

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

**POSTAVENÍ ŽÁKA S PORUCHOU
KOMUNIKACE V TŘÍDNÍM KOLEKTIVU**

Diplomová práce

Autor: Eva Matoušková

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Eva Suchánková, Ph.D.

**THE STUDENT POSTURE WITH
DISORDER COMMUNICATION IN CLASS
COLLECTIVE**

Diploma work

ANOTACE

Práce se zabývá vybranými poruchami komunikace, výskytem v populaci, vlivem na psychiku a úspěšnost dítěte v základní škole. Pojednává o možnosti terapie a prevenci těchto narušení. Zabývá se přijetím žáků kolektivem, pojednává o vlivu postižení na jejich školní úspěšnost, hodnotí individuální přístup k žákům při vyučování. Dále sleduje, jak porucha komunikace ovlivňuje postavení žáka v třídním kolektivu i možnosti logopedické intervence u zkoumaného vzorku.

ABSTRACT

The thesis deals with selected communication disorders, their occurrence in population, the influence on psyche and the result of a child at primary school. It discusses the possibility of therapy and prevention of these disorders. It concerns the acceptance of pupils by a group, the impact of the disability on their achievement in education and it evaluates an individual approach to each pupil during lessons. It also pursues how a communication disorder affects the position of a pupil in a class as well as the possibilities of speech therapeutic intervention in the surveyed sample.

Děkuji paní PaedDr. Evě Suchánkové, Ph.D., nejen za její odborné konzultace a rady, ale i za laskavý přístup a ochotu spolupracovat, které mi věnovala v celém průběhu zpracování mé diplomové práce.

Prohlašuji, že jsem svou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Českých Budějovicích dne 11.dubna 2010 podpis.....

Obsah

ÚVOD.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1. OSOBNOSTNÍ A PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI VZTAHUJÍCÍ SE K ROZVOJI KOMUNIKACE	
DÍTĚTE MLADŠÍHO A STŘEDNÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU	3
1.1 Vstup dítěte do školy.....	3
1.2 Řeč.....	5
1.3 Úroveň řeči dítěte při jeho nástupu do školy.....	11
2. VLIV RODINY A ŠKOLY NA VÝVOJ KOMUNIKACE U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU	12
2.1 Vliv sociokulturní úrovně rodiny na vývoj komunikace dítěte	12
2.2 Vliv školy na rozvoj komunikace dítěte.....	13
3. TERAPIE A PORUCHY KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ.....	15
3.1 Logopedie - vědní a studijní obor.....	15
3.2 Narušená komunikační schopnost	16
3.3 Opožděný vývoj řeči.....	19
3.4 Poruchy článkování řeči.....	22
3.5 Poruchy zvuku řeči	24
3.6 Porucha plynulosti řeči	27
3.7 Poruchy hlasu.....	31
4. SYMPTOMATICKÉ PORUCHY ŘEČI U DĚTÍ.....	33
4.1 Poruchy komunikace u dětí s ADHD.....	33
4.2 Řeč dětí s poruchami učení.....	35
5. ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍHO VZDĚLÁVACÍHO PLÁNU (IVP).....	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
6. CÍL VÝZKUMNÉ SONDY	39
7. CHARAKTERISTIKA ŠETŘENÉHO VZORKU	39
8. METODY A METODIKA ŠETŘENÍ	40
9. STANOVENÉ HYPOTÉZY	41
10. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE	41
10.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření – pedagogové 1. stupně základních škol hlavního vzdělávacího proudu.....	41
ZÁVĚR	67
SHRNUTÍ.....	70
LITERATURA.....	71
SEZNAMY	73

1. SEZNAM PŘÍLOH.....	73
2. SEZNAM OBRÁZKŮ.....	73
3. SEZNAM TABULEK.....	74

Úvod

Cílem moderního školního vzdělávacího procesu jistě není množství vědomostí v hlavách dětí. Školu by měl opouštět vzdělaný a sebevědomý člověk se schopností orientovat se v chaosu světa a plnohodnotně žít ve společnosti, do které se uvědoměle zapojí. Škola mu dává návod, kde potřebné znalosti a vědomosti najde. Učí ho klást otázky a odpovídat na ně.

Proto, pokud hovoříme o školní úspěšnosti, nebereme v úvahu pouze prospěch v jednotlivých předmětech, ale sledujeme i postavení žáka v kolektivu spolužáků. Je důležité, jak se mezi svými vrstevníky cítí být přijímán, jak on sám vnímá svou úlohu ve třídě. Každé dítě touží být uznáváno.

Je mnoho důvodů, proč dítě nenalezne v kolektivu spolužáků svoje místo. Jedním z nich je narušená komunikační schopnost. Některé odchylky jsou méně nápadné a spolužáci si jich nevšimnou, jiné jsou naopak velmi nápadné a pro žáka znamenají jednoznačnou stigmatizaci. Skutečný dopad narušení však závisí do značné míry nejen na osobnosti postiženého žáka, ale především na přístupu okolí, tedy rodičů, učitelů a spolužáků.

Zajímalo mě, do jaké míry jsou pedagogové schopni a ochotni věnovat individuální péči dětem s poruchou komunikace, aby jejich handicap měl na utváření jejich osobnosti minimální negativní dopad. Rozhodla jsem se věnovat tomuto tématu svou diplomovou práci a pokusím se pomocí dotazníkové metody vymezit, jaký negativní vliv tento handicap na integrované děti představuje.

Práci jsem nazvala Postavení žáka s poruchou komunikace v třídním kolektivu. Jejím cílem je vystihnout pohled na narušenou komunikační schopnost z úhlu pohledu pedagoga 1. stupně základní školy hlavního vzdělávacího proudu.

Práce je členěna do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část pojednává o osobnostních a psychologických zvláštnostech vztahujících se k rozvoji komunikace dítěte mladšího a středního školního věku, jak zasahují do jeho školních výkonů. Zmiňuje se i o výskytu poruch komunikace v populaci. Podrobněji se zabývá vývojem lidské řeči, dále pojednává o vlivu rodiny a školy na vývoj komunikace dítěte. Věnuje se terapii narušené komunikační schopnosti, dále jsou zde zpracovány na základě odborné literatury poruchy komunikace, které se vyskytují v praktické části. Nastihuje

hlavní zásady individuálního vzdělávacího plánu.

V praktické části jsou zpracovány výsledky mého odborného výzkumu pomocí dotazníkové metody, zejména, jak porucha komunikace ovlivňuje postavení žáka v třídním kolektivu, jak ovlivňuje jeho školní úspěšnost, zda učitel volí k žákovi individuální přístup, pracuje-li žák podle individuálního vzdělávacího plánu. Šetří i možnosti působení logopedické péče na zkoumaných školách.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Osobnostní a psychologické zvláštnosti vztahující se k rozvoji komunikace dítěte mladšího a středního školního věku

1.1 Vstup dítěte do školy

Vstup dítěte do školy představuje v jeho životě velmi zásadní změnu. Vzrostou požadavky, které na ně dospělí kladou. Některé děti se tak mohou ocitnout vzhledem ke svým individuálním možnostem v závažné situaci, která může vyústit až v závažnou krizi, která se projeví tím, že dítě může odmítnout roli školáka.

Role školáka nastává, jestliže umí využít dílčí schopnosti a dovednosti a ty se mu stanou prostředkem k dalšímu poznání.

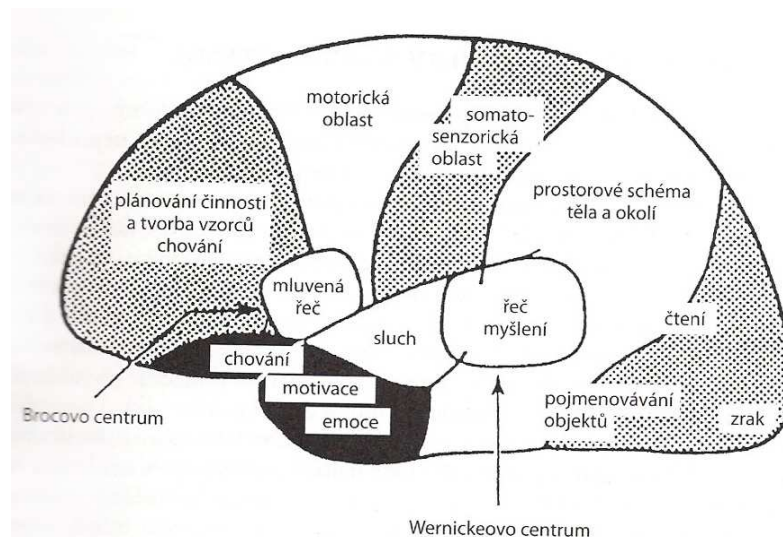
Při vstupu do školy role školáka přináší dítěti vyšší sociální prestiž, avšak i mnohé zátěžové situace. Dítě přichází do nového, neznámého zařízení. Stává se členem sociální skupiny, třídy, která nemá zatím žádnou vnitřní strukturu a hierarchii. Musí přijmout autoritu učitele, avšak odlišně od autority rodičů. Dítě není v roli žáka akceptováno učitelem automaticky, ale vždy ve vztahu k plnění nějakého úkolu či požadavku. S touto novou rolí dítě ztrácí částečně jistotu, bezpečí a pocit vlastní vyjímčnosti, které mu bylo vždy zabezpečováno rodinou. Zde bylo individualitou, často středem pozornosti. Nástup do školy znamená pro dítě osamostatnění, zodpovědnost za vlastní jednání a jeho následky. Sebevědomí dítěte je spojeno se sebehodnocením a je nezávislé na mínění okolí. Dítě si musí teprve svoji pozici vydobýt. Ve věku 6 a 7 let dochází k různým změnám, které jsou podmíněny genetickými dispozicemi a učením. Zrání centrálního nervového systému (CNS) dítěte se projevuje větší odolností vůči zátěži, stabilitě a aktivitě organismu, odolností proti únavě, vydrží déle pracovat.

Sociální připravenost je podmínkou dobré adaptace na školu. Závisí na předchozích zkušenostech dítěte. Jedná se o rozlišení chování na různé sociální úrovni. Žák se musí naučit rozlišit roli dítěte a dospělého (učitele). Neopomenutelnou součástí je řečová výbava dítěte, aby bylo schopno rozlišit stabilní komunikační vzorce,

kteřé bude pouŹívat v určitém prostředí nebo situaci. Pokud dítě dobře nerozumí sdělení učitele, neorientuje se a chová se neadekvátně, může se i hůře cítit, mít strach nebo být nejisté. Narušení řečového projevu dítěte, ať už formální či obsahové stránky, má sociální význam a mění zpětnovazební reakce. Jakákoli porucha řeči mění vztah žáka a učitele, projeví se změnou v jejich komunikaci i odlišným hodnocením takového dítěte. Dítě, které řeč dobře neovládá, bývá automaticky hůře hodnoceno. Komunikace s ním je obtížná a tak se jí učitel i ostatní spoluŹáci spíše vyhýbají, špatně mluvící dítě zůstává izolováno. Což ovlivňuje jeho postoje, hodnocení a nakonec i identitu takového dítěte, je to důsledek menší školní úspěšnosti. Na počátku školní docházky se objevuje zvýšení neurotických poruch řeči, především koktavosti. Což je důsledek neúměrné zátěže při adaptaci na nové a náročné prostředí u sociálně nepřipravených nebo tímto disponovaných dítí.

Dalším důležitým faktorem v adaptaci žáka na školu je skupina spoluŹáků, kterou tvoří kolektiv třídy. Je charakterizována stabilitou, stejným věkem členů, kteří jsou si formálně rovnoceni. Ve třídě se dítě učí navazovat kontakt a komunikovat na úrovni rovnocenných partnerů. Projevují se zde formy soupeření, ale i spolupráce. Vznikají zde první dítěské vztahy a přátelství, významnou sociální zkušeností je solidarita.

V období středního školního věku je relativně méně dynamická fáze časově lokalizována mezi 8 a 11 rokem (Matějček, 1994). Dítě se už na školu adaptovaly a zvládly základní normy chování. Dosahují osobního standardu, prospěchu i chování. Toto období je dobou vyrovnání s vrstevníky především stejného pohlaví. Jestliže dítě nemá očekávané sociální kompetence, nebývá ostatními pozitivně hodnoceno. To je pro ně signálem selhání. Třída jako sociální skupina se rozvíjí a strukturuje, může fungovat i jako celek (Vágnerová, 1997).



Obr. 1 – „Lokalizační“ schéma korových oblastí spojených s charakteristiky „lidskou“ činností. (J. Langmeier, D. Krejčířová - *Vývojová Psychologie* 2., 2006, s. 255)

1.2 Řeč

Člověk a jeho řeč

Řeč je podle Vyštejna (1995) dorozumívacím prostředkem lidí, slouží ke zájemnému zdělování – k mezilidské komunikaci. Je nástrojem myšlení, vyjadřuje myšlenky, city, přání, výzvy. Řeči se dítě musí učit od svého okolí. Vývoj myšlení a vývoj řeči se vzájemně ovlivňují. Myšlenky napadají člověka zpravidla rychleji než je stačí vyjádřit slovy. Teprve řečí myšlenky formulujeme do té podoby, která je srozumitelná okolí. Řeč můžeme užívat i bez přemýšlení, při reprodukci mechanicky naučeného nebo při silném citovém vzrušení apod.

Význam řeči v životě člověka

Význam řeči v životě člověka je zásadní. Řeč je spojena s celým jeho vědomím a má základní a určující vztah k myšlení. Bez řeči by nebylo myšlení. Řeč je závislá na vývoji společenském, vědeckém a kulturním.

Vyštejn (Dítě a jeho řeč, 1995, s. 7) uvádí: „*Moc slova je obdivuhodná: dovede pohladit i urazit, obveselit, zarmoutit, vyléčit a někdy i zabít. Je nositelem příběhů, názorů, přináší nejen myšlenky, ale i city.*”

Vývoj dětské řeči

Řeč u dítěte nastává na základě zděděné schopnosti naučit se mluvit. Narodí se do prostředí, kde je mluvenou řečí ovlivněno. Příchod na svět zahájí dle Vyštejna (1995) novorozenec křikem. Je to reflexní reakce na změnu dýchání, kdy dítě začíná dýchat plícemi, je odděleno od matčina organismu. Křik dítěte je přípravou k používání hlasu, není jen projevem bolesti nebo nepříjemného stavu.

Třetí měsíc života dítě spokojeně brouká a vrní, čímž vyjadřuje pocity libosti a spokojenosti. Je tedy možné podle kvality křiku posoudit náladu dítěte. Dítě si hraje s řečovými orgány a vydává hlas, dochází ke hře mluvidel, zatím se však jedná o projevy pudové. Postupně začne napodobovat jak slyšené zvuky vlastní, tak i svého okolí, především melodii a rytmus řeči. To je známkou, že se do vývoje řeči zapojuje sluch.

V průběhu 1. roku života začíná dítě chápat některá slova. Například zvuk máma přičlení k osobě matky. Kolem 1. roku je dítě schopno vyslovit několik jednoduchých slov.

V průběhu 2. roku se řeč postupně stává nástrojem myšlení a sdělování. Využívá slova, zvukomalebné výrazy spolu s gesty, mimikou. Kolem 1,5 roku věku tvoří slovník dítěte asi 50 aktivních slov. Používá dvou a tří slovné věty. Ve dvou letech je již schopno mluvit v krátkých větách, avšak slova ještě komolí. Zdokonaluje se gramatická stavba řeči.

Aktivní slovník dítěte tříletého činí asi 800 slov. Děti většinou souvisle mluví. Vytvoří se nová funkce řeči. Dítě svou vlastní činnost řečí řídí, vyjadřuje cíle svého jednání i plánuje své další jednání.

Ve čtyřech letech se dítě zapojuje do běžné řečové komunikace ve svém prostředí. V pěti letech dochází k dalšímu zdokonalování řeči po stránce obsahové i zvukové, zpřesňuje se i obsah pojmů. V šesti letech umí dítě aktivně využívat asi 2500 pojmů.

Růst slovní zásoby pokračuje po celý život.

Vývoj formální a zvukové stránky řeči

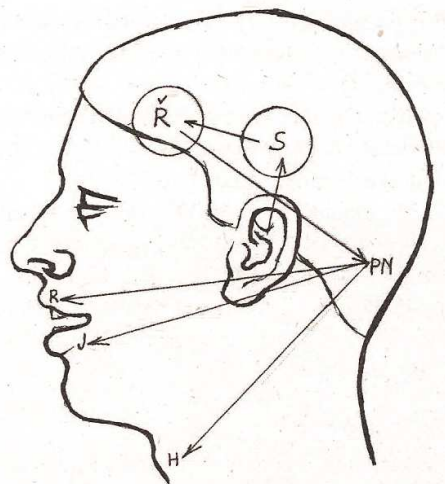
Některé děti mají podle Vyštejna (1995) řeč vyzrálou již kolem 3. roku, jiné naopak mají potíže s výslovností ještě v mladším školním věku, u některých by bez odborné péče mohly potíže s výslovností přetrvávat třeba celý život. Zpočátku je nesprávná a nepřesná výslovnost ve vývoji dětské řeči jevem zcela přirozeným. Dítě postupně diferencuje zvuky jednotlivých hlásek a mluvně je vytváří. Začíná od zvukově a artikulačně méně náročných, jako jsou zvuky vytvářené hláskami **p, b, m**. Po nich nastupuje **t, d, n**, dále **f** a **v**. Obtížněji zvládá souhlásky **k, g** (snaží se je nahradit **t** a **d**). Souhlásku **l** zvládá též později. Nejdéle trvá vývoj sykavek (**s, z, š, ž**) a také hlásky **c** a **č**. Nejděší vývoj mají hlásky **r** a **ř**. Jsou velmi artikulačně náročné. Zvládne-li dítě artikulaci některé hlásky, ještě neznamená, že ji používá. Někdy trvá delší dobu než se stane součástí jeho řeči. Řeč dítěte při vtupu do školy by měla být dokončena. Vývoj dětské řeči neprobíhá izolovaně, ale v souvislosti s celkovým vývojem dítěte.

Vývoj řeči psané

Kolem 6. roku se dítě začíná učit psát a zároveň i číst, což je vnímání psané řeči. V tomto věku je to proces velice náročný zejména na nervově psychickou činnost dítěte. Zvládnutí řeči psané a čtené předpokládá, že dítě je na určitém rozumovém vývoji a naopak vede k dalšímu rozumovému vývoji.

Řeč beze slov

Neverbální komunikace ve vývoji lidstva předcházela řeči verbální. Ve vývoji jedince dorozumívání neslovní předchází slovnímu. Dítě než začne mluvit komunikuje neslovně (rukou, tělem, mimikou obličeje). Mluvní projev je vždy doprovázen projevy neslovními, které mu dodávají důraz, emocionalitu, barvitost (gesta, pohyby hlavy, mimika obličeje, pohyby očí). Důležitá je i vzdálenost mezi hovořícími, způsob chůze, celkový vzhled, úprava, kosmetické prostředky. Tyto bezděčné grimasy vychází z duše a mohou nás usvědčit třeba ze lži, že něco jiného říkáme než myslíme (Vyštejn, 1995).



Obr. 2 - Jan Vyštejn (Dítě a jeho řeč, 1995, s. 13)

Schématické znázornění mluvního aktu: Sluchový podnět (mluvené slovo) zachycený sluchovým ústrojím je ve „sluchovém centru“ (S) kůry mozkové převeden v uvědomělý vjem, ten je další složitou mozkovou činností zpracován. Na jeho základě jsou v „centru řeči“ (Ř) vytvořena mluvní schémata a iniciovány pohybové nervy (PN), které uvedou v činnost svaly mluvidel, např. hrtanu (H), jazyka (J) a rtů (R).

1.2.1 Přehled stádií v ontogenezi dětské řeči

Vývoj řeči dítěte je ovlivněn vývojem senzorického vnímání, motoriky, myšlení a také socializací dítěte. Není to samostatný proces. Klenková (2006) uvádí Vygostkého (1970), který zastává názor, že do určitého věku je vývoj myšlení a řeči na sobě nezávislý. V myšlení jsou předintelektuální stádia a v řeči předřečová stádia, teprve kolem 2. roku věku dítěte se myšlení stává verbální a řeč intelektuální. **Většina autorů (Příhoda, Sovák, Damborská, Vygotskij atd.) dělí vývoj řeči na:**

1. **přípravné stádium** (předřečové období)
2. **stádia vlastního vývoje řeči**

Klenková (2006) uvádí, že u všech autorů se setkáváme s názory, že při hodnocení vývoje řeči dítěte je nutno vždy postupovat individuálně, v každém vývojovém období respektovat určitou časovou variabilitu. Podle Lechty (1985) může docházet k akceleraci nebo retardaci ve vývoji, žádné stádium však nemůže být vynecháno, pouze může být různá délka jejich trvání. Sovák (1971) vyděluje v ontogenezi v dětské řeči předběžná stádia vývoje řeči následovně:

1. období křiku
2. období žvatlání
3. období rozumnění řeči a **vývoj vlastní řeči**, který má tato na sebe navazující stádia:
 - a) stádium emocionálně volní
 - b) stádium asociačně reprodukcni
 - c) stádium logických pojmů
 - d) intelektualizace řeči

Nejvhodnější při orientačním posouzení úrovně řeči je rozdělení vývoje řeči na **vývojové fáze podle Lechty (1995):**

1. období pragmatizace (trvá do konce 1. roku života)
2. období sémantizace (první až 2. rok života)
3. období lexémizace (druhý až 3. rok života)
4. období gramatizace (třetí až 4. rok života)
5. období intelektualizace (po 4. roku života)

Přípravné (předřečové) stádium vývoje řeči

Do jednoho roku života dítě poznává a vytváří si návyky, na jejich základě později vzniká skutečná řeč. Jsou to předverbální a neverbální aktivity.

Předverbální projevy jsou křik, broukání, mají užší vazbu na budoucí řeč dítěte.

Neverbální projevy to je zrakový kontakt, komunikace na základě tělesného kontaktu při kojení apod. Přetrvávají v různých formách po celý život.

Již v prenatálním období vznikají nejrůznější projevy jako příprava artikulačního aparátu ke skutečné řeči (například nitroděložní kvílení, polykací pohyby, dumlání palce). Po porodu nastupuje sání, žvýkání, polykání, jejichž ovládnutí umožní vývoj řečových aktivit. Schopnost žvýkání a mluvení spolu souvisí, dítě se dříve nenaučí artikulovat, dokud se nenaučí žvýkat. Toto zjištění je důležité pro logopedickou praxi u handicapovaných dětí.

Křik je prvním projevem novorozence, je považován za reflex vyvolaný

drážděním dýchacího centra přechodem z pracentárního prostředí na plicní dýchání.

Klenková (Logopedie 2006, s 35): „*Novorozenec vstupuje se svou matkou do pecifické předverbální komunikace. Damborská (1982) prohlašuje kojení za typický komunikační obřad, při němž dochází k výrazné sumaci libých zážitků pro dítě, v neposlední řadě jeho dotykem s obnaženou mateřskou pletí.*”

Charakter křiku se mění v šestém týdnu života, začíná být citově zabarven. Vyjadřuje nespokojenost, nelibé pocity.

Broukání a žvatlání začíná dítě mezi druhým a třetím měsícem života. Zpočátku jde o pudové žvatlání, kdy vytváří takzvané prahlásky. Nejsou to ještě hlásky mateřského jazyka.

Napodobující žvatlání začíná v šestém až osmém měsíci života, vytváří hlásky mateřského jazyka, zapojuje vědomě sluch a zrak, všímá si pohybu mluvidel nejbližších osob, začíná napodobovat hlásky. V tomto období používá modulační faktory řeči (melodie, výška, síla, rytmus řeči).

Stádium **rozumění**, porozumnění řeči nastupuje v desátém měsíci, dítě ještě nechápe obsah slyšených slov, ale zvuky dává do souvislosti s konkrétní situací, která se často opakuje (například udělej paci paci, jak jsi velký, jak se máš). V tomto období je důležité, aby bylo dítě v kontaktu s ostatními lidmi, kteří na něho mluví o tom, co právě vidí (Klenková, 2006).

Vlastní vývoj řeči

Začíná od jednoho roku života dítěte. Podle Klenkové (2006) má toto období čtyři postupná, na sebe navazující stádia:

- 1. Stádium emocionálně volní** – dítě vyjadřuje svoje city, přání, prosby. Tvoří jednoslovné věty, použitá slova mají komplexní význam věty (například ham – dítě vyjadřuje přání jíst).
- 2. Stádium asociačně reprodukční** – podle Sováka (1972) mají první slova význam přejmenovávací. Dítě přenáší výrazy na jevy podobné. Mezi druhým a třetím věku dítěte dochází k prudkému rozvoji komunikační řeč. Pomocí řeči dítě dosahuje drobné cíle, snaží se s dospělými komunikovat stále častěji.
- 3. Stádium logických pojmů** - nastupuje okolo třetího roku života dítěte. Slovo

dostává určitý obsah díky abstrakci a zevšeobecnování. Je to začátek přechodu z první do druhé signální soustavy.

- 4. Stádium intelektualizace řeči** – mezi třetím až čtvrtým rokem dítě vyjadřuje svoje myšlenky obsahově i formálně přesně. Dítě si osvojuje větší množství nových slov, prohlubuje a zpřesňuje obsah slov a gramatických forem, rozšiřuje slovní zásobu. Tento vývoj pokračuje až do dospělosti člověka

1.3 Úroveň řeči dítěte při jeho nástupu do školy

Sluchové vnímání se podle Vágnerové (2000) u 6 letých dětí rozvíjí rychle, dovedou bezproblému rozlišovat fonémy, tj. zvuky mluvené řeči rodného jazyka. **Schopnost sluchové diferenciacce dozrává v průměru v 6,5 letech** (Matějček 1987). Avšak určité procento dětí není schopno určité zvuky řeči rozlišovat. Nejde o nedoslýchavost, ale o **percepční dysfunkci**, která má centrální charakter – v levé mozkové hemisféře. Některé děti nejsou schopny z důvodů nezralosti rozlišovat podobně znějící hlásky zejména ve slabikách a slovech. Schopnost sluchové analýzy a syntézy se více rozvíjí až ve škole.

Vnímání **řeči jako celku** je u většiny lidí lokalizováno v levé mozkové hemisféře. Vnímání jednotlivých hlásek zajišťuje pravá mozková hemisféra. Z toho plyne, že pro úspěšnost ve škole je potřebná koordinace činnosti obou hemisfér.

Výuka čtení a psaní – dítě vnímá tištěná slova a písmena jako obrázky, které nemají jiný význam (pravá hemisféra). Jakmile dítě začne chápat smysl čteného textu, písmena i slova vnímá levou hemisférou. Je tedy důležité rovnoměrné zrání obou hemisfér.

„Dítě zatím nemá dostatečné verbální předpoklady pro učení ani pro adaptaci na školu. Jestliže dítě není schopné porozumět sdělení učitele a nedovede adekvátně odpovídat tj. vyjádřit to, co se naučilo, nelze je považovat za zralé. Jde o znakový systém, na kterém je závislá značná část výuky; umožňuje interpretovat učivo, definovat jednotlivé pojmy, zobecňovat pravidla apod.. Dítě, které nezvládlo jazyk a řeč na dostatečné úrovni, nemůže ve škole uspět. Zátěž představuje i jakákoliv porucha formální složky řečového projevu“ (Vágnerová: Psychologie problémového dítěte školního věku, 1997, s. 29).

2. Vliv rodiny a školy na vývoj komunikace u dětí mladšího školního věku

2.1 Vliv sociokulturní úrovně rodiny na vývoj komunikace dítěte

Rodina je nejstarší společenskou skupinou. Střelec (1995) uvádí, že členové jsou těsně spjati nejrůznějšími vztahy uvnitř i navenek.

Členové rodiny na sebe berou ohledy a respektují se. Dodržují pravidla, platí jasná hierarchie. Cení se individualita a respektuje soukromí. V rodině probíhá dialog, jsou vítány nové podněty. Členové spolu rádi tráví čas a jsou schopni adekvátně empaticky reagovat na emoční projevy.

Typy rodiny

Podle Střelce (1995) rozeznáváme tyto typy rodiny:

- Funkční rodina** – je nenarušená, poskytuje dobré podmínky pro rozvoj dítěte.
- Problémová rodina** – Vykazuje poruchy některých funkcí, které však vážněji neohrožují vývoj dítěte.
- Dysfunkční rodina** – vykazuje vážné poruchy, které ohrožují vývoj dítěte i rodinu samotnou.
- Nefunkční rodina** – vykazuje poruchy takového rozsahu, že rodina neplní svůj účel.

Rodina jako výchovná instituce

Rodina má nezastupitelné místo ve výchově dítěte, která podle Střelce (1995) nese odpovědnost a případné následky. Spolu s rodinou mají na výchovu dítěte vliv: **škola** jako výchovně vzdělávací instituce, **organizace** k tomu určené.

Rodiče jsou nejdůležitějším činitelem ve výchově, všichni ostatní mají doplňující vliv. Nesou odpovědnost nejen za svoji výchovu, ale také a ostatní činitele výchovy. Předpokladem úspěchu je dobré soužití rodiny, podnětná výchova pomocí zážitků, vhodně tráveného volného času. Rodiče mnohdy nedoceňují závažnost své

úlohy při výchově dětí. Nepřímá výchova vytváří dítěti vhodnější podmínky pro rozvoj, rodina a ostatní činitelé se však snaží vytvářet prostředí, ve kterém se dítě pomocí vlastního potenciálu vyvíjí v samostatného člověka. Rodinná výchova je individuální. Již od počátku je s ní spjata utváření mravních rysů a volných vlastností dítěte. Rodina má také podíl na vytváření vztahů dítěte k okolí a celé společnosti. Dítě si prostřednictvím rodičů vytváří svůj názor na svět.

Rodina má základní význam na rozvoj rozumové výchovy dítěte, rozvíjí jeho řečové schopnosti, především aktivní slovník, ať již v předškolním či školním období.

Postoj rodičů ke školním výsledkům dítěte podle Vágnerové (1997) má vliv do značné míry na celkovou atmosféru rodiny, pokud je hodnota vzdělání dítěte na jednom z prvních míst. Z hlediska nároků na školní úspěšnost má vliv i role sourozenecká. K prvnímu dítěti vztahují rodiče obvykle svá očekávání ve větší intenzitě než dětem následujícím. Může dojít k nastolení nepřiměřených požadavků z důvodu nezkušenosti či necitlivosti. Dítě prožívá stres z důvodů nepřiměřené zátěže, což může vyústit v různé somatické poruchy, zejména poruchy osobnosti a poruchy komunikace.

2.2 Vliv školy na rozvoj komunikace dítěte

Škola

Podle Vágnerové (1997) je **škola** specifickým sociálním prostředím, které má vlastní složení a hierarchii rolí. Vymezuje roli učitele, postavení žáka a role spolužáka.

Učitel je autorita, představuje symbol sociokulturního působení společnosti. Postavení dítěte se zpočátku vymezuje pouze vůči učiteli, později si buduje svoje místo v kolektivu spolužáků.

Třída je charakteristická tím, že je skupinou stabilní, kde žáci jsou přibližně stejného věku, panuje mezi nimi vztah formální rovnosti. Dítě spolužáky získává, nemůže si je vybrat, jsou mu rovnocennými partnery.

Socializace dítěte, to je začlenění dítěte do společnosti, je zpočátku vázána na třídu. Dítě musí zvládnout základní požadavky na roli spolužáka, což znamená ztrátu výlučné pozice, kterou má dítě doma. Je členem skupiny se stejnými právy a povinnostmi. Musí podřídit obecně platným normám své individuální potřeby a potlačit své egocentrické zaměření. Ve třídě je srovnáván výkon dítěte s ostatními

spolužáky, zde se může uplatnit potřeba úspěchu a sebeprosazení. Zde se dítě učí navazovat kontakt a komunikuje s rovnocennými partnery. Socializace se uskutečňuje pomocí různých forem soupeření, ale i spolupráce. Vznikají zde první dětské vztahy a přátelství. **Záleží pouze na dítěti, jakou pozici si v kolektivu vybuduje:**

1. v oblasti výkonu prostřednictvím školních známek
2. v oblasti sociálního hodnocení získáním dobré pozice ve třídě, má respekt spolužáků i učitele

Chování dětí ve škole zahrnuje dvě oblasti: **vyučování** a **mimo vyučování**. Jedná se především o způsob komunikace verbální i neverbální užívání jednotlivých slov a jejich spojení. V komunikaci dětské společnosti (i s učitelem při vyučování) má velký význam znalost jazyka a způsob jeho užívání, ale také schopnost správně pochopit verbální i neverbální sdělení. Do popředí vystupuje **zkušenost dítěte** kdy má mluvit, co komu říci a jakým způsobem.

3. Terapie a poruchy komunikačních schopností

V této kapitole je rozpracována problematika poruch komunikace, které se vyskytují v praktické části diplomové práce. Ostatní poruchy jsou zde pouze zmiňovány.

3.1 Logopedie - vědní a studijní obor

Klenková (Logopedie, 2006, s. 12) uvádí: „*Lechta (1990, s. 15) popsal vědní obor následovně: Logopedie je speciálně pedagogická věda. Zabývá se výchovou osob s narušenou komunikační schopností a prevencí tohoto narušení. Logopedie zkoumá narušení komunikační schopností z aspektů příčin, průběhu, frekvence výskytu, následků, možností diagnostikování, odstraňování, prevence, určování prognózy. Zkoumá i možnosti rozvíjení komunikační schopnosti jako takové (u tzv. intaktní populace).*“

Podle Klenkové (2006) je v našich podmínkách tradičně oborem **speciální pedagogiky**, vychází z obecné pedagogiky a ostatních oborů speciální pedagogiky, zejména surdopedie (sluchové postižení), somatopedie (tělesné postižení), psychopedie (psychické postižení), oftalmopedie (zrakové postižení). U všech těchto postižení se projevuje narušení komunikační schopnosti.

Z **medicínských oborů** logopedie čerpá z pediatrie (dětské lékařství), foniatrie (lékařství zabývající se vadami a poruchami hlasu, řeči a sluchu všech druhů a stupňů), otorinolaryngologie (obor, který se zabývá léčbou ušních, nosních a krčních nemocí), stomatologie (nauka o chorobách dutiny ústní), plastická chirurgie, ortodontie (náprava chrupu), neurologie (nauka o nervových chorobách a nervové soustavě), neurochirurgie (obor chirurgie, zabývající se léčením nervových onemocnění), psychiatrie (obor, který se zabývá léčbou nemocí psychiky).

Z oborů **psychologie** vychází z vývojové psychologie, patopsychologie (obor, který se zabývá nemocemi psychiky). Má však vztah i k jazykovědným oborům zejména k fonetice (jazykovědná disciplína zabývající se materiální stránkou zvukových výrazových prostředků jazyka) a fonologii (je lingvistická věda, která zkoumá zvukovou stránku přirozeného jazyka).

V popředí zájmů logopedie jsou však poznatky z oboru genetiky, informatiky,

kybernetiky, právních věd atd.

Profesor Sovák společně s Němcem Beckerem (Lehrbuch der Logopädie, 1983) považují logopedii za hraniční disciplínu medicíny a pedagogiky.

3.2 Narušená komunikační schopnost

K této problematice Heroutová (in Vítková, Integrativní speciální pedagogika, Brno 2004, s. 96) využívá jako definici narušené komunikační schopnosti slovenského odborníka V. Lechty: „*Komunikační schopnost človeka je narušena tehdy, pokud některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně (rušivě) vzhledem ke komunikačnímu záměru*” (Lechta a kol., 1995, s. 13).

3.2.1 Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti

Klenková (Kapitoly z logopedie I., 1997, s. 17) uvádí: „*Narušená komunikační schopnosti může být trvalá nebo přechodná, může se projevovat jako vrozená vada řeči, nebo jako vada získaná. Může být hlavním dominantním symptomem (příznakem) nebo může být symptomem případně důsledkem jiného dominantního postižení. V tom případě mluvíme o symptomatické poruše řeči.*“

Příčiny narušené komunikace Klenková (1997) uvádí z časového hlediska:

- prenatální (před narozením dítěte, v období vývoje plodu)
- perinatální (k poškození dojde v době porodu)
- postnatální (po narození dítěte)

Příčiny narušené komunikace podle Klenkové (1997) z lokalizačního hlediska:

- genové mutace
- vývojové odchylky
- aberace chromozomů
- negativní vlivy prostředí
- orgánové poškození receptorů, efektorů, CNS

Podle Klenkové (2006) vytvořil Lechta (1990, 2003) symptomatickou klasifikaci narušené komunikační schopnosti, kterou dělí do deseti základních kategorií:

1. vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. narušení plynulosti řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči

3.2.2 Logopedická intervence

Klenková (Logopedie, 2006, s. 56) uvádí citaci Lechty (2002, s.13): „Aktivitu, která je specifická pro práci logopeda ve všech jejích oblastech, je možné označit termínem **logopedická intervence**. Termín intervence zde chápeme v tom nejširším možném smyslu tohoto slova tak, abychom jím podchytili celý komplex různorodých činností logopeda.“

Lechta vytyčil tři cíle, které logoped plní:

1. identifikace
2. eliminace (zmírnění nebo překonání narušené komunikační schopnosti)
3. předejití tomuto narušení

Těchto cílů se dosahuje:

1. logopedickou diagnostikou
2. logopedickou terapií
3. logopedickou prevencí

3.2.3 Diagnostika a terapie

Diagnostika

Heroutová (in Vítková, 2004) dělí diagnostiku na **logopedickou** a **psychologickou**. Jsou ve vzájemném vztahu. Logopedická diagnostika vychází z **diagnostiky psychologické**.

Psychologický aspekt je důležitý v tom, že respektuje osobnost s narušenou komunikací, tedy průběh terapie je veden se zaměřením na vlastnosti osobnosti.

Diagnostické metody

Heroutová uvádí metody podle Lechty (1995):

- pozorování
- explorační metody (rozhovor, dotazníky)
- kasuistiky (rozbor odborných pojednání)
- analýza výsledků činnosti
- diagnostické zkoušení (vyšetření - výslovnosti, plynulosti tempa řeči, atd.)
- metody testů (například test laterality)
- přístrojové a mechanické metody (například fonograf, spektrograf, atd.)

Terapie

„Cílem terapie narušené komunikační schopnosti v nejširším slova smyslu je eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat narušenou komunikační schopnost. Samozřejmě nejžádanějším cílem terapie je zcela odstranit, eliminovat narušenou komunikační schopnost a zároveň s tím (a nebo vzápětí) i komunikační bariéru. V nejtěžších případech však – někdy navzdory houževnatému úsilí – nelze tohoto ideálního cíle dosáhnout“ (Lechta a kol: Terapie narušené komunikační schopnosti, 2005, s. 21).

Metody logopedické terapie podle Lechty (2005):

- **stimulující** nerozvinuté a opožděné řečové funkce
- **korigující** vadné řečové funkce
- **reedukující** ztracené řečové funkce (například po úraze)

Formy terapie (Lechta, 2005):

- **individuální** (hodinové sezení podle druhu narušené komunikační schopnosti a věku člověka)
- **skupinová** (skupinu tvoří 3 až 6 lidí)
- **intenzivní** (například několikrát denně)
- **intervalová** (po odstupu určité doby se opakovaně aplikuje intenzivní terapie)

3.3 Opožděný vývoj řeči

Kutálková v knize Logopedická prevence (1999) považuje tři roky věku dítěte za hranici, kdy končí **období prodloužené fyziologické nemluvnosti**. Jestliže dítě po třetím roce nezačne mluvit tak, jak je pro toto období obvyklé, jedná se o **opožděný vývoj řeči**. Dítě patří do rukou odborníka.

Etiologie a projevy

Příčiny opožděného vývoje jsou dle Kutálkové (1999):

1. Sociální prostředí

Je-li opomíjena snaha dítěte o kontakt a rozhovor, kterého se dožaduje, přestává snažit se komunikovat. Dítě musí zakusit úspěch ze svého snažení a teprve pak se zdravě vyvíjí.

2. Dědičnost

Má vliv na opožděný vývoj řeči nejméně z jedné třetiny. Rodiče často berou jako fakt, že dítě začíná mluvit stejně pozdě jako jeho otec a odmítají logopedickou konzultaci. Vývoj se může spontánně vyrovnat, ale může přetrvávat i dyslálie, vzácně i dysfázie.

3. Nedostatek mluvního kontaktu

Nedostatečná stimulace se projevuje jako výchovná zanedbanost. Přitom dítě má schopnosti naučit se mluvit přiměřeně. Děti trpící **citovou deprivací** uplatňují málo přirozenou zvědavost a potřebu napodobovat. Extrémní nedostatek mluvního kontaktu můžeme pozorovat na osudech dětí vychovaných zvířaty, které se ani při návratu do lidské společnosti nezbavily způsobů dosavadního života. Nedostatek mluvního kontaktu se projevuje i u dětí z kojeneckého ústavu, u kterých byl prokázán opožděný vývoj řeči, ale i vývoj sociálních vztahů.

4. Nadbytek péče o řeč

Je znakem příliš pečlivé výchovy. Dítěti je splněno naprosto vše i dopředu, takže má sice velkou pasivní slovní zásobu, ale chybí mu touha sdělovat. Je líné hovořit, něco si vyjednat, řeč je pro něj zbytečná. Rodina toto řeší obvykle zvýšenou péčí, takže mu kupuje množství knížek, dítěti vypráví, ale dítě pouze poslouchá.

5. Nedostatky ve zrakovém vnímání

Způsobí přechodně opožděný vývoj řeči.

6. Sluchové vnímání

Je-li sluch v nepořádku, má za následek nejen opožděný vývoj řeči, ale i podstatné zhoršení její kvality. Porucha je v oblasti CNS, charakterizuje se jako vrozená nebo v raném věku získaná neschopnost pamatovat si slova a rozumět jim (akustická dysgnozie).

7. Porucha intelektu

Porucha intelektu je vždy doprovázená opožděným a omezeným rozvojem řeči.

8. Autismus a autistické rysy

Opožděný vývoj řeči je v důsledku omezené schopnosti dítěte navazovat citové vztahy.

9. Citová nevyrovnanost

Když dítě je nejčastěji v důsledku LMD předrážděné nebo otupělé, nedovolí

mu soustředit se na řeč, kterou poslouchá, mluví méně a hůře než odpovídá jeho možnostem.

10. Vývojová dyspraxie celková nebo mluvní

Dítě z různé příčiny neposlouchají mluvidla. Příčinou může být potlačování přirozené laterality.

11. Vývojové vady mluvidel (rozštěpy)

Vývoj řeči nemohou sice zablokovat, ale pozdržet a ten se pak může podstatně lišit od normy.

Prevence a terapie

Nejdůležitější jsou dle Klenkové (2006) následující prevence opožděného vývoje řeči:

- poskytovat dobrý mluvní vzor, podněcovat dítě ke komunikaci, vtahovat je do rozhovoru hravou formou
- rozvíjet sluchové a zrakové vnímání a schopnost sluchové diferenciacce (rozlišování) například zpěv písní, napodobování různých zvuků
- rozvíjet rozumění řeči
- rozvíjet aktivní i pasivní slovní zásobu
- rozvíjet motoriku celého těla (hrubou, jemnou, mluvních orgánů)
- v rámci logopedického poradenství doporučit vhodný postup při správném vývoji psychomotorického a řečového vývoje (např. zařadit dítě do kolektivu)

Výskyt v populaci

V literatuře pro mě dostupné a doporučené i dalších zdrojích jsem tyto poznatky o výskytu opožděného vývoje řeči v populaci nezískala.

3.4 Poruchy článkování řeči

3.4.1 Dyslálie (patlavost)

Etiologie

Lechta a kol. (Terapie narušené komunikační schopnosti, 2005, s. 168) definuje dyslálii jako: „*Neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.*“

Podle Klenkové (1997) je nejrozšířenější poruchou řeči dětí i dospělých.

Při dyslálii (neboli patlavosti) rozlišujeme:

- **nesprávnou výslovnost**, která je vývojovým přechodným jevem
- **vadnou výslovnost** s výrazně patologickým charakterem od začátku jejího vývoje, nebo když přetrvává do období, kdy se upevňuje výslovnost, to je 7 let věku dítěte.

Příčiny vzniku (Klenková, 1997):

- nesprávný řečový vzor (výchovná zanedbanost dítěte, mazlivá řeč rodičů, šišláni na dítě, nedostatky ve výslovnosti sourozence, atd.)
- poruchy sluchu
- poruchy fonemického sluchu, tj. nedostatečná schopnost diferencovat (rozlišovat) jednotlivé hlásky a odlišovat je od zvukově deformovaných hlásek
- nedostatek citů (chudý a nesprávný projev, začínají mluvit později)
- poruchy CNS (LMD, mentální retardace)
- motorická neobratnost
- anomálie řečových orgánů (defekty chrupu, zkusy, přirostlá uzdička, rozštěp rtu)
- nesprávný postoj prostředí k mluvnímu projevu dítěte (napomínání, výsměch za jeho nesprávnou výslovnost)

Symptomy

Rozlišujeme (Klenková, 1997):

- dyslálii hláskovou (postihuje jednotlivé hlásky)
- dyslálii slabikovou (postihuje slabiky nebo skupiny hlásek)
- dyslálii slovní (postihuje celá slova)

Prevence

Správné mluvní vzory, klidné rodinné a školní prostředí, harmonický vývoj bez nátlaku na dítě. Rodinná a osobní anamnéza, vyšetření sluchu, vyšetření motoriky, laterality, sociálního prostředí, včasné rozpoznání příznaků a včasné zahájení nápravy (<http://www.jabok.cuni.cz/~ortova/dokumenty/logopedie/diagnozy.doc>).

Terapie

Péče o dyslaliky by měla probíhat již v předškolním věku. Terapie probíhá podle určitých zásad (Klenková, Logopedie, 2006, s.110):

- **zásada krátkodobého cvičení** (procvičovat výslovnost krátce, ale co nejčastěji)
- **zásada využití sluchové kontroly** (klade důraz na sluchové vnímání nově vytvořené hlásky)
- **zásada používání pomocných hlásek**, které umí dyslalik správně artikulovat (např. tdupka tdoubí – nácvik r)
- **zásada minimální akce** (cvičení provádět bez přehnaného úsilí a napětí mluvních orgánů, nejlépe nácvik šeptem)

Výskyt v populaci

Na začátku školní docházky se tato porucha komunikace v dětské populaci vyskytuje ve 30 %, to značí, že téměř každé třetí dítě má tuto vadu. Od devíti let se díky nápravě procento snižuje na 10. Tato porucha však přetrvává až do dospělosti u osmi procent populace, přičemž muži mají větší sklon k patlavosti než ženy (<http://www.zs-janskeho.cz/download.php?soubor=6>, http://www.ulsos.cz/pk_socialni/file.php?nid=6697&oid=1263918).

3.5 Poruchy zvuku řeči

3.5.1 Rinolálie (huhňavost)

„Je narušení komunikační schopnosti, která postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci” (Klenková, Logopedie, 2006, s. 130). Zvuk hlasu člověka během řeči je podmíněn individuální mírou jeho nazální (nosní) rezonance. Dojde-li k poškození nazálního mechanismu nebo vrozenými orgánovými poruchami, **naruší se rovnováha ústní a nosní rezonance**.

Etiologie

Hyponazalita je patologicky snížená nosovost, nedostatek podílu nazality na tvorbě hlasu. Klenková (2006) uvádí, že může jít o příčinu organickou (blokádu výdechového proudu vzduchu překážkou např. vybočení nosní přepážky, nosní polypy, rýma, zvětšená nosní mandle, nádor nosohltanu). **Zbytnělá nosní mandle** (adenoidní vegetace) - opakovanými záněty dochází k jejímu zbytnění od nejútlejšího věku. Je nejrozšířenější příčinou vzniku huhňavosti u dětí.

Hypernazalita je patologicky zvýšená nosovost. Vrozené příčiny vzniku jsou v narušeném vývoji měkkého patra zejména rozštěpy, zkrácené měkké patro, narušení vývoje svalstva měkkého patra atd.. K získaným příčinám patří organické onemocnění nebo úraz, v jehož důsledku vznikne obrna měkkého patra.

Symptomy

Projevuje se změnou rezonance zvuku hlásek při artikulaci.

Terapie

Podílí se na ní pediatr, foniatr, logoped.

U hyponazality po odstranění příčiny huhňavosti (operativním zákroku apod.) se provádí nácvik dýchání nosem v klidu i při pohybu, dále správný nácvik artikulace nosovek, jejich užití ve slabikách, slovech, ve spontánní řeči.

U hypernazality se provádí cvičení na zlepšení směru výdechového proudu vzduchu, usměrňování proudu vzduchu (Klenková, 2006).

Výskyt v populaci

V literatuře se uvádí 18 % výskyt této poruchy komunikace u dětí předškolního a mladšího školního věku. Po chirurgickém odstranění nosní mandle dojde obvykle k jejímu napravení (Naše řeč, Svazek 78, 1995).

3.5.2 Palatolálie

Klenková (Kapitoly z logopedie II a III, 1998, s. 63) uvádí tuto definici: „*Palatolálie (z latin. palatum – patro) je vada řeči, která vzniká na základě vrozeného rozštěpu patra, popřípadě rozštěpu rtu a patra. Palatolálie je důsledkem orgánového defektu hlavně patrohltanového závěru, což se promítá do vývoje řeči. Je to vada vývojová, řeč se vyvíjí na vývojově vadném základě. Jde o jednu z nejtěžších a nejnápadnějších poruch komunikačních schopností.*“

Etiologie

Jedná se o vrozenou orgánovou anomálii, která postihuje pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní nebo patrohltanový uzávěr. Jedná se o rozštěpy. **Orofaciální** (ústní, obličejové) **rozštěpy** jsou těžké vady střední třetiny obličeje, projevující se chyběním nebo deformací měkkých i kostních tkání. Způsobují funkční i nápadné estetické nedostatky. Příčiny vzniku rozštěpu nejsou dosud objasněny. Můžeme je označit za endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Působí však v těsné souvislosti, oddělit je není možné. V době prenatalního vývoje to může být vliv prostředí, genetické poruchy, které se však mohou připsat vlivu prostředí (působením záření, chemickou intoxikací, vlivem virů apod. dochází ke změnám v genech, některé chromozomální vady mohou být zapříčiněny vyšším věkem matky). K embryopatii (poškození embrya v prvním trimestru) dojde například působením záření nebo viry, které pronikají matčinou ochranou bariérou. Z **endogenních příčin** je nejčastěji uváděná **dědičnost**, jejíž podíl na vzniku rozštěpu je značný, ale není dosud přesně známo, jaké okolnosti vedou k projevu vrozené dispozice u každého konkrétního případu (Klenková, 1998).

Symptomy

Mašura (in Klenková 1998) uvádí čtyři hlavní rysy palatolálie:

1. otevřená huhňavost
2. nesprávná artikulace
3. porucha mimiky
4. poruchy sluchu - podle Seemana 1955 se přidává
5. opožděný vývoj řeči
6. porucha rezonance, artikulace a srozumitelnosti řeči

Prevence

Předcházet psychosociálním problémům, vyšetření genetiky, zdravé životní prostředí.

Terapie

- **Pediatrická péče** zajišťuje léčbu od narození dítěte, snaží se o příznivý vývoj dítěte. Pediatr se snaží dítěti zajistit zdravý životní režim, úzce spolupracuje s matkou dítěte a s rodinou. Naučí matku krmit dítě, které má poruchu sání, seznámí ji s náhradními formami krmení dítěte.
- **Chirurgická péče** zajišťuje plastická chirurgie. Upraví jeho řečové orgány tak, aby byly schopny normální funkce, ale má také upravit estetický vzhled pacienta.
- **Ortodontická péče** stimuluje růst postižené čelisti: koriguje postavení čelistí, zubů apod..
- **Foniatrická péče** zkoumá řeč a léčí ji z pohledu medicínského, v době předoperační i pooperační. Cílem foniatrické péče je vytvořit funkčně dokonalý mechanismus, správnou artikulaci, rezonanci a čistý vyvážený hlas.
- **Logopedická péče** se zahájí ihned, jak je dítě schopno spolupracovat s logopedem. Volí vždy individuální přístup. Využívá cvičení ke zlepšení rezonance a artikulace (Klenková, 1998).

Výskyt v populaci

Podle A. Kerekrétiové (2008) se za posledních 30 let výskyt vrozených vývojových malformací ztrojnásobil, představuje 5 % až 6 % výskytu v celkové populaci. Orofaciální rozštěpy jsou na 9. místě. Na 500 až 600 živě narozených dětí je jedno dítě s rozštěpem.

3.6 Porucha plynulosti řeči

3.6.1 Kocktavost (balbuties)

Lechta a kol. (Terapie narušené narušené komunikační schopnosti, 2005, s.239) vymezuje tuto definici kocktavosti: *„Kocktavost je syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickým pauzami, narušujícími plynulost procesu mluvení, a tím působícími rušivě s ohledem na komunikační záměr. Je to multifaktoriální syndrom se složitou symptomatikou, která je obvykle následkem řady parciálních, vzájemně se prolínajících a recipročně i souhrnně reagujících příčin.“*

Etiologie

Klenková (2006) uvádí Lechty (2003), že z hlediska etiologie existuje několik typů kocktavosti:

1. Orgánově podmíněné poruchy plynulosti řeči
2. Sekundární neurotické projevy, které vznikají na bázi orgánového poškození
3. Dysfluencí (kocktání) vznikající už prvotně jako neuróza

Nejčastější příčiny (Klenková, 2006):

- Dědičnost (vliv se odhaduje na 40% - 60% z kocktavých)
- Negativní vlivy sociálního prostředí (dlouhotrvající neurotizace v domácím nebo školním prostředí, zaměstnání)
- Psychotraumata (například nepřiměřený úlek)

- Napodobování (například – dítě se posmívá koktavému)
- Orgánové příčiny
- Poruchy metabolismu, vegetativní labilita, řečová slabost
- Narušená sluchová zpětná vazba

Symptomy

Nejnápadnějším projevem je podle Klenkové (2006) nedobrovolné přerušování toku mluvy. Koktavost se však neprojevuje jediným příznakem, ale souborem příznaků – syndromem. Představuje komplexní syndrom, který lze pozorovat ve všech čtyřech jazykových rovinách:

- Foneticko-fonologické (obtíže s artikulací)
- Lexikálně-sémantické (parafráze)
- Morfologicko-syntaktické (usiluje o co nejkratší věty)
- Pragmatické (snaží se vyhnout verbální komunikaci)

Příznaky řeči:

Dýchání – je přerývané, nepravidelné, povrchní, objevují se dýchací spazmy (křeč).

Fonace – spazmy na hlasivkových vazech mají za následek tvrdý hlasový začátek, nefyziologický způsob tvorby hlasu, někdy není z důvodů spasmů balbutik schopen hlas vytvořit.

Artikulace – neprojevuje se vadná výslovnost, ale průběh artikulace je narušen křečemi na začátku slov a vět.

Koktavost zasahuje celou osobnost, především ve složce sebevědomí, mezilidského chování a emotivity. Nejtěžší jsou neurotické příznaky, nejtypičtější je **logofobie** (strach z komunikace). Koktavost bývá spojena s jinou neurózou (například úzkostnou psychoneurózou, enurézou – pomočování, tiky, hysterii, depresivní neurózou).

V písemném projevu u balbutiků zaznamenáváme ztížený začátek psaní, narušení

plynulosti vedení čáry, opakování slabik (bababička), přepisování, škrtnání, vynechávání písmen.

Z tělesných projevů jsou to změněná frekvence pulzů, zvýšený krevní tlak, poruchy metabolismu, nespavost, zvýšená unavitelnost.

Prevence

Je třeba znát a respektovat **základní etapy vývoje** i metody, kterými lze řídit fyziologický vývoj řeči. Musíme respektovat možnosti dítěte, klást na ně **přiměřené nároky**. Důležitý je **mluvní vzor**: dítě snadno okouká rychlé tempo řeči, techniku dýchání. Svůj významný díl má **rytmizace** a **pohyb**, který se dítě učí v básních a písních. Tělo má snahu rytmizovat všechny činnosti (dýchání, chůze), protože to usnadňuje situaci (Kutálková, 1999).

Terapie

V současné době je podle Klenkové (2006) známo 250 postupů odstraňování koktavosti. Dělí se na terapeutické metody:

- Medicínské
- Mechanické
- Cvičné
- Psychologické
- Komplexní specifické

Výskyt v populaci

„Koktavých dětí je podle Alžběty Peutelschmiedové, naší významné odbornice na problematiku koktavosti, (1994) cca 1,5 – 4 % (podle různých statistik v různých zemích), v dospělosti trpí koktavostí cca 1% populace” (Beníšková: První třídou bez pláče, 2007, s. 134).

3.6.2 Breptavost (tumultus sermonis)

Klenková uvádí definici Zbigniewa Tarkowského (Logopedie, 2006, s. 170): „*Jde o narušení komunikační schopnosti charakteristické tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.*”

Etiologie

Dědičnost - jedná se o centrální poruchy řeči. Někteří autoři se domnívají (Seeman), že příčinou jsou minimální poškození mozku lokalizovaná v podkorové oblasti.

Symptomy

Desorganizace myšlení, bezobsažná řeč, neuvědomování si problému, nesprávné věty, chudá skladba, rychlé tempo řeči, opakování hlásek, slabik, slov a vět, chybná artikulace, nepravidelné tempo řeči, prodlužování hlásek, monotónní řeč (Klenková, 2006).

Prevence

Jako prevenci můžeme uvést správný řečový vzor a vhodné sociální prostředí.

Terapie

Nejpodstatnějším úkolem logopeda je podle Klenkové (2006) obnovit či vytvořit akustickou a motorickou zpětnou vazbu, aby se dotyčná osoba sama slyšela (jeho řečový projev nahrajeme, nejlépe na kameru), svůj stav si uvědomila a dokázala korigovat svůj řečový projev. Breptavý se učí správně dýchat, jasně artikulovat, upravovat tempo a rytmus řeči, tlumit její rychlost.

Výskyt v populaci

Z dostupné a doporučené literatury i dalších zdrojů jsem tyto poznatky o výskytu breptavosti v populaci nezískala.

3.7 Poruchy hlasu

Klenková (Logopedie, 2006, s. 175) se odvolává na Logopedický slovník (Dvořák, 2001, s. 77), kde se vymezuje **hlas** jako „zvukový prostředek lidské komunikace“.

Hlas je zvuk, který vzniká průchodem hrtanového tónu vzniklého na hlasivkách rezonančními dutinami nad hrtanem. Oborem, který se specializuje na hlas a jeho poruchy je **foniatrie**.

Etiologie

Příčiny poruch hlasu Klenková (2006) rozděluje do 5 skupin:

- 1. Vnitřní příčiny** - méněcennost sliznice dýchacího orgánu dědičně podmíněná, vrozené asymetrie hrtanu, nadměrná intenzita hlasu podmíněná typem vyšší nervové činnosti apod..
- 2. Vnější příčiny** - špatná hlasová technika převzatá od nesprávných vzorů nebo vynucená hlučným prostředím, nutnost mluvit či zpívat v nepřiměřené poloze a nadměrně silně, opakující se záněty a alergie, dráždění exhaláty a prachem.
- 3. Organové příčiny** - onemocnění hlasového ústrojí (záněty hrtanu, záněty dýchacích cest, nádory, poranění při úrazech i pooperačních výkonech, hormonální změny – štítná žláza, kouření apod.).
- 4. Funkční příčiny** – narušená funkce hlasového ústrojí v důsledku přemáhání hlasového orgánu. V důsledku nepřiměřeného hlasového projevu u dětí může vzniknout hyperkinetická **dysfonie** projevující se chrapotem.

Afonie je úplná ztráta hlasu.

- 5. Psychogenní příčiny** – představují psychogenní dysfonie a afonie (na hlasivkách není patologický nález).

Spastická dysfonie – je způsobena křečí hlasivek.

Fonastenie – u profesionálů při nadměrném hlasovém zatížení.

Symptomy

Jsou chrapot a nemluvnost.

Prevence

Prevenčí je péče o hlas, hlasová hygiena. Dále Klenková (2006) uvádí, že je to soubor zásad, které vychází ze znalostí anatomie a fyziologie hlasového ústrojí a z praktických zkušeností. Hlasovou hygienu je třeba naučit děti, pokud jejich hlas není porušený. Základem je otužování, upevňování nervového systému a správná životospráva, dostatek spánku, správně rozvržený režim pracovního dne, aktivní odpočinek, strava a pitný režim.

Terapie

Léčba hlasových poruch je věcí lékařskou – foniatrie, otorinolaryngologie. Po léčbě následují hlasová cvičení.

Výskyt v populaci

Lechta (2003) uvádí, že údaje týkající se výskytu u různých autorů se velice liší, pohybují se od několika až po 20 a více procent. Zmiňuje se o názoru McWilliamsové (1990), podle ní je výskyt poruch hlasu u dětí 6 až 7 % a u dospělých 5 až 7 %.

4. Symptomatické poruchy řeči u dětí

U této poruchy se zmiňuji pouze o dvou základních poruchách, poněvadž jiné nebyly respondenty ve sledovaném vzorku označeny.

Klenková (Logopedie 2006, s. 184) definuje: „*symptomatické poruchy řeči jako narušení komunikační schopnosti provázející jiné dominantní postižení, nemoc, poruchu.*“

Etiologie

Příčiny Klenková (2006) rozděluje takto:

1. Primární příčina (např. **dědičnost**); hluchota jako dominantní postižení je provázena kromě jiných postižení také narušenou komunikační schopností, symptomatickou poruchou řeči.
2. Primární příčina (např. **orgánové poškození mozku**); má za následek mentální retardaci jako dominantní postižení se sekundárně narušenou komunikační schopností.
3. Dvě i více primárních příčin působí negativně na komunikační schopnost jednotlivce (např. slepota způsobí verbalizmus současně však například negativní vliv prostředí ovlivní také nepříznivě rozvoj komunikačních schopností.

4.1 Poruchy komunikace u dětí s ADHD

Podle Drtilové a Koukolíka (1994) je ADHD novější označení pro dříve používanou Lehkou mozkovou dysfunkci (LMD).

Syndrom ADHD z anglického Attention Deficit – Hyperactivity Disorder se do češtiny převádí pojmem **porucha pozornosti s hyperaktivitou**.

Je to velmi častá změna chování, odhaduje se, že postihuje 1 % až 5 % školních dětí. Začíná se projevovat obvykle v předškolním věku.

Nejčastější příznaky podle Drtilové a Koukolíka (1994):

- **Nadměrná aktivita**

Dítě neposedí, pobíhá, je neklidné. Nevydrží ve školní lavici. Domluvy, sliby, odměny ani tresty nepomáhají. Stav se spíše zhoršuje.

- **Poruchy vnímání ve vztahu k pohybu**

Děti mají nepřesnou pohybovou reakci na smyslový podnět, jsou nešikovné, nesoustředěné. Na mnohé lidi působí, jako zlomyslná provokace.

- **Citová nevyváženost**

Rychle přechází z dobré nálady do smutku, rozmrzelosti, podrážděnosti, útočnosti a zpět do dobré nálady.

- **Poruchy rovnováhy chování**

Nevyvážené neharmonické chování, šaškují, kladou nesouvisející otázky. Často ruší ostatní děti při hře a učení, ztrácí školní potřeby, součásti oděvů, hodně a hlasitě mluví atd..

- **Poruchy pozornosti**

Dítě neudrží pozornost, skáče z předmětu na předmět, z tématu na téma, od činnosti k činnosti. Hra je nesoustředěná, roztržitá. Seběmenší narušení je rozptyluje, u ničeho nevydrží.

- **Impulzivita**

Bezhlavě, zbrkle, okamžitě a často nepřiměřeně reagují na podněty, které je vyvádějí z míry.

- **Poruchy paměti a myšlení**

Na okolí dělají dojem schválnosti, případně pomatenosti.

- **Vývojové poruchy učení**

Objevují se poruchy čtení, psaní, počítání i hláskování, v různých kombinacích a stupních. Vývojové poruchy učení postihují asi čtvrtinu dětí s ADHD.

Kutálková v knize Slovo za slovem (1992) uvádí v kapitole LMD a řeč, že jedním z příznaků poruchy komunikace je **opožděný vývoj řeči a dysfázie**. Nejznámější, které komplikují život školákům, je **dyslexie** (neschopnost naučit se běžnými metodami číst), **dyskalkulie** (počítat), **dysgrafie** (psaní), což jsou **specifické poruchy učení** (SPU). Přestože děti s těmito poruchami mají normální nadání, školní výsledky neodpovídají vynaložené námaze. Dítě má ve škole opakované neúspěchy, rodiče nešetří výčitkami a tresty, dítě se ještě více učí, je přetěžováno.

Vzniku LMD můžeme jen těžko zabránit, ale můžeme dle Kutálkové (1992) ovlivnit její důsledky. Pro rozvoj řeči a úpravu výslovnosti, ale i obecně platí tyto zásady:

1. Chválit nejen výkon, ale i snahu.
2. Nepřipustit, aby se dítě naučilo něco špatně. Špatný návyk si dítě uloží do paměti a velmi obtížně se ho zbavuje.
3. Pozornost dítěte s LMD je velmi nestálá, proto pokud možno odstraníme všechny rušivé vlivy.
4. S dítětem pracujeme sice často, ale krátkodobě. Nutná je dobrá příprava, protože dítě ztrácí rychle pozornost. Střídáme různé postupy, zapojujeme do činnosti více smyslů (sluch, zrak, hmat).
5. Využijeme zájem dítěte, nenutíme je k činnosti, kterou odmítá.
6. Je-li dítě neklidné, nenutíme ho sedět, úkol lze splnit i ve stoje nebo v kleče a sedne si až k psaní. Na klidné sezení vyčerpá dítě všechnu svou energii a na ostatní mu už nezbývá.
7. Postupné zrání nervové soustavy způsobí, že problémů bude ubývat, kolem desátého roku obtíže většinou vymizí, proto je důležitá trpělivá výchova.

4.2 Řeč dětí s poruchami učení

„Řeč má složku receptivní (vnímání řeči), centrální (porozumění řeči) a expresivní (vyjadřování). Obtíže ve vnímání a porozumění řeči bývají mnohdy nesprávně hodnoceny jako nepozornost, nezájem, nesoustředění. Dítě nepřesně vnímá

pokyny, výklad učitele. Následkem toho nesprávně reaguje. Řada zahraničních autorů prokázala, že neschopnost přesně porozumět mluvené řeči se vyskytuje u dětí s LMD i s poruchami učení poměrně často“ (Zelinková: Poruchy učení, 1994, s. 138).

Již v předškolním věku Zelinková (1994) uvádí, že většina dětí je schopna hovořit gramaticky správně. K této správnosti se vztahuje tzv. **jazykový cit**. U dyslektiků je na nižší úrovni, opoždění činí cca dva roky. Jazykový cit má také souvislost s rychlostí čtení i s prospěchem v českém jazyce. Lze ho rozvíjet následně cvičením (např. Co je správně? tvou maminka, tvá maminka, tvé maminka apod.) .

Zjistí-li se u dítěte před nástupem do školy v této složce řeči obtíže, pravděpodobně se u něj projeví porucha čtení a spaní. Jedná se nejen o řeč psanou, ale i mluvenou. Obě souvisí s odchylkami v řečových centrech mozkové hemisféry.

Zásady podle Zelinkové (1994) pro rozvíjení řeči dyslektiků a dysgrafiků:

- Správný mluvní vzor učitele
- Důraz na klidnou a plynulou řeč
- Cvičení jemné motoriky a motoriky mluvidel (pohyblivosti jazyka, rtů, čelistí)
- Cvičení sluchového vnímání
- Hry, které dítě motivují ke správné výslovnosti (na herce v divadle, na zpěváka, na telefonování atd.)
- Dechová cvičení (cvičíme správné dýchání, správné hospodaření s dechem)
- Rozvíjíme obsahovou stránku řeči (vyhledáváním protikladů, pojmů nadřazených, podřízených)
- Zpřesňování významů slov (vyprávění podle obrázků, vyhledávání slov začínající danou slabikou, tvoření slov skládáním – předponami a příponami, vyhledávání slov příbuzných, uvědomování si slovních druhů)
- Nácvičení naslouchání dospělých i spolužáků (pro život dítěte je totiž důležité nejen mluvit, formulovat své myšlenky, ale i naslouchat druhému a vést dialog)

5. Zásady pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu (IVP)

Vychází z Vyhlášky číslo 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Individuální vzdělávací plán

Se stanoví v případě potřeby pro individuálně integrovaného, zdravotně znevýhodněného žáka, případně pro žáka skupinově integrovaného, nebo žáka speciální školy.

IVP vychází:

- ze školního vzdělávacího programu příslušné školy
- ze závěru speciálně pedagogického vyšetření
- z doporučení odborného lékaře
- z vyjádření zákonného zástupce žáka

IVP je **závazným dokumentem** pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Je součástí dokumentace žáka.

Obsah IVP

- údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi, včetně zdůvodnění
- údaje o cíli vzdělávání, časové a obsahové rozvržení učiva, případně prodloužení vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení
- potřebu dalšího pedagogického pracovníka (asistenta pedagoga) nebo další osoby podílející se na práci se žákem
- seznam kompenzačních, učebních a rehabilitačních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku
- jméno pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka
- návrh na snížení počtu žáků ve třídě, kde se žák vzdělává

- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků
- závěry pedagogicko psychologických vyšetření

IVP je vypracován před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po jeho nástupu nebo po zjištění jeho potřeb. Může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku dle potřeby. Za zpracování IVP odpovídá **ředitel školy**. Seznámí s IVP zákonného zástupce žáka a dbá na součinnost poradenského zařízení a zákonného zástupce žáka.

Školské poradenské zařízení sleduje a 2x ročně vyhodnocuje dodržování postupů a opatření stanovených IVP. Poskytuje škole odbornou pomoc.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Cíl výzkumné sondy

Cílem zkoumaného vzorku bylo zjistit postavení žáků s poruchou komunikace zařazených do hlavního vzdělávacího proudu v kolektivu spolužáků z pohledu vyučujícího.

Dále jsem sondou zjišťovala, do jaké míry má porucha komunikace vliv na školní úspěšnost žáka, jak je zajištěna terapie (náprava) jeho handicapu, pracuje-li pravidelně s logopedem nebo asistentem logopeda, zda je těmto žákům věnována náležitá pozornost v době vyučování (individuální přístup), pracují-li podle individuálního vzdělávacího plánu.

7. Charakteristika šetřeného vzorku

Vzorek byl zkoumán na 1. stupni (1. až 5. ročník) v základních školách sídlištního typu ve velkém městě a v jedné škole v menšího města. Školy jsem vybrala podle osobní známosti s ředitelem nebo pedagogy na 1. stupni. Na tyto školy jsem osobně předala 72 dotazníků. Respondenty se stali učitelé těchto základních škol. Vyplněných dotazníků se mi vrátilo 31. Hodnocení vychází ze vzorku 31 dotazníků vyučujících, v jejichž třídě se vyskutují žáci s poruchou komunikace.

Ve zkoumaném vzorku se vyskytly tyto poruchy komunikace:

- rinolálie
- dyslálie
- opožděný vývoj řeči
- palatolálie (rozštěp patra)
- koktavost
- poruchy hlasu
- breptavost
- symptomatické poruchy řeči

Šetření jsem prováděla v těchto základních školách:

Tabulka 1: Základní školy, které byly podrobeny šetření, s počty vyplněných dotazníků

ADRESA ŠKOLY	POČET
Základní škola Benešova v Třebíči	5
Základní škola kpt. Jaroše v Třebíči	6
Základní škola Bartušková v Třebíči	8
Základní škola Horka-Domky, Václavské nám. v Třebíči	4
Základní škola Otokara Březiny v Jaroměřicích na Rokytou	8
CELKEM	31

8. Metody a metodika šetření

Při zkoumání dané problematiky bylo použito dotazníkové metody. Při sestavování dotazníků pro pedagogy jsem vycházela z dostupných informací týkajících se tématu.

Dotazník sestavený pro pedagogy obsahuje 17 otázek, z nichž většina nabízí zakroužkování jedné nebo několika uzavřených odpovědí.

Dotazníky jsem osobně předala ve dvou školách ředitelům, kterým jsem sdělila potřebné informace k vyplnění. Na třech školách jsem předala dotazníky učitelkám 1. stupně, rovněž s potřebnými informacemi k vyplnění. Ředitelé i učitelky zajistili předání dotazníků všem pedagogům 1. stupně.

Dotazníková šetření mi přinesla údaje o postavení žáků s poruchou komunikace v kolektivu vrstevníků.

9. Stanovené hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že na 1. stupni základní školy běžného typu mají žáci s poruchou komunikace problém začlenit se do kolektivu, jsou spolužáky odsouváni na vedlejší pozici.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že z pohledu třídního učitele má porucha komunikace vliv na školní úspěšnost žáka.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že žáci, kteří mají odborníkem zjištěnou poruchu komunikace se vzdělávají podle IVP. Učitelé k těmto žákům uplatňují individuální přístup.

10. Výsledky šetření a jejich interpretace

10.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření – pedagogové 1. stupně základních škol hlavního vzdělávacího proudu

Pro zjištění postavení žáka s vadou komunikace, zajištění terapie a kompenzace jejich postižení logopedem, práce podle individuálního vzdělávacího plánu a individuální přístup pedagoga bylo použito dotazníkového šetření. Osobně jsem roznesla 72 dotazníků do pěti předem vytypovaných základních škol. Návratnost byla 31 dotazníků ze všech pěti škol dohromady. Dotazník vyplnili pouze ti pedagogové, v jejichž třídách se poruchy komunikace vyskytují. Šetřený vzorek tedy počítá s 31 vyplněnými dotazníky.

OTÁZKA č. 1: V kterém ročníku nyní učíte?

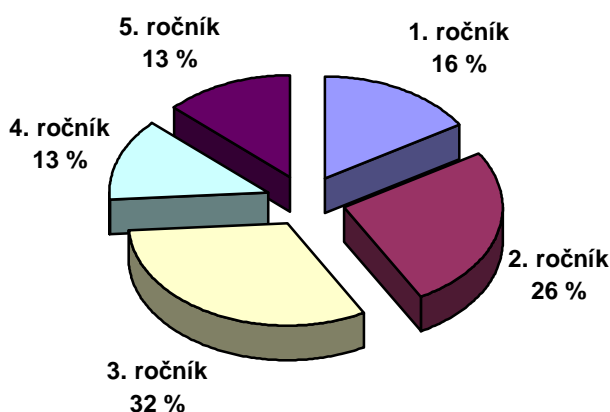
Tabulka 2: Počet tříd v daném ročníku s výskytem poruchy komunikace

VYUČOVACÍ ROČNÍK	POČET TŘÍD	%
1.	5	16
2.	8	26
3.	10	32
4.	4	13
5.	4	13
CELKEM	31	100

Zkoumaný vzorek obsahuje 5 tříd prvního ročníku, 8 tříd druhého ročníku, 10 tříd třetího ročníku, 4 třídy čtvrtého ročníku a 4 třídy pátého ročníku. Celkem 31 tříd v 5 základních školách hlavního vzdělávacího proudu. Čtyři školy jsou sídlištní většího města. Děti s poruchou komunikace jsou integrovány v běžných třídách, avšak odborné konzultace ve třídách většinou zajišťuje speciální pedagog. Jedna škola je v menším městě, děti sem dojíždí z venkova, i zde odbornou konzultaci při práci s integrovanými dětmi s poruchou komunikace zajišťuje speciální pedagog.

Nejvíce dětí s poruchou komunikace vykazují pedagogové sledovaného vzorku ve třídách třetího ročníku a to celkem v deseti. Druhou příčku obsazují třídy druhého ročníku – celkem osm tříd ze sledovaných pěti škol, kde se vyskytují žáci s poruchou komunikace. Následují třídy prvního ročníku - celkem v pěti třídách vykazují pedagogové poruchy komunikace u žáků. Čtvrtý ročník vykazuje čtyři třídy a pátý ročník rovněž čtyři třídy, kde jsou žáci s poruchou komunikace.

Graf č. 1: Počet tříd v daném ročníku s výskytem poruchy komunikace procentuálně



Jak ukazuje graf, největší procento počtu tříd s výskytem poruchy komunikace (32 %) je ve třetích ročnících. Dále je 26 % výskytu tříd s poruchy komunikace ve druhých ročnících. 16 % je v prvních ročnících. Po 13 % představují čtvrté a páté ročníky.

OTÁZKA č. 2: Kolik je ve Vaší třídě žáků?

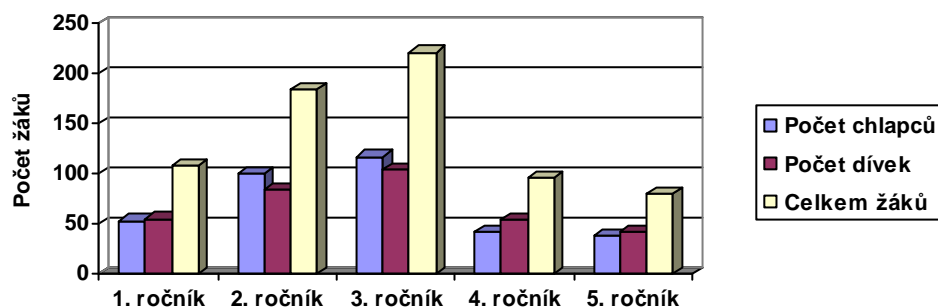
Tabulka 3: Počet všech žáků v ročníku, kde se ve třídách vyskytují poruchy komunikace

ROČNÍK	POČET CHLAPCŮ	POČET DÍVEK	CELKEM ŽÁKŮ V ROČNÍKU
1.	53	55	108
2.	100	84	184
3.	117	104	221
4.	42	54	96
5.	38	42	80
CELKEM	350	339	689

V 1. ročnících je ve sledovaných třídách celkem 108 žáků, z toho 53 chlapců a 55 dívek. Ve 2. ročnících je ve sledovaných třídách celkem 184 žáků - 100 chlapců a 84 dívek. 3. ročníky představovaly 221 žáků – chlapci 117 a dívek bylo 104. Ve 4. třídách bylo celkem 96 žáků, z toho 42 chlapců a 54 dívek. V 5. ročnících bylo celkem 80 žáků, z toho 38 chlapců a 42 dívek. V celkovém součtu je ve sledovaných třídách 1. stupně celkem 350 chlapců, 339 dívek. Celkový počet žáků na 1. stupni ve sledovaných třídách je 689 žáků.

Je zajímavé, že nejvíce žáků, tedy ve třídách, kde se vyskytuje porucha komunikace je ve třetích ročnících, následuje ročník druhý. Nejméně žáků je v pátých ročnících.

Graf č. 2: Počet všech žáků v ročníku, kde se ve třídách vyskytují poruchy komunikace



Z grafu je patrné, že nejvíce žáků je ve třetích ročnících celkem 221, z toho 117 chlapců a 104 dívek. Druhé ročníky počítají se vzorkem s celkovým počtem 184 žáků, z toho 100 chlapců a 84 dívek. Počet všech žáků v prvních ročnících je 108, z toho 53 chlapců a 55 dívek. Ve čtvrtých ročnících znázorňuje graf celkem 96 žáků, z toho 42 chlapců a 54 dívek. Páté ročníky počítají se vzorkem 80 žáků (38 chlapců, 42 dívek).

OTÁZKA č. 3: Kolik žáků má poruchu komunikace zjištěnou odborníkem?

Tabulka 4: Počet žáků s poruchou komunikace zjištěnou odborníkem

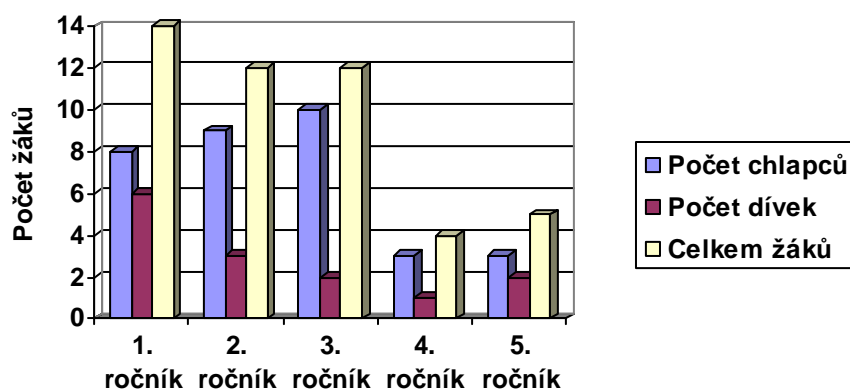
ROČNÍK	POČET CHLAPCŮ	POČET DÍVEK	CELKEM ŽÁKŮ V ROČNÍKU
1.	8	6	14
2.	9	3	12
3.	10	2	12
4.	4	1	5
5.	2	2	4
CELKEM	33	14	47

Tato tabulka nabízí počet žáků s poruchami komunikace v jednotlivých ročnících, kteří mají poruchu komunikace zjištěnou odborníkem. Pokud odborník zjistí vadu řeči u dítěte, domnívám se, že ho automaticky zařadí do své terapeutické péče, kam dítě dochází pravidelně s rodiči.

V prvních ročnících respondenti uvedli 14 dětí, ve druhých ročnících je sledováno 12 žáků. Ve třetích ročnících také 12 žáků. Čtvrté ročníky mají 4 žáky a páté ročníky mají 5 dětí s poruchou komunikace.

Dalo by se předpokládat, že nejvíce žáků bude v prvních ročnících, což náš vzorek potvrdil. Nejméně žáků se nachází ve sledovaných školách v pátém ročníku.

Graf č. 3: Počet žáků s poruchou komunikace zjištěnou odborníkem



Na tomto grafu je vidět celkový počet žáků s poruchou komunikace v prvních ročnících (14), z toho chlapců 8 a dívek 6. V druhých ročnících je celkem 12 žáků, z toho 9 chlapců a 3 dívky. Ve třetích ročnících je rovněž 12 žáků (10 chlapců, 2 dívky). Ve čtvrtých ročnících je 5 žáků (4 chlapci, 1 dívka). V pátých ročnících jsou celkem 4 žáci s poruchou komunikace zjištěnou odborníkem (2 chlapci a 2 dívky).

Tabulka 5: Početní a procentuální porovnání žáků s poruchou komunikace a ostatních žáků v ročnících

ROČNÍK	CELKEM ŽÁKŮ	CELKEM ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE	CELKEM ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE V %
1.	108	14	13
2.	184	12	7
3.	221	12	5
4.	96	5	5
5.	80	4	5

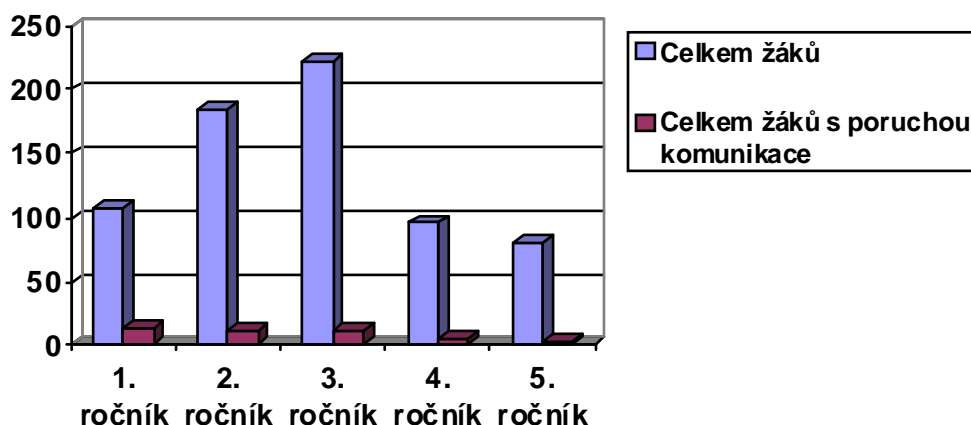
V tabulce je zřetelný údaj, že největší procento dětí s poruchami komunikace je v prvních ročnících. Jedná se zejména o opožděný vývoj řeči a dyslálii. Dále se zde vyskytuje symptomatická porucha komunikace doprovázející ADHD a poruchu učení.

Ve druhém ročníku je zřetelné snížení vlivem terapie náprava těchto poruch.

Třetí, čtvrtý a pátý ročník ukazuje ve zkoumaném vzorku stejné procento žáků s poruchou komunikace. Porovnáme-li první až páté ročníky, vidíme zřetelné snížení ze 13% na 5%, což svědčí, že žáci s poruchou komunikace jsou pravidelně logopedicky

reedukování. Rozhodující vliv má také vyšší věk dětí a s tím související zrání psychické i osobnostní.

Graf č. 4: Porovnání počtu zdravých dětí s dětmi s poruchou komunikace



Na tomto grafu je jasně vidět, že v prvních ročnících je největší zastoupení žáků s poruchou komunikace ve sledovaném vzorku. Ze 108 dětí je 14 s poruchou komunikace. Ve druhých ročnících je ze 184 dětí 12 s narušenou komunikační schopností. Ve třetích ročnících ze zkoumaného vzorku 221 žáků je 12 s poruchou komunikace. Ve čtvrtých ročnících je ze zkoumaného vzorku 96 žáků 5 z poruchou komunikace a v pátých ročnících z 80 žáků 4 z poruchou komunikace.

OTÁZKA č. 4: Pracuje s těmito dětmi ve škole pravidelně logoped (asistent logopeda)?

Tabulka 6: Logopedická péče u dětí s poruchou komunikace ve škole

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	10	30
ne	13	40
nepřavidelně	1	3
nevím	0	0
logopedická péče je mimo školu	9	27
CELKEM ODPOVĚDÍ	33	100

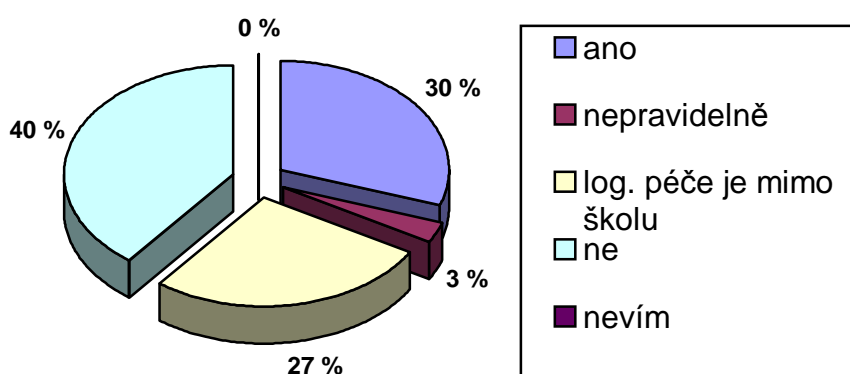
Počet odpovědí na tuto otázku bylo 33, přičemž 3 respondenti odpověď nezaškrtnli, pět zaškrtnlo dvě možnosti. 10 odpovědí představuje „ano“, nikoli však počet dětí, ale

tříd, kde s dětmi pravidelně pracuje ve škole logoped, případně asistent logopeda. Ve 13 případech zněla odpověď, že nepracuje. V jedné třídě pracuje nepravidelně, v devíti případech odpovědí je pro děti těchto tříd zajišťována logopedická péče mimo školu. Odpověď „nevím“ zaškrtnulo 0 respondentů.

Z uvedeného vyplývá, že péče o děti s narušenou komunikační schopností ve škole je slabě podprůměrná. Náprava narušené komunikace mimo školu zajišťuje pro děti kvalitní péči, především v ordinacích klinických logopedů. U odpovědi „nevím“ je hodnota 0, z čehož dedukuji, že pedagogové jsou o individuálních zvláštlostech svých žáků dobře informováni. Při odpovědi „nepravidelně“ vyvozují, že ke klinickému logopedovi je dítě doprovázeno nepravidelně z důvodů nezájmu, nebo pracovní vytíženosti rodičů.

Z dostupné literatury a zjištěných skutečností vyvozují svůj názor, že logopedická péče má přímou vazbu na vzdělávací proces ve škole. Pokud dítě s poruchou komunikace není dostatečně reedukováno, nemůže náročné úkoly kladené na něj při výuce zvládnout. Z toho vyplývá, že zvládnutí řečových dovedností a mateřského jazyka úzce souvisí s školní úspěšností žáků. Nedostatky v rozvoji řeči se pak mohou projevat nejenom v řeči mluvené, ale také v porozumění řeči a v užívání její psané podoby, to je jak psaní, tak čtení. Proto za nezbytné považují, aby na každé škole působil speciální pedagog – logoped, který bude nápravu komunikace u všech dětí, které to potřebují zabezpečovat.

Graf č. 5: Logopedická péče u dětí s poruchou komunikace ve škole



Z uvedeného procentního grafu vyplývá, že nejvíce odpovědí „ne“ označilo 40 % respondentů. Odpověď „ano“ uvedlo 30 % pedagogů. 27 % uvedlo, že dostupná logopedická péče pro nápravu řeči a rozvoj komunikace je mimo školu. Odpověď

„nepravidelně“ uvedlo 3 % respondentů, kteří se domnívají, že děti navštěvují logopeda pouze občas. Odpověď „nevím“ označilo 0 % respondentů.

OTÁZKA č. 5: Kolik žáků podle Vás má poruchu komunikace bez odborné péče?

Tabulka 7: Žáci s poruchou komunikace bez odborné péče z pohledu pedagoga

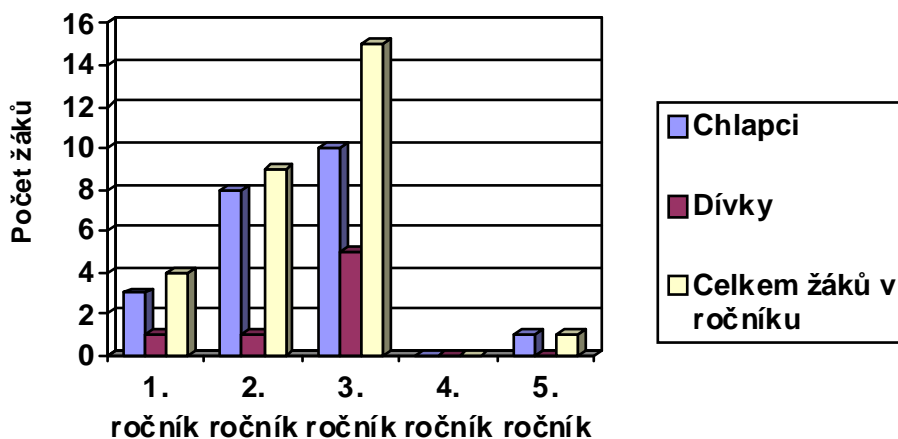
ROČNÍK	CHLAPCI	DÍVKY	CELKEM ŽÁKŮ V ROČNÍKU
1.	3	1	4
2.	8	1	9
3.	10	5	15
4.	0	0	0
5.	1	0	1
CELKEM	22	7	29

Uvedenou otázku zodpovědělo všech 31 pedagogů, avšak 8 uvedlo hodnotu nula a ostatní uváděli v prvních ročnících 4 děti, kteří by podle jejich názoru vyžadovali odbornou péči v oblasti narušené komunikace. V druhých ročnících označili 9 dětí, ve třetích ročnících 15 dětí, ve čtvrtých ročnících 0 dětí a v pátých ročnících 1 žáka.

Z uvedeného je zřejmé, že pedagogové si komunikačních schopností dětí všímají, snaží se jim věnovat individuální péči.

Domnívám se, že logopedická péče by měla být zahájena u všech dětí, kteří vykazují známky narušené komunikační schopnosti a to co nejdříve od okamžiku zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

Graf č. 6: Žáci s poruchou komunikace bez odborné péče z pohledu pedagoga



Tento graf názorně ukazuje celkový počet žáků v ročnících s narušenou komunikační schopností bez odborné péče, jak to vidí pedagogové.

Nejvíce dětí je ve třetích ročnících a to celkem 15 žáků. Převažují chlapci v počtu 10, dívek je 5. Ve druhých ročnících je celkem 9 žáků. Nápadně více je chlapců – 8, dívka je pouze 1. V prvních ročnících jsou celkem 4 žáci, z toho 3 chlapci a 1 dívka. Ve čtvrtých ročnících pedagogové neuvedli žádné dítě a v pátých ročnících celkem 1 chlapce.

OTÁZKA č. 6: Jakou poruchu komunikace tyto děti mají?

Tabulka 8: Vady řeči ve sledovaných třídách

ODPOVĚĎ	Počet tříd, kde se vyskytují jednotlivé poruchy komunikace				
	1. ročník	2. ročník	3. ročník	4. ročník	5. ročník
opožděný vývoj řeči	3	2	3	2	0
vývojová dysfázie	0	0	0	0	0
mutismus	0	0	0	0	0
dyslálie (patlavost)	7	5	6	2	2
rinolálie (huhňavost)	0	2	1	0	1
palatolálie (rozštěp patra)	1	1	0	0	0
koktavost (balbuties)	0	3	2	1	1
breptavost	0	0	1	0	0
poruchy hlasu	0	0	1	0	0
Symptomatická poruchu komunikace (při DMO; ADHD; Autismu; poruchách - zraku, sluchu, učení)	3	3	2	1	1
Celkem tříd v ročníku	5	8	10	4	4

Hodnoty uvedené v tabulce představují **výskyt** dané poruchy ve třídách ročníků, tak jak ho pedagogové označili, nikoliv počet žáků s touto poruchou komunikace.

V této otázce měli vyučující označovat, které poruchy komunikace se v jejich třídách vyskytují.

Výskyt jednotlivých poruch komunikace dle ročníků

Respondenti prvních ročníků (celkem jich bylo 5) označili 3x opožděný vývoj řeči, 7x dyslálii, 1x palatolálii a 3x symptomatickou poruchu komunikace.

Respondenti druhých ročníků (celkem jich je 8) označili opožděný vývoj řeči 2x, dyslálii označili 5x, rinolálii 2x, palatolálii 1x, koktavost 3x, symptomatickou poruchu komunikace 3x.

Pedagogové třetích ročníků (je jich celkem 10) označili opožděný vývoj řeči 3x, dyslálii 6x, rinolálii 1x, koktavost (balbuties) 2x, breptavost 1x, poruchy hlasu 1x a symptomatickou poruchu komunikace 2x.

Učitelé čtvrtých ročníků (jsou celkem 4) označili 2x opožděný vývoj řeči, 2x dyslálii (patlavost), 1x koktavost, 1x symptomatickou poruchu komunikace.

Respondenti pátých ročníků (celkem 4) označili dyslálii 2x, rinolálii 1x, koktavost 1x, symptomatickou poruchu komunikace 1x.

Horizontální hodnocení tabulky

- Opožděný vývoj řeči označilo 10 respondentů všech ročníků.
- Dyslálie byla označena 22x.
- Rinolálii označili 4 pedagogové.
- Palatolálii označili 2 vyučující.
- Koktavost (balbuties) označilo 7 pedagogů.
- Breptavost označil 1 učitel.
- Poruchy hlasu označil rovněž 1 pedagog.
- Symptomatické poruchy hlasu označilo 10 vyučujících.

- Vývojová dysfázie a mutismus, které byly rovněž uvedeny v dotazníku se ve sledovaném vzorku škol nevyskytují.

Nejvíce respondentů označilo dyslálii, tato porucha se vyskytuje nejčastěji v nižších věkových skupinách, což je ze sledovaného vzorku patrné.

Druhá nejčastější porucha - opožděný vývoj řeči. Rovněž s přibývajícím věkem žáků se snižuje.

Výskyt rinolálie (huhňavosti) je spojena téměř vždy u těchto integrovaných žáků s adenoidní vegetací (nosní mandle), jejíž chirurgické odstranění je zásadní pro nápravu této poruchy komunikace.

Symptomatická porucha komunikace se odráží především v opožděném vývoji řeči a koktavosti (balbuties) a má příčinu většinou v ADHD a poruchách učení, tak jak respondenti prezentovali.

Etiologie, příznaky a terapie narušených poruch komunikace, které se vyskytují ve sledovaném vzorku je rozpracována v teoretické části diplomové práce.

OTÁZKA č. 7: Jak reagují na jeho vadu spolužáci?

Tabulka 9: Reakce spolužáků na vadu z pohledu pedagoga

ODPOVĚĎ	POČET	%
nijak	24	67
upozorňují jej	5	14
posmívají se mu	3	8
litují ho	4	11
CELKEM	36	100

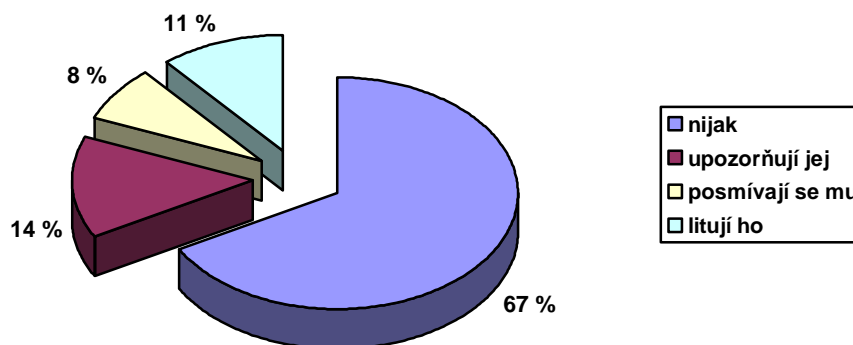
Celkem bylo 36 odpovědí. 24 odpovědělo, že spolužáci nereagují na vadu svých handicapovaných spolužáků nijak. 5x pedagog posoudil, že je upozorňují. Ve třech případech se posmívají a ve čtyřech případech je litují.

Domnívám se, že toto chování do značné míry je ovlivněno taktním přístupem pedagoga, jak dokáže zjevný handicap žákům objasnit.

Pedagog se dětem věnuje plně i v době přestávek má handicapovaného neustále na zřeteli, nedopustí šikanu či posměch, vždy vyzdvihne přednosti handicapovaného.

Z uvedeného výzkumu jednoznačně vyplývá, že většina pedagogů se dětem plně věnuje, o čemž svědčí převaha odpovědí, že reakce spolužáků na jeho vadu nejsou žádné. Ve třídách s odpověďmi „posmívají se mu“ a „litují ho“ by měl pedagog k chování dětí být více obezřetný.

Graf č. 7: Reakce spolužáků na vadu z pohledu pedagoga



67 % pedagogů se domnívá, že spolužáci na vadu žáka s poruchou komunikace nereagují nijak. 14 % respondentů uvedlo, že jej na vadu upozorňují. 11 % pedagogů označilo odpověď „litují ho“. Zbýlých 8 % se domnívá, že se spolužáci handicapovanému žákovi posmívají.

OTÁZKA č. 8: Určete jeho postavení v třídním kolektivu

Tabulka 10: Postavení žáka s poruchou komunikace v třídním kolektivu

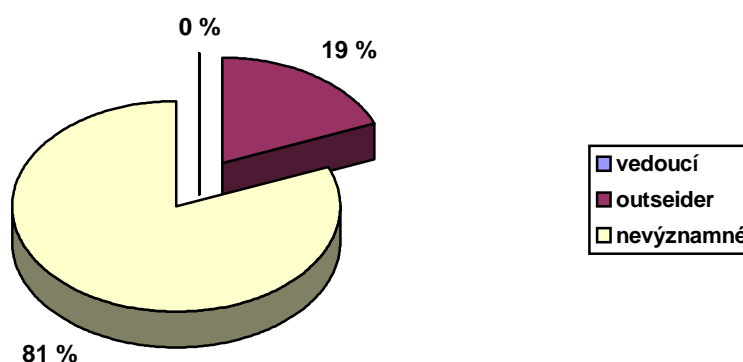
ODPOVĚĎ	POČET	%
vedoucí	0	0
outsider	6	19
nevýznamné	25	81
CELKEM	31	100

Každý z 31 respondentů označil jednu odpověď. Většina odpovědí 25x je, že postavení žáků s poruchou komunikace ve třídě je nevýznamné, to znamená, že je s nimi počítáno jako s řadovými členy kolektivu. Šest odpovědí znělo, že žáci s poruchou komunikace jsou outsideri, tedy mimo kolektiv, spolužáci s nimi nepočítají nebo je úplně vyčleňují. Jako vedoucí postavení nebylo označeno ani jednou.

Z uvedeného vyplývá, že začleňování žáka s poruchou komunikace není tak problematické, jak by se mohlo zdát. Domnívám se, že většina se začlení, i když nikdy nedosáhne vedoucího postavení, především z důvodů narušené komunikační schopnosti.

Začlenění žáka je ovlivněno zejména prostředím, ve kterém tento handicapovaný vyrůstá, to je rodinnou výchovou, sourozeneckými vztahy, kamarády, s kterými se stýká mimo školu apod. Rovněž pedagogický takt a informovanost učitele má velký význam na začlenění žáka s poruchou komunikace do kolektivu spolužáků a tím i zaujetím jeho vhodného postoje k vlastní poruše komunikace. Dobrovolně ji chce změnit.

Graf č. 8: Postavení žáka s poruchou komunikace v třídním kolektivu



Graf ukazuje, že nejvíce respondentů 81 % má názor, že postavení žáka s poruchou komunikace v třídním kolektivu je nevýznamné. 19% označilo postavení jako „outsider“ a 0 % označilo možnost „vedoucí“.

OTÁZKA č. 9: Projevují se poruchy komunikace na výsledcích školní úspěšnosti?

Tabulka 11: Vliv poruchy komunikace na školní úspěšnost

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	23	70
ne	10	30
Celkem	33	100

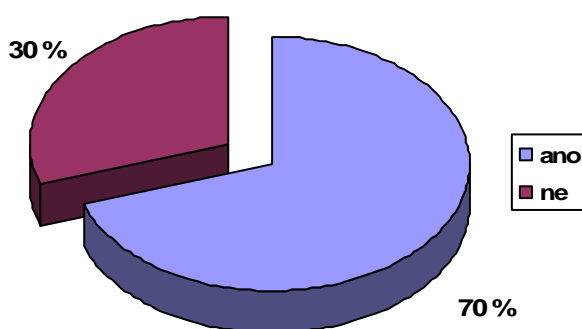
Celkem bylo předáno 33 odpovědí, každý na tuto otázku odpověděl, dva pedagogové využili obě možnosti. Odpověď „ano“ zaškrtnulo 23 pedagogů, kteří se domnívají, že porucha komunikace dětí má vliv na školní úspěšnost. 10 odpovědí bylo „ne“, tito pedagogové se domnívají, že porucha komunikace nemá vliv na školní

úspěšnost. Domnívám se, že v tomto případě se jedná o poruchy lehčího typu, které žáka příliš nehandicapují, dovedou se s nimi snadněji vyrovnat.

Rovněž v tomto případě je nezbytně nutný příznivý vliv prostředí, ve kterém dítě žije, tj. rodičovská výchova, sourozenecké vztahy, kamarádké ve škole i mimo ni. V neposlední řadě je pro úspěšnost tohoto handicapovaného žáka nezbytně nutná pedagogická výbava učitele, jeho znalost problematiky, schopnost empatie a ochota individuálně přistupovat k tomuto žákovi.

Jako nezbytná je dle pohledu mého i odborníků logopedická péče, která musí být poskytována žákům s narušenou komunikační schopností ihned od okamžiku zjištění tohoto handicapu. Intenzita logopedické péče má většinou vliv na urychlení reedukačního procesu a tím zlepšování řečových dovedností a zvládnutí mateřského jazyka, což přímo souvisí se školní úspěšností handicapovaného žáka.

Graf č. 9: Vliv poruchy komunikace na školní úspěšnost



Nejvíce respondentů odpovědělo „ano“ (70 %), což značí, že porucha komunikace má vliv na školní úspěšnost žáka. Odpověď „ne“ použilo 30 % pedagogů, kteří jsou názoru, že porucha komunikace nemá vliv na školní úspěšnost žáka.

OTÁZKA č. 10: Volíte při výuce k těmto žákům individuální přístup?

Tabulka 12: Uplatňování individuálního přístupu pedagogem

ODPOVĚĎ	CELKEM	%
vždy	25	81
nikdy	2	6
pouze při výuce jazyka	4	13
CELKEM	31	100

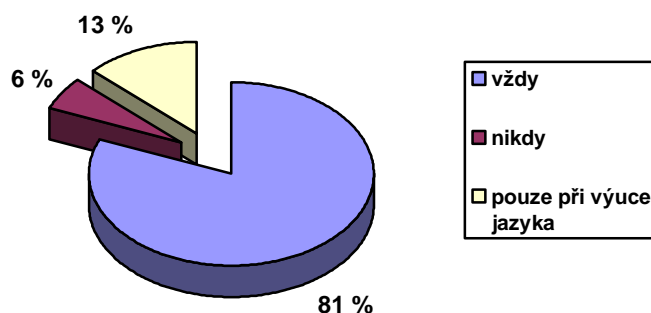
Tuto otázku zodpověděli všichni respondenti, 25 z nich odpovědělo „vždy“, což svědčí o tom, že většina pedagogů volí k těmto dětem empatický vztah, snaží se jim pomáhat, věnují jim více času, jsou ochotni seznámit se s danou problematikou, žákům všestranně pomáhají se s handicapem vyrovnat a zaujmout k jeho terapii správný přístup.

Velmi mě překvapily 2 odpovědi „nikdy“, z čehož usuzuji, že tito pedagogové buď nemají zájem se těmto dětem věnovat navíc, ke své profesi přistupují povrchně nebo se domnívají, že tento žák individuální přístup nepotřebuje ani ho nevyžaduje, naopak ho odmítá, protože se chce vyrovnat dětem nehandicapovaným. Další možností je, že tito pedagogové o individuálních zvláštностech žáků mají nedostatečné informace.

Ve čtyřech odpovědích bylo zaškrtnuto, že pedagogové věnují žákům individuální přístup pouze při výuce jazyků. Myslím si, že jde o žáky ze symptomatickou poruchou řeči při specifických poruchách učení .

Je potěšující, že většina pedagogů k žákům s poruchou komunikace přistupuje individuálně.

Graf č. 10: Uplatňování individuálního přístupu pedagogem



Z grafu je zřejmé, že pedagogové z 81 % uplatňují vždy individuální přístup k handicapovaným žákům. 13 % pedagogů uvádí, že individuálně přistupují k těmto žákům pouze při výuce jazyka. 6 % uvedlo, že individuální přístup k handicapovanému dítěti neuplatňují nikdy.

OTÁZKA č. 11: Jsou tito žáci vyučováni podle IVP?

Tabulka 13: Vyučování dle IVP

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	8	26
ne	23	74
CELKEM	31	100

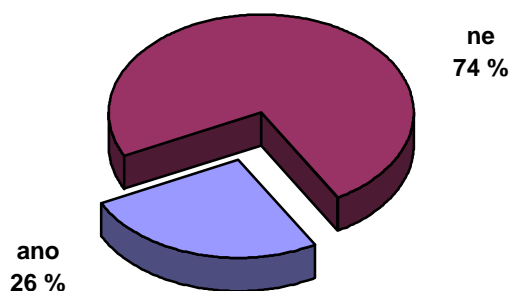
Na otázku odpověděli všichni respondenti – tedy 31. Odpověď „ano“ byla označena 8x, odpověď „ne“ 23x.

Odpovědi neobsahují počet dětí zdělávaných dle IVP, ale počet tříd, ve kterých jedno nebo více dětí podle IVP pracuje. Tyto poruchy komunikace jsou zřejmě závažnějšího stupně, kde je potřeba součinnost školy s odbornou terapií.

Odpověď „ne“ ve 23 případech zakládá domněnku, že buď vady komunikace integrované ve sledovaném vzorku jsou lehčího stupně nebo závažnost poruchy není doceněna.

Domnívám se, že vhodnější pro eliminaci a terapii narušené komunikační schopnosti je pro žáka vždy vhodnější, pracuje-li podle individuálního vzdělávacího plánu. Pro pedagoga se jedná sice o práci navíc, avšak pro dítě je prospěšná, zvláště při změně pedagoga plynulá návaznost jeho výuky se speciálním přístupem, kterou individuální vzdělávací plán zaručuje.

Graf č. 11: Vyučování dle IVP



Z grafu názorně vyplývá, že většina respondentů podle IVP nepracuje (74 %). 26 % pedagogů uvádí, že handicapovaní žáci jsou podle IVP vzděláváni.

OTÁZKA č. 12: Má porucha komunikace vliv na chování žáka?

Tabulka 14: Vliv poruchy komunikace na chování žáka

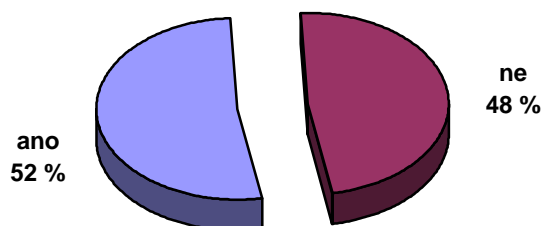
ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	16	52
ne	15	48
CELKEM	31	100

Na tuto otázku odpovědělo všech 31 respondentů, kteří využili po jedné odpovědi. Odpověď „ano“ označilo 16 pedagogů, odpověď „ne“ 15.

16 pedagogů se domnívá, že porucha komunikace ovlivňuje chování žáka buď negativním nebo pozitivním směrem. Domnívám se, že pedagogové ve více případech měli na mysli právě směr negativní. Tuto odpověď lze odlehčit tím, že chování žáka je negativním směrem ovlivněno pouze za určitých okolností, zejména pokud se mu za jeho vadu žáci smějí nebo ho jiným způsobem provokují a ponižují. Porucha komunikace má vliv na chování žáka z důvodů nesprávného přístupu okolí, tj. rodiny, sourozenců, kamarádů, zvláště jedná-li se o žáka z narušeného sociokulturního prostředí nebo jedná-li se o nesprávný přístup pedagoga způsobený didaktogenními chybami.

Na otázku „ne“ odpovědělo 15 respondentů. Pod touto odpovědí se mohou skrývat dva pohledy na chování žáka ve vztahu k učiteli. Buď se žák zařadí mezi zdravé vrstevníky bez odchylek a excesů, svůj handicap dokáže přijímat a snaží se ho uvědoměle zbavovat. Pro vrstevníky se stává rovnocenným partnerem. Na to má velký vliv pedagog. Ten vede žáky zejména k ohleduplnosti, empatii a pomoci druhému. Druhý pohled na tuto otázku se domnívám je ten, že v této skupině jsou zařazeny i děti, které jsou „hodné“, tj. bázlivé, zakřiknuté, nijak se neprojevují, kolektivu se sice straní, ale nikomu nevadí. Jejich introvertní povaha může však jejich handicap naopak zhoršovat. Při velkém počtu dětí ve třídě si někteří pedagogové těchto dětí mohou málo všimnout a toto dítě se ve vyučovacím procesu ztrácí. Pro tyto děti je nezbytně nutné, aby je dovedl pedagog podchytit, povzbudit je, dát jim prostor k seberealizaci, snažil se je začlenit do kolektivu. Tyto děti jsou snadným objektem šikany, proto je nezbytné, aby pedagog trávil s kolektivem dětí veškerý čas, tedy i o přestávkách.

Graf č. 12: Vliv poruchy komunikace na chování žáka



Dle uvedeného grafu 52 % respondentů odpovědělo, že porucha komunikace má vliv na chování žáka. 48 % uvedlo, že porucha komunika nemá vliv na chování žáka.

OTÁZKA č. 13: Mají spolužáci snahu tomuto handicapovanému žákovi pomáhat?

Tabulka 15: Ochota žáků pomáhat handicapovanému spolužákovi

ODPOVĚĎ	POČET	%
ano	20	61
ne	13	39
CELKEM	33	100

Celkem bylo označeno 33 odpovědí. Většina pedagogů označila jednu odpověď, jedna respondentka neoznačila ani jednu možnost, ale doplnila „někteří“, což významově spadá do odpovědi „ano“. Tři pedagogové volili obě dvě odpovědi, což značí, že někteří spolužáci pomáhají handicapovanému a někteří ne.

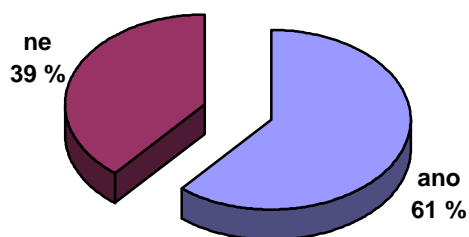
Odpověď „ne“ označilo 13 pedagogů, což je dosti velké číslo a nesvědčí o dobrých vztazích v třídním kolektivu a svědčí o nezájmu pedagoga se tomuto problému do hloubky věnovat.

Pozitivně hodnotím, že převažuje odpověď „ano“. Je více tříd, kde spolužáci handicapovaný jsou ochotni pomáhat.

Při přímé práci s kolektivem v různých třídách jsem si všimla, že v dnešní době mezi dětmi panuje ve větší míře rivalita než snaha vzájemně si pomáhat. Někteří žáci mají tendenci se z neúspěchu spolužáka radovat, nežli mu pomoci. Ve sledovaném vzorku je převaha odpovědí „ano“, z čehož vyplývá, že pedagogové se vztahy v kolektivu zabývají, daří se jim dobré vztahy mezi spolužáky vytvářet. Domnívám se,

že na ochotu spolužáků pomáhat handicapovanému má vliv především pedagogický takt a pedagogická práce s třídním kolektivem.

Graf č. 13: Ochota žáků pomáhat handicapovanému spolužákovi



Z uvedeného grafu vyplývá, že 61 % respondentů odpovědělo „ano” – spolužáci mají snahu žákovi s poruchou komunikace pomáhat. Odpověď „ne” využilo 39 % pedagogů . V jejich třídách spolužáci handicapovanému nepomáhají.

OTÁZKA č. 14: Jaká povaha převažuje u těchto handicapovaných dětí?

Tabulka 16: Převažující povahový rys u žáků s poruchou komunikace

ODPOVĚĎ	POČET	%
agresivita	9	26
bázlivost	12	35
suverenita	6	18
vyčleňování z kolektivu	7	21
CELKEM	34	100

Vytipovala jsem čtyři povahové rysy, které podle literatury mohou být dominantní u některých handicapovaných dětí. Buď jimi chtějí svůj handicap potlačit a nebo skrýt.

U této otázky respondenti označili 34 odpovědí. 4 pedagogové nezaškrkli žádný z těchto povahových rysů a 7 respondentů zaškrtno více jak jednu odpověď.

Odpověď „agresivita“ označilo 9 pedagogů. Tyto děti zřejmě se snaží překrýt svůj handicap výbušnou povahou, egoismem, uplatňováním síly, nadřazeností.

Odpověď „bázlivost“ označilo 12 pedagogů. Tito žáci se projevují nejistotou, nedůvěrou, raději se neprojevují, než by byli vystaveni posměchu. Ze sledovaného vzorku těchto odpovědí bylo nejvíce.

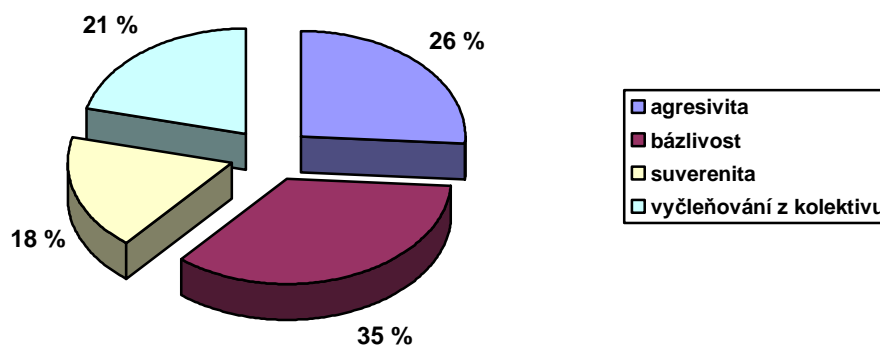
Převažující rys „suverenita” označilo 6 pedagogů. V povaze převládá přílišné sebevědomí, sebeprosazování, přehlíží druhé, sebepřeceňování.

Převažující povahový rys „vyčleňování z kolektivu” označilo 7 pedagogů. Zde převládá opět nedůvěra, samotářství, stydí se za handicap.

Domnívám se, že převažující povahový rys do značné míry může ovlivnit především rodinná výchova a sociokulturní prostředí, ve kterém dítě vyrůstá než přijde do školy. Je-li dítě v rodině příliš trestáno, převažuje u něho povahový rys agresivita nebo naopak bázlivost. Jsou-li nezdravě upřednostňovány a vyzdvihovány jeho přednosti, převažuje povahový rys suverenita. Pokud rodina dítě lituje, je dítě nejisté a vyčleňuje se z kolektivu. V opačném případě může svého handicapu využívat a být suverénním agresorem.

Z výzkumné sondy vyplývá, že u dětí s poruchou komunikace z pohledu pedagogů nejvíce převažuje povahový rys bázlivost a hned za ním je agresivita.

Graf č. 14: Převažující povahový rys u žáků s poruchou komunikace



Procentový graf ukazuje, že převažujícím povahovým rysem u těchto dětí je bázlivost (35 %). 26 % respondentů se domnívá, že převažujícím povahovým rysem těchto dětí je „agresivita”, 21 % pedagogů označilo „vyčleňování z kolektivu”. Pouze 18 % považuje za převažující povahový rys u těchto dětí „suverenitu”.

OTÁZKA č. 15: Do jaké míry se Vám daří ovlivnit negativní chování žáků ke komunikativně handicapovaným?

Tabulka 17: Úspěšnost korekce pedagoga negativního chování žáků ke komunikativně handicapovaným

ODPOVĚĎ	POČET	%
málo	2	7
daří	26	84
nedaří	3	9
CELKEM	31	100

Všichni respondenti využili možnost odpovědět na tuto otázku. Celkem tedy bylo 31 označených odpovědí.

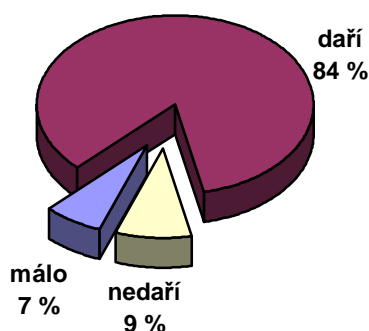
Odpověď „málo“ označili 2 pedagogové, což značí, že úspěšnost ovlivnění negativního chování některých žáků vůči komunikativně handicapovaným tyto pedagogy neuspokojuje. Zřejmě nejsou s tímto svým problémem stoprocentně spokojeni, mají jasnou představu o smyslu svého působení, uvědomují si ji a bude u nich převažovat snaha neustále vše zlepšovat.

Odpověď „daří“ označilo 26 pedagogů, což je většina a mohli bychom být spokojeni. Avšak úhel pohledu může být i takový, že se zde odráží projev sebechvály, což by jistě nebylo na místě. Přikláním se však ke druhému úhlu pohledu, který představuje pedagogy jako svědomité a oddané vychovatele, kteří se dětem maximálně věnují při každé příležitosti, děti poučují, nabádají a mají rovnocenný přístup ke všem dětem. V tom případě je pocit jejich uspokojení na místě.

Odpověď „nedaří“ označili 3 pedagogové. Domnívám se, že ani v tomto pohledu není na místě skepse a je potřeba každý problém řešit hned v zárodku a nelámat hůl nad agresivními, suverénními a privilegovanými žáky.

Z uvedeného vzorku vyplývá, že většině pedagogů nechybí optimismus, práce s dětmi v této oblasti se jim daří. Na základě těchto výpovědí si představují, že ve většině zkoumaných tříd vládne pohoda a zdravé ovzduší pro zdárný osobnostní rozvoj všech dětí i komunikativně handicapovaných.

Graf č. 15: Úspěšnost korekce pedagoga negativního chování žáků ke komunikativně handicapovaným



V grafickém procentovém znázornění jasně převažuje, že se pedagogům daří ovlivnit negativní chování žáků vůči komunikativně handicapovaným a to 84 %. Pouze 7 % pedagogů uvedlo, že se jim daří málo ovlivňovat negativní chování žáků k handicapovaným. 9 % přiznalo, že se jim tato práce nedaří.

OTÁZKA č. 16: Domníváte se, že rodiče handicapovaného dítěte mu věnují náležitou pozornost?

Tabulka 18: Úroveň pozornosti rodičů věnovaná jejich dětem s poruchou komunikace z pohledu pedagoga

ODPOVĚĎ	POČET	%
zajímá je jeho školní prospěch	24	41
zajímá je jeho chování	14	24
snaží se o nápravu řeči	16	28
nevěnují mu pozornost, nezajímá je	4	7
CELKEM	58	100

Pro tuto sondu jsem úmyslně zvolila čtyři možnosti, o kterých se domnívám, že jsou pro vztah rodičů ke školní práci svých dětí důležité.

Pedagogové označili 58 odpovědí. Každý označil nejméně jednu odpověď. Většina využila více možností.

Odpověď „zajímá je jeho školní prospěch“ označilo nejvíce respondentů – 24.

Z toho vyplývá, že rodiče upřednostňují kvalitu školního vzdělávání. Domnívají se, že dobré známky jsou předpokladem úspěšnosti člověka v životě. Pokud dojde k neúměrnému nátlaku na dítě v tomto směru, může dojít k nenapravitelným chybám v ostatních rysech jeho psychiky - povahové rysy, citový život apod.. V každém případě tento zájem rodičů o jejich handicapované děti je žádoucí, stimuluje je ke školním výkonům, snaživosti, péli, houževnatosti. Hlavním motivem by nemělo být pouze udělat rodičům radost, ale uvědoměle přijímat vědomosti, dovednosti, návyky a naučit se je prakticky používat v životě.

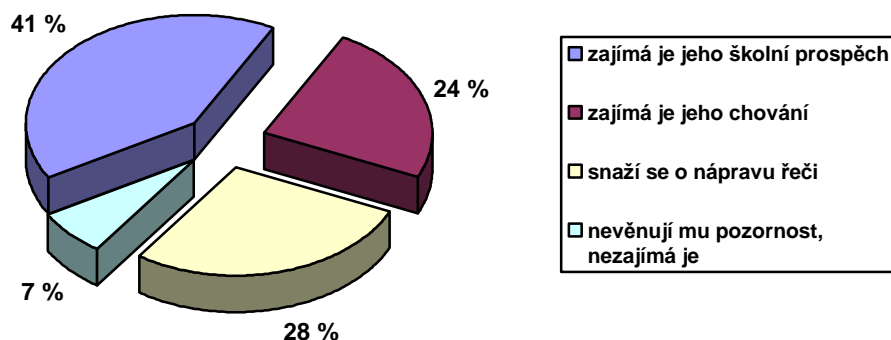
Odpověď „zajímá je jeho chování“ označilo 14 pedagogů. Domnívám se, že tito rodiče se zajímají o chování svého dítěte z pohledu jeho handicapu. Zajímá je, do jaké míry je jiné, než chování jeho vrstevníků. Úzkostní rodiče mohou mít obavu, aby jejich handicapované dítě nebylo v kolektivu utiskováno, znevýhodňováno, šikanováno. Je na pedagogovi, jak v tomto ohledu s rodiči spolupracuje.

Odpověď „snaží se o nápravu řeči“ vybralo 16 respondentů. Z této odpovědi vyplývá, že tito rodiče věnují maximální pozornost handicapu svého dítěte. Snaží se o jeho pravidelnou nápravu. Mají zájem o zlepšení stavu či úplnou eliminaci. Handicap jejich dítěte jim vadí. Tito rodiče doprovází dítě ke klinickému logopedovi, dbají jeho pokynů při každodenním cvičení. Dítěti se plně věnují.

Odpověď „nevěnují mu pozornost, nezajímá je“ označili 4 respondenti, kteří zřejmě mají se spoluprací s rodiči špatnou zkušenost. Jedná se pravděpodobně o rodiny příliš zaměstnané nebo sociokulturně znevýhodněné. Výchova dětí je odsouvána na vedlejší pozici. Prvním případem rozhodující roli v rodině zaujímá majetek. Druhým případem je bagatelizace výchovy. Dítě vyrůstá jako samotář, jsou uspokojovány pouze potřeby jeho výživy a ošacení. O rozvoj psychiky a osobnosti dítěte se rodina nezajímá.

Většina rodičů se zajímá o děti, jak o jejich školní prospěch, tak o chování, věnují náležitou pozornost terapii jeho handicapu.

Graf č. 16: Úroveň pozornosti rodičů věnovaná jejich dětem s poruchou komunikace z pohledu pedagoga



Z uvedeného procentového grafu vyplývá, že 41 % pedagogů se domnívá, že rodiče zajímá prospěch jejich dítěte s poruchou komunikace. 28 % pedagogů se domnívá, že rodiče se snaží o nápravu řeči svých handicapovaných dětí. 24 % vyučujících uvedlo, že rodiče se zajímají o chování svého handicapovaného dítěte. 7 % učitelů se domnívá, že rodiče se svému handicapovanému dítěti nevěnují, nezajímá je.

OTÁZKA č. 17: Co považujete za největší úskalí integrace dítěte s poruchou komunikace?

Tabulka 19: Největší úskalí integrace s poruchou komunikace

ODPOVĚĎ	POČET	%
velký počet žáků ve třídě	22	49
nedostatečnou informovanost pedagoga k dané problematice	3	7
špatná spolupráce s logopedem	3	7
nedostatečná spolupráce s rodiči	14	32
žádná úskalí nejsou	2	5
CELKEM	44	100

K tomuto problému jsem položila 5 otázek, které se mi jevily jako vypovídající k dané problematice. Pedagogové využili možnost označit 44 odpovědí. Všichni

respondenti využili alespoň jednu možnost, někteří více možností.

Většina pedagogů se domnívá, že největší úskalí integrace dítěte s poruchou komunikace v běžné třídě je „velký počet žáků ve třídě“. Tato odpověď byla označena 22x. Při počtu 25 až 30 žáků ve třídě má pedagog minimálně času věnovat individuální pozornost těmto dětem, především musí splnit požadovaný cíl výuky. Proto se domnívám, že je nezbytně nutné snížit počty dětí ve třídě, kde tyto děti jsou integrovány, aby se jim dostalo náležitě péče, kterou potřebují.

3 pedagogové označili odpověď „nedostatečnou informovanost pedagoga k dané problematice“. Tito pedagogové zřejmě mají málo dostupných informací. Nemají možnost účastnit se seminářů a školení, konzultací s odborníky apod..

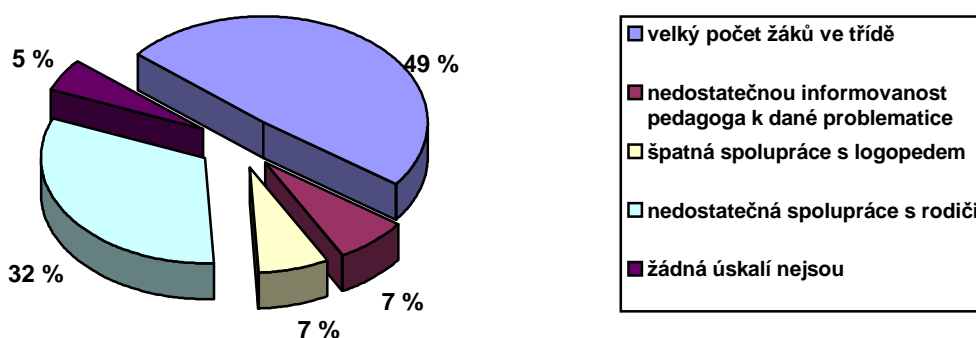
Odpověď „špatná spolupráce s logopedem“ upřednostnili 3 respondenti. Pokud na škole nepůsobí speciální pedagog – logoped, je spolupráce s klinickým logopedem opravdu problematická, protože klinický logoped pracuje v rezortu zdravotnictví.

14 pedagogů považuje za největší úskalí integrace „nedostatečnou spolupráci s rodiči“. Spolupráce rodiče s pedagogem se odvíjí od několika faktorů. Jedním ze základních je především sociokulturní faktor, zda se rodiče řadí k podnikatelské sféře, jsou maximálně pracovní vyčerpání a nemají na výchovu, vzdělávání a terapii handicapu svého dítěte čas. Druhá skupina dětí pochází ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Tito rodiče sice nepracují, žijí ze sociálních dávek, ale výchova dětí je jim na obtíž. Dítě s handicapem raději umístí do speciální školy, kde je mu podle nich věnována větší pozornost než ve škole běžného typu a náprava handicapu je tam samozřejmě zajištěna. Rodiče jsou bez starosti, proto tento typ rodičů nejeví o integraci svého dítěte většinou zájem.

2 respondenti nevidí v integraci žádné úskalí. Tito pedagogové vidí integraci velmi pozitivně, integrovaným dětem věnují maximální pozornost.

Dle mého názoru z výše uvedeného vyplývá, že základní úskalí integrace dítěte s poruchou komunikace jsou velké třídní kolektivy a nedostatečná spolupráce s rodiči.

Graf č. 17: Největší úskalí integrace žáků s poruchou komunikace



Z procentového grafu vyplývá, že 49 % se domnívá, že největším úskalím integrace je velký počet žáků ve třídě. 32 % vyučujících uvedlo, že největším úskalím integrace handicapovaného žáka je nedostatečná spolupráce s rodiči. 7 % učitelů označilo špatnou spolupráci s logopedem. 7 % vyučujících se přiklání k možnosti nedostatečné informovanosti pedagoga k dané problematice. Zbylých 5 % uvedlo, že žádná úskalí integrace nejsou. Děti s poruchou komunikace lze bez problémů zařazovat do běžné třídy hlavního vzdělávacího proudu.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit postavení žáků s poruchou komunikace na 1. stupni základních škol běžného vzdělávacího proudu v kolektivu spolužáků z pohledu vyučujícího. Dále se sonda zabývala do jaké míry má porucha komunikace vliv na školní úspěšnost, která z touto problematikou souvisí.

Pokud vycházím z předpokladu, že narušená komunikační schopnost žáka má vliv na jeho postavení v kolektivu, pak mohu na základě uskutečňovaného výzkumu potvrdit, že z pohledu pedagogů 1. stupně 5 základních škol běžného vzdělávacího proudu, kteří byli respondenty sondy a kteří dle mého názoru mají objektivní pohled na tuto problematiku, není komunikační handicap jednoznačně příčinou toho, že se tito žáci do kolektivu spolužáků problematicky zařazují. Většina pedagogů odpověděla, že postavení tohoto žáka je v třídním kolektivu nevýznamné – 81 %. Chápu to tak, že se tito žáci zařazují do kolektivu bezproblémově. Pouze 19 % se domnívá, že žáci s poruchou komunikace se obtížně zařazují, jsou outsideři.

S postavením žáka v kolektivu souvisí do značné míry i jeho chování, které může být ovlivněno právě touto poruchou komunikace. Toto názorně ukazuje, jaká povaha dětí ve zkoumaném vzorku v očích jejich pedagogů převažuje – bázlivost 35 %, na druhém místě respondenti označili agresivitu (26 %).

Stejně tak otázka vztahu spolužáků k handicapovanému z pohledu pedagoga je hodnocena kladně – 61 % vyučujících se domnívá, že spolužáci mají snahu handicapovanému pomáhat.

Na otázku jak reagují spolužáci na jeho vadu odpovědělo 61 %, že nereagují, nevšímají si jí. Pouze 19 % dotázaných má poznatek, že žáci svého komunikativně handicapovaného spolužáka na jeho vadu upozorňují, 11 % spolužáka lituje.

Hypotéza číslo 1 uvedená na začátku praktické části, že narušená komunikační schopnost má negativní vliv na postavení žáka v kolektivu se ve zkoumaném vzorku nepotvrdila.

S postavením žáka v třídním kolektivu souvisí i jeho školní úspěšnost.

Celých 70 % vyučujících z 31 tříd 5 zkoumaných škol se domnívá, že porucha komunikace má negativní vliv na školní úspěšnost žáka.

Žák, který špatně hodnotí svůj projev v důsledku toho, že má poruchu komunikace, špatně se začleňuje do kolektivu, je přinejmenším frustrován z toho, že prožívá rozpor mezi tím, jaké jsou jeho školní výsledky a jaké by chtěl, aby byly. Tato frustrace jeho školní výsledky ještě zhoršuje. V důsledku špatných výukových výsledků je negativně přijímán i v rodině. Toto potvrzuje, že 41 % pedagogů se domnívá, že rodiče se zajímají právě pouze o školní prospěch svých handicapovaných dětí. 28 % rodičů se snaží o nápravu řeči dětí a 24 % se zajímá o jeho chování. Pouze 7 % rodičů nevěnuje dětem pozornost, nezajímá se o ně.

Z výzkumu vyplývá, že je nezbytně nutná pravidelná speciálně-pedagogická intervence logopeda i ostatních pedagogů, která cíleně vede k reedukaci poruchy komunikace všech dětí, které ji vyžadují. Neméně důležitá je i včasná diagnostika a okamžité zahájení nápravy. Předpokladem úspěchu je spolupráce – odborník, rodina, škola. Ideální je diagnostiku a reedukaci nastartovat již v předškolním věku tak, aby do základní školy přicházelo co nejmenší procento dětí s poruchou komunikace.

Hypotéza číslo 2, tedy, že porucha komunikace má vliv na školní úspěšnost se potvrdila.

Náprava poruchy komunikace žáků zařazených do škol hlavního vzdělávacího proudu má přímý vliv na to, jak žák bude ve škole prospívat, jak svoje postavení v kolektivu bude prožívat, na jakou pozici se sám zařadí.

Nezbytným předpokladem je cílená a organizovaná reedukační péče, kterou představují nejen kliničtí logopedové, pedagogicko psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum, rodina, ale především samotné školské instituce. Tito žáci integrováni do základních škol běžného typu by dle mého názoru měli být vzdělávání podle IVP, na jehož vypracování se výše uvedení odborníci i další podílí. Pedagogové by k nim samozřejmě měli zaujímat individuální přístup.

Za největší problém integrace těchto dětí označila většina respondentů (49 %) – velký počet žáků ve třídě, což je jistě velmi závažné. Pedagog má k dispozici 45 minutovou vyučovací hodinu, ve které by měl alespoň 1x věnovat pozornost každému dítěti, natož s poruchou komunikace. Při počtu až 30 žáků ve třídě je na zamyšlení otázka, zda je v silách pedagoga tyto předpoklady realizovat. 32 % dotázaných považuje jako hlavní problém integrace spolupráci s rodinou, po 7 % nedostatečnou informovanost pedagoga a špatnou spolupráci s pedagogem

a pouze 5 % zkoumaného vzorku jsou pedagogové optimisté, kteří se domnívají, že žádný problém neexistuje.

Dle sondy, zda jsou žáci s poruchou komunikace vzdělávání podle IVP, odpovědělo 74 % vyučujících, že nikoliv. Pouze 26 % pedagogů podle IVP jednotlivé žáky s handicapem vzdělává, odpověděli „ano“.

Na otázku, zda uplatňují při výuce individuální přístup k těmto dětem, odpovědělo kladně 81 %. 13 % uvedlo, že pouze při výuce jazyka. Je zarážející, že 6 % respondentů odpovědělo, že individuální přístup k žákům s poruchou komunikace neuplatňuje. Domnívám se, že tito pedagogové měli na mysli žáky, kteří zvláštní přístup nepotřebují, řadí se bezproblémově mezi ostatní.

Hypotéza číslo 3 se v první části –žáci s poruchou komunikace pracují podle individuálního vzdělávacího plánu se na základě zkoumaného vzorku nepotvrdila.

Ve druhé části – učitelé k těmto žákům přistupují individuálně, se potvrdila.

Shrnutí

Diplomová práce pojednává o problému, do jaké míry poruchy komunikace u žáků 1. stupně integrovaných do základních škol hlavního vzdělávacího proudu mají z pohledu jejich pedagogů vliv na jejich postavení v třídním kolektivu a zda ovlivňují jejich školní úspěšnost.

Teoretická část objasňuje problematiku osobnostních a psychologických zvláštností dětí s poruchami komunikace, projevy těchto narušení, terapii a prevenci. Dále zjišťuje, jak zasahují do školní úspěšnosti. Zabývá se těmi poruchami komunikace, které se vyskytují ve zkoumaném zrovku v praktické části.

Praktická část pomocí dotazníkové metody šetří na konkrétní sondě, do jaké míry jsou děti s poruchou komunikace handicapované ve vyučovacím procesu, jak tato porucha ovlivňuje jejich přijetí třídním kolektivem. Zkoumá, zda pedagogové volí k žákům individuální přístup, pracují-li podle individuálního vzdělávacímu plánu.

Literatura

1. BENÍŠKOVÁ, T. První třídou bez pláče: Pro rodiče: Grada Publishing a.s., 2007. 168 s. ISBN 80-2471-906-1.
2. DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F. *Odlišné dítě*. Praha: Vyšehrad, spol. s.r.o., 1994. 134 s. ISBN 80-7021-097-4.
3. KÁBRT, J., VALACH, V. *Stručný lékařský slovník*. Praha: Avicenum, 1979. 368 s. ISBN 08-004-79.
4. KEREKRÉTIOVÁ, A. Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: Grada Publishing a.s., 2008. 203 s. ISBN 97-8802-4722-641.
5. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997. 93 s. ISBN 80-85931-41-9.
6. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. 101 s. ISBN 80-85931-62-1.
7. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
8. KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: Průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál, 1999. 213 s. ISBN 80-7178-361-7.
9. KUTÁLKOVÁ, D. *Slovo za slovem: O vývoji a poruchách dětské řeči*. Praha: KPK Praha, 1992. 136 s. ISBN 80-85267-34-9.
10. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
11. LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
12. LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 386 s. ISBN 80-7178-961-5.
13. STŘELEČEK, S. *Studie z teorie a metodiky výchovy II*. Masarykova univerzita, 2005. 214 s. ISBN 80-2103-687-7.
14. Školské zákony. Praha: Euronion, s.r.o., 2009. 727 s. ISBN 978-80-7317-082-0.

15. Ústav pro jazyk český ČSAV., Česká akademie věd a umění. Třída 3. Naše řeč, Svazek 78.: The Akademie, 1995.
16. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 1997. 170 s. ISBN 80-7184-88-8.
17. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie školního dítěte*. Praha: Karolinum, 1997. 88 s. ISBN 80-7184-487-X.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
19. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
20. VYŠTEJN, J. *Dítě a jeho řeč*. Beroun: Baroko & Fox, 1995. 62 s. ISBN 80-8564-25-5.
21. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994. 196 s. ISBN 80-7178-038-3.

Elektronické zdroje

1. <http://www.jabok.cuni.cz/~ortova/dokumenty/logopedie/diagnozy.doc>
2. <http://www.zs-janskeho.cz/download.php?soubor=6>,
3. http://www.ulsos.cz/pk_socialni/file.php?nid=6697&oid=1263918

Seznamy

1. Seznam příloh

Příloha č.1: Dotazník určen pedagogům, kteří mají ve třídě žáky s poruchou komunikace.

2. Seznam obrázků

OBR. 1 – „LOKALIZAČNÍ“ SCHÉMA KOROVÝCH OBLASTÍ SPOJENÝCH S CHARAKTERISTIKY „LIDSKOU“ ČINNOSTÍ. (J. LANGMEIER, D. KREJČÍŘOVÁ - VÝVOJOVÁ PSYCHOLOGIE 2., 2006, AKTUALIZOVANÉ VYDÁNÍ)	5
OBR. 2 - JAN VYŠTEJN (DÍTĚ A JEHO ŘEČ, 1995, S. 13)	8
GRAF Č. 1: POČET TŘÍD V DANÉM ROČNÍKU S VÝSKYTEM PORUCHY KOMUNIKACE PROCENTUÁLNĚ	42
GRAF Č. 2: POČET VŠECH ŽÁKŮ V ROČNÍKU, KDE SE VE TŘÍDÁCH VYSKYTUJÍ PORUCHY KOMUNIKACE.....	43
GRAF Č. 3: POČET ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE ZJIŠTĚNOU ODBORNÍKEM	45
GRAF Č. 4: POROVNÁNÍ POČTU ZDRAVÝCH DĚTÍ S DĚTMI S PORUCHOU KOMUNIKACE..	46
GRAF Č. 5: LOGOPEDICKÁ PÉČE U DĚTÍ S PORUCHOU KOMUNIKACE VE ŠKOLE.....	47
GRAF Č. 6: ŽÁCI S PORUCHOU KOMUNIKACE BEZ ODBORNÉ PÉČE Z POHLEDU PEDAGOGA	48
GRAF Č. 7: REAKCE SPOLUŽÁKŮ NA VADU Z POHLEDU PEDAGOGA	52
GRAF Č. 8: POSTAVENÍ ŽÁKA S PORUCHOU KOMUNIKACE V TŘÍDNÍM KOLEKTIVU	53
GRAF Č. 9: VLIV PORUCHY KOMUNIKACE NA ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST.....	54
GRAF Č. 10: UPLATŇOVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍHO PŘÍSTUPU PEDAGOGEM	55
GRAF Č. 11: VYUČOVÁNÍ DLE IVP.....	56
GRAF Č. 12: VLIV PORUCHY KOMUNIKACE NA CHOVÁNÍ ŽÁKA	58
GRAF Č. 13: OCHOTA ŽÁKŮ POMÁHAT HANDICAPOVANÉMU SPOLUŽÁKOVI	59
GRAF Č. 14: PŘEVAŽUJÍCÍ POVAHOVÝ RYS U ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE.....	60
GRAF Č. 15: ÚSPĚŠNOST KOREKCE PEDAGOGA NEGATIVNÍHO CHOVÁNÍ ŽÁKŮ KE KOMUNIKATIVNĚ HANDICAPOVANÝM	62
GRAF Č. 16: ÚROVEŇ POZORNOSTI RODIČŮ VĚNOVANÁ JEJICH DĚTEM S PORUCHOU KOMUNIKACE Z POHLEDU PEDAGOGA.....	64
GRAF Č. 17: NEJVĚTŠÍ ÚSKALÍ INTEGRACE ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE.....	66

3. Seznam tabulek

TABULKA 1: ZÁKLADNÍ ŠKOLY, KTERÉ BYLY PODROBENY ŠETŘENÍ, S POČTY VYPLNĚNÝCH DOTAZNÍKŮ	40
TABULKA 2: POČET TŘÍD V DANÉM ROČNÍKU S VÝSKYTEM PORUCHY KOMUNIKACE	42
TABULKA 3: POČET VŠECH ŽÁKŮ V ROČNÍKU, KDE SE VE TŘÍDÁCH VYSKYTUJÍ PORUCHY KOMUNIKACE	43
TABULKA 4: POČET ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE ZJIŠTĚNOU ODBORNÍKEM	44
TABULKA 5: POČETNÍ A PROCENTUÁLNÍ POROVNÁNÍ ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE A OSTATNÍCH ŽÁKŮ V ROČNÍCÍCH	45
TABULKA 6: LOGOPEDICKÁ PÉČE U DĚTÍ S PORUCHOU KOMUNIKACE VE ŠKOLE	46
TABULKA 7: ŽÁCI S PORUCHOU KOMUNIKACE BEZ ODBORNÉ PÉČE Z POHLEDU PEDAGOGA	48
TABULKA 8: VADY ŘEČI VE SLEDOVANÝCH TŘÍDÁCH	49
TABULKA 9: REAKCE SPOLUŽÁKŮ NA VADU Z POHLEDU PEDAGOGA	51
TABULKA 10: POSTAVENÍ ŽÁKA S PORUCHOU KOMUNIKACE V TŘÍDNÍM KOLEKTIVU	52
TABULKA 11: VLIV PORUCHY KOMUNIKACE NA ŠKOLNÍ ÚSPĚŠNOST	53
TABULKA 12: UPLATŇOVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍHO PŘÍSTUPU PEDAGOGEM	54
TABULKA 13: VYUČOVÁNÍ DLE IVP	56
TABULKA 14: VLIV PORUCHY KOMUNIKACE NA CHOVÁNÍ ŽÁKA	57
TABULKA 15: OCHOTA ŽÁKŮ POMÁHAT HANDICAPOVANÉMU SPOLUŽÁKOVÍ	58
TABULKA 16: PŘEVAŽUJÍCÍ POVAHOVÝ RYS U ŽÁKŮ S PORUCHOU KOMUNIKACE	59
TABULKA 17: ÚSPĚŠNOST KOREKCE PEDAGOGA NEGATIVNÍHO CHOVÁNÍ ŽÁKŮ KE KOMUNIKATIVNĚ HANDICAPOVANÝM	61
TABULKA 18: ÚROVEŇ POZORNOSTI RODIČŮ VĚNOVANÁ JEJICH DĚTEM S PORUCHOU KOMUNIKACE Z POHLEDU PEDAGOGA	62
TABULKA 19: NEJVĚTŠÍ ÚSKALÍ INTEGRACE S PORUCHOU KOMUNIKACE	64

DOTAZNÍK

Určeno pedagogům, kteří mají ve třídě žáky s poruchou komunikace.

Dobrý den, jmenuji se Eva Matoušková a jsem studentkou závěrečného ročníku Jihočeské univerzity, Pedagogické fakulty v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který použiji ve výzkumné části mé diplomové práce.

- zakroužkujte pro Vás nejbližší odpověď, v ostatních otázkách Vás prosím o vypsání odpovědi

1. V kterém ročníku nyní učíte?

2. Kolik je ve Vaší třídě žáků?

(chlapci / dívky)

3. Kolik žáků má poruchu komunikace zjištěnou odborníkem?

(chlapci / dívky)

4. Pracuje s těmito dětmi ve škole pravidelně logoped (asistent logopeda)?

- a) ano
- b) ne
- c) nepravidelně
- d) nevím
- e) logopedická péče je mimo školu

5. Kolik žáků podle Vás má poruchu komunikace bez odborné péče?

(chlapci / dívky)

6. Jakou poruchu komunikace tyto děti mají?

- a) opožděný vývoj řeči
- b) vývojová dysfázie

- c) mutismus
- d) dyslálie (patlavost)
- e) rinolálie (huhňavost)
- f) palatolálie (rozštěp patra)
- g) koktavost (balbuties)
- h) breptavost
- i) poruchy hlasu
- j) symptomatická porucha komunikace

(při DMO; ADHD; autismu; poruchách - zraku, sluchu, učení)

7. Jak reagují na jeho vadu spolužáci?

- a) nijak
- b) upozorňují jej
- c) posmívají se mu
- d) litují ho

8. Určete jeho postavení v třídním kolektivu

- a) vedoucí
- b) outsider
- c) nevýznamné

9. Projevují se poruchy komunikace na výsledcích školní úspěšnosti?

- a) ano
- b) ne

10. Volíte při výuce k těmto žákům individuální přístup?

- a) vždy
- b) nikdy
- c) pouze při výuce jazyků

11. Jsou tito žáci vyučování podle IVP?

- a) ano
- b) ne

12. Má porucha komunikace vliv na chování žáka?

- a) ano
- b) ne

13. Mají spolužáci snahu tomuto komunikačně handicapovanému žákovi pomáhat?

- a) ano
- b) ne

14. Jaká povaha převažuje u těchto handicapovaných dětí?

- a) agresivita
- b) bázlivost
- c) suverenita
- d) vyčleňování se z kolektivu

15. Do jaké míry se Vám daří ovlivnit negativní chování žáků ke komunikativně handicapovaným?

- a) málo
- b) daří
- c) nedaří

16. Domníváte se, že rodiče handicapovaného dítěte mu věnují náležitou pozornost?

- a) zajímá je jeho školní prospěch
- b) zajímá je jeho chování
- c) snaží se o nápravu řeči
- d) nevěnují mu pozornost, nezajímá je

17. Co považujete za největší úskalí integrace dítěte s poruchou komunikace?

- a) velký počet žáků ve třídě
- b) nedostatečnou informovanost pedagoga k dané problematice
- c) špatná spolupráce s logopedem
- d) nedostatečná spolupráce s rodiči
- e) žádná úskalí nejsou