

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Zuzana Janovská

**ROZVOJ KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ U DĚTÍ SE ZP
V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU**

Olomouc 2022

Vedoucí práce: Mgr. Bc. et. Veronika Růžicková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci na téma Rozvoj komunikačních schopností u dětí se ZP v předškolním věku vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s platným zákonem České republiky.

V Olomouci dne

Podpis

Zuzana Janovská

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Bc. et. Veronice Růžičkové, Ph.D. za vydatnou pomoc a odborné vedení mé práce.

Obsah

Úvod

TEORETICKÁ ČÁST

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Zrakové postižení | 8 |
| 1.1 | Vymezení a etiologie zrakových vad..... | 8 |
| 1.2 | Klasifikace a symptomatologie zrakových vad | 10 |
| 1.3 | Komunikační schopnost u osob se zrakovým postižením | 13 |
| 1.3.1 | <i>Orální komunikace.....</i> | <i>14</i> |
| 1.3.2 | <i>Komunikace s osobou nevidomou.....</i> | <i>14</i> |
| 1.3.3 | <i>Komunikace s osobami slabozrakými a se zbytky zraku.....</i> | <i>15</i> |
| 2 | Komunikační schopnost | 16 |
| 2.1 | Vymezení základních pojmů | 16 |
| 2.1.1 | <i>Typy komunikace.....</i> | <i>16</i> |
| 2.1.2 | <i>Verbální komunikace</i> | <i>17</i> |
| 2.1.3 | <i>Neverbální komunikace.....</i> | <i>17</i> |
| 2.2 | Ontogeneze řeči u intaktního dítěte | 18 |
| 2.2.1 | <i>Přípravná (předřečová) stádia vývoje řeči</i> | <i>19</i> |
| 2.2.2 | <i>Vlastní vývoj řeči.....</i> | <i>19</i> |
| 2.2.3 | <i>Jazykové roviny v ontogenezi řeči u intaktního dítěte.....</i> | <i>20</i> |
| 2.3 | Ontogeneze řeči u dětí se zrakovým postižením | 22 |
| 2.3.1 | <i>Charakteristika komunikačních obtíží z hlediska jazykových rovin u dítěte se zrakovým postižením</i> | <i>23</i> |
| 3 | Rozvoj komunikační schopnosti u dětí se zrakovým postižením..... | 25 |
| 3.1 | Formy narušené komunikační schopnosti | 25 |
| 3.2 | Specifika logopedické intervence u dětí se zrakovým postižením | 27 |

PRAKTICKÁ ČÁST

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4 | Cíl a metodologie šetření | 30 |
| 5 | Charakteristika místa šetření | 31 |
| 6 | Vlastní šetření..... | 32 |
| 6.1 | Případová studie dívky A | 32 |
| 6.2 | Případová studie chlapce B..... | 34 |
| 6.3 | Případová studie dívky C..... | 37 |
| 7 | Závěry z šetření..... | 40 |

ZÁVĚR

LITERATURA

ÚVOD

Snad každý z nás se setkal s osobou se zrakovým postižením, ať už venku na ulici nebo v rodině. Zkuste si vzpomenut, jak jste tyhle osoby chtěli oslovit nebo začít komunikovat. Bylo to pro Vás jednoduché? Myslím si, že pro spoustu lidí je to těžké. Může za to neznalost v komunikaci, což je přirozené pro lidi, kteří se v této problematice neorientují.

Bakalářská práce je věnována tématu „Rozvoj komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením v předškolním věku. Téma bylo zvoleno především z důvodu zájmu o obor a práci s dětmi se zrakovým postižením. Když jsem nad tímto tématem přemýšlela a sbírala dostupné informace, zaregistrovala jsem, že v podvědomí lidí, není tolik zkušeností s komunikací s dětmi se zrakovým postižením. Po prostudování odborné literatury a vstřebání nových poznatků, chci touhle prací seznámit veřejnost s problematikou a možnou komunikací. Cílem mé bakalářské práce je co nejpřesněji popsat narušenou komunikační schopnost, jak u intaktního, tak i u jedince s tímto postižením.

Teoretická část je rozdělena do třech hlavních kapitol, a to Zrakové postižení, Komunikační schopnost a Rozvoj komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením.

První kapitola uvádí stručné vymezení a etiologii zrakových vad, které se dále podle symptomů klasifikují do dalších skupin. Jedinec se zrakovým postižením může narodit nebo jej v průběhu života získat. Zrakové funkce se vyvíjejí souběžně s věkem dítěte a na základě nepřirozeného vývoje se zrakové vady diagnostikují. Důsledky zrakového postižení se ve velké míře odráží i na psychice jedince.

Druhá kapitola nás zavede do problematiky řečové oblasti intaktního jedince, ale i zrakově postiženého. Nejprve si vymežíme typy komunikace, kterou si rozdělíme na verbální a neverbální. Samotná komunikace začíná vývojem řeči od novorozeneckého období až po ukončení vývoje řeči. Popisuje vliv postižení na jazykové roviny jedinců, a tak přibližuje vývoj komunikace u intaktního a jedince se zrakovým postižením.

Třetí kapitola se zaměřuje na rozvoj komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením. Také na formy narušené komunikační schopnosti, které jsou nejčastěji přidruženy k dominantnímu postižení. Dále se dozvíme, na co by se měl logoped zaměřit při narušené komunikační schopnosti, jak se nejpřesněji zaměřit na funkce neporušené a jak následně pokračovat v terapii.

V praktické části se zaměříme na úroveň a schopnosti rozvoje komunikace. U dětí se zrakovým postižením analyzují jazykové roviny a logopedickou intervenci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zrakové postižení

V této první teoretické části vás seznamuji se základními termíny zrakového postižení. Definice o osobách se zrakovým postižením nalezneme v literatuře mnoho. Každý autor uvádí zrakové postižení dle svého pohledu, ale v zásadě se od sebe neliší. Vymezíme si etiologii zrakových vad a seznámíme se s nejčastějšími oftalmologickými onemocněními, které jsou typické pro dětský věk. Nejdůležitějším pro zrakové postižení je klasifikace zrakových vad. V této části bakalářské práce uvádím základní klasifikaci zrakového postižení. Důležitým aspektem této práce je komunikační schopnost dětí se zrakovým postižením, proto vám vymežím základy a zásady komunikace u nejvýznamnějších zrakových vad.

Prvním pojmem je „dítě se zrakovým postižením“ jedná se o „Dítě se zrakovým postižením, jehož zrakové postižení omezuje ve schopnosti přijímat vizuální informace, tudíž jeho zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince v jeho psychickém a fyzickém vývoji“ (Pihrtova, in Říčan a Krejčířová, 2004, s. 129).

1.1 Vymezení a etiologie zrakových vad

„Termínem zrakové vady označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu. Spadají sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, stavy po úrazech, vrozené či získané anatomicke-fyziologické poruchy“ (Květoňová-Švecová, 2000, s. 18).

Příčiny zrakového postižení mohou být různé. Vznikají na základě genetických dispozic, ale i vlivem vnějšího prostředí. Některá postižení jsou vrozená a jiná se projeví až v průběhu vývoje nebo vznikají jako následek úrazu, onemocnění v jakémkoliv období života. K nárůstu počtu jedinců se zrakovým postižením dochází i v souvislosti se stárnutím. Z hlediska důsledků pro další život jedince se zrakovým postižením, rozlišujeme kategorie vrozených a později získaných postižení (Vágnerová, 2014).

Vrozené či získané postižení v raném věku, narušuje vývoj dítěte už od jeho počátku života. Dítě s vrozeným postižením je na svůj handicap adaptován, proto není pro něj tolik traumatizující. Vlivem dospívání si dítě uvědomuje, že ostatní lidé mají další možnosti, které nemá a přál by si je mít, většinou si však neumí představit jaké konkrétní výhody by tím získalo

(Vágnerová, 2014). Nejčastěji se vyskytují vrozené poruchy zrakového vnímání u dětí předčasně narozených (Beneš, 2019).

Později získané zrakové postižení pro dítě znamená větší psychické trauma. Osoba si plně uvědomuje, co ztratila a svůj aktuální stav považuje za horší. Výhodou pro dítě je však zachované dřívější zkušenosti – jedinec se po určitou dobu svého života rozvíjel normálním způsobem a má spoustu osvojených kompetencí, které dítě s vrozeným postižením nemá. Mezi nejužitečnější kompetence můžeme řadit představu o prostoru, různé sociální zkušenosti, které lze využít například při kontaktu se zdravými lidmi apod. (Vágnerová, 2014).

Vybraná oftalmologická onemocnění typická pro dětský věk

Strabismus (šilhavost) je porucha binokulárního vidění. Narušené je rovnovážné postavení očí, oči nesměřují rovnoběžně, ale jedno oko se stáčí na druhou stranu. Brýlovou korekcí se šilhavost napravuje, protože důvod šilhavosti je snížená zraková ostrost jednoho oka. U **amblyopie** (tupozrakost) je snížení zrakové ostrosti u jednoho oka, poruchu nelze korigovat brýlemi. Jedná se o útlum oka, kdy zrakové centrum v mozku nepřijímá vjem oka. Při amblyopii provádíme zakrytí zdravého oka. Poruchy binokulárního vidění jsou nejčastější zrakovou vadou u dětí (Hamadová, P., Květoňová – Švecová, L., Nováková, Z., 2007).

Mezi refrakční vady spadá **myopie** (krátkozrakost), **hypermetropie** (dalekozrakost) a **astigmatismus** (narušené zaostřování). Tyto vady jsou stejně jako u binokulárního vidění jednou z nejčastějších diagnóz u dětí (Vítek, J. 2007).

Retinopatie nedonošených (ROP) je onemocnění, při kterém se patologicky mění sítnice. Až po narození dítěte se plně vyvíjí nervy a ochranná vrstva sítnice. U předčasně narozených dětí je sítnice velmi tenká, může se zastavit růst kapilár, načež má za následek horší prokrvení a výživu sítnice. Při progredující ROP může nastat k částečnému nebo úplnému odchlípení sítnice, toto označujeme jako čtvrtý nebo pátý stupeň retinopatie nedonošených. Tyto dva stupně mohou mít za následek praktickou nebo totální slepotu. V dnešní době se u novorozenců s ROP přistupuje k myopatii, což je laserová koagulace sítnice (Květoňová – Švecová, L., 2000).

Konginetální glaukom (vrozený zelený zákal) bývá zvýšený oční tlak, snižuje se výživa tkání v oku a dochází k postižení. Oko je na první pohled větší a vyboulené. U zeleného zákalu dochází ke ztrátě periferního vidění a je narušena zraková ostrost jedince. Tato vada se

dá chirurgicky operovat, často dochází ke zhoršení kvality zraku, ale může také nastat totální slepota (Květoňová – Švecová, 2000).

U konginetální katarakty (vrozený šedý zákal) dochází k zakalení čočky, a jedinec má problémy s viděním. Nejčastějšími příčinami je dědičnost nebo škodlivé vlivy působící na dítě. Vidění je rozostřené, zakalené v podstatě by se dalo říct zamlžené a sytost barev je nižší. U dětí se vyskytuje jako vrozené poškození čočky. Šedý zákal se vyskytuje také u starších osob a může být způsoben nezdravým životním stylem, například konzumací alkoholu a kouřením. Poškozená čočka se dá operací nahradit kontaktní čočkou (Hamadová, Květoňová – Švecová, L., Z., 2007).

Retinoblastom je nejzávažnější onkologické onemocnění dětského věku. Jde o nádor, který roste na sítnici a zpočátku se viditelně neprojevuje. Projevovat se začíná až kolem druhého roku dítěte. Při zahájení včasné léčby lze zrak zachránit, pokud se jedná o rozsáhlý nádor je zcela nutné vyjmout oční bulvu (Hamadová, Květoňová – Švecová, L., Z., 2007).

1.2 Klasifikace a symptomatologie zrakových vad

Diagnostika zrakového postižení může proběhnout už v prenatálním období. Častěji je odchylka od běžného vývoje zjištěna až v pozdějším věku dítěte. Nejčastěji si rodiče všimnou, že jejich dítě zrakem nereaguje na své okolí, nenavazuje oční kontakt a neřívá se do tváře (Kochová, Schaeferová, 2015).

Podle výsledku oftalmologického vyšetření, můžeme jedince se zrakovým postižením z pohledu speciální pedagogiky do jedné ze čtyř skupin – osoby nevidomé, osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku, osoby s poruchami binokulárního vidění (Finková, Ludíková, Růžičková ,2007). Klasifikace může být provedena z několika pohledů. Nejčastějším výchozím pohledem je hledisko oftalmologické, především tedy vizus a zorné pole jsou základními charakteristikami pro klasifikaci zrakových postižení (Finková, Ludíková, Růžičková 2007).,

Osoby nevidomé – jsou chápány jako jedinci s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Do této skupiny zahrnujeme děti, mládež, dospělé i osoby seniorského věku. Nevidomost můžeme dělit na praktickou, skutečnou a plnou podle míry poklesu zrakové ostrosti. Podle doby vzniku můžeme nevidomost dělit na vrozené či získané postižení. Mezi nejčastější příčiny vrozené formy nevidomosti patří dědičnost, narušený vývoj plodu v prenatálním období, infekční nemoci matky v době těhotenství. Získanou nevidomost můžou způsobit refrakční vady, glaukom, katarakta, retinopatie. Největším problémem, se kterým se tyto osoby setkávají, je

nemožnost získávat informace prostřednictvím zraku, což je omezuje skoro ve všech oblastech života. Informace získávají pomocí náhradních smyslů, především hmatu a sluchu. Využití čichu a chuti je také pro tyto osoby důležité, ale plně nenahradí získávání informací v takové kvalitě a množství, jak je tomu u vnímání zrakově, proto musejí nevidomí lidé zapojovat i vyšší kompenzační činitele. Specifická kategorie u osob nevidomých, je způsob písemné komunikace. Základem je šestibodové písmo, na které je dítě připravováno v rámci systematické hmatové výchovy. Další oblast, která je výrazně narušená, je oblast prostorové orientace a samostatného pohybu. Tyto osoby mají tři možnosti: chůzi s bílou holí, s průvodcem nebo s vodícím psem (Finková, Ludíková, Růžičková 2007).

Osoby slabozraké – jsou považovány osoby, u kterých je binokulární vizus s optimální korekcí 6/18 – 6/60. Podle výsledku zrakové ostrosti rozlišujeme slabozrakost na tři stupně:

- slabozrakost lehká- 6/18 – 6/24
- slabozrakost střední- 6/36
- slabozrakost těžká- 6/60 (Vitásková, Ludíková, Souralová, 2003).

Jedinci se slabozrakostí mají možnost využívat zrakové vnímání, ale kvalita takto získaných vjemů je snižena nebo omezena. Veškerá práce spjata se zapojením zraku vyžaduje vyšší pozornost a koncentraci, což může vést k větší unavitelnosti i k pomalejšímu tempu. Z důvodů optimálně využívat zbylý zrakový potenciál a zamezit přetěžování zraku je důležité dodržovat zrakovou hygienu, především v oblasti intenzity osvětlení, doby zrakové práce atd. Pracovní místo musí být vždy dostatečně velké, kvalitně nasvícené, s možností nastavení sklonu pracovní desky podle individuálních potřeb (Finková, Ludíková, Růžičková 2007).

Osoby se zbytky zraku – jsou jedinci, kteří se nachází v hraničním pásmu mezi slabozrakostí a nevidomostí. Speciální pedagogika pohlíží na osoby se zbytky zraku jako na jedince v pásmu těžké slabozrakosti až praktické slepoty (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007). Postižení nemusí mít stálý charakter, může docházet ke zlepšení i zhoršení. Příčiny postižení mohou být vrozené i získané (Kimplová, Kolaříková, 2014). Zrakové vjemy těchto osob jsou sniženy, omezeny a deformovány, což samozřejmě vede k narušení představ o světě, omezuje jedince při výběru vzdělávací instituce a následně při výkonu povolání. U osob se zbytky zraku je výrazně narušená oblast prostorové orientace a samostatného pohybu. Vzhledem k zrakové limitaci je ve vysoké míře narušena i oblast získávání informací. Pokud osoba získává informace prostřednictvím reziduí zraku, musí dodržovat zásady zrakové hygieny. S touto oblastí souvisí i vzdělávání žáků se zbytky zraku tzv. dvojmetodou, kdy se

žáci učí číst a psát klasickým způsobem pomocí optických pomůcek, tak číst i psát bodové písmo. Z pohledu zrakové hygieny jsou osoby se zbytky zraku nuceny využívat optických a jiných pomůcek, a to ve všech oblastech života. V oblasti sebeobsluhy jsou osoby se zbytky zraku do jisté míry omezeny. S potřebou stálé koncentrace a pozornosti vyvstávají další potíže, které způsobují nemalé komplikace, což se projevuje v dřívější unavitelnosti, na rozdíl od intaktní populace (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007).

Osoby s poruchami binokulárního vidění – se stávají zrakově postiženými tehdy, když dojde k narušení anatomických poměrů a funkčních předpokladů a tím vznikne porucha binokulárního vidění. V průběhu prvních šesti let života dochází ke zdokonalování, stabilizaci a upevňování jednoduchého binokulárního vidění. Při poruchách binokulárního vidění se u obou očí nevytváří v jednu chvíli stejné obrazy, které po splnutí tvoří prostorový vjem a zabezpečují hloubkové vidění. Porucha ve vývoji jednoduchého binokulárního vidění může směřovat ke strabismu, tupozrakosti nebo narušení centrální retinální fixace (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007). Poruchy binokulárního vidění jsou specifikovány jako poruchy funkční, proto je lze včasným odhalením a péčí zmírnit, nebo dokonce odstranit. Pro úspěšný výsledek terapie je velmi důležité, aby probíhala v úzké spolupráci složky medicínské, pedagogické a rodiny. (Finková, Růžičková, Stejskalová 2010) Při poruchách binokulárního vidění se nejčastěji jedná o **amblyopie**, která je brána jako komplexní porucha, postihující zejména centrální vidění, a **strabismus**, který je vymezen jako porucha vzájemné spolupráce obou očí. Jedinci s těmito poruchami mají narušenou zrakovou percepci, zrak mohou používat v rámci všech aktivit, ale jsou jistým způsobem limitováni. I u osob s poruchami binokulárního vidění je nutné dodržovat zásady zrakové hygieny. Problémy v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu se objevují především v makroprostoru, kde mají často špatný odhad vzdálenosti předmětů v prostoru, tak v mikroprostoru, kdy může jedinci činit problémy v orientaci na ploše desky stolu, v sešitě atd. (Růžičková, 2006).

Skupiny zrakových vad

Rozlišujeme čtyři skupiny poruch zraku a není výjimkou, když se u jednoho člověka kombinuje několik poruch současně. Mezi zmíněné skupiny řadíme: ztrátu zrakové ostrosti, postižení šíře zorného pole, okulomotorické problémy a potíže se zpracováním zrakových informací (Kimplová, Kolaříková 2014).

Ztráta zrakové ostrosti – hovoříme o refrakčních vadách, kdy jedinec nevidí zřetelně.

U jedince se mohou objevovat potíže s rozlišováním detailů, ale nemusí mít problém s identifikací velkých předmětů. Je třeba zmínit, že např. dalekozrací lidé vidí špatně na blízko, ale dobře do dálky, avšak u těžké formy mohou jedinci vidět špatně na blízko a do dálky také. O zrakovém postižení hovoříme i v případě brýlové korekce – i když má člověk brýle, které mu pomáhají, nevidí dobře (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Okulomotorické poruchy – nejčastěji se s nimi setkáváme při vadné koordinaci pohybu očí. Obtíže vznikají při používání obou očí, při prohlížení a sledování objektu. Jedinci předmět sledují nejdříve jedním, pak druhým okem. Tito postižení lidé mohou mít problémy při uchopování předmětů a s přesně mířenými pohyby (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Obtíže se zpracováním zrakových podnětů – jsou způsobeny postižením zrakových center v kůře mozku. Orgán oka je v pořádku, ale přesto jedinec neumí vyhodnotit přijímanou zrakovou informaci (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Postižení zorného pole – jedná se o omezení prostoru, který člověk vidí. Zde se může, ale nemusí projevit omezení zrakové ostrosti, zhoršující se vidění za šera a při adaptaci na změnu osvětlení. Hovoříme o nejhůře pochopitelném zrakovém postižení ze strany okolí. Tito jedinci nejsou schopni pohybovat se bez kompenzačních pomůcek, přestože „něco“ vidí (např. trubicové vidění), což společnosti připadá podezřelé (Kimplová, Kolaříková 2014).

1.3 Komunikační schopnost u osob se zrakovým postižením

„Stejně jako se setkáváme s radami, jak se intaktní populace má chovat při setkání se zrakově postiženými, můžeme nalézt také informace určené přímo zrakově postiženým, které se zabývají následujícími oblastmi“ (Růžičková, 2008).

- „Pozdravem (pro jistotu pokaždé, když ZP přijde do místnosti – přinejmenším zjistí, zda už v ní někdo je);

- Podáváním ruky – ruka ve výši pasu, mírně předsunuta vpřed, je tak „nabídnutá“, tím se minimalizuje míjení rukou;
- Mimikou a její důležitostí;
- Schopnost pomoc přijmout či ji odmítnout slušnou formou;
- Směřováním pohledu (nácvik u očních protéz – důležitost zpětné vazby);
- Elementární schopnosti komunikace s neznámými lidmi (každý je neznámý) a vyžádání si eventuální nutné pomoci“ (Wiener, 2006, s. 64).

„Každá z jmenovaných skupin zrakově postižených má během komunikace, ať již písemného nebo ústní, určité požadavky na úpravy a specifika“ (Růžičková, 2008).

1.3.1 Orální komunikace

„Při komunikaci se zrakově postiženým jedincem je třeba zachovávat základní pravidla slušného jednání a oboustranně vyvážené komunikace. Vždy je samozřejmě nutno brát ohled na zrakovou vadu a její stupeň“ (Růžičková, 2008).

1.3.2 Komunikace s osobou nevidomou

Tyto osoby s nejtěžším zrakovým postižením jsou ve značné míře svými projevy a důsledky nejcharakterističtějšími a nejnámějšími zástupci kategorií osob s tímto handicapem.

Základní principy a zásady během komunikace shrnul Pavel Werner (2007):

- Před každým, a to ať slovním nebo taktálním kontaktem, je třeba nevidomou osobu oslovit;
- Mluvit přímo na člověka – je přece slušností s komunikačním partnerem udržovat oční kontakt, pokud toto ze zjevných důvodů nelze, stále zůstává daná zdvořilost nutností;
- Představit se, a to i v případě, že vás člověk zná (jsou např. situace, ve kterých nevidomí kontakt s vámi neočekává, a proto si vás hned nemusí zařadit);
- Každý člověk chce být vnímán jako samostatná bytost – pozor na časté razení, fandění atp.;
- Nevidomým nemanipulujeme (slovně informujeme, kam se má přesunout, posadit, postavit atp.);

- Nepřemísťujeme jeho ani věci společné;
- Hlásit každý odchod během komunikace;
- Je potřeba každá okamžitá zpětná vazba (nestačí pokývnutí hlavou ani mávnutím rukou, je potřeba nějaké vokální vyjádření)“ (Růžičková, 2008).

1.3.3 Komunikace s osobami slabozrakými a se zbytky zraku

„Jedinci slabozrací a se zbytky zraku jsou specifickou skupinou mezi zrakově postiženými především tím, že většinu informací se snaží získávat zrakovou cestou, která nedostačuje ve všech okamžicích a situacích. Během komunikace je nutné:

- Snažit se udržet oční kontakt, který může být v některých případech rušen projevy zrakově postiženého (např. nystagmem a jeho mimovolnými kmitavými projevy, nakláněním hlavy do dobrého zorného úhlu, natáčením hlavy atp.).
- Dodržovat zásady zrakové hygieny (dostatečnou mírou osvětlení nebo zastínění, barevnými podmínky v místnosti, zásadu kontrastu a jasů atp.) (Růžičková, 2008).

Zrakové postižení je smyslová vada, která ovlivňuje z velké části především osobnost a psychiku člověka. Není jednoduché se s touto skutečností vyrovnat. Příčiny poruchy zrakového vnímání mají různou úroveň a záleží na době vzniku. Příčiny dělíme na vrozené či získané. Podle stupně dělíme zrakové vady na osoby nevidomé, slabozraké, se zbytky zraku a s poruchami binokulárního vidění. Důležité je neopomenout řeč a komunikaci jedinců se zrakovým postižením. Oslovit intaktního jedince je pro většinu snadným úkolem, ale větší část populace neví, jak má komunikovat např. s člověkem, který trpí nevidomostí. Proto je důležité znát a umět použít pár zásad pro lehčí komunikaci.

2 Komunikační schopnost

Komunikace je jedna z nejzákladnějších potřeb člověka. Je to důležitý aspekt v rozvoji celé osobnosti. Řeč se vyvíjí již v průběhu ontogenetického vývoje. Řečí člověk sděluje své pocity, myšlenky a přání druhým lidem, proto je nezbytně nutná pro fungování v životě každého z nás. Ontogeneze řeči se vývoji odlišuje, jak u zrakově postiženého, tak i u intaktního jedince. Tahle část je věnována, v jakých oblastech se odlišnost projevuje. Popíšeme si jazykové roviny, které mají velký vliv při rozvoji komunikace.

2.1 Vymezení základních pojmů

Ve vývoji řeči neexistuje jednotná klasifikace. Abychom si mohli v prohloubit znalosti v této problematice, která se týká komunikační schopnosti je nezbytné ujasnit si pojmy související k této oblasti.

Jako první bych se chtěla zaměřit na pojem **komunikace**. Jedná se o velmi široký a komplexní pojem, který v každém vědním oboru nese jiný význam. Zejména se zaměřím na komunikaci v užším slova smyslu, kterou lze chápat jako výměnu informací mezi dvěma a více lidmi. Nejde pouze o verbální sdělování informací, ale do komunikace se promítá i část našeho světa (naše citění, myšlení a prožívání).

Pojem komunikace (z lat. communicatio, který lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obvykle lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k utváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace ovlivňuje významně rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz interakce, to znamená vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Znamená současně i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících (Klenková, 2006).

2.1.1 Typy komunikace

Podle charakteru prostředků a způsobu zprostředkování se dělí komunikace na verbální a neverbální. Při verbální komunikaci se používá verbálních prostředků, to znamená slovních

výrazů mluvených či psaných a dalších odvozených znakových soustav, jako jsou jazyky vědecké a umělecké. Při neverbální komunikaci se používá mimoslovních prostředků, jako jsou pohledy, gesta, doteky, prostorové umístění, výrazy tváře, pohyby, neverbální aspekty řeči (Janoušek, 1997, s.129).

2.1.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace zahrnuje veškeré dorozumívací prostředky, které se uskutečňují za pomoci mluvené nebo psané řeči. Slova (verbální komunikace) nejsou jediným sdělovacím prostředkem – při komunikaci používáme mimoslovní prostředky. Bavíme se o neverbální komunikaci (Klenková, 2006).

„Verbální komunikace probíhá nejméně ve dvou komunikačních liniích. Jednak je to linie tematická, o čem se mluví. Dále je to linie interpretační, která nese význam a smysl, jaký komunikující lidé tomu přikládají“ (Janoušek, 1997, s.144).

2.1.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace (nonverbální, mimoslovní, neslovní) zahrnuje veškeré dorozumívající prostředky, které mají neslovní podstatu. Každá neverbální signál něco znamená a má svůj význam. Někdy nám ilustrativně stanoví, co bychom chtěli vyjádřit (Klenková, 2006).

Druhy neverbálních prostředků jsou rozlišovány na gesta, pohyby, prostorové umístění, doteky, výrazy tváře, pohledy očí, parajazykové projevy (hlasitost, výška, rychlost, pauzy) (Janoušek, 1997, s. 144).

2.2 Ontogeneze řeči u intaktního dítěte

Vývoj řeči je velmi komplikovaný proces, na kterém se podílí řada endogenních a exogenních vlivů. Vývoj řeči z hlediska ontogenetického – tedy vývoje jedince – začíná obdobím jako *období novorozeneckého* (nebo kojeneckého) *křiku*. Zahrnuje první řečový projev hned po narození dítěte až do doby, kdy se začíná transformovat v melodičtější zvukovou podobu dětské řečové produkce. První novorozenecký křik je považován za projev reakce na změnu prostředí, které dítě po narození pociťuje (Škodová, Jedlička, 2007, s. 94).

U všech autorů se setkáváme s názory, že je potřeba vždy přistupovat k vývoji řeči u každého jedince individuálně (Klenková, 2006).

Sovák (1997) před období, než dítě začne mluvit, řadí celou řadu přípravných období, předstupňů řeči, která počínají hned po narození dítěte a nejsou časově přesně oddělena, prostupují se navzájem a vyvíjejí se současně vedle sebe. Klenková (2006) v ontogenezi dětské řeči vyděluje předběžná stádia vývoje řeči, a to jsou:

1. období křiku,
2. období žvatlání,
3. období rozumění řeči a vývoj vlastní řeči, kam řadí tyto postupná, na sebe navazující stádia;
 - a, stádium emocionálně – volní,
 - b, stádium asociačně – reprodukční,
 - c, stádium logických pojmů,
 - d, intelektualizace řeči.

2.2.1 Přípravná (předřečová) stádia vývoje řeči

V období, které probíhá zhruba do 1 roku života, si dítě osvojuje zručnosti, návyky, na jejichž základě vzniká později skutečná řeč. Tyto činnosti popisujeme jako předverbální a neverbální aktivity. Předverbální projevy jsou křik, broukání, mají užší vazbu na budoucí zvukovou, mluvenou a slovní řeč. Neverbální projevy, obsahující nezvukové i zvukové prvky, nemusí být vždy vázány na budoucí mluvenou řeč (např. zrakový kontakt, komunikace na základě tělesného kontaktu při kojení apod.). Předverbální aktivity postupně zanikají, ve vývoji budou nahrazeny verbálními projevy. Můžeme říct, že neverbální komunikace přetrvává v různých formách po celý život (Klenková, 2006).

Kolem 6. týdne života začíná být křik citově zabarvený. Nejprve patří k vyjádření nespokojenosti a nelibosti některých pocitů pomocí tvrdého hlasového začátku a v dalším období (mezi 2. a 3. měsícem) má křik měkký hlasový začátek a dítě jim vyjadřuje pocity líbivé (Klenková, 2006).

Kolem 8. – 10. týdne začíná období broukání, kdy dítě vydává různé hrdelní zvuky, postupně si začíná hrát se svým hlasem. Současně získává větší a větší kontrolu nad svým hlasem i polykacími pohyby a začíná vznikat pudové žvatláni. Kolem šestého až osmého měsíce nastupuje období napodobujícího žvatláni, kdy dítě začíná napodobovat hlásky mateřského jazyka. Dítě tyto hlásky neustále opakuje, toto napodobování označujeme za fyziologickou echolálii. Dítě zapojuje sluchovou kontrolu, proto je toto období z hlediska rozpoznání sluchové vady (Šulová, 2010).

2.2.2 Vlastní vývoj řeči

Kolem prvního roku života dítěte nastupuje období vývoje řeči charakteristické rychlým nárůstem slovní zásoby, která zahrnuje především konkrétní předměty a osoby v bezprostředním okolí dítěte. Vlastní vývoj řeči probíhá v několika na sebe navazujících stádiích.

Prvním obdobím vlastní řeči je stádium **emocionálně volní**, kdy vznikají první dětská slova vyjadřující pocity, přání a emoce. Dítě k tomu používá první reálný verbální projev. Prvním projevem jsou jednoslovné věty. Jsou to slova, která mají komplexní význam věty např. slovem „ham“ vyjadřuje radost, že dítě bude jíst. Společně s tím přetrvává žvatláni (Klenková, 2006).

Mezi jedním a půl až dvěma roky dítě objevuje mluvení jako činnost, tehdy mluvíme o stádiu **egocentrickém**. Nastupuje také první věk otázek „Proč to tam je?“ a „Co dělá?“. Dítě začíná tvořit věty, které nejsou zatím gramaticky správné (Bytešnicková, Horáková, Klenková, 2007).

Ve stádiu **asociačně reprodukcčním** získávají slova pojmenovací funkci. Nejprve označuje dítě různými výrazy konkrétní osoby a jevy kolem sebe, později tato označení přenáší na jevy podobné. Jde o první jednoduché asociace. Mezi druhým a třetím rokem řeč získává svůj komunikační záměr. Dítě se na základě řeči učí dosahovat drobných cílů a usměrňovat osoby ve svém okolí (Klenková, 2006).

Kolem třetího roku přichází stádium **logických pojmů**, které jedno z důležitých se označují jako období přechodu z první do druhé signální soustavy. Postupnou abstrakcí slov od konkrétní představy dochází ke zevšeobecnování pojmů. Dítě začíná chápat obsah slova, rozšiřuje se slovní zásoba a celkově dochází ke zkvalitnění řečového projevu. Toto období je charakteristické jako obdobím druhých otázek „Proč?“ nebo „Kdy?“ (Klenková, 2000).

Na přelomu 3. a 4. dítě projevuje své myšlenky obsahově i formálně s dostatečnou přesností. Klenková (2006) nazývá tohle období jako **intelektualizace řeči**. Týká se kvantitativní stránky, a to osvojování nových slov, prohlubování a zpřesňování obsahu slov, gramatických forem a rozšiřování slovní zásoby.

2.2.3 Jazykové roviny v ontogenezi řeči u intaktního dítěte

Na řečový vývoj můžeme nahlížet také z hlediska vývoje jednotlivých jazykových rovin, které se mezi sebou prolínají. Dvořák (2001, s. 169) definuje jazykovou rovinu jako určitý dílčí systém jazyka charakterizovaný specifickými základními jednotkami. Rozlišujeme čtyři jazykové roviny: foneticko – fonologickou, lexikálně – sémantickou, morfologicko – syntaktickou a pragmatickou.

Foneticko – fonologická se zabývá zvukovou stránkou řeči. Této rovině se věnují jazykovědné disciplíny fonetika a fonologie. Fonetika je definována jako „*interdisciplinární obor, který se zabývá mnohostranným popisem zvukové stavby jazyka a obecnými zákonitostmi jejího fungování v řeči*“ (Karlík, Nekula Pleskalová, 2002, s. 136). Zvukovou stránkou se kromě fonetiky zabývá také fonologie, která je s fonetikou v úzkém propojení. Fonetickou – fonologickou rovinu zmiňují jako první v pořadí, protože ji můžeme pozorovat co nejdříve.

Bytešníková (2007) zmiňuje za klíčový moment období přechodu z pudového žvatlání na žvatlání napodobující. Hlávky produkované před tímto obdobím měli pudový základ bez vědomé sluchové a zrakové kontroly. Výslovnost se rozvíjí od zvukově nejjednodušších artikulačních sktruktur až k zvládnutí hláskoslovnému systému mateřského jazyka. „*Nejdříve se v dětské řeči fixují samohlávky, v pořadí fixace souhlásek (konsonant) jsou to hlávky závěrové, úžinové jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření*“ (Klenková, 2006, s. 40).

Z pohledu logopeda je důležité znát vývoj dítěte v ontogenezi řeči, a to hlavně v pořadí fixace jednotlivých hlásek, jelikož podle tohoto pořadí se postupuje v korekci výslovnosti. Jako první se v dětské řeči fixují samohlávky až poté souhlávky (Klenková, 2006, s. 41).

Lexikálně – sémantická rovina se zabývá aktivní i pasivní slovní zásobu, definici pojmů a úrovně zobecnování (Bytešníková, 2007). Setkáváme se s pojmem individuální slovní zásoba, kterou můžeme dělit na pasivní a aktivní slovní zásobu. Pasivní slovní zásobu si člověk osvojuje dřív než aktivní. Jde o období kolem desátého měsíce, kdy dítě už začíná rozumět slovům, které používají osoby v neblížším okolí, ale samo je neuzívá. Aktivní slovní zásoba pak zahrnuje slova, která skutečně používáme a začíná se rozvíjet kolem prvního roku (Bytešníková, 2007).

Slovní zásoba zahrnuje tzv. lexikální systém, ve kterém jsou slova zorganizována. Dle Dvořáka (2001) je sémantika definována jako věda, která se zabývá významem jazykových jednotek. Slova mohou mít pouze jeden význam, jedná se tedy o slova jednovýznamová (např. matematika). Pokud má slovo mnoho významu, mluvíme o slovech mnohovýznamových (např. kolo).

Morfologicko – syntaktická rovina představuje oblast gramatiky. Morfologie (tvarosloví) je definována jako nauka o tvarech slov. Dítě si v rámci ní postupně osvojuje vědomosti o slovních druzích, o možnostech a způsobech jejich ohýbání pomocí časování, skloňování nebo stupňování (Marková, 2009). Nejmenší jazykovou jednotkou, které nese význam je morfém. Syntax lze definovat jako „*nauku o syntaktických vztazích mezi slovy ve větě, větnými členy a větami, o způsobech a prostředcích jejich realizace*“ (Ondruš, Sabol, 1987, s 188). Jednotlivá slova nejprve tvoří jednoslovné věty. Slova vznikají opakováním slabik např. mama, baba, tata jsou podobné v různých jazycích. Dítě z počátku užívá slova neohebná, podstatná jména užívá v prvním pádě a slovesa v infinitivu, eventuálně ve 3. osobě nebo rozkazovacím způsobu. Postupně se zastoupení slovních druhů mění a ve věku 1 a půl roku až

dvou let vznikají věty dvouslovné (Klenková, 2006). Tento prvotní gramatický systém se nazývá jako „pivotová gramatika“, kdy dítě spojuje dvě slova do jedné věty a jsou v pevné vazbě. Smysl těchto vět vychází z konkrétní situace (např. tata pa-pa, mama pa-pa) (Lechta, in Klenková, 2006). Schopnost vytvářet souvětí vzniká mezi 3. a 4. rokem, nejprve dítě tvoří souvětí slučovací a později o souvětí podřadná. Po 4. roce by měla být řeč po gramatické stránce správná, pokud se vyskytnou nápadné odchylky, může se jednat o narušený vývoj řeči.

Rovina pragmatická představuje sociální uplatnění osvojených řečových dovedností (Peutelschmiedova, 2005). Bytešníková (2007) vymezuje pragmatickou rovinu jako oblast jazykových schopností zahrnující správné užívání jazyka v rámci společenského kontextu. Již dvouleté až tříleté dítě chápe svou roli komunikačního partnera a zvládá reagovat dle konkrétní situace (Klenková, 2006).

Dle Bytešníkové (2007) v této rovině vystupují do popředí tyto aspekty: *„schopnost jedince aktivně se účastnit konverzace při zachování pravidel dialogu, schopnost postihnout a přiměřeně reagovat na nonverbální projevy, schopnost udržet téma rozhovoru, schopnost aktivně používat nonverbální komunikaci v závislosti na komunikační situaci, schopnost užívat adekvátně komunikační styly a způsoby chování vzhledem k různým komunikačním partnerům.“* Ve třech letech se u dítěte objevuje snaha komunikovat, navazovat a udržovat rozhovor s osobami ze svého blízkého okolí. Ve čtyřech letech je komunikace přiměřená dané situaci. Dochází k tzv. regulační funkci řeči, kdy je dítěti možné usměrňovat řeč i dítě samotné využívá řeč k regulaci dění ve svém okolí (Klenková, 2000a).

2.3 Ontogeneze řeči u dětí se zrakovým postižením

U dětí s těžkým postižením zraku téměř vždy dochází k opožděnému vývoji řeči. V předškolním věku dítě rozvíjí hlavně svou slovní zásobu a učí se správnou výslovnost (Kochová, Schaeferová, 2015). Dle Lechty (2011) je stupeň zrakového postižení významným determinanem. U dětí, kteří trpí se většinou nevyskytují nápadnější odlišnosti ve vývoji. To však neznamená, že děti se slabozrakostí nepotřebují speciální přístup a pomůcky, které jim usnadní užívání zraku. V této kapitole se budu snažit popsat okrajově omezení nejen u dětí s těžkým zrakovým postižením zraku, ale věnovat se budu i dětem, které mají lehčí vady zraku.

Za hodnocení významu tzv. telereceptorů pro vývoj řeči se všeobecně uznává důležitost sluchu. Ačkoli je primární význam sluchu nepopíratelný, nelze ani podceňovat důležitost zrakového vnímání pro vývoj řeči a komunikační schopnosti vůbec (Lechta, 2008).

Lechta (2011) popisuje význam zrakového vnímání pro vývoj řeči ve dvou dimenzích:

- 1, zrakové podněty jako takové provokují dítě k vokalizaci, později k žvatlání a řečovým projevům.
- 2, odezírání pohybů mluvidel, respektive mimických pohybů od dospělých přispívá k osvojení si artikulace a neverbální komunikace.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) dítě reaguje i na obrazce, jenž mu připomínají lidskou tvář. Kolem 2. měsíce se začíná objevovat reakce úsměvem na lidskou tvář a úsměv. Novorozenec reaguje na lidský obličej, ale později dokáže i dospělého napodobovat. V 3. – 6. měsíci zrakové dojmy ovládají dětskou psychiku (i s jejich vlivem na vokalizaci). Až v 10. měsíci se pátravě rozhlíží po předmětu, který mu spadl na zem. Pokrok zrakového analyzátoru tedy umožňuje ročnímu dítěti jemnou adaptaci na podmínky prostředí (Příhoda, 1963).

2.3.1 Charakteristika komunikačních obtíží z hlediska jazykových rovin u dítěte se zrakovým postižením

Zrakové postižení má negativní vliv na vývoj řeči u dětí až do začátku předškolního věku a ovlivňuje nejen formální, ale také obsahovou stránku (Lechta, 2011). Zasaženy mohou být všechny jazykové roviny na různé době vzniku zrakového postižení, jeho druhu a závažnosti. Velký vliv má i osobnost konkrétního dítěte nebo prostředí, v kterém dané dítě vyrůstá a je vzděláváno.

Foneticko – fonologická rovina

Aby se řeč dobře rozvíjela je velmi důležité zrakové odezírání artikulačních pohybů mluvních orgánů a jejich reflexní napodobování. Nemožnost, nebo omezená schopnost přesného odezírání pohybů mluvidel při realizaci hlásek se pravidlem projeví ve výslovnosti dítěte se zrakovým postižením (Roderová, 2015). Dle Lechty (2011) není zrakové vnímání důležité jen pro odezírání správné výslovnosti, ale své místo má i při napodobování mimických pohybů a výrazů ve tváři. Během osvojování mateřských hlásek má zásadní roli také sluchové vnímání.

Morfologicko – syntaktická rovina

Dle Klenkové (2006) tuto rovinu můžeme zkoumat okolo 1. roku, kdy začíná vlastní vývoj řeči a první slova plní funkci vět. V začátcích vývoje nevidoucí batolata zaostávají za

vidoucími převážně proto, že nepoužívají přídavná jména, které ve velké míře označují znaky okolního světa. Svůj handicap však podle mnoha autorů zkorigují ještě v předškolním věku a dovolí pomocí slov výchovně usměrňovat jeho činnost (Lechta, 2011).

Pragmatická rovina

Je rovina, která představuje sociální aplikace, kdy do popředí vystupují sociální a psychologické aspekty (Klenková, 2006). Jedincům s nevidomostí chybí zrakový kontakt jako forma zpětné vazby, která umožňuje mluvčímu průběžně korigovat své výpovědi podle reakcí příjemce. V oblasti neverbální komunikace tak na sebe jedince upoutává pozornost i odlišným držením těla, chudší mimikou, pantomimikou a různými automatismy např. (kýváním), které souvisí s narušeným koverbálním chováním (Keblová, 1996).

Lexikálně – sémantická rovina

Tato rovina se týká obsahu a výstavby řečových výrazů. Někteří autoři zmiňují, že verbální percepce i produkce je u dětí nevidomých jako u dětí, které vidí. Jiní autoři poukazují na obsahová specifika. Lechta (2011) uvádí, že nevidomí lidé identifikují určitý předmět podle akustických a haptických znaků, které vidoucím připadají nepodstatné, a tímto způsobem probíhá i jejich výstavba pojmů. Tady vzniká nesrovnalost mezi velkou zásobou slov a nedostatečnou zásobou představ. V souvislosti s touto problematikou se mluví o verbalismu, kterému je věnováno více informací v následující kapitole.

K nejdůležitějším lidským schopnostem náleží komunikační schopnost. Nevyhnutelné pro udržování a získávání mezilidských vztahů je veškerá komunikace. Pomocí ní si rozvíjíme vlastní osobnost a vědomosti. Komunikaci můžeme popsat jako výměnu informací mezi lidmi. Při sledování komunikační schopnosti porovnáváme a zaměřujeme se na čtyři jazykové roviny, jenž se prolínají a navazují na sebe.

3 Rozvoj komunikační schopnosti u dětí se zrakovým postižením

V této kapitole se zaměříme na hlavní typy narušené komunikační schopnosti. U dětí se zrakovým postižením bývá narušená komunikační schopnost přidružena vedle dominantní zrakové vady. Nejčastěji u těchto dětí dochází k opožděnému vývoji řeči. U dětí se zrakovým postižením se objevují různé druhy a stupně poruch řeči, od lehkých forem, které se můžou časem samy upravit, až po poruchy závažné vyžadující odbornou pomoc.

3.1 Formy narušené komunikační schopnosti

V této kapitole se zaměřím na nejčastější typy narušené komunikační schopnosti, které mohou být u dětí se zrakovým postižením přidruženy vedle dominantní zrakové vady. Blíže budu specifikovat zejména ty poruchy komunikační schopnosti, se kterými jsem se setkala v praxi.

Stupeň zrakového postižení determinuje výskyt a typ poruchy řeči u dětí s postižením zraku. Z tohoto důvodu se často uvádí zvlášť výskyt poruch řeči u nevidomých a u dětí slabozrakých. Na vývoj řeči má také vliv, kdy došlo ke vzniku zrakové vady. Pokud je to období po zafixování správné výslovnosti, není komunikační schopnost narušena tak závažně, jako když k postižení dojde před zafixováním správné výslovnosti (Klenková, 2006).

U dětí s těžkým postižením zraku téměř vždy dochází k tzv. **opožděnému vývoji řeči**. Příčin může existovat mnoho, častou příčinou může být sociální prostředí, které je nepodnětné nebo dítěti nevěnuje dostatečnou pozornost. Do jisté míry může mít vliv také dědičnost. Mezi další faktory patří citová deprivace, nedostatek mluvního kontaktu, nedonošenost, nevyzrálá nervová soustava či lehká mozková dysfunkce. Nedostatky ve zrakovém vnímání způsobují pouze přechodná opoždění vývoje řeči. Ve většině případů dojde k vyrovnání opožděného vývoje řeči, pokud je dítě vhodně a dostatečně stimulováno (Kutálková, 1999).

U dětí se zrakovým postižením je možné pozorovat různé symptomatické vady řeči. Stejně jako u intaktních dětí se jedná nejčastěji o **dyslálii**. Lechta (2005) definuje dyslálii jako „neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem“. Z vývojového hlediska můžeme dyslálii dělit na:

1. **Fyziologickou dyslálii** – nesprávná výslovnost až do 5 let, kdy se ještě vyvíjí schopnost napodobovat slyšené;

2. **Prodlouženou fyziologickou dyslálii** – do konce 7. roku se upevňují mluvní stereotypy a někdy ještě nesprávná výslovnost přetrvává až do 7 let;
3. **Pravou dyslálii** – po 7. roce je odchylka ve výslovnosti zafixována.

Klenková (2006) uvádí, že nevidomé děti nemají možnost nápodoby řečového vzoru od nejranějších vývojových období, a z toho důvodu nedokážou dobře diferenciovat bilabiální hlásky M a N, což je u vidících dětí téměř neobvyklé. Lechta (2011) zmiňuje interdentalní výslovnost rozličných hlásek jako další častý znak dyslalie u dětí se zrakovým postižením. Jedná se především o výslovnost alveolárních hlásek T, D, N. Mezi další charakteristiky patří nepřirozené pohyby rtů, jazyka či tvoření hlásek artikulačními orgány, které se běžně na jejich tvorbě nepodílí.

Terapie dyslalie je u každého dítěte individuální, přesto má několik fází, které se musí při vyvozování dodržovat:

1, Přípravná cvičení – cvičení dechová, fonační, cvičení na rozvoj motoriky mluvních orgánů, nácvik a rozvíjení fonematické diferenciaci.

2, Vyvozování nové hlásky – tady můžeme využít metody přímé a nepřímé. Přímou metodu navozujeme přímo danou hláskou.

3, Fixace výslovnosti hlásek – spočívá v spojení vyvozené hlásky s jinými hláskami v různých spojeních, nejčastěji nacvičujeme ve slabikách a slovech.

4, Automatizace výslovnosti vyvozené hlásky – jde o závěrečnou etapu terapie, která se nesmí vynechat. Výsledkem je správná výslovnost nacvičované hlásky ve spontánní řeči (Klenková, 2006).

Typickou symptomatickou poruchou řeči bývá u nevidomých dětí verbalismus. Dítě používá slova, kterým nerozumí, nechápe jejich přesný význam nebo má o předmětu nejasnou představu. Když zvolíme vhodné speciálně výukové metody, je možné verbalismy redukovat, např. pomocí konkretizování slovníku, kdy dítěti poskytujeme dostatečné množství praktických zkušeností, umožnění manipulaci s předměty a orientovat se v prostoru. Při rozvoji komunikačních schopností je důležité využívat sluch, hmat, chuť (Klenková, 2006).

Breptavost (tumultus sermonis) náleží do skupiny narušení fluence řeči. Mezi její typické příznaky v mluvené řeči se řadí akcelerace neboli její zrychlení, vynechávání slabik a opakování, porušená artikulace, časté vdechy doprovázené inspirační šelestí, zastřený a málo rezonující hlas a dysmúzie související s dysprozodií (Škodová, Jedlička, a kol. 2007).

Koktavost (balbuties) se u osob se zrakovým postižením vyskytuje 4,5 – 11 %. (Hudelmayer, in Lechta, 2011). Definovat koktavost podle J. Klenkové není snadné. V současné době v logopedii se nejčastěji využívá definice, kterou zveřejnil Lechta: „*Koktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participující na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým přerušováním řeč)*“ (Lechta, in Klenková, 2006, s. 154).

Huhňavost (rinolálie) otevřená se podle výzkumu vyskytuje u osob s postižením zraku v 8 %, zavřená v 4 %. (Lechta, 2011) Tato narušená komunikační schopnost postihuje zvuk řeči a artikulaci. Dochází k narušení oronazální rovnováhy, tzn., že se u orálních hlásek nazalita patologicky zvýší (hypernazalita – otevřená rinolálie) nebo sníží (hyponzalita – zavřená huhňavost) (Klenková, 2006).

Poruchami hlasu se především zabývá obor foniatrie. Hlas je definován jako zvuk, který vznikne průchodem hrtanového tónu vzniklého na hlasívkách. Je charakterizován výškou, kvalitou, barvou, kvalitou a hlasitostí (Novák, in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

3.2 Specifika logopedické intervence u dětí se zrakovým postižením

Aktivitu, kterou vykonává logoped, nejlépe vystihuje pojem logopedická intervence. Dle Lechty (cit. Klenková, 2006) je logopedická intervence k dosahování tří cílů: 1, identifikovat, 2, eliminovat, zmírnit či alespoň překonat narušenou komunikační schopnost, 3, předejít tomuto narušení, zlepšit komunikační schopnost. „*Logopedickou intervencí chápeme jako složitý multifaktoriálně podmíněný proces, který se realizuje v zájmu dosažení těchto cílů na třech úrovních: 1, logopedická diagnostika, 2, logopedická terapie, 3, logopedická prevence*“ (Klenková, 2006).

Cílem logopedické diagnostiky je stanovení diagnózy. Logoped by se měl snažit přistihnout narušenou komunikační schopnost co nejpřesněji a zaměřit se i na funkce neporušené, na kterých lze následně pokračovat v terapii. Díky stanovené diagnóze můžeme správně vybrat a aplikovat intervenční metody a stanovit plán logopedické intervence (Klenková, 2006). Vždy musíme respektovat stupeň vývoje, ve kterém se dítě aktuálně nachází a na to navazovat krůček po krůčku za stanovenými cíli (Kutálková, 1999).

Správné stanovení diagnózy může být u dětí se zrakovým postižením proces dlouhodobý a náročný vzhledem k vhodnému výběru a volbě pomůcek, které musí vycházet ze speciálních a individuálních potřeb dítěte, jeho možností a schopností. Logopedická diagnostika zrakově

postižených by měla navazovat na primární diagnostiku pediatrickou, neurologickou a oftalmologickou. Logopedická péče se opírá o tyto lékařské výsledky, psychologické a speciálně pedagogické vyšetření (Matoušková, In Baslerová a kol., 2012).

Při rozvíjení komunikačních schopností u dítěte se zrakovou vadou je vždy nutná spolupráce logopeda a tyflopeda, který s dítětem vykonává zrakovou terapii. Dále je vhodné, aby se logoped orientoval v oblasti oftalmologie, psychologie, rehabilitace i pedagogiky. Nejvíce musí logoped spolupracovat také s rodiči dítěte, kteří budou aplikovat doporučené intervenční metody v domácím prostředí.

Důležité pro další práci s dítětem je vědět, jak dítě využívá svůj zrak při práci, jaký je jeho oční kontakt, jakou potřebuje optimální vzdálenost nebo úhel pro zrakové zpracování na práci do blízka, ale i na dálku a jak dokáže využívat své ostatní smysly (Kulštrunková, in Baslerová a kol., 2012).

Individuální logopedická péče s dětmi se zrakovým postižením je specifickou situací, kdy není možné dítěte předvádět určitou činnost mluvidel před zrcadlem nebo pomocí zrakového odezírání artikulace u logopeda. U těchto dětí je nutné pracovat s podporou sluchového a hmatového vnímání. Proto je nutné dítěti co nejpřesněji popsat postavení a činnost mluvidel zejména u hlásek, které jsou akusticky příbuzné, ale artikulačně (především opticky) je jejich tvoření nápadně odlišné (Lechta, 2011). Můžeme využít přirovnání k něčemu, o čem má dítě představu dobře vytvořenou, např. při hlásce O – našpul ústa, jako bys chtěl jíst švestku, můžeš si mírně prsty zmáčknout tvářičky. Také lze v těchto situacích dobře využít speciální pomůcky, jako jsou například reliéfy mluvních orgánů. Nejjednodušší metodou však zůstává systematické ohmatávání hlasového projevu logopeda na rtech, tvářích a krku. To platí i při dechových cvičení, kde se dá využít i metoda foukání na ruku. Logoped by se měl věnovat nejen odstraňování poruch řeči narušující zvukovou stránku řeči, ale zasahovat by měl také do lexikálně – sémantické, morfologicko – syntaktické a pragmatické jazykové roviny (Klenková, 2006).

Děti se zrakovým postižením mohou hůře identifikovat obrázky jako symboly známých věcí. Vzhledem k nedostatkům zrakové diferenciacce je obtížnější i uvědomění si souvislosti mezi předmětem a jeho zobrazením. Hmatově prezentována věc je trojdimenzionální a její obrys je dvojdimenzionální. Z hlediska hmatové percepce je jejich vzájemná podobnost minimální. Nevidomé děti se musí učit chápat vzájemné vztahy mezi objekty a jejich symbolickým zobrazením (Vágnerová, 1995).

Zvýšená pozornost by měla být věnována rozvoji mimických pohybů, abychom co nejvíce zabránili narušenému koverbálnímu chování. Chvatcev (sec. cit. Lechta, 2011) doporučuje systém her pro cvičení mimického svalstva dětí, např. hrajeme si na překvapené, kdy zdviháme obočí, hrajeme na smutné, koutky úst spustíme dolů apod. Mimické a pantomimické projevy jsou pro tyto jedince těžce dostupné. V případě komunikace s částečně vidícími dětmi můžeme mimické a pantomimické projevy zvýraznit a zpomalit. Tímto způsobem umožníme dítěti, aby se seznámil i s neverbální složkou komunikace (Vágnerová, 1995).

Logopedická intervence se snaží o eliminaci nebo překonání narušené komunikační schopnosti. Uskutečňuje se v rámci třech cílů na této úrovni: logopedické diagnostiky, terapie a prevence. Na základě správně stanovené diagnózy můžeme vybrat a aplikovat intervenční metody a stanovit plán logopedické podpory.

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se zaměříme především na hlavní cíle šetření a vlastní výzkum. Výzkum se opírá o výsledky pozorování a rozhovorů. Pozorování probíhalo týden v mateřské škole Eliška, která se zaměřuje na vzdělávání dětí se zrakovým postižením a ostatními vadami.

4 Cíl a metodologie šetření

Hlavním cílem je analýza komunikačních schopností a dovedností u dětí, které mají zrakové postižení.

V souvislosti s hlavním cílem byly stanoveny cíle dílčí, které se zaměřují:

- 1, analýzu jednotlivých jazykových rovin;
- 2, analýzu uplatnění komunikačních dovedností v kolektivu;
- 2, analýzu poskytování logopedické intervence

Na základě hlavního cíle a cílů dílčích byly stanoveny výzkumné otázky, která se vztahují ke sledovaným dětem se zrakovým postižením.

Výzkumná otázka č. 1: „Vyskytuje se u dětí se zrakovým postižením narušená komunikační schopnost?“

Výzkumná otázka č. 2: „Jak je potřeba upravit materiály a pomůcky pro děti se zrakovým postižením?“

Výzkumná otázka č. 3: „Je u dětí výrazně narušená lexikálně – sémantická rovina?“

Výzkumné šetření se opíralo o kvalitativní metodologii, což umožňovalo získat více informací. Ke sběru dat bylo využito několik technik např. polostrukturovaný rozhovor, analýza dokumentů a analýza. V předškolním zařízení byly provedeny rozhovory s rodiči a pedagogy. Po nastudované teorie byly stanoveny otázky, které byly hlavním těžištěm pro rozhovor s rodiči sledovaných dětí. Rozhovory probíhaly v prostředí, které si rodiče sami vybrali kvůli

příjemnější atmosféře. Díky stanovené osnově byly rozhovory s rodiči úspěšné a pomocí doplňujících otázek byly zpracovány případové studie pozorovaných jedinců. Pozorování probíhalo během pěti dnů v mateřské škole a při individuální práci s dětmi se zrakovým postižením.

5 Charakteristika místa šetření

Výzkum bakalářské práce probíhal v mateřské škole Eliška, která se nachází v Moravskoslezském kraji. Toto místo bylo vybráno blízko mého bydliště, ale také klientelou a ochotou paní ředitelky, pedagogů a rodičů ke spolupráci. Mateřská škola se zaměřuje na vzdělávání dětí se zdravotním postižením v oblasti tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové a dětem s poruchou autistického spektra. Cílem školy je zajistit včasnou komplexní a koordinovanou péči jakkoli zdravotně handicapovaným dětem, pomáhají při integraci do běžných škol, a hlavním cílem je spolupráce s rodinou. U dětí je zajištěna odborná péče v oblasti rehabilitační, ortopické a logopedické.

Během týdenní návštěvy mateřské školy se uskutečnily rozhovory s rodiči a pozorování vybraných dětí. V průběhu sběru dat byla hlouběji sledována problematika, díky sledování dětí při různých terapiích, které probíhaly během vzdělávání v MŠ.

Do výzkumného vzorku byly vybrány tři děti, které mají zrakové postižení a jsou ve věku od 3-7 let. Pozorování směřovalo hlavně na řečové dovednosti a na rozvoj komunikačních schopností dětí.

Prvnímu dítěti (dívka) je diagnostikována retinopatie nedonošených (odchlípení sítnice) v pátém stupni. V tomto případě se jedná o praktickou slepotu. Dívka má zachovalý světlocit. Probíhá u ní dvakrát týdně logopedická intervence.

Druhému dítěti (chlapec) je diagnostikována retinopatie nedonošených ve čtvrtém stupni. U chlapce je zachován světlocit.

Třetímu dítěti (dívka) je diagnostikována středně těžká slabozrakost, jako přidružené postižení má amblyopii a hypermetropii. Dále je diagnostikována logopedická vada dyslalie multiplex – nesprávná výslovnost hlásky L, R, Ř.

6 Vlastní šetření

6.1 Případová studie dívky A

Diagnóza dívky

Dívce byla diagnostikována retinopatie nedonošených pátého stupně. Jde o úplné odchlípnutí sítnice a jedná se o úplnou slepotu.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila v roce 2017. V době šetření měla 5 let a měsíc. Dívka má staršího bratra, který bez postižení. Těhotenství bylo plánované, probíhalo bez komplikací, a přesto došlo k předčasnému porodu. Dívka se narodila v 25. týdnu těhotenství, váha byla 1150 g a výška 37 cm. Novorozená dívka byl umístěna do inkubátoru, kde došlo k poškození zraku – retinopatii nedonošených. Zrakové postižení bylo diagnostikováno v prvních týdnech po porodu. Dívka nemá žádné další přidružené postižení.

Rodinná anamnéza

Dívka žije v úplné rodině a matkou, otcem a starším bratrem. Rodiče jsou ve svazku manželském. Rodiče mají zájem o rozvoj dívky. Matka se narodila v roce 1992 a je vyučena kuchař/čistič, pracuje ve firmě jako dělnice. Otec se narodil též v roce 1992, je vyučen jako obráběč zemědělských strojů. V rodině se vyskytuje šelest, anémie, cukrovka. U otce byla v pozdějším věku zjištěna alergie. U matky se nevyskytují žádné onemocnění.

Psychomotorický vývoj

Motorický vývoj je opožděný, od dvou do čtyř let se s dívkou cvičila Vojtova metoda z důvodu, že se dívka nepřetáčela. Dívka seděla bez opory kolem osmého měsíce. Po čtyřech lezla do devátého měsíce a chodit začala, když jí byl rok a půl. Vývoj řeči byl v normě, první slova začala využívat po prvním roce a jednoduché věty skládala po roce a půl. Přesto byly u dívky zjištěny nesprávné výslovnosti několik hlásek. Dívka při mateřské škole má pravidelné cvičení logopedie. Dívka má ráda různé sluchové hračky. V jemné motorice si vede dobře, jen se musí upravit špatný úchop držení psacího náčiní.

Komunikační schopnost

Dívka je řečově velmi aktivní. Matka s ní od narození hodně mluvila. První jednoduchá slova se objevila po prvním roce. Dívka je zvědavá a hodně se ptá na různé věci, kterým nerozumí. U dívky se objevuje parciální dyslálie, tomhle případě jde o nesprávnou výslovnost hlásky R a Ř. V mateřské škole probíhá logopedická intervence, která započala při nástupu dítěte do mateřské školy.

Foneticko – fonologická rovina

U dívky se objevuje přehnané zapojení rtů do artikulace, které nazýváme hyperlabializace. Někdy se objevuje interdentalní výslovnost některých hlásek, zapříčena neschopností odezírání artikulačních orgánů a mimiky. Během logopedické intervence se u dívky velmi zlepšila artikulační schopnost, při práci využívá trojrozměrné modely hlásek.

Lexikálně – sémantická rovina

Dívka využívá mnoho slov, které si vymyslela a přidává jim význam. Někdy je schopná slova přiřadit ke správnému předmětu. Např. místo kulatý užívá „zakulacený“. Při vytváření a osvojování nových slov matka využívala zvuk, protože se dceři zvuky líbí a ví, že ji to zaujme. Slovní zásoba dívky je bohatá a odpovídá věku, jen díky matce, která kladla důraz na rozvoj v komunikaci. Dívka v mateřské škole používá verbalismy.

Morfologicko – syntaktická rovina

Ve slovosledu ani gramatice nemá dívka výrazné problémy. Matkou bylo řečeno, že si gramatické zásady vštěpila dostatečně brzo. Někdy se v malé míře objevují dysgramatismy. Problémy přebývají v určení barvy, tvaru, velikost předmětu, které souvisejí se značně omezenými schopnostmi zrakového vnímání.

Pragmatická rovina

Dívka se vyptává na spoustu věcí, je velmi komunikativní a v kolektivu se nestydí mluvit. Někdy narušuje a vstupuje do dialogů ve třídě. Učitelka se snaží tohle dívenku odnaučit a vysvětlit jí, že musí být trpělivá a počkat až domluví s jejím kamarádem. Zrakový kontakt příliš dobře nenavazuje, upřednostňuje taktilní kontakt, proto s učitelkou a logopedkou ho trénují.

Analýza průběhu logopedické intervence

V mateřské škole působí logopedka, která si děti bere postupně dle individuálních potřeb. Logopedické intervence se účastní i matka, protože zjistili, že dívka je více klidná a lépe spolupracuje. Dívku nejvíce baví písničky pro nejmenší a různé rytmické básničky. Logopedka se snaží s dívkou nejvíce rozvíjet slovní zásobu za pomoci předmětů, které si dívka nejdříve osahá.

Logopedka při intervenci využívá všech smyslů, upřednostňuje především hmatové a sluchové. Podstatnou částí intervence jsou oromotorická a dechová cvičení. Při oromotorickém cvičení využívá logopedka dlaně od dívky, které si pokládá na své ústa a dívka se snaží opakovat zvuky. Nejčastěji jsou využívány trojrozměrné modely a reliéfní obrázky hlásek.

Dívce se velmi líbí hračky s různými povrchy, její nejoblíbenější je hmatové pexeso, při kterém se rozvíjí slovní zásoba. Dvakrát do měsíce s paní logopedkou se věnují mimickým hrám, kdy si logopedka s dívkou hraje na smutné, veselé, rozzlobené, plačící, vystrašené, což dívce pozitivně pomáhá při odbourání nevhodného kverbálního chování. Logopedická intervence probíhá z větší části rozhovorem nad různými předměty.

Logopedka popisovala, že první setkání s dívkou proběhlo pozvolna. Ze začátku byla plachá a vůbec nepromluvila. Logopedka se s dívkou domluvila, že odpověď pošeptá mamince a ta ji pak řekne logopedce. Při dalších sezeních se komunikace s chlapcem zlepšila a při pátém sezení začala dívka komunikovat sama.

6.2 Případová studie chlapce B

Diagnóza chlapce

Chlapcovi byla diagnostikována retinopatie nedonošených (odchlípnutí sítnice) čtvrtého stupně. Jde o praktickou slepotu, u chlapce se zachoval světlocit.

Osobní anamnéza

Chlapec se narodil v roce 2016. V době šetření měl 6 let. Těhotenství s chlapcem bylo plánované, vše probíhalo bez problémů. Porod byl předčasný a narodil se v 28. týdnu, přičemž

porodní váha byla 1205 g a výška 40 cm. Chlapec měl novorozeneckou žloutenku a byl umístěn v inkubátoru. K poškození zraku došlo přibližně měsíc po narození, kdy ani po dvou operacích oči nepřijaly přiložení sítnice. Kromě chlapcovi zrakové vady nebyla u něj dále zjištěna žádná další postižení.

Rodinná anamnéza

Chlapec vyrůstá v neúplné rodině, žije pouze s matkou. Otec se s chlapcem vidá pouze o víkendu jednou za 14 dní. Matka se narodila roku 1978, má středoškolské vzdělání je v domácnosti. Otec je narozen roku 1977, má výuční list a pracuje jako dělník na stavbách. V rodině se nevyskytují žádná postižení. Otec má pouze astma a alergie na sennou rýmu a pyl.

Psychomotorický vývoj

Psychomotorický vývoj chlapce je značně opožděn. V roce a půl byl chlapec schopný sedět bez jakékoliv opory, časem začal ložit. Chodit začal kolem třetího roku, ale chůze byla dost nekoordinovaná. Předtím se chytal pouze nábytku. V prostoru se orientoval velmi špatně, proto ve čtyřech letech jim asistentka z rané péče pomáhala s prostorovou orientací. Následně matka chlapce učila pohybovat se ve známém prostoru. Hlavně po bytě a blízkém okolí, kam matka s dítětem chodí ven. Toto období bylo náročné jak pro matku, tak i chlapce. Chlapec byl velice unavený a často nechtěl spolupracovat. Hygienické návyky musí vykonávat s dopomocí.

Chlapec má velmi rád trampolínu, plavání, jízdu na koloběžce a různých odrážedlech. Chlapec pravidelně s matkou navštěvuje krytý bazén. Chlapec sám říká, že plavání je jeho nejoblíbenější sport. Na hřišti se mu líbí různé průlezky a houpačky. Chlapec je velmi kontaktní a preferuje taktilní hračky např. rád má zasouvání kolíčku podle velikostí, navlékání různě velkých korálků.

Komunikační schopnost

Chlapec je společenský a nebojí se jakékoliv komunikace ani s cizím člověkem. První slova začal používat v jednom roce. Chlapec rád poslouchal mluvené slovo z různých pohádek. V mateřské škole není jeho oblibou různé písničky a básničky. Dítě navštěvuje logopeda v MŠ.

Foneticko – fonologický rovina

Chlapec nemá obtíže z hlediska foneticko – fonologické roviny. Když začal docházet na logopedii tak zaměňoval hlásky M a N. Logopedka začala s chlapcem cvičení na fixaci hlásek a rodičům dala úkol cvičit výslovnost. Chlapec během třech měsíců hlásky ovládala bez problémů. S chlapcem se učitelka v mateřské škole snažila učit básničky na danou hlásku.

Lexikálně – sémantická rovina

Chlapec má velmi bohatou slovní zásobu, přesto u některých slov chybí pochopení a objevují se verbalismy. Objevují se ve větší míře v kolektivu, kdy chlapec používá stejná slova, jako jeho vrstevníci, ale ne vždy pochopí význam např. u barev, velikostí, tvarů. Chlapec je hodně zvědavý, proto u chlapce není problém v budování nových slov a slovní zásoby. Chlapec si spoustu slov fixuje a lépe se mu pamatují pomocí popisování okolí, např. během procházky nebo jízdou autem, autobusem apod. Přesto se někdy stane, že matka po určité době zjistí, že chlapcova představa o předmětu je nejasná a nepřesná.

Morfologicko – syntaktická rovina

Když chlapec nastoupil do mateřské školy, často o sobě mluvil ve třetí osobě jednotného čísla. Většinu činností, co dělal popisoval jako pozorovatel. Ve slovosledu a gramatice nejsou výrazné chyby.

Pragmatická rovina

Chlapec je velmi taktilní a má rád dotek, velmi často si mne a zatlačuje oči. Na tuto věc je chlapec upozorňován, ale po chvíli to opakuje. Matka vyzorovala, že tento problém se nejčastěji děje, když je chlapec v novém prostředí nebo si není zcela jistý. Někdy s objevuje nežádoucí koverbální chování např. začne si drápat ruce. Chlapcovi se vždy ruce chytí a uklidňuje se. Toto chování většinou vyplyne s nežádoucí nebo stresové situace.

Analýza průběhu logopedické intervence

Logopedická intervence probíhá v rámci mateřské školy. Během setkání je pouze logopedka sama s chlapcem. Chlapec lépe reaguje na logopedku, když není přítomná matka.

Chlapec je velmi sdílný a nemá problém komunikovat, vyjadřuje se v rozvíjených větech souvětích bez dysgramatismů. Na otázky odpovídá v souladu s komunikačním záměrem respektuje střídání role mluvčího a posluchače.

Při prvních návštěvách logopedky bylo zjištěno několik nesrovnalostí v oblasti oromotoriky mluvidel. Pohyby jazyka jsou částečně omezené, nedaří se cílené pohyby – pohyby do stran a umístit špičku jazyka do stran. Chlapec nenafoukne do tváří a neuměl napodobit některé zvuky zvířat. V průběhu logopedické intervence a intenzivnímu cvičení doma s matkou po dvou měsících byl schopný nafouknout tváře, vypláznout jazyk, ale stále je nutné se věnovat stimulaci oromotoriky. V artikulaci nemá chlapec větší problémy. Při vstupu do mateřské školy bylo zjištěno, že realizuje špatné souhlásky M a N, které si v průběhu logopedické intervence správně zafixoval a nemá s nimi problém. Verbální projev u chlapce je dobrý, vzhledem k tomu, že má chlapec širokou slovní zásobu.

Logopedka u chlapce využívá trojrozměrné modely a reliéfní obrázky hlásek. Chlapce velmi baví všechny zvukové hračky a knížky. Oblíbené je zvukové pexeso, u kterého chlapec vydrží delší dobu.

6.3 Případová studie dívky C

Diagnóza dívky

Dívce je diagnostikována středně těžká slabozrakost, jako přidružené postižení má amblyopii a hypermetropii. Dále je diagnostikována logopedická vada dyslalie multiplex – nesprávná výslovnost hlásky L, R, Ř.

Osobní anamnéze

Dívka se narodila v roce 2018 a v době šetření měla 4 roky. Těhotenství bylo plánované a dívka se narodila z první gravidity. Během těhotenství probíhalo vše bez komplikací, porod proběhl v termínu a APGAR skóre po narození dosahovalo hodnot 10 – 10 – 10. Po porodu neměla novorozeneckou žloutenku a ji byl diagnostikován reflux, který přetrvával do 3 měsíce. Matka dívku kojila do devíti měsíců. V kojeneckém věku byla dívenka velmi živá.

Rodinná anamnéza

Dívka je narozena do úplné rodiny. Matka má vystudovanou vysokou školu a pracuje na úřadě. Otec má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou a je zaměstnán jako obchodní zástupce ve firmě. Dívka má jednu starší sestru. Rodiče přes rok nežijí ve společné domácnosti. Nyní dívka vyrůstá se svou matkou a sestrou, otce vidá jednou za čtrnáct dní. Matka dívky má také zrakové postižení, a to středně těžkou slabozrakost jako dívka.

Psychomotorický vývoj

Psychomotorický vývoj byl malinko opoždění, ale dívka vše dohnala. Je dost učenlivá a svou překážku kompenzuje ostatními smysly. Kolem 8. měsíce začala ložit a ve 14. měsíci začala chodit. Do určité doby vyžadovala podporu k chůzi, kdy se potřebovala někoho držet a mít podporu. Nebylo to z důvodu, že by dívka měla nekoordinovanou chůzi, ale měla strach. Po 2 měsících dívka překonala svůj strach a sama se pohybuje po známém prostředí. S veškerou hygienou pomáhají rodiče.

Dívka nemá značné problémy v jemné motorice. Baví ji různé navlékání korálek, kolíčku, hmatové hračky, ale nejvíce ji baví světelná pískovnička, kde si pomocí hry procvičuje hledání správných tvarů a barev.

Vývoj řeči se nacházel v širší normě. Kolem roku začala tvořit první slova a v roce a půl první jednoduché věty. U dívky se vyskytla nesprávná výslovnost několika hlásek. Dívka začala docházet na logopedii při školce.

Komunikační schopnost

Dívka nemá problém v komunikaci s rodiči. Při vstupu do mateřské školy se styděla a trvalo, než začala s učitelkou komunikovat. Ve školce začala nejprve komunikovat s kamarády. Dívka nemá problém s přednesem různých básniček a písniček. Matka tvrdí, že si dívka občas vymýšlí své slova a přisuzuje jim vlastní význam.

Foneticko – fonologická rovina

Dívka má problém s výslovností hlásek L, R, Ř. Jedná se o dyslálii multiplex. U dívky výslovnost není zafixována, ale stále se vyvíjí. S dívkou se nejdříve trénuje výslovnost hlásky L, po zafixování hlásky L bude navazovat cvičení pro správnou výslovnost hlásky R a Ř.

Lexikálně – sémantická rovina

Dívka má velmi širokou slovní zásobu, a to díky její zvědavosti se na vše okolo ptát. Někdy chce dívenka po matce vysvětlit obtížnější věci. Dívka si ráda ohmatává různé předměty, které nezná. Slovní zásoba u dívky se rozšiřuje především sluchem. Má ráda knížky, které ji matka čte před spaním. Oblíbená u dívky je albi tužky, kterou využívá jak doma, tak i ve školce. Nejraději má sluchové pexeso, které hraje se starší sestrou.

Morfologicko – syntaktická rovina

Dívenka o sobě mluví ve třetí osobě. Ve slovosledu a gramatice nejsou výrazné nesrovnalosti. Dívka má někdy problém rozlišit geometrické tvary a barvy.

Pragmatická rovina

Dívka si ráda povídá, ale pouze v blízkém rodinném kruhu. V mateřské škole je spíše uzavřená, komunikuje pouze v případě, kdy musí. Dívenka si nezvykla na kolektiv dětí, nemá žádné kamarády, s kterými by si mohla popovídat. Když je vystavena většímu kolektivu u dívky se objeví nežádoucí kverbální chování např. mne si ruce, začne se škrábat na levé ruce a přešlapuje z místa na místo.

Analýza logopedické intervence

Na prvním setkání logopedie byla dívenka trochu plachá, ale s paní logopedkou neměla problém komunikovat. Důvod je ten, že matka se účastí každé logopedie. Komunikace byla

slabší, než když je s matkou o samotě. Při práci má dívka pomalejší tempo a musí být více motivována a střídát práci s relaxací.

S dívkou se cvičí fixace hlásky L pomocí různých básniček a trojrozměrného modelu hlásky. S logopedkou se bude pozvolna pokračovat i v zafixování hlásky R a Ř, poté co si osvojí hlásku L.

Při intervenci se využívá všech smyslů. Dívka má nejraději sluchové a hmatové hračky. Nejčastěji se využívá sluchové pexeso, kterým se rozšiřuje slovní zásoba. Před každou logopedickou intervencí si logopedka s dívkou procvičí mluvidla. Nejdříve si 3x za sebou řeknou A, O, U, E, I, dále logopedka si s dívkou spočítá jazykem všechny zuby, udělají spolu malíře (špička jazyka maluje za horními zuby a pak za dolními), hodiny (říká dívce tik – tak, jazyk kmitá v rytmu z levého koutku úst do pravého koutku, čertíka (rychlé kmitání jazykem, mávání vystrčeným jazykem), koníka (mlaskání jazykem o horní patro), kapra (roztahování a stahování našpuhlených rtů). Dívka se tohle předpřípravné cvičení velmi líbí a užívá si ho.

7 Závěry z šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí pozorování dětí se zrakovým postižením a rozhovorů s rodiči a třídní učitelkou. Výzkum je zaměřený na analýzu narušené komunikační schopnosti a možné logopedické intervence u dvou dětí s nevidomostí a u jednoho se slabozrakostí. Během výzkumu byly informace získané v dostatečné míře, tak aby se mohly zpracovat případové studie a poté porovnat výsledky výzkumného šetření se stanovenými výzkumnými otázkami.

Výzkumné šetření se zaměřovalo k naplnění stanovených cílů a revizi výzkumných otázek. Pomocí výzkumného šetření byla ověřena následující výzkumné otázky, které se vztahují ke sledovaným dětem.

Výzkumná otázka č. 1: „Vyskytuje se u dětí se zrakovým postižením narušená komunikační schopnost?“

U všech sledovaných dětí se projevila narušená komunikační schopnost. Jako narušenou komunikační schopnost považuje u těchto jedinců za symptomatickou poruchu řeči.

Výzkumná otázka č. 2: „Je potřeba upravit materiály a pomůcky pro děti se zrakovým postižením?“

U dětí s tímhle typem postižení je vhodné mírně upravovat jak materiály, tak přizpůsobit vhodné pomůcky, se kterými mohou pracovat a rozvíjet se. Při úpravě pomůcek musíme brát zřetel na individuální přístup ke každému dítěti a vycházet z jeho potřeb. Nejdůležitější je zajistit vhodné osvětlení. Při logopedické intervenci jsem měla možnost se setkat s pomůckami, které se běžně využívají i pro intaktní děti např. sluchové pexeso, deskové hry, navlékání korálků, zvukové didaktické hračky.

Výzkumná otázka č. 3: „Je u sledovaných dětí výrazně narušená lexikálně – sémantická rovina?“

Výzkumné šetření ukázalo, že děti se zrakovým postižením mají poměrně velkou slovní zásobu. U dětí se nevyskytlo v řečovém vývoji velký skok v narušení lexikálně – sémantické roviny oproti intaktním jedincům. U některých dětí se vyskytovalo špatné pochopení významu slova nebo nebyla jasná představa předmětu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce shrnuje téma rozvoj komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením v předškolním věku.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Cílem teoretické části je vydefinovat zrakové postižení, klasifikaci, etiologii a komunikaci osob s různým zrakovým postižením. Následná kapitola se soustředila na vymezení komunikační schopnosti, kde byl popsán ontogenetický vývoj řeči a jazykové roviny u intaktního a zrakově postiženého dítěte. Poslední kapitola se věnovala rozvíjení komunikační schopnosti u dětí se zrakovým postižením.

Za hlavní cíl práce je považována analýza komunikační schopnosti a dovednosti dítěte se zrakovým postižením. Cíl bakalářské práce byl naplněn a většina výzkumných otázek byly potvrzeny. K vypracování případových studií bylo zapotřebí získání dat z pozorování dětí, rozhovoru s rodiči, logopedkou a třídní učitelkou v mateřské škole, data z osobní a rodinné anamnézy.

Pro získání cílů výzkumné části byla využita kvalitativní výzkumná metoda. Obsahovala pozorování, analýzu amnestických údajů, analýzu dokumentace, polostrukturovaný rozhovor s rodičem, logopedem a učitelkou mateřské školy.

Z výsledku výzkumného šetření je zřejmé, že děti se zrakovým postižením mají nedostatky ve verbální a nonverbální komunikaci. U těchto dětí si můžeme povšimnout potíží v artikulaci, hlavně v oblasti odezírání. Objevuje se nežádoucí koverbální chování, které se projevuje nevhodnými úškleby a záškuby.

LITERATURA

BASLEROVÁ, Metodika práce se žákem se zrakovým postižením. 2012. ISBN 978-80-244-3307-3.

BENEŠ, Pavel. *Zraková postižení*. 2019. Praga, 2019. ISBN 978-80-271-2110-6.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN isbn978-80-210-4454-8.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona, Radka HORÁKOVÁ a Jiřina KLENKOVÁ. *Logopedie & surdopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN n978-80-7315-136-2.

DVOŘÁK. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.

Janoušek, J. Sociální komunikace. In VÝROST, J. *Sociální psychologie*. Praha: ISV, 1997, s. 127-146. ISBN 80-85866-20-X.

KARLÍK, Petr, Marek NEKULA a Jana PLESKALOVÁ, ed. *Nový encyklopedický slovník češtiny*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2016. ISBN 978-80-7422-480-5.

KEBLOVÁ, Alena. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením: [metodická příručka pro učitele]*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-65-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.

KOCHOVÁ, Klára a Markéta SCHAEFEROVÁ. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál, 2015. ISBN n978-80-262-0782-5.

KIMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3.

KVĚTOŇOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-433-5.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

MARKOVÁ, J. *Úvod do lingvistiky*. In KEREKRÉTIOVÁ, A., et *Základy logopédie*. 1. vydanie. Bratislava: Univerzity Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5
PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky I*. Praha: SPN, 1977. ISBN 74-06-14.

RÖDEROVÁ, Petra. *Edukace osob se zrakovým postižením v osobnostním pojetí*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-8091-1.

RŮŽIČKOVÁ. *Specifika komunikace osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1935-0.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. Praha, 1984. ISBN 14-434-84.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1820-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-053-x.

VITÁSKOVÁ, Kateřina, Eva SOURALOVÁ a Libuše LUDÍKOVÁ. *Zefektivnění studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. Účelové publikace (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-0621-7.

VÍTEK, Jiří. *Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy: úvod do neurologie : úvod do oftalmologie : texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-154-6.

ANOTACE

| | |
|-------------------------|--|
| Jméno a přímení: | Zuzana Janovská |
| Katedra: | Ústav speciálněpedagogických studií |
| Vedoucí práce: | Mgr. Bc. et. Veronika Růžičková, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2021/2022 |

| | |
|----------------------------------|---|
| Název práce: | Rozvoj komunikačních schopností u dětí se ZP v předškolním věku |
| Název v anglickém jazyce: | Development of communication skills of children with visual impairment in preschool age |
| Anotace práce: | <p>Bakalářská práce se zabývá problematikou rozvoje komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením v předškolním věku.</p> <p>Cílem této práce je popsat specifika při rozvoji řeči a logopedickou intervenci. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola s názvem Zrakové postižení vymezuje celou problematiku zrakově postiženého dítěte. Pro pozorování vývoje řeči dítěte následuje kapitola Komunikační schopnost. Popsána je ontogeneze řeči u intaktního a zrakově postiženého dítěte. Stěžejním tématem je Rozvoj komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením, které je završeno kapitolou Specifika logopedické intervence u dětí se zrakovým postižením.</p> <p>Praktickou část tvoří zpracování tří případových studií dětí, které mají zrakové postižení. Podkladem je rozhovor s rodičem a osobní anamnéza.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Anotace práce v angličtině:</p> | <p>The bachelor thesis deals with the issue of the development of communication skills in children with visual impairment in preschool age.</p> <p>The goal of this thesis is to describe the specifics in speech development and speech therapy intervention. The theoretical part contains three chapters. The first chapter entitled Visual impairment defines the whole issue of the visually impaired child. To observe the child's speech development, the chapter Communication Ability follows. The thesis describes The ontogeny of speech in the intact and visually impaired. The Development of Communication Ability in Children with Visual Impairment is the main Topic of this thesis, which is concluded with a chapter on Specifics of Speech Therapy Intervention in Children with Visual Impairment.</p> <p>The practical part consists of three case studies of children with visual impairment. The basis is an interview with a parent and a personal history.</p> |
| <p>Klíčová slova:</p> | <p>Zrakové postižení, komunikační schopnost u dětí se zrakovým postižením, rozvoj komunikace</p> |
| <p>Přílohy vázané v práci:</p> | |
| <p>Rozsah práce:</p> | <p>44 stran</p> |
| <p>Jazyk práce:</p> | <p>Český jazyk</p> |