

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA
BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2014–2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Alena Mašatová

**Týmová spolupráce při logopedické intervenci u dětí
ze sociálně znevýhodňujícího prostředí**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Jana Melicharová, DiS.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR PART-TIME STUDIES

2014–2017

BACHELOR THESIS

Alena Mašatová

**Teamwork in a Speech Therapy Intervention in Children
from a Socially Disadvantaged Background**

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Jana Melicharová, DiS.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....
Alena Mašatová

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Janě Melicharové, DiS. za odborné vedení mé práce a za čas, který mi věnovala a za trpělivost.

Anotace

Práce se zabývá problematikou úrovně komunikační schopnosti u dětí ze sociálně znevýhodňujícího prostředí, významem týmové spolupráce při logopedické intervenci u těchto dětí a vlivem různých faktorů na rozvoj řeči. Teoretická část se zabývá problematikou logopedie speciální pedagogiky, specifikace předškolního věku. V praktické části jsou znázorněny výsledky empirického šetření, získané kvantitativním výzkumem.

Klíčová slova

Dyslálie, koktavost, logopedie, předškolní věk, řeč, speciální pedagogika, terapie.

Annotation

This thesis deals with the issues of the level of communication ability in children from a socially disadvantaged background, the importance of teamwork in a speech therapy intervention in these children and with the influence of different factors on the speech development. The theoretical part deals with the issues of speech therapy, special education and pre-school age specification. In the practical part, the results of an empirical survey, obtained using a quantitative research, are depicted.

Keywords

Dyslalia, pre-school age, special education, speech therapy, speech, stutter, therapy.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 LOGOPEDIE	10
1.1 Logopedická diagnostika.....	11
1.2 Logopedická terapie	13
2 SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA	15
2.1 Pojetí, obsah a cíle speciální pedagogiky	15
2.2 Terapeutické techniky ve speciální pedagogice	16
2.3 Rozdělení terapií ve speciální pedagogice	17
3 PŘEDŠKOLNÍ VĚK	19
3.1 Kognitivní vývoj.....	20
3.2 Problematika komunikačních schopností u dětí předškolního věku	21
3.2.1 Ontogenický vývoj řeči	21
3.2.2 Narušená komunikace u dětí předškolního věku	23
4 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH KATEGORIÍ NARUŠENÝCH KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ	24
4.1 Opožděný vývoj řeči	25
4.2 Vývojová dysfázie	27
5 SOCIÁLNĚ ZNEVÝHODNĚNÉ PROSTŘEDÍ	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
6 VYMEZENÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI	32
6.1 Výzkumný soubor	32
6.2 Výzkumná metodika.....	33
6.3 Zpracování výsledků výzkumu	33
7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ U 5 RESPONDENTŮ S NKS 34	
7.1 Kazuistika dítěte s koktavostí.....	34
7.2 Kazuistika dítěte A s narušenou komunikační schopností	36
7.3 Kazuistika dítěte B s narušenou komunikační schopností	38
7.4 Kazuistika dítěte C s narušenou komunikační schopností	39
7.5 Kazuistika dítěte s dyslálií.....	42
7.6 Výsledky dotazníkového šetření	45

8 DISKUSE	55
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
SEZNAM ZKRATEK	62
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	63

ÚVOD

Komunikace a komunikační schopnosti patří ke klíčovým lidským schopnostem. Podílejí se na vzájemném předání významů mezi jedinci, k vyměňování informací, oznámení a porozumění. Zcela klíčová je komunikace s dětmi, což závisí na dospělém jedinci, jak naučí své děti komunikovat. Děti takové schopnosti přijímají obvykle přirozenou cestou. Jsou ovšem děti, které mají problémy s komunikací. Komunikační dovednosti jsou jednou z nejdůležitějších lidských schopností. Komunikace je nástroj sloužící k předávání informací a dorozumívání se. Důležitou příčinou je přítomnost oslabených komunikačních schopností a je podstatné, aby rodiče poskytli dítěti dostatek péče a povzbuzení, aby došlo k rozvoji komunikačních schopností v rozsahu odpovídajícímu možnostem dítěte.

Hlavním cílem této práce je poukázat na přínos mezi pediatrem, rodičem a logopedem ve speciální pedagogice, ale i velmi úzká spolupráce s OSPOD. Dále jaké jsou vhodné metody ke zlepšení komunikační schopnosti u dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí. Práce obsahuje pět kapitol. V první kapitole jsou informace o oboru logopedie, logopedické diagnostice a terapii. Druhá kapitola se zabývá tématem speciální pedagogiky, jejím cílem a obsahem. V třetí kapitole je specifikován předškolní věk společně s psychomotorickým a kognitivním vývojem. Ve čtvrté kapitole je popsána charakteristika vybraných kategorií narušených komunikačních schopností, kde je popisován opožděný vývoj řeči a vývojová dysfázie. V páté kapitole je popsáno sociálně znevýhodněné prostředí.

Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkumné šetření prostřednictvím dotazníků, doplněné u pěti případů vlastním šetřením. Výzkumné šetření probíhalo u 15 dětí v ordinaci praktického lékaře se svolením rodičů. Vybraní rodiče vyplnili předem sestavené dotazníky, které jsou následně vyhodnoceny formou grafů, tabulek a zhodnoceny v diskusi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LOGOPEDIE

Význam slova logopedie pochází z řeckého slova logos = slovo a paidea = výchova. Jedná se o obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie zkoumá narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy. (Lechta in Škodová, Jedlička, 2003)

Jedná se o „speciálně pedagogický vědní obor zabývající se komunikačními schopnostmi člověka, fyziologií a patologií komunikačního procesu, výzkumem v této oblasti, ontogenezí řeči, diagnostikou a terapií vad a poruch komunikačních schopností, edukací osob s poruchami komunikačních schopností a taktéž prevencí těchto poruch.“ (Klenková, in Vítková et al. 2004, s. 106)

Interdisciplinární charakter lze spatřovat především ve spolupráci s medicínskými obory (pediatrie, foniatrie, ORL, stomatologie, ortodoncie, neurologie, psychiatrie, fyzioterapie aj.), s jazykovědnými obory (lingvistika, fonetika), logopedie využívá poznatky také z psychologie (obecné, vývojové, patopsychologie, psychologie komunikace), v neposlední řadě čerpá také z legislativy, sociologie, informatiky nebo genetiky. (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Předmětem logopedie jako vědního oboru je výchova správné řeči – to je dílem teprve 20. stol. Logopedie je speciálně pedagogickou disciplínou, protože využívá pedagogické metody a zkoumá vývoj a výchovu řeči. (Sovák, 2000) V současné době je často poukazováno na vývoj, jímž logopedie prošla. Je zdůrazňován fakt, že by bylo chybou vnímat logopedii pouze jako obor zaměřený na nápravu vadné výslovnosti, neboť kromě foneticko-fonologické se logopedie zabývá i rovinou lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou. Hovoříme tedy spíše o terapii komunikace, či komunikačních kompetencí. (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) Zajímavé je také podívat se na zařazení logopedie do systému věd nejen u nás, ale i ve světě. V Polsku logopedii chápou jako aplikovanou fonetiku, ve Francii je logopedie studována na lékařských fakultách, ve Švýcarsku se dokonce liší jednotlivé univerzity

v tom, na jakých fakultách se logopedie studuje (jednou se řadí mezi lingvistická studia, jinde zase spadá do rámce psychologie). (Peutelschmiedová, 2005)

Logopedická intervence znamená aktivitu, která je typická pro logopeda. (Lechta, 2005) Intervence znamená zákrok nebo zásah. Podle Lechty (2005), lze logopedickou intervenci vnímat jako specifickou činnost, kterou logoped provádí se záměrem označit poškozenou komunikační schopnost, zmírnit oslabené komunikační schopnosti, zabránit tomuto poškození. (Tamtéž)

Logopedická intervence je vnímána jako komplikovaný proces, který je podmíněný multifaktoriálně. Tento postup je uskutečňován se záměrem dosažení cílů v logopedické diagnostice, logopedické prevenci a logopedické terapii.

1.1 Logopedická diagnostika

Psychologický slovník vymezuje logopedickou diagnostiku jako „*činnost směřující ke zjištění diagnózy, projevů a příznaků choroby s cílem odhalit její příčiny, způsob léčby a prognózu vyléčení.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 51)

Lechta (1990) ji popisuje jako specifickou činnost, jejíž účelem je rozlišit druh, původ vzniku, průběh, míru, specifika a důsledky oslabených komunikačních schopností. Účelem diagnostiky je určení diagnózy. Speciální pedagogická diagnostika je zaměřena nejen na patologii, ale též na funkce, které nejsou postižené a které lze použít při další léčbě a integraci jedince do společnosti. Podle německých autorů T. Borbonuse a V. Maihacka je záměrem logopedické diagnostiky je dosažení a popis informací důležitých pro naplánování a realizaci logopedických postupů. Logopedická diagnostika má několik cílů: prozkoumat, zda se jedná o poškození komunikačních schopností nebo o fyziologický jev; jeli to přijatelné zjistit příčinu a etiopatogenezi poškozené komunikační schopnosti; stanovit, zda je poškození trvalé nebo přechodné, vrozené či získané; zjistit, zda poškozená komunikační schopnost klinicky převládá, nebo se jedná o projev jiného postižení; ověřit si, zda si jedinec oslabené komunikační schopnosti připouští, nebo ne; stanovit stádium a formu poškození komunikačních schopností a navrhnout léčebný postup. (Lechta, 2005)

Význam logopedické diagnostiky

Z pohledu hloubky logopedického záběru Lechta (2003b) rozdělil tři roviny diagnostického vyšetření:

- orientační, které je prováděno například v rámci screeningu a depistáže. Odpovídá na dotaz, zda jedinec oslabené komunikační schopnosti má či nemá;
- základní, kdy se zjišťuje daný druh oslabené komunikační schopnosti a je stanovena diagnóza. Odpovídá na dotaz, jaký typ narušené komunikační schopnosti se u jedince vyskytuje;
- speciální, kdy se co nejspolehlivěji stanovuje narušení komunikační schopnost. Tato diagnostika nám dává odpověď na otázku, o jaký druh jde, stupeň, forma oslabené komunikační schopnosti, její příčiny, a ostatní specifika a důsledky;

Podle Klenkové (2006) je úspěch logopedické diagnostiky je vázán na souhrnném vyšetření. U vyšetřovaného jedince se orientujeme na verbální i neverbální projevy, receptivní i expresivní prvky řeči a na všechny jazykové úrovně (foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická).

Zásady a metody logopedické diagnostiky

Správnost, rychlost a úspěšnost diagnostiky se odvíjí na vlivu objektivních a subjektivních účincích. K odstranění těchto vlivů je nezbytné dodržení zásad logopedické diagnostiky.

Lechta (2005) tyto zásady detailně popisuje:

- zásada komplexnosti (komplexního vyšetření) vyšetření se orientuje na veškeré jazykové úrovně mluveného projevu. Je nezbytné na komunikační schopnosti nahlížet celkově;
- zásada objektivnosti (objektivního posouzení) – tento princip klade velký důraz na způsobilost logopeda být objektivní. Objektivního zhodnocení lze též docílit;
- aplikací standardizovaných, patřičně aplikovaných metod a technik;
- zásada kvantifikace – spousta diagnostických metod lze kvantifikovat. Není-li možné číselné vyjádření, aplikují se hodnotící škály;
- zásada postihnutí celé osobnosti – v diagnostice je nezbytné zaměřit se na jedince jako celek, a nejen na řečové vyjádření;

- zásada týmového přístupu – během diagnostiky logoped vychází ze závěru ostatních odborných vyšetření. Podstatná je spolupráce se zúčastněnými osobami;
- zásada plynulé diagnostiky – tato zásada upozorňuje na fakt, že zjištěná diagnóza nemusí být kompletní, je nutné ji ustavičně doplňovat nebo měnit. Vývoj jedince s oslabenou komunikační schopností se s časovým odstupem může vyvíjet;
- zásada hledání příčiny – tato zásada následně napomáhá při vybraném způsobu léčby.

1.2 Logopedická terapie

Müller (2014) definuje tři hlavní faktory terapeutického procesu. Těmi je terapeut, klient a obsah. Terapii realizuje terapeut, má tedy v procesu klíčové postavení. Terapeut je odborník s odbornými předpoklady (vědomosti a dovednosti týkající se specifik klientů, zkušenosti s aplikovanými terapeutickými postupy a možnými zdroji) a obecnými lidskými dispozicemi (empatie, respekt, psychické zdraví, kreativita, flexibilita, komunikativnost).

Müller (2005) dělí terapie dle způsobu:

- kauzální terapie – ty se specifikuji na příčiny poruchy. Podmínkou kauzálních terapeutických postupů je znalost příčiny a též prostředku, kterým tuto příčinu můžeme zlikvidovat;
- symptomatické terapie – se zaměřuje na symptomy, projevy onemocnění nebo poruchy, které danému jedinci komplikují život;
- celostní (holistické) terapie – se zaměřuje na člověka jako na celek,

Logopedickou terapii popisuje Lechta (2005) jako specifickou činnost, která je prováděna specifickými postupy, ve specifické situaci záměrného učení.

„Je to tzv. řízené učení, které probíhá pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda v organizovaných podmínkách logopedických zařízení, k osvojování si specifických vědomostí, zručností, návyků, chování a osobnostních

vlastností především v oblasti komunikace. Může ho případně realizovat i sama osoba s narušenou komunikační schopností (případně s rodiči, příbuznými) podle pokynů logopeda. “ (Lechta, 1990, s. 54)

2 SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Delší období byla výuka handicapovaných dětí stroze oddělena od výchovně vzdělávacího procesu zdravých jedinců. V díle Velká didaktika poukazuje Jan Amos Komenský na úsilí vzdělávat i handicapované děti. Usiloval o použití obecných pedagogických postojů na specifické předpoklady práce s takovými jedinci. Vyzýval společnost, aby změnila postoj k dětem, které vzhledem ke svému handicapu byly vyloučené. Toto úsilí bylo dlouhou dobu odmítáno a pozornost o tyto jedince byla pouze medicínská. Obecné pedagogické postoje se začaly využívat ve výchově neslyšících, nevidomých i mentálně retardovaných. Postupem času došlo k likvidaci bariér mezi speciální výchovou a obecnou pedagogikou.

Speciální pedagogika byla uznána jako teoretická disciplína počátkem 20. století. V průběhu 20. století se začíná uplatňovat celostní chápání mezi obecnou a speciální pedagogikou. Poprvé použil název speciální pedagogika Bohumír Popelář v roce 1957. V České republice se tento název stabilizoval v 70. letech. Definitivně se k tomuto pojmu přiklání Miloš Sovák, který působil jako vedoucí katedry speciální pedagogiky na Univerzitě Karlově. V roce 1972 ho aplikoval v názvu své knihy *Nárys speciální pedagogiky*. Podstatná koncepce oboru, jenž zde Miloš Sovák stvořil, je platnou možností speciálně pedagogické teorie a praxe u nás.

2.1 Pojetí, obsah a cíle speciální pedagogiky

Speciální pedagogiku považujeme za poměrně mladý vědní obor, který je těsně spjatý s obecnou pedagogikou a didaktikou. Je zde taktéž patrná vazba s psychologií, patopsychologií a psychopatologií, sociální psychologií, sociologií a sociální patologií. Definovat ji není zrovna lehký úkol.

Zacharová (2013, str. 7) uvádí, že *„speciální pedagogika má jasné cíle vycházející z principu humanismu, což je uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka, i toho, který se nějakým způsobem odlišuje od normy definované průměrem. Vycházejí z práv lidí s postižením na rozvoj a respektování jejich osobnosti, na vzdělání, které zajišťuje jejich optimální rozvoj, a na vhodné pracovní uplatnění.“*

Speciální pedagogika je vědní obor, zabývající se problematikou osob se zdravotním znevýhodněním. Účelem je poskytnout pomoc jedinci k docílení co možná nejvyšší integrace do společnosti. Jedná se o to podpořit člověka v docílení nejvyššího uplatnění ve sféře pracovní, osobní i společenské. Obor lze dělit dle věků na speciální pedagogiku předškolního věku, školního věku, speciální pedagogiku dospělých (speciální andragogika), speciální pedagogiku seniorů (speciální gerontagogika)

Co se týče členění speciální pedagogiky, nejčastěji se setkáváme se Sovákovým (1978) pojetím, které tvoří 8 oborů, a těmi je psychopedie, tyflopédie, etopedie, logopedie, surdopedie, somatopedie, speciální pedagogika osob s vícenásobným postižením, speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky.

Cíle speciální pedagogiky:

1. cíl humanitární – vystihuje právo postižených na opatření kompletního rozvoje a uznání jejich osobnosti

2. cíl výchovný – je uskutečnění práva postižených jedinců na vzdělání, které zaručí jejich optimální vývoj

3. cíl ekonomický – je uskutečnění práva postižených na přiměřené pracovní zařazení, které jim v co nejvyšší míře zajistí využití jejich schopnosti a dovednosti. (Klenková, 2006)

2.2 Terapeutické techniky ve speciální pedagogice

Terapeutické techniky jsou prostředky odborného jednání člověka s člověkem, jejichž cílem je postupné omezení či likvidaci nežádoucích potíží a projevů. Provádí ji terapeuti, což jsou lidé, kteří absolvovali odborné vzdělání. Během výkonu této profese využívá terapeut veškeré dostupné zdroje, prostředky, techniky a metody. Základní dělení terapií, dle vlastních výchozích prostředků je na terapii chirurgickou, farmakoterapii, fyzioterapii, psychoterapii. (Monatová, 1994)

Úsilí pomoci lidem změnit to, jak se chovají, jak myslí. Z minulosti je známo, že chování léčitelů bylo obdobné jako u současných terapeutů. Jejich záměrem bylo poskytnout pomoc lidem k jejich uzdravení a zapojení zpátky do společnosti. Nenahraditelné místo ve speciální pedagogice má psychoterapie. Jelikož používá

nástroje, které jsou podobné speciální pedagogice, je psychoterapie považovaná za jeden z klíčových zdrojů speciální pedagogiky. (Müller, 2005)

Jedním z nejpodstatnějších cílů speciální pedagogiky je zejména akulturace jedinců, kteří jsou, jakkoliv v nevýhodě v sociálním prostředí. Podstatnou složkou tohoto procesu jsou terapeutické postoje, díky kterým se snaží pomoci takto znevýhodněným jedincům, a hlavně jim usnadňují těžkou cestu k běžnému životu. (Vítková, Pipeková, 2001)

„Speciálně pedagogické terapie buď navazují na léčbu (doplňují léčbu) nemoci v oblasti medicíny, nebo slouží jako svébytný druh pomoci při potížích vyplývajících z významných kulturních či sociálně adaptačních odlišností – přitom jsou zaměřeny na ty důsledky těchto problémů, jež se projevují ve snížených schopnostech (neschopnosti) normální životní seberealizace – ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách atd.“ (Prochaska, Norcross, 1999)

Pro speciálně pedagogickou léčbu se získávají znalosti též z fyzioterapie. Nelze opomenout další podstatné obory podílející se na této terapii a těmi jsou psychologie, pedagogika, sociologie, kulturní antropologie, právo, filozofie, ale i obory jako umění, hra nebo zvíře.

2.3 Rozdělení terapií ve speciální pedagogice

Terapie ve speciální pedagogice lze členit do základních skupin dle užitých terapeutických nástrojů:

Terapie hrou

Tato terapie lze definovat jako odborná, účelná a promyšlená aplikace nástrojů hry, která je použita s cílem pomoci lidem přeměnit chování, city, myšlení odpovídajícím směrem. Hra patří k jednomu z klíčových lidských činností. Podílí se významně na vývoji jedince. Již od časného věku dítěte, napomáhá při poznávání okolního světa a díky hře dochází k nabytí základní společenských vzorců.

Činnostní a pracovní terapie

Je vědecká, účelná a promyšlená manipulace s materiálním okolím, použita s cílem pomoci lidem přeměnit chování, city, myšlení odpovídajícím směrem. Odlišnosti mezi činnostní a pracovní terapií jsou minimální. Záleží na tom, že pracovní

terapie neboli ergoterapie, je zaměřena na určitý produkt či výsledek práce člověka. Jedná se zejména o rukodělné aktivity, jako práce s textiliemi, dřevem nebo kovy ale též se jedná o nácvik v okruhu praktických činností běžného každodenního života.

Psychomotorické terapie

Je vědecká, účelná a promyšlená aplikace pohybu využívající se s úmyslem pomoci člověku přeměnit chování, city, myšlení odpovídajícím směrem. Psychomotorická terapie tvoří širokou škálu aktivit, které na sebe vzájemně navazují. Tělesnou aktivitu podporují ostatní prostředky, které mají vliv na psychické postupy prostřednictvím fyzické stimulace. Mezi příklady psychomotorické terapie patří např. pohybové hry nebo pantomima.

Expresivní terapie

Jedinec dokáže formulovat své pocity a nálady samovolně a v odlišných podobách vyjádření. Pokud se jedná o expresivní podobu vyjádření, mnohé svědčí o jedinci. Expresivní terapie je formulována jako vědecká, účelná a promyšlená aplikace uměleckých nástrojů použitých s cílem pomoci lidem přeměnit chování, city, myšlení odpovídajícím směrem.

Pro terapie využívané ve speciální pedagogice platí, že se musí provádět v určitém prostředí a v určitém čase, mají danou organizační formu a obsah, mají danou organizační podobu a obsah. Terapie odpovídají zaměření a vzdělání terapeuta, jsou závislé na věku a původcům obtíží jedince, původně se zaměřují na psychické změny jedince a jsou směřovány léčebně, a většinou preventivně. (Müller, 2005)

3 PŘEDŠKOLNÍ VĚK

Předškolní období je charakteristické vývojově pro 3. až 6. rok dítěte, a závěr tohoto období je daný zejména společensky, zahájením školní docházky dítěte. V tomto období dítě navazuje kontakty mimo svou rodinu a je nezbytné, aby se dokázalo samo prosadit, ale též umělo spolupracovat se svými vrstevníky. Typickým znakem tohoto období je dětská hra, díky které se dítě učí srovnat s pro něj obtížnými situacemi. Některé odborné publikace považují předškolní věk jako etapu od narození až po zahájení školní docházky. Matějček (Zaouche-Gaudron, 2003) uvádí, že dítě přibližně ve dvou letech přijímá svou rodinou svébytnost, kdy se seznamuje s tím, jak funguje domov a chápe svou příslušnost k rodině. Přibližně po 3 roce dokáže přesáhnout hranice jistoty domova a vkročit do dalšího sociálního prostoru, kterým se počítá i přítomnost ostatních dětí. V tuto chvíli začíná etapa předškolního věku se všemi starostmi a radostmi, požadavky a úkoly. (Vágnerová, 2005)

Chlapci průměrně vyrostou během předškolního období asi o 20 cm, na váze přibudou z 15 na 22 kg, přičemž dívky bývají menší a lehčí. Koncem období se mění tělesné rozměry. Postava jedince se vytahuje, horní a dolní končetiny se protahují a zvyšuje se poměr svalové tkáně. (Říčan, 2004).

Dochází ke zdokonalení motorického vývoje včetně pohybového souladu, hbitost a ladnosti pohybů. Děti již běhají, ovládají chůzi ze schodů, skáčou, zvládnou stoj na jedné noze a házení s míčem. V oblasti jemné motoriky se děti rozvíjejí prostřednictvím her na písku, hrou se stavebnicemi. Více zručnosti se projeví se stoupající soběstačností dětí, kdy dokážou již samostatně jíst, obléci se, obout boty a zavázat tkaničky, utužují si hygienické návyky. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Bednářová a Šmardová (2010) uvádějí, že nezbytnost projevu dětí kresbou v předškolním věku je všeobecné a jako první zobrazovanou podobou je v dětské kresbě lidská postava.

Úroveň kresby je přesná a zrcadlí spousty faktorů. K obvyklým tématům dětských obrázků bývají rodinní příslušníci, lidé z jejich blízkosti a okolí, dům, sluníčko, auta, květiny nebo zvěř. V období mezi 3–5 rokem, v souvislosti s dozráváním CNS dochází u dětí k upřednostňování jednoho z párových orgánů např. oko, ucho,

ruka. Je nezbytné, aby měly děti neomezenou svobodu při výběru ruky k určité činnosti a podpořit tak náležitý úchop tužky. (Zelinková, 2003).

Předškolní období je význačné pro formování primárních emocionálních projevů. Emocionální prožitky dětí předškolního věku jsou velmi intenzivní, ale současně kolísavé a krátkodobé. Děti dokážou kontrolovat své emocionální projevy. Hodnotí své chování, dokáží být kritičtí ke své osobě, mít soucit sami se sebou. U zdravých dětí převládá veselá nálada, emoce jako je láska, nenávisť, sympatie a do pozadí ustupuje obava z neznámého. Předškolní období umožňuje dětem navázání kontaktů s různými lidmi, s rodiči, sourozenci, ostatními příbuznými, cizími dospělými nebo vrstevníky, mezi kterými jsou rozdíly jako je věk, pohlaví, vzhled. Vztahy s vrstevníky jsou klíčové, jelikož kontakt s dětmi jim poskytuje kolektivní hru a zaručuje následné odezvy okolí. (Šulová, 2010).

Hra má významnou roli v předškolním věku. Hartl a Hartlová (2015) ji formulují jako jednu z klíčových lidských aktivit, v dětském období a jako jednu z hlavních lidských aktivit obecně. Hra může mít podle Langmeiera a Krejčířové (2006) různé podoby – činnostní, což je procvičování fyzických funkcí v obtížnějších podobách, konstrukční, ty se zaměřují na stavbu nových věcí z určitého materiálu např. stavebnice; iluzivní, kdy děti používají různé předměty a obměňují svět dle svých představ, a úkolové, kdy dítě přebírá cizí společenskou roli, kterou vidí ve svém okolí např. královna.

Pro myšlení předškolního dítěte je typický fonetismus, tedy „...*důraz na určitou, zjevnou podobu světa, eventuálně na takovou představu. Dítě je fixováno na nějaký obraz reality, který není schopno ve svých úvahách opustit. Svět je pro ně takový, jak vypadá, jeho podstatu vesměs ztotožňuje se zjevnými znaky. (...) V této souvislosti jde zároveň o přetrvávající vazbu na přítomnost, na aktuální podobu světa, tj. o prezentismus*“ (Vágnerová, 2000, s. 103).

3.1 Kognitivní vývoj

Kognitivní vývoj dle Vacínové (2010) zahrnuje poznávací schopnosti dítěte, především rozvoj vnímání, myšlení, vštípivosti, paměti a fantazie.

Rozvoj kognitivních postupů je v tomto věku značně intenzivní a umožňuje dítěti stále více poznávat svět kolem něho. Avšak ještě není v poznávacích procesech na stejném stupni jako dospělý člověk. Dítě jinak vnímá prostor i čas a má zvláštnosti v obrazotvornosti, myšlení a paměti.

V předškolním věku se poznávací procesy kvalitativně mění. Zejména v oblasti vnímání, jež bylo u batolat velmi ovlivňováno city a nyní se od nich odlučuje. Dítě si více všimá detailů. Nejvíce je to patrné u zrakového vnímání. Předškoláci větší měrou pozorněji určují barvy, které se učí pojmenovat a odlišit. Mění se rozsah i síla sluchového vnímání, děti diferencují výšku i polohu tónů. Většina dětí je schopná i správně intonovat. Pro předškolní věk je typické zvláštní vnímání prostoru. Děti přeceňují velikost prostoru. U předškoláků je vnímání času nesprávné, dokáží odlišit různé časové období, ale je pro ně matoucí pojem jako včera a dnes. Fantazie je v tomto období hodně barvitá. Vacínová (2010) říká, že se projevuje většinou při hře, v oblíbené pohádce. V předškolním věku dochází k rozvoji myšlení. Zlepšuje se práce mozkové kůry a všech poznávacích procesů. V úzké spojitosti s myšlením dochází k rozvoji řeči. Oba pochody se navzájem doplňují, ale v každém se uplatňují i vlastní zákonitosti.

„Prudký rozvoj řeči, charakteristický v podstatě pro celý předškolní věk, se u dítěte projevuje velkým zájmem o řečové formy, neobyčejným smyslem pro osvojování a tvoření jazykových útvarů. Proto toto období bývá označováno jako senzitivní (citlivá) perioda z hlediska rozvíjení řeči, perioda, která poskytuje neopakovatelné předpoklady k co nejúčinnějšímu výchovnému využití. Do vstupu do školy by dítě mělo zvládnout řeč po stránce obsahové i formální tak, aby mu sloužila jako skutečný nástroj dorozumění, komunikace i poznávání.“ (Vacínová, 2010, s. 80)

3.2 Problematika komunikačních schopností u dětí předškolního věku

3.2.1 Ontogenický vývoj řeči

V průběhu vývoje řeči se rozlišují dvě fáze, a to fáze přípravná a fáze vlastního vývoje řeči, které začíná pronesením prvního slova dítětem. Je nezbytné, aby dítě prošlo všemi fázemi vývoje řeči, jejichž trvání může být individuální u každého dítěte. (Lechta, 1990).

Fáze přípravná

V přípravné fázi se dítě chystá na řečový projev. Tato etapa trvá přibližně do jednoho roku dítěte. Dítě přijímá a následně rozvíjí neverbální činnosti, které jsou ovšem podstatné pro pozdější vývoj řeči. Jedná se zejména o sání, žvýkání a polykání. První projevy těchto aktivit se dají pozorovat již v embryonálním vývoji. (Klenková, 2006).

Škodová a Jedlička (2007) pokládá za začátek ontogenetického vývoje řeči u dítěte první novorozenecký křik. „*První novorozenecký křik je považován za projev reakce na změnu prostředí, které dítě po narození pociťuje; vyjadřuje nelibost na změnu teploty, později na pocit hladu.*“ (Škodová a Jedlička, 2007, s. 94)

Novorozenecký křik je v prvopočátku tvrdý a na přelomu druhého a třetího měsíce začíná dítě dávat křikem najevo i své příjemné prožitky, křik je měkký hlasový počátek, který začíná dosahovat melodičnosti. Připojují se i hrdelní zvuky a tyto sledy, spojované s výdechem jsou nazývány broukáním. Broukání zvolna, tak jak dozrává centrální nervová soustava dítěte, přechází do etapy pudového žvatlání, pro které je typická hra s mluvidly. (Bytešnicková, 2012).

Mezi šestým a osmým měsícem nastává období žvatlání. Je to proces postupující, kdy působením zrakové a sluchové kontroly dítě usiluje o zvuky podobné hláskám. Pro napodobení hlásek je zapotřebí spousty pokusů, kdy jsou opakovány hlásky, a to se nazývá fyziologická echolálie. Jelikož je nezbytná sluchová kontrola je toto období klíčovým diagnostickým okamžikem. (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012).

Kolem desátého měsíce nastává období rozumění řeči. Dítě ještě nerozumím konkrétním slovům, ale jde spíše o to, že si dokáže propojit situaci a dané slovo. Jelikož dítě ještě nemluví, je reakcí na pochopení motorická odpověď.

Etapa vlastního vývoje řeči

Dle Bytešnickové (2012) je vlastní vývoj řeči rozvržen do několika vývojových etap, kterými je etapa emocionálně volní, etapa egocentrická, etapa asociačně-reprodukční, etapa vývoje komunikační řeči, etapa logických pojmů a etapa intelektualizace řeči.

Kolem jednoho roku dítěte začíná dítě používat prostá slova, které mají význam jednoslovných vět. V průběhu jednoho roku a půl až dvou let dochází u dítěte

k egocentrickému vývoji řeči. Toto období je typické tím, že dítě vnímá mluvení jako aktivitu, opakuje slova a imituje řeč dospělého. Typické pro toto období jsou otázky „Co je to?“ (Klenková, Bočková, Bytešnicková 2012).

V období mezi druhým a třetím rokem se dítě nachází ve stádiu komunikační řeči, kde stoupají komunikační dovednosti dítěte. Etapa logických názorů přichází v období kolem třetího roku. Dochází ke zvyšování slovní zásoby i úsilí komunikovat. (Bytešnicková, 2012).

3.2.2 Narušená komunikace u dětí předškolního věku

„O narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce interferenčně. Může jít např. o foneticko-fonologickou, morfologickou, syntaktickou, lexikální, sémantickou a pragmatickou rovinu. Narušená komunikační schopnost se může týkat verbální i neverbální, mluvené i grafické formy interindividuální komunikace, její expresivní i receptivní složky.“ (Lechta, 2011, s. 51).

Je nezbytné mít stále na mysli, že oslabená komunikační schopnost může dosáhnout různorodého stupně. Není-li oslabená schopnost komunikovat hlavním příznakem klinického obrazu dítěte, ale pouze druhotným příznakem dalšího převládajícího postižení, pak je nazývána symptomatickou poruchou řeči. (Lechta, 2011).

Podle Klenkové (2006) je náročné vymezit hranici mezi standardem a oslabenými komunikačními schopnostmi. Vždy je nutné brát na vědomí jedince jako celek i s jeho společenským a kulturním zázemím. Oslabená komunikační schopnost není problém, který nastal vývojem řeči, ale je to fyziologické. K takovým projevům patří fyziologická nemluvnost, dysfluence (fyziologická neplynulost), fyziologická dyslalie, fyziologický dysgramtismus.

Lechta uvádí deset základních kategorií oslabené komunikační schopnosti: vývojová nemluvnost; získaná orgánová nemluvnost; narušení fluence (plynulosti) řeči; získaná psychogenní nemluvnost; symptomatické poruchy řeči; narušení zvuku řeči; narušení článkování řeči; narušení grafické stránky řeči; poruchy hlasu; kombinované vady a poruchy řeči. (Lechta, 2005)

4 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH KATEGORIÍ NARUŠENÝCH KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ

Vývojovou dysfázii definuje Dvořák (1998, s. 44) v Logopedickém slovníku jako: „*specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností n. neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětu, smysly, přiměřená (neverbální) inteligence...*“

Takové poškození se dotýká všech jazykových úrovní řeči a postihuje impresivní i expresivní složku. Dysfázie se rozvíjí na podkladě postižení řečových pásem při časném vývoji mozku. Podstatný je fakt, že zasahuje osobnost jako celek a z toho důvodu se projevuje i v dalších oblastech. Lze sledovat deficity v jemné motorice, grafomotorice, paměti, kdy dochází k nepříznivému vlivu tvorby osobitého vědomí, které je úzce spojeno s rozvojem vnitřní řeči. (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

Jako opožděný vývoj řeči je pokládáno, jestliže dítě nehovoří po třetím roce, tj. po období prolongované fyziologické nemluvnosti, nebo hovoří nápadně méně, než je u dítěte tohoto věku zvykem. Takové opoždění je častější u chlapců než u dívek a může být příznakem dalších postižení. (Kutálková, 2002).

Škodová a Jedlička (2007) uvádí, že opožděný vývoj řeči je brán jako individuální nosologická jednotka výhradně, je-li hlavním symptomem poškození, jedná se o prostý opožděný vývoj. Nejznatelnější opoždění ve vývoji řeči je zejména po obsahové stránce řeči. Dítě disponuje nevelikou slovní zásobou, kdy dominuje pasivní slovní zásoba nad aktivní slovní zásobou.

Klenková (2006) pozoruje důvody opožděného vývoje řeči zejména v nepovzbudivém prostředí, kdy není věnována vývoji řeči dostatečná pozornost, v emocionální strádání, účinek má i dědičnost, nedonošenost e nevyzrállost centrální nervové soustavy eventuálně lehká mozková dysfunkce. Je-li dítěti poskytována adekvátní péče rodinou, logopedem, v mateřské škole je možné na konci předškolního období dohnat a vyrovnat se ostatním vrstevníkům.

Peutelschmiedová (2005) poukazuje na naléhavost odlišovat vadnou výslovnost od nesprávné výslovnosti. Fyziologická dyslalie je přítomna již v časném věku dítěte, kdy ještě nedokáže pronášet všechny hlásky.

Klenková (2006) zařazuje ke stěžejním důvodům rozvoje dyslalie motorickou nešikovnost, počítaje v to orofaciální motoriku, poškození sluchu včetně se fonematickým sluchem, genetické vlivy, postižení centrální nervové soustavy, vady zraku, vady mluvních orgánů, nepřiměřené výchovné prostředí.

Lechta (2004, s. 16) uvádí: „*Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr.*“

Projevy koktavosti jsou znatelné během artikulace, kdy v průběhu artikulace přichází křeč, a koktavost je rozlišována na klonickou a tonickou eventuálně kombinovanou. Klonická forma je charakteristická trhaným opakováním slabik a hlásek, a tonická forma je charakteristická tlačáním a natahováním hlásek. Následně je postiženo dýchání, fonace, prozodické faktory řeči, může být postiženo i koverbální chování jedince. Mohou se přetvářet vztahy k verbální komunikaci, kdy mohou nastat nepříznivé vjemy a strach během komunikace, což může vést až k agorafobii. (Klenková, 2006). Původ rozvoje koktavosti není znám, obvykle se k nim řadí genetické vlivy, orgánová poškození, neurologické nálezy. (Klenková, Bočková, Bytešníková 2012).

Breptavost je charakteristická zrychleným tempem řeči, které dosáhne takové míry, že mluvící aparát nestíhá pohybově řeč uskutečnit. Je přítomno snížení množství hlásek ve slovech, vynechání koncovky slova a splynutí několika hlásek, což vede k nesrozumitelné řeči. (Lejska, 2003).

Breptavost je původu organického, u převážné části osob s breptavostí se vyskytují patologické změny během elektroencefalografického vyšetření. Huhňavost patří k poruchám zvuku řeči. Je to porucha nosní rezonance, kdy je nízká nosovost nebo opačně zvýšená, nebo kombinace obou. Huhňavost se v mluvené řeči ukazuje jako postižení zvuku individuálních hlásek během náležité výslovnosti. Toto je způsobeno vadnou činností patro hltanového uzávěru. (Klenková, Bočková, Bytešníková 2012).

4.1 Opožděný vývoj řeči

Dvořák (2007) uvádí, že opožděný vývoj řeči je fyziologický stav vývoje řeči, kdy rozvíjení je časově posunutě a bude trvat delší dobu, než bude dokonalý.

Bytešníková (2012) uvádí, že se jedná o prosté zaostávání vzhledem k obvyklému vývoji, kdy dítě rozumí a hovoří jako mladší, ale neukazuje kvalitativně jiné vzorce komunikace. Vývoj řeči je charakteristický svou variabilitou, kdy u spousty dětí sledujeme rozdíly ve vývojových etapách. Podstatné je diferencovat, které rozdíly jsou ještě fyziologické a kdy se jedná o rizikový postup.

Velkým zádrhelem je fakt, že dosud není k dispozici žádné měřítko opožděného vývoje v časném věku. Vývoj rozumových a psychických schopností může negativně ovlivnit opožděný vývoj řeči. Též může ovlivňovat tvorbu osobnosti dítěte především ve sféře společenských vztahů. (Bytešníková, 2012).

Bočková (2011) třídí děti s opožděným vývojem řeči do dvou skupin.

První skupina zahrnuje děti, u kterých dochází vývoji řeči přirozeně, ale individuální fáze nastupují se zpožděním několika měsíců až let. Četnější je ovšem druhá skupina, kdy u dětí lze vyzorovat potíže v řečovém vyjádření, i obtíže v receptivní stránce řeči.

Škodová (In Škodová, Jedlička a kol., 2003) člení opožděný vývoj do několika skupin.

1. Prostý opožděný vývoj řeči – kdy je důvodem nemotivující prostředí, nesprávný mluvní vzor. Srovná se běžně při docházce do mateřské školy, kdy je dítě motivováno komunikovat.
2. Opožděný vývoj řeči při odchylkách mluvidel – nejedná se o opoždění, anomálie mluvidel způsobují nepříznivou srozumitelnost řeči při špatné artikulaci.
3. Opožděný vývoj řeči při vadách a poškození sluchu – děti se sluchovým postižením jsou vždy opožděné ve vývoji řeči, podstatný význam má přidělení sluchadel.
4. Opožděný vývoj řeči u dětí s mentálním postižením – při snížených intelektových a pohybových schopnostech, je skoro vždy přítomno opoždění v řečové oblasti. Nejčastěji je oslabeno chápání významu slov.
5. Opožděný vývoj řeči při postižení CNS – při závažném poškození motorických drah je zhoršena koordinace mluvidel, vykytují se poruchy polykání a přílišné slinění, opoždění vývoje řeči závisí též na intelektu a na zralosti nervové soustavy.

6. Opožděný vývoj řeči při nevhodné výchově – vzniká nevhodnou výchovnou péčí. Po uspořádání výchovného prostředí je prognóza dobrá, je ovšem nezbytný dostatek času a ohleduplnosti ze strany terapeuta.

Bočková (2011) klasifikuje opožděný vývoj řeči nemluví-li dítě v roce a půl, kdy používá oddělená slova ve dvou letech, pokud je přítomna nesrozumitelná řeč ještě po druhém roce dítěte. Podstatné je informovat rodiče o tom, z jakých příčin jejich dítě nemluví, např. že to zatím neumí nebo nechce mluvit. Rodiče by neměli dítě nutit, ale naopak chválit jakékoliv úsilí dítěte. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Účelné je během odstranění opožděného vývoje řeči uplatnit určitá pravidla. Patří k nim dodržování stupně vývoje a zájmu dítěte, dostatek odpovídajících stimulů, pochvala, trpělivost, rozvoj smyslového vnímání. (Kutálková, 2011).

4.2 Vývojová dysfázie

Oslabený vývoj řeči je velmi obtížnou oblastí v logopedii, která se dotýká i ostatních příbuzných oborů, jelikož se jedná o širokou škálu ze strany etiologie, patogeneze a symptomatologie.

Mikulajová a Rafajdusová (1993) definuje vývojovou dysfázii jako specificky poškození vývoj řeči, projevující se sníženými schopnostmi, nezpůsobilostí naučit se komunikovat. Množství příznaků se může zdát jako osobitý projev odchylek v řeči přes nejasný projev až ke kompletní nemluvnosti. (Neubauer, 2014).

Syndrom vývojové dysfázie zahrnuje:

- odlišnosti mezi prvky vývoje osobnosti,
- nápadná diskrepance verbálních a neverbálních schopností,
- poškození vývoje zrakového vnímání,
- poškození vývoje sluchového vnímání,
- poškození rozvoje v motorice a koordinaci. (Neubauer, 2014)

Vývojová dysfázie má systematickou povahu, v odlišném rozsahu postihuje všechny jazykové úrovně.

Ve foneticko-fonologické úrovni se manifestuje oslabení realizace hlásek, postižení fonematické percepce a percepce distinktivních znaků, nápadné nedostatky v artikulaci vedoucí k nezřetelnému řečovému projevu;

- v lexikálně-sémantické úrovni se vyjadřuje poklesem slovní zásoby, kdy převládá pasivní slovník nad aktivním slovníkem, který se vyvíjí pomalu, jsou přítomny potíže s formulací;
- v rovině morfologicko-syntaktické je přítomen dysgramatismus, nevyvinutý jazykový cit, eliminace stavby věty na jednoslovné, dvouslovné, chybný slovosled, anomálie v četnosti užívání slovních druhů, kdy převažují substantiva, opakování textu nebo samovolně navazující vyprávění, prolongované pauzy, potíže se získáním nových informací, nadměrné citové napětí v průběhu řečového vyjádření. (Bytešniková, 2012)

Vývojovou dysfázii lze rozčlenit na dva typy, a to sensorická a motorická. U sensorické dysfázie převládá poškození receptivní sféry, kdy nemusí dojít ke zpoždění časného vývoje, ovšem mluvený projev je fakticky nejasný, vyskytují se dysgramatismy, přestože může mít patřičné množství slovní zásoby.

Motorický typ vývojové dysfázie se manifestuje potížemi v logomotorické sféře, nevelikou aktivní zásobou slov. (Krahulcová, 2013)

Etiologie vývojové dysfázie není úplně jasná, z prenatálních, perinatálních a postnatálních účinků usuzuje o postižení mozku nebo mozkové dysfunkci, která patrně zasahuje řečové zóny v levé mozkové hemisféře. Zároveň zmiňuje vrozenou řečovou slabost, která upozorňuje na genetickou spojitost s oslabeným vývojem řeči. Stanovení etiologických faktorů u daných dětí není jednoduché, jelikož si rodiče dostatečně neuvědomují podmínky časného vývoje dítěte, nemají dostatek informací o případných dědičných souvislostech. V oblasti diferenciální diagnostiky je nezbytné rozlišit vývojovou dysfázii od oslabených komunikačních schopností na základě sluchové poruchy, od jednoduchého opožděného vývoje řeči, autismu, Landau-Kleffnerova syndromu, dysartrie, kdy mimo nesnadné tvorby hlásek chybí jiný symptom dysfázie.

Vyskytuje-li se u dítěte mutismus, je vhodné zjistit, zda se jedná o projev slabé centrální nervové soustavy, nebo je prvotní poruchou dysfázie a mutismus se vyskytl až druhotně jako následek nepřiměřených výchovných metod.

Úspěšná léčba vývojové dysfázie je dle Neubauera (2010) dlouhodobá, trvá převážně několik let. Dozríváním centrální nervové soustavy v kombinaci s brzkou logopedickou terapií a komplexní rehabilitací úroveň individuálních prvků osobnosti stoupá. Eliminují se výrazné projevy prudkosti a hyperaktivity v chování, zdokonaluje se pozornost.

Dítě si krok za krokem osvojuje základní pohybové dovednosti, zdokonaluje se percepce a zpracování řečových impulsů a paměťové postupy.

5 SOCIÁLNĚ ZNEVÝHODNĚNÉ PROSTŘEDÍ

Vymezit jasně a jednoznačně pojem sociálně znevýhodněné prostředí je obtížné. Neexistuje jednotná definice, různé zdroje uvádí různá vymezení a také různou terminologii. Můžeme se tedy setkat s pojmy jako je sociálně znevýhodněné prostředí, sociálně znevýhodňující prostředí, sociokulturně znevýhodněné prostředí, sociální znevýhodnění či sociokulturní znevýhodnění. Školský zákon č. 561/2004 Sb. definuje sociální znevýhodnění jako rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením nebo ohrožení sociálně-patologickými jevy, dále jak nařízenou ústavní výchovu či uloženou ochrannou výchovu anebo postavení azylanta a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky.

Podle Průchy (2009) je toto vymezení neúplné a uvádí podrobnější taxonomii, která pochází ze slovenského výzkumu. Sociální znevýhodnění se může projevovat v důsledku nízkého stupně vzdělání rodičů a rodinných příslušníků, neúplné rodiny, nízkého příjmu na jednoho člena rodiny, nízkého profesního postavení členů rodiny, včetně nezaměstnanosti, dále nízkou úrovní bydlení, menšinovým původem apod. Děti vyrůstající v sociokulturně znevýhodněném prostředí se pak často potýkají s problémy, jako jsou frustrace základních potřeb a silný bezprostřední vliv sociálně patologických jevů, deviace v hodnotovém systému a etice, absence životních jistot a cílů, přijímání neadekvátních rolí či ztížené podmínky seberealizace a sociální integrace. (Slowík, 2007)

V extrémním případě může u jedinců ze sociálně znevýhodněného prostředí docházet k společenskému vyloučení. Sociální vyloučení neboli exkluzi, lze vymezit jako proces nebo stav ekonomického, kulturního a sociálního vyloučení či segregace osob nebo sociálních skupin z většinové společnosti. (Průcha, 2007)

Matoušek (2008) říká, že termín sociální vyloučení „obvykle označuje komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti, resp. nedostatečný přístup ke společenským institucím zajišťujícím vzdělání, zdraví, ochranu a základní blahobyt. Fakticky znamená život v chudobě, bez účasti na trhu práce (u mladých lidí bez účasti na systematickém vzdělávání), bez přiměřeného bydlení, bez dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprivovaných lidí pohybujících se na okraji společnosti.

Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti místo, je zdrojem chronického stresu.“
(Matoušek, 2008, s. 205)

Za rodiny s nízkým socioekonomickým statusem lze považovat takové rodiny, jež jsou závislé na systému státní sociální podpory, zejména v důsledku masivní nezaměstnanosti, jsou zadlužené nebo žijí v materiální chudobě projevující se nevyhovujícími bytovými, materiálními, stravovacími, či hygienickými podmínkami. Za projevy rizikových jevů ohrožujících zdravý vývoj dítěte lze považovat: život v kriminogenním prostředí, výrazný výskyt sociálně patologických jevů včetně situací, kdy je rodina obětí trestné činnosti, dlouhodobě sníženou schopnost rodičů naplňovat potřeby dítěte, nedostatečné kompetence rodičů k přípravě dítěte na školní docházku atd. Za prvky sociokulturní odlišnosti lze považovat: jazykovou odlišnost, významně odlišnou rodinnou konstelaci, náboženskou odlišnost, výrazně odlišnou hodnotovou orientaci a uplatňované vzorce chování atd. Z uvedených vymezení je patrné, že sociální znevýhodnění vzniká v důsledku dlouhodobého a silného vlivu prostředí na jedince, není však neměnné. Dětem vyrůstajícím v takovém prostředí je nutné poskytovat podporu, aby mohly dostatečně naplnit svůj potenciál a získat kompetence nutné k úspěšnému absolvování povinné školní docházky.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VYMEZENÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI

Praktická část práce plynule navazuje na teoretickou část. V empirické části se autorka zabývá vlastním šetřením, které prováděla v dětské a dorostové ordinaci.

Výzkumný cíl

Výzkumným cílem této práce je zjištění, jaký přínos pro dítě ze sociálně znevýhodňujícího prostředí má spolupráce rodiče, logopeda, pediatra a OSPOD. Dále zjištění, které z těchto faktorů se nejčastěji objevovaly u dětí majících potíže s řečí, pohlaví dítěte, problémy při porodu, prohlídka foniatra, délka mateřské dovolené, existence staršího sourozence, zda dítě lezlo, vrozené vývojové vady, první smysluplná slova, návštěva mateřské školy, navštěvování logopedické ambulance.

Dílčí cíle

Cíl 1 Zjistit, zda docházejí děti do mateřské školky.

Cíl 2 Zjistit, zda rodiče dochází s dítětem pravidelně do logopedické ambulance.

Cíl 3 Zjistit, zda rodiče s dítětem navštěvují foniatra.

Cíl 4 Zjistit, zda dítě trpí vývojovou vadou.

Hypotézy

H1 Předpokládáme, že minimálně 40 % dětí navštěvuje mateřskou školu.

H2 Předpokládáme, že minimálně 50 % rodičů nenavštěvuje s dětmi logopedickou ambulanci.

H3 Očekáváme, že minimálně 30 % rodičů s dětmi navštěvuje foniatra.

H4 Předpokládáme, že 20 % dětí trpí vývojovou vadou.

6.1 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor je tvořen rodiči, kteří navštěvují se svými dětmi pediatrickou ordinaci, jejíž klientelu tvoří z 80 % děti ze sociálně znevýhodňujícího prostředí. Součástí výzkumného vzorku je pediatr a logoped. Výzkum je prováděn kvantitativní metodou prostřednictvím dotazníku pro rodiče. Výzkumný vzorek tvoří 15

respondentů. Jedná se o děti předškolního věku s narušenou komunikační schopností. Výzkum byl prováděn v pediatrické ordinaci v Ústí nad Labem.

6.2 Výzkumná metodika

Výzkumná metoda je stanovena formou kvantitativního šetření pomocí dotazníku. Dotazník se využívá ke zjištění informací v celé populaci nebo v malé skupině. Na jehož základě se vyhodnocují zjištěná fakta. Autorka sestavila dotazník pro zákonné zástupce. Dotazník je tvořen 10 otázkami, z toho je jedna otázka filtrační. Otázky autorka přizpůsobila vybrané skupině respondentů. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Doplňující metoda – kazuistika dětí s diagnostikovanou NKS.

6.3 Zpracování výsledků výzkumu

Výsledky získané výzkumným šetřením jsou interpretována pomocí grafů a tabulek. Výsledná zjištění jsou zapsána v tabulce, kde je uvedena též relativní četnost. Relativní četnost byla získána matematickým vzorcem $f_i = N_i / N$.

V tomto vzorku znamená f_i relativní četnost, která je udaná v %, N_i znamená absolutní četnost a N vyjadřuje celkovou četnost.

7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ U 5 RESPONDENTŮ S NKS

7.1 Kazuistika dítěte s kocktavostí

RA: Chlapec narozen v roce 2011, je z vícečetné neúplné rodiny. Věk matky při narození dítěte byl 21 let, věk otce 37 let. Ze sourozenců jsou nám známi 4 vlastní (3 starší a 1 mladší) a 2 polorodí (jiná matka). V současné době je otec ve výkonu trestu za výrobu a distribuci drog, matka má abusů alkoholu, nepracuje, je na mateřské dovolené a pobírá sociální dávky. Rodina žije v panelákovém bytě o velikosti 2+1 bez balkónu. V bytě panují velmi stísněné podmínky, děti spaly v odděleném pokoji od matky. Špatná péče rodičů je datována od roku 2014, s rodinou spolupracuje OSPOD. Otec i matka mají abusů alkoholu, zřídka lehkých drog.

OA: Chlapec byl narozen ve 37. týdnu těhotenství, pro nesestupující plod bylo ukončeno těhotenství císařským řezem. Porodní váha 2 650 g a výška 47 cm, z lékařského hlediska to byl zralý, donošený novorozenec s Apgar skóre 9-10-10. Chlapec byl sledován v nefrologické ambulanci pro enuresis nokturna (noční pomočování), je medikován, nyní je stav zlepšen. Hoch od svých 4 a půl let dochází do logopedické ambulance v místě bydliště, kde mu byla zjištěna kocktavost a vývojová dysfázie a artikulační neobratnost. Chlapec má výrazně snížený vývoj v artikulační složce řeči. Je pod dohledem sociálních pracovníků OSPOD, matka málo spolupracuje s ambulancemi a dětským lékařem.

Stav dítěte: Téměř šestiletý chlapec v ordinaci působí neposedně, je drobné postavy, má velkou tendenci se prosazovat, chlapec začíná mít sklony k agresivitě, hlavně vůči mladším dětem v kolektivu. Do mateřské školy chlapec nedochází. Matka žádá i odklad školní docházky. Lékař doporučuje vyšetření v PPP.

Problémy dítěte: Chlapec si sebou nese známky asociálního chování, ve své rodině neměl jasně daný a strukturovaný volný čas. Chlapcova slovní zásoba je velmi malá, neodpovídá věku, hoch se dorozumívá pomocí hesel a gest, při řeči, jako takové se zadržává a kocktá.

Tabulka 1: Kazuistika 1

Otázka	Odpovědi		
1. Pohlaví dítěte	Chlapec	Dívka	
2. Měla jste nějaké problémy u porodu?	ano – císařský řez	Ne	
3. Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?	Ano	Ne	
4. Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?	do 1 roku dítěte	do 18 měsíců	Déle
5. Má vaše dítě staršího sourozence?	Ano	Ne	
6. Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?	Ano	Ne	
7. Má vaše dítě nějaké vývojové vady?	Ano	Ne	
8. V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?	do 1 roku	do 18 měsíců	Déle
9. Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?	Ano	Ne	
10. Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?	Ano	Ne	

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Analýza případu: chlapcovy problémy s mlouvou a asociálním chováním souvisí s málo podnětným rodinným prostředím, od té doby, co je otec ve výkonu trestu se situace poněkud zhoršila. Hoch potřebuje mužský vzor, který mu chybí. Nedokáže si svůj volný čas rozvrhnout a naplánovat, většinu dne chlapec tráví ve společnosti starší sestry. U chlapce i jeho sourozenců se bude řešit ústavní péče, zatím je vše v šetření.

7.2 Kazuistika dítěte A s narušenou komunikační schopností

RA: Chlapec ve věku 6 let je polosirotek, otec zemřel v jeho raném dětství, matka ve výchově stále zaostává, o hochu se stará babička. Narodil se jako třetí matčino dítě. V době porodu měla matka 19 let. Věk otce není znám. Tato rodina je velmi sociálně slabá s nízkými příjmy. Někteří chlapcovi sourozenci jsou v přechodné rodinné péči – ve Fondu ohrožených dětí Klokánek. Zbylé děti jsou umístěné v Dětském domově, na základě nařízení soudu, z důvodu nezvládnutí péče o dítě a zanedbání péče a výchovy ze strany matky.

OA: Matka chlapce porodila ve 41. týdnu těhotenství, pro hraniční velikost pánve rodičky byl vaginální porod zakončen VAX. Váha 3 450 g, výška 51 cm, Apgar skóre 10-10-10. Po porodu chlapec fyziologicky v pořádku. Podle údajů od babičky, hoch začal tvořit smysluplná slova kolem dvou let věku, vytvořil si svůj vlastní slovník a bylo mu velmi špatně rozumět. Od roku 2014 je chlapec v péči prarodičů, ve stejné době babička začala s vnukem navštěvovat logopedickou ambulanci v místě bydliště, kde mu byla diagnostikována narušená komunikační schopnost. Hoch měl problém s produkcí řeči. Nedokázal sdělit to, co potřebuje, či co ho trápí. Navštěvování logopedické ambulance nemělo dlouhého trvání, babička s chlapcem do ambulance přestala docházet po pěti návštěvách. V domácím prostředí necvičí dle doporučení klinického logopeda. V pěti letech chlapec začal mluvit ve větách.

Stav dítěte: V ordinaci na preventivní prohlídce, která je dělána zpětně, je chlapec zamlklý, sedí klidně, na otázky odpovídá stroze a v holých větách. Slovesa používá v infinitivu. Zvířata na optotypu určuje velmi pomalu, někdy chybuje. Do mateřské školy nedochází. Babička žádá odklad školní docházky. Odmítá nástup do přípravného ročníku základní školy.

Problémy dítěte: velmi se trápí, že je sám bez sourozenců, svou matku skoro nevidí a obviňuje ji za to, že nemá kamarády. Zmiňovaný je negativistický, na běžné situace reaguje nepřiměřeně afektivně. Jeho chování vůči dědečkovi je negativistické, snaží se vzdorovat autoritě.

Tabulka 2: Kazuistika 2

Otázka	Odpovědi		
1. Pohlaví dítěte	chlapec	Dívka	
2. Měla jste nějaké problémy u porodu?	ano – porod VAX	Ne	
3. Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?	ano	Ne	
4. Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?	do 1 roku dítěte	do 3 let dítěte	Déle
5. Má vaše dítě staršího sourozence?	ano	Ne	
6. Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?	ano	Ne	
7. Má vaše dítě nějaké vývojové vady?	ano	Ne	
8. V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?	do 1 roku	do 18 měsíců	Déle
9. Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?	ano	Ne	
10. Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?	ano	Ne	

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Analýza případu: problémy s narušenou komunikační schopností ústí z chlapcova málo podnětného rodinného prostředí. Po úmrtí otce matka selhala ve výchově jako prvotní faktor, který nedokáže svým dětem poskytnout výchovu, kterou děti potřebují. Chlapci nebyl nastolen v rodině řád a režim. Žádné či minimální podmínky pro zdravý vývoj a rozvoj dítěte. Nestýká se s vrstevníky jiného etnika, je dokonale sžitý se sociokulturními podmínkami romského etnika.

7.3 Kazuistika dítěte B s narušenou komunikační schopností

RA: Dívce je 5 let, pochází z neúplné rodiny. Rodiče se rozvedli, když byly dívce 3 roky. Matka založila rodinu s novým partnerem a mají dvouletého syna. Dívka žije ve střídavé péči rodičů. Narodila se jako druhé matčino dítě. V době porodu měla matka 27 let, otec byl stejného věku. Byt matky je velký 2+1, bez balkónu, v sociálně vyloučené lokalitě. Pokoj dívka sdílí s polorodým bratrem. Rodina je závislá na sociálních dávkách od státu. Matka je nyní na mateřské dovolené se synem.

OA: matka dívku porodila ve 40. týdnu těhotenství, spontánně, bez medikamentů. Holčička po porodu vážila 3 500 g a měřila 50 cm. Podle lékařů označena jako fyziologický novorozenec s velmi dobrou poporodní adaptací. Apgar skóre byl 9-10-10. Dle údajů, co matka sdělila dětskému lékaři, probíhal raný motorický vývoj bez zvláštností. Holčička začala sedět asi v půl roce, velmi dlouho se plazila, ale vůbec nelezla. Ve 14. měsíci začala chodit bez opory. Kolem 18. měsíce byla velmi neklidná, vzteklá až agresivní, utrpěla řadu úrazů (otřes mozku, rozbitá lebka a zlomenina horní i dolní končetiny). První slova začala dívenka tvořit kolem dvou let věku. Ve věku pět let začala používat celé věty. Pediatr doporučil návštěvu logopedické ambulance. Matka tvrdí, že tato návštěva není potřeba, ale prý tam zajdou.

Stav dítěte: Matka se dostavila až na opakované výzvy ze strany praktického lékaře i OSPOD. Dívka je v ordinaci praktického dětského lékaře v doprovodu matky a sociální pracovnice OSPOD. Působí velmi energicky, chvíli neposedí. Nedokázala se soustředit na vyšetření, malba v pěti letech žádná (začala papír škubat). Ukázky optotypů úplně ignorovala. V případě napomenutí matkou se zvýšila její agresivita a stala se nevladatelnou. Matka byla námi upozorněna na problematické chování, ale situaci nechtěla nijak řešit a odmítla spolupracovat.

Problémy dítěte: Má strach, že jí matka nemiluje, ačkoli fyzicky dívka působí velmi sebevědomě, toto sdělila „tetě“ (sociální pracovníci). Nemá ráda svého polorodého bratra a otčíma. Vůči nim je vulgární a se sklony k agresivitě. Za opožděný vývoj řeči dívky může mimo jiné rozvod rodičů.

Tabulka 3: Kazuistika 3

Otázka	Odpovědi		
1. Pohlaví dítěte	chlapec	Dívka	
2. Měla jste nějaké problémy u porodu?	ano	Ne	
3. Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?	ano	Ne	
4. Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?	do 1 roku dítěte	do 3 let dítěte	Déle
5. Má vaše dítě staršího sourozence?	ano	Ne	
6. Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?	ano	Ne	
7. Má vaše dítě nějaké vývojové vady?	ano	Ne	
8. V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?	do 1 roku	do 18 měsíců	Déle
9. Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?	ano	Ne	
10. Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?	ano	Ne	

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Analýza případu: Primárním problémem v případě této dívky je opět chyba ve výchově. Díky nízkému sociálnímu zázemí, málo podnětnému prostředí byla dívka vychovávána nevhodnou formou. Nebyl jí v rodině nastolen pevný režim, podmínky pro zdravý vývoj a rozvoj osobnosti byly mizivé. V průběhu šetření stále zákonný zástupce nenavštívil s dcerou logopedickou ambulanci.

7.4 Kazuistika dítěte C s narušenou komunikační schopností

RA: Dívka ve věku 6 let, narodila se z družného vztahu, otec matku opustil ihned po porodu. Otcí v době porodu bylo 40 let a matce 26 let. Oba mají základní vzdělání. Povolání otce není známo, povolání matky je velmi pochybného charakteru, zřejmě se jedná o prostituci. Dívka se narodila z několikátého těhotenství. Není známo, kolikátý porod matky to je. Matka má již několik dětí umístěných v ústavní péči či péči pěstounské. Sourozence dívka nikdy neviděla. Dle nepodložených informací by měla

matka mít 9 dětí. Holčička je od 3 let věku v ústavní péči v Dětském domově v Tisé. Matka je nyní ve výkonu trestu.

OA: Matka dívku porodila spontánně ve 39. týdnu těhotenství. Po narození holčička vážila 2 850 g a měřila 49 cm, po porodu probíhalo vše v pořádku, Apgar skóre 10-10-10, zralý, donošený novorozenec. Do Dětského domova v Tisé se dívka dostala na rozhodnutí soudu v roce 2012, pro neplnění a zajištění výchovné péče matkou. Dívenka je psychosociálně nezralá, emočně nestabilní, frustrovaná. Na ústavní péči si zvyká velmi špatně. Není ochotna přijmout žádné změny. Je sebestředná, vynucuje si okamžité uspokojování svých potřeb a požadavků. Dívka pochází, dle nepodložených informací, z osmého těhotenství. Její raný motorický vývoj byl bez výrazných odchylek. Dívka se dlouho plazila, nelezla po čtyřech. Kolem 16. měsíce věku se dívka postavila a začala chodit bez opory. Smysluplná slova začala dívka tvořit kolem dvou let, věty začala používat kolem čtvrtého roku života. Měla omezený verbální projev, velmi malou slovní zásobu. Holčička měla kolem dvou let vážný úraz hlavy (došlo ke komoci) - sledována na neurologii, v současné době je vše bez problémů. Navštěvuje poslední ročník mateřské školy, kde si paní vychovatelky stěžují na její vulgární chování a mluvu. Dívka předvádí na dětech kopulační pohyby.

Stav dítěte: Dívka přichází do ordinace v doprovodu „tety“. Je manuálně zručná, velmi snaživá. Na kladené otázky lékařem odpovídá velmi rychle. Do logopedické ambulance začala dívka docházet ve věku 3 let, to již byla v ústavní péči. Dle klinického logopeda dívka trpí narušenou komunikační schopností v oblasti percepcie i produkce. Nyní je diagnóza upravena na NKS produkce. Slovní zásoba se každým dnem zlepšuje a obohacuje. Logopedickou ambulanci dívenka navštěvuje s kladným hodnocením a díky ústavní péči i pravidelně. Ráda se prezentuje v tanci, který ráda předvádí. Její hyperaktivita se bohužel negativně projevuje v jejím chování, které je nepředvídatelné až afektivní. Při negativním hodnocení je schopna v ordinaci rozhazovat věci, co jí přijdou pod ruku, je velmi vulgární a reaguje nevybíravým způsobem. Staví se do opozice. Po zklidnění dívka přiznává svou chybu. V současné době dívenka dochází do psychiatrické ambulance, kde je nastolena její medikace na zklidnění.

Problémy dítěte: Dívenka se neustále trápí nepřítomností své matky. Považuje to za zradu, že musí být v DD. NKS jí brání v tom si najít v DD či v mateřské škole

kamarády. Když se dívce něco nedaří, je na ostatní děti zlá až agresivní, vrstevníci se jí bojí. Musí být neustále v opozici, odmítá respektovat dospělé a výchovné pracovníky. S dodržováním řádu v mateřské škole či v ústavě má velký problém. Je v neustálém konfliktu s dětmi či dospělými, i na dospělé dokáže být vulgární až slovně agresivní. Dívka neváhá říci si o cigarety nebo peníze cizích lidí. Argumentuje na vychovatelky tím, že takto to dělala její matka. Slovní zásoba je omezena, dívka používá nejvíce vulgarismy, ale její stav se zlepšuje. Je vidět těžká a oddaná práce speciálních pracovníků DD, denních i nočních vychovatelů a pravidelné návštěvy psychiatrické a logopedické ambulance.

Tabulka 4: Kazuistika 4

Otázka	Odpovědi		
1. Pohlaví dítěte	chlapec	Dívka	
2. Měla jste nějaké problémy u porodu?	ano	Ne	
3. Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?	ano	Ne	
4. Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?	do 1 roku dítěte	do 3let dítěte	Déle
5. Má vaše dítě staršího sourozence?	ano	Ne	
6. Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?	ano	Ne	
7. Má vaše dítě nějaké vývojové vady?	ano	Ne	
8. V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?	do 1 roku	do 18 měsíců	Déle
9. Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?	ano	Ne	
10. Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?	ano	Ne	

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Analýza případu: Jednotná etiologie případu spočívá v selhání ve výchově již od útlého věku dívky. Holčička viděla doma svou matku vykonávat sexuální aktivitu s mnoha muži, kteří byli vulgární, agresivní a někdy matku i dívku fyzicky napadli. Důvodem umístění do DD bylo patologické prostředí v rodině a odsouzení matky do výkonu trestu. Dívka se psychosociálně nezralá s opozičními rysy v chování.

7.5 Kazuistika dítěte s dyslálií

RA: Chlapec narozen v roce 2010 je dítětem opuštěným vlastními rodiči. Věk matky při narození dítěte byl 18 let, věk otce 19 let. Je prvorozeným dítětem matky. Rodiče v té době neměli bytové podmínky pro zajištění řádné péče o dítě. Sociální podmínky byly velmi špatné. Oba rodiče byli na nízké intelektové úrovni. O chlapce se od narození do roku 2013 starali jeho prarodiče. Po jejich smrti nastoupil hoch do péče ústavní.

OA: Novorozenec narozen ve 34. týdnu těhotenství akutním císařským řezem pro krvácení matky. Porodní váha byla 2 400 g a výška 47 cm. Apgar skóre 8-9-9, dle lékařů hypotrofický nedonošený novorozenec. Prarodiče cvičili s vnukem Vojtovu metodu. Ve dvou letech zjištěna mikrocefalie s nálezem na mozku, který tlačí na řečové centrum. Hoch je sledován na neurologii, nález v současné době stagnuje. Chlapec trpí středně těžkou mentální retardací. Nedokáže se verbálně a srozumitelně vyjádřit. Do Dětského domova v Tisé se dostal na rozhodnutí soudu v roce 2013. Od té doby navštěvuje logopedickou ambulanci. Klinický logoped diagnostikoval dyslálii. Ve třech a půl letech začal chlapec docházet do mateřské školy. Podle paní učitelky mateřské školy byl chlapec velmi zakřiknutý, nevyhledával společnost ostatních dětí a byl stydlivý. Hrál si nejraději sám a na výzvu ostatních dětí nereagoval. Ve verbální složce projevu se odráží mentální retardace chlapce. Expresivní složka řeči velmi vážne. Pasivní slovní zásoba je na střední úrovni. K vyjádření daného pojmu chlapec používá gesta a posunky. Řeč je tvořena citoslovci.

Stav dítěte: Hoch přichází v doprovodu „tety“. Od poslední návštěvy ordinace dětského lékaře udělal chlapec velký pokrok. Nyní dokáže přiřadit geometrické tvary a dát barvy na své místo, ale stále je nedokáže správně pojmenovat. Není vytvořena početní a prostorová orientace. Správně pojmenuje části postavy, ale pouze na sobě. Na otázky odpovídá jednoslovně, řeč je komplikovaná častými spazmy, dysgramatismy a preverbální tenzí. Je méně srozumitelná. Porozumění řeči je dobré. Dokáže pojmenovat většinu zvířat, ale nedokáže určit jejich mláďata. Při grafomotorické činnosti je chlapec netrpělivý a nedbalý. Jeho kresba neodpovídá věku. Opakování vět chlapec zvládne, pokud nemá víc než čtyři slova, zopakovat souvětí nedokáže. Hoch

nastoupil do prvního ročníku Speciální základní školy Pod Parkem v Ústí nad Labem. Dle jeho slov ho škola baví.

Problémy dítěte: Chlapec je stále zakřivený, nevyhledává společnost ostatních vrstevníků. Dyslálie mu brání k upevnění vazeb s kamarády v DD. Má problémy v jemné motorice, nevládne se sám obléci, obout. Potřebuje pomoc. Trpí i poruchou pozornosti, z tohoto důvodu nevydrží u dané činnosti déle jak 4 minuty. Hoch rozumí obsahu hovoru, chápe dané pokyny a příkazy, které dostává. Vážne však souvislé vyjadřování. Jeho řečový projev je nesrozumitelný.

Tabulka 5: Kazuistika 5

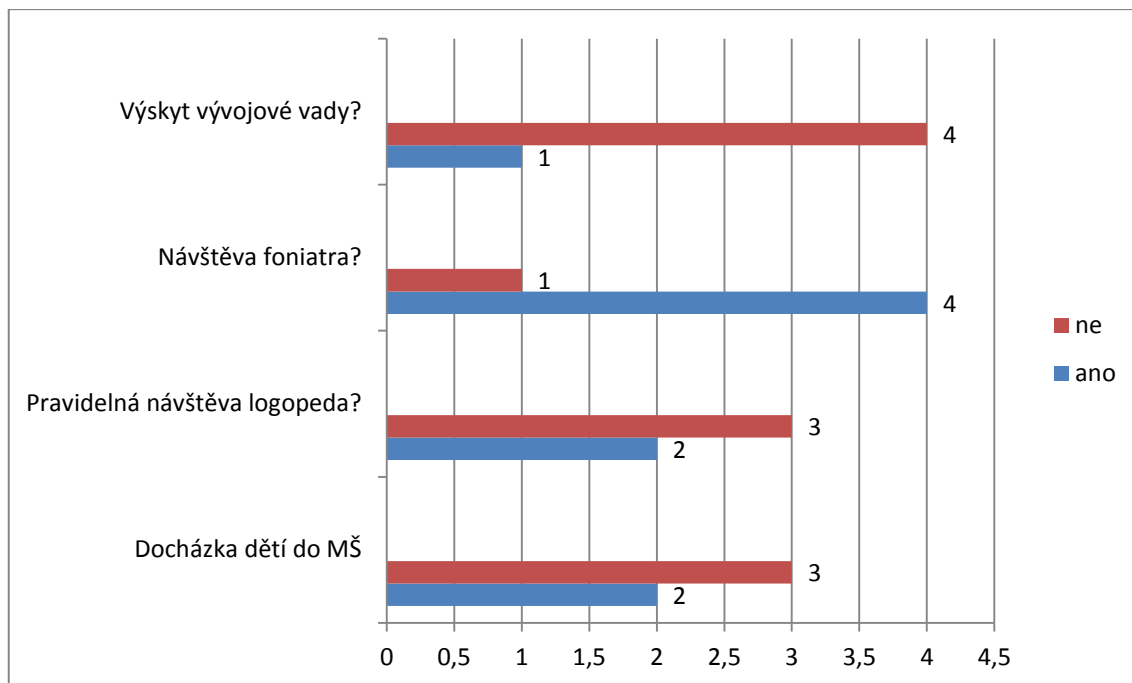
Otázka	Odpovědi		
1. Pohlaví dítěte	chlapec	Dívka	
2. Měla jste nějaké problémy u porodu?	ano	Ne	
3. Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?	ano	Ne	
4. Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?	do 1 roku dítěte	do 18 měsíců dítěte	Déle
5. Má vaše dítě staršího sourozence?	ano	Ne	
6. Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?	ano	Ne	
7. Má vaše dítě nějaké vývojové vady?	ano	Ne	
8. V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?	do 1 roku	do 18 měsíců	Déle
9. Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?	ano	Ne	
10. Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?	ano	Ne	

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Analýza případu: Primárním problémem je mikrocefalie a středně těžká mentální retardace. Sekundárním problémem je nádor na mozku, který nelze operovat z důvodu špatného umístění. Chlapec má mizivé vyhlídky na zlepšení vyjadřovacích schopností. Za poslední dva roky se jeho slovní zásoba rozšířila a lehce se zlepšila srozumitelnost jeho verbální komunikace. S hochem v DD pracuje vychovatelka se vzděláním logopedického asistenta. Ve speciální škole má chlapec asistenta pedagoga a navštěvuje

kroužek logopedické nápravy. Dále navštěvuje neurologickou, logopedickou ambulanci a také SPC.

Graf 1: Vyhodnocení sledovaných faktorů u dětí s NKS

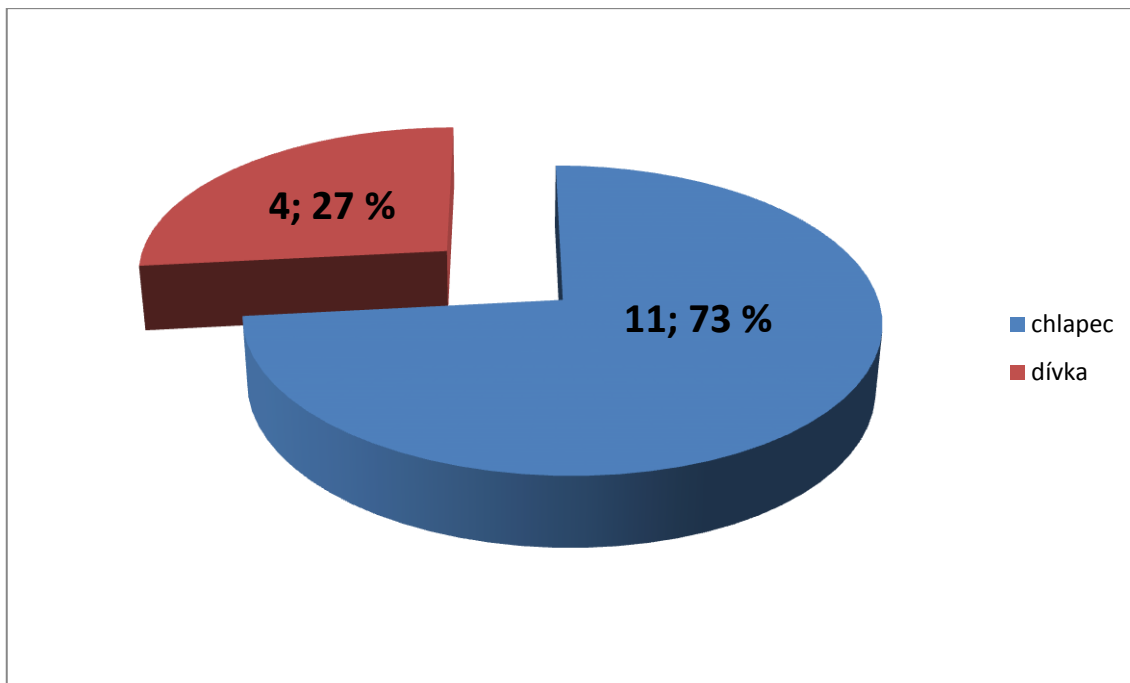


Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 1 V tomto grafu jsou znázorněny výsledné odpovědi

7.6 Výsledky dotazníkového šetření

Graf 2: Pohlaví dítěte



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

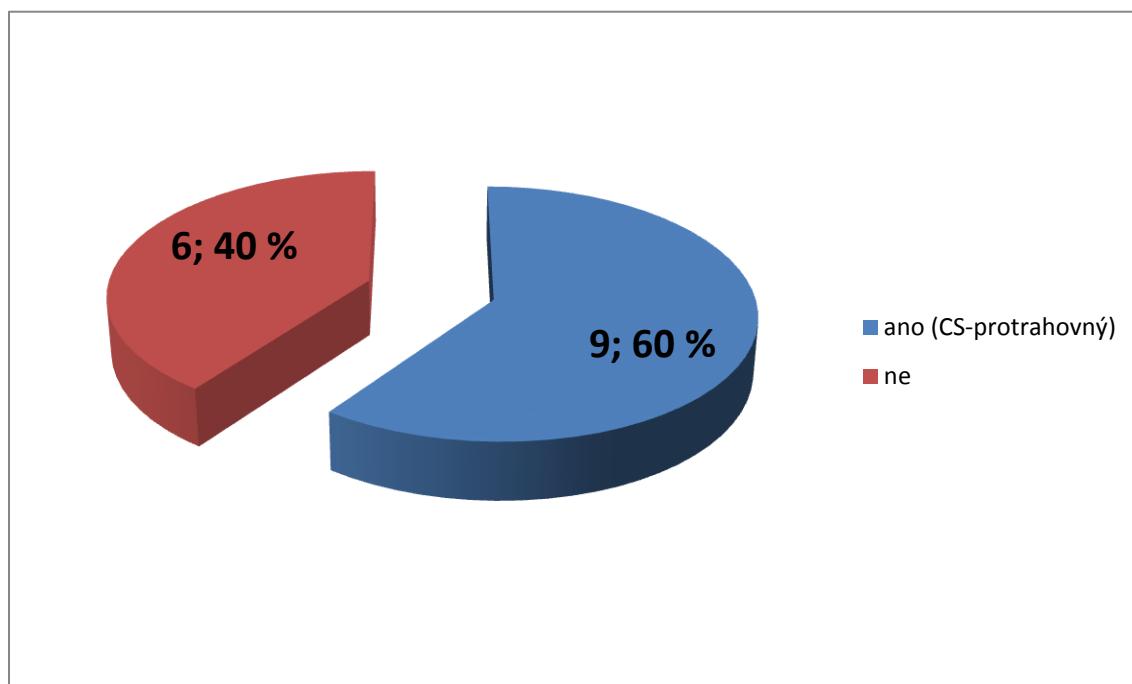
Graf 2 V tomto grafu jsou znázorněny počty chlapců a dívek, chlapců je 11 a 4 dívky.

Tabulka 6: Pohlaví dítěte

	N_i	f_i
Chlapec	11	73 %
Dívka	4	27 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 3: Měla jste nějaké problémy u porodu?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

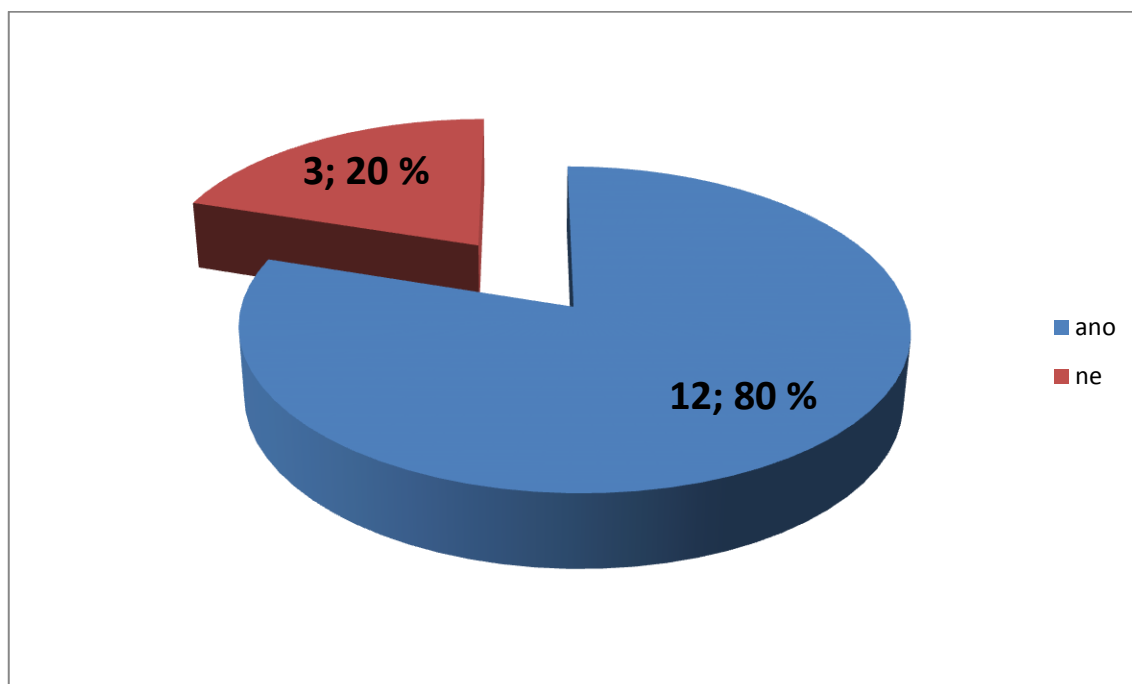
Graf 3 znázorňuje odpovědi na otázku, zda měla matka problémy při porodu. Problémy při porodu potvrdilo 9 respondentek a 6 respondentek odpovědělo ne.

Tabulka 7: Měla jste nějaké problémy u porodu?

	N_i	f_i
Ano – CS (protrahovaný porod)	9	60 %
Ne	6	40 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 4: Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

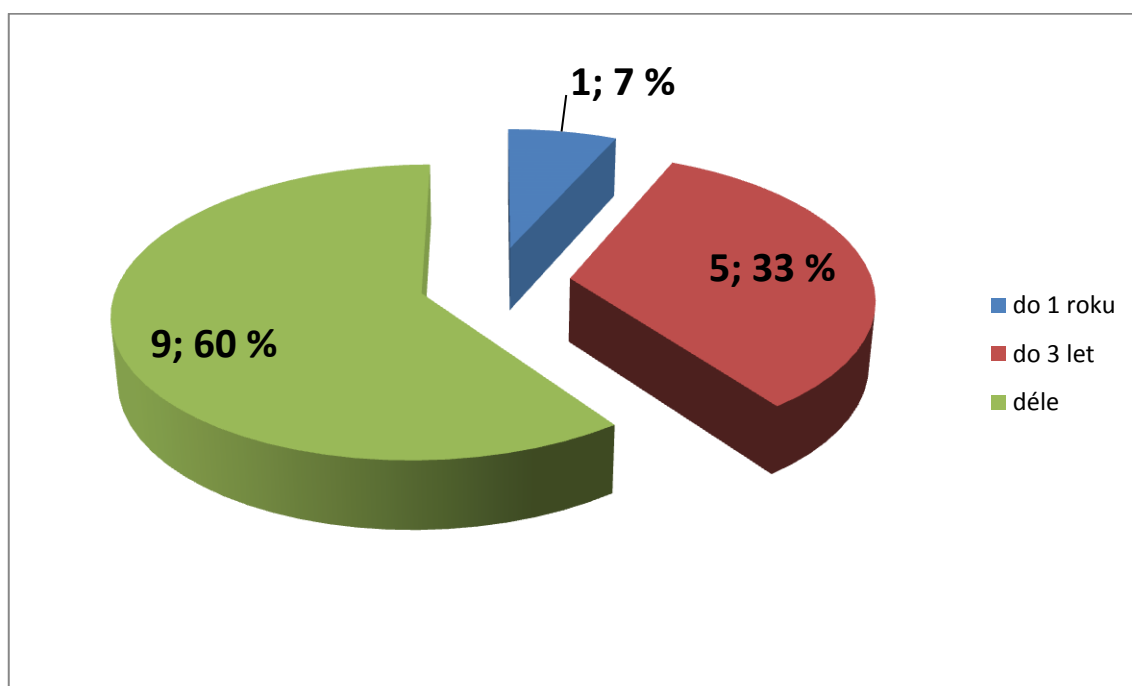
Graf 4 V tomto grafu jsou informace o tom, zda foniatr viděl dítě do 1 měsíce od narození. Foniatr viděl děti ve 12 případech a ve 3 případech byla odpověď ne.

Tabulka 8: Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?

	N_i	f_i
Ano	12	80 %
Ne	3	20 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 5: Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

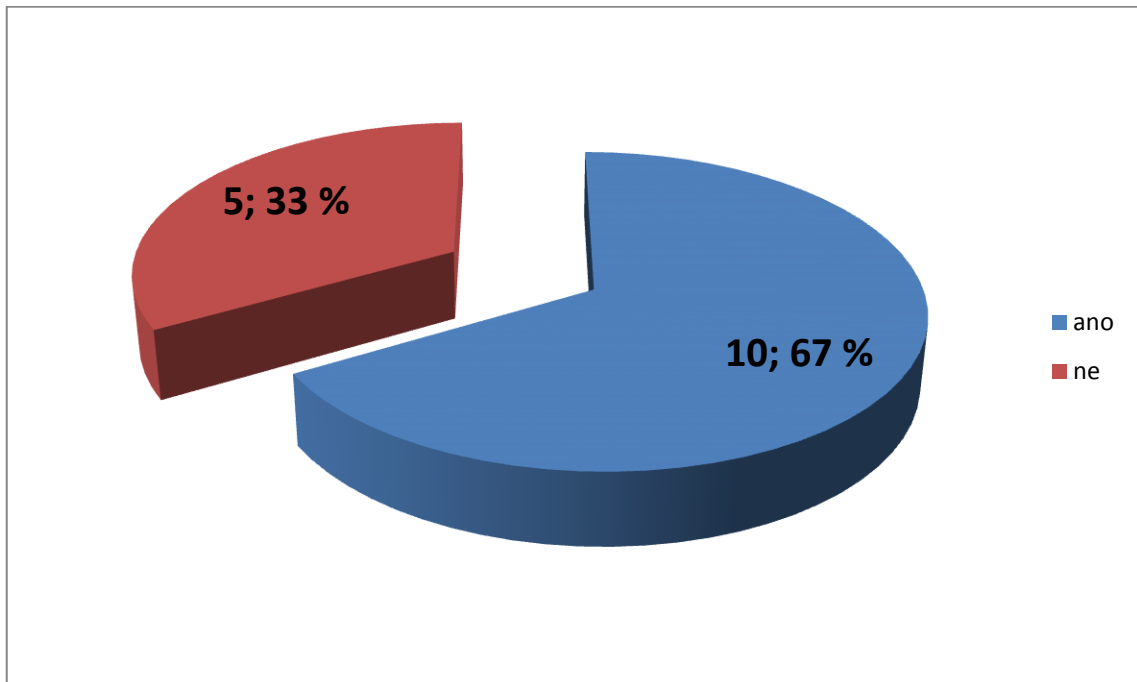
Graf 5 Informuje o tom, jak dlouho byla matka s dítětem na mateřské dovolené. V 5 případech byla matka na mateřské dovolené do 3 let věku dítěte, v 7 případech déle a v 1 případě do 1 roku.

Tabulka 9: Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?

	N_i	f_i
Do 1 roku věku dítěte	1	7 %
Do 3 let věku dítěte	5	33 %
Déle	9	60 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 6: Má vaše dítě staršího sourozence?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

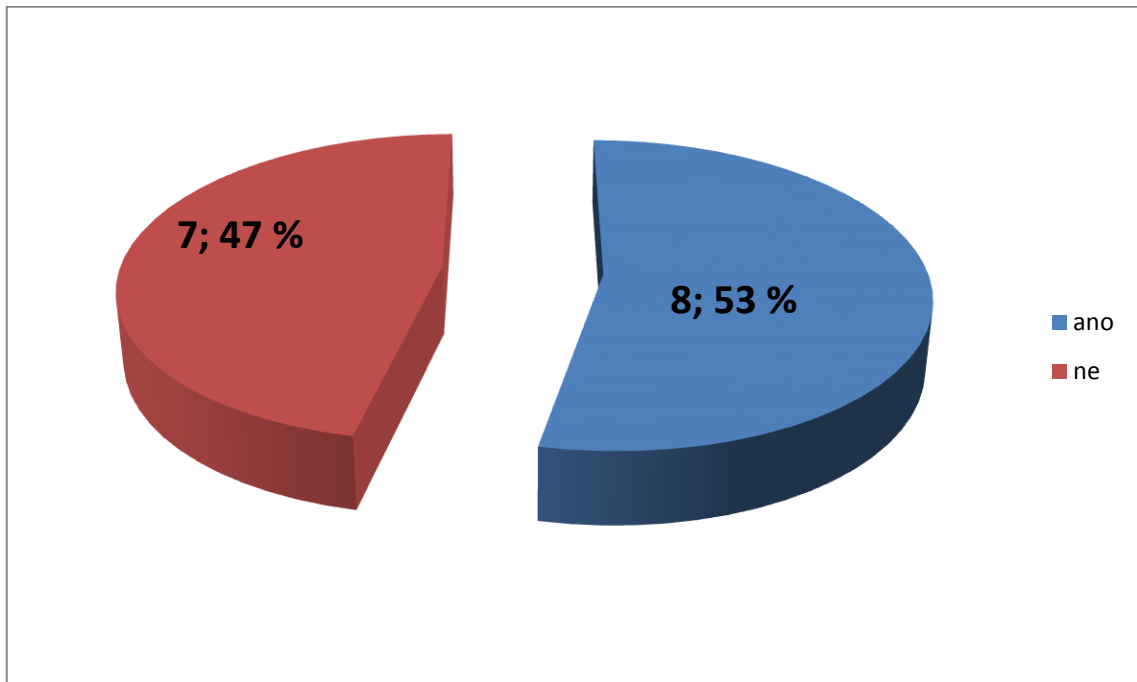
Graf 6 Informuje o tom, zda má dítě staršího sourozence. V 10 případech ano a v 5 případech ne.

Tabulka 10: Má vaše dítě staršího sourozence?

	N_i	f_i
Ano	10	67 %
Ne	5	33 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 7: Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

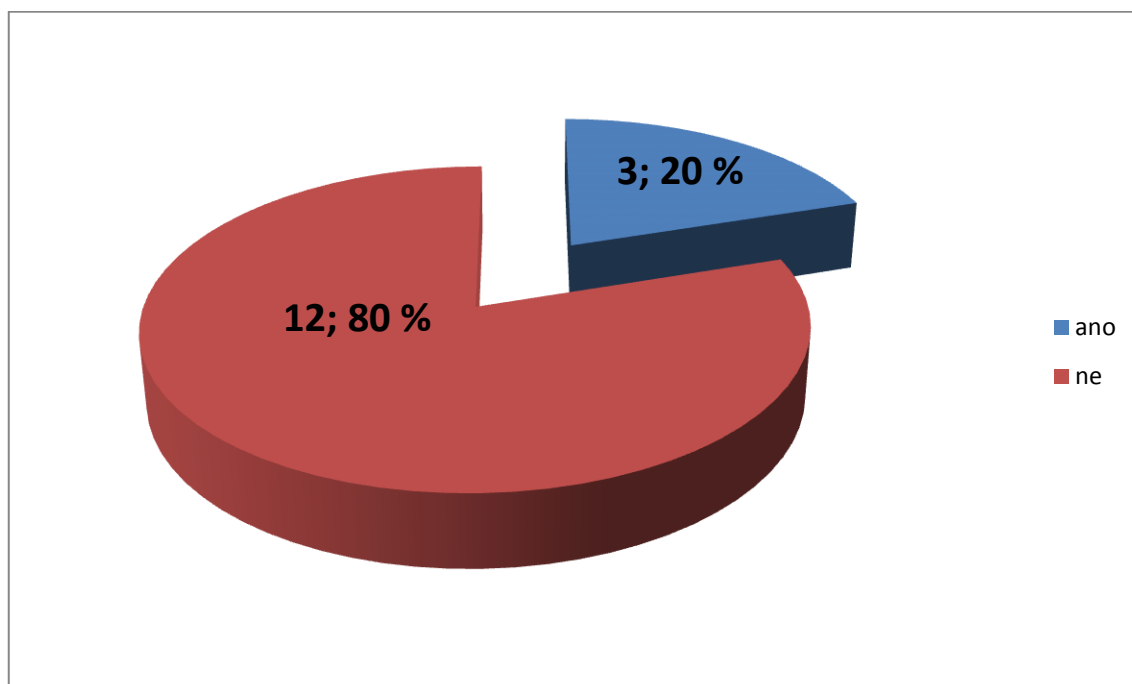
Graf 7 V tomto grafu je vyhodnocena otázka, zda lezlo dítě po čtyřech dříve, než začalo chodit. V 8 případech je odpověď ano a v 7 případech je odpověď ne.

Tabulka 11: Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?

	N_i	f_i
Ano	8	53 %
Ne	7	47 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 8: Má vaše dítě nějaké vývojové vady?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

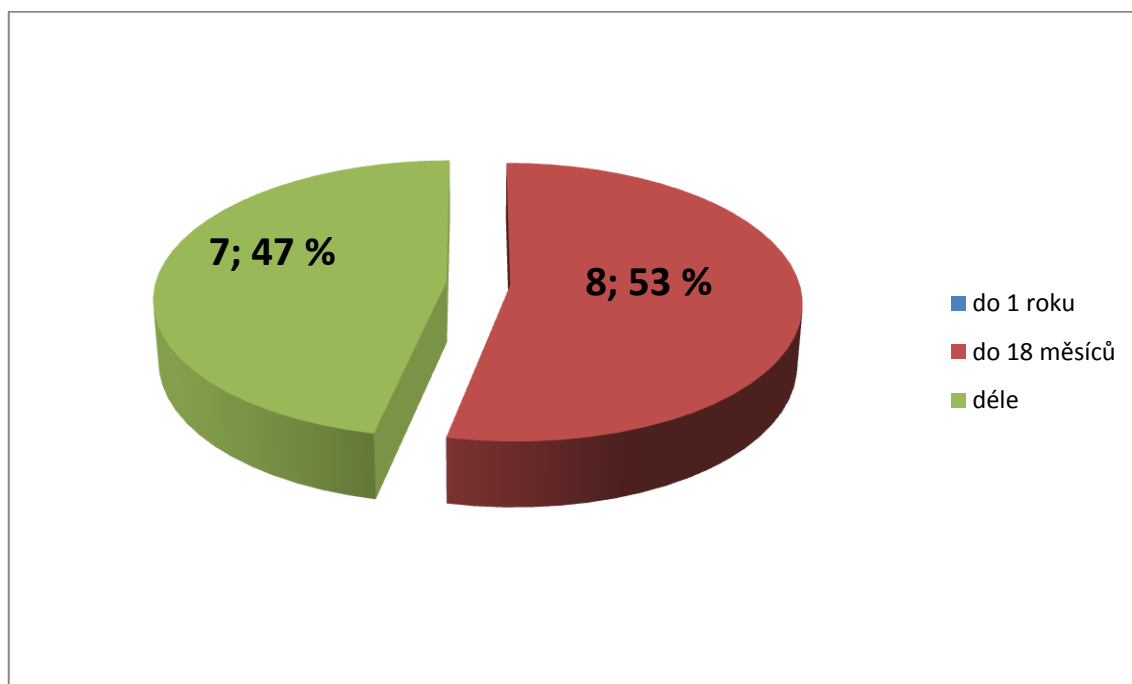
Graf 8 vyhodnocuje odpovědi respondentů, zda má jejich dítě nějaké vývojové vady. Odpověď ano je ve 3 případech a ne odpovědělo 12 respondentů.

Tabulka 12: Má vaše dítě nějaké vývojové vady?

	N_i	f_i
Ano	3	20 %
Ne	12	80 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 9: V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

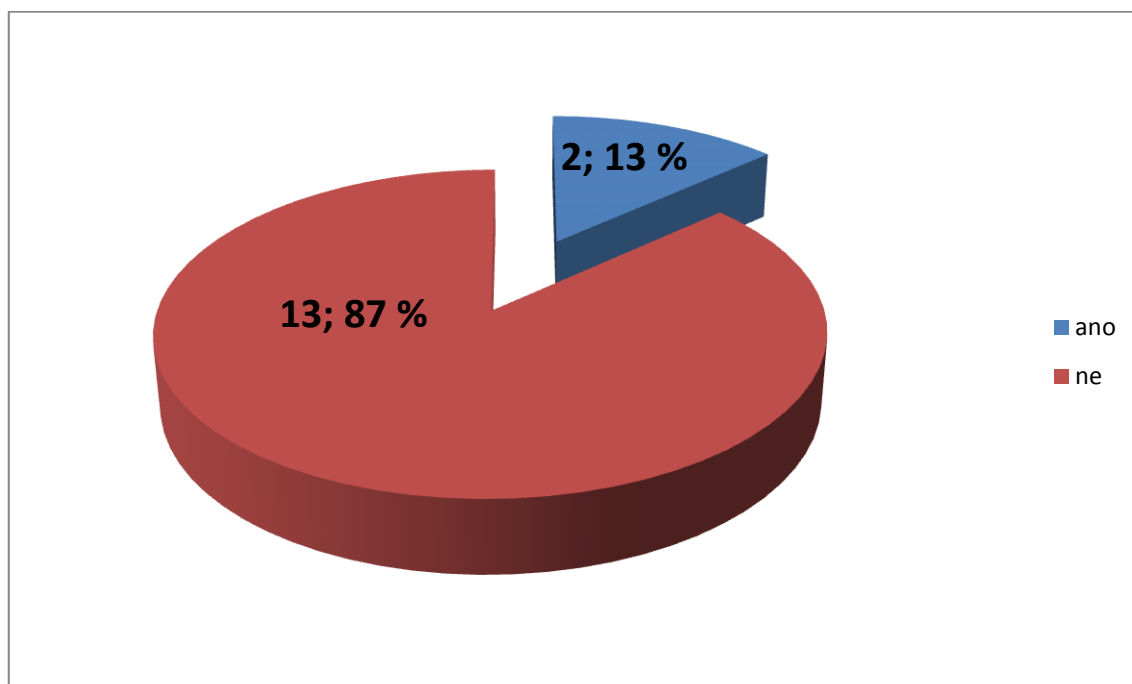
Graf 9 V tomto grafu jsou vyhodnoceny odpovědi, v kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova. U 8 respondentů je odpověď do 18 měsíců a u 7 respondentů je odpověď déle.

Tabulka 13: V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?

	N_i	f_i
Do 1 roku	0	0 %
Do 18 měsíců	8	53 %
Déle	7	47 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 10: Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

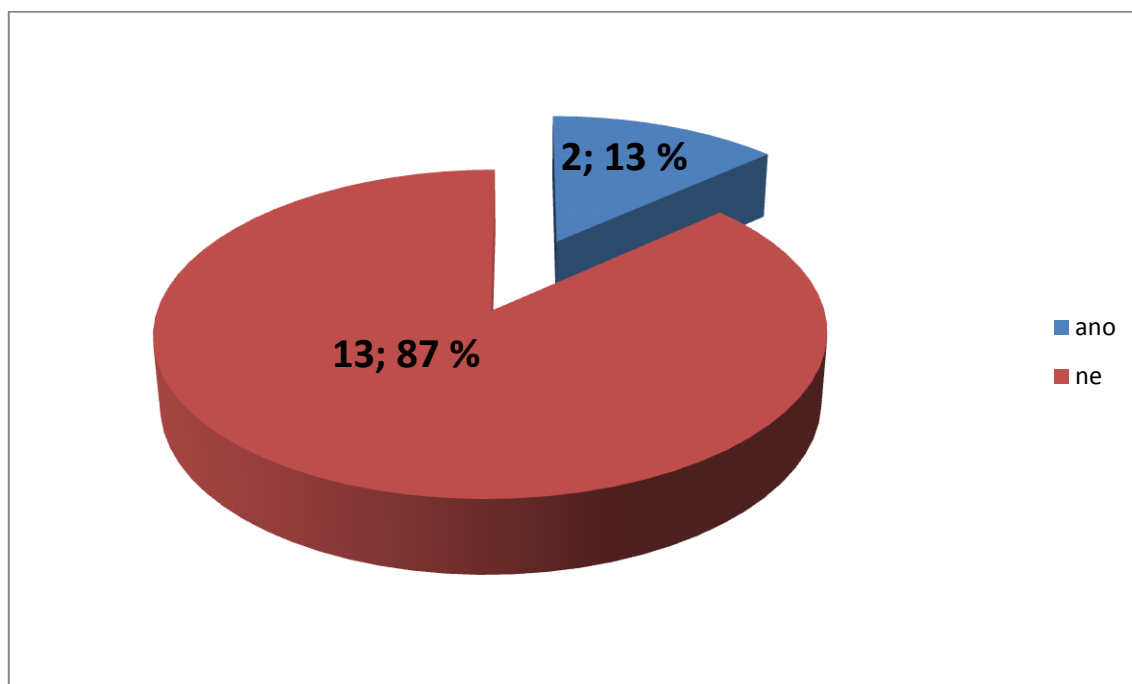
Graf 10 informuje o tom, zda dítě navštěvuje mateřskou školu. U 2 dětí je odpověď ano a 13 dětí nenavštěvuje mateřskou školu.

Tabulka 14: Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?

	N_i	f_i
Ano	2	13 %
Ne	13	87 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 11: Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?



Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

Graf 11 informuje o tom, zda rodina navštěvuje pravidelně logopedickou ambulanci. U 2 respondentů je odpověď ano a 13 odpovědí ne.

Tabulka 15: Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?

	N_i	f_i
Ano	2	13 %
Ne	13	87 %
N	15	100 %

Zdroj: Autorka práce, 2017 (vlastní šetření)

8 DISKUSE

V současné době je zaznamenáván nárůst počtu dětí s narušenou komunikační schopností. Terapeutické metody ve speciální pedagogice pomáhají tyto poruchy mírnit. Návštěva logopedické ambulance je primární při nápravě poruchy, určení dalšího postupu léčby a konzultace s lékařem. Důležitou roli hraje spolupráce s odborníky. Výzkumným cílem této práce je poukázat na přínos mezi pediatrem, rodičem a logopedem a OSPOD a také zjištění, co nejvíce ovlivňovalo rozvoj těchto dětí. V ordinaci praktického lékaře se osvědčila metoda propagování správné péče o řeč dítěte, zejména pomocí letáků, brožur a televizních spotů v čekárně. Osvědčilo se včasné odhalování NKS při povinných preventivních prohlídkách. Metodou logopeda byla logopedická diagnostika a terapie dle konkrétních potřeb klienta. Metodami sociálních pracovníků OSPOD (Orgán sociálně – právní ochrany dětí) byl dohled nad dodržováním pokynů pediatra a logopeda a osvěta rodičů dětí s NKS ze sociálně znevýhodněného prostředí.

Týmová intervence se nejvíce osvědčila u dětí v ústavní péči. Nastalo mírné zlepšení v komunikačních schopnostech i u ostatních klientů.

Součástí výzkumného šetření jsou rodiče dětí, které mají narušené komunikační schopnosti a navštěvují pediatrickou ordinaci. Výzkumu se zúčastnilo 15 respondentů. Na otázku, zda byl porod dítěte komplikovaný, odpovědělo 9 respondentů, že porod byl protrahovaný, a bylo nezbytné zvolit císařský řez. V další otázce, zda rodiče s dítětem navštívili foniatra, odpovědělo 12 respondentů ano. Na mateřské dovolené do 1 roku dítěte byla 1 respondentka, do věku 3 let 5 matek a déle než 3 roky bylo 9 matek. Na rozvoji řeči se podílí i přítomnost sourozence, což je pro dítě přínosnější, než pokud je dítě jedináček. Staršího sourozence má 10 dětí. Na rozvoji řeči se mohou podílet i vrozené vady, které vyloučilo 12 respondentů. Smysluplně začaly děti hovořit nejčastěji do 18 měsíců života a to v 8 případech. Návštěva mateřské školy je jedním z faktorů podílejících se na vývoji řeči, bohužel ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že mateřskou školu navštěvují pouze 2 děti. Pravidelné návštěvy logopeda potvrdili opět pouze 2 respondenti.

Vyhodnocení dílčích cílů: Problémy v komunikačních schopnostech mají zejména respondenti, kteří nenavštěvují mateřskou školu a pouze minimálně navštěvují logopedickou ambulanci.

H1 Předpokládáme, že minimálně 40 % dětí navštěvuje mateřskou školu.

Z výzkumného šetření vyplývá, že 13 % dětí navštěvuje mateřskou školu. Hypotéza se nepotvrdila.

H2 Předpokládáme, že minimálně 50 % rodičů nenavštěvuje s dětmi logopedickou ambulanci.

Z výzkumného šetření vyplývá, že logopedickou ambulanci navštěvuje 13 % dotazovaných rodičů, tzn. 87 % nenavštěvuje. Hypotéza se nepotvrdila.

H3 Očekáváme, že minimálně 30 % rodičů s dětmi navštěvuje foniatra.

Z výzkumného šetření vyplývá, že 80 % rodičů navštívilo foniatra. Tímto zjištěním se hypotéza potvrdila.

H4 Předpokládáme, že 20 % dětí trpí vývojovou vadou.

Z výzkumného šetření vyplývá, že 20 % dětí trpí vývojovou vadou. Tímto se hypotéza potvrdila.

ZÁVĚR

Tato práce se věnovala problematice narušených komunikačních schopností u dětí předškolního věku ze sociálně znevýhodňujícího prostředí a významu týmové spolupráce rodiče, logopeda, pediatra a pracovníků OSPOD. Má dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část práce se podrobněji zabývá oblastí logopedické diagnostiky, narušené komunikační schopnosti, speciální pedagogiky a specifikuje předškolní věk dítěte. Je zde vymezen pojem „logopedie, předškolní věk, speciální pedagogika a matka jako osamocený rodič“. V rámci šestiměsíčního šetření v empirické části bylo cíleně vybráno 15 klientů praktického dětského lékaře s narušenou komunikační schopností a ze sociálně znevýhodněného prostředí. Ze sledovaných dětí byly dvě z ústavu, ostatní z rodin žijících spíše na okraji společnosti. Jejich rodiče mají neúplné nebo jen základní vzdělání, žijí ve špatných bytových podmínkách, jsou nezaměstnaní, často pod dohledem OSPOD. Tito rodiče nedokázali vytvořit dostatečně podnětné prostředí pro rozvoj jazykových dovedností dítěte. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník je sestaven pro zákonné zástupce klientů, tvoří ho 10 otázek zaměřujících se na dítě. Podrobněji je popsáno pět kazuistik, které jsou obsahem této práce. Je vyhotovena kazuistika dítěte s dyslálií, kazuistika dítěte s koktavostí, dále kazuistiky dětí s narušenou komunikační schopností. Získané výsledky jsou zpracovány a analyzovány. V těchto případech se ukázalo, jak je důležitá týmová spolupráce pediatra, logopeda a pracovníků OSPOD. Pediatr doporučoval návštěvu logopeda a v případě nedocházení do logopedické ambulance zasáhli pracovníci OSPOD. Dohlíželi na dodržování návštěv a prováděli osvětu u rodičů klientů. V mnohých případech se řečové schopnosti dětí velmi zlepšily. Týmová spolupráce těchto odborníků tak pomáhá dětem zařadit se plnohodnotně mezi své vrstevníky a umožňuje jim lehčí start do velmi důležitého období – školní docházky. Domníváme se tedy, že stanovený cíl práce byl dodržen a splněn. Z důvodu malého rozsahu vyšetřovaného souboru, jsme si vědomi, že výsledky šetření nelze zobecnit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BEDNÁŘOVÁ, J. a V. ŠMARDOVÁ, 2010. *Školní zralost: co by mělo umět dítě před vstupem do školy*. Brno: Computer Press. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-251-2569-4.
- BOČKOVÁ, B., 2011. *Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5609-1.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2014. *Koncepce rané logopedické intervence v České republice: teorie, výzkum, terapie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7561-0.
- DVOŘÁK, J., 1998. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum.
- DVOŘÁK, J., 2007. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3. upravované a rozšiřované vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. ISBN 978-80-902536-6-7.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J., B. BOČKOVÁ a I. BYTEŠNÍKOVÁ, 2012. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-229-1.
- KRAHULCOVÁ, B., 2013. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Beakra. ISBN 978-80-9038-631-0.
- KUTÁLKOVÁ, D., 2002. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 3. vydání. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-667-5.

- KUTÁLKOVÁ, D., 2009. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5. přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-598-7.
- KUTÁLKOVÁ, D., 2011. *Budu správně mluvit*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2477-386-5.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- LECHTA, V., 2003a. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8801-5.
- LECHTA, V., 2003b. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-867-8.
- LECHTA, V., 2004. *Koktavost*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-867-6.
- LECHTA, V., 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, V., 2011. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. doplněné a přepracované vydání. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LEJSKA, M., 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatric*. Brno: Paido, ISBN 80-7315-038-7.
- MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-736-7368-0.
- MONATOVÁ, L., 1994. *Pedagogika speciální*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1009-6.
- MÜLLER, O., 2005. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1075-3.
- MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přepracované vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
- NEUBAUER, K., 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 978-80-7435-053-5.
- NEUBAUER, K., 2014. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-500-4.

- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2005. *Logopedické minimum*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1233-0.
- PROCHASKA, J. O., a NORCROSS, J. C., 1999. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-766-4.
- PRŮCHA, J., 2007. *Interkulturní psychologie*. 2. rozšířené vydání. Praha: Portál. Psychologie (Portál). ISBN 978-80-7367-280-5.
- PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ, 2009. *Pedagogický slovník*. 6. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
- ŘÍČAN, P., 2004. *Cesta životem: [vývojová psychologie]*: 2. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.
- SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, M., 1978. *Logopedie*. Praha: SNP.
- SOVÁK, M., a kol. 2000. *Defektologický slovník*. 3. vydání. Jinočany: Nakladatelství H&H. ISBN 80-860-2276-5.
- ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA a kol., 2003. *Klinická logopedie*. 2. upravené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-546-0.
- VACÍNOVÁ, M., TRPIŠOVSKÁ, D., a FARKOVÁ, M., 2010. *Psychologie*. 2. rozšířené vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-008-2.
- VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
- VITÁSKOVÁ, K. a M. PEUTELSCHMIEDOVÁ, 2005. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1088-5.
- VÍTKOVÁ, M. a J. PIPEKOVÁ, 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vydání, Brno: Paido. ISBN 80-7315-010-7.
- VÍTKOVÁ, M., a kol. 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.
- ZACHAROVÁ, E., 2013. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. OU Ostrava. ISBN 978-802-7464-274-6.

ZAUCHE-GAUDRON, C, 2003. *Předškolní dítě a jeho svět: L'enfant d'âge préscolaire et son monde*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0752-8.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10. zcela přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

LECHTA, V. a kol. 1990. *Logopedické repetitorium*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo. ISBN 80-08-00447-9.

MIKULAJOVÁ, M. a I. RAFAJDUSOVÁ, 1993. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: vlastným nákladom. ISBN 80-90-04450-6.

SEZNAM ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
DD	Dětský domov
NKS	Narušená komunikační schopnost
OA	Osobní anamnéza
OSPOD	Orgán sociálněprávní ochrany dětí
SPC	Speciálně pedagogické centrum
RA	Rodinná anamnéza

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Vyhodnocení sledovaných faktorů u dětí s NKS	44
Graf 2: Pohlaví dítěte	45
Graf 3: Měla jste nějaké problémy u porodu?	46
Graf 4: Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?	47
Graf 5: Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?	48
Graf 6: Má vaše dítě staršího sourozence?	49
Graf 7: Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?	50
Graf 8: Má vaše dítě nějaké vývojové vady?	51
Graf 9: V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?	52
Graf 10: Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?	53
Graf 11: Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?	54

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kazuistika 1	35
Tabulka 2: Kazuistika 2	37
Tabulka 3: Kazuistika 3	39
Tabulka 4: Kazuistika 4	41
Tabulka 5: Kazuistika 5	43
Tabulka 6: Pohlaví dítěte	45
Tabulka 7: Měla jste nějaké problémy u porodu?	46
Tabulka 8: Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?	47
Tabulka 9: Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?	48
Tabulka 10: Má vaše dítě staršího sourozence?	49
Tabulka 11: Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?	50
Tabulka 12: Má vaše dítě nějaké vývojové vady?	51
Tabulka 13: V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?	52
Tabulka 14: Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?	53
Tabulka 15: Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?	54

Příloha A

Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia, oboru speciální pedagogika na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze, a tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který se Vám dostal do rukou. Bakalářská práce má téma Týmová spolupráce při logopedické intervenci u dětí ze sociálně znevýhodňujícího prostředí. Odpovědi jsou anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce.

Předem děkuji všem zúčastněným respondentům.

1. Pohlaví dítěte
 - a) chlapec
 - b) dívka

2. Měla jste nějaké problémy u porodu?
 - a) ano – CS, protražovaný porod
 - b) ne

3. Viděl foniatr vaše dítě do 1 měsíce věku?
 - a) ano
 - b) ne

4. Jak dlouho jste byla s dítětem na mateřské dovolené?
 - a) do 1 roku věku dítěte
 - b) do 3 let věku dítěte
 - c) déle

5. Má vaše dítě staršího sourozence?
 - a) ano
 - b) ne

6. Lezlo vaše dítě po čtyřech před tím, než začalo chodit?

a) ano

b) ne

7. Má vaše dítě nějaké vývojové vady?

a) ano

b) ne

8. V kolika měsících začalo dítě říkat smysluplná slova?

a) do 1 roku

b) do 18 měsíců

c) déle

9. Navštěvuje vaše dítě mateřskou školu?

a) ano

b) ne

10. Navštěvujete pravidelně logopedickou ambulanci?

a) ano

b) ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Alena Mašatová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Týmová spolupráce při logopedické intervenci u dětí ze sociálně znevýhodňujícího prostředí

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 44

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PhDr. Jana Melicharová, DiS.