeno pochopení významu gest. Jedinec se buďto vůbec nevyjadřuje mluvenou řečí, anebo je řeč velmi limitovaná a s deficitem v artikulaci.
Lexikálně-syntaktický syndrom	Vyznačuje se obtížemi ve výbavnosti slov a také narušením narativních dovedností či schopností spontánní konverzace. Řečový projev obsahuje

	krátké a gramaticky jednoduché věty, přičemž lze tuto skutečnost považovat spíše za nezralost než za narušení. Oblast recepce je více deficitní u abstraktního obsahu než v případě kontextu.
Sémanticko-pragmatický syndrom	Promluva dítěte je plynulá a bez narušené artikulace. Výrazné obtíže jsou však patrné v obsahové stránce sdělení, mohou být přítomny také echolálie. Nápadné deficity lze pozorovat v recepci, může docházet ke zkreslení porozumění v důsledku nesprávné generalizace. Jedinec v některých případech není schopen zcela porozumět své vlastní promluvě. Problematická je pro dítě konverzace ve smyslu střídání rolí či zachování tématu. Jestliže je patrné sloučení se symptomy z tzv. autistické triády (popř. dyády) lze hovořit o výskytu tohoto syndromu i v případě poruchy autistického spektra.

1.4.2 Klasifikace vývojové jazykové poruchy dle MKN-10

V MKN-10 (2016) je vývojová jazyková porucha řazena pod kategorii F80 Specifické poruchy řeči a jazyka. Zde kromě jiných nosologických jednotek spadají také F80.1 Expresivní porucha řeči a F80.2 Receptivní porucha řeči, které jsou v podkapitole blíže nastíněny.

Expresivní poruchou řeči rozumíme specifickou vývojovou poruchu, vyznačující se výrazně sníženou úrovní způsobilosti expresivního používání mluvené řeči, která neodpovídá mentálnímu věku dítěte. Jazykové chápání je však v normě. S touto poruchou se případně mohou, ale nemusí vyskytovat také poruchy artikulace. Takto charakterizována je vývojová afázie či dysfázie expresivního typu (MKN-10, 2016).

Receptivní porucha řeči je označením pro specifickou vývojovou poruchu, kdy je přítomen deficit v pochopení řeči, který nekoresponduje s mentálním věkem jedince. Charakteristickým symptomem je markantně narušená řečová exprese, přičemž toto narušení se vyskytuje prakticky pokaždé. Deficity v tvorbě slova a zvuku jsou rovněž čteně se vyskytujícími symptomem. Do této kategorie se řadí vrozená neschopnost sluchového vnímání, dále vývojová

dysfázie nebo afázie receptivního typu, Wernickeova afázie či slovní hluchota (MKN-10, 2016).

1.4.3 Klasifikace vývojové jazykové poruchy dle ICD-11

ICD-11 (2022) klasifikuje vývojovou jazykovou poruchu pod kategorií 6A01 Developmental Speech or Language disorders¹⁰, kam se řadí spolu s dalšími diagnózami. Konkrétně je zde pak vývojová jazyková porucha označena kódem 6A01.2 Developmental Language Disorder, kam spadají jednotlivé typy (viz tabulka 5), které jsou z důvodu absence českého překladu uvedeny ve zmíněné tabulce v anglickém jazyce. Pro jejich bližší popis byl pak využit volný překlad do českého jazyka. Dílčí typy jsou v tomto případě charakterizovány dle převažujícího symptomatologického specifika.

Tabulka 5 – Vývojová jazyková porucha, ICD-11 (2022)

6A01.2 Developmental Language Disorder	
6A01.20	Developmental Language Disorder with impairment of receptive and expressive language
6A01.21	Developmental Language Disorder with impairment of mainly expressive language
6A01.22	Developmental Language Disorder with impairment of mainly pragmatic language
6A01.23	Developmental Language Disorder with other specified language impairment

U 6A01.20 Vývojové jazykové poruchy s narušením receptivní a expresivní složky jazyka je přítomno významné narušení schopnosti učení se a porozumění mluvenému či znakovému jazyku (tzn. receptivní složce jazyka), které je neadekvátní věku jedince. Současně s tímto narušením se objevuje přetrvávající deficit spočívající v omezené schopnosti produkce a užití mluveného či znakového jazyka (tzn. expresivní složce jazyka) (ICD-11, 2022).

6A01.21 Vývojová jazyková porucha jazyka s narušením převážně expresivní složky jazyka je přítomna tehdy, pokud je schopnost produkce a užití mluveného či znakového jazyka (tzn. expresivní složka jazyka) výrazně nepřiměřena věku jedince, avšak schopnost porozumění mluvenému či znakovému jazyku (tzn. receptivní složce jazyka) je poměrně nenarušena (ICD-11, 2022).

¹⁰ Volně přeloženo jako vývojové poruchy řeči nebo jazyka.

Klasifikátor **6A01.22 Vývojová jazyková porucha s dominantním narušením pragmatické jazykové roviny** značí typ vývojové jazykové poruchy, kdy jsou patrné přetrvávající a závažnější deficity v porozumění a užívání jazyka ve smyslu sociálního kontextu¹¹. Recepce a exprese jsou poměrně nenarušeny, a naopak podstatné narušení, neodpovídající věku jedince, je patrné v pragmatice. Tyto pragmatické deficity jsou ve větším rozsahu než jiné složky jazyka¹² spjaty s výrazným narušením funkční komunikace. Důležité je rovněž zmínit, že tento konkrétní kvalifikátor by neměl být využíván v případě, kdy je pragmatická jazyková rovina narušena důsledkem vzájemné spojitosti s diagnózou poruch autistického spektra (ICD-11, 2022).

6A01.23 Vývojová jazyková porucha s jiným specifickým narušením jazyka je nosologickou jednotkou, která se užívá v případě, kdy vývojová jazyková porucha sice vykazuje všechna diagnostická kritéria, avšak není přítomen jeden z dostupných specifikačtorů, který by dostatečně charakterizoval vzorec jazykových deficitů (ICD-11, 2022).

1.5 Komorbidity vývojové jazykové poruchy s dalšími poruchami

V rámci této podkapitoly jsou uvedeny poruchy, s nimiž se vývojová jazyková porucha může současně vyskytovat. Tyto poruchy jsou zde následně také více specifikovány a přiblíženy.

V případě dětí s vývojovou jazykovou poruchou lze zaznamenat jisté klinické projevy neurologických dysfunkcí (Dlouhá, 2012). Pospíšilová (2018a) uvádí, že shodným rysem neurovývojových poruch je jejich společný výskyt. Komorbidita vývojové jazykové poruchy je možná s diagnózami jako například ADHD, vývojovou koordinační poruchou¹³ (Pospíšilová, 2018a; Dlouhá et al., 2020), specifickými poruchami učení, úzkostnými poruchami, koktavostí, neorganickou enurézou, elektivním mutismem, PAS¹⁴, dále při těžké ztrátě sluchu (Pospíšilová, 2018a) či se sociální poruchou nebo problémy s chováním (Bishop et al., 2016). Lewis et al.

¹¹ Do sociálního kontextu lze zařadit např. vyvozování závěrů, pochopení humoru či pochopení dvojsmyslného i přeneseného významu (ICD-11, 2022).

¹² Do nichž můžeme zařadit např. syntax či sémantiku (ICD-11, 2022).

¹³ Často v orální a grafické formě či verbální nebo artikulační formě (Pospíšilová, 2018).

¹⁴ V tomto případě však není komorbidita ještě zcela prokázána (Doležalová, Chotěborová, 2021).

(2015) však označuje jako komorbidní poruchu, která je typická a velmi často se vyskytující, taktéž artikulační poruchu (speech sound disorder)¹⁵ a verbální dyspraxii.

1.5.1 Komorbidita DLD a ADHD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je neurovývojová porucha, jež začíná v dětství a její výskyt je častější u chlapců než u dívek (Thapar, Cooper, 2015). Celkový poměr mezi pohlavími (chlapci a dívkami) je 3-5:1 (Dlouhá, 2017a) a prevalence pak činí zhruba 5 % (Banaschewski et al., 2017). V případě této komorbidity je u dítěte zřejmá vysoká míra unavitelnosti (dítě se snadno unaví) a udržení pozornosti je pro něj problematické (Doležalová, Chotěborová, 2021).

Dle DSM-5 (Raboch et al., 2015) jsou v rámci diagnózy ADHD obsaženy tři základní oblasti příznaků, jimiž jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. MKN-10 (2016) klasifikuje v tomto případě zastřešující nosologickou jednotku F90 Hyperkinetické poruchy, které jsou mimo jiné charakteristické časností výskytu, a to zpravidla v prvních pěti letech života. Dále je typická nedostačující vytrvalost v činnostech, jež vyžadují využití poznávacích schopností. Zřetelná je i dispozice k přeskokování mezi činnostmi bez jejich jednotlivých dokončení a taktéž celková dezorganizace či nedostatečně regulovaná a nadměrná aktivita. Zmíněné poznávací schopnosti jsou obvykle narušeny a také je přítomna častá disproporce z hlediska specifického opoždění v motorickém a jazykovém vývoji. Přítomno však může být široké spektrum dalších abnormalit. Tato nosologická jednotka je dále rozřazena na F90.0 Porucha aktivity a pozornosti, kam je řazen Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou a Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Dále zde spadá F90.1 Hyperkinetická porucha chování, obsahující Hyperkinetickou poruchu sdruženou s poruchou chování a F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy či F90.9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná.

Z hlediska 11. revize MKN (ICD-11) (2022) dochází ke změně klasifikace, kdy se v tomto případě užívá označení Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), stejně jako tomu je v DSM-5. Toto označení tak nahrazuje stávající Hyperkinetickou poruchu. Další změnou v klasifikaci je rovněž to, že ADHD je zde samostatnou nosologickou jednotkou – 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder, narozdíl od MKN-10.

¹⁵ Za níž lze považovat dyslalii (Lewis et al., 2015).

Brites (2021) uvádí, že jazykové obtíže mohou být v případě ADHD vyjádřeny v jakémkoli věku a taktéž v rozličné intenzitě, což s sebou může nést riziko negativního dopadu jak na oblast každodenních činností, tak také na proces učení, jež je úzce spjat právě se správným osvojením jazyka v rámci vývoje dítěte. Taktéž s těmito jazykovými obtížemi souvisí, mimo jiné, problémy ve verbálních a neverbálních schopnostech. ADHD může během dětství a dospívání zasahovat do čtyř oblastí jazyka. První z nich je opoždění osvojování řeči a strukturalizace jazyka, kde můžeme konkrétně zaznamenat opoždění v akvizici řeči, artikulační odchylky, deficit paměti a fonologické manipulace, obtíže s rytmem a sebekontrolou v mluvě. Další oblastí je oblast sluchového zpracování, kde jsou zřetelné deficity v integraci, temporalitě a asociaci zvuků. Dále se mohou vyskytnout abnormality v oblasti v řeči, kde je zřetelný deficit v pragmatické jazykové rovině či ve vnímání prozodie během řeči, zdlouhavost mluvního projevu apod. V neposlední řadě se mohou objevit nedostatky v oblasti lexie a grafie, kde je typické zpomalení v gramotnosti, opožděnost ve zpracování a pravopisu, chybná interpretace a tvorba textů či problémy s pochopením pravidel čtení a psaní.

Dle Mueller a Tomblina (2019) poukazuje přehled dostupné literatury na četný průnik mezi ADHD a jazykovým oslabením. ADHD je dle autorů obvykle spjata s deficitem exekutivních funkcí, a v případě hodnocení standardizovanými testy mnohdy i se souběžným narušením v oblasti morfosyntax. Také Stanford a Delage (2020) uvádějí u dětí s DLD jako často diagnostikovaný komorbidní deficit exekutivních funkcí. Existuje zde však odchylka z hlediska rozdílné kapacity pracovní paměti, kdy byl sice jak u dětí s ADHD, tak s DLD zaznamenán deficit v přesunu pozornosti, avšak pouze děti s DLD vykazovaly vulnerabilitu z hlediska pracovní paměti.

1.5.2 Komorbidita DLD a SPU

Dle Doležalové a Chotěborové (2021) lze mezi specifické poruchy učení, se kterými se vývojová jazyková porucha současně vyskytuje, zařadit například dyslexii či dysortografii. Četněji se s touto komorbiditou setkáváme u receptivního typu vývojové jazykové poruchy (Dlouhá, 2017a).

Dyslexie a dysortografie jsou v MKN-10 (2016) klasifikovány v rámci kategorie F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností. Kódem F81.0 Specifická porucha čtení je zde klasifikována dyslexie. Dle MKN-10 je dyslexií označována nápadná porucha vývoje

dovednosti čtení, které nemá výhradní opodstatnění v nízké úrovni mentálního věku, obtížích se zřetelnou ostrostí či nedostatečné výuce. Deficity se objevují také v oblasti čtení s porozuměním či hlasitého čtení. Specifické poruchy čtení se často objevují v komorbiditě s potížemi s psaním, jež jsou mnohdy perzistující až do období dospívání i přesto, že je v oblasti čtení dosaženo určité progresu. Z anamnézy lze rozpoznat, že předchůdcem specifických vývojových poruch čtení je porucha vývoje řeči nebo jazyka. Ve školním věku dochází ke komorbiditě s poruchami chování a emocí.

Dysortografie je v MKN-10 klasifikována v rámci F80.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti. V tomto případě je dle MKN-10 (2016) majoritním rysem významné narušení vývoje dovednosti psát bez přítomnosti komorbidit dyslexie, které nemá výhradní opodstatnění v nízké úrovni mentálního věku, obtížích při sledování čteného textu nebo nedostatečné výuce. Narušena je jak schopnost artikulace, tak rovněž korektnost vypisování slov.

Dlouhá (2012) uvádí, že komorbidita vývojové jazykové poruchy a dyslexie činí 40-50 % a až v 70 % případů se vyskytují příznaky dysortografie.

V případě specifických poruch učení byla realizována longitudinální studie v českém prostředí (Pospíšilová, Zapletalová, 2016 in Pospíšilová, 2018a). V rámci této studie bylo dokázáno, že u 98 % dětí, jež mělo diagnostikovanou vývojovou jazykovou poruchu v předškolním věku, mělo následně ve škole obtíže spojené s dyslexií a další symptomatologií smíšené poruchy učení. Zbývající 2 % byla tvořena dětmi, jež prozatím vyrovnaly lehký stupeň poruchy nadprůměrným intelektem. Lum et al. (2013) uvádí, že i procedurální paměť je v případě dyslexie zjevně narušena, stejně jako je tomu u vývojové jazykové poruchy.

Touto komorbiditou se zabývaly také autorky Adlof a Hogan (2018) ve smyslu zaměření se na širší jazykové dovednosti (např. slovní zásobu, syntax či diskurs) před a po diagnostikování dyslexie. Bylo zjištěno, že u dětí s dyslexií, ať už s komorbiditou DLD či bez této komorbidit, se často objevují jazykové deficity mimo fonologickou doménu (vyjma základních deficitů ve fonologické doméně). Děti s dyslexií tak mají obtíže nejen se čtením slov, ale rovněž s dalšími hledisky jazyka, které ovlivňují čtení s porozuměním. Obdobně je tomu tak i u dětí s vývojovou jazykovou poruchou, jež mají také obtíže nejen s porozuměním jazyku, ale v mnoha případech i se čtením slov či právě v oblasti čtení s porozuměním.

1.5.3 Komorbidita DLD a PAS

Pervazivní vývojové poruchy jsou zahrnující skupinou pro poruchy autistického spektra (PAS), Aspergerův syndrom a nespecifikované pervazivní vývojové poruchy (Preissová, 2018). MKN-10 (2016) klasifikuje Pervazivní vývojové poruchy jako F84. V následující tabulce (tabulka 6) lze vidět podrobný výčet jednotlivých diagnóz, jež jsou do F84 zařazeny.

Tabulka 6 – F84 Pervazivní vývojové poruchy, MKN-10 (2016)

F84 Pervazivní vývojové poruchy	
F84.0	Dětský autismus
F84.1	Atypický autismus
F84.2	Rettův syndrom
F84.3	Jiná dětská dezintegrační porucha
F84.4	Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
F84.5	Aspergerův syndrom
F84.8	Jiné pervazivní vývojové poruchy
F84.9	Pervazivní vývojová porucha NS

V 11. revizi MKN (ICD-11) (2022) i v tomto případě dochází ke změně. Poruchy autistického spektra jsou zde řazeny jako samostatná nosologická jednotka 6A02 Autism spectrum disorder, spadající do zastřešující kategorie 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, konkrétně pod kategorii Neurodevelopmental disorders. Aktuální kategorizace je uvedena níže v tabulce 7. Ke změně taktéž došlo i z hlediska vyjmutí Rettova syndromu, který je v MKN-10 stále ještě řazen mezi Pervazivní vývojové poruchy (tabulka 6). Nicméně v ICD-11 je Rettův syndrom již zvlášť kategorizován pod kategorií LD90 Conditions with disorders of intellectual development as a relevant clinical failure, konkrétně pak jako LD90.4 Rett syndrome.

Tabulka 7 – 6A02 Autism spectrum disorder, ICD-11 (2022)

6A02 Autism spectrum disorder	
6A02.0	Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language
6A02.1	Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language
6A02.2	Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with impaired functional language
6A02.3	Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with impaired functional language
6A02.5	Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with absence of functional language
6102.Y	Other specified autism disorder
6A02.Z	Autism spectrum disorder, unspecified

Pospíšilová (2018b) uvádí, že u výrazného množství dětí s vývojovou jazykovou poruchou lze zaznamenat symptomatiku z oblasti PAS. Konkrétně dochází k pozitivnímu skórování v oblasti diagnostických nástrojů zabývajících se zjišťováním klinického obrazu. Obdobně je tomu tak i v případě dětí s PAS, kde ještě vyšší množství dětí vykazuje projevy vývojové jazykové poruchy.

Komorbiditou mezi vývojovou jazykovou poruchou a poruchami autistického spektra (PAS) se dále zabývá například kyperská odborná studie Georgiou a Spanoudise (2021), zaměřující se na shody a rozdíly v jazyce. Tato studie v rámci skupiny dětí s PAS¹⁶ dokázala existenci podskupiny dětí vykazujících jazykové obtíže, které jsou obdobné jako u dětí s vývojovou jazykovou poruchou. Autoři poukazují na komorbiditu PAS a vývojové jazykové poruchy na základě nižších výsledků, jichž bylo dosaženo v oblasti všech jazykových ukazatelů, a to jak u skupiny dětí s PAS, tak u skupiny dětí s DLD.

I přesto se však můžeme u této komorbidity setkat s rozporuplným názorem, kdy je zmiňována nutnost podložení tohoto tvrzení dalšími poznatky, konkrétně rozsáhlým jazykovým testováním jak dětí s PAS, tak s DLD (Wittke et al., 2017).

¹⁶ Skupina dětí s PAS byla rozdělena na dvě podskupiny, jež byly tvořeny dětmi s narušením jazyka a dětmi bez narušení jazyka (language impairment – volně přeloženo jako narušení jazyka) (Georgiou, Spanoudis, 2021).

1.5.4 Komorbidita DLD a ztráty sluchu

Vývojová jazyková porucha se může současně vyskytovat i v kombinaci s těžkou ztrátou sluchu (Pospíšilová, 2018a). De Hoog et al. (2016) provedli studii, jež se zabývala právě touto komorbiditou. Studie byla zaměřena na zkoumání diferencí z hlediska jazykových schopností a profilů dětí s kochleárním implantátem v komparaci s profily typicky se vyvíjejících dětí, a profily dětí s vývojovou jazykovou poruchou. Výsledky ukazují, že primární problém, v jehož důsledku mají děti s kochleárním implantátem obtíže s mluvenou řečí, nespočívá v obtížích s jazykovým zpracováním, nýbrž v limitovaném sluchovém vnímání. Byla však zaznamenána existence podskupiny dětí s kochleárním implantátem, jejichž jazykové profily mají jistou podobu s profily dětí s DLD. Dle Pospíšilové (2019) lze o vývojové jazykové poruše taktéž uvažovat u dětí po kochleární implantaci, u nichž dochází k nenadálému zhoršení ve smyslu pokroku v mluveném jazyce.

Problematikou komorbidit DLD a ztráty sluchu se zabývaly taktéž Esbensen a Thomsen (2021). Ve své studii se autorky konkrétně zabývaly výbavností slov a lexikální organizací u dětí s lehkou až těžkou ztrátou sluchu, u dětí s DLD a u dětí typicky se vyvíjejících, ve věku 7-12 let. Z hlediska zmíněných oblastí, tedy vyhledávání slov a lexikální organizace, byla zjištěna zřetelná podobnost dětí s DLD a dětmi, jež mají ztrátu sluchu a jazykové obtíže.

1.5.5 Komorbidita DLD a dalších poruch

Mezi další diagnózy, které mohou být komorbiditou vývojové jazykové poruchy, lze zařadit například vývojovou koordinační poruchu (DCD) (Pospíšilová, 2018a; Dlouhá et al., 2020). Dle Biotteau et al. (2020) se vývojová koordinační porucha řadí mezi neurovývojové poruchy, ovlivňující schopnost dětí provádět koordinované motorické pohyby. V tomto důsledku jsou motorické výkony dětí pomalé, neobratné či nepřesné a u dětí se vyskytují například obtíže s učením se nových pohybů. V rámci vývoje lze u dětí s DCD zaznamenat potíže v oblasti jemné a hrubé motoriky, zhoršené posturální kontroly a rovnováhy a taktéž obtíže se senzomotorickou koordinací či poruchami motorického učení.

DCD postihuje 5-6 % dětí školního věku (Harris et al., 2015; Li et al., 2019). Za jeden ze subtypů vývojové koordinační poruchy lze považovat řečovou dyspraxii, do jejíž symptomatologie spadá například přítomnost nekonstantních chyb při vytváření jednotlivých

hlásek, nesprávné nastavování mluvidel, zaostávání řazení hlásek ve slově za sebou, nestálá přítomnost fonemických poruch typu záměn v projevu, eliminace a perserverace artikulačních segmentů projevu, zejména konsonantů (Neubauer, 2018).

Dále se vyskytuje komorbidita vývojové jazykové poruchy s poruchou plynulosti řeči – koktavostí (Pospíšilová, 2018a). Koktavost lze definovat jako poruchu řeči, vyskytující se u osob v rámci všech věkových kategorií a ovlivňující normální plynulost a časové vzorce řeči. Etiologické hledisko pojednává o vztahu s rozdílnou anatomií mozku, dále s fungováním a regulací dopaminu. O těchto rozdílech se předpokládá, že jejich vznik souvisí s genetickými příčinami (Perez, Stoeckle, 2016). Děti s vývojovou jazykovou poruchou mají vysoké riziko vzniku symptomů poruchy řečové plynulosti. Gradace obtíží ve smyslu zhoršení jde ruku v ruce se vzrůstajícím řečovým stresem či s rostoucím edukačním tlakem (Dlouhá, 2012).

Komorbiditu lze zaznamenat i v rámci elektivního mutismu (Pospíšilová, 2018a). Jedná se o poruchu typicky se objevující v raném dětství, při níž jedinec nemluví v určitých sociálních situacích i přesto, že v jiném prostředí běžně hovoří. Zpočátku se tato porucha nejvíce projevuje ve školním prostředí, kde děti nemluví. Elektivní mutismus může mít na daného jedince důsledek v sociální či akademické oblasti. V současnosti je tato porucha pojímána jako úzkostná porucha (Hua, Major, 2016).

Co se komorbidity vývojové jazykové poruchy s jinými poruchami týče, je zde stále široké spektrum neprobádaných oblastí.

2 Diagnostika vývojové jazykové poruchy a interdisciplinární spolupráce

Podkapitola 2.1 *Diagnostika vývojové jazykové poruchy* obsahuje poznatky o logopedické diagnostice ve vztahu k vývojové jazykové poruše. Multioborová spolupráce je následně charakterizována v následující podkapitole 2.2 *Interdisciplinární spolupráce*.

2.1 Diagnostika vývojové jazykové poruchy

Pro tuto oblast hraje velkou roli věk dítěte, v němž je možné diagnostiku uskutečnit. U dětí narozených bez pre-, peri-, a postnatálního poškození je vhodné, aby případné souvislé sledování nejen klinickým logopedem, ale i dalšími odborníky započalo od třetího roku věku (Dlouhá, 2017a).

Vyšetření spočívá nejen v pozorování dítěte, ale i v jeho interakci s odborníkem či s rodiči. Pro kompletaci anamnestických údajů je důležitá realizace rozhovoru s rodiči a následné vyšetření klienta za využití testů či zkoušek (Pospíšilová, 2018a). Kejkličková (2016) vymezuje několik dílčích diagnostických oblastí, které je potřeba do diagnostického procesu zahrnout. V této souvislosti je potřeba vyšetřit oblast motorických funkcí, laterality, orientace v prostoru a čase, zrakové a sluchové percepce, paměti, lexie, grafie a kalkule a v neposlední řadě taktéž oblast řeči, konkrétně ve smyslu vnímání a porozumění a také vyšetření řečové produkce.

Vacková (2019) poukazuje na vhodnost využívání vývojových škál při diagnostickém procesu. Zmiňuje například Škálu Bayleyové (Bayley, 2006), která je určena dětem ve věku do tří let a pomocí níž je možno orientačně zhodnotit vývoj dítěte a odhalit případná rizika. Škála obsahuje mentální, motorickou a behaviorální škálu. Škálu Bayleyové může po absolvování specializovaného kurzu využívat i klinický logoped. Z vývojových škál mohou být využity také Gesellovy vývojové škály (Vágnerová, 2021), které do určité míry fungují na podobném principu jako škála Bayleyové, avšak jsou již starší. V současnosti se užívají zejména v úpravě Knoblochové et al. (1980).

Oblast **motoriky** je důležité vyšetřit z hlediska hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, orofaciální motoriky a motoriky mluvidel (Dlouhá, 2017b). Pro zhodnocení hrubé i jemné

motoriky lze využít screeningový test Orientační test dynamické praxe. Tento testový materiál obsahuje dílčí položky pro zhodnocení pohybů dolních končetin, horních končetin a jazyka (Míka, 1982). Motorické schopnosti je rovněž možno vyšetřit standardizovanou testovou baterií Test motoriky pro děti MABC-2 (Movement Assessment Battery for Children, second edition) autorů Henderson, Sugden a Barnett, skládajícího se ze 3 komponent, zaměřujících se na hrubou i jemnou motoriku a taktéž na oblast rovnováhy. Autorem prvního českého vydání je Rudolf Psotta (Psotta, 2014). Dlouhá (2017b) z testových metod dále uvádí Vyšetření jemné motoriky dle Ozereckého.

Grafomotoriku lze vyšetřit Testem obkreslování, který je určen dětem ve věku 5-12 let (Matějček, Vágnerová, 1974). U kresby však probíhá celkové sledování nejen zájmu dítěte o kresbu, jejího obsahu a kvality provedení, ale taktéž sledování pracovních návyků při její realizaci, ve smyslu držení těla, psacího náčiní, postavení ruky při kresbě, uvolnění ruky či tlaku na podložku. Pro zhodnocení spontánní kresby, grafomotorických prvků, návyků při kreslení či vizuomotoriky lze využít Vývojové škály rozvoje motoriky (Bednářová, Šmardová, 2015).

Dlouhá (2017b) uvádí, že orální motorika může být vyšetřena Testem aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta. Pro tuto oblast je možno využít i oddílů faciokineze z Testu 3F – Dysartrického profilu, zaměřujícího se na činnost artikulačních svalů (Roubíčková, Hedánek, 2011).

Lateralitu lze určit standardizovaným testem Zkouška laterality (Matějček, Žlab, 1972), který obsahuje dílčí úkoly, zaměřené na stanovení laterální preference a dominance horní končetiny. Tyto úkoly jsou následně doplněny úlohami zjišťujícími laterality oka, ucha a dolní končetiny.

Další ze zmíněných oblastí, které je nutno posoudit, je **orientace v prostoru a orientace v čase**. Bednářová a Šmardová (2015) v tomto případě uvádí Vývojové škály prostorového vnímání a Vývojové škály vnímání času. V rámci **prostorového vnímání** autorky zmiňují zahrnutí pojmů, předložkových vazeb, orientace v okolí a pravolevé orientace, kdy je možno vybrané z nich vyšetřit s využitím vázaných příloh. Mezi zmíněné spadají pojmy nahoře, dole, níže, výše, vpředu, vzadu, daleko, blízko, první, poslední, uprostřed, prostřední, předposlední a také hned před a hned za. Z předložkových vazeb by měly být při vyšetření zahrnuty na, do, v, před, za, nad, pod, vedle a mezi. Orientace v okolí může být posouzena dotazováním dítěte na známou trasu (např. do mateřské školy, obchodu apod.). Pravolevá orientace je pak vyšetřována na vlastním těle dítěte a v rámci umístování předmětu. Při vyšetření **orientace v čase** se

zaměřujeme na časovou organizaci dne, kdy se dítěte ptáme na činnosti pro danou část dne (ráno, poledne, odpoledne, večer). Dále zahrnujeme do vyšetření taktéž dny v týdnu, roční období či dějovou posloupnost.

Zraková percepce může být vyšetřena z hlediska percepce barev či figury a pozadí, optické diferenciaci, optické analýzy a syntézy, očních pohybů či zrakové paměti. Pro zhodnocení zmíněných oblastí lze využít Vývojové škály zrakového vnímání (Bednářová, Šmardová, 2015). Posouzení úrovně zrakové percepce lze rovněž realizovat pomocí specifických testových metod, jako např. Edfeldtův reverzní test, který pro české prostředí upravila Miriam Malotínová. Tento test monitoruje úroveň zralosti zrakové percepce dítěte či schopnost diferenciaci obrácených, anebo otočených tvarů (Edfeldt, 1992). Velmi známým je i Vývojový test zrakového vnímání, který obsahuje celkem 5 subtestů, zahrnující oblasti vizuomotorické koordinace, figury a pozadí, konstantnosti tvaru, polohy v prostoru či prostorových vztahů (Frostigová, 1972).

Pro vyšetření **sluchové percepce** je možno použít Zkoušku sluchového rozlišování – Wepman, Matějček či Zkoušku sluchové analýzy a syntézy – SAS-M (Matějček, 1995). Oblast fonemického sluchu může být vyšetřena standardizovaným testem Hodnocení fonemického sluchu u dětí předškolního věku (Škodová et al., 1995).

Dalšími oblastmi, které by měly být zahrnuty do diagnostického procesu, jsou **paměť a pozornost**. Kejkličková (2016) uvádí, že by měla být vyšetřena krátkodobá paměť, která je u dětí s DLD deficitní. Pospíšilová (2018a) zmiňuje také zhodnocení kapacity fonologické smyčky. U dětí s DLD rovněž dochází k fluktuaci pozornosti (Kejkličková, 2016). Lze ji vyšetřit například pomocí Testu cesty (Trail Making Test), kdy je však potřeba brát v potaz nutnost znalosti písmen a číslic na patřičné úrovni (Preiss, Panamá, 1995).

Vyšetření **lexie a grafie** uvádí Dlouhá (2017b) u dětí ve školním věku. Tyto oblasti jsou vyšetřovány dle stáří dítěte, s důrazem na přepis diktovaného textu v případě očekávaného výskytu dyslexie, dysgrafie či dysortografie. Dle Pospíšilové (2018a) lze pro oblast lexie zahrnout i Zkoušku čtení (Matějček et al., 1987). U **kalkulie** zdůrazňuje Pokorná (2010) monitorování správnosti psaní číslic ve smyslu výskytu zrcadlového zápisu, jejich záměny v důsledku deficitní sluchové diferenciaci, anebo záměny jejich pořadí u víceciferných čísel, správnost provedení matematických operací atd.

Oblast **řeči** je nutno posoudit jak z hlediska recepce, tak z hlediska exprese řeči (Kejkličková, 2016). Pro zhodnocení **recepce řeči** může být nápomocný standardizovaný test

TEPO – test porozumění větám, pro děti ve věku 3-8 let (Solná, Červenková, 2022) či Token test pro děti, který byl standardizován pro Českou republiku (Bolceková et al., 2015). Dětskou verzi Token testu lze ovšem využít i pro zmonitorování krátkodobé verbální paměti (Pospíšilová, 2018a). Diagnostiku **řečové exprese** je možno provést v rámci jednotlivých jazykových rovin, tedy foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické jazykové roviny.

Foneticko-fonologickou jazykovou rovinu můžeme například zhodnotit analýzou spontánní řeči (Pospíšilová, 2018a). Kromě spontánního projevu dítěte lze artikulaci hodnotit i na základě pojmenování obrázků, vyprávění, opakování slov po vyšetřujícím apod. (Bednářová, Šmardová, 2015). Součástí hodnocení této jazykové roviny je dle Mikulajové (2003) také fonemická diference, kterou lze vyšetřit Zkouškou sluchového rozlišování – Wepman, Matějček (Matějček, 1995) či Hodnocení fonemického sluchu u dětí předškolního věku (Škodová et al., 1995) (uvedených také u zhodnocení sluchové percepce).

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina může být posuzována Zkouškou jazykového citu, která se skládá z pěti subtestů mapujících oblast morfolgie a je standardizována pro české prostředí (Žlab, 1992). Tímto materiálem lze zhodnotit korektnost gramatiky. Dále je možné využít také Opakování vět podle Grimmové (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

Lexikálně-sémantická jazyková rovina je z hlediska diagnostiky zaměřena na zhodnocení úrovně pasivní i aktivní slovní zásoby a chápání významu slov (Mikulajová, 2003). Pasivní slovní zásoba může být posouzena Obrázkově-slovníkovou zkouškou (Kondáš, 1972). Aktuálním testem pro aktivní slovní zásobu u dětí ve věku 3-8 let je test TEPRO – test produkce slovní zásoby (Solná, 2022).

Pragmatická jazyková rovina se posuzuje z několika hledisek. Sledována je účelnost komunikace, při vyprávění či žádosti je možno posoudit úroveň udržování dějové i časové linie a v neposlední řadě je žádoucí posoudit celkovou srozumitelnost řeči (Dlouhá, 2017b). Narativní dovednosti lze vyšetřit diagnostickým nástrojem MAIN (Multilingual assesment instrument for Naratives), jehož česká verze byla adaptována v roce 2020 (Gagarina et al., 2020). Úprava české verze byla provedena Miroslavou Novákovou Schöffelovou a Marínou Mikulajovou. Narace je vyšetřována pomocí 4 příběhů s příslušnými záznamovými archy. Součástí české verze je rovněž metodická příručka s instrukcemi k administraci a hodnocení tohoto diagnostického nástroje (Nováková Schöffelová, 2020).

Z testových metod komplexnějšího charakteru můžeme zmínit Heidelberský test řečového vývoje (H.S.E.T.) autorů Grimmové a Scholera (1991 in Vágnerová, 2021), který do slovenské verze upravila Marína Mikulajová a je určen dětem ve věku 5-9 let. Celkem 13 subtestů pojímá oblasti větné a morfologické struktury, větného, slovního a interakčního významu a interakční úrovně. Pro české prostředí není tato metoda standardizována (Vágnerová, 2021). Z novějších diagnostických materiálů lze jmenovat také diagnostickou baterii Diagnostika jazykového vývoje autorů Seidlové Málkové a Smolíka (2014), obsahující celkem deset subtestů. Prvních pět subtestů hodnotí zpracování fonologické informace a dalších pět je zaměřeno na hodnocení slovní zásoby, porozumění jazyku a na hodnocení gramatiky.

Diferenciální diagnostika pak spočívá v odlišení vývojové jazykové poruchy od jiných poruch a vad. Vývojovou jazykovou poruchu je nutné odlišit od artikulační poruchy, opožděného vývoje řeči prostého, sluchové vady, mentální retardace, poruch autistického spektra, dále od rozličných genetických onemocnění jež vykazují příbuznou symptomatologii (např. Angelmanův syndrom či Klinefelterův syndrom), Landau-Kleffner syndromu (neboli získané poruchy řeči s epilepsií) a také od podnětové či emoční deprivace (Kejklíčková, 2016; Pospíšilová, 2018a), kdy ale při těchto deprivacích Krejčířová (2021) zmiňuje, že změna prostředí je ve většině případů pozitivním faktorem pro úpravu poruchy řeči.

Diagnostický proces je nicméně celkově zkomplikován absencí ucelené diagnostické baterie. Tato absence je důsledkem náročného a dlouhotrvajícího procesu standardizace jazykových testů (Pospíšilová, 2018a).

2.2 Interdisciplinární spolupráce

Tato podkapitola se zabývá tématem multidisciplinární spolupráce v kontextu vývojové jazykové poruchy. Přiblížení jsou zde jednotliví odborníci, kteří spolu s klinickým logopedem v této problematice figurují, a to nejen z hlediska diagnostiky, ale také terapie či podpory.

U tématu interdisciplinarity upozorňuje Vitásková (2013) na důležitost spolupráce logopeda s dalšími odborníky, mezi kterými zmiňuje například pediatra, psychologa, foniatra, neurologa či psychiatra. Taktéž Dlouhá (2017b) uvádí přínosnost konziliárního vyšetření a významnost znalosti rodinné, osobní a sociální anamnézy vzhledem k etiologickým faktorům genetického charakteru. Důraz by měl být kladen především na údaje, týkající se motorického vývoje dítěte, který má přímou souvislost se zráním CNS.

2.2.1 Dětský klinický psycholog

Pro výkon této profese je nezbytné magisterské vzdělání v oboru psychologie, ukončení kurzu AKK Psycholog ve zdravotnictví a následná postgraduální specializační příprava zakončená atestační zkouškou, kterou je nutno ještě dále rozšířit o vykonání atestace z dětské klinické psychologie (Král, 2022).

Dětský klinický psycholog je z hlediska interdisciplinarity velice důležitým odborníkem při diagnostickém procesu vývojové jazykové poruchy. Mimo další lze mezi jeho pravomoci zařadit posouzení celkového psychomotorického vývoje dítěte (Doležalová, Chotěborová, 2021). Tento odborník by měl zhodnotit úroveň několika oblastí. Jednou z nich jsou rozumové schopnosti jak ve složce verbální, tak i neverbální (Dlouhá, 2017b). U dětí předškolního věku jsou neverbální zkoušky stěžejní oblastí pro zhodnocení intelektu, kdy mohou být dle Krejčířové (2021) využity neverbální části Stanford Binetova inteligenčního testu – IV. revize, který lze aplikovat u dětí od tří let věku. Od pátého roku věku může tento odborník použít rovněž Ravenovy barevné matice (Raven et al., 1991) či neverbální část testu Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) (Wechsler, 1989). Z testových metod, využitelných u dětí s komunikačními potížemi, uvádí Vacková (2019) také neverbální inteligenční test SON-R 2 ½–7 (Tellegen et al., 2008). Autorka zmiňuje i přínosnost IDS neboli Inteligenční a vývojové škály pro děti ve věku 5-10 let (Grob et al., 2013). Pro děti předškolního věku se využívá škála IDS-P neboli Inteligenční a vývojová škála pro předškolní děti (Grob et al., 2018). Od šesti let věku doporučuje Vacková (2019) pro posouzení verbální a názorové oblasti také standardizovaný test WISC-III neboli Wechslerovu inteligenční škálu pro děti (Wechsler, 2002). Pro zhodnocení osobnosti dítěte může být například využito neverbálních projektivních metod, do nichž taktéž spadají metody kresebné (Vágnerová, 2021), přičemž Dlouhá (2017b) uvádí kresbu postavy jako jeden z ukazatelů vývoje dítěte v celkovém měřítku. V českém prostředí bývá využíván Test kresby lidské postavy, jehož autorkou je Florence Goodenough a autory české verze, která je standardizována pro českou populaci, jsou Jaroslav Šturma a Marie Vágnerová (1982).

Dále by mělo být zahrnuto posouzení úrovně socio-emočního vývoje a pro stanovení míry edukační zátěže je důležité znát vývoj výkonové motivace dítěte. Dětský klinický psycholog může taktéž ve spolupráci s PPP, SPC, popř. s ranou péčí figurovat v oblasti výchovně vzdělávacího procesu v rámci posouzení školní zralosti a doporučení vhodného školského zařízení. Stěžejní roli v celkovém rozvoji dítěte hraje i jeho rodinné klima, na němž se do jisté

míry podílí i vliv heredity, jelikož sami rodiče mají své vrozené dispozice z hlediska chování či sociokulturní úrovně (Dlouhá, 2017b).

2.2.2 Foniatr

Tento lékař je v procesu diagnostiky vývojové jazykové poruchy také velmi důležitou složkou, zejména z hlediska vyloučení sluchové poruchy. Realizace orientační sluchové zkoušky se odvíjí od věku a úrovně kooperace dítěte a lze k ní využít zvukové hračky, řeč či provést vyšetření obecnými zvuky (Dlouhá, 2017b). Sluchová zkouška řeči je prováděna za účelem stanovení vzdálenosti schopnosti opakování slov ze strany vyšetřovaného, a to slov vyslovených jak *vox sibilans*, tak *vox magna* a lze díky ní získat údaje o funkci sluchového analyzátoru (Šejna, 2018).

Ze subjektivních metod, tedy metod vyžadující spolupráci vyšetřované osoby, je při foniatrické diagnostice DLD dále využívána také tónová audiometrie (Veldová, 2018), mající stěžejní úlohu při vyloučení převodní sluchové vady, která může mít i v případě přechodného charakteru vliv na řečový vývoj (Dlouhá, 2017a).

Mezi metody objektivní neboli metody, jež jsou nezávislé na spolupráci vyšetřovaného, můžeme zařadit například metody BERA (evokované kmenové sluchové potenciály) a CERA (evokované korové sluchové potenciály) (Veldová, 2018).

Vyšetřována je dále percepce i exprese řeči, a to na úrovni všech jazykových rovin, tedy foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické jazykové roviny. Foniatr rovněž hodnotí úroveň hrubé i jemné motoriky a orofaciální motoriky (Dlouhá, 2017b).

2.2.3 Dětský neurolog

Neurologická diagnostika vývojové jazykové poruchy by měla být prováděna kvalifikovaným dětským neurologem (Veldová, 2018). V pravomocích neurologa je provedení základního neurologického vyšetření, na jehož základě je možné případný neurologický nálezhodnotit. Součástí základního neurologického vyšetření je anamnéza, po níž následuje vyšetření vědomí a kortikálních funkcí, orientační posouzení fatických funkcí, vyšetření

hlavových nervů, krku a krční páteře, horních a dolních končetin, trupu, páteře, stoje, chůze, čítí, mozečkových funkcí a extrapyramidového systému (Tichý, 2002).

Součástí neurologické diagnostiky je také posouzení EEG záznamu. EEG neboli elektroencefalografie, jež je elektrofyziologickou metodou, je Brožovou a Krškem (2021, s. 49) definována následovně: „*Jedná se o záznam časových změn elektrických potenciálů generovaných populacemi neuronů v určitých oblastech mozkové kůry.*“ Dlouhá (2012) uvádí, že některými autory byla nalezena souvislost vývojových poruch řeči se změnami na úrovni EEG záznamů. Dle Veldové (2018) je z EEG záznamů mnohdy patrný nálezn vlna-hrot, kdy ale zároveň absentuje klinický projev epilepsie.

Z dalších zobrazovacích metod, které mohou být při neurologické diagnostice využity lze jmenovat rentgenové vyšetření, CT (výpočetní tomografii), MR (magnetickou rezonanci), SPECT (jednofotonovou emisní výpočetní tomografii), PET (pozitronovou emisní tomografii) (Dlouhá, 2017b) či PSG (polysomnografii) (Dlouhá, 2012).

2.2.4 Ergoterapeut

Ergoterapeut je odborníkem, jehož pole působnosti může být nejen v sektoru zdravotnictví, ale také ve školském či sociálním resortu (Krivošíková, 2011). Tento odborník musí pro výkon povolání dosáhnout adekvátního vzdělání, jehož podmínky vymezuje §7, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů (neboli zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Profesní rozsah ergoterapeuta je skutečně široký a lze do něj zahrnout například ergoterapeutické vyšetření (konkrétně v oblastech analýzy činností, posouzení senzomotoriky a orientačního zhodnocení kognitivních funkcí vzhledem k analýze běžných činností), nastavení terapeutického plánu, realizaci ergoterapeutických postupů a metod, poradenství a v neposlední řadě také doporučení pomůcek kompenzační či technické povahy apod. (Česká asociace ergoterapeutů, 2023).

Vzhledem k charakteru vývojové jazykové poruchy, která je podrobně definována v kapitole *1 Vývojová jazyková porucha*, lze za velmi důležitou oblast zájmu označit hodnocení i terapii senzomotorických funkcí. Krivošíková (2011) uvádí, že v ideálním případě by měly být senzomotorické funkce vyšetřeny přímo při provádění daného pohybu, aby mohl ergoterapeut dostatečně zhodnotit úroveň možnosti provádění činnosti. Hodnocení senzomotorických funkcí

probíhá v několika oblastech, do kterých spadá vyšetření rozsahu pohybu, svalové síly, svalového tonu, cití, rovnováhy, chůze a jemné motoriky, kde se ergoterapeut konkrétně zaměřuje na její kvalitu (z hlediska koordinace a přesnosti), výkon (ve smyslu síly, rychlosti a vytrvalosti) a na hodnocení úchopů a manipulace s předměty.

2.2.5 Fyzioterapeut

U tohoto odborníka se rovněž vyžaduje odpovídající vzdělání, které je (stejně jako u ergoterapeuta) stanoveno v §7, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů (neboli zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Fyzioterapeut se narodil od ergoterapeuta zaměřuje na kvalitu pohybu. Konkrétně z diagnostického hlediska posuzuje funkci jednotlivých svalů a pohyb z hlediska jeho rychlosti, rozsahu a koordinace (Krivošíková, 2011). Mezi hojně využívané fyzioterapeutické metody můžeme začlenit např. Vojtovu metodu reflexní lokomoce či Bobath koncept apod. (Kantor, 2013). V současnosti se může fyzioterapeut také podílet na inhibici primárních reflexů. V případě, kdy má kromě vysokoškolského fyzioterapeutického taktéž vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogika je kompetentní k provádění Neuro-vývojové terapie (Volemanová, 2021), která je podrobněji definována v podkapitole *3.1 Stimulační programy a podpůrné terapie*. V oblasti inhibice primárních reflexů však existuje i možnost absolvování kurzu (např. kurz Primitivní reflexy – jejich význam v diagnostice a terapii posturálních a pohybových poruch), po jehož absolvování je jedinec způsobilý nejen k vyšetření přetrvávajících primárních reflexů, ale také k provedení diferenciatní diagnostiky (zda se nejedná o poruchu senzoričnou) a k nastavení a realizaci vhodného terapeutického plánu (Fyzi Beskyd, 2023).

2.2.6 Dětský psychiatr

Dětský psychiatr je lékařem, v jehož péči mohou být děti a adolescenti ve věku do 18 let, u nichž je přítomna duševní porucha anebo akutní krizová životní situace (Malá, 2008). Zahnutí tohoto odborníka do multidisciplinární spolupráce je žádoucí zejména v případě, kdy existuje podezření na výskyt psychických potíží závažnějšího charakteru, jenž by mohly mít

přímý vliv na narušený vývoj řeči. Dětského psychiatra je vhodné začlenit i v případě výskytu genetické predispozice v rámci rodiny (Vitásková, 2013).

Dětský psychiatr je také důležitým odborníkem v případě výskytu komorbidních poruch pozornosti či hyperkinetických poruch typu ADHD, anebo poruch chování či pervazivních vývojových poruch, kdy je potřeba dítě zhodnotit diagnostickými škálami (Dlouhá, 2017b). Terapie tohoto odborníka obsahuje biologickou, psychologickou a sociální složku, přičemž biologická složka zahrnuje, mimo další oblasti, podávání psychofarmak (Bažantová, 2015).

2.2.7 Raná péče

Jedná se o službu sociální prevence, která je definována v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, takto: „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“

Odborníci z řad rané péče mohou provést orientační posouzení schopností a dovedností dítěte, na jehož základě je poskytováno poradenství, do kterého lze zakomponovat i psychomotorický vývoj dítěte. V rámci této sociální služby jsou realizovány metody a techniky, které psychomotorický vývoj rozvíjí a podporují, a nezbytnou součástí je rovněž zaškolení rodičů ohledně jejich správného provádění. V případě potřeby je v kompetencích těchto odborníků také začlenění dítěte do programu podpory psychomotorického vývoje dítěte a poskytování doporučení či půjčení podporujících pomůcek (Společnost pro ranou péči, 2023).

Tato služba je nápomocná nejen dětem, ale taktéž jejich sourozencům či rodičům. Sourozencům je věnována pozornost již od začátku spolupráce (Barlová, 2018). Rodičům také raná péče poskytuje možnost půjčení literatury, videomateriálů či vhodných pomůcek (Společnost pro ranou péči, 2023), dále možnost aktivního naslouchání, poradenství, podporu z hlediska doprovodu do institucí, právní pomoc a v případě preference rodičů také zprostředkování kooperace s odborníky či umožnění setkání rodičů s obdobnou problematikou, se kterými mohou sdílet své zkušenosti apod. (Hradilková, 2018).

2.2.8 Odborníci speciálně pedagogického centra (SPC)

SPC neboli speciálně pedagogické centrum, je školským poradenským zařízením, jež je legislativně ukotveno v §6, vyhlášky č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů (Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních). SPC se dále člení na jednotlivé typy dle cílové klientely a péče je poskytována v ambulantní či terénní formě.

Personální složení SPC obsahuje speciálního pedagoga, psychologa a sociálního pracovníka (Hanák, Baslerová, 2012). Vzhledem k vývojové jazykové poruše je žádoucí spolupráce s odborníky SPC pro vady řeči.

Mezi služby SPC pro vady řeči spadá například depistážní činnost či komplexní diagnostika dítěte, zahrnující speciálně pedagogickou, psychologickou či sociální diagnostiku. Další důležitou oblastí, která má přímou návaznost na provedenou diagnostiku, je vydávání zprávy a doporučení pro zákonné zástupce či školské zařízení. Z dalších služeb, poskytovaných SPC pro vady řeči, lze zmínit například krizovou intervenci, poskytování informací ohledně výchovně vzdělávacího procesu, poradenství, kariérní poradenství, sociálně právní poradenství, osvětovou činnost apod. (Základní škola, Ostrava-Zábřeh, Kpt. Vajdy 1a, 2023).

3 Stimulační programy, podpůrné terapie a doplňky stravy v rámci vývojové jazykové poruchy

V rámci této kapitoly jsou blíže představeny vybrané stimulační programy či podpůrné terapie, které lze využít pro rozvoj dětí s vývojovou jazykovou poruchou. Druhá část kapitoly pojednává o doplňcích stravy, které mohou být dětem s vývojovou jazykovou poruchou indikovány.

3.1 Stimulační programy a podpůrné terapie

Vzhledem k rozmanitosti symptomatologie vývojové jazykové poruchy, která se zdaleka netýká pouze jazykových oblastí, lze v praxi využít rozličného spektra stimulačních programů či podpůrných terapií, zaměřených na rozvoj různých oblastí.

3.1.1 Neuro-vývojová terapie a Neuro-vývojová stimulace – NVS pohybem se učíme®

Autorkou konceptu Neuro-vývojové terapie (NVT) a intervenční metody Neuro-vývojové stimulace – NVS pohybem se učíme® (NVS) je PhDr. Marja Volemanová, Ph.D., přičemž jak NVT, tak NVS spadají do kategorie psychomotorických terapií a primárně se zaměřují na inhibici primárních reflexů (Volemanová, 2021). Primární reflexy, jakožto reakce přítomné již v intrauterinním vývoji, mohou v případě přetrvávání souviset s obtížemi s rovnováhou, smyslovým vnímáním, s koordinací pohybů, obtížemi s lexíí, grafíí, kalkulií apod. (Volemanová, 2019).

NVT i NVS mají základ ve vývojové psychologii a neurofyzilogii, kdy se opírají o poznatky těchto vědních disciplín z hlediska podmíněnosti vymizení určitých vývojově starších fází, a následným nahrazením fázemi ontogeneticky mladšími. Jak koncept NVT, tak intervenční metoda NVS pak vychází z jednoduchých cviků, často simulujících pohyb podmíněný primárními reflexy, přičemž cílem NVT i NVS je postupné osvojení si správné funkční kontroly těla (Volemanová, 2021).

NVT lze využít jak u dětí zhruba od 4 let věku, tak také u dospělých. Základy tohoto konceptu jsou tvořeny propojením několika přístupů a metod – inhibice primárních reflexů, senzomotorické integrace, speciální pedagogiky, fyzioterapie a vizuálního screeningu. Její součástí je sestavení individuálního terapeutického plánu u každého klienta (Volemanová, 2019). Kompetentní osobou pro pozici terapeuta NVT je jedinec s vysokoškolským vzděláním v oborech speciální pedagogiky a fyzioterapie (Volemanová, 2021).

NVS je tedy intervenčním nástrojem a v tomto případě jsou výchozími poznatky z NVT. NVS je uzpůsobena psychomotorickému vývoji dítěte a jednotlivé dílčí cviky a testy jsou adaptovány na využívání také pro skupiny dětí. Časová náročnost je 30 týdnů a cvičení je na každodenní bázi. Jednotlivé cviky mají striktně danou hierarchii, dle které musí být nacvičovány. Jednou z nejdůležitějších zásad je postupný rozvoj dítěte od rovnováhy, přes kombinaci inhibice primárních reflexů a zkvalitnění senzomotorické integrace. Na ostatní dovednosti se zaměřujeme až následně. Při NVS je rovněž typický postup dle přirozeného kraniokaudálního směru vývoje. Na rozdíl od NVT mohou být terapeuti NVS i osoby bez fyzioterapeutického vzdělání. Jedná se tedy o jedince z řad logopedů, pedagogů, speciálních pedagogů či psychologů, kteří mohou po absolvování úvodního teoretického a následně praktického kurzu NVS na Institutu neurovývojové terapie a stimulace tento intervenční nástroj u klientů aktivně využívat (Volemanová, 2019).

3.1.2 Senzorická integrace

Senzorická integrace je evidence based přístupem, který má komplexní charakter, proniká napříč všemi oblastmi psychomotorického vývoje dítěte a přispívá ke zlepšení zpracování senzorických vjemů. Tento přístup bývá realizován v prostředí s velkým množstvím smyslových podnětů a napomáhá k realizaci adaptační reakce při učení nejen v oblasti motorických dovedností, ale i při hře, každodenních aktivitách či školních dovednostech. Adaptační reakcí rozumíme možnost reakce na smyslové podněty přicházejících z tělesného nitra a jeho okolí především pomocí taktilního vnímání, vestibulárního systému a propiocepce. Kromě dětí s DLD je Senzorická integrace využitelná například i u dětí s nerovnoměrným psychomotorickým vývojem, hyperaktivitou či poruchou pozornosti, vývojovou koordinační poruchou apod. Zakladatelkou metody Senzorické integrace je Anna Jean Ayresová (Asociace senzoriční integrace, 2023).

3.1.3 Stimulační program MAXÍK

Tento stimulační program byl vytvořen autorkami Mgr. Pavlou Bubeníčkovou a PaedDr. Zdeňkou Janhubovou a je určen dětem předškolního věku, dětem s odkladem školní docházky či žákům 1. a 2. ročníků základních škol, u nichž se vyskytují obtíže v oblasti učení. Celkově patnáct lekcí, které jsou realizovány v blocích, je u dětí postupně orientováno na nácvik i rozvoj pohybových stereotypů, grafomotoriky, komunikačních dovedností, zrakové i sluchové percepce, prostorové orientace, intermodality i seriality či pozornosti. Nácvik jednotlivých bloků probíhá na každodenní bázi v intervalu 10-20 minut (Prodys, 2023).

3.1.4 Johansenova individualizovaná auditivní stimulace (JIAS) a individuální sluchový trénink Benaudira

Na oblast sluchového vnímání jsou pro jedince s DLD vhodné například stimulační programy Johansenova individualizovaná auditivní stimulace (JIAS) či Individuální sluchový trénink Benaudira.

JIAS je stimulační sluchový program fungující na principu poslechu hudby, která je speciálně navržena pro stimulaci nervových drah vedoucích do mozku, anebo nacházejících se v mozku (Johansen IAS, 2023). Důraz je však kladen nejen na dráhy, ale i spojení pravého ucha a levé mozkové hemisféry z důvodu souvislosti mezi obvyklým přijímáním informací z vnějšího prostředí pomocí pravého ucha a jejich zpracováním levou hemisférou (Centrum Avare, 2023). JIAS lze aplikovat jak u dětí, tak u osob v adolescentním či dospělém věku s řečovými či jazykovými obtížemi, anebo také u jedinců s obtížemi v lexii a grafii apod. (Johansen IAS, 2023).

Individuální sluchový trénink Benaudira je metodou vhodnou jak pro děti od cca 3,5 let (kdy je využit příběh se zvuky zvířat), tak dospělé (Soukromá klinika LOGO, 2023), fungující na bázi zapojení speciálně vytvořeného komplexu instrumentální hudby, zpěvu, řeči a zvuků, autora Holgera Raddatze a týmu dalších specialistů (BENAUDIRA centrum, 2023). Jak již název napovídá, u každého klienta je nejprve testovými soubory provedena individuální diagnostika sluchového zpracování, v návaznosti na níž, je klientovi vyrobeno speciální CD pro tento trénink obsahující výše zmíněné komponenty (Soukromá klinika LOGO, 2023). Trénink samotný poté spočívá v poslouchání CD s využitím vhodných sluchátek několikrát týdně

v intervalu 10-12 minut. Kontrolní testování terapeutem probíhá po časovém horizontu 6-12 týdnů (1 cyklus) a dochází k aktualizaci individuálního CD dle stavu klienta. Celkový rozsah individuálního sluchového tréninku Benaudira je 3-5 cyklů tohoto typu (BENAUDIRA centrum, 2023). Cílem této metody je zdokonalení centrálního sluchového zpracování a porozumění řeči v hlučném prostředí, redukce akustické hypersenzitivity, anebo redukce únavy při produktivní práci ve školním prostředí apod. (Soukromá klinika LOGO, 2023).

3.1.5 Programy KuMOT, KuPOZ a KuPREV

Jedná se o stimulační programy, jejichž hlavní autorkou je klinická psycholožka PhDr. Pavla Kuncová. Programy KuMOT, KuPOZ a KuPREV, jež jsou níže přiblíženy, se například zaměřují na oblasti motoriky, pozornosti, sociálních dovedností apod. (KUPROG, 2023a), které mohou být u dětí s DLD deficitní (Mikulajová, 2016; Pospíšilová, 2018a).

Program **KuMOT** cílí na rozvoj motorických a sociálních dovedností a může být realizován u dětí napříč širokou škálou obtíží – lze jej aplikovat u dětí s ADHD, sociální či motorickou neobratností, u dětí ostýchavých apod. Koncipován je pro skupiny dětí ve věku 5-8 let, přičemž skupina vedená psychologem, anebo speciálním pedagogem, zahrnuje 6-8 jedinců a vítán je nehomogenní kolektiv. Časová dotace KuMOT činí 10 schůzek po 60 minutách. Cílem tohoto programu je jak zlepšení jemné či hrubé motoriky, tak také přínos v oblasti psychiky, jako například v regulaci agrese, progresu ovládnutí impulsů či v expresi pozitivních pocitů apod. (KUPROG, 2023b).

KuPOZ je programem pro rozvoj pozornosti, který cílí nejen na děti ve věku 8-12 let, ale rovněž na jejich rodinné příslušníky, kteří jsou do něj taktéž aktivně zainteresováni. Stěžejní je v tomto případě kooperace mezi rodičem a dítětem v domácím prostředí, na kterou aktivně dohlíží jednou za čtrnáct dní psycholog či speciální pedagog s licenci pro tuto metodu. Celková časová náročnost programu KuPOZ je 15 týdnů, přičemž denní pracovní doba rodiče s dítětem je zhruba 15 minut. Tento program lze využít u dětí s poruchami pozornosti (ADHD či ADD), dále u dětí s PAS, obtížemi logopedického charakteru, opožděním v oblasti psychomotoriky, anebo u dětí s deficitem v emocionální oblasti či oblasti chování (KUPROG, 2023c)

Poslední z této trojice programů je program **KuPREV**, jež má komplexní charakter a je zaměřen na celkový rozvoj dítěte ve věku 4-8 let. I zde je rodič aktivně zapojen a stejně jako u programu KuPOZ, spočívá hlavní náplň programu v domácí spolupráci mezi rodičem a dítětem

pod dohledem kompetentního odborníka. Dohromady 15 lekcí, jež obsahují širokou škálu témat, jsou zaměřeny nejen na zlepšení celkového všeobecného přehledu dítěte či zlepšení v oblastech jazykových i neязыkových, ale mají pozitivní vliv také na rodinné vztahy (KUPROG, 2023d).

Z dalších stimulačních programů či přístupů lze zmínit například také HANDLE přístup, Rozvoj jazykových schopností dle D. B. Elkonina, anebo Feuersteinovu metodu instrumentálního obohacování.

3.2 Doplnky stravy

Oblast doplňků stravy je na jednu stranu oblastí velmi rozmanitou, na druhou stranu však také oblastí, jež je u každého dítěte velmi individuální. V rámci této podkapitoly jsou představena vybraná výzkumná šetření, která byla zaměřena na nejvíce probádanou oblast, kterou jsou polynenasycené mastné kyseliny (Polyunsaturated Fatty Acids neboli PUFA). Výzkumná šetření byla sice realizována zejména u dětí s ADHD, avšak vzhledem k tomu, že se jedná o možnou komorbidní poruchu DLD (viz podkapitola *1.5 Komorbidity vývojové jazykové poruchy s dalšími poruchami*), jsme se zde rozhodli tyto studie uvést.

Mezi PUFA se řadí například Omega-3 či Omega-6 (Národní zdravotnický informační portál, 2023). PUFA hrají významnou roli v oblasti fluidity membrán neuronálních buněk a pro přenos signálu mezi neurony (Döpfner et al., 2021). U dětí s ADHD byla rovněž zjištěna přítomnost nižší hladiny PUFA v krvi (Crippa et al., 2018; Chang et al., 2018).

Bloch a Qawasmi (2011) realizovali přehledovou studii a metaanalýzu deseti vědeckých studií s celkovým počtem 699 dětí. Cílem bylo zjistit, zda jsou suplementy s Omega-3 mastnými kyselinami u dětí se symptomy ADHD účinné. Tato studie prokázala přínos Omega-3 mastných kyselin ve spojitosti s léčbou ADHD, který byl sice nižší, avšak statisticky významný. Taktéž byl prokázán významný vztah mezi účinností doplňků stravy a obsahem dávky kyseliny eikosapentaenové (EPA) v nich. V případě přítomnosti vyšší dávky EPA byla zaznamenána vyšší míra účinnosti ve spojitosti s léčbou symptomatologie ADHD. Autoři sice nedoporučují, aby byly Omega-3 mastné kyseliny aplikovány jako úplné nahrazení tradiční léčby psychofarmaky, ale dodávají, že mohou být indikovány jako doplnění farmakologické léčby či doporučeny jako možná varianta rodičům odmítajících potenciální psychofarmakologické postupy.

Döpfner et al. (2021) provedli randomizovanou placebem kontrolovanou studii, ve které jako první zkoumali účinnost Omega-3 a Omega-6 mastných kyselin u dětí předškolního věku, u nichž existuje riziko na výskyt ADHD. Výzkumný vzorek obsahoval celkem 40 dětí ve věku 3-6 let, u nichž byly rodiči či předškolními pedagogy uvedeny patrné symptomy ADHD na zvýšené úrovni¹⁷, nebyly v souvislosti s ADHD medikovány a jejich rodiče hovořili německy. Začleněny byly také děti, u nichž probíhala léčba cílená na eliminaci problematiky v oblasti chování a nebylo zamýšleno léčbu měnit. Následně byly tyto děti náhodně rozděleny do dvou skupin – buďto do skupiny, již byly podávány mastné kyseliny Omega-3/Omega-6, anebo do skupiny, již bylo podáváno placebo, a to po dobu 4 měsíců. Výsledky analýzy dat neprokázaly účinnost Omega-3/Omega-6 v kontextu celkové symptomatiky ADHD, kterou uvedli rodiče či předškolní pedagogové. Mírné pozitivní účinky však byly zaznamenány v dílčích oblastech symptomatologie – konkrétně na nepozornost, internalizační obtíže či v emoční reaktivitě a také u symptomatologie úzkosti či deprese. V tomto případě nebyla prokázána efektivita PUFA na intelektové schopnosti.

Assareh et al. (2017) naopak v závislosti na jejich vědecké studii, do které bylo zahrnuto 40 dětí s ADHD ve věku 6-12 let, uvádějí, že pozitivní účinek užívání PUFA v souvislosti s léčbou ADHD nebyl potvrzen. Autoři však zároveň doporučují pro potvrzení těchto výsledků provedení dalších randomizovaných klinických studií s výzkumným vzorkem většího rozsahu a delší doby sledování, přičemž také doporučují zapojení rodičů a pedagogů ve formě posouzení dle hodnotících škál. Také Händel et al. (2021) se na základě systematického přehledu a metaanalýzy dostupných klinických studií přiklání k tvrzení, že doplňky stravy obsahující PUFA nejsou u dětí a adolescentů s ADHD přínosné. Konkrétně z hlediska základní symptomatologie, jež byla hodnocena rodiči či pedagogy, anebo z hlediska poruch chování či kvality života.

Závěrem lze tedy na základě interpretace zmíněných vědeckých studií dodat, že v této oblasti taktéž panuje značná nejednotnost a je tedy žádoucí její rozšiřování o další vědecké studie na základě doporučení ze studií stávajících.

¹⁷ Zvýšená úroveň symptomů ADHD byla vyhodnocena na základě vyplněných dotazníků, polostrukturovaného klinického rozhovoru s rodiči a následného rozhodnutí o přínosnosti účasti z hlediska zhodnocení dotazníků a rozhovoru (Döpfner et al., 2021).

4 Praktická část

Diplomová práce byla v rámci praktické části pojata formou kvantitativního výzkumu, kdy bylo konkrétně využito dotazníkového šetření. Část dat byla publikována jakožto součást předvýzkumu (Ördöghová, Mironova Tabachová, 2022) a lze tedy v této souvislosti předpokládat případný konflikt zájmu. V uvedeném předvýzkumu byly rovněž využity vybrané výzkumné cíle a hypotézy č. 1-3, které již byly testovány, avšak s nižším výzkumným vzorkem. V diplomové práci poté došlo nejen ke změně spektra hypotéz a výzkumných cílů, ale také k rozšíření výzkumného vzorku respondentů. Dále je v této kapitole popsána metodologie výzkumu, jednotlivé výzkumné cíle a hypotézy a analýza výzkumných dat.

4.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavní cíl diplomové práce spočívá v detekci množství informací rodičů dětí s vývojovou jazykovou poruchou ohledně této diagnózy. Celkově má diplomová práce osvětový charakter, kdy je možné ke zvýšení míry informovanosti nejen rodičů, ale i odborné veřejnosti využít letáček, odkazující na informační brožuru (jež jsou volně vloženými přílohami). Ve zmíněném dotazníkovém šetření byli respondenty rodiče dětí s vývojovou jazykovou poruchou.

Z hlavního cíle, který určuje primární zaměření výzkumu, byly vytyčeny následující **dílčí cíle**:

1. Detekovat množství informací o sledované diagnóze u rodičů dětí s DLD ve vztahu k času, po který jsou rodiče o diagnóze informováni.
2. Určit zdroj informací, který rodiče dětí s DLD častěji využívají pro čerpání informací ve vztahu k času, po který jsou rodiče o diagnóze informováni.
3. Zmonitorovat výskyt komorbidit u dětí s DLD.
4. Detekovat schopnost rodičů v rámci samostatné volby materiálu pro práci s dítětem s DLD ve vztahu k času, po který jsou rodiče o diagnóze informováni.

5. Určit, v jaké míře jsou rodiče iniciativní z hlediska vyhledávání stimulačních programů pro své dítě s DLD ve vztahu k času, po který jsou rodiče o diagnóze informováni.

V návaznosti na vymezené dílčí cíle byly stanoveny následující **hypotézy**:

- **H1:** Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší množství informací o diagnóze než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.
- **H01:** Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají stejné množství informací o diagnóze jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

- **H2:** Rodiče dětí s DLD po dobu méně než 1 roku častěji čerpají informace z internetu než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.
- **H02:** Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku i rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku čerpají informace z internetu ve stejné míře.

- **H3:** U chlapců s DLD se častěji vyskytuje komorbidita ADHD než u dívek s DLD.
- **H03:** U chlapců i dívek s DLD se stejně často vyskytuje komorbidita ADHD.

- **H4:** Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší přehled o volbě konkrétního materiálu pro práci se svým dítětem než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.
- **H04:** Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají stejný přehled o volbě konkrétního materiálu pro práci se svým dítětem jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

- **H5:** Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku si v menší míře samostatně vyhledávají stimulační programy než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.
- **H05:** Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku si ve stejné míře samostatně vyhledávají stimulační programy jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

4.2 Metodologie výzkumu

Po prostudování odborné literatury byl v rámci výzkumného šetření pro získání dat sestaven v měsíci srpnu 2022 dotazník, obsahující 30 povinných položek rozličného charakteru. Bylo využito polouzavřených otázek s eventuální možností dodání doplňujících informací, dále otevřených otázek, jedné škálové položky a polouzavřených výčtových otázek s textovou odpovědí.

Dotazník byl sestaven a prezentován jako jeden celek. Pro účely výzkumného šetření byl však následně rozčleněn do tematických částí, jejichž bližší specifikace bude uvedena níže v rámci podkapitoly *4.3.1 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření*.

Koncepce dotazníku byla zvolena tak, aby mohl být posléze využit jako podklad pro zmíněnou informační brožuru a korespondoval tak s jejími jednotlivými částmi. Zmíněný dotazník je součástí přílohy č. 1.

4.2.1 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření započalo v měsíci září 2022, kdy proběhlo samotné oslovení rodičů elektronickou formou. Pro tyto účely byly cíleně vyhledány a vybrány skupiny na sociální platformě Facebook sdružující právě rodiče dětí s DLD. Konkrétně se jednalo o celkem čtyři Facebookové skupiny – Rodiče dětí s vývojovou dysfázií, Vývojová dysfázie – skupina pro rodiče, Vývojová dysfázie a jiné vývojové poruchy a VD Brno a okolí. V uvedených skupinách byl poté dotazník sdílen elektronicky skrze platformu GoogleForms a pro vyplnění byl respondentům k dispozici do března 2023. Zvolená forma distribuce byla vybrána především z důvodu vysokého počtu členů v jednotlivých skupinách. Dalším kritériem výběru byla možnost rozšíření dotazníku po celé České republice, z čehož vyplývala i širší míra rozličnosti škály respondentů. Taktéž byla brána v potaz i míra komfortu pro vyplňování, kdy mohl touto cestou každý respondent dotazník vyplnit ve svou preferovanou dobu. Samozřejmostí bylo zcela anonymní shromáždění dat.

4.2.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl původně tvořen celkovým počtem 339 respondentů. Nicméně však bylo nutno z různých důvodů, které jsou blíže specifikovány v kapitole 7 *Limity* některé z nich vyřadit a konečný počet probandů – rodičů dětí s DLD, zahrnutých do tohoto výzkumného šetření tak činil 318. Věkový rozptyl dětí s DLD se pohyboval v rozmezí od 2 až do 20 let.

4.3 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření

Výzkum probíhal kontinuálně v rozmezí měsíců září 2022 až březen 2023. Z hlediska zvolené formy elektronické distribuce dotazníků nebylo možno stanovit jejich exaktní počet, a tedy ani přesnou míru návratnosti. Nejprve byla analyzována data z jednotlivých otázek v rámci dotazníku. V souvislosti s vymezenými dílčími cíli poté došlo u vybraných otázek ke zformulování a následnému testování celkem pěti výše zmíněných hypotéz. Výzkumná data byla zpracována a zadávána s využitím programu Microsoft Excel 2013 a také aplikace Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce od Milana Kábrta (2011).

4.3.1 Analýza a interpretace jednotlivých dotazníkových položek

Níže jsou podrobně rozpracovány dílčí položky dotazníku a data, jež byla v rámci dotazníkového šetření získána. Pro snadnější orientaci jsou zmíněné položky a data rozčleněny do tematických celků a uvedeny ve formě grafů a také procentuálního podílu.

Úvodní část dotazníku byla věnována vztahu respondenta k dítěti s DLD a zařazeny zde byly první dvě položky, tzn. položka č. 1 a položka č. 2.

Položka č. 1 – Jste rodičem dítěte s vývojovou dysfázií? Pokud jste na tuto otázku odpověděl/a NE, ve vyplňování dotazníku nemusíte nadále pokračovat.

Tato položka byla cílena jako eliminační pro vyloučení osob, které nemají k dítěti s DLD rodičovský vztah. Z toho vyplývá, že 100 % respondentů, zařazených do tohoto výzkumného šetření, bylo ve vztahu k dítěti rodičem.

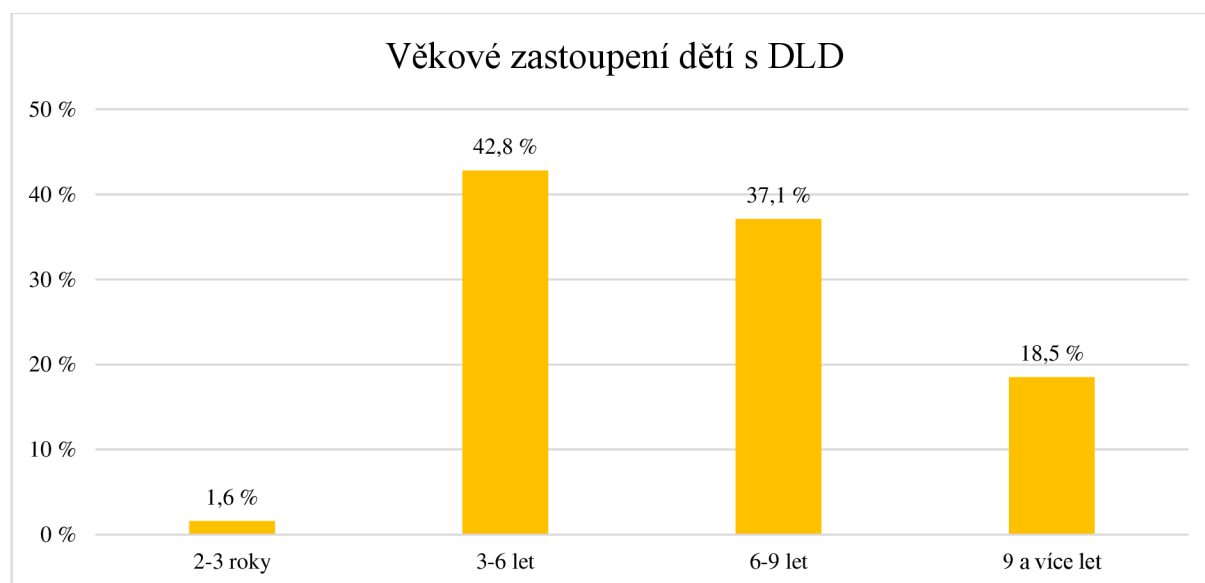
Položka č. 2 – Ve vztahu k dítěti jsem:

Následující položka se zaměřovala na upřesnění rodičovského vztahu – zda se jedná o matku či otce. Ve většinovém zastoupení byly mezi respondenty matky, kdy se jich konkrétně výzkumného šetření zúčastnilo 99,4 % (n = 316). Naopak otců byla menšina. Výzkumného šetření se zúčastnilo pouze 0,6 % (n = 2) z nich.

Další sekce dotazníku zahrnovala sérii tří otázek, kdy se konkrétně jednalo o položky č. 3, 4 a 5. Tyto otázky se vztahovaly k dítěti s DLD a zabývaly se konkretizací informací ve smyslu aktuálního věku, pohlaví, a věku stanovení diagnózy DLD.

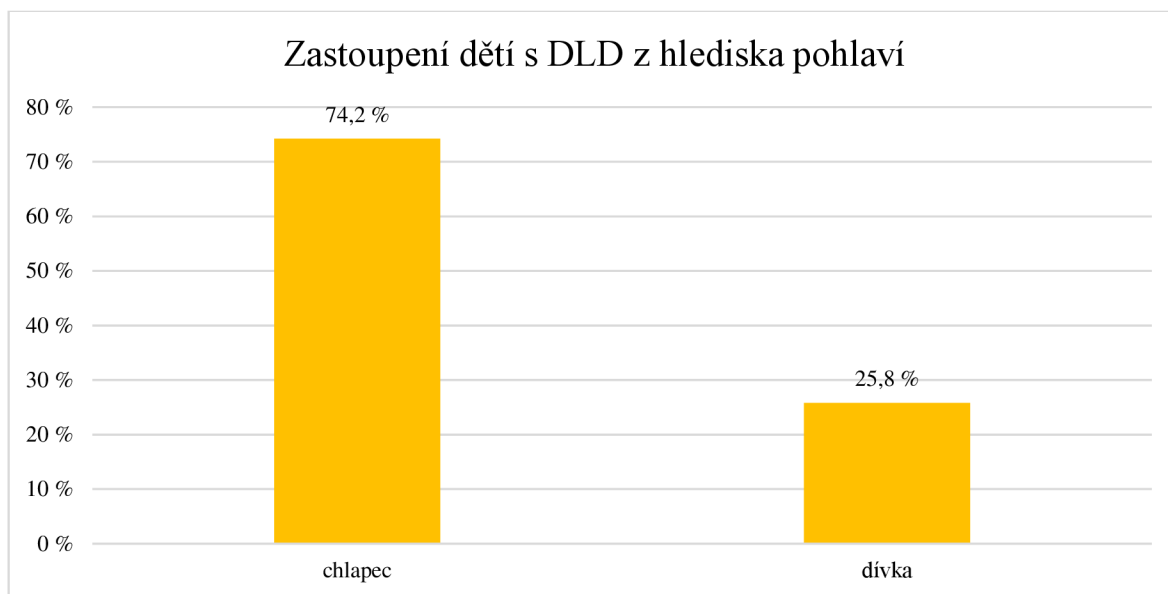
Položka č. 3 – V jakém věku je Vaše dítě s vývojovou dysfázií? Věk prosím uveďte ve formátu rok a měsíc (např. 4 roky a 2 měsíce apod.)

Výzkumný vzorek byl z hlediska věku dítěte s DLD rozčleněn do celkem čtyř kategorií (viz graf 1). S procentuálním podílem 1,6 % byla nejméně zastoupenou věkovou kategorií 2-3 roky. Nejpočetnější zastoupení měla ve 42,8 % věková kategorie 3-6 let. Věk 6-9 let byl jako kategorie reprezentován celkem 37,1 %. Z hlediska četnosti výskytu poté následovala věková úroveň 9 a více let, kterou u svého dítěte s DLD uvedlo 18,5 % rodičů.



Graf 1 – Věkové zastoupení dětí s DLD

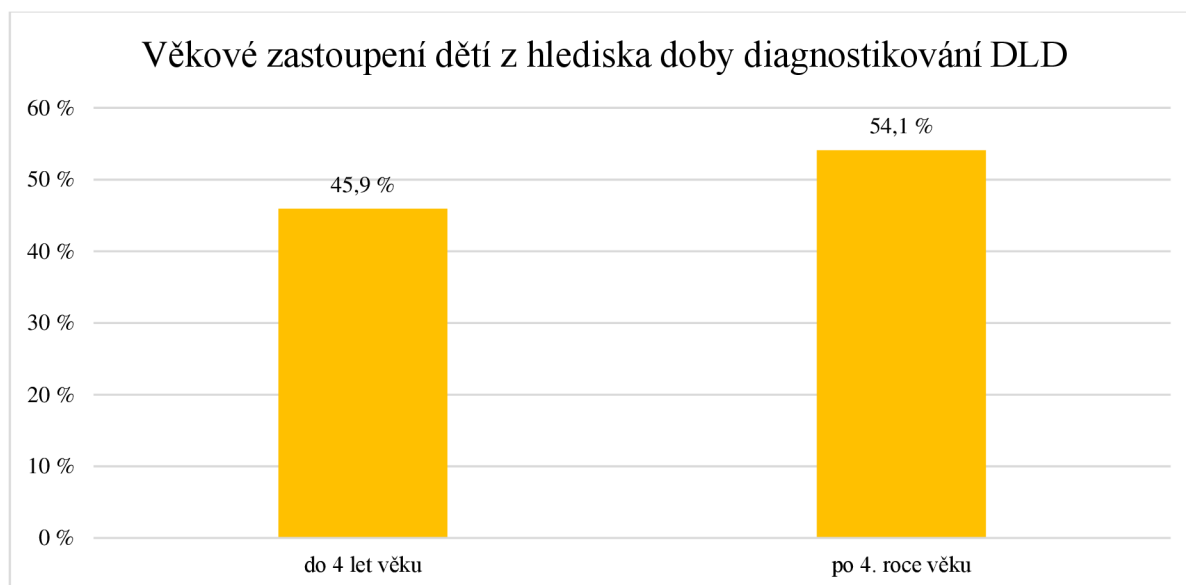
Položka č. 4 – Vaše dítě je:



Graf 2 – Zastoupení dětí s DLD z hlediska pohlaví

Graf 2 prezentuje zastoupení dětí s DLD z hlediska pohlaví. Celkem v 74,2 % bylo rodiči uvedeno, že se v případě jejich dítěte s DLD jedná o chlapce. Dívky zde byly v menšinovém zastoupení, konkrétně rodiče toto pohlaví u svého dítěte s DLD uvedli ve 25,8 %.

Položka č. 5 – V jakém věku byla Vašemu dítěti diagnostikována vývojová dysfázie?

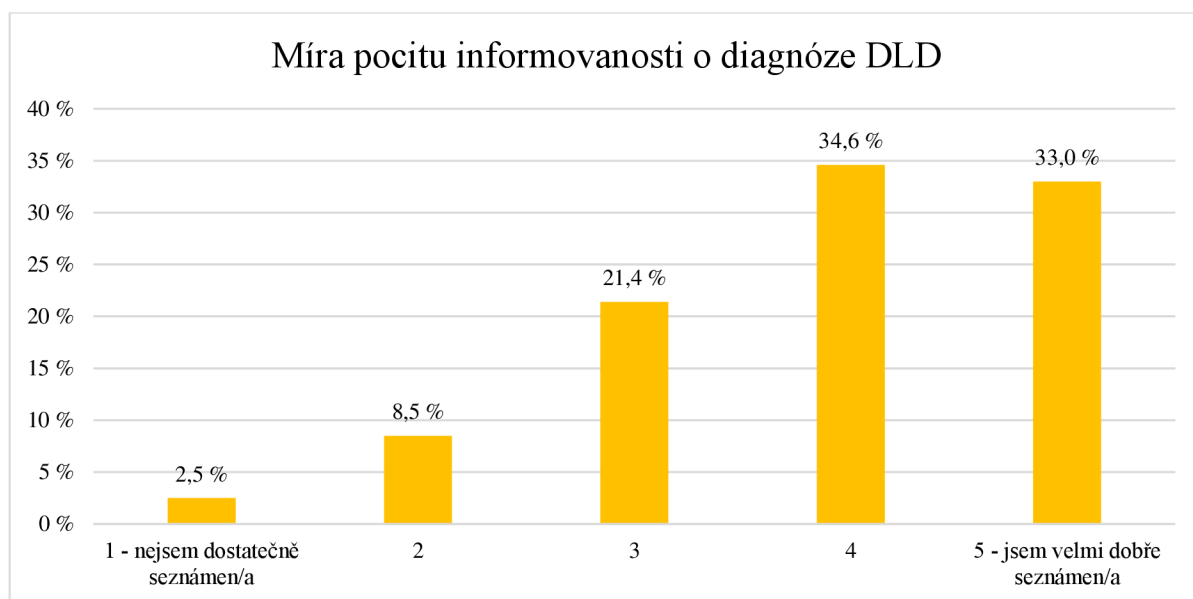


Graf 3 – Věkové zastoupení dětí z hlediska doby diagnostikování DLD

Tato položka byla tvořena otevřenou otázkou, kdy měli rodiče uvést věk, ve kterém došlo k diagnostikování DLD odborníky. Pro lepší orientaci byla data rozčleněna do dvou hlavních kategorií „do 4 let věku“ a „po 4. roce věku“ (graf 3). Minoritní byla kategorie „do 4 let věku“, kam spadalo 45,9 % dětí, a naopak majoritní zastoupení měla s 54,1 % kategorie „po 4. roce věku.“

Následující oddíl se zabýval obecným povědomím rodičů o diagnóze DLD. Do tohoto tematického celku byly zahrnuty položky č. 6, 7, 8, 9 a 10. Zmíněné položky se skládaly z jedné škálové položky pocitu informovanosti (položka č. 6) a dále se zabývaly tematikou symptomatologie (položky č. 7, 8), klasifikace (položka č. 9) a komorbidit (položka č. 10).

Položka č. 6 – Jste dostatečně seznámen/a s tím, co znamená diagnóza vývojové dysfázie?

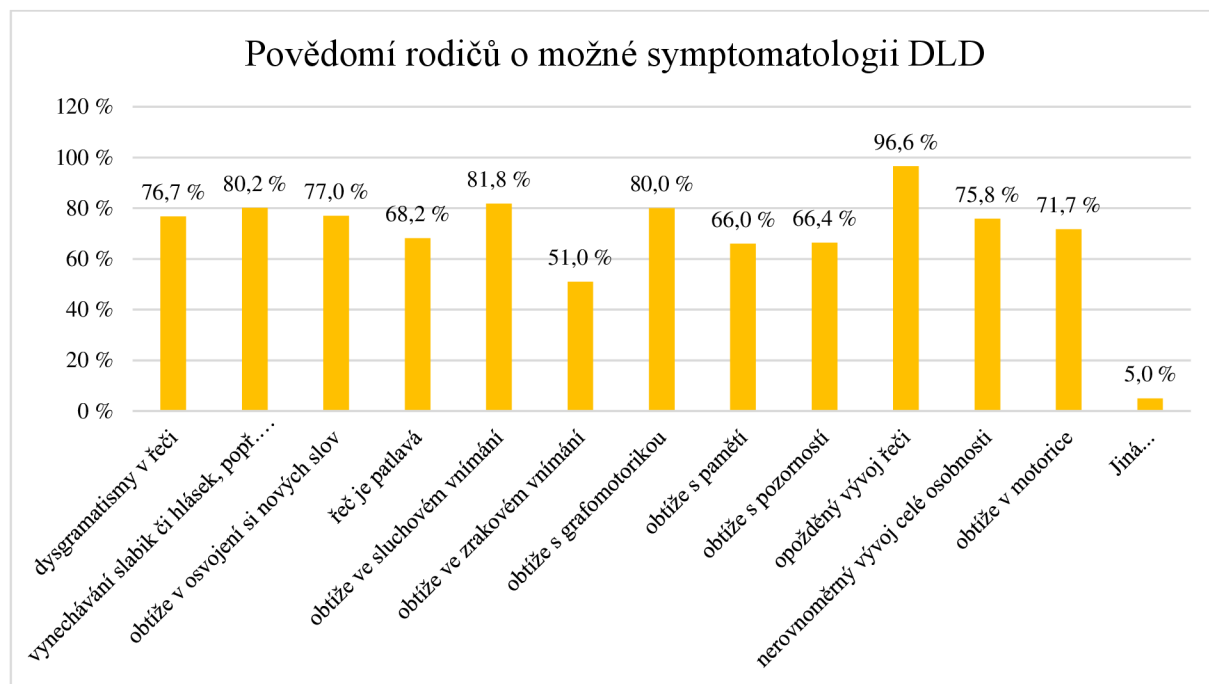


Graf 4 – Míra pocitu informovanosti o diagnóze DLD

Tato škálová položka byla v rámci celého dotazníkového šetření jediná svého druhu. Rodiče zde měli vyjádřit svůj subjektivní pocit toho, do jaké míry se cítí být s diagnózou DLD celkově obeznámeni. Škálový rozsah obsahoval hodnoty od 1 do 5, přičemž hodnota 1 reprezentovala pocit „nejsem dostatečně seznámen/a“ a hodnota 5, jakožto protipól, vyjadřovala pocit „jsem velmi dobře seznámen/a.“ Z grafu 4 vyplývá, že pouze 2,5 % rodičů se cítí být nedostatečně seznámeno. Hodnotu 2 zvolili rodiče v 8,5 % případů. 21,4 % rodičů se naopak cítí být

informováno na úrovni hodnoty 3, která odpovídá průměrné hodnotě škálové položky. Nejvyšší míru zastoupení mezi rodiči vykazovala hodnota 4, kterou zvolilo 34,6 % respondentů. Velmi dobře informováno se cítilo 33 % rodičů, kteří zvolili nejvyšší možnou hodnotu v rámci celé škálové položky, kterou byla hodnota 5.

Položka č. 7 – Věděl/a byste, jak se vývojová dysfázie může projevat?

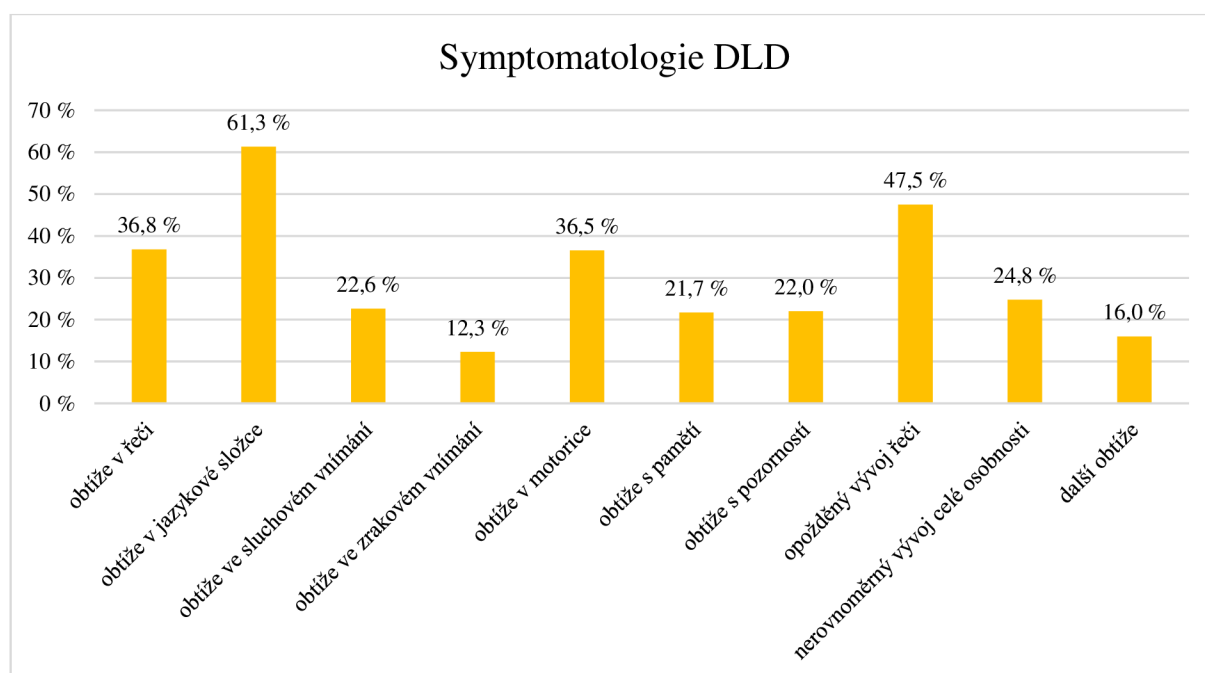


Graf 5 – Povědomí rodičů o možné symptomatologii DLD

Následující uvedené procentuální hodnoty vždy vychází z celkového počtu respondentů, který činil 318 rodičů. Dle grafu 5 uvedlo 76,7 % respondentů *dysgramatismy v řeči* jakožto možný symptom DLD. Možnost *vynechávání slabik či hlásek, popř. záměna jejich pořadí* byla zvolena v 80,2 % případů. O symptomatologii týkající se *obtíží v osvojení si nových slov* bylo informováno 77 % respondentů. Procentuální podíl 68,2 % odpovídal zaznamenané možnosti *řeč je patlavá*. Symptomy v oblasti *obtíží ve sluchovém vnímání* označilo 81,8 % respondentů. Nejmenší povědomí měli rodiče o *obtížích ve zrakovém vnímání*. Tato možnost byla zvolena pouze v 51 %. Informováno bylo 80 % respondentů v souvislosti s DLD také o oblasti *grafomotorických obtíží*. Z hlediska výsledků byly velmi vyrovnanými oblastmi možnosti *obtíže s pamětí*, kterou zvolilo 66 % respondentů a *obtíže s pozorností*, zvolenou v 66,4 %. Největší povědomí měli rodiče ohledně symptomatologie *opožděného vývoje řeči*. V této

souvislosti jej označilo 96,6 %. O možnosti *nerovnoměrného vývoje celé osobnosti* mělo ponětí 75,8 % rodičů. Potenciální symptomatologickou provázanost mezi diagnózou DLD a *obtížemi v motorice* uvedlo 71,1 % respondentů. Možnosti *Jiná...*, bylo využito 5 % respondentů, kteří uvedli obtíže s porozuměním, v orientaci v prostoru a čase, v oblasti emocionality, v sociálním vývoji, v poruše příjmu potravy (ve smyslu vybíravosti, restriktivní poruchy příjmu potravy (ARFID) apod.) a dále poté oblast neurotických obtíží, konkrétně zde respondenti uvedli: „*obtíže s vyprazdňováním*“, „*noční děsy*“, „*zvýšená frustrace*“, „*psychické potíže*“ a „*uznávání autorit*“. Odpověď *nevím* nebyla zvolena žádným z respondentů, a tak nebyla do analýzy této položky zahrnuta.

Položka č. 8 – Jak se vývojová dysfázie projevuje u Vašeho dítěte?

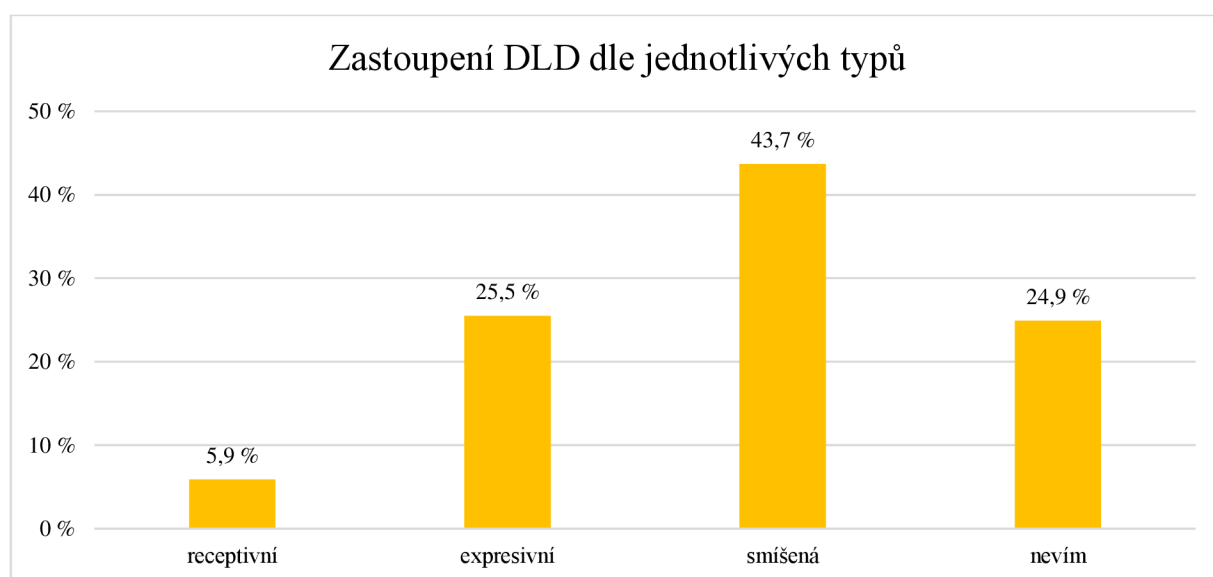


Graf 6 – Symptomatologie DLD

I v případě této položky č. 8 vychází procentuální podíly v grafu 6 z celkového počtu 318 respondentů. Celkem 36,8 % rodičů uvedlo, že má jejich dítě s DLD *obtíže v řeči*, kdy se konkrétně jednalo například o obtíže v artikulaci či obtíže se srozumitelností řečového projevu. *Obtíže v jazykové složce* jsme zaznamenali u 61,3 % respondentů. Mezi nejčastěji uváděnou byla problematika týkající se porozumění, vývoje slovní zásoby, narativních dovedností či dysgramatismů. Deficity ve *sluchovém vnímání* uvedlo 22,6 % a deficity ve *zrakovém vnímání*

pak 12,3 % rodičů. *Obtíže v motorice* definovalo 36,5 % respondentů. Ve 21,7 % byla zastoupena symptomatologie *obtíží s pamětí* a ve velmi podobné hodnotě, čítající 22 %, taktéž *obtíže s pozorností*. Význačným symptomem byl *opožděný vývoj řeči*, který byl zaznamenán u 47,5 % odpovědí participantů. *Nerovnoměrný vývoj celé osobnosti* vymezilo u svého dítěte s DLD 24,8 % rodičů. V 16 % byly respondenty uvedeny *další obtíže*, do kterých jsme kategorizovali obtíže v emocionalitě, problematické navázání kontaktu s vrstevníky či restriktivní poruchy příjmu potravy (ARFID).

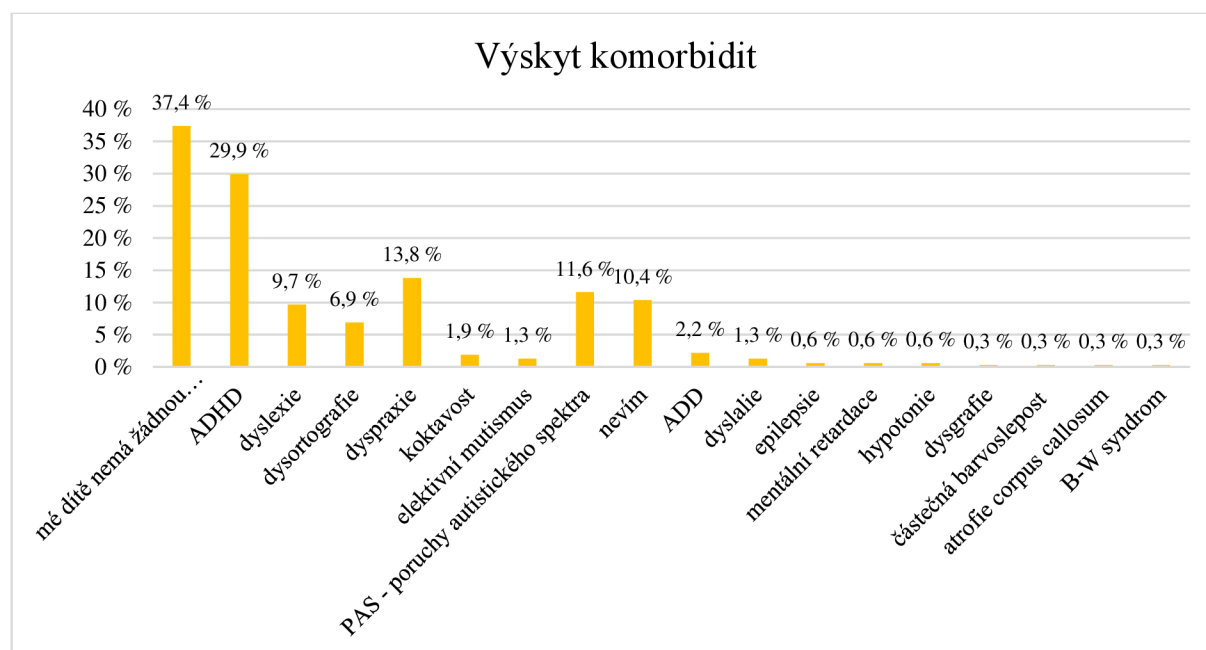
Položka č. 9 – Víte, jaký typ vývojové dysfázie má Vaše dítě?



Graf 7 – Zastoupení DLD dle jednotlivých typů

Nejnižší zastoupení vykazoval dle grafu 7 *receptivní typ DLD*, pro nějž se z nabízených možností rozhodlo pouze 5,9 % respondentů. *Expresivní typ DLD* zvolilo v rámci této položky 25,5 % respondentů. Jako nejčastěji se vyskytující typ v rámci výzkumného souboru, lze označit *smíšený typ DLD*, jehož existenci u svého dítěte uvedlo 43,7 % respondentů. Konkrétní typ DLD pak u svého dítěte neznalo 24,9 % respondentů, kteří uvedli možnost *nevím*.

Položka č. 10 – Má Vaše dítě komorbiditu (současný výskyt) některé z těchto poruch?



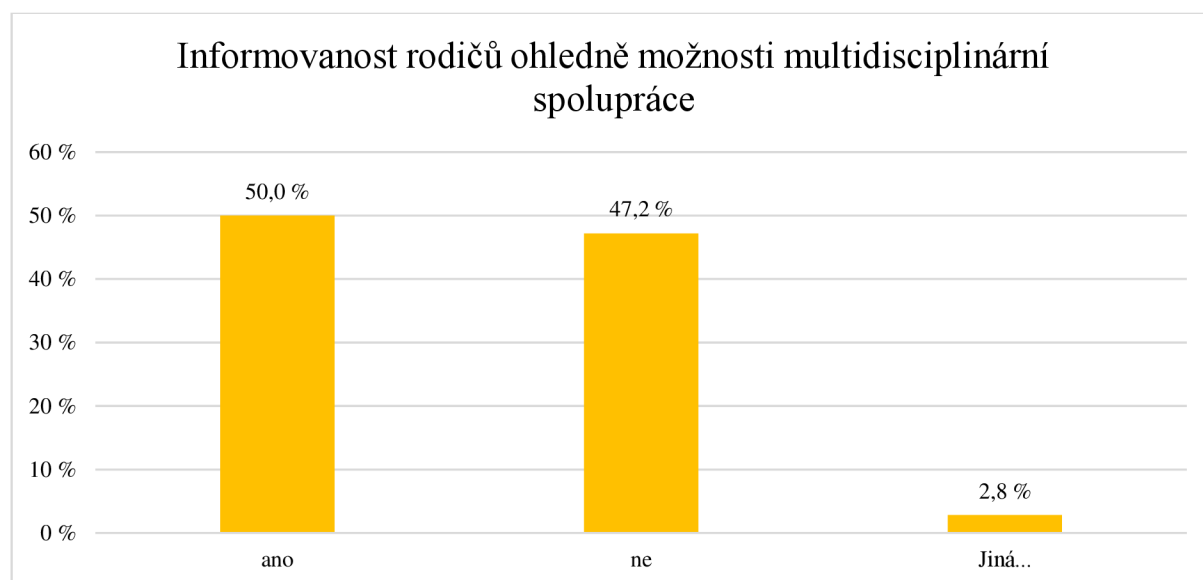
Graf 8 – Výskyt komorbidit

Graf 8 reprezentuje souhrn komorbidit s DLD vyskytujících se v rámci našeho výzkumného souboru. Uvedený procentuální podíl je vždy vztažen k celkovému počtu 318 respondentů. Nejmarkantnější podíl rodičů, zahrnující 37,4 % uvedl, že jejich dítě *nemá žádnou komorbiditu s jinou poruchou*. Nejčteněji uváděnou však byla z hlediska konkrétní komorbidity ve 29,9 % diagnóza *ADHD*. Zastoupeny zde byly i komorbidity v oblasti specifických poruch učení, kdy z nabízených možností konkrétně *dyslexii* uvedlo u svého dítěte 9,7 % rodičů, *dysortografie* byla přítomna u 6,9 % dětí. *Dyspraxii* mělo přidruženo 13,8 % dětí. Relativně vyrovnaný procentuální výsledek lze sledovat u výskytu *koktavosti* (1,9 %) a *elektivního mutismu* (1,3 %). Poslední z námi nabízených možností byla komorbidita *PAS, tedy poruch autistického spektra*, kterou kvitovalo 11,6 % rodičů. Po této možnosti zde byla možnost volby „*Jiná*“, ve které se však čteně nacházely odpovědi shodného charakteru, a tak jsme se rozhodli i tyto možnosti kategorizovat. V otázce komorbidity nevěděl, anebo si nebylo jistých 10,4 % rodičů, přičemž jsme tyto možnosti zařadili do kategorie *nevím*. Z oblasti poruch pozornosti bylo taktéž zaznamenáno v malé míře i *ADD* (2,2 %). *Dyslalii* uvedlo 1,3 % respondentů. Se shodným výsledkem 0,6 % se u respondentů jako komorbidita vyskytovala *epilepsie, mentální retardace* a *svalová hypotonie*. Nejmenší výskyt 0,3 % byl opět shodně zaznamenán u *dysgrafie, částečné*

barvosleposti, atrofie corpus callosum a B-W syndromu neboli Beckwith-Wiedemannova syndromu.

Sekce dotazníku, jež je níže podrobněji rozebrána, se zabývala tematikou diagnózy DLD a interdisciplinární spolupráce. Konkrétně mírou informovanosti rodičů ohledně její existence (položka č. 11) a taktéž úrovní jejich obeznámení s jednotlivými odborníky a jejich úloze vzhledem k diagnóze DLD (položky č. 12-19).

Položka č. 11 – Věděl/a jste v době zjištění diagnózy Vašeho dítěte, na jaké odborníky se obrátit?



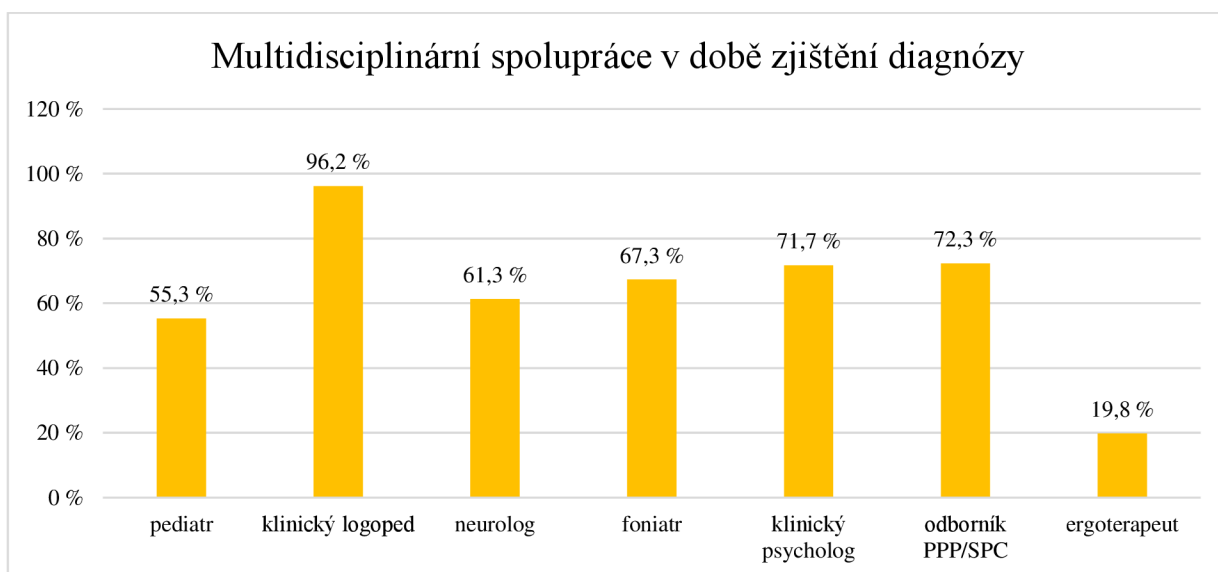
Graf 9 – Informovanost rodičů ohledně možnosti multidisciplinární spolupráce

Z grafu 9 je zřejmé, že výzkumný vzorek respondentů byl v této výzkumné oblasti velice vyrovnaný. V době zjištění diagnózy DLD u svého dítěte vědělo 50 % rodičů, koho z řad odborníků mohou oslovit a požádat o pomoc. Naopak 47,2 % rodičů při diagnostikování DLD nevědělo, na které odborníky se mohou obrátit. Do možnosti *Jiná...* spadalo 2,8 % respondentů. Do této kategorie jsme zařadili textové odpovědi rodičů, které měly nejednoznačný charakter, a tak nemohly být zařazeny ani do jedné z kategorií *ano* či *ne*. Níže je uvedena tabulka těchto odpovědí (tabulka 8).

Tabulka 8 – Tabulka odpovědí, spadajících do kategorie „Jiná...“

„Částečně, ale stále nacházím nové a nové informace.“
„Tušila jsem, ale náš pediatr nechtěl nic řešit do jeho 3 let i když dotazník na 18 měs. byl jasný důkaz odklonu od normálního vývoje.“
„V době zjištění diagnózy jsme již chodili na logopedii. Původní diagnóza byla OVŘ.“
„Ano i ne, lékaři neřekli, pomohla až FB skupina.“
„Některá doporučení, kam zkusit jít.“
„Diagnózu jsem si vygooglila, později ji logopedka potvrdila.“
„Částečně.“
„Diagnózu nám dal logoped.“
„Vše jsem musela postupně zjišťovat a až dle posudku každého doktora zvlášť zjišťovat jakého dalšího potřebujeme.“

Položka č. 12 – Na jaké odborníky jste se obrátil/a?



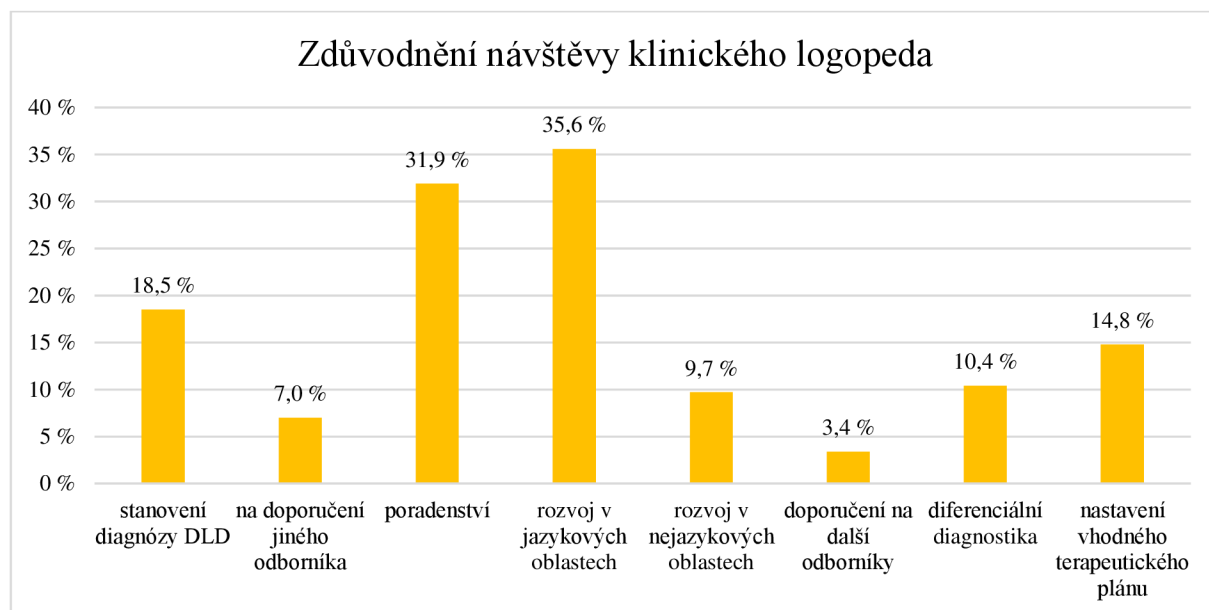
Graf 10 – Multidisciplinární spolupráce v době zjištění diagnózy

Tato položka č. 12 již cílila na označení konkrétních odborníků, na které se rodiče při zjištění diagnózy DLD obrátili. Výsledky uvedené v procentech vždy vychází z celkového počtu respondentů, který činil 318 rodičů. Z grafu 10 je patrné, že *pediatra* kontaktovalo 55,3 % rodičů. Nejmarkantnější podíl respondentů, který tvořilo 96,2 % rodičů, vyhledal *klinického*

logopeda. Návštěvu *neurologa* absolvovalo 61,3 % participantů. S *foniatrem* byla rodiči uvedena kooperace v 67,3 %. *Klinického psychologa* navštívilo 71,7 % respondentů. Procentuálně podobné množství rodičů, konkrétně 72,3 %, se v tomto případě obrátilo na *odborníky z řad PPP či SPC*. Na *ergoterapeuta* se obrátilo nejnižší množství respondentů, které činilo 19,8 %. Poslední uváděnou možností byla možnost *nevím*, která však nebyla označena žádným respondentem, a tak nebyla do grafu 10 zahrnuta. Tato položka č. 12 byla polouzavřeného výčtového typu s možností textové odpovědi, která zde byla reprezentována jako možnost *Jiná...* Nicméně vzhledem k charakteru položky č. 19, která se zabývá dalšími odborníky, jež rodiče navštívili mimo zde zmíněné, jsme tyto odpovědi v případě položky č. 12 do analýzy a interpretace výsledků nezahrnuli.

Následující položky č. 13-19 byly otevřeného charakteru, z čehož vyplývala jednak vysoká rozmanitost odpovědí, a taktéž skutečnost, kdy zde rodiče mnohdy vyplnili více zdůvodnění v rámci jedné odpovědi, což vedlo k jejich rozřazení do více kategorií. Uvedené procentuální podíly tak v rámci těchto položek č. 13-19 vždy vychází ze zmíněného počtu participantů, jež byli do analýzy výzkumných dat zahrnuti. Taktéž zde byla přítomna existence přímé návaznosti položek č. 13-19 na položku č. 12 a tato skutečnost významně ovlivnila konečný počet respondentů v jednotlivých položkách. U položek č. 13-18 nebyli do výzkumného šetření zahrnuti participant, kteří v rámci položky č. 12 konkrétního odborníka nezvolili, anebo jej zvolili, ale v konkrétních položkách č. 13-18 uvedli, že jej nenavštívili. U všech zmíněných položek č. 13-19 pak měli respondenti uvést svůj pohled na to, proč si myslí, že je daného odborníka vhodné navštívit. V některých případech jsme sice v rámci odpovědi rodičů zaznamenali uvedení jejich konkrétního důvodu návštěvy daného odborníka, nicméně vzhledem k zadání položek č. 13-19 počítáme u všech těchto položek s tím, že jejich předpoklad z hlediska podnětnosti návštěvy daného odborníka je shodný s jejich specifickým zdůvodněním.

Položka č. 13 – Pokud jste zaškrtl/a možnost klinický logoped, zdůvodněte prosím, proč si myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)

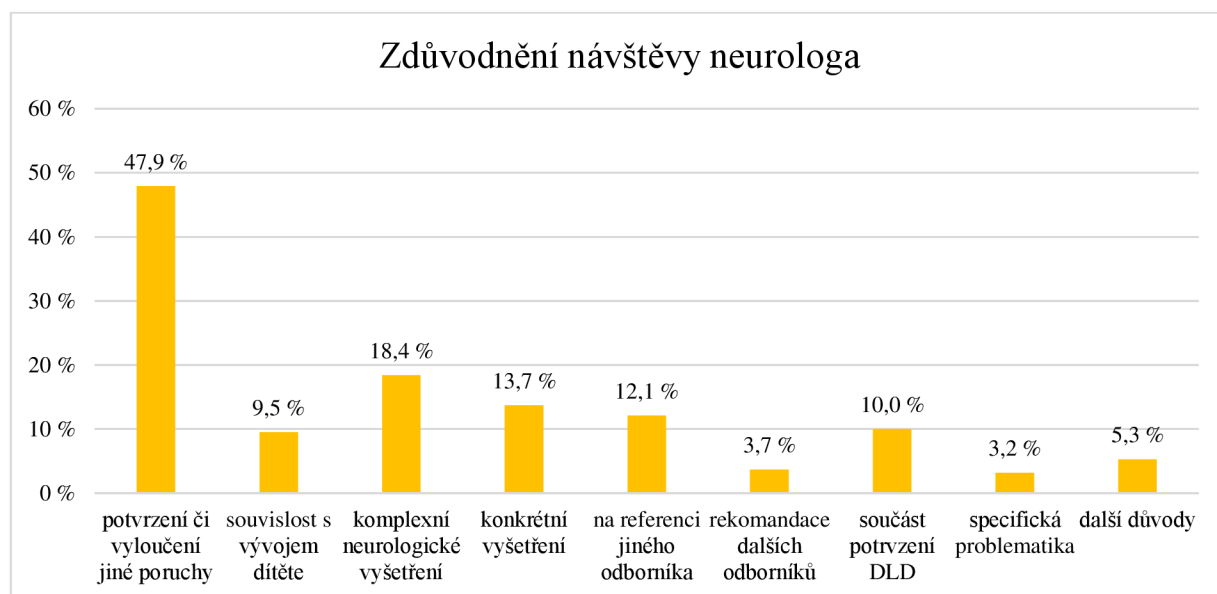


Graf 11 – Zdůvodnění návštěvy klinického logopeda

Položka č. 13 se týkala zdůvodnění respondentů pro vhodnost návštěvy klinického logopeda a jednotlivé odpovědi jsou uvedeny v grafu 11. Do analýzy výzkumných dat zde byl zařazen snížený počet 298 rodičů. Celkem v 18,5 % respondenti uvedli, že je dle jejich názoru dobré klinického logopeda navštívit z hlediska *stanovení diagnózy DLD*. V závislosti *na doporučení jiného odborníka*, kdy se v případě bližší specifikace jednalo o pediatra, foniatra, odborníka v rámci PPP či pedagoga v MŠ, by klinického logopeda navštívilo 7 % z nich. Pro poskytnutí *poradenství* by se k tomuto odborníkovi vypravilo 31,9 % respondentů. Konkrétně by zde rodiče očekávali zejména poradenství ohledně nasměrování pro práci se svým dítětem s DLD či celkově poskytnutí informací o diagnóze DLD. U 35,6 % participantů byly zaznamenány odpovědi pojednávající o *rozvoji v jazykových oblastech*, kdy byl rodiči uveden rozvoj slovní zásoby, rozvoj řeči obecně, zaměření na oblast artikulace, porozumění či dysgramatismů. *Rozvoj v nejazykových oblastech*, konkrétně zrakového a sluchového vnímání či paměti a pozornosti, uvedlo v rámci svých odpovědí 9,7 % rodičů. Ve 3,4 % by považovali rodiče navštívení klinického logopeda za podnětné, z důvodu *doporučení na další odborníky*, konkrétně se jednalo o foniatra, neurologa, psychologa či odborníky zabývající se stimulačními programy neurovývojové stimulace a kraniosakrální terapie. Vcelku u 10,4 % respondentů jsme

zaregistrovali zdůvodnění týkající se realizace *diferenciální diagnostiky*. Opodstatnění udávající *nastavení vhodného terapeutického plánu* zmínilo 14,8 % rodičů.

Položka č. 14 – Pokud jste zaškrtl/a možnost neurolog, zdůvodněte prosím, proč si myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)



Graf 12 – Zdůvodnění návštěvy neurologa

V rámci této položky č. 14 byla provedena analýza výsledků odpovědí participantů, v nichž bylo pojednáváno o názoru rodičů z hlediska podstatnosti návštěvy neurologa. Výzkumný vzorek zde byl redukován na 190 respondentů. Z grafu 12 vyplývá, že nejvýraznější podíl rodičů čítající 47,9 %, uvedl, že by bylo vhodné neurologa navštívit z důvodu *potvrzení či vyloučení jiné poruchy*, jež by případně mohla být neurologického charakteru či mít neurologickou souvislost. Respondenti v některých případech uvedli taktéž příklady těchto poruch, kdy nejčastěji jmenovali epilepsii. Dále byly zmíněny neurovývojové poruchy typu ADHD či dyspraxie, poté pervazivní vývojové poruchy jako PAS či atypický autismus, a taktéž Tourettův syndrom, metabolické poruchy, anebo mentální retardace. Následně rodiče uvedli odpovědi obecnějšího charakteru, jako například neurovývojové poruchy, jiné vývojové poruchy, poškození mozku apod. Návštěvu neurologa by shledalo 9,5 % respondentů jako

podnětnou v souvislosti s vývojem dítěte, kdy bylo rodiči uváděno jak celkové zhodnocení vývoje dítěte tímto odborníkem, tak také případ nerovnoměrného či opožděného vývoje dítěte.

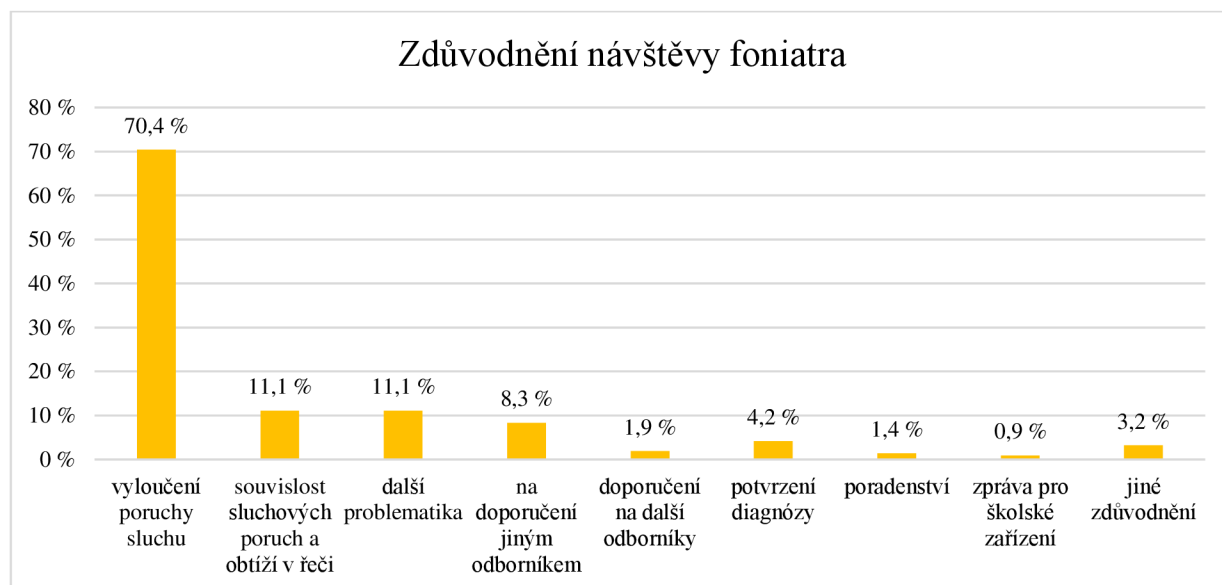
V 18,4 % bylo respondenty uvedeno *komplexní neurologické vyšetření dítěte*. Konkrétní vyšetření typu elektroencefalografického vyšetření (EEG) či magnetické rezonance (MR) zmínilo ve svých odpovědích 13,7 % rodičů.

V návaznosti na referenci jiného odborníka by se na neurologa obrátilo 12,1 % rodičů. V případě, kdy byl rodiči daný odborník specifikován, se jednalo o klinického psychologa, logopeda, pediatra, foniatra a odborníka v rámci SPC. *Rekomandaci na další odborníky*, například klinického psychologa, logopeda či ergoterapeuta by od neurologa očekávalo 3,7 % respondentů. V 10 % jsme zaznamenali odpovědi týkající se vyšetření u tohoto odborníka jakožto nezbytné *součásti pro potvrzení diagnózy DLD* (spolu s vyšetřením od dalších odborníků).

Ohledně *specifické problematiky* by návštěvu neurologa považovalo za dobrou 3,2 % rodičů. Konkrétně se jednalo o oblast vrozených vývojových vad, svalové hypotonie, plagiocefalie, mozkové obrny či předčasně se uzavírající velké fontanely.

Do kategorie *dalších důvodů*, zahrnující 5,3 % respondentů, byly začleněny odpovědi, jež nebylo možno kategorizovat do žádných z výše uvedených kategorií a bylo v nich rodiči uvedeno, že návštěvu neurologa nepovažovali za přínosnou, anebo by očekávali doporučení, a to jak na vhodné doplňky stravy, tak doporučení pro přijetí do logopedické MŠ.

Položka č. 15 – Pokud jste zaškrtl/a možnost foniatr, zdůvodněte prosím, proč si myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)



Graf 13 – Zdůvodnění návštěvy foniatra

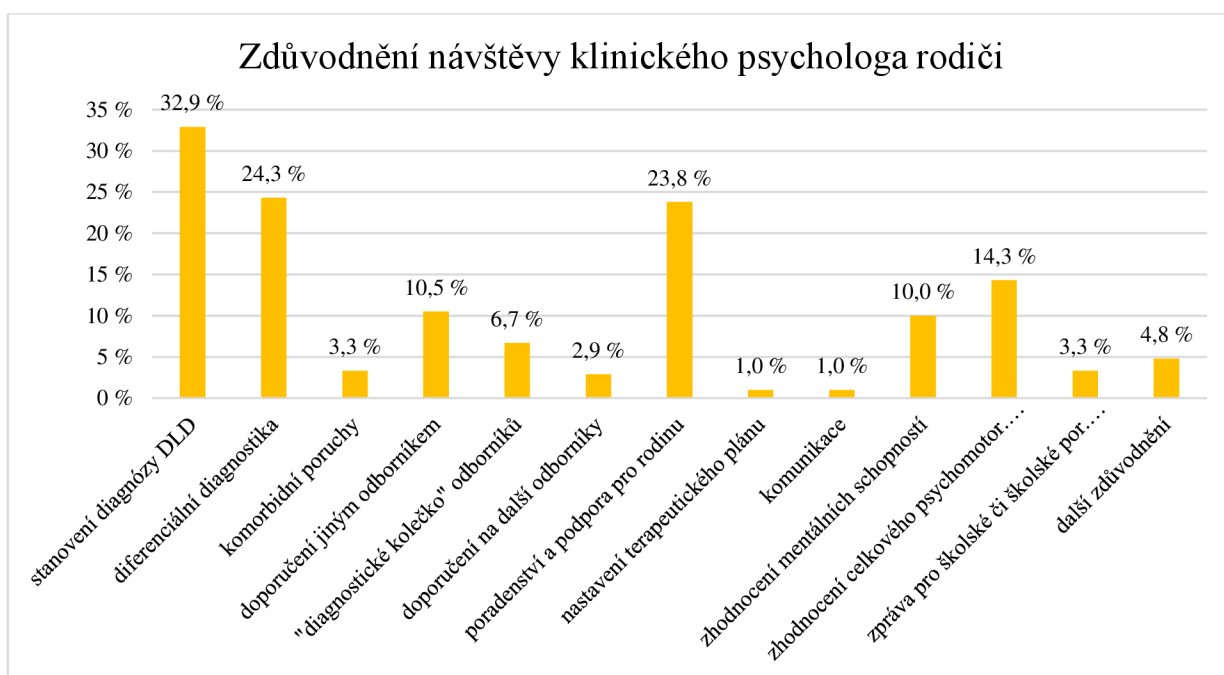
Položka č. 15 se věnovala tématu zdůvodnění rodičů pro návštěvu foniatra. Konečný počet analyzovaných odpovědí byl snížen na 216 účastníků. Z výsledků analýzy výzkumných dat v grafu 13 bylo patrné, že 70,4 % rodičů považuje návštěvu foniatra za dobrou z důvodu *vyloučení poruchy sluchu*. Celkem 11,1 % respondentů by tohoto odborníka vyhledalo v rámci existence *možné souvislosti sluchových poruch a obtíží v řeči*. V případě bližší specifikace zde rodiče uvedli například opožděný vývoj řeči či nemluvnost. Totožný procentuální podíl, tedy 11,1 % účastníků by návštěvu považovalo za žádoucí z hlediska řešení *další problematiky*. V rámci této kategorie rodiče nejčastěji zmiňovali vyšetření mluvidel, hlasu či hlasivek. Dále problematiku zvětšené nosní mandle, frenulum linguae ve smyslu zkrácení, vrozených vad či chrápání a orální respirace. *Na doporučení jiného odborníka* by vyšetření u foniatra absolvovalo 8,3 % respondentů. V případě konkrétní specifikace se jednalo o logopeda, pediatra, ORL lékaře či odborníka v rámci SPC. Naopak *doporučení na další odborníky* by od foniatra očekávalo 1,9 % rodičů. *Potvrzení diagnózy* ve smyslu doplnění vyšetření dalších odborníků pro stanovení diagnózy DLD uvedlo 4,2 % účastníků. V 1,4 % bylo patrné očekávání poskytnutí *poradenství*, jímž bylo rodiči míněno poskytnutí informací o diagnóze DLD či rad ohledně práce s dítětem. U 0,9 % respondentů jsme zaznamenali předpoklad vystavení *zprávy*

pro přijetí do školského zařízení, kdy se konkrétně dle rodičů jednalo o MŠ logopedickou a MŠ speciální. Odpovědi, jež byly ve 3,2 % začleněny do kategorie *jiného zdůvodnění* byly natolik příznačné, že je nebylo možno zařadit do žádné z uvedených kategorií, a tak jsou uvedeny v tabulce 9.

Tabulka 9 – Další odpovědi rodičů z hlediska návštěvy foniatra

„Na to jsem doteď nepřišla“
„Foniatr je důležitý z hlediska sluchu, aby se vědělo, jak je mozek schopen zvládat přeměnu slov, která slyší na formu mluvenou.“
„Bylo mi vysvětleno, že i když slyší, může tam být drobná skulinka mezi mozkiem a uchem a je to špatně atd.“
„Foniatr se specializuje na oblast ORL“
„Protože vlastně stále nevím, kde je problém a nechci nic zanedbat“
„Foniatric má s touto poruchou co dočinění“
„Dělali komplexní testy, dobré zhodnocení stavu“

Položka č. 16 – Pokud jste zaškrtl/a možnost klinický psycholog, zdůvodněte prosím, proč si myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)



Graf 14 – Zdůvodnění návštěvy klinického psychologa

V rámci této položky č. 16, týkající se zdůvodnění absolvování návštěvy klinického psychologa, jsme zaznamenali skutečně pestrou škálu odpovědí. Redukovaný výzkumný vzorek obsahoval 210 rodičů. Z grafu 14 je patrné, že celkem 32,9 % respondentů uvedlo, že je dle jejich názoru dobré navštívit klinického psychologa z důvodu *stanovení diagnózy DLD*. Do této kategorie jsme zahrnuli odpovědi, jež uváděly jednak stanovení diagnózy jako takové, ale taktéž odpovědi typu „*potvrzení/vyvrácení diagnózy*“, popř. by klinického psychologa vyhledali z hlediska stanovení konkrétního typu DLD, stupně závažnosti či pro případné doplnění diagnózy logopeda.

Ve 24,3 % by se respondenti pro tuto kooperaci rozhodli pro provedení *diferenciální diagnostiky*. V některých případech respondenti rovněž specifikovali konkrétní diagnózy, od nichž je potřebné DLD odlišit. Jednalo se o PAS, ADHD, opožděný vývoj řeči, mentální retardaci, psychické poruchy – zde rodiče uvedli „*afektivní záchvaty vzteku*“, „*vztek*“ či „*problémy se zvládnutím vzteku*“ a taktéž jsme zde zahrnuli odpověď uvádějící „*psychiatrické poruchy*“, které tedy nebyly blíže konkretizovány. V rámci problematiky *komorbidních poruch* by spolupráci s klinickým psychologem považovalo za podnětnou 3,3 % rodičů. Konkrétně se jednalo o ADHD, poruchy chování či poruchu pozornosti.

Na *doporučení jiného odborníka* by klinického psychologa navštívilo 10,5 % respondentů. V případě, kdy zde taktéž rodiče odborníka specifikovali, jmenovali pediatra, logopeda, foniatra, neurologa, odborníka v rámci PPP či SPC a odborníka z rané péče. Dle 6,7 % participantů je návštěva klinického psychologa žádoucí z hlediska „*diagnostického kolečka odborníků*“, na jehož základě se dle rodičů diagnóza DLD stanovuje. *Doporučení na další odborníky* by od klinického psychologa očekávalo 2,9 % respondentů, přičemž zde rodiče konkrétní odborníky, kromě ergoterapeuta, ve většině případů blíže nespecifikovali.

Poradenské a podpůrné psychologické vedení rodiny, by zde předpokládalo 23,8 % rodičů. Nejčteněji se odpovědi týkaly poradenství z hlediska přístupu či práce rodičů s dítětem. Dále jsme zde zařadili reakce ve smyslu očekávání poradenství z hlediska vysvětlení všech provázejících okolností, tedy uvedení do problematiky. Z odpovědí bylo patrné, že podporu by od klinického psychologa respondenti očekávali jak pro dítě, tak i pro sebe, jakožto rodiče.

Nastavení terapeutického plánu jsme zaznamenali u 1 % participantů. Stejný procentuální podíl, tedy 1 %, obsahoval odpovědi týkající se *komunikace*. Klasifikovali jsme zde odpovědi: „*slovní zásoba. špatně skloňování*“ a „*komunikace, vytvořit jakýkoli jiný styl komunikace.*“

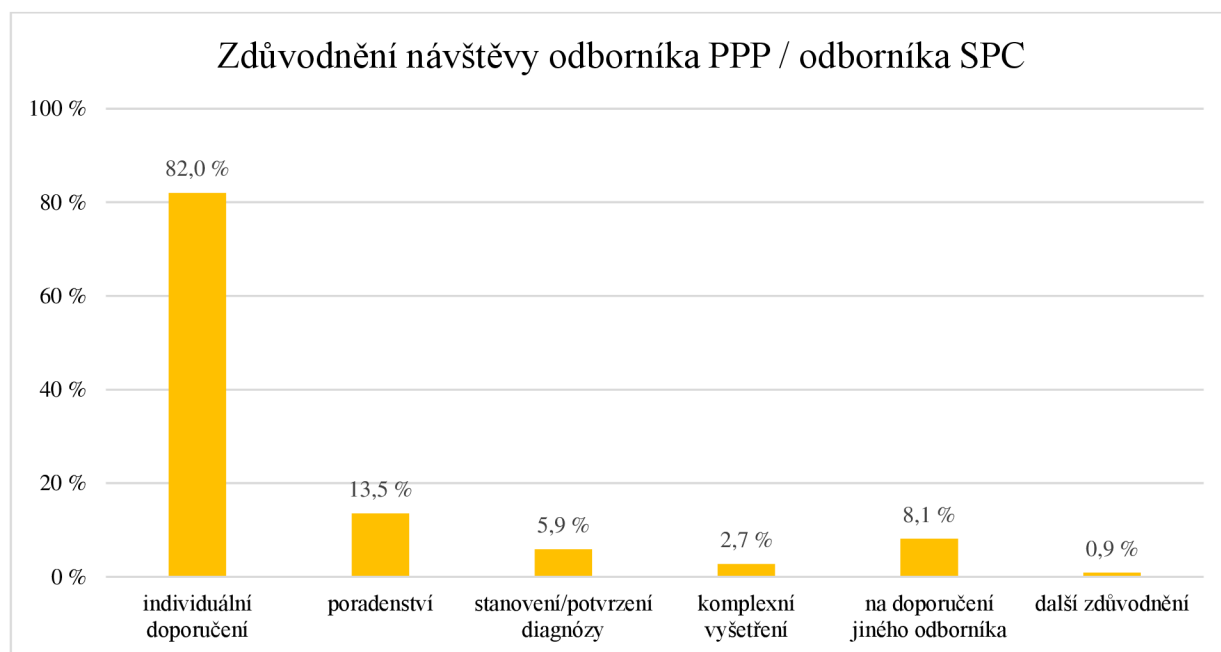
Kategorie *zhodnocení mentálních schopností* obsahovala 10 % respondentů. Zařadili jsme zde odpovědi uvádějící jak zhodnocení mentálních schopností, tak také „*zhodnocení mentální úrovně*“ či „*sledování mentálního vývoje*“ a také odpovědi, v nichž rodiče zmiňovali zhodnocení intelektu či rozumových schopností. *Zhodnocení celkového psychomotorického vývoje dítěte* uvedlo 14,3 % respondentů. Rodiče by taktéž tohoto odborníka navštívili v 3,3 % z důvodu vydání *zprávy pro školské zařízení* či *školské poradenské zařízení*.

Odpovědi, jež jsou v grafu 14 zahrnuty do kategorie *dalšího zdůvodnění* a obsahovaly 4,8 % respondentů, jsou uvedeny v tabulce 10.

Tabulka 10 – Další zdůvodnění rodičů pro návštěvu klinického psychologa

„Když řeknete všechny problémy, co jste si všimli na svém dítěti, taky vám může pomoci, jak máte zvládat jednotlivé situace. Informuje vás o průběhu, jak se to bude dál vyvíjet. A samozřejmě napíše zprávu, co je potřeba na vyřizování například speciálního přístupu ve školce, osobního asistenta, nebo rovnou na vyřizování logopedické třídy.“
„Chodíme tam od miminka, syn se narodil ve 26. týdnu“
„Psychologie nám zjistila že kluk má poruchy“
„Moc tomu nerozumím“
„Po zkušenostech, co mám, a nejen s psychologem přesně nevím, k čemu to je. Vždycky odcházím našťvaná, protože vím, jak se dítě zlepšuje a oni během jedné hodiny jednou za rok udělají bůh ví jaký závěr. Člověk pak neví, jak s tím naložit a je opět na dně.“
„Testy odpovídají věku dítěte, zkušenosti s postižením“
„Současně sleduje jeho školní dovednosti, aby se vědělo, jakou formou dítě vzdělávat.“
„Doporučení ohledně vzdělávání apod.“

Položka č. 17 – Pokud jste zaškrtl/a možnost odborník PPP (pedagogicko psychologické poradny) / odborník SPC (speciálně pedagogického centra), zdůvodněte prosím, proč si myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)

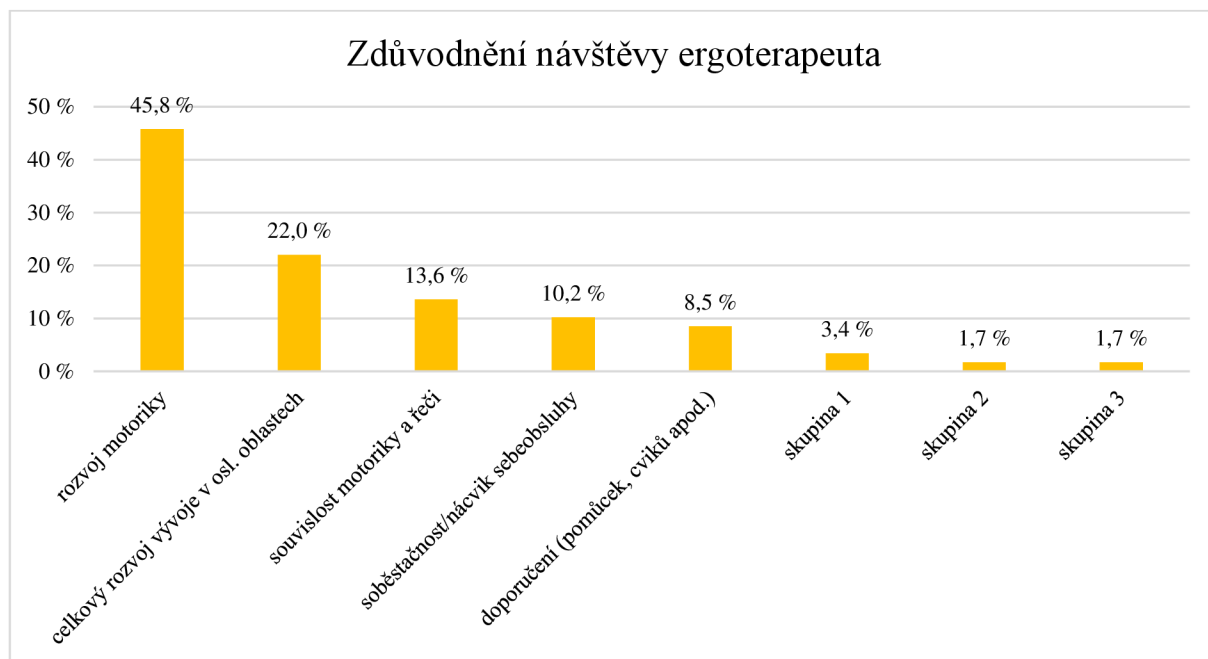


Graf 15 – Zdůvodnění návštěvy odborníka PPP / odborníka SPC

V této položce č. 17 byl snížen počet respondentů na 222. Z grafu 15 plyne, že 82 % respondentů považovalo návštěvu odborníka PPP či odborníka SPC za dobrou z hlediska *individuálních doporučení*, v nichž rodiče zmiňovali zařazení dítěte do školského zařízení dle §16, odst. 9 školského zákona 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, vyšetření školní zralosti či podpůrná opatření, kdy se konkrétně dle rodičů jednalo o asistenta pedagoga, individuální vzdělávací plán či vhodné kompenzační pomůcky. Ve 13,5 % bylo respondentů jako zdůvodnění podnětnosti zmíněno poskytnutí *poradenství* ohledně navedení rodičů na vhodný způsob práce se svým dítětem, dále získávání informací o diagnóze DLD a dalších zainteresovaných odbornících či odkázání rodičů na vhodné pracovní materiály či jejich poskytnutí. Odůvodnění *stanovení/potvrzení diagnózy* bylo zaznamenáno u 5,9 % respondentů. Celkově 2,7 % rodičů uvedlo, že je dobré tohoto odborníka navštívit pro *komplexní vyšetření dítěte*. *Na doporučení jiného odborníka*, kdy se se jednalo o pediatra, logopeda, pedagogy školských zařízení či odborníka z řad rané péče, by považovalo návštěvu odborníka PPP či

odborníka SPC za vhodnou 8,1 % rodičů. U 0,9 % respondentů jsme zaznamenali *další zdůvodnění*, kdy konkrétně uvedli, že navštívení tohoto odborníka nepovažují za smysluplné.

Položka č. 18 – Pokud jste zaškrtl/a možnost ergoterapeut, zdůvodněte prosím, proč si myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)



Graf 16 – Zdůvodnění návštěvy ergoterapeuta

Položka č. 18 pojednávala o pohledu rodiče na podnětnost návštěvy ergoterapeuta. V rámci analýzy dat byl konečný počet snížen na 59 respondentů. Jednotlivé odpovědi byly uspořádány do kategorií, jež jsou uvedeny v grafu 16. Nejvíce, tedy ve 45,8 %, by rodiče ergoterapeuta vyhledali z důvodu *rozvoje motoriky*. Zde jsme zahrnuli odpovědi týkající se jak jemné, tak hrubé motoriky a taktéž odpovědi uvádějící grafomotoriku. Pro *celkový rozvoj vývoje v oslabených oblastech* by se k tomuto odborníkovi vydalo se svým dítětem 22 % respondentů. Rodiče taktéž ve 13,6 % uvedli, že by služeb ergoterapeuta využili z hlediska vědomí o *existenci souvislostí mezi motorikou a řečí*. Dalším zdůvodněním, jež bylo respondenty uvedeno v 10,2 %, bylo zaměření se na *soběstačnost, popř. nácvik sebeobsluhy*. *Doporučení z hlediska konkrétních pomůcek, cviků, popř. další práce s dítětem* uvedlo jako opodstatnění 8,5 % rodičů. Dále jsme odpovědi pro jejich vysokou míru různorodosti kategorizovali dle

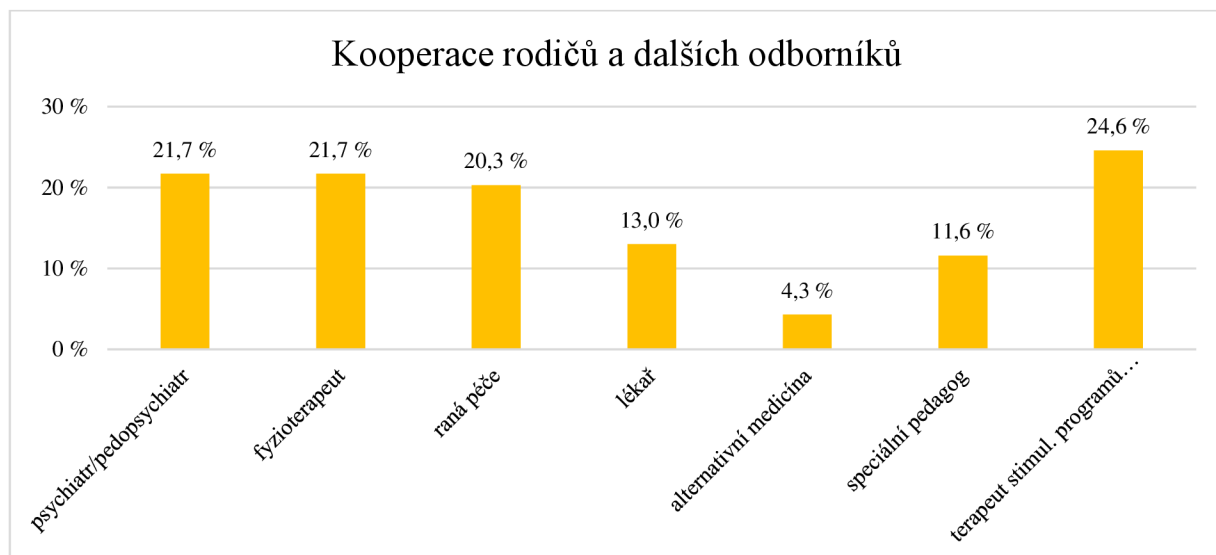
jejich procentuálního zastoupení do kategorií *skupina 1*, *skupina 2* a *skupina 3*. Do *skupiny 1* spadaly odpovědi čítající 3,4 % respondentů, jež jako objasnění záměru návštěvy ergoterapeuta zmínilo pomoc v oblasti rovnováhy, inhibice přetrvávajících primárních reflexů, soustředění, zlepšení pohybové koordinace, motoriky orofaciální oblasti či by v tomto případě dalo na doporučení jiného odborníka. *Skupina 2* zahrnovala se shodným procentuálním podílem 1,7 % podporu v oblasti propriocepce, hypersenzitivity, zlepšení míry spolupráce dítěte či by zde rodiče u svého dítěte praktikovali podpůrné terapeutické metody jako Vojtovu metodu, metodu senzorycké integrace či plánovaný senzomotorický trénink TSMT. Zbývající *skupina 3* obsahovala odpovědi, jejichž pestrost byla natolik vysoká, že je nebylo možno kategorizovat do žádné z uvedených možností. Tyto odpovědi jsme tedy specifikovali v tabulce 11.

Tabulka 11 – Tabulka odpovědí rodičů, zařazených do skupiny 3

„cílená stimulace mozku přes tělo“
„kvůli plánu terapie a rehabilitace při problémech s motorikou“
„rozvoj nervové soustavy, usnadnění a korekce pohybových vzorců“
„pomocí ergoterapie se propojují mozkové hemisféry a neurony“

Položka č. 19 – Pokud jste spolupracoval/a, popř. obrátil/a se ještě na dalšího odborníka, na koho a proč?

V případě, kdy se rodiče obrátili ještě na jiného odborníka, mimo námi nabízených možností v rámci položky č. 12, měli rodiče v této položce č. 19 tohoto odborníka, popř. odborníky, blíže specifikovat i se zdůvodněním této spolupráce (viz graf 17). Z analýzy této konkrétní položky byli vyřazeni rodiče, kteří buďto uvedli, že s žádným dalším odborníkem nespolečně pracovali, anebo nesdělili důvod této spolupráce, popř. zde uvedli odborníky, kteří byli již zahrnuti do předešlých položek č. 12-18. Z těchto důvodů zde byl konečný výzkumný vzorek snížen na 69 rodičů.



Graf 17 – Kooperace rodičů a dalších odborníků

Vysoký podíl rodičů, který činil 21,7 %, kooperoval s *psychiatrem/pedopsychiatrem*. S přihlédnutím k vysoké míře četnosti odpovědí jsme se rozhodli kategorizovat tohoto odborníka z řad lékařů zvlášť. Rodiče spolupracovali s psychiatrem/pedopsychiatrem z několika důvodů. Vyhledali jej s cílem indikace medikace, na doporučení školského poradenského zařízení – tedy PPP či SPC. Dále se respondenti rozhodli pro kooperaci z důvodu komorbidních poruch či obtíží, kdy v tomto případě uvedli: „z důvodu narušení pozornosti“, „ADHD a rysy PAS“.

Na *fyzioterapii* se obrátilo taktéž 21,7 % rodičů. Návštěvu tohoto odborníka považovali respondenti za dobrou v souvislosti s řešením obtíží v oblasti hypotonie, nekoordinovanosti, hrubé motoriky či rovnováhy. Rodiče taktéž zmiňovali podnětnost z hlediska zpevnění středu těla, práce na zlepšení tělesné postury či problematiky přetrvávajících primárních reflexů.

Taktéž ve 20,3 % rodiče uvedli spolupráci s *ranou péčí*. V několika případech zde rodiče uvedli, že ranou péčí vyhledali na základě doporučení. Mezi další zmíněná zdůvodnění spadalo komplexní poradenství ohledně diagnózy DLD, zahrnující rovněž oblast podpůrných terapií, stimulačních programů, pomůcek či komunikace a taktéž celková podpora jak rodičů, tak dítěte.

Celkově 13 % rodičů se poté obrátilo na další *lékařskou odvětví*. Do této souhrnné kategorie jsme tedy v rámci analýzy výsledků zařadili dále zmíněné odborníky napříč lékařskými odbornostmi. Konkrétně se jednalo o lékařskou *genetiku*, kterou rodiče navštívili na doporučení či z důvodu vyloučení dalších možných genetických odchylek. Dále spolupracovali respondenti na

doporučení či z důvodu vyloučení oční vady s *oftalmologem*. Kooperace dále proběhla taktéž s *ORL*, přičemž zde rodiče uvedli důvody, jež byly spojeny s problematikou adenoidní vegetace. Dále proběhla kooperace mezi respondenty a *endokrinologem*, přičemž jako zdůvodnění bylo respondenty uvedeno: „*aby se zjistilo, zda má hormony a hodnoty v krvi v pořádku*“. Taktéž se rodiče obrátili na odvětví *ortoptiky*, kdy k této spolupráci dle rodičů došlo z následujícího důvodu: „*nosí brýle, má rozdíl 2 dioptrie mezi očima*. Jeden respondent uvedl kombinaci spolupráce s *oftalmologem* a po ní návaznost *ortoptiky* následovně: „*Oční lékař-šilhání, tupozrakost, operace šilhavosti a navazuje ortoptika*.“

Možností *alternativní medicíny* využilo celkově 4,3 % respondentů. Přičemž se jednalo o oblast *homeopatie*, z důvodu: „*zjištění, jestli není nějaký blok a homeopatická podpora rozvoje řeči*“, následně rodiče rovněž navštívili odborníka, jež se zabýval *čínskou medicínou*, kdy uvedli jako zdůvodnění: „*akupunkturní body a masáže na odblokování a uvolnění nervů řečového centra*“ a také zmínili v rámci této kategorie užívání *přírodní medicíny*, konkrétně zde byla uvedena tato odpověď: „*Přírodní medicína, navštěvujeme paní doktorku která nám nasazuje přírodní kapky na různé potíže spojené s VD které syn má*.“

Vcelku 11,6 % rodičů vyhledalo spolupráci *speciálního pedagoga*. Respondenti v rámci tohoto odborníka velmi často uváděli jako důvod navázání kooperace poskytování služeb ve smyslu stimulačních programů či podpůrných terapií. Konkrétně se z hlediska zaznamenaných odpovědí jednalo o poskytování *neurovývojové terapie*, dále *Snoezelen terapie*, *individuálního sluchového tréninku Benaudira* či *kineziologie*. Následně byl dle jejich slov speciální pedagog nápomocen v oblastech rozvoje jemné motoriky a grafomotoriky či z hlediska dalších doporučení na vhodné aktivity pro práci s dítětem a rovněž se rodiče obrátili z hlediska zrakového vnímání taktéž na *tyflopeda*.

Do poslední kategorie čítající 24,6 % respondentů jsme zařadili konkrétní odborníky z řad poskytování *stimulačních programů* či *podpůrných terapií*. Zmíněn zde byl terapeut metody *JIAS – neboli Johansenovy individualizované auditivní stimulace*, kterou rodiče zvolili z hlediska sluchové hypersenzitivity či terapeut *individuálního sluchového tréninku Benaudira* pro jehož volbu se rodiče rozhodli z důvodu rozvoje sluchového vnímání či rozvoje řeči. Dále jsme v odpovědích zaznamenali taktéž terapeuta *kognitivně motorické terapie*, jehož respondenti vyhledali z důvodu celkového rozvoje dítěte či terapeuta *EEG biofeedbacku* pro rozvoj soustředění dítěte, anebo pro vykonání maximálního úsilí ohledně vývoje dítěte. Spolupráci *kraniosakrálního terapeuta* zvolili respondenti pro pomoc s rozvojem řeči či pro

celkový rozvoj dítěte a také pro celkové zklidnění. Z podobného důvodu ve smyslu zklidnění dětí s ADHD či pro podporu smyslového vnímání byla rodiči vybrána možnost navštěvování terapeuta metody *Snoezelen*.

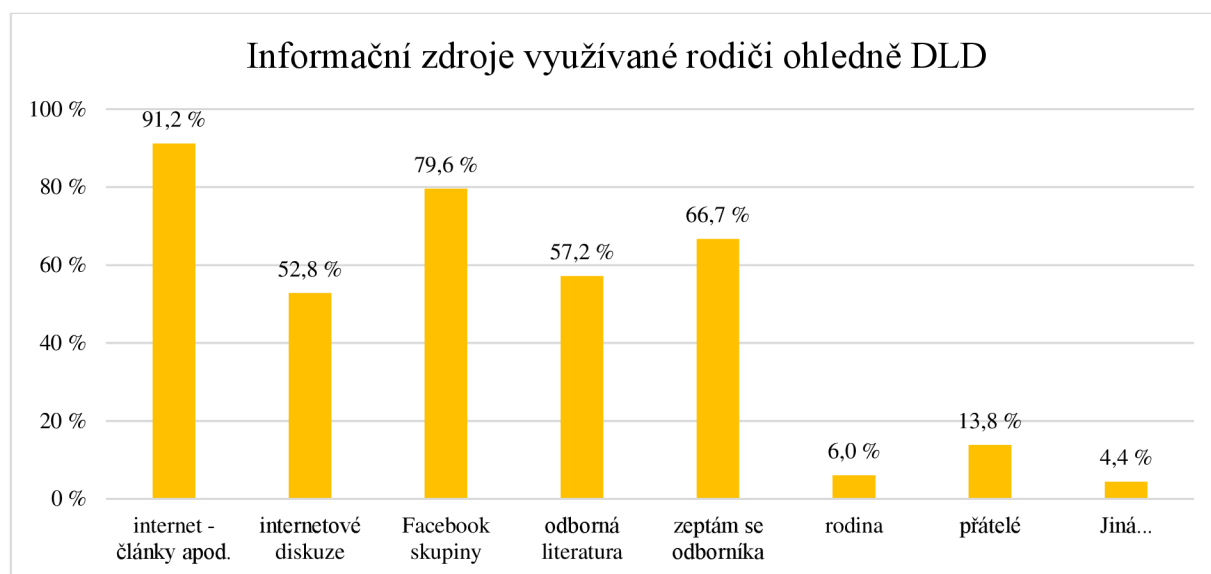
Terapeuta poskytujícího *Neurovývojovou stimulaci/Neurovývojovou terapii* rodiče zvolili pro zlepšení v oblasti motoriky i řeči a taktéž zde uvedli i vysokou míru efektivity na celkový rozvoj dítěte. Odborníky zabývající se *neurorehabilitací* zvolili respondenti z důvodu celkového rozvoje i hrubé motoriky. Spolupráce byla navázána i s odborníkem zabývajícím se *osteodynamikou*, přičemž tuto spolupráci rodiče zdůvodnili následovně: „*malý chodí po špičkách, zároveň mu z venčí krásně rozmasírovala jazyk, což pomohlo s výslovností.*“

V neposlední řadě byla zahájena kooperace respondentů s terapeuty v rámci expresivních terapií. Odborník v rámci *hipoterapie* byl vyhledán s cílem zajištění pozitivního vlivu této terapie na vývoj nervové soustavy a na korekci hypotonie. *Canisterapeuta* zvolili pro lepší adaptaci a reakci na zvířata. *Muzikoterapeuta* vyhledali rodiče dle svých slov: „*také kvůli propojení neuronů.*“

INPP terapeuta rodiče pro spolupráci kontaktovali v důsledku nespokojenosti s péčí ostatních odborníků. Terapeuta specializujícího se na *psychosomatickou terapii* si respondenti zvolili z důvodu očekávání pomoci ke zlepšení stavu dítěte.

Předposlední oddíl dotazníku rozebíral sféru získávání informací rodiči o diagnóze DLD z užšího úhlu pohledu. Mířil tedy na konkrétní informační zdroje, které jsou rodiči pro tento účel využívány (položka č. 20).

Položka č. 20 – Kde byste hledal/a informace o vývojové dysfázii?



Graf 18 – Informační zdroje využívané rodiči ohledně DLD

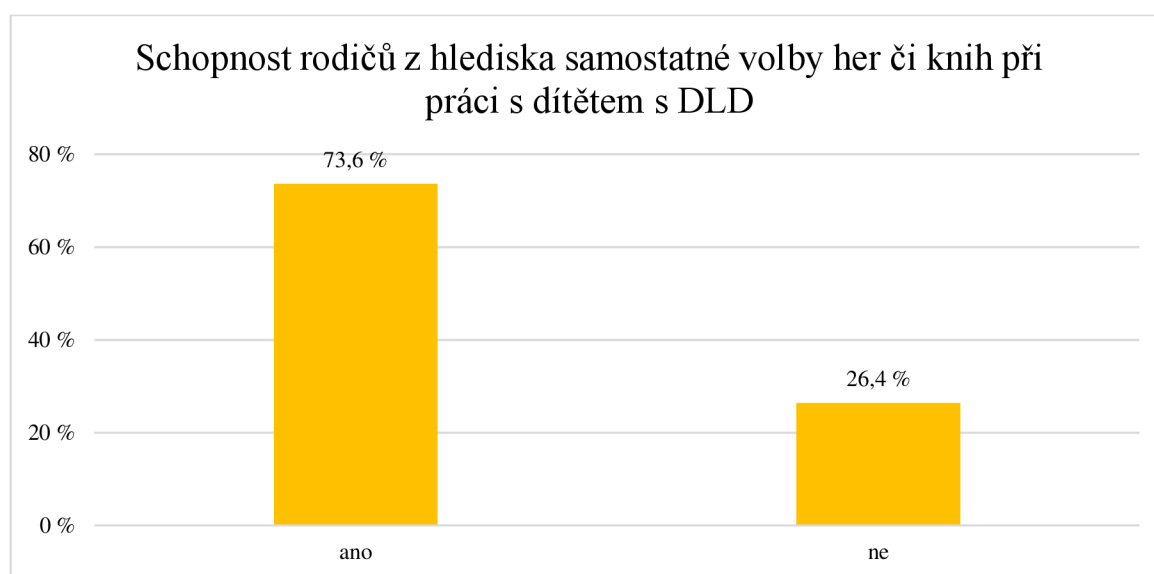
Položka č. 20 blíže analyzovala konkrétní zdroje informací, jež by byly rodiči využity pro vyhledávání informací o DLD. Uvedené procentuální podíly vychází z celostního počtu, tedy z 318 respondentů. Jak je zjevné z grafu 18, zcela nejvyužívanějším zdrojem byl z hlediska námi nabízených možností *internet – články apod.*, jehož by využívalo 91,2 % respondentů. *Internetových diskuzí* by pro tyto účely využilo 52,8 % a *Facebookových skupin* 79,6 % rodičů. V *odborné literatuře* by si informace vyhledalo 57,2 % respondentů. *Odborníka* by poté oslovilo 66,7 % z nich. U *rodiny* by se informovalo 6 % a u *přátel* 13,8 % rodičů. Možnosti *Jiná...* využilo 4,4 % rodičů, kteří zde uvedli další informační zdroje, mezi něž spadali pedagogové v rámci mateřských, popř. základních škol či raná péče. Dále by také rodiče čerpali informace z vlastního studia či by se obrátili na rodiče dětí s touto diagnózou z okolí, anebo by pro informování využili televizního pořadu.

Závěrečná část dotazníku zahrnovala položky, které byly zacíleny na analýzu rozsahu povědomí rodičů ohledně eventuality využívání her a knih (položky č. 21 a 22) a následně zdrojů pro jejich vyhledání (položka č. 23). Následující položky cílily na oblast stimulačních programů (položky č. 24, 25, 26, 27) či doplňků stravy u dítěte s DLD (položky č. 28 a 29). Finální položka, jež byla otevřeného charakteru, umožňovala rodičům vznesení dotazu z hlediska jakékoli oblasti v rámci DLD (položka č. 30).

Položka č. 21 – Používáte v rámci cvičení se svým dítětem knihy či hry?

V případě této položky byla u rodičů zjišťována míra využívání knih či her v rámci nácvikových aktivit, které rodiče provádí se svým dítětem s DLD. Z analýzy dat výzkumného vzorku vyplynulo, že knihy či hry v tomto případě využívá markantní podíl rodičů, který činil 96,5 %. Naopak 3,5 % rodičů v rámci cvičení se svým dítětem s DLD knih či her nevyužívá.

Položka č. 22 – Věděl/a byste, jakou hru nebo knihu zvolit pro práci se svým dítětem?



Graf 19 – Schopnost rodičů z hlediska samostatné volby her či knih při práci s dítětem s DLD

U této položky měli rodiče vyjádřit svou schopnost samostatné volby konkrétních her či knih v rámci aktivity se svým dítětem s DLD. Z grafu 19 lze vyzorovat, že v 73,6 % by rodiče participující v našem výzkumném souboru byli způsobilí pro samostatnou volbu hry či knihy pro práci se svým dítětem. Zbývajících 26,4 % rodičů uvedlo, že by nevěděli, pro jakou konkrétní hru či knihu se rozhodnout.

Položka č. 23 – Kde byste hledal/a doporučení pro knihy či hry?

Vzhledem k tomu, že byla tato položka otevřeného charakteru, bylo i spektrum odpovědí velice rozmanité a rodiče v rámci jedné odpovědi uváděli více kategorií najednou. Níže je uveden výčet jednotlivých kategorií i s procentuálními podíly.

47,8 % rodičů uvedlo, že by hledalo inspiraci na knihy či hry pro své dítě s DLD obecně na *internetu*. Ve velké míře (21,1 %) čerpali rodiče nápady rovněž na *Facebookových skupinách*. Na *sociálních sítích* obecně pak vyhledávalo 1,9 % rodičů, stejně jako na *odborných webech*. *Internetových diskuzí* využívalo pro tyto účely 4,4 % respondentů.

Obecnější odpověď ve smyslu „*odborníci*“ uvedlo 14,8 % rodičů. Z konkrétních odborníků byl poté nejčastěji zmiňován *logoped* (v této kategorii byl zahrnut jak logoped, tak klinický logoped), jehož doporučení preferovalo 43,4 % rodičů. Na *psychologa* se v tomto případě obrátilo 6 % respondentů. V 1,3 % byla kvitována doporučení *ergoterapeuta*. *Ranou péčí* uvedlo 2,2 % rodičů. Na doporučení lékaře, konkrétně *foniatra* a *psychiatra* dalo v obou případech 0,3 % respondentů. Referencím *pedagogů ve školských zařízeních* bylo nakloněno 4,4 % rodičů. Odpověď „*speciální pedagog*“, která byla spíše obecnějšího charakteru, uvedlo 1,3 % respondentů. Odborníky v rámci *speciálně pedagogického centra* zmínilo 4,1 % rodičů a odborníky z *pedagogicko-psychologické poradny* poté pouze 1,3 % z nich.

Na jiné rodiče dětí s vývojovou dysfázií (DLD) by se z hlediska vhodných knih či her obrátilo celkem 7,9 % respondentů.

Posledními ze zastoupených oblastí pro inspiraci byly *odborná literatura* (6,9 %) a rodiče rovněž v malé míře (1,9 %) hledali inspiraci také v *knihkupectví*.

1,9 % respondentů uvedlo odpověď „*nevím*“ a u 0,6 %, kdy se tedy konkrétně jednalo o dva případy, nebylo možno jednoznačné zařazení do žádné z uvedených kategorií, a tak jsou níže v tabulce 12 tyto odpovědi uvedeny v doslovném znění.

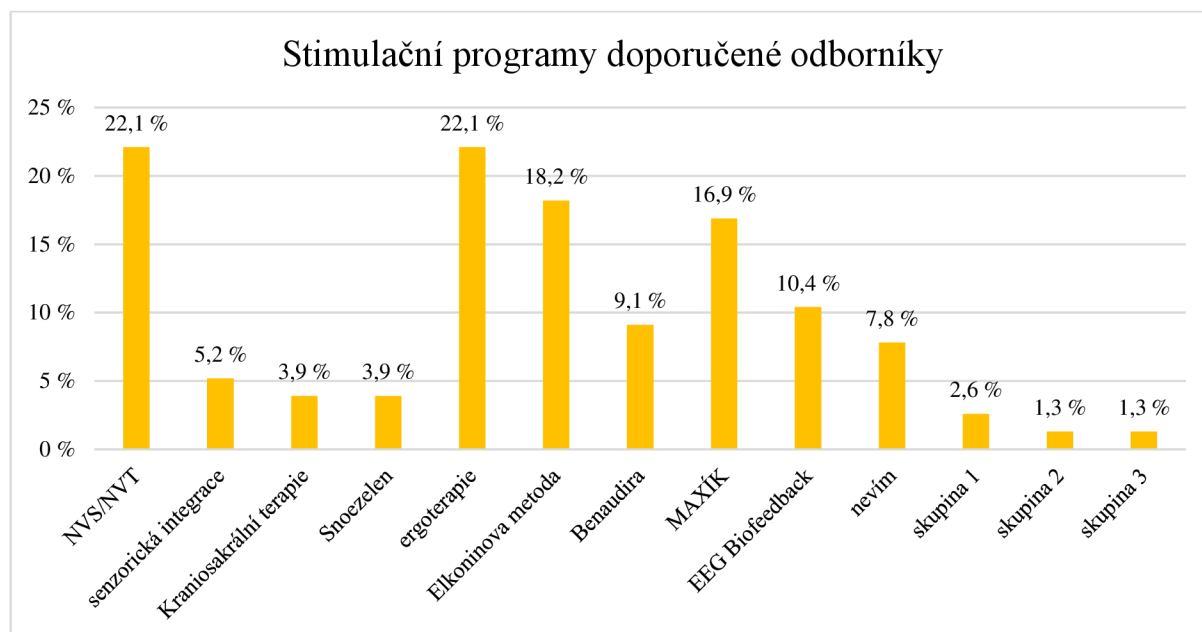
Tabulka 12 – Tabulka nekategorizovaných odpovědí

„Sama bych hledala“
„Spíš je to pokus omyl. Víím, že je u syna třeba podporovat tvoření vět. Tudíž volíme obrázkové knihy, podle kterých se snaží vyprávět.“

Položka č. 24 – Byly Vám doporučeny nějaké stimulační programy pro děti s vývojovou dysfázií?

U této položky jsme v rámci našeho výzkumného souboru došli ke zjištění poměrně překvapivých výsledků. Ve většině případů, který činil 75,8 %, rodiče nedostali od odborníků doporučení na žádný ze stimulačních programů. Odborníci tedy rodiče odkázali na využití stimulačních programů pouze ve 24,2 %.

Položka č. 25 - Pokud jste zaškrtl/a v předchozí otázce „ano“, napište prosím názvy stimulačních programů, které Vám byly doporučeny. (Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a ne, napište prosím NE)



Graf 20 – Stimulační programy doporučené odborníky

Stávající položka, jež byla otevřeného charakteru, měla přímou souvislost s předešlou položkou č. 24. Z tohoto důvodu byli do výsledků grafu 20 zahrnuti pouze respondenti, kteří v položce č. 24 odpověděli *ano*, z čehož pro tuto položku č. 25 vyplývá finální snížený počet 77 respondentů, z něž vychází uvedená procentuální data. Mezi odborníky nejdoporučovanějšími programy byly s výsledkem 22,1 % v rámci našeho výzkumného vzorku NVS/NVT, tedy Neuro-vývojová stimulace (NVS POHYBEM SE UČÍME®) PhDr. Marji Volemanové, Ph.D. a ponechali jsme zde také odpovědi, uvádějící Neuro-vývojovou terapii od této autorky (NVT). K jistému sloučení jsme se v tomto případě rozhodli z hlediska neutralnosti některých odpovědí, jako „*neurovyvojka*“, „*neurostimulace*“, „*neurorehabilitace*“, z nichž nebylo jasně patrné, kterou z možností (NVT či NVS) měli rodiče na mysli. Metoda *senzoričké integrace* byla doporučena 5,2 % rodičů. *Kraniosakrální terapie* a metoda *Snoezelen* pak shodně 3,9 % respondentů. *Ergoterapie* byla odborníky taktéž doporučována v míře 22,1 %. I přes to, že se nejedná o stimulační program jako takový, jsme se tuto možnost rozhodli z hlediska poměrně vysoké četnosti odpovědí ponechat a odpovědi nevyřazovat, jelikož rodiče evidentně ergoterapii jako stimulační program vnímají. V 18,2 % byla odborníky doporučována

Elkoninova metoda neboli Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina, kdy jsme do této možnosti zahrnuli i odpovědi „*Hláskář-Elkonin*“ a „*rozvoj sluchového vnímání podle Elkonina*“. Celkově 9,1 % rodičů byl doporučen *individuální sluchový trénink Benaudira*. Na stimulační program *MAXÍK* pak dostalo rekomandaci 16,9 % rodičů. *EEG Biofeedback* byl odborníky doporučen v 10,4 %. V 7,8 % byli rodiče zařazeni do kategorie *nevím*, a to z důvodu, že uvedli, že si již nepamatují nebo neví názvy doporučených stimulačních programů.

V důsledku vysoké rozmanitosti odpovědí byly pro lepší přehlednost zbývající z nich rozčleněny do 3 skupin – *skupina 1, skupina 2 a skupina 3*. *Skupina 1* zahrnuje odpovědi, které dosáhly shodného procentuálního zastoupení 2,6 % a konkrétně se jednalo o odpovědi „*hipoterapie*“, „*sport*“, „*grafomotorika*“ a „*Včelka.cz*“. Do *skupiny 2* byly zařazeny odpovědi s procentuálním podílem 1,3 %, kdy respondenti uvedli využití muzikoterapie, stimulačního programu HYPO („*Hyperaktivita*“ / „*Hypoaktivita*“ a „*Pozornost*“), metody FIE neboli Feuersteinovy metody instrumentálního obohacování, PlayWisely®, jógy a kognitivně motorické terapie a také odpovědi „*logopedie*“ a „*intenzivní logopedie*“. Poslední *skupina 3* obsahovala taktéž odpovědi, které měly procentuální zastoupení v 1,3 %, avšak byly natolik rozmanité, že je nebylo možno zařadit pod žádnou z již uváděných možností. Z tohoto důvodu jsou tyto odpovědi uvedeny v přímém přepisu v následující tabulce 13.

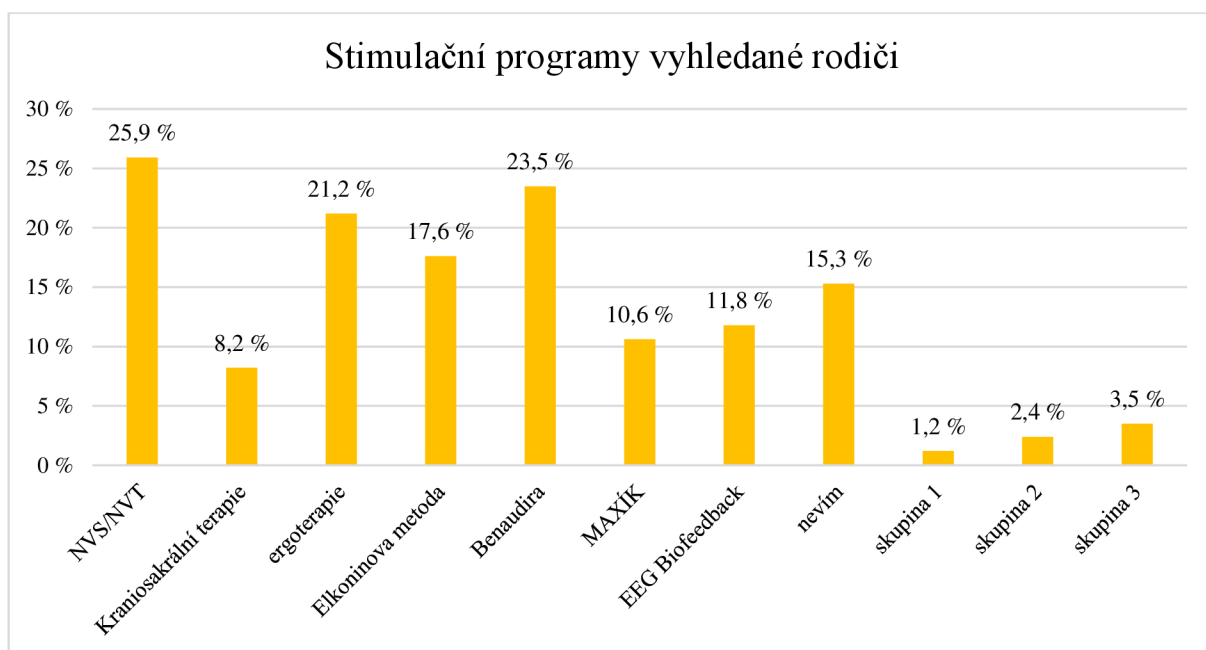
Tabulka 13 – Tabulka odpovědí, spadajících do skupiny 3

„kroužek sluchového vnímání“
„mluvení a procvičování rukou“
„orofaciální masáže“
„denní pobyt (Demosthenes) a jejich terapie“
„psychoterapie“
„různé hry“
„edukační skupina“
„Chodili jsme ke klín. log..na různá cvičení“
„Pískování, hra na zvuky, hra na motoriku, sluchové a hmatové vnímání“
„primo cytistene od logopeda“
„rozvoj onou hemisféry, rozvoj mozoriky, správná strava, správný pohyb, masáže“
„Senzorická integrace a zraková stimulace přes ranou péči.“
„Logopedická školka, pobyt na logo táboře.“
„Terapie. Tábory..sezení..“

Položka č. 26 – Vyhledal/a jste si sám/sama stimulační programy pro děti s vývojovou dysfázií?

V rámci analýzy položky č. 26 bylo zjištěno, že ve výrazně vyšší míře 73,3 % rodiče nevyvíjeli samostatnou iniciativu pro vyhledání stimulačních programů pro své dítě s DLD. Samostatně pak vyhledalo stimulační programy 26,7 % respondentů.

Položka č. 27 – Pokud jste zaškrtl/a v předchozí otázce „ano“, napište prosím názvy stimulačních programů, které jste si vyhledal/a. (Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a ne, napište prosím NE)



Graf 21 – Stimulační programy vyhledané rodiči

Tato otevřená položka, jejímž cílem bylo zmonitorování stimulačních programů, jež si rodiče sami vyhledali, má návazný charakter na předchozí položku č. 26. Vzhledem k této skutečnosti byli do grafu 21 bráni v potaz pouze respondenti, kteří v předešlé položce odpověděli *ano*. Výzkumný vzorek byl tedy z těchto důvodů snížen na 85 a procentuální podíly, uvedené v grafu 21 z tohoto počtu také vycházejí. Nejvyšší zastoupení měla s 25,9 % kategorie NVS/NVT, kam

spadala Neuro-vývojová stimulace (NVS POHYBEM SE UČÍME®) PhDr. Marji Volemanové, Ph.D. a zařadili jsme zde také odpovědi, charakterizující Neuro-vývojovou terapii od totožné autorky (NVT). Pro toto sloučení jsme se opět rozhodli z důvodu zaznamenání odpovědi jako „neurovývojovka“, „NeuroVojka“, „neurovývojová metoda“, „neurovývojová rehabilitace“ či „neurovývojové cvičení“, z nichž bylo sice patrné, že se jedná o tyto stimulační programy, avšak tyto odpovědi nebylo možno jednoznačně přiřadit k NVS nebo NVT. Dohromady 8,2 % rodičů se informovalo ohledně *Kraniosakrální terapie. Ergoterapii* si rodiče samostatně vyhledali ve 21,2 %. Stejně jako v položce č. 25 jsme se zde rozhodli tuto možnost ponechat. Poměrně četné zastoupení měla v 17,6 % *Elkoninova metoda* neboli Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina. *Individuální sluchový trénink Benaudira* si ze své iniciativy vyhledalo 23,5 % rodičů. Celkem 10,6 % rodičů zaujal Stimulační program *MAXÍK*. O *EEG Biofeedbacku* si informace vyhledalo 11,8 % rodičů. Do kategorie *nevím* bylo zařazeno celkem 15,3 % rodičů, kteří sice v předešlé položce č. 26 uvedli, že si samostatně vyhledali stimulační programy pro své dítě s DLD, avšak si již nevzpomínají či neví, o jaké konkrétní stimulační programy se jednalo.

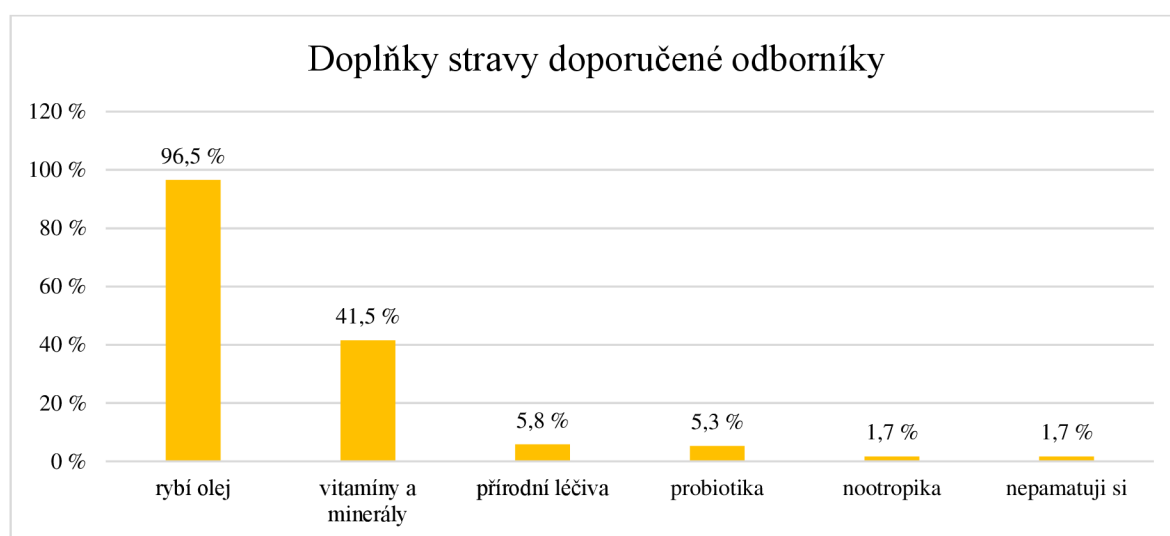
Do posledních tří položek v grafu 21, tedy *skupina 1*, *skupina 2* a *skupina 3* jsme se rozhodli pro lepší přehlednost grafu zařadit další, procentuálně shodné, avšak méně zastoupené stimulační programy. *Skupina 1* reprezentuje stimulační programy, které byly rodiči uvedeny v 1,2 % odpovědi – zde spadaly stimulační programy KUPREV, INPP (terapie neuromotorické nezralosti), ABA terapie, podpůrná metoda chirofonetika, HANDLE přístup, kognitivně motorická terapie, FIE neboli Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování, „jóga pro duši“, INNP (Institut Našeho Nejvyššího Potenciálu Mgr. Petry Laméy Polákové a Mgr. Hany Růžičkové) a taktéž jsme zde z hlediska procentuálního zastoupení zařadili odpověď „*nakonec jsme zvolili obyčejnou sportovní přípravku – Gymnathlon*“ a také odpověď „*program autismus*“, ze které nebylo patrné, o jaký stimulační program se jedná. Do *skupiny 2* jsme zařadili odpovědi s četností 2,4 % - konkrétně se jednalo o PlayWisely®, zooterapii, sensorickou integraci a metodu Snoezelen. Do poslední kategorie *skupiny 3* náležela se zastoupením 3,5% metoda JIAS – neboli Johansenova individualizovaná auditivní stimulace a stimulační program HYPO („Hyperaktivita“ / „Hypoaktivita“ a „Pozornost“).

Za důležité považujeme rovněž zmínit fakt, že rodiče, kteří v předešlé položce č. 26 odpověděli *ne*, tedy že si žádný stimulační program z vlastní iniciativy nevyhledali, nebyli zahrnuti do výzkumného vzorku v této položce č. 27. Tito rodiče však právě v rámci aktuální položky mnohdy uvedli, že neměli o existenci stimulačních programů vůbec ponětí.

Položka č. 28 - Užívá Vaše dítě doplňky stravy, které byly doporučeny odborníky v rámci vývojové dysfázie?

Tato položka č. 28, zaměřující se na užívání doplňků stravy u dětí s DLD na doporučení odborníků, byla v rámci výzkumného vzorku vcelku vyrovnanou oblastí. Celkem 53,8 % dětí s DLD dle svých rodičů tyto doplňky stravy užívá, zatímco u 46,2 % dětí s DLD uvedli rodiče neužívání doplňků stravy doporučených odborníky.

Položka č. 29 – Pokud jste zaškrtnl/a v předchozí otázce „ano“, napište prosím název/názvy doplňku/doplňků stravy. (Pokud jste v předchozí otázce zaškrtnl/a ne, napište prosím NE)



Graf 22 – Doplňky stravy doporučené odborníky

Položka č. 29 byla v dotazníku opět prezentována jako otevřená otázka a respondenti zde měli uvést již konkrétní doplňky stravy, jež byly jejich dětmi užívány na doporučení odborníků. Vzhledem ke skutečnosti, kdy tato položka č. 29 měla přímou souvislost s položkou č. 28, zde byly do analýzy výsledků zahrnuty pouze odpovědi respondentů, kteří v předešlé položce č. 28 odpověděli *ano*. Z tohoto důvodu byl konečný počet snížen na 171 respondentů. Tento počet je tedy výchozí i pro procentuální podíly, jež jsou uvedeny v grafu 22. Jelikož byla škála odpovědí opravdu velmi široká, rozhodli jsme se pro lepší přehlednost grafu 22 taktéž jednotlivé doplňky stravy kategorizovat.

Nejčastěji zastoupenými byly odpovědi, spadající do kategorie *rybí olej*, které uvedlo 96,5 % rodičů. Mezi nejčastěji zmiňovanými preparáty zde byly *rybí tuk*, *rybí olej*, *Neurotreska* (v

různých obměnách), *EyeQ*, *Equazen*, *Esprico*, *omega kyseliny* či různé preparáty tohoto typu od značky *Möllers* či *Lysi*.

Užívání *vitamínů a minerálů* pak na doporučení odborníků u svého dítěte s DLD uvedlo 41,5 % rodičů. Nejhojněji užívaným minerálem bylo *magnesium*, dále poté preparát *DMG* neboli Dimethylglycin. Velmi bohatou sféru zastoupení měly také vitamíny. Respondenti uváděli nejen užívání *vitamínu B* jako takového, ale byly zde rovněž zmíněny i jeho konkrétní typy ve smyslu *vitamínu B6*, *B12* či *B-komplexu*. V nižší míře zde byl zahrnut také *vitamín C* a *vitamín D* či odpovědi zahrnující *multivitaminy*. Taktéž jsme do kategorie zahrnuli i odpověď „*pouze vitamíny doporučené ergoterapeutkou*“ která byla pro zařazení do kategorie dostatečně specifická.

V 5,8 % bylo rodiči zmíněno užívání *přírodních léčiv*, kdy se konkrétně jednalo o preparáty *CBD*, *CBG*, *opičí sirup*, *Hericum*, *Colostrum* či *přírodní kapky*. Z hlediska užívání byla v 5,3 % zastoupena *probiotika*, kdy kromě této odpovědi obecnějšího charakteru rodiče popisovali také užívání *laktobacilů* či preparátu *Harmonelo*. Kategorie *nootropika* byla reprezentována v 1,7 % a byly zde kategorizovány doplňky stravy *Nootropil* a *Encephabol*. Shodný procentuální podíl, tedy 1,7 % rodičů, v předchozí položce č. 28 sice uvedlo, že je jejich dítě s DLD uživatelem doporučených doplňků stravy, avšak si již *nepamatovali*, o jaké doplňky stravy se jednalo.

Položka č. 30 – Existuje něco, co by Vás k vývojové dysfázii zajímalo, ale nenašli jste adekvátní nebo potřebnou odpověď? Nebojte se zeptat nyní!

Poslední položka celého dotazníku byla primárně směřována na nejčastější dotazy rodičů, které jsou následně zpracovány v rámci informační brožury.

4.3.2 Testování hypotéz

V následující podkapitole je podrobně uvedeno testování jednotlivých vymezených hypotéz. Jsou zde v rámci každé hypotézy uvedena data, která jsou pro lepší přehlednost formulována v tabulkách a dále postup testování a výsledky.

Testování hypotézy č. 1

H1: Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší množství informací o diagnóze než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

H01: Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají stejné množství informací o diagnóze jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

Tabulka 14 – Data k hypotéze č. 1

Škála pocitu informovanosti					
	1	2	3	4	5
Rodiče dětí s DLD	nejsem dostatečně seznámen/a				jsem velmi dobře seznámen/a
po dobu méně než 1 roku	41			36	
po dobu více než 1 rok	62			179	

Tabulka 15 – Skutečné četnosti hypotézy č. 1 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	41	36	77
znak2 - 2.sk.	62	179	241
n_j	103	215	318

Tabulka 16 – Očekávané četnosti hypotézy č. 1 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	24,94	52,06	77
znak2 - 2.sk.	78,06	162,94	241
n _j	103	215	318

Testové kritérium

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium **G = 20,183**.

Kritická hodnota

$$X_{(1-\alpha);df} = \mathbf{3,841}$$

Rozhodnutí

Na hladině významnosti 5 % se nulová hypotéza (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítá a dochází tedy k přijetí hypotézy H_1 , která sděluje, že zde existuje určitá závislost.

Stanovení výsledku

Hypotéza byla sestavena kombinací dotazníkových položek č. 3, 5 a 6. Nulová hypotéza (H_0) byla zamítnuta, a tak lze přijmout hypotézu H_1 a určit jako závěr, že rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší množství informací o diagnóze než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

Testování hypotézy č. 2

H₂: Rodiče dětí s DLD po dobu méně než 1 roku častěji čerpají informace z internetu než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

H₀₂: Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku i rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku čerpají informace z internetu ve stejné míře.

Tabulka 17 – Data k hypotéze č. 2

	Zdroj informací	
	internet – články apod., internetové diskuse, Facebook skupiny	odborná literatura
Rodiče dětí s DLD		
po dobu méně než 1 roku	34	1
po dobu více než 1 rok	94	7

Tabulka 18 – Skutečné četnosti hypotézy č. 2 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	34	1	35
znak2 - 2.sk.	94	7	101
n _j	128	8	136

Tabulka 19 – Očekávané četnosti hypotézy č. 2 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	32,94	2,06	35
znak2 - 2.sk.	95,06	5,94	101
n _j	128	8	136

Testové kritérium

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium **G = 0,781**.

Kritická hodnota

$$X_{(1-\alpha);df} = \mathbf{3,841}$$

Rozhodnutí

Na hladině významnosti 5 % se nulová hypotéza (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítá.

Stanovení výsledku

Do této hypotézy byly zahrnuty otázky č. 3, 5 a 20, přičemž z položky č. 20 byly bráni v potaz pouze rodiče dětí s DLD, kteří v odpovědi u položky č. 20 uvedli buďto pouze možnosti ze skupiny „internet“, anebo pouze „odbornou literaturu“. Rodiče, jež do odpovědi zaznamenali odpovědi z obou uváděných kategorií, nebyli do výzkumného vzorku v tomto případě zařazeni, tudíž byl výzkumný soubor o tyto rodiče snížen.

Nedošlo k zamítnutí nulové hypotézy (H_0 2), což znamená že je možno její přijetí a vymezení závěr, ze kterého plyne, že rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku i rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku čerpají informace z internetu ve stejné míře.

Testování hypotézy č. 3

H3: U chlapců s DLD se častěji vyskytuje komorbidita ADHD než u dívek s DLD.

H₀3: U chlapců i dívek s DLD se stejně často vyskytuje komorbidita ADHD.

Tabulka 20 – Data k hypotéze č. 3

Pohlaví	Komorbidita	
	ADHD	SPU
Chlapec	62	19
Dívka	23	9

Tabulka 21 – Skutečné četnosti hypotézy č. 3 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	62	19	81
znak2 - 2.sk.	23	9	32
n _j	85	28	113

Tabulka 22 – Očekávané četnosti hypotézy č. 3 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	60,93	20,07	81
znak2 - 2.sk.	24,07	7,93	32
n _j	85	28	113

Testové kritérium

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium **G = 0,268**.

Kritická hodnota

$$X_{(1-\alpha);df} = \mathbf{3,841}$$

Rozhodnutí

Na hladině významnosti 5 % se nulová hypotéza (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítá.

Stanovení výsledku

Hypotéza obsahovala dotazníkové položky č. 4 a 10, přičemž z položky č. 10 jsme vybrali pouze možnosti „ADHD“ a možnosti „dyslexie“ a „dysortografie“, které jsme pro účely našeho výzkumného šetření sloučili do tematického celku „SPU“. V případě, kdy se u jednoho dítěte objevovala jak komorbidita dyslexie, tak dysortografie, jsme vzhledem ke sloučení do tematického celku, započítali tuto komorbiditu v případě takového dítěte pouze jednou. Děti, u nichž se objevovala komorbidita ADHD a SPU současně, byly z výzkumného vzorku vyřazeny. Nedošlo k zamítnutí nulové hypotézy (H₀₃), což znamená že je možno její přijetí a vymezení závěr, ze kterého plyne, že u chlapců i dívek s DLD se stejně často vyskytuje komorbidita ADHD.

Testování hypotézy č. 4

H4: Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší přehled o volbě konkrétního materiálu pro práci se svým dítětem než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

H₀4: Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají stejný přehled o volbě konkrétního materiálu pro práci se svým dítětem jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

Tabulka 23 – Data k hypotéze č. 4

Rodiče dětí s DLD	Samostatná volba materiálu pro práci s dítětem s DLD	
	ANO	NE
po dobu méně než 1 roku	49	28
po dobu více než 1 rok	185	56

Tabulka 24 – Skutečné četnosti hypotézy č. 4 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	49	28	77
znak2 - 2.sk.	185	56	241
n _j	234	84	318

Tabulka 25 – Očekávané četnosti hypotézy č. 4 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	56,66	20,34	77
znak2 - 2.sk.	177,34	63,66	241
n _j	234	84	318

Testové kritérium

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium $G = 5,173$.

Kritická hodnota

$$X_{(1-\alpha);df} = 3,841$$

Rozhodnutí

Na hladině významnosti 5 % se nulová hypotéza (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítá a dochází tedy k přijetí hypotézy H_4 , která sděluje, že zde existuje určitá závislost.

Stanovení výsledku

Tato hypotéza byla sestavena sdružením položek č. 3, 5 a 22. Nulová hypotéza (H_0) byla zamítnuta, a tak lze přijmout hypotézu H_4 a určit jako závěr, že rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší přehled o volbě konkrétního materiálu pro práci se svým dítětem než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

Testování hypotézy č. 5

H_5 : Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku si v menší míře samostatně vyhledávají stimulační programy než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

H_{05} : Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku si ve stejné míře samostatně vyhledávají stimulační programy jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

Tabulka 26 – Data k hypotéze č. 5

	Samostatné vyhledání stimulačního programu rodiči	
Rodiče dětí s DLD	ANO	NE
po dobu méně než 1 roku	20	57
po dobu více než 1 rok	66	175

Tabulka 27 – Skutečné četnosti hypotézy č. 5 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	20	57	77
znak2 - 2.sk.	66	175	241
n _j	86	232	318

Tabulka 28 – Očekávané četnosti hypotézy č. 5 (Kábrt, 2011)

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _j
znak2 - 1.sk.	20,82	56,18	77
znak2 - 2.sk.	65,18	175,82	241
n _j	86	232	318

Testové kritérium

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium **G = 0,058**.

Kritická hodnota

$$X_{(1-\alpha);df} = \mathbf{3,841}$$

Rozhodnutí

Na hladině významnosti 5 % se nulová hypotéza (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítá.

Stanovení výsledku

Hypotéza zahrnovala položky č. 3, 5 a 26. Nedošlo k zamítnutí nulové hypotézy (H₀₅), což znamená že je možno její přijetí a vymežit závěr, ze kterého plyne, že rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku si ve stejné míře samostatně vyhledávají stimulační programy jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.

5 Osvětový materiál

Osvětový materiál se skládá celkem ze dvou částí – informačního letáčku a informační brožury, jež jsou dílčími výstupy této diplomové práce.

5.1 Informační letáček

Informační letáček byl vytvořen pro odborníky, primárně klinické logopedy, kteří tímto způsobem mohou rodičům předat skrze vytištěný letáček snadno, rychle a efektivně odkaz na informační brožuru. Důležitou součástí letáčku je QR kód, který rodiče, anebo případné další zájemce o problematiku DLD po jeho načtení přímo odkáže na informační brožuru. V případě, kdy rodič nebude preferovat přístup přes QR kód, mu odborník může brožuru poskytnout prostřednictvím zaslání odkazu například přes e-mail apod. Design letáčku byl cíleně zvolen tak, aby korespondoval s titulní stranou informační brožury a rodič si tak byl jistý, že byl přesměrován na správný dokument. Na letáčku nechybí ani upozornění s informací, že brožura za žádných okolností nenahrazuje péči odborníků.

5.2 Informační brožura

Informační brožura jakožto druhý dílčí výstup, je prvotně určena pro rodiče dětí s DLD, jimž byla tato diagnóza právě diagnostikována a rodiče se v této problematice neorientují. Cílem brožury je podání základních informací a doporučení v souvislosti s diagnózou DLD. Stejně jako informační letáček, je i tato brožura primárně koncipována pro doporučení klinickým logopedem. Z tohoto důvodu není klinický logoped v brožuře mezi odborníky blíže popisován.

Úvod čtenáře informuje o záměru brožury, jejím obsahu a nechybí zde stejně jako na informačním letáčku, upozornění, že tento materiál není v žádném případě náhradou odborné péče. Obsahově je rozdělena do několika dílčích částí, které čtenáře postupně provedou rozličnými oblastmi DLD. Dozví se zde co diagnóza DLD znamená, jaké mohou být etiologické faktory či symptomatologie. Dále se zde seznámí s jednotlivými typy DLD či s komorbiditami. Uveden je zde rovněž základní přehled a přiblížení zdůvodnění návštěvy jednotlivých

odborníků, se kterými se rodič může (kromě klinického logopeda) v rámci multidisciplinární spolupráce setkat. Konkrétně se jedná o klinického psychologa, neurologa, foniatra, dětského psychiatra, odborníky v rámci SPC pro vady řeči, ergoterapeuta/fyzioterapeuta a ranou péči. Nechybí zde ani přehled stimulačních programů, které mohou být v rámci intervence DLD prospěšné. Pozornost je věnována i oblasti doporučení na jiné informační zdroje související s tematikou DLD. Brožura je zakončena slovníčkem základních pojmů, na které mohou rodiče v souvislosti s DLD narazit a také odpovědi na otázky rodičů, které se nejčastěji vyskytovaly v rámci dotazníkové položky č. 30 (viz podkapitola *4.3.1 Analýza a interpretace jednotlivých dotazníkových položek*).

Brožura je publikována pouze v elektronické podobě, což ji činí dostupnější. Informační brožura byla vytvořena jako reakce na současnou dobu, kdy je osvětová činnost v rámci diagnózy DLD žádoucí. Snahou taktéž bylo to, aby byl jednak přístup k informacím pro rodiče snadnější, ale také aby měl v případě diagnostikování DLD odborník informační materiál ihned k dispozici a mohl jej rodičům či dalším případným zájemcům poskytnout.

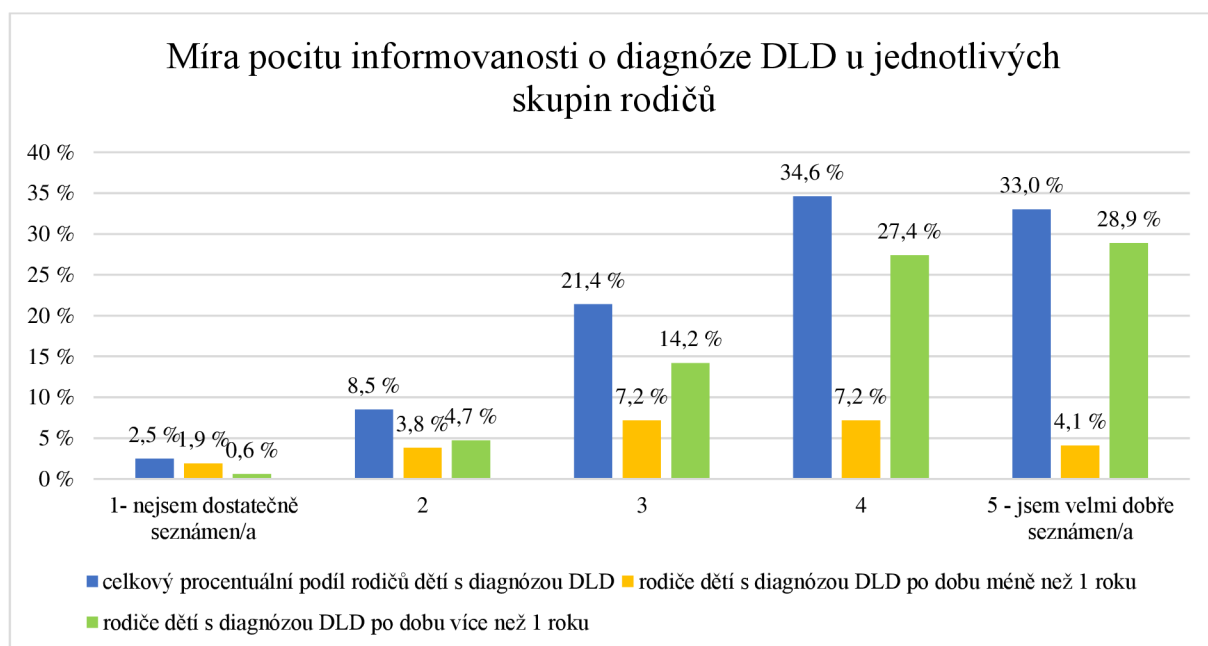
Osvětový materiál byl v procesu tvorby průběžně testován na členech rodiny či známých, kteří jsou ve vztahu k problematice laiky a zároveň jsou rodiči. Jednotlivé části brožury byly na základě zpětné vazby testerů upravovány tak, aby pro ně byly dostatečně srozumitelné i vizuálně atraktivní.

Autorkou grafického zpracování je Kateřina Hýlová. Grafické zpracování probíhalo na základě velmi intenzivní vzájemné spolupráce, konzultací a vytváření návrhů až do finální podoby.

6 Diskuze

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjištění míry informovanosti rodičů dětí s DLD o této diagnóze. Pro tento účel bylo uskutečněno dotazníkové šetření, jež bylo zaměřeno na různé oblasti napříč diagnózou DLD a bylo výchozím základem pro tvorbu osvětového materiálu. Finální počet respondentů činil 318 rodičů dětí s DLD. Z cíle hlavního následně vyvstalo několik cílů dílčích, jež se zabývalo vybranými oblastmi této problematiky.

Z hlediska prvního z dílčích cílů, kterým bylo detekování množství informací o sledované diagnóze u rodičů dětí s DLD ve vztahu k času, po který jsou rodiče o diagnóze informováni, bylo na základě testování hypotézy č.1 a přijetím alternativní hypotézy H1 zjištěno, že rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší množství informací o diagnóze než rodiče dětí s DLD po dobu více než 1 roku. Škálová položka č. 6 zahrnovala možnosti 1-5, které vzestupně vyjadřovaly pocit míry informovanosti rodiče o diagnóze DLD. Pro lepší přehled lze detailní procentuální analýzu výsledků u jednotlivých skupin rodičů vidět v grafu 23.



Graf 23 – Míra pocitu informovanosti o diagnóze DLD u jednotlivých skupin rodičů

Z uvedeného grafu 23 je patrné, že pouze u možnosti 1 – *nejsem dostatečně seznámen/a*, je procentuální podíl rodičů, kteří jsou o této diagnóze informováni po kratší dobu vyšší než procentuální podíl druhé skupiny rodičů. Naopak v případě možnosti 5 – *jsem velmi dobře*

seznámen/a, která je jistým kontrastem, lze pozorovat vysokou převahu procentuálního zastoupení skupiny rodičů, jejichž dítě mělo DLD po dobu více než 1 roku. Zmíněné celkové zjištění bylo sice do jisté míry předpokládáno, avšak v našem případě bylo s přihlédnutím k záměru diplomové práce zásadní, jelikož informační brožura cílí primárně na rodiče, jejichž dítěti byla DLD zrovna diagnostikována a jsou tak o diagnóze informováni po krátkou dobu. Na základě těchto výsledků se tedy domníváme, že vytvořený osvětový materiál by jako celek mohl být pro cílovou skupinu rodičů přínosným.

Určení zdroje informací, který rodiče častěji preferují pro čerpání informací ve vztahu k času, po který jsou rodiče o diagnóze informováni, bylo druhým z vytyčených dílčích cílů. V tomto případě jsme se blíže zaměřili na možnosti získávání informací z internetu¹⁸ a odborné literatury a analyzovány byly jen odpovědi rodičů, ve kterých se objevovala pouze jedna či druhá možnost. Z tohoto důvodu byl výzkumný vzorek při testování hypotézy č. 2 snížen na 136 rodičů, z nichž 35 spadalo do skupiny rodičů, jež bylo o diagnóze DLD informováno po dobu méně než 1 rok a do druhé skupiny rodičů, jež byli informováni déle než po dobu 1 roku jich spadalo 101. Rodiče z první jmenované skupiny by informace z internetu čerpali v 97,1 % a odbornou literaturu by pro tyto účely vyhledalo pouze 2,9 % z nich. Druhá skupina rodičů zvolila možnost internet v 93,1 % a odbornou literaturu v 6,9 %. V tomto případě nedošlo k zamítnutí nulové hypotézy H_02 a dospěli jsme tedy k závěru, že obě zmíněné skupiny rodičů dětí s DLD čerpají informace z internetu ve stejné míře a v našem případě tedy neexistuje souvislost mezi preferencí zvoleného zdroje informací a příslušností rodičů k jedné ze skupin dle časového horizontu. I přes to, že tento dílčí cíl nebyl naplněn, lze tato data považovat za pozitivní faktor z hlediska vhodnosti zvolení elektronické formy distribuce našeho osvětového materiálu. Pro analýzu zmíněných možností internetu a odborné literatury jsme se rozhodli záměrně, jelikož lze v internetovém prostředí samozřejmě zaznamenat výskyt informací nevycházejících z odborných zdrojů, které jsou rodičům o DLD předkládány. V tomto případě by se tedy dalo polemizovat nad tím, jakým způsobem by bylo možné odbornou osvětovou činnost s využitím internetu dále vylepšit a internet k těmto účelům efektivně využít. Za příznivou skutečnost lze v tomto ohledu považovat například snahu Asociace klinických logopedů České republiky o osvětovou činnost pro veřejnost (i v rámci DLD) nejen na webových stránkách, ale nově také prostřednictvím skupiny Asociace klinických logopedů AKL ČR na sociální platformě Facebook, jež je určena veřejnosti.

¹⁸ Možností internet byly souhrnně míněny možnosti shodného charakteru – internet – články apod., internetové diskuse a Facebook skupiny.

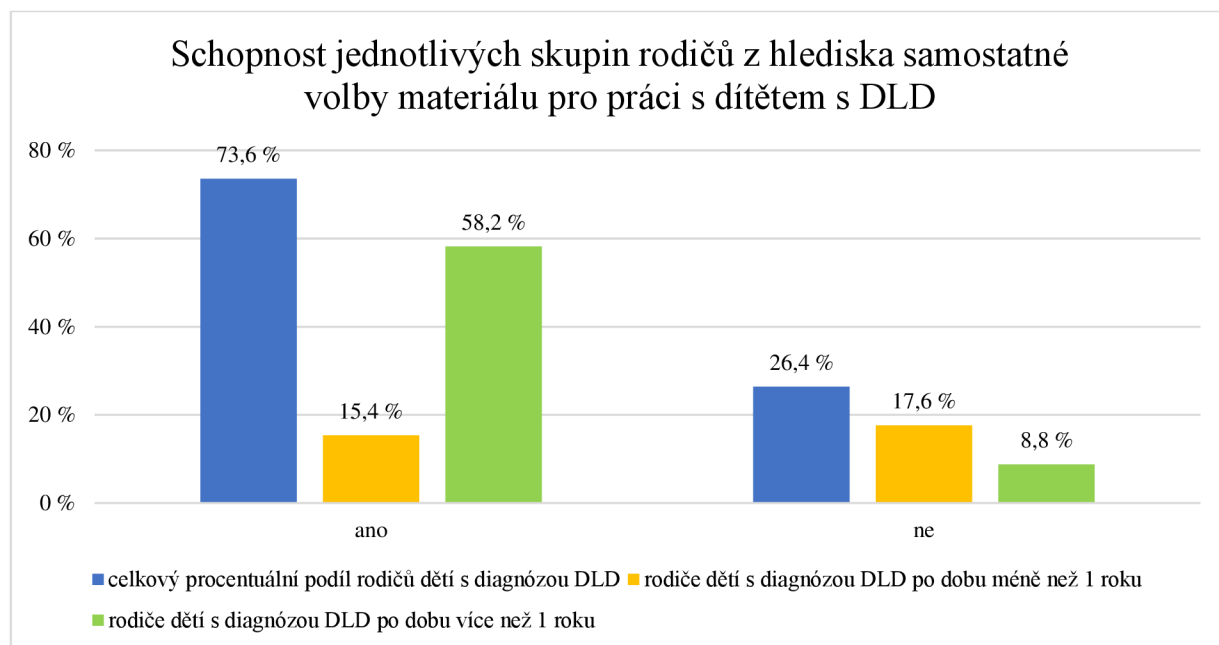
Třetí dílčí cíl byl orientován na zmonitorování výskytu komorbidit u dětí s DLD. Při testování hypotézy č. 3 jsme analyzovali četnost výskytu komorbidity ADHD a SPU¹⁹ vzhledem ke chlapeckému a dívčímu pohlaví. Volba právě komorbidity ADHD proběhla úmyslně, jelikož odborná literatura uvádí výskyt ADHD častěji u mužského pohlaví (např. Thapar, Cooper, 2015; Dlouhá, 2017a). Do analýzy byly v našem případě zařazeny pouze děti, u kterých se zmiňované komorbidity nevyskytovaly současně. Výzkumný vzorek byl z tohoto důvodu snížen na 113 dětí – z toho 81 chlapců a 32 dívek. Diagnóza ADHD se jako komorbidita DLD vyskytovala u 76,5 % chlapců a SPU poté u 23,5 % z nich. V případě dívek bylo ADHD jako komorbidní porucha přítomna u 71,9 % a SPU u 28,1 %. Ani zde nebyla nulová hypotéza H₀₃ zamítnuta a u našeho výzkumného vzorku bylo stanoveno jako závěr, že u chlapců i dívek s DLD se stejně často vyskytuje komorbidita ADHD. S ohledem na tematiku DLD a přítomnosti komorbidit bychom však rádi upozornili na to, že výzkumná data byla (mimo testování hypotézy č. 3) rovněž analyzována u všech 318 respondentů. Mezi nejčastěji uváděné komorbidní poruchy spadaly kromě ADHD či SPU například také vývojová koordinační porucha, PAS apod. Podrobný přehled komorbidních poruch, vyskytujících se v rámci výzkumného souboru, je k nahlédnutí v podkapitole *4.3.1 Analýza a interpretace jednotlivých dotazníkových položek*, konkrétně v položce č. 10.

U předposledního dílčího cíle byla jako oblast zájmu zvolena detekce schopnosti volby konkrétního materiálu, který by rodiče využili pro práci se svým dítětem s DLD v souvislosti s dobou, po kterou jsou rodiče o diagnóze DLD informováni. Konkrétně byli rodiče dotazováni na knihy či hry. Stejně jako u vybraných předešlých dílčích cílů byli i zde rodiče rozděleni do dvou zmíněných skupin dle časového hlediska. V tomto případě došlo k přijetí hypotézy H₄, a tedy ke stanovení závěru, že rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku mají menší přehled o volbě konkrétního materiálu pro práci se svým dítětem než rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku. Graf 24 nám u tohoto dílčího cíle nabízí bližší specifikaci procentuální míry zastoupení obou skupin rodičů, která byla realizována mimo testování hypotézy č. 4 taktéž u položky č. 22.

V případě kladné odpovědi *ano*, tzn. že by rodiče věděli, který materiál vybrat, je mezi skupinami patrný velký procentuální rozdíl, přičemž markantní podíl zde zastává v 58,2 % skupina rodičů dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku oproti druhé skupině rodičů, dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku, kteří tuto možnost zvolili pouze v 15,4 %.

¹⁹ Komorbiditou SPU byla míněna dyslexie a dysortografie.

Protipólem je však záporná odpověď *ne*, kde je se 17,6 % zjevná převaha rodičů dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku, oproti 8,8 % rodičů dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku.



Graf 24 – Schopnost jednotlivých skupin rodičů z hlediska samostatné volby materiálu pro práci s dítětem s DLD

S ohledem na tato zjištění se tedy otevírá potenciální možnost realizace případné návaznosti na toto výzkumné šetření, které by mohlo cílit na navigaci rodičů, kteří se v problematice příliš neorientují – konkrétně na volbu vhodných a využitelných materiálů pro práci se svým dítětem a jeho rozvoj v jednotlivých a potřebných oblastech.

Závěrečným dílčím cílem, pro jehož účel proběhlo testování hypotézy č. 5, bylo stanovení míry samostatné iniciativy rodičů pro vyhledávání stimulačních programů ve vztahu k času, po který jsou rodiče o diagnóze informováni. Dle výsledků našeho výzkumného šetření si stimulační programy samostatně vyhledalo pouze 26 % rodičů dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku a naopak v 74 % tato skupina rodičů nebyla v tomto směru iniciativní. Rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více než 1 roku uskutečnili tuto iniciativu v pouhých 27,4 % a u 72,6 % tedy tato aktivita neproběhla. Nulová hypotéza H_{05} nebyla zamítnuta a bylo stanoveno jako závěr, že rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu méně než 1 roku si ve stejné míře samostatně vyhledávají stimulační programy jako rodiče dětí s diagnózou DLD po dobu více

než 1 roku. Tyto výsledky však mohou mít souvislost s nedostatečnou informovaností rodičů ohledně stimulačních programů, jelikož jsme v našem výzkumném šetření narazili při analýze položky č. 24, která se zabývala doporučováním stimulačních programů odborníky, na poměrně překvapivé zjištění, že v podstatně vyšší míře (75,8 %) rodiče neobdrželi od odborníka doporučení na stimulační program. V této problematice však může být nápomocný náš osvětový materiál, který se z části věnuje právě vybraným stimulačním programům a rodiče upozorňuje na jejich existenci a možnosti využití u svého dítěte s DLD v různých oblastech.

Rádi bychom zde také ve stručnosti interpretovali zjištění z části výzkumného šetření, jež byla věnována povědomí rodičů o mezioborové spolupráci, která sice do dílčích cílů zahrnuta nebyla, avšak přinesla poměrně zajímavé výsledky. Položka č. 12 se zabývala spoluprací rodičů s jednotlivými odborníky při zjištění diagnózy DLD. Největší podíl rodičů spolupracoval v souvislosti s diagnózou DLD u svého dítěte s klinickým logopedem – v 96,2 %. Naopak nejméně rodiče při zjištění diagnózy spolupracovali ergoterapeutem – pouze v 19,8 %. V tomto případě může hrát roli samozřejmě jak neinformovanost, tak také obtížná dostupnost ergoterapie či problematika proplácení těchto terapií pojišťovny. Z analýzy dalších položek č. 13-19, jež byly tvořeny otevřenými odpověďmi vyplynulo, že z hlediska povědomí o vhodnosti návštěvy daných odborníků měli rodiče nejvíce nepřesné mínění o kompetencích neurologa. V případě zájmu jsou podrobné informace k nahlédnutí v podkapitole *4.3.1 Analýza a interpretace jednotlivých dotazníkových položek*.

I přesto, že některé dílčí cíle nebyly naplněny si s ohledem na zmíněné poznatky i podrobné výsledky uvedených u jednotlivých položek z podkapitoly *4.3.1 Analýza a interpretace jednotlivých dotazníkových položek* dovolujeme tvrdit, že došlo k naplnění hlavního cíle diplomové práce, která poskytuje náhled a povědomí o diagnóze DLD napříč různými oblastmi z rodičovské perspektivy.

7 Limity

Při tvorbě diplomové práce byl v průběhu realizace výzkumného šetření zaznamenán výskyt několika limitů jak na straně participantů, tak na straně výzkumné metody. Zmíněné limity jsou v této kapitole podrobněji definovány.

7.1 Limity na straně participantů

Za limity tohoto výzkumného šetření lze označit především nevyrovnanost výzkumného souboru v některých oblastech. Obzvláště se jednalo o oblast pohlaví, kdy ve výzkumném souboru výrazně převažovali chlapci nad dívkami a taktéž v oblasti rámce času, po němž byli rodiče s diagnózou DLD obeznámeni. V tomto ohledu podíl rodičů dětí s DLD, kteří byli s diagnózou seznámeni po dobu déle než 1 roku opět významně převažoval podíl rodičů dětí s DLD, jež byli s diagnózou obeznámeni méně než 1 rok.

Dále bylo bohužel z několika následně uvedených důvodů nezbytné přistoupit k vyřazení některých respondentů z výzkumného šetření. K jejich vyřazení jsme přistoupili v případě, kdy respondent nebyl rodičem dítěte s DLD, dále rodiče vyplnili do jednoho dotazníku informace o více než jednom dítěti najednou – v těchto případech se jednalo buďto o dvojčata či sourozence v rozdílném věku, pohlaví či rozdílného věku i pohlaví zároveň. Zaznamenali jsme také výskyt absence uvedení požadovaného rozsahu informací o dítěti s DLD, kdy nebyl například rodičem uveden věk dítěte, ve kterém došlo k diagnostikování DLD či duplikaci odpovědí, ke které patrně došlo vlivem opětovného úsilí pro odeslání dotazníku. Vyřazení byli rovněž respondenti, jejichž dítě nemělo diagnózu DLD ještě stanovenou, anebo dítě diagnózu DLD nemělo ještě diagnostikováno a odborníci se k ní prozatím pouze přikláněli.

7.2 Limity na straně výzkumné metody

I přes provedený předvýzkum došlo u vybraných otázek ze strany některých rodičů k případům nepřesnosti v pochopení a jejich odpovědi byly neutrálního anebo natolik neurčitého charakteru, že je nebylo možno zařadit do žádné z kategorií. V těchto případech je bylo nutno doslovně uvést v tabulkách odpovědí.

Závěr

Diplomová práce má osvětový charakter a nabízí náhled na diagnózu vývojové jazykové poruchy z pozice rodiče. Jejím hlavním cílem byla detekce míry informovanosti rodičů dětí s vývojovou jazykovou poruchou o této diagnóze. Na hlavní cíl posléze navazovaly vybrané dílčí cíle, jež byly profilovány na konkrétní oblasti této problematiky. Jako dílčí výstup byl vytvořen osvětový materiál skládající se z informačního letáčku a informační brožury, který je primárně určen rodičům dětí s právě diagnostikovanou vývojovou jazykovou poruchou, jež jsou v této problematice noví a o diagnóze nemají dostatečné informace, avšak může být v případě zájmu využit i odborníky z řad klinických logopedů.

Práce byla z obsahového hlediska rozdělena na dvě hlavní části, tedy na část teoretickou a praktickou. Teoretická část celkem ve třech kapitolách pojednává o diagnóze vývojové jazykové poruchy z různých úhlů pohledu. První kapitola se zabývá poznatky o vývojové jazykové poruše z hlediska definice a terminologického vymezení, etiologie, symptomatologie, klasifikace a komorbidních poruch. Druhá kapitola pojednává o logopedické diagnostice a interdisciplinární spolupráci, kdy jsou zde jednotliví odborníci představeni a jsou zde blíže popsány jejich kompetence ve vztahu k vývojové jazykové poruše. Pozornost je v rámci třetí kapitoly dále věnována rovněž tematické stimulacím programů, které mohou být pro děti s vývojovou jazykovou poruchou přínosné či doplňkům stravy – konkrétně byly analyzovány vybrané poznatky o polynenasycených mastných kyselinách.

Praktická část zahrnovala celkem čtyři kapitoly. V první z těchto kapitol je přiblížen charakter výzkumného šetření. Vytyčeny zde byly nejen jednotlivé výzkumné cíle, ale také související hypotézy. Dále je zde popsána metodologie výzkumu, průběh výzkumného šetření, výzkumný soubor a největší část se zabývala analýzou a interpretací výsledků výzkumného šetření ve smyslu analýzy jednotlivých dotazníkových položek a testování hypotéz. Druhá kapitola představila zmíněný osvětový materiál z hlediska jeho obsahu i využití. Třetí kapitolou byla diskuze, shrnující výsledky jednotlivých výzkumných cílů i oblasti interdisciplinární spolupráce mimo ně. Poslední kapitola představila vybrané limity na straně participantů a výzkumné metody, které v průběhu výzkumného šetření vstaly.

Věříme, že osvětový materiál bude pro rodiče i pro zájemce o tuto problematiku přínosným a napomůže ke zvýšení míry povědomí o vývojové jazykové poruše, a tedy osvětové činnosti, která je v současnosti potřebná.

Zdroje

ACOSTA RODRÍGUEZ, Víctor M., Gustavo M. RAMÍREZ SANTANA a Sergio HERNÁNDEZ EXPÓSITO, 2017. Executive functions and language in children with different subtypes of specific language impairment. *Neurología (English Edition)* [online]. **32**(6), 355-362 [cit. 2023-02-20]. ISSN 21735808. Dostupné z: doi:10.1016/j.nrleng.2015.12.007.

ACOSTA RODRÍGUEZ, Víctor M., Gustavo M. RAMÍREZ SANTANA a Sergio HERNÁNDEZ EXPÓSITO, 2022. Intervention for oral language comprehension skills in preschoolers with developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders* [online]. **57**(1), 90-102 [cit. 2023-02-28]. ISSN 1368-2822. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12676.

ADLOF, Suzanne M. a Tiffany P. HOGAN, 2018. Understanding Dyslexia in the Context of Developmental Language Disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* [online]. **49**(4), 762-773 [cit. 2023-11-08]. ISSN 0161-1461. Dostupné z: doi:10.1044/2018_LSHSS-DYSLC-18-0049.

ARCHIBALD, Lisa M. D., Marc F. JOANISSE a Benjamin MUNSON, 2013. Motor Control and Nonword Repetition in Specific Working Memory Impairment and SLI. *Topics in Language Disorders* [online]. **33**(3), 255-267 [cit. 2023-02-23]. ISSN 0271-8294. Dostupné z: doi:10.1097/TLD.0b013e31829cf5e7.

Asociace senzoričné integrace, 2023. *Co je senzoričná integrace* [online]. [cit. 2023-05-24]. Dostupné z: <https://senzoričkaintegrace.com/senzoricka-integrace/co-je-si/>.

ASSAREH, Marzieh, Rozita DAVARI ASHTIANI, Mojgan KHADEMI, Shima JAZAYERI, Alireza RAI a Mohammadali NIKOO, 2017. Efficacy of Polyunsaturated Fatty Acids (PUFA) in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders* [online]. **21**(1), 78-85 [cit. 2023-05-29]. ISSN 1087-0547. Dostupné z: doi:10.1177/1087054712463962.

BANASCHEWSKI, Tobias, Katja, BECKER, Manfred, DÖPFNER, Martin HOLTSMANN, Michael RÖSLER a Marcel ROMANOS, 2017. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Ärzteblatt international* [online]. **114**(9), 149-159 [cit. 2023-02-15]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.2017.0149.

BARLOVÁ, Jitka, 2018. Jsem tu také. Sourozenci dítěte s postižením a jejich podpora. In: HRADILKOVÁ, Terezie a kol. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál, s. 38-43. ISBN 978-80-262-1386-4.

BAYLEY, Nancy, 2006. *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – 3rd Edition (Bayley III)*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

BAŽANTOVÁ, Věra, 2015. Vyšetření pacienta v psychiatrii. In: HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA, Jan LIBIGER a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 42-55. ISBN 978-80-246-2998-8.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ, 2015. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Brno: Edika. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0658-1.

BENAUDIRA centrum, 2023. *O nás* [online]. [cit. 2023-05-24]. Dostupné z: <https://www.benaudira-centrum.cz/o-n%C3%A1s>.

BIOTTEAU, Maëlle, Jean-Michel ALBARET a Yves CHAIX, 2020. Developmental coordination disorder. In: AMINOFF, Michael J., François BOLLER a Dick F. SWAAB. *Handbook of Clinical Neurology: Neurocognitive Development: Disorders and Disabilities* [online]. **174**. Elsevier, s. 3-20 [cit. 2021-11-20]. ISBN 978-0-444-64148-9. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444641489000016>.

BISHOP, Dorothy V. M., 2014. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders* [online]. **49**(4), 381-415 [cit. 2022-10-10]. ISSN 1368-2822. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12101.

BISHOP, Dorothy V. M., Margaret J. SNOWLING, Paul A. THOMPSON, Trisha GREENHALGH, Niels O. SCHILLER a the CATALISE consortium, 2016. CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLOS ONE* [online]. **11**(7) [cit. 2022-10-10]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0158753.

BISHOP, Dorothy V. M., Margaret J. SNOWLING, Paul A. THOMPSON, Trisha GREENHALGH a the CATALISE-2 consortium, 2017. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. **58**(10), 1068-1080 [cit. 2022-10-11]. ISSN 00219630. Dostupné z: doi:10.1111/jcpp.12721.

BISHOP, Dorothy V. M., Thomas NORTH a Chris DONLAN, 1995. GENETIC BASIS OF SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT: EVIDENCE FROM A TWIN STUDY. *Developmental Medicine & Child Neurology* [online]. **37**(1), 56-71 [cit. 2023-05-23]. ISSN 00121622. Dostupné z: doi:10.1111/j.1469-8749.1995.tb11932.x.

BLOCH, Michael H. a Ahmad QAWASMI, 2011. Omega-3 Fatty Acid Supplementation for the Treatment of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptomatology: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [online]. **50**(10), 991-1000 [cit. 2023-05-29]. ISSN 08908567. Dostupné z: doi:10.1016/j.jaac.2011.06.008.

BOČKOVÁ, Barbora, 2011. *Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5609-1.

BOLCEKOVÁ, Eva, Marek PREISS a Lucie KREJČOVÁ, 2015. *Token test pro děti a dospělé*. Otrokovice: Propsyco.

BRITES, Clay, 2021. ADHD and Impact on Language. In: KUMPERŠČAK, Hojka G. *ADHD – From Etiology to Comorbidity* [online]. IntechOpen [cit. 2022-12-20]. ISBN 978-1-83962-495-7. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/chapters/73105>.

BROŽOVÁ, Klára a Pavel KRŠEK, 2021. Elektroencefalografie. In: NEVŠÍMALOVÁ, Soňa et al. *Dětská neurologie*. Praha: Galén, s. 49-54. ISBN 978-80-7492-557-3.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3008-0.

Centrum Avare, 2023. *ČO JE JIAS* [online]. [cit. 2023-05-24]. Dostupné z: <https://jias.sk/co-je-jias>.

CRIPPA, Alessandro, Carlo AGOSTONI, Maddalena MAURI, Massimo MOLTENI a Maria NOBILE, 2018. Polyunsaturated Fatty Acids Are Associated With Behavior But Not With Cognition in Children With and Without ADHD: An Italian study. *Journal of Attention Disorders* [online]. **22**(10), 971-983 [cit. 2023-05-29]. ISSN 1087-0547. Dostupné z: doi:10.1177/1087054716629215.

Česká asociace ergoterapeutů, 2023. *O profesi* [online]. [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/o-profesi/>.

DE HOOG, Brigitte E., Margreet C. LANGEREIS, Marjolijn VAN WEERDENBURG, Harry E. T. KNOORS a Ludo VERHOEVEN, 2016. Linguistic profiles of children with CI as compared with children with hearing or specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders* [online]. **51**(5), 518-530 [cit. 2022-10-25]. ISSN 13682822. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12228.

DLOUHÁ, Olga, 2012. Vývojová dysfázie. In: DLOUHÁ, Olga a Libor Černý. *Foniatrie*. Praha: Karolinum, s. 38-42. ISBN 978-80-246-2048-0.

DLOUHÁ, Olga, 2017a. Vývojová dysfázie. In: DLOUHÁ, Olga et al. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, s. 118-178. ISBN 978-80-7492-314-2.

DLOUHÁ, Olga, 2017b. Diagnostika vývojových poruch řeči. In: DLOUHÁ, Olga et al. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, s. 86-111. ISBN 978-80-7492-314-2.

DLOUHÁ, Olga, Iva PŘÍHODOVÁ, Jelena SKIBOVÁ a Soňa NEVŠÍMALOVÁ, 2020. Developmental Language Disorder: Wake and Sleep Epileptiform Discharges and Co-morbid Neurodevelopmental Disorders. *Brain Sciences* [online]. **10**(12) [cit. 2023-02-15]. ISSN 2076-3425. Dostupné z: doi:10.3390/brainsci10120910.

DOLEŽALOVÁ, Markéta a Michaela CHOTĚBOROVÁ, 2021. *Vývojová dysfázie: průvodce pro rodiče a další záměnce o tuto problematiku*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88290-68-1.

DÖPFNER, Manfred, Christina DOSE, Dieter BREUER, Stefan HEINTZ, Stefanie SCHIFFHAUER a Tobias BANASCHEWSKI, 2021. Efficacy of Omega-3/Omega-6 Fatty Acids in Preschool Children at Risk of ADHD: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders* [online]. **25**(8), 1096-1106 [cit. 2023-05-29]. ISSN 1087-0547. Dostupné z: doi:10.1177/1087054719883023.

DURDILOVÁ, Lucie a Jiřina KLENKOVÁ, 2014. *Hodnocení slovní zásoby dětí před zahájením školní docházky: The lexicon evaluation of children before their enrolling in school*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-770-0.

DUVELLEROY-HOMMET, Caroline, Patrice GILLET, Catherine BILLARD, Michel L. LOISEL, Marie Anne BARTHEZ, Jean Jacques SANTINI a Alain AUTRET, 1995. Study of unilateral hemisphere performance in children with developmental dysphasia. *Neuropsychologia* [online]. **33**(7), 823-834 [cit. 2022-10-12]. ISSN 18733514. Dostupné z: doi:10.1016/0028-3932(95)00020-4.

EDFELDT, Ake W., 1992. *Reverzný test – příručka*. Bratislava: Psychodiagnostika.

EBBELS, Susan, 2014. Introducing the SLI debate. *International Journal of Language & Communication Disorders* [online]. **49**(4), 377-380 [cit. 2022-10-11]. ISSN 13682822. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12119.

ESBENSEN, Annette a Pia THOMSEN, 2021. Word Retrieval and Lexical Organization in Children With Hearing Loss and Developmental Language Disorder. *Communication Disorders Quarterly* [online]. **42**(4), 238-248 [cit. 2023-02-12]. ISSN 1525-7401. Dostupné z: doi:10.1177/1525740120932531.

FROSTIGOVÁ, Marie, 1972. *Vývojový test zrakového vnímání*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

Fyziobeskyd, 2023. *Primitivní reflexy – jejich význam v diagnostice a terapii posturálních a pohybových poruch* [online]. [cit. 2023-05-30]. Dostupné z: <https://fyziobeskyd-edu.cz/kurzy/primitivni-reflexy-jejich-vyznam-v-diagnostice-a-terapii-posturalnich-a-pohybovych-poruch/>.

GAGARINA, Natalia, Daleen KLOP, Sari KUNNARI, Koula TANTELE, Taina VÄLIMAA, Ute BOHNACKER a Joel WALTERS, 2020. *MAIN: Multilingual Assessment Instrument for Narratives – Revised version. Materials for use*. ZAS Papers in Linguistics 64. Czech version. Translated and adapted by Miroslava Nováková Schöffelová and Marína Mikulajová.

GEORGIU, Natasa a George SPANOUDIS, 2021. Developmental Language Disorder and Autism: Commonalities and Differences on Language. *Brain Sciences* [online]. **11**(5), 589 [cit. 2022-11-10]. ISSN 2076-3425. Dostupné z: doi:10.3390/brainsci11050589.

GROB, Alexander, Christine S. MEYER a Priska HAGMANN-von ARX, 2013. *IDS – Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5–10 let*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

GROB, Alexander, Giselle REIMANN, Janine GUT a Marie-Claire FRISCHKNECHT, 2018. *IDS-P – Inteligenční a vývojová škála pro předškolní děti*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

HANÁK, Petr a Pavlína BASLEROVÁ, 2012. Standardy činnosti speciálněpedagogických center. In: MICHALÍK, Jan, Pavlína Baslerová, Petr Hanák a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, s. 25-34. ISBN 978-80-244-3050-8.

HÄNDEL, Mina N., Jeanett F. ROHDE, Marie L. RIMESTAD, Elisabeth BANDAK, Kirsten BIRKEFOSS, Britta TENDAL, Sanne LEMCKE a Henriette E. CALLESEN, 2021. Efficacy and Safety of Polyunsaturated Fatty Acids Supplementation in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Nutrients* [online]. **13**(4) [cit. 2023-05-29]. ISSN 2072-6643. Dostupné z: doi:10.3390/nu13041226.

HARRIS, Susan R., Elizabeth C.R. MICKELSON a Jill G. ZWICKER, 2015. Diagnosis and management of developmental coordination disorder. *Canadian Medical Association Journal* [online]. **187**(9), 659-665 [cit. 2023-01-12]. ISSN 0820-3946. Dostupné z: doi:10.1503/cmaj.140994.

HILL, Elisabeth L., 2001. Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders* [online]. **36**(2), 149-171 [cit. 2023-03-02]. ISSN 1368-2822. Dostupné z: doi:10.1080/13682820010019874.

HRADILKOVÁ, Terezie, 2018. Podpora rodiny dítěte s postižením – proč? Jak?. In: HRADILKOVÁ, Terezie a kol. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál, s. 33-37. ISBN 978-80-262-1386-4.

HUA, Alexandra a Nili MAJOR, 2016. Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics* [online]. **28**(1), 114-120 [cit. 2022-12-01]. ISSN 1040-8703. Dostupné z: doi:10.1097/MOP.0000000000000300.

HÜNEKE, Alison a Linda LASCELLES, 2014. Terminology mayhem: why it matters- the ramification for parents and families. Commentary on Bishop, Dorothy Vera Margaret, Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language and Communication Disorders* [online]. **49**(4), 381-415 [cit. 2022-10-11]. ISSN 13682822. Dostupné z: doi: 10.1111/1460-6984.12101.

CHANG, Jane P., Kuan-Pin SU, Valeria MONDELLI a Carmine M. PARIANTE, 2018. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Youths with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials and Biological Studies. *Neuropsychopharmacology* [online]. **43**(3), 534-545 [cit. 2023-05-29]. ISSN 0893-133X. Dostupné z: doi:10.1038/npp.2017.160.

CHILOSI, Anna Maria, Paola BROVEDANI, Paola CIPRIANI a Claudia CASALINI, 2017. Sex differences in early language delay and in developmental language disorder. *Journal of Neuroscience Research* [online]. **1**(1), 34-38 [cit. 2023-02-15]. ISSN 0360-4012. Dostupné z: doi:10.1002/jnr.24976.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [online]. 2022 [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1516623224>.

Johansen IAS, 2023. *About JIAS* [online]. [cit. 2023-05-24]. Dostupné z: <https://johansenias.com/about-jias/>.

KÁBRT, Milan, 2011. *Aplikovaná statistika. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce* [online]. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/step1.php?fbclid=IwAR3oGR9Y56keqIxXmdgHK79W3QvBikOdItSdkLCxUuzAlhUBsX84IHFPFog>.

KANTOR, Jiří, 2013. *Terapeutické přístupy u osob s omezením hybnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3706-4.

KAPALKOVÁ, Svetlana, 2017. PRIMARY LANGUAGE IMPAIRMENT IN A CONTEXT OF MULTILINGUAL SOCIETY. *Listy klinické logopedie* [online]. 1(1), 34-38 [cit. 2023-02-15]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2017.005.

KARASINSKI, Courtney a Susan ELLIS WEISMER, 2010. Comprehension of Inferences in Discourse Processing by Adolescents With and Without Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* [online]. 53(5), 1268-1279 [cit. 2023-02-20]. ISSN 1092-4388. Dostupné z: doi:10.1044/1092-4388(2009/09-0006).

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3941-0.

KIML, Josef, 1978. *Základy foniatrie*. Praha: Avicenum.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2008. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností: Education of pupils with impaired communication ability*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-168-3.

KNOBLOCH, Hilda, Frances STEVENS a Anthony F. MALONE, 1980. *Manual for developmental diagnosis. The administration and interpretation of the revised Gesell and Amatruda developmental and neurologic examination*. Hagerstown: Harper and Row.

KONDÁŠ, Ondrej, 1972. *Obrázkovo-slovníková zkouška*. Bratislava: Psychodiagnostika.

KRÁL, Pavel, 2022. Specializační vzdělávání v klinické psychologii. In: *MEDICAL TRIBUNE* [online]. 2022-07-20 [cit. 2023-05-13]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/specializacni-vzdelavani-v-klinicke-psychologii/>.

KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2021. Poruchy řeči. In: SVOBODA, Mojmír, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vydání čtvrté. Praha: Portál, s. 460-488. ISBN 978-80-262-1851-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUPROG, 2023a. *O nás* [online]. [cit. 2023-05-25]. Dostupné z: <https://kuprog.cz/o-nas>.

KUPROG, 2023b. *Školení KuMOT* [online]. [cit. 2023-05-25]. Dostupné z: <https://kuprog.cz/programy/kumot>.

KUPROG, 2023c. *Školení KuPOZ* [online]. [cit. 2023-05-25]. Dostupné z: <https://kuprog.cz/programy/kupoz>.

KUPROG, 2023d. *Školení KuPREV* [online]. [cit. 2023-05-25]. Dostupné z: <https://kuprog.cz/programy/kuprev>.

KUTÁLKOVÁ, Dana, 2011. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3687-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana, 2018. *Opožděný vývoj řeči: dysfázie: metodika reedukace*. Praha: Septima. ISBN 978-80-7216-349-6.

LANDI, Nicole a Meaghan PERDUE, 2019. Neuroimaging genetics studies of specific reading disability and developmental language disorder: A review. *Language and Linguistics Compass* [online]. **13**(9) [cit. 2023-02-15]. ISSN 1749-818X. Dostupné z: [doi:10.1111/lnc3.12349](https://doi.org/10.1111/lnc3.12349).

LEE, Joanna C., Anthony S. DICK a Bruce J. TOMBLIN, 2020. Altered brain structures in the dorsal and ventral language pathways in individuals with and without developmental language disorder (DLD). *Brain Imaging and Behavior* [online]. **14**(6), 2569-2586 [cit. 2023-02-20]. ISSN 1931-7557. Dostupné z: [doi:10.1007/s11682-019-00209-1](https://doi.org/10.1007/s11682-019-00209-1).

LEONARD, Laurence B., 2014. *Children with Specific Language Impairment*. USA: The MIT Press. ISBN 9780262324021.

LEWIS, Barbara A., Lisa FREEBAIRN, Jessica TAG, Allison A. CIESLA, Sudha K. IYENGAR, Catherine M. STEIN a Hudson G. TAYLOR, 2015. Adolescent Outcomes of Children With Early Speech Sound Disorders With and Without Language Impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. **24**(2), 150-163 [cit. 2023-02-15]. ISSN 1058-0360. Dostupné z: [doi:10.1044/2014_AJSLP-14-0075](https://doi.org/10.1044/2014_AJSLP-14-0075).

LI, Ruimin, Hong FU, Yang ZHENG, Wai-Lun LO, Jane J. YU, Cindy H. P. SIT, Zheru CHI, Zongxi SONG a Desheng WEN, 2019. Automated Fine Motor Evaluation for Developmental Coordination Disorder. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering* [online]. **27**(5), 963-973 [cit. 2022-12-15]. ISSN 1534-4320. Dostupné z: doi:10.1109/TNSRE.2019.2911303.

LUM, Jarrad A.G., Michael T. ULLMAN a Gina CONTI-RAMSDEN, 2013. Procedural learning is impaired in dyslexia: Evidence from a meta-analysis of serial reaction time studies. *Research in Developmental Disabilities* [online]. **34**(10), 3460-3476 [cit. 2022-12-27]. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2013.07.017.

MALÁ, Eva, 2008. Úvod: Koncepce dětské a dorostové psychiatrie. In: HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ, Eva a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 21-25. ISBN 978-80-7367-404-5.

MATĚJČEK, Zdeněk, 1995. *Dyslexie: specifické poruchy čtení*. 3. upr. a rozšíř. vyd. Jinočany: H&H. ISBN 80-857-8727-X.

MATĚJČEK, Zdeněk, Jaroslav ŠTURMA, Marie VÁGNEROVÁ a Zdeněk ŽLAB, 1987. *Zkouška čtení*. Bratislava: Psychodiagnostika.

MATĚJČEK, Zdeněk a Marie VÁGNEROVÁ, 1974. *Test obkreslování*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk ŽLAB, 1972. *Zkouška laterality*. Bratislava: Psychodiagnostika.

MÍKA, Jiří, 1982. *Orientační test dynamické praxe*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

MIKULAJOVÁ, Marína, 2003. Diagnostika narušeného vývoje řeči. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 60-98. ISBN 80-7178-801-5.

MIKULAJOVÁ, Marína, 2016. Narušený vývin řeči. In: KEREKRÉTIÓVÁ, Aurélie a kol. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 13-35. ISBN 978-80-223-4165-3.

MIKULAJOVÁ, Marína a Iris RAFAJDUSOVÁ, 1993. *Vývinová dysfázia: Špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: Marína Mikulajová, Iris Rafajdusová. ISBN 80-900445-0-6.

MKN-10: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016 [cit. 2022-10-13]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec>.

MLČÁKOVÁ, Renata, 2011. Osoby s narušením komunikační schopnosti. In: MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 409-490. ISBN 978-80-7367-859-3.

MLČÁKOVÁ, Renata, 2013a. Základní symptomatologie (projevy) narušení vývoje řeči. In: MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 81-86. ISBN 978-80-244-3721-7.

MLČÁKOVÁ, Renata, 2013b. Artikulace mluvené řeči – základy fonetické a fonologické terminologie, výslovnostní normy; klasifikace českých hlásek, artikulace hlásek. In: MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 7-35. ISBN 978-80-244-3721-7.

MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ, 2013. Základní terminologie a klasifikace typů narušení artikulace mluvené řeči a narušení vývoje řeči. In: MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 37-55. ISBN 978-80-244-3721-7.

MONTGOMERY, James W., 1993. Haptic Recognition of Children With Specific Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* [online]. **36**(1), 98-104 [cit. 2023-03-06]. ISSN 1092-4388. Dostupné z: [doi:10.1044/jshr.3601.98](https://doi.org/10.1044/jshr.3601.98).

MUELLER, Kathryn L. a Bruce J. TOMBLIN, 2012. Examining the Comorbidity of Language Impairment and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Topics in Language Disorders* [online]. **32**(3), 228-246 [cit. 2022-12-20]. ISSN 0271-8294. Dostupné z: [doi:10.1097/TLD.0b013e318262010d](https://doi.org/10.1097/TLD.0b013e318262010d).

MÜÜRSEPP, Iti, Herje AIBAST, Helena GAPEYEVA a Mati PÄÄSUKE, 2014. Sensorimotor function in preschool-aged children with expressive language disorder. *Research in Developmental Disabilities* [online]. **35**(6), 1237-1243 [cit. 2023-03-06]. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2014.03.007.

Národní zdravotnický informační portál, 2023. *Rejstřík pojmů* [online]. [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1850>.

NEUBAUER, Karel, 2018. Dysartrie a řečová dyspraxie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, s. 416-441. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEWBURY, Dianne F. a Anthony P. MONACO, 2010. Genetic Advances in the Study of Speech and Language Disorders. *Neuron* [online]. **68**(2), 309-320 [cit. 2023-02-15]. ISSN 08966273. Dostupné z: doi:10.1016/j.neuron.2010.10.001.

NORBURY, Courtenay F. a Rhea PAUL, 2015. Disorders of speech, language, and communication. In: THAPAR, Anita, Daniel S. PINE, James F. LECKMAN, Stephen SCOTT, Margaret J. SNOWLING a Eric TAYLOR. *Rutter's child and adolescent psychiatry*, 6th edition. UK: John Wiley and Sons, s. 683-701. ISBN 978-1-118-38188-5.

NOVÁK, Alexej, 1997. *Foniatrie a pedaudiologie - III.: Základy fyziologie a patologie řeči. Diagnostika a léčba poruch řeči*. Praha: Unitisk.

NOVÁKOVÁ SCHÖFFELOVÁ, Miroslava, 2020. Diagnostics of narrative abilities and Czech adaptation of the MAIN tool. *Listy klinické logopedie* [online]. **4**(2), 124-135 [cit. 2023-05-30]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2020.027.

ÖRDÖGHOVÁ, Hana a Jana MIRONOVA TABACHOVÁ, 2022. Vývojová jazyková porucha z perspektivy rodiče. In: VITÁSKOVÁ, Kateřina a kol. *Výzkum vybraných fyziologických a patologických mechanismů hlasu, jazyka a řeči, jejich hodnocení a intervence v kontextu logopedického, speciálněpedagogického a neurovývojového bádání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. . ISBN 978-80-244-6271-4. (v tisku).

PAUL, Rhea a Courtenay F. NORBURY, 2012. *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Listening, Speaking, Reading, Writing, and Communicating*. USA: Elsevier. ISBN 978-0-323-07184-0.

PEREZ, Hector R. a James H. STOECKLE, 2016. Stuttering: Clinical and research update. *Canadian Family Physician* [online]. **62**(6), 479-484 [cit. 2023-01-12]. Dostupné z: <https://www.cfp.ca/content/62/6/479.long>.

POKORNÁ, Věra, 2010. Diagnostika specifických poruch učení. In: POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, s. 195-229. ISBN 978-80-7367-817-3.

POSPÍŠILOVÁ, Lenka, 2018a. Vývojová dysfázie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, s. 283-315. ISBN 978-80-262-1390-1.

POSPÍŠILOVÁ, Lenka, 2018b. Neurovývojové poruchy a klinická logopedie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, s. 183-222. ISBN 978-80-262-1390-1.

POSPÍŠILOVÁ, Lenka, 2019. DEVELOPMENTAL DYSPHASIA AT THE PRESENT TIME. *Listy klinické logopedie* [online]. **3**(1), 48-54 [cit. 2022-11-12]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2019.011.

POSPÍŠILOVÁ, Lenka, Michal HRDLIČKA a Vladimír KOMÁREK, 2021. Vývojová dysfázie – funkční a strukturální korelace. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. **84**(3), 237-244 [cit. 2022-12-08]. ISSN 12107859. Dostupné z: doi:10.48095/cccsnn2021237.

PREISS, Marek a José PANAMÁ, 1995. *Trail-making test pro děti*. Praha: Institut pedagogického poradenství ČR.

PREISSOVÁ, Irena, 2013. Vývojové poruchy řeči. *Pediatric pro praxi* [online]. **14**(4), 242-243 [cit. 2023-02-20]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/08.pdf>.

PREISSOVÁ, Irena, 2018. Psychogenně podmíněné poruchy řeči a komunikace. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, s. 514-541. ISBN 978-80-262-1390-1.

Prodys, 2023. *Stimulační program pro předškoláky a děti s odloženou školní docházkou – Maxik* [online]. [cit. 2023-05-24]. Dostupné z: <http://www.prodys-bubenickova.cz/kurzy.htm>.

PSOTTA, Rudolf, 2014. *MABC-2 – Test motoriky pro děti – příručka*. 1. české vydání. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

RABOCH, Jiří et al., 2015. ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Testcentrum – Hogrefe. ISBN 978-80-86471-52-5.

RAVEN, J. C., J. H. COURT a J. RAVEN, 1991. *Ravenovy progresivní matice pro pokročilé*. Bratislava: Psychodiagnostika.

REED, Geoffrey M., Michael B. FIRST, Cary S. KOGAN, Steven E. HYMAN, Oye GUREJE et al., 2019. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* [online]. **18**(1), 3-19 [cit. 2022-10-15]. ISSN 1723-8617. Dostupné z: doi:10.1002/wps.20611.

RICE, Mabel L., Catherine L. TAYLOR, Stephen R. ZUBRICK, Lesa HOFFMAN a Kathleen K. EARNEST, 2020. Heritability of Specific Language Impairment and Nonspecific Language Impairment at Ages 4 and 6 Years Across Phenotypes of Speech, Language, and Nonverbal Cognition. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* [online]. **63**(3), 793-813 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1092-4388. Dostupné z: doi:10.1044/2019_JSLHR-19-00012.

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava a Jiří HEDÁNEK, 2011. *Test 3F: dysartrický profil*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-714-1.

SANJEEVAN, Teenu, David A. ROSENBAUM, Carol MILLER, Janet G. VAN HELL, Daniel J. WEISS a Elina MAINELA-ARNOLD, 2015. Motor Issues in Specific Language Impairment: a Window into the Underlying Impairment. *Current Developmental Disorders Reports* [online]. **2**(3), 228-236 [cit. 2023-03-01]. ISSN 2196-2987. Dostupné z: doi:10.1007/s40474-015-0051-9.

SEEMAN, Miloslav, 1955. *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

SMOLÍK, Filip, 2009. Vývojová dysfázie a struktura raných jazykových schopností. *Československá psychologie* [online]. **53**(1), 40-54 [cit. 2022-10-18]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:06948627-f0fa-4543-95be-8f974369d9ec?article=uuid:642076ae-ce64-4062-93d2-9731705a567d>.

SMOLÍK, Filip a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, 2014. Poruchy jazykového vývoje. In: SMOLÍK, Filip a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha: Grada, s. 145-176. ISBN 978-80-247-4240-3.

SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, Gabriela a Filip SMOLÍK, 2014. *Diagnostika jazykového vývoje: diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku: testová příručka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4239-7.

SOLNÁ, Gabriela, 2022. *TEPRO – test produkce slovní zásoby* [online]. Code Creator [cit. 2023-04-19]. ISBN 978-80-88246-91-6. Dostupné z: <https://publi.cz/book/1902-tepro-test-produkce-slovni-zasoby>.

SOLNÁ, Gabriela a Barbora ČERVENKOVÁ, 2022. *TEPO – test porozumění větám* [online]. Code Creator [cit. 2023-04-19]. ISBN 978-80-88246-90-9. Dostupné z: <https://publi.cz/book/520-tepo-test-porozumeni-vetam>.

Soukromá klinika LOGO, 2023. *Benaudira* [online]. [cit. 2023-05-24]. Dostupné z: <https://www.moje-klinika.cz/benaudira>.

Společnost pro ranou péči, 2023. *Co je raná péče* [online]. [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/pro-rodice/co-je-rana-pece/>.

STANFORD, Emily a Hélène DELAGE, 2020. Executive Functions and Morphosyntax: Distinguishing DLD From ADHD in French-Speaking Children. *Frontiers in Psychology* [online]. **11** [cit. 2023-02-13]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: [doi:10.3389/fpsyg.2020.551824](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.551824).

ŠEJNA, Ivan, 2018. Vyšetřovací metody sluchového orgánu a sluchové funkce. In: HAHN, Aleš a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, s. 15-26. ISBN 978-80-271-0572-4.

ŠKODOVÁ, Eva, František MICHEK a Marie MORAVCOVÁ, 1995. *Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí*. Ostrava: Realia.

ŠTURMA, Jaroslav a Marie VÁGNEROVÁ, 1982. *Test kresby lidské postavy*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

TELLEGEN, P. J., J. A. LAROS a D. HEIDER, 2008. *SON-R 2 ½ - 7. Neverbální inteligenční test*. Praha: Testcentrum – Hogrefe.

THAPAR, Anita a Miriam COOPER, 2016. Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet* [online]. **387**(10024), 1240-1250 [cit. 2022-12-23]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(15)00238-X.

TICHÝ, Jiří, 2002. Klinické vyšetření. In: NEVŠÍMALOVÁ, Soňa et al. *Neurologie*. Praha: Galén a Karolinum, s. 77-96. ISBN 80-7262-160-2.

TOMBLIN, Bruce J., Nancy L. RECORDS, Paula BUCKWALTER, Xuyang ZHANG, Elaine SMITH a Marlea O'BRIEN, 1997. Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* [online]. **40**(6), 1245-1260 [cit. 2022-10-15]. ISSN 1092-4388. Dostupné z: doi:10.1044/jslhr.4006.1245.

TSENG, Yu-Ting a Hsin-jen HSU, 2023. Not only motor skill performance but also haptic function is impaired in children with developmental language disorder. *Research in Developmental Disabilities* [online]. **134**(2) [cit. 2023-03-06]. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2022.104412.

VACKOVÁ, Lenka, 2019. VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE – DIAGNOSTICKÁ VÝCHODISKA Z PRAXE KLINICKÉHO LOGOPEDA A PSYCHOLOGA. *Listy klinické logopedie* [online]. **3**(1), 36-42 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2019/01/08.pdf>.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2021. Testy sociálních schopností, znalostí a dovedností. In: SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vydání čtvrté. Praha: Portál, s. 137-202. ISBN 978-80-262-1851-7.

VALADE, Florence, Marie-Julie BÉLIVEAU, Chantale BREault, Benjamin CHABOT a Fannie LABELLE, 2023. Individual and cumulative risk factors in developmental language disorder: A case-control study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* [online]. **28**(1), 398-414 [cit. 2023-02-15]. ISSN 1359-1045. Dostupné z: doi:10.1177/13591045221113389.

VELDOVÁ, Zuzana, 2018. Řeč. In: HAHN, Aleš a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, s. 361-407. ISBN 978-80-271-0572-4.

VĚTROVSKÁ ZEMÁNKOVÁ, Alžběta a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, 2020. Studie verbální produkce předškolních dětí s vývojovou dysfázií. *E-psychologie* [online]. **14**(3), 31-48 [cit. 2023-03-07]. ISSN 18028853. Dostupné z: doi:10.29364/epsy.377.

VITÁSKOVÁ, Kateřina, 2005. Narušený vývoj řeči. In: VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, s. 41-52. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina, 2013. Základy diagnostiky narušeného vývoje řeči. In: MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 93-98. ISBN 978-80-244-3721-7.

VOLEMANOVÁ, Marja, 2019. *Přetrvávající primární reflexy: opomíjený faktor problémů učení a chování*. 2. rozšířené vydání. Statenice: INVTS. ISBN 978-80-907369-0-0.

VOLEMANOVÁ, Marja, 2021. *Teoretické základy metody neuro-vývojové stimulace*. Statenice: INVTS. ISBN 978-80-907369-4-8.

VUGS, Brigitte, Marc HENDRIKS, Juliane CUPERUS a Ludo VERHOEVEN, 2014. Working memory performance and executive function behaviors in young children with SLI. *Research in Developmental Disabilities* [online]. **35**(1), 62-74 [cit. 2023-02-20]. ISSN 08914222. Dostupné z: doi:10.1016/j.ridd.2013.10.022.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online]. [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72#p3>.

WECHSLER, David, 1989. *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

WECHSLER, David, 2002. *WISC-III. Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha: Testcentrum – Hogrefe. ISBN 80-86471-29-5.

WILSON, Alexander C. a Dorothy V.M. BISHOP, 2018. Resounding failure to replicate links between developmental language disorder and cerebral lateralisation. *PeerJ* [online]. **6** [cit. 2023-03-01]. ISSN 2167-8359. Dostupné z: doi:10.7717/peerj.4217.

WITTKÉ, Kacie, Ann M. MASTERGEORGE, Sally OZONOFF, Sally J. ROGERS a Letitia R. NAIGLES, 2017. Grammatical Language Impairment in Autism Spectrum Disorder: Exploring Language Phenotypes Beyond Standardized Testing. *Frontiers in Psychology* [online]. **8** [cit. 2023-03-19]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2017.00532.

Základní škola, Ostrava-Zábřeh, Kpt. Vajdy 1a, 2023. *Vady řeči* [online]. [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.zskptvajdy.cz/spc/vady-rci>.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. [cit. 2023-05-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#>.

ŽLAB, Zdeněk, 1992. *Zkouška jazykového citu*. Ostrava: Mikrodata.

Seznam zkratek

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AKK	Akreditovaný kvalifikační kurz
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BERA	evokované kmenové sluchové potenciály
CERA	evokované korové sluchové potenciály
cit.	citováno
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
DCD	Developmental Coordination Disorder
DLD	Developmental Language Disorder
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EEG	Elektroencefalografie
H.S.E.T.	Heidelberský test řečového vývoje
ICD	International Classification of Diseases
ICD-10	International Classification of Diseases 10th Revision
ICD-11	International Classification of Diseases 11th Revision
IDS	Intelligence Developmental Scale
IDS-P	Intelligence Developmental Scale for Preschool
JIAS	Johansenova sluchová stimulace k rozvoji sluchového vnímání
MABC-2	Movement Assessment Battery for Children, second edition
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
např.	například
NVS	Neuro-vývojová stimulace – NVS pohybem se učíme®
NVT	Neuro-vývojová terapie
PAS	Poruchy autistického spektra
PUFA	Polyunsaturated Fatty Acids

SONR 2 ½–7	Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence Test
SLI	Specific Language Impairment
SPU	Specifické poruchy učení
SSD	Speech Sound Disorder
TEPO	Test porozumění větám
TEPRO	Test produkce slovní zásoby
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
WISC-III	Wechslerova intelligenční škála pro děti
WPPSI	Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

Seznam tabulek

Tabulka 1 – F80-F89 Poruchy psychického vývoje, MKN-10 (2016).....	9
Tabulka 2 – Neurovývojové poruchy, ICD-11 (2022)	9
Tabulka 3 – Poruchy komunikace, DSM-5 (Raboch et al., 2015)	10
Tabulka 4 – Klasifikace narušeného vývoje řeči dle Rapin a Allen (Rapin, 1996 in Mikulajová, 2016).....	24
Tabulka 5 – Vývojová jazyková porucha, ICD-11 (2022).....	26
Tabulka 6 – F84 Pervazivní vývojové poruchy, MKN-10 (2016)	31
Tabulka 7 – 6A02 Autism spectrum disorder, ICD-11 (2022)	32
Tabulka 8 – Tabulka odpovědí, spadajících do kategorie „Jiná...“	64
Tabulka 9 – Další odpovědi rodičů z hlediska návštěvy foniatra	70
Tabulka 10 – Další zdůvodnění rodičů pro návštěvu klinického psychologa.....	72
Tabulka 11 – Tabulka odpovědí rodičů, zařazených do skupiny 3	75
Tabulka 12 – Tabulka nekategorizovaných odpovědí.....	81
Tabulka 13 – Tabulka odpovědí, spadajících do skupiny 3	83
Tabulka 14 – Data k hypotéze č. 1	88
Tabulka 15 – Skutečné četnosti hypotézy č. 1 (Kábrt, 2011)	88
Tabulka 16 – Očekávané četnosti hypotézy č. 1 (Kábrt, 2011)	89
Tabulka 17 – Data k hypotéze č. 2	90
Tabulka 18 – Skutečné četnosti hypotézy č. 2 (Kábrt, 2011)	90
Tabulka 19 – Očekávané četnosti hypotézy č. 2 (Kábrt, 2011)	90
Tabulka 20 – Data k hypotéze č. 3	91
Tabulka 21 – Skutečné četnosti hypotézy č. 3 (Kábrt, 2011)	91
Tabulka 22 – Očekávané četnosti hypotézy č. 3 (Kábrt, 2011)	92
Tabulka 23 – Data k hypotéze č. 4	93
Tabulka 24 – Skutečné četnosti hypotézy č. 4 (Kábrt, 2011)	93
Tabulka 25 – Očekávané četnosti hypotézy č. 4 (Kábrt, 2011)	93
Tabulka 26 – Data k hypotéze č. 5	94
Tabulka 27 – Skutečné četnosti hypotézy č. 5 (Kábrt, 2011)	95
Tabulka 28 – Očekávané četnosti hypotézy č. 5 (Kábrt, 2011)	95

Seznam grafů

Graf 1 – Věkové zastoupení dětí s DLD	56
Graf 2 – Zastoupení dětí s DLD z hlediska pohlaví	57
Graf 3 – Věkové zastoupení dětí z hlediska doby diagnostikování DLD	57
Graf 4 – Míra pocitu informovanosti o diagnóze DLD	58
Graf 5 – Povědomí rodičů o možné symptomatologii DLD	59
Graf 6 – Symptomatologie DLD	60
Graf 7 – Zastoupení DLD dle jednotlivých typů.....	61
Graf 8 – Výskyt komorbidit	62
Graf 9 – Informovanost rodičů ohledně možnosti multidisciplinární spolupráce.....	63
Graf 10 – Multidisciplinární spolupráce v době zjištění diagnózy	64
Graf 11 – Zdůvodnění návštěvy klinického logopeda.....	66
Graf 12 – Zdůvodnění návštěvy neurologa	67
Graf 13 – Zdůvodnění návštěvy foniatra.....	69
Graf 14 – Zdůvodnění návštěvy klinického psychologa.....	70
Graf 15 – Zdůvodnění návštěvy odborníka PPP / odborníka SPC.....	73
Graf 16 – Zdůvodnění návštěvy ergoterapeuta	74
Graf 17 – Kooperace rodičů a dalších odborníků	76
Graf 18 – Informační zdroje využívané rodiči ohledně DLD	79
Graf 19 – Schopnost rodičů z hlediska samostatné volby her či knih při práci s dítětem s DLD	80
Graf 20 – Stimulační programy doporučené odborníky.....	82
Graf 21 – Stimulační programy vyhledané rodiči	84
Graf 22 – Doplnky stravy doporučené odborníky.....	86
Graf 23 – Míra pocitu informovanosti o diagnóze DLD u jednotlivých skupin rodičů.....	98
Graf 24 – Schopnost jednotlivých skupin rodičů z hlediska samostatné volby materiálu pro práci s dítětem s DLD.....	101

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro rodiče dětí s vývojovou dysfází	128
--	-----

Informovanost rodičů ohledně diagnózy vývojové dysfázie

Vážení a milí rodiče,

jsem studentkou oboru Logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci a ráda bych Vás poprosila o spolupráci ve formě vyplnění dotazníku k mé diplomové práci, která se zabývá vývojovou dysfázií.

Výstupem mé práce bude informační brožura, která bude určena právě Vám - rodičům, abyste se v problematice této diagnózy vývojové dysfázie lépe orientovali, a třeba i našli odpovědi na Vaše otázky.

Nemusíte se obávat, dotazník je zcela anonymní.

Jako mé poděkování za Vaši spolupráci Vám brožuru po jejím vytvoření samozřejmě velmi ráda poskytnu.

Moc Vám děkuji za spolupráci! :)

1. Jste rodičem dítěte s vývojovou dysfázií? Pokud jste na tuto otázku odpověděl/a NE, ve vyplňování dotazníku nemusíte nadále pokračovat. *

ano

ne

2. Ve vztahu k dítěti jsem: *

matka

otec

Jiné: _____

3. V jakém věku je Vaše dítě s vývojovou dysfázií? Věk prosím uveďte ve formátu rok a měsíc (např. 4 roky a 2 měsíce apod.). *

Vaše odpověď _____

4. Vaše dítě je: *

chlapec

dívka

Jiné: _____

5. V jakém věku byla Vašemu dítěti diagnostikována vývojová dysfázie? Věk prosím uveďte ve formátu rok a měsíc (např. 4 roky a 2 měsíce apod.). *

Vaše odpověď _____

6. Jste dostatečně seznámen/a s tím, co znamená diagnóza vývojové dysfázie? *

1 2 3 4 5

nejsem dostatečně seznámen/a jsem velmi dobře seznámen/a

7. Věděl/a byste, jak se vývojová dysfázie může projevovat? *

- dysgramatismy v řeči
- vynechávání slabik či hlásek, popř. záměna jejich pořadí
- obtíže v osvojení si nových slov
- řeč je patlavá
- obtíže ve sluchovém vnímání
- obtíže ve zrakovém vnímání
- obtíže s grafomotorikou
- obtíže s pamětí
- obtíže s pozorností
- opožděný vývoj řeči
- nerovnoměrný vývoj celé osobnosti
- obtíže v motorice
- nevím
- Jiné: _____

8. Jak se vývojová dysfázie projevuje u Vašeho dítěte? *

Vaše odpověď _____

9. Víte, jaký typ vývojové dysfázie má Vaše dítě? *

- receptivní
- expresivní
- smíšená
- nevím
- Jiné: _____

10. Má Vaše dítě komorbiditu (současný výskyt) některé z těchto poruch? *

- mé dítě nemá žádnou komorbiditu s jinými poruchami
- ADHD
- dyslexie
- dysortografie
- dyspraxie
- koktavost
- elektivní mutismus
- PAS - poruchy autistického spektra
- Jiné: _____

11. Věděl/a jste v době zjištění diagnózy Vašeho dítěte, na jaké odborníky se obrátit? *

- ano
- ne
- Jiné: _____

12. Na jaké odborníky jste se obrátil/a? *

- pediatr
- klinický logoped
- neurolog
- foniatr
- klinický psycholog
- odborník PPP (pedagogicko psychologické poradny) / odborník SPC (speciálně pedagogického centra)
- ergoterapeut
- nevím
- Jiné: _____

**13. Pokud jste zaškrtl/a možnost klinický logoped, zdůvodněte prosím, proč si *
myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka
nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)**

Vaše odpověď

**14. Pokud jste zaškrtl/a možnost neurolog, zdůvodněte prosím, proč si *
myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka
nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)**

Vaše odpověď

**15. Pokud jste zaškrtl/a možnost foniatr, zdůvodněte prosím, proč si *
myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka
nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)**

Vaše odpověď

**16. Pokud jste zaškrtl/a možnost klinický psycholog, zdůvodněte prosím, proč si *
myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka
nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)**

Vaše odpověď

**17. Pokud jste zaškrtl/a možnost odborník PPP (pedagogicko psychologické *
poradny) / odborník SPC (speciálně pedagogického centra), zdůvodněte prosím,
proč si myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto
odborníka nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)**

Vaše odpověď

**18. Pokud jste zaškrtl/a možnost ergoterapeut, zdůvodněte prosím, proč si *
myslíte, že je tohoto odborníka dobré navštívit. (Pokud jste tohoto odborníka
nezaškrtl/a, napište prosím do odpovědi NE.)**

Vaše odpověď

19. Pokud jste spolupracoval/a, popř. obrátil/a se ještě na dalšího odborníka, na koho a proč? *

Vaše odpověď _____

20. Kde byste hledal/a informace o vývojové dysfázii? *

internet - články apod.

internetové diskuse

Facebook skupiny

odborná literatura

zeptám se odborníka

rodina

přátelé

Jiné: _____

21. Používáte v rámci cvičení se svým dítětem knihy či hry? *

ano

ne

22. Věděl/a byste, jakou hru nebo knihu zvolit pro práci se svým dítětem? *

ano

ne

23. Kde byste hledal/a doporučení pro knihy či hry? *

Vaše odpověď _____

24. Byly Vám doporučeny nějaké stimulační programy pro děti s vývojovou dysfází? *

ano

ne

25. Pokud jste zaškrtl/a v předchozí otázce „ano“, napište prosím názvy stimulačních programů, které Vám byly doporučeny. (Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a ne, napište prosím NE) *

Vaše odpověď

26. Vyhledal/a jste si sám/sama stimulační programy pro děti s vývojovou dysfázií? *

ano

ne

27. Pokud jste zaškrtl/a v předchozí otázce „ano“, napište prosím názvy stimulačních programů, které jste si vyhledal/a. (Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a ne, napište prosím NE) *

Vaše odpověď

28. Užívá Vaše dítě doplňky stravy, které byly doporučeny odborníky v rámci vývojové dysfázie? *

ano

ne

29. Pokud jste zaškrtl/a v předchozí otázce „ano“, napište prosím název/názvy doplňku/doplňků stravy. (Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a ne, napište prosím NE) *

Vaše odpověď

30. Existuje něco, co by Vás k vývojové dysfázii zajímalo, ale nenašli jste adekvátní nebo potřebnou odpověď? Pokud ano, nebojte se zeptat nyní! *

Vaše odpověď

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Hana Ördöghová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. et Bc. Jana Mironova Tabachová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název závěrečné práce:	Vývojová dysfázie – osvětový materiál pro rodiče a odborníky
Název závěrečné práce v angličtině:	Specific Language Impairment – educational material for parents and experts
Anotace závěrečné práce:	Diplomová práce osvětového charakteru pojednává o vývojové dysfázii z rodičovské perspektivy. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je složena ze tří kapitol, jež jsou vztaženy k diagnóze vývojové dysfázie z hlediska definice, terminologického vymezení, etiologie, symptomatologie, klasifikace, komorbidit, logopedické diagnostiky, interdisciplinární spolupráce, stimulačních programů a doplňků stravy. Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkum, jež byl realizován formou dotazníkového šetření, pojednávajícím o informovanosti rodičů v rámci této diagnózy. Hlavním cílem je zjištění míry povědomí rodičů dětí s vývojovou dysfázií o této diagnóze. Součástí příloh je osvětový materiál určený zejména pro rodiče, jejichž dítěti byla vývojová dysfázie právě diagnostikována. Využít jej však mohou v případě zájmu i odborníci z řad klinických logopedů.
Klíčová slova:	Vývojová dysfázie, specificky narušený vývoj řeči, vývojová jazyková porucha, neurovývojová porucha, interdisciplinární spolupráce, osvětový materiál, rodiče

Anotace v angličtině:	The diploma thesis discusses Specific Language Impairment from a parent's perspective. The thesis contains a theoretical and a practical part. The theoretical part consists of three chapters, which are related to the diagnosis of Specific Language Impairment in terms of definition, terminological definition, etiology, symptomatology, classification, comorbidities, speech therapy diagnostics, interdisciplinary cooperation, stimulation programs and food supplements. The practical part includes quantitative research, which was carried out in the form of a questionnaire survey, dealing with parents awareness of this diagnosis. The main goal is to determine the level of awareness of parents of children with Specific Language Impairment about this diagnosis. The appendices include educational material intended especially for parents whose child has just been diagnosed with Specific Language Impairment. However, it can also be used by clinical speech therapists if they are interested.
Klíčová slova v angličtině:	Developmental Dysphasia, Specific Language Impairment, Developmental Language Disorder, Neurodevelopmental Disorder, interdisciplinary cooperation, educational material, parents
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 – Dotazník pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií
Přílohy volně vázané:	Informační letáček Informační brožura – Vývojová dysfázie – kudy kam
Rozsah práce:	127 stran + 26 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk