

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

**Ústav speciálněpedagogických studií**

**Diplomová práce**

**Logopedická intervence prováděná na základních školách  
speciálních**

2022

Vedoucí práce:

Mgr. Eva Urbanovská, Ph. D

Vypracovala:

Bronislava Dostálová

Prohlášení studenta:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, uvádím v seznamu použité literatury a zdrojů.

V Olomouci dne:

.....

Bronislava Dostálová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za odborné vedení závěrečné práce, za její čas, ochotu a poskytování rad při realizaci této práce. Poděkování také náleží všem školským logopedkám, které mi umožnily účastnit se logopedických intervencí a trpělivě mě seznamovaly s aktuální problematikou současné školské logopedie.

## Obsah

Úvod 7

TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 Komunikace .....	9
1.1 Řeč a faktory ovlivňující její vývoj .....	10
1.2 Vývoj řeči .....	11
1.2.1 Fylogenetický vývoj řeči .....	11
1.2.2 Ontogenetický vývoj řeči .....	11
1.2.3 Přípravné (předřečové) období .....	12
1.2.4 Období vlastního vývoje řeči .....	13
1.3 Narušená komunikační schopnost .....	15
1.4 Diagnostika narušené komunikační schopnosti .....	17
1.5 Socializace jedince s narušenou komunikační schopností .....	18
1.6 Logopedická intervence u dětí s NKS .....	19
2 Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy /podle MKN 11- Poruchy vývoje intelektu a poruchy autistického spektra.....	21
2.1 Mentální retardace/Porucha vývoje intelektu .....	21
2.1.1 Klasifikace mentální retardace .....	22
2.1.2 Vývoj řeči dětí s mentálním postižením .....	23
2.1.3 Narušená komunikační schopnost u dětí s mentální retardací .....	24
2.1.4 Logopedická intervence u dětí mentálním postižením .....	26
3 Pervazivní vývojové poruchy podle MKN 10, poruchy autistického spektra podle MKN 11 .....	28
3.1 Klasifikace poruch autistického spektra .....	28
3.2 Současné poznatky o výskytu poruch autistického spektra .....	30
3.3 Příčiny poruch autistického spektra .....	31
3.4 Symptomy poruch autistického spektra .....	31
3.5 Dětský autismus, klasifikace podle MKN 10, F 84. 0 .....	32

3.6	Atypický autismus klasifikace podle MKN 10 F84.1.....	32
3.7	Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3) .....	33
3.8	Aspergerův syndrom .....	33
3.9	Specifické obtíže komunikace u dětí s PAS .....	34
3.9.1	Alternativní a augmentativní komunikace u dětí s PAS .....	35
3.9.2	Výběr vhodného systému AAK u dětí s autismem .....	36
3.9.3	Metody a komunikační systémy .....	37
4	Downův syndrom.....	38
4.1	Tělesné symptomy .....	38
4.2	Orofaciální symptomy .....	38
4.3	Specifický vývoj řeči u dětí s Downovým syndromem .....	39
4.4	Možnosti rozvoje komunikace u dětí s Downovým syndromem.....	42
4.4.1	Znakové systémy.....	42
5	Handel přístup.....	45
5.1	Charakteristika HANDLE přístupu .....	45
5.2	Neurovývojové hledisko .....	45
5.3	Princip HANDLE aktivit .....	46
6	Logopedická intervence na základní škole zřízené podle § 16 odstavce 9 školského zákona .....	48
6.1	Školský logoped, klinický logoped.....	48
6.2	Aktuální logopedická péče ve školství .....	50
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>52</b>
7	Metodologie výzkumného šetření.....	53
7.1	Cíl výzkumu.....	53
	Stanovení výzkumných otázek .....	54
7.2	Popis metodologie.....	54
7.2.1	Výzkumný desing .....	54

7.2.2	Výzkumné metody .....	55
7.3	Popis zkoumaného vzorku .....	57
7.4	Sběr a analýza dat .....	57
7.5	Kazuistiky .....	58
7.6	Výzkumná zjištění a jejich interpretace .....	71
7.6.1	Nejčastější překážky v poskytování logopedické intervence u dětí se symptomatickými vadami řeči .....	71
7.6.2	Reflexe rodičů dětí s postižením na logopedickou intervenci .....	71
7.6.3	Spolupráce dětí s postižením a jejich rodiči při logopedické intervenci... ..	72
7.6.4	Zaznamenané pokroky po pravidelně realizované logopedické intervenci u dětí s postižením .....	72
	Zhodnocení hlavní výzkumné otázky .....	74
8	Diskuze .....	77
	Závěr	80
	Seznam tabulek .....	89
	Seznam příloh .....	90
	Formulace otázek k interview se školní logopedkou .....	9



## Úvod

Pro napsání diplomové práce na toto téma mě inspiroval můj osobní zážitek, který jsem si odnesla z praxe na Základní škole zřízené podle § 16 odstavce 9 školského zákona, která je součástí Střední školy, Základní školy a Mateřské školy Prostějov. Během praxe jsem měla možnost nahlédnout na realizaci logopedické péče u dětí s různými typy postižení, převážně dětí s mentálním postižením, dětí s DMO, dětí s autismem a dětí s Downovým syndromem. U všech dětí se objevovaly symptomatické poruchy řeči. Ráda bych tedy vyzdvihla význam logopedické intervence na škole zřízené podle § 16 odstavce 9 školského zákona a neuvěřitelnou snahu, píli, cílevědomost a neustálý zájem v hledání nových přístupů logopeda při práci s dětmi se symptomatickými poruchami řeči. Osobnost logopeda v tomto případě je důležitým faktorem při poskytování péče, protože rychlých a velkých pokroků v nápravě řeči u této specifické skupiny klientů se v krátkém výhledu neočekává. Velký vliv na rozvoj komunikačních dovedností u dítěte se symptomatickou poruchou řeči má samozřejmě rodina, proto je velmi důležité, aby logoped navázal pozitivní vztah s rodiči a došlo k vzájemné spolupráci.

V diplomové práci se chci zaměřit na analýzu logopedické péče na základní škole, která je prováděna individuálně v rámci logopedických bloků, vedena speciálním pedagogem, školským logopedem a zhodnotit její přínosy.

**První kapitola** se věnuje vymezení základních pojmů, především termínu **logopedická intervence, narušená komunikační schopnost**, komunikaci, významu řeči v životě člověka v souvislosti se socializací a vlivu narušené komunikační schopnosti na život dítěte. Nutné je se také zmínit o podmínkách správného vývoje řeči.

**Druhá kapitola** popisuje základní charakteristiky jednotlivých druhů postižení. Zmiňuje také speciální logopedické zásady používané při realizaci logopedické intervence s přihlédnutím k danému typu postižení. V závěru teoretické části se seznamujeme s přístupem, který byl aplikován u žáků během logopedických bloků. Jedná se o postup, který se běžně nepoužívá při nápravě řeči u intaktních dětí. Empirická část je zaměřena na cíle, metodologii, popis výzkumného vzorku.

**Cíl práce** je zaměřen na komplexní posouzení práce školského logopeda s dětmi s postižením, u kterých se vyskytuje narušená komunikační schopnost, zhodnocení efektivity práce logopeda a charakteristiku faktorů stěžujících podmínky realizace logopedické péče. Diplomová práce by měla být pozitivní inspirací pro vedoucí



pracovníky základních škol speciálních a škol zřízených podle § 16 odstavce 9 školského zákona, při rozhodování zřizování funkce školského logopeda ve škole. Ráda bych motivovala speciální pedagogy, logopedy pracující ve speciálních školách k tomu, aby se podíleli na rozvíjení komunikační schopnosti u postižených dětí. Tato náročná a dlouhodobá péče vyžaduje značnou trpělivost a vysoké pracovní nasazení. Pokud je dosaženo i malých pokroků, tak v případě dětí s postižením se jedná o velice hodnotné výsledky. Zlepšení komunikačních dovedností u dětí s postižením vede ke zkvalitnění života, zlepšují se podmínky pro socializaci a pozitivně je ovlivněn i výchovně vzdělávací proces.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Komunikace

Již od narození je pro člověka jednou z nejdůležitějších potřeb právě neustálý příjem a předávání informací. Ten se děje pomocí komunikace, která je centrem zájmu každé kultury.

Devito (2008) označuje dovednost komunikace jako nejvýznamnější a nejvíce ovlivňující vlastnost člověka, která zasahuje do osobního i pracovního života jedince. Popisuje intrapersonální komunikaci, která je založena na vysílání a přijímání všech složek komunikace, probíhající mezi dvěma nebo více lidmi.

*„Řečová komunikace je komplexní proces, na kterém se podílejí ve vzájemné podmíněnosti všechny tři typy předpokladů: vrozené mentální předpoklady užívání jazyka, předpoklady získané aktivní interakcí jedince s prostředím (učení) i faktory působící v komunikační situaci.“ (Nebeská, 1992, s. 40)*

Aby komunikace mohla probíhat je potřeba střídání role komunikátora (toho, kdo komunikaci iniciuje) a komunikanta (toho, kdo komunikátorovi naslouchá). Co je obsahem sdělení se nazývá komuniké. Pod pojmem komunikace si většina z nás představí verbální komunikaci, prostřednictvím slov většinové, intaktní společnosti. Nejvýznamnější funkcí komunikace je sociální interakce a rozvoj osobnosti v rámci výchovně-vzdělávacího procesu. Kvalitní edukační proces mezi učitelem a žákem nemůže správně probíhat, pokud je úroveň komunikačních kompetencí nedostatečná. Řeč je tedy nejdůležitější znak pro lidskou komunikaci. Jedná se o biologickou lidskou vlastnost, její vývoj můžeme posuzovat z aspektu fylogenetického a ontogenetického. Problémům s narušenou komunikační schopností se věnuje obor speciální pedagogiky, Logopedie. Vzhledem k tomu, že vývoj řeči je velmi složitý proces, na kterém se podílí hlavně mozkové funkce, získává logopedie interdisciplinární charakter a spolupracuje s obory z oblasti pedagogiky, medicíny a psychologie. Pokud je vývoj řeči negativně ovlivněn některým z vnitřních nebo vnějších faktorů, dochází k narušené komunikační schopnosti (Bendová, 2012).

U dětí na speciálních základních školách se setkáváme především s narušením komunikační schopnosti, která vzniká v důsledku jiného dominantního postižení, tzn., že doprovází jinou dominantní poruchu, mluvíme o symptomatických poruchách řeči (Klenková, 2006).

## 1.1 Řeč a faktory ovlivňující její vývoj

Řeč je označena jako schopnost, která je typická pouze pro člověka. Rozvoj řeči úzce souvisí s rozvojem myšlení. Osvojování komunikačních dovedností je zásadním předpokladem pro optimální intelektuální vývoje dítěte, a tedy předmětem zájmu všech rodičů malých dětí (Kutálková, 2021).

Vztahem mezi vývojem řeči a myšlením se zabývalo mnoho významných myslitelů. Vzniklo nespočet teorií a výkladů, které upřednostňují nebo vylučují korespondenci myšlení a řeči. Sovák zdůrazňuje na předním místě vývoj řeči, Piaget má opačný názor. Vygotskij přistupuje k vývoji řeči a myšlení jako ke dvěma nezávislým proměnným, které se však v období kolem druhého roku věku dítěte vzájemně protnou. Myšlení označuje jako verbální a řeč intelektuální. V tomto směru potvrzují pojetí vývoje řeči a myšlení podle Piageta i vývojoví psychologové. Nacházejí propojení ve schopnosti dítěte ve věku okolo druhého a třetího roku si něco představit (předmět) prostřednictvím obrazné představy. Schopnost označují jako sémiotickou funkci (Lechta, 2002).

Schopnost naučit se mluvit je přirozeně dána lidstvu od nepaměti. Není podmíněna zemí, ani kulturou, ve které se dítě narodí. Čujkovskij (in Průcha, 2011) dokonce označuje dítě jako „geniálního lingvistu“ vzhledem k prudkému tempu osvojování řeči ve věku od dvou do pěti let. V průběhu dlouholetého bádání vznikly různé teorie o osvojování řeči. Generativní teorie Chomského přisuzuje schopnost naučit se mluvit především vrozeným dispozicím dítěte. Tato teorie je však kritizována, protože nezahrnuje v sobě extralingvistické (sociální) faktory v procesu osvojování jazyka. Dnes můžeme teorie o osvojování jazyka rozdělit do tří hlavních skupin. První přístup je označován jako racionalistický, přiklání se k osvojování řeči na základě vrozených dispozic. Empiristický přístup zdůrazňuje vliv učení a prostředí na osvojování jazyka a třetí přístup propojuje poznatky z obou uvedených směrů a je označován jako interakční přístup. Díky neustálému zájmu odborníků a vědců, kteří hledají souvislosti a odpovědi na otázky ohledně učení se jazyku, vznikl nový obor, který se nazývá psycholingvistika (development psycholinguistic), (Průcha, 2011).

Nejen pro práci školního logopeda, ale i pro rodiče je nutná znalost ontogeneze řeči. Vývoj řeči probíhá u dětí v souladu s celkovým psychickým vývojem, který může být negativně i pozitivně ovlivněn faktory z exogenního a endogenního prostředí. Mezi zásadní vlivy na vývoj řeči řadíme především: „stav centrální nervové soustavy, úroveň

*intelektových schopností, úroveň motorických schopností, úroveň sluchového a zrakového vnímání, vrozená míra nadání pro verbální komunikaci a sociální prostředí v němž se dítě nachází.*“ (Bytešníková, 2007, s.72)

## **1.2 Vývoj řeči**

Aby se dětem s narušenou komunikační schopností dostalo odpovídající terapeutické péči je třeba znát vývojová stádia řeči jedince. Ruský psycholog Lev Semjonovič Vygotskij zavedl pro určení správného dosaženého vývojového stádia řeči termín označující „zónu nejbližšího vývojového stádia řeči“. Uvědoměním si aktuální zvládnuté vývojové úrovně řeči a potencionální vývojové úrovni řeči je tak docíleno dodržování zásady vývojovosti při logopedické intervenci (Červenková, 2019).

Na vývoj řeči se můžeme dívat z pohledu fylogenetického a ontogenetického.

### **1.2.1 Fylogenetický vývoj řeči**

V prvním případě je vývoj řeči popisován z hlediska historického, kdy vývojem lidského druhu se mění anatomické a funkční struktury člověka. Nikde nenajdeme odkdy se dá mluvit o počátcích vývoj řeči, ale každé dítě po narození má schopnost učit se mateřský jazyk. K důležitým pozorovaným změnám ve vývoji mozku se také řadí schopnost diferenciacie mozkových hemisfér a vývoj mozkové kůry. Objevena byla centra pro realizaci řeči, dnes známá jako Brocovo (centrum expresivní složky řeči) a Wernickeho (centrum recepce řeči) centrum řeči. Dalším ústrojím důležitým k realizaci řeči, které procházelo vývojem jsou mluvidla a hlasový trakt (Kejklíčková, 2016).

### **1.2.2 Ontogenetický vývoj řeči**

Vitásková (2013) popisuje ontogenetický vývoj řeči jako individuální vývoj jedince od narození až do smrti. Ontogenetický vývoj řeči se orientuje na období vývoje řeči probíhající do jednoho roku dítěte. Základní vývoj řeči by však měl být ukončen okolo šestého až sedmého roku. Vývojem řeči se zabývalo mnoho významných osobností (Piaget, Vygotskij, Kussmaul, Stern, Rubinstein, Luchsinger, Čáda, Ohnesorg, Seeman, Kiml, Kuric, Koch, Kratochvíl, Příhoda, Sovák, Vyštejn, Damborská, Pařezová a další) , známé je tedy více klasifikací ontogenetického vývoje řeči. Základním uznávaným rozdělením vývoje řeči zůstává dělení na dvě období a to tzv. přípravné (předřečové) období a následné období nazývané obdobím vlastního vývoje řeči.

Lechta (in Kroupová, 2016) klasifikuje ontogenezi řeči podle úrovně řečového vývoje na neverbální předřečové období, další období pragmatizace, sémantizace, lexemizace, gramatizace, a období intelektualizace.

Sovák (in Kroupová, 2016) rozděluje stádia ontogeneze řeči na křik, žvatlání, stádium rozumění řeči a vlastní vývoj řeči. Do stádií vývoje řeči jsou zahrnuta stádia emocionálně-volní, stádium egocentrické, stádium asociačně – reprodukční, stádium rozvoje komunikační řeči, logických pojmů a poslední je stádium intelektualizace řeči.

### 1.2.3 Přípravné (předřečové) období

Do předřečového období jsou zahrnuty všechny aktivity spojeny s přípravou mluvidel k artikulaci. Řadíme sem i období prenatální, kdy jsou u plodu pozorovány činnosti jako sání, žvýkání, polykání. Důležitým poznatkem je zjištění, že pokud dítě neumí správně žvýkat, nemůže se u něj vyvinout řeč. U dětí s postižením, se stimuluje právě tato primární funkce. Za první řečový projev dítěte je považován novorozenecký křik, který je považován za reflexní činnost a nemusí vždy označovat nespokojenost dítěte. Za předverbální komunikaci v novorozeneckém věku se považuje kontakt matky s dítětem při kojení. Dochází k senzomotorické stimulaci a velmi rychle dítě reaguje na úsměv matky úsměvem. To vše jsou již známky předverbální komunikace. Od 6. týdne je zaznamenáno v křiku dítěte citové zbarvení, kdy nelibost je vyjádřena tvrdým hlasovým začátkem a libost, měkkým hlasovým začátkem (Dittrichová, Papoušek, Paul a kol., 2004).

Sovák (in Klenková, 2006) nazývá hlasové projevy dítěte jak pudové žvatlání, které souvisí s vývojem růstu rezonančních dutin, ústní a hltanové dutiny.

Období 6.-8. měsíců je nazýváno jako období napodobujícího žvatlání. Dítě již aktivně zapojuje sluch a zrak, pozoruje nejbližší osoby a snaží se napodobit hlásky mateřského jazyka. Tento projev je označován jako „fyziologická echolálie“. Právě v tomto období může dojít k rozpoznání sluchového postižení dítěte. V tomto okamžiku neslyšící děti neopakují souhláskové skupiny, nežvatlají. Zároveň je dítě v tomto období schopno využívat modulačních faktorů řeči, využívá melodii, výšku, sílu a rytmus řeči. Okolo 10.měsíce přichází stádium porozumění řeči. Dítě ještě nerozumí obsahu slov, ale dokáže si obsah spojit se situací a reaguje tak motorickým projevem

Lechta (in Bytešnicková, 2007, s.76) uvádí, „že se jedná o neverbální komunikaci gesty na prvosi signální úrovni.“

Již v tomto předřečovém období vývoje řeči Klenková (2006) zdůrazňuje důležitost sociálních kontaktů a hluboký vliv mimiky a gestikulace promlouvající osoby k dítěti.

#### 1.2.4 Období vlastního vývoje řeči

Toto následující období probíhá kolem prvního roku života a jsou v něm rozlišována tyto stádia: „*stádium emocionálně-volní, stádium egocentrické, stádium asociačně-reprodukční, stádium rozvoje komunikační řeči, stádium logických pojmů a stádium intelektualizace řeči*“ (Bytešníková, 2007, s.76).

V prvním roce života vzniká potřeba komunikace u dítěte z nutnosti vyjádřit okolí svoje pocity, přání a emoce. Dítě ve svém projevu používá jednoslovné věty, ve kterých převažují podstatná jména, slovesa používá až následně. Velký význam ve sdělení jednoslovných vět mají prozodické faktory, které umožňují lepší pochopení kontextu sdělení. Egocentrické období nastupuje kolem roku a půl až dvou let a je pro něj typické opakování slovního projevu dospělých a období otázek typu - „Co to je?“ a „Kdo to je?“. Ve stádiu asociačně-reprodukčním dítě spojuje pojmenování, slova s objekty nebo jevy.

V období kolem dvou let dosahuje působení genotypického faktoru svého vrcholu, uvádí Lechta (2002). Ve druhém až třetím roce se dítě pomocí řeči snaží dosahovat svých požadavků a cílů, přichází období rozvoje komunikační řeči. Zvláště náročné pro dítě je stádium osvojování logických pojmů. U dítěte zhruba okolo tří let se ze slov stávají všeobecné pojmy. Proces, kdy dochází ke zdokonalování řečového projevu trvá až do dospělosti je označen jako stádium intelektualizace řeči (Bytešníková, 2007).

Vývoji řeči se můžeme věnovat i z jiného hlediska, a to z pohledu vývoje jednotlivých jazykových rovin. Každá jazyková rovina obsahuje prostředky, kterými se realizuje řeč. Jedná se o hierarchické uspořádání jednotlivých prvků jazyka, které dohromady vytváří komplexní jazykový systém (Mareš, 2014).

Vzájemnou souvislost mezi ontogenezí řeči a působením širokého spektra faktorů označuje Lechta (2002) jako dialektický vztah. Vzhledem k obsahu diplomové práce se zaměříme na zásadní determinanty určující vznik symptomatických poruch řeči. V případě symptomatických poruch řeči se jedná o postižení řeči v důsledku základního, dominantního postižení, nemoci nebo poruchy, které nemoc doprovází. Narušená

komunikační schopnost se tak může stát zcela zásadním projevem nebo může být příznakem jiného onemocnění. Etiologické faktory vzniku symptomatických poruch jsou velmi těžko odhalitelné, dochází k vzájemnému ovlivňování příčin a následků (Klenková, 2006).

Lechtou (1994), odborníkem zabývajícím se symptomatickými poruchami řeči, byly vytvořeny tři základní modely, které objasňují, jakým způsobem se podílí primární onemocnění na vzniku symptomatické poruchy řeči. Uvádí se tři základní modely vzniku symptomatických poruch. V prvním modelu dominantní postižení, způsobené primární příčinou, doprovází současně narušená komunikační schopnost. Mluvíme o symptomatické poruše řeči. V druhém modelu má dominantní onemocnění zároveň negativní vliv na rozvoj komunikace. Třetí model popisuje situaci, kdy dvě a více primárních příčin způsobí potíže v osvojování komunikační schopnosti. Lechta tak zdůrazňuje odlišný, samostatný logopedický druh narušené komunikační schopnosti (Klenková, 2006).

Schopnost osvojení si řeči, jako kvalitního dorozumívacího prostředku je tedy velmi náročný proces. Její vývoj může být však ovlivňován mnohými faktory, které můžeme rozdělit podle vzniku místa působení na vnitřní a vnější. K vnitřním faktorům řadíme fyzické a psychické předpoklady jedince. Jedná se především o stav sluchového a zrakového ústrojí a také o funkčnost orgánů podílejících se na produkci řeči. Anatomická a fyziologická stavba mluvních orgánů je základem pro správnou tvorbu hlasu společně s kvalitním fungováním řečově-motorických oblastí v mozku (Bendová, 2011).

Obecně mezi vnější faktory jsou řazeny vlivy sociálního prostředí a okolí na rozvoj komunikace jedince. Ve spojitosti s těmito termíny se mluví hlavně o komunikačních příležitostech, které působí na jedince. Kutálková (2021) se zabývá především konkrétními civilizačními vlivy, které přináší dnešní doba. Mnohé z nich si ani neuvědomujeme, že by mohly mít negativní vliv na vývoj řeči u dítěte. Zmiňuje například nedodržování rolí a řádu v rodině, nedůslednost ve výchově, nadbytek zvukových podnětů, nadbytek slovních podnětů naopak nedostatek slovních podnětů, nadbytek zrakových podnětů. Neopomenutelné jsou též nepřiměřené nároky kladené na dítě, které jsou nepřiměřené věku a schopnostem dítěte. V poslední řadě výčtu negativních faktorů působících na rozvoj řeči dítěte Kutálková připomíná nedostatek přirozeného pohybu.

Souběžnost osvojování pohybových dovedností a řečové motoriky zdůrazňovali již mnozí vědci. Například Bot (in Lechta, 2002) ve svém výzkumu dokazuje, že vývoj

řeči kopíruje současně vývoj jemné motoriky ruky. Naproti tomu výzkum Suhrweiera nabádá i ke skutečnosti, že v některých případech může osvojování chůze zpomalit rozvoj řeči (Lechta, 2002).

### 1.3 Narušená komunikační schopnost

Schopnost efektivní komunikace je podmínkou úspěšného zvládnání výchovně vzdělávacího procesu ve škole. Při zápisu do prvních ročníků by měli učitelé být schopni zhodnotit řečový projev dítěte a všimnout si případné odchylky, tedy narušené komunikační schopnosti (Bendová, 2012).

Vzhledem k širšímu pojetí dnešní logopedické péče se tedy nahrazuje dřívější označení „vada nebo porucha“ termínem narušená komunikační schopnost. Důraz je kladen především na obsahovou stránku komunikace a zvuková stránka řeči se stává druhotnou (Peutelschmiedová in Renotiérová, Ludíková, 2006).

*„O narušené komunikační schopnosti člověka mluvíme tehdy, když se některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) odchyluje od zažitých norem jazykového prostředí do té míry, že působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.“* (Cséfalvay, Lechta, 2013, s.13)

Při určování NKS vycházíme z pragmalingvistického přístupu, který zdůrazňuje důležitost splnění zásadní podmínky a to, aby došlo k uskutečnění reálného komunikačního záměru a komunikace se nestala diskrepantní (Klenková, 2006).

Při NKS je narušena některá jazyková rovina nebo několik jazykových rovin současně. Znamená to tedy, že sledujeme jazykovou rovinu foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou a pragmatickou. NKS můžeme sledovat podle toho, jestli zasahuje do verbální, neverbální, mluvené nebo grafické formy komunikace, k postižení může dojít i ve složce expresivní, ale i receptivní (Lechta, 2002).

Vznik NKS je podmíněn multifaktoriálně. Jednou ze zásadních a často uváděných příčin může být nevyzrálost neboli opožděný vývoj centrální nervové soustavy. Jako další příčiny jsou uváděny organická poškození mozku. S postupným dozráváním centrální nervové soustavy však dochází ke zlepšení NKS. Mezi vrozené příčiny, které se podílí na vzniku NKS řadíme sluchové postižení nebo poškození mluvidel. V těchto případech však může dojít k rychlé úpravě, díky kompenzaci sluchové vady a odstranění rozštěpové vady operací (Slowík, 2016).



V případě fyziologické nemluvnosti, vývojové dysfluenci, tzv. fyziologické dyslálii a fyziologickém dysgramatismu nehovoříme o NKS (Klenková, 2006).

NKS kategorizujeme na:

- získané poruchy porozumění a produkce řeči v důsledku mozkové léze-afázie
- získaná psychogenní nemluvnost-mutismus
- narušení zvuku řeči-huhňavost
- narušení fluence řeči-koktavost, breptavost
- narušení článkování řeči-dyslálie, dysartrie
- poruchy hlasu-dysfonie, afonie
- kombinované vady a poruchy řeči-současný výskyt více druhů NKS
- symptomatické poruchy řeči-NKS při různých dominujících postiženích, onemocněních, narušeních
- narušení grafické stránky řeči-agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie

(Cséfalvay, Lechta a kol. 2013)

K selhání účelné komunikace, resp. neadekvátní interpretaci komunikace může často dojít v důsledku nedostatečných jazykových kompetencí způsobených snížením mentálních funkcí. Nejčastěji se setkáváme se symptomatickými poruchami řeči u dětí s mentálním postižením, mentální retardací, autismem, Downovým syndromem, u dětí s DMO (Klenková, 2006).

Speciální pedagog, logoped na základní škole, zabývající se logopedickou intervencí dětí s různými druhy postižení, musí hledat vhodné metody a techniky pro individuální terapii jednotlivých žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Dodržuje základní zásady logopedické intervence, spolupracuje s pedagogickým týmem, rodiči, hledá nové možnosti a neustále se vzdělává. Největším úskalím při logopedické terapii se stává obtížná spolupráce s klientem vlivem získaného nebo vrozeného postižení. Nejčastější výskyt postižení, se kterým jsem se setkala na základní škole, byla mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy, podle MKN 10, podle MKN 11 poruchy autistického spektra.

## 1.4 Diagnostika narušené komunikační schopnosti

Logopedické vyšetření za účelem zjištění diagnózy může být provedeno v rámci resortu MZ ČR klinickým logopedem nebo speciálně pedagogickým pracovníkem, logopedem ve speciálně pedagogickém centru pro žáky s vadami řeči (Bendová, 2012).

Klinický logoped se zaměřuje nejen na samotnou poruchu komunikace řeči, ale snaží se vyšetřením zjistit závažnost poruchy a také s ní spojené deficity v oblastech souvisejících s realizací řečového projevu. Jedná se o zhodnocení motoriky, koordinace v orofaciální oblasti, praxie, gnózie a kognitivních funkcí (Neubauer, 2018).

Podle Lechty (2013) se u NKS jedná o zcela specifickou heterogenní oblast, kdy je nutná spolupráce odborníků z různých vědních disciplín. Jedná se o transdisciplinární přístup. Diagnostiku lze provádět na třech stupních. Vyskytuje-li se nějaká NKS u člověka, na to nám odpoví orientační diagnostika. Základní diagnostika vyšetřuje, jakým druhem jedinec s NKS trpí. Příčiny, prognózu a specifika NKS určí speciální diagnostika.

Dodnes je využíván schématicky uspořádaný model logopedického vyšetření, který uvedl v roce 1990, Lechta. Jeho součástí jsou tyto fáze:

- navázání kontaktu s vyšetřovanou osobou
- vypracování osobní a rodinné anamnézy
- orientační vyšetření sluchu a vyšetření fonematické diferenciacce
- vyšetření receptivní složky řeči
- vyšetření expresivní složky řeči
- vyšetření hrubé, jemné motoriky a oromotoriky
- vyšetření laterality
- seznámení se sociálním prostředím klienta

Logopedická diagnostika může být komplexní jen v případě využívání zásady týmové spolupráce. Psychologické vyšetření je důležitou součástí při zhodnocení osobnosti jedince a možnostech jeho osvojování komunikačním dovednostem (Klenková, 2006).

## 1.5 Socializace jedince s narušenou komunikační schopností

Helus (2015), popisuje socializaci jako proces utváření vývoje člověka. Ten začíná primárně hned po narození v rodině jedince.

Vágnerová (2004) zdůrazňuje v pojmu socializace celoživotní proces utváření osobnosti člověka, který je doprovázen interakcí člověka se společností.

Hartl, Hartlová (2010) vnímají socializační proces, tak, že probíhá pomocí sociálního učení, a to nápodobou a identifikací. To se děje prvotně v rodině jedince, dále v menších sociálních skupinách a trvá až do dospělosti, kdy jedinec přejímá etické, mravní a právní normy dané společností.

Podle prostředí a etapy života člověka, ve kterém socializace probíhá můžeme určit druhy socializace. Primární socializace se odehrává v rodině, nástupem dítěte do školy začíná socializace sekundární. V období dospívání a dospělosti mluvíme o socializaci terciální. Dalším obdobím v životě člověka je období ukončení pracovního života. Tento typ socializace je označován jako socializace stárnoucích a seniorů. Pomáhajícími profesemi je realizována nápravná socializace, nebo též podpůrná, kdy člověk v těžké životní situaci potřebuje podporu druhého (Helus, 2005).

Podle Slaměníka (in Helus 2011) je člověk zcela závislý na interpersonálních vztazích. Ty se však nemůžou uskutečnit bez vzájemných interakcí, tedy efektivní komunikace.

U dětí s NKS po nástupu do školy se mohou vyskytnout problémy s komunikačními kompetencemi. Vznikají potíže v realizaci komunikačního záměru mezi učiteli a žáky (Bendová, 2012).

*„Jádrem toho, co se má ve škole dít, čím škola realizuje socializační poslání je výuka, respektive výuková komunikace.“* (Helus, 2011, s. 110)

Důležitým okamžikem pro dítě s NKS je zápis do první třídy. Při posuzování školní zralosti se věnuje pozornost též komunikační kompetenci. Pohovorem s rodiči se zjišťuje, jestli je dítě v péči logopeda. Následně po logopedickém vyšetření a stanovení diagnózy je nutné nastavit optimální cestu pro zahájení povinné školní docházky. Může se jednat o odklad školní docházky, pro školní nezralost dítěte. Další možností je, že dítě nastoupí do školy a je mu zajištěna adekvátní logopedická péče. Děti s NKS mohou být také přijímány k základnímu vzdělávání jako integrované nebo jsou zařazeny do systému speciálního školství. Předpokladem je aktivní spolupráce se zákonnými zástupci dítěte a odborníky ze speciálně pedagogického centra. Pedagogové následně vypracovávají

individuální plán pro vzdělávání integrovaného dítěte v souladu z doporučení ze speciálně pedagogického centra (Bendová, 2013).

## 1.6 Logopedická intervence u dětí s NKS

Na podkladě závěrů všech vyšetření (lékařských, speciálně pedagogických) vedoucích k diagnostikování druhu narušení komunikační schopnosti se stanovuje individuální plán logopedické intervence.

Termín logopedická intervence v sobě zahrnuje všechny aktivity, zásahy, vměšování, které vedou k ovlivnění nějakého jevu (Dvořák, 2001).

Lechta (in Škodová, Jedlička, 2003) popisuje logopedickou intervenci jako náročný, multifaktoriálně podmíněný proces, ve kterém se propojují logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence.

Neubauer (2018, s. 77) si za cíl logopedického působení klade co největší možné zlepšení komunikačních dovedností u jedince s narušenou komunikační schopností. Uvádí, že „*terapeutické působení směřuje k jednomu z realistických záměrů procesu terapie*“, především na kompletní odstranění poruchy, omezení nebo potlačení patologických projevů odchylky. Dalšími z realizovatelných cílů terapie popisuje obnovu porušených funkcí nebo co možná nejdéle udržitelnou stabilizaci projevů poruchy.

Pro dosažení účinné podpory dítěte s NKS v edukačním prostředí je nutné dodržování základních principů logopedické intervence. (Klenková, 2006).

Lechta (in Škodová, Jedlička, 2003) determinuje všeobecné principy řízeného učení. Jako první uvádí princip motivace, kdy záměrným chováním vedeme klienta k dosažení cíle. Principem zpětné vazby dáváme klientovi najevo správnost nebo nesprávnost jeho výkonu. Dalším principem, který je uplatňován i v rámci učení je princip opakování a princip transferu. Mezi další principy se řadí principy pedagogické (zásada uvědomělosti, aktivity, názornosti, trvalosti, individuálního přístupu atd.), speciálně pedagogické (princip komplexnosti, dispenzarizace, socializace, resocializace atd.) a specificky logopedické. Mezi ně řadíme: princip minimální akce, tzn. že se snažíme nenásilnou, jemnou formou pracovat s klientem, chceme tímto přístupem dosáhnout efektivní spolupráce a maximálních výsledků. Do tohoto přístupu můžeme zahrnout i princip relaxace, který v přináší klidnou a uvolněnou atmosféru při práci s klientem. K přístup komplexnosti jsme se vyjadřovali již výše, týká se tedy hlavně týmové spolupráce všech odborníků zainteresovaných do logopedické intervence u osob

s NKS. Také rovnocennost, tzn. navázání partnerského vztahu s klientem se stává pozitivním aspektem při terapii. Podle možných druhů postižení klienta je uplatňován v logopedické intervenci multisenzoriální nebo monosenzoriální přístup. Mezi další je uváděn princip krátkodobého, ale častého procvičování, funkční používání řeči a samozřejmě celostní (holistický) přístup ke klientovi. Rozhodujícím faktorem při zahájení logopedické intervence je včasná stimulace a dodržení principu imitace přirozeného, normálního vývoje řeči. V současnosti se klade důraz na člověka z pohledu jeho bio-psycho-sociálních potřeb a jako jeden z nejvýznamnějších principů na přední místo je uváděn princip překonávání komunikační bariéry.

## 2 Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy /podle MKN 11- Poruchy vývoje intelektu a poruchy autistického spektra

### 2.1 Mentální retardace/Porucha vývoje intelektu

Na základních školách zřízených podle § 16 odst. 9 a speciálních školách jsou vzdělávány děti, žáci, studenti s „*mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami a autismem*“ ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz) [online]).

Podle statistických údajů z roku 2018 byl celkový výskyt dětí se zdravotním postižením do 15 let 7 %. Přitom mentální postižení bylo diagnostikováno u 3,8 % dětí, autismus u 1,2 % dětí. Z toho vyplývá, že mentální postižení se objevuje na čtvrtém místě hned za závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami chování, a závažnými vývojovými poruchami učení ([www.statistikaamy.cz](http://www.statistikaamy.cz) [online]).

Tento údaj koresponduje s obvykle uváděnými údaji, které potvrzují výskyt mentálního postižení v populaci okolo 3–4 %. Například Švarcová (2000), Valenta (2003), Vančová (2005, 2010), Říčan (2007), Vágnerová (2004) se s tímto údajem ztotožňují (Zikl, 2021).

Vzhledem k povinnosti splnění základního vzdělání, jsou tyto děti většinou, vzdělávány v systému speciálního školství. O zařazení žáka do vzdělávacího programu základní školy speciální rozhoduje ředitel školy na základě vyšetření ze školského poradenského zařízení a souhlasem zákonného zástupce dítěte ([www.msmt.cz](http://www.msmt.cz) [online]).

Mentální postižení již bylo definováno mnoha odborníky. Termín můžeme vnímat z více úhlů pohledů. Vždy záleží na konkrétní oblasti, ve které je termín mentální postižení užíván. Jedná se především o lékaře, psychology, speciální pedagogy, sociální pracovníky i rodiče postižených dětí. Obecně se však ve všech definicích jedná o vývojové poruše kognitivních nebo rozumových schopností s následným narušením v oblasti sociálního přizpůsobování (Valenta, 2018).

Švarcová (2006, s.28) definuje osoby s mentálním postižením takto: „*Za osoby s mentálním postižením můžeme tedy považovat jedince, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a*

*k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.“*

Valenta, Müller (in Bendová, 2011) definují mentální retardaci také jako vývojovou duševní poruchu s negativním dopadem v oblasti motorické, řečové a sociální.

Pipeková (in Bendová, 2011) ve své definici zdůrazňuje etiologické hledisko, *„jedná o stav, který je vrozený nebo časně získaný (do dvou let života dítěte).“*

Mentální retardace závažným způsobem zasahuje do kognitivního vývoje jedince, dochází k výraznému snížení rozumových schopností vlivem prenatálních, perinatálních nebo současně postnatálních příčin. Narušeny jsou hlavně adaptivní a poznávací funkce dítěte v sociálním prostředí. Diagnóza je stanovena po vyhodnocení komplexního inteligenčního testu a současně vzhledem ke svému věku, dítě selhává v běžných úkonech očekávaných v sociálním prostředí. Inteligenční kvocient je více než dvě standartní odchylky pod průměrem jeho věkové skupiny (Krejčířová in Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

### **2.1.1 Klasifikace mentální retardace**

Nejčastěji používaná je klasifikace podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10), kde je mentální retardace zařazena do kapitoly s názvem „Poruchy duševní a poruchy chování“. Dnes se již také setkáváme s připravovanou verzí klasifikace MKN–11, kde je termín mentální retardace nahrazen pojmem „disorders of intellectual development“ v překladu, poruchy vývoje intelektu. V druhé klasifikaci vytvořené Americkou psychiatrickou asociací (APA) je pojem mentální retardace zahrnut do vývojových poruch intelektu, „intellectual developmental disorders“ (Zikl, 2021).

Zásadním aspektem pro určení diagnózy je podle klasifikace MKN–10 zhodnocení inteligenčního kvocientu a míry adaptability jedince. Kódy určené pro mentální retardaci jsou označeny písmenem „F“ a číslicemi 70–79. K označení stupně závažnosti mentální retardace se používá kódů F70 – F73. Jiný druh mentální retardace je uvedený pod kódem F78. Pod posledním označením F79 se skrývá mentální retardace neurčená. Čtvrtou pozici kódu doplňují číslice 0, 1, 8, 9, které se vážou ke stupni výskytu poruchy chování. Například označení F 70.0 značí diagnózu lehké mentální retardace s žádnou nebo minimální poruchou chování. Pokud se u jedince vyskytuje i jiné přidružené onemocnění, využívá se dodatkového kódu ([www.mkn10.uzis.cz](http://www.mkn10.uzis.cz) [online]).

Uvedená čtyři pásma mentální retardace (lehká, střední, těžká, hluboká mentální retardace) nejsou dána s dokonalou přesností, rozmezí hodnot je pouze orientační. Spolehlivější a rozhodující výsledek získáváme vyšetřením aktuálního výkonu dítěte. Zcela rozhodující musí být posouzení schopnosti dítěte zvládat každodenní životní nároky dítěte v jeho přirozeném prostředí. Protože vývoj kognitivních funkcí u dětí s mentální retardací je nerovnoměrný, nápadným příznakem pro okolí je výraznější opožďování vývoje řeči a verbální inteligence. Zásadní pro další vývoj dítěte s MR je příčina, pokud je přítomné organické postižení CNS, objevují se často další poruchy, např. poruchy aktivity (hyperaktivita, pasivita), poruchy pozornosti a je také narušený vývoj dílčích funkcí. Děti s MR trpí smyslovými a pohybovými vadami (kombinované postižení), Krejčířová (in Říčan a kol. 2006).

### **2.1.2 Vývoj řeči dětí s mentálním postižením**

Vývoj řeči dětí s mentálním postižením je vždy narušený, může být opožděný až omezený. Narušená komunikační schopnost se často stává prvním signálem pro rodiče, že se jejich dítě nevyvíjí stejně jako jeho vrstevníci. Zasažena je zvuková, gramatická i obsahová stránka řeči. Rozhodující pro vývoj řeči je stupeň mentální retardace (Klenková, 2006).

U dětí s lehkou mentální retardací, IQ 50–69 - je vývoj řeči opožděn asi o 2 roky z pohledu foneticko-fonologické roviny. Děti jsou schopny zvládat běžnou komunikaci a být součástí sociální interakce i v oblasti edukace. Oproti vývojové normě je vývoj jedinců opožděný. Specifické obtíže se objevují při zvládnutí základů trivie, zvláště při čtení s porozuměním a v orientaci v textu. Problémy nastávají s abstraktním myšlením a se schopností usuzování. V neznámých situacích nejsou schopny správně použít zafixované konverzační stereotypy. Artikulace se může vyvíjet správně, pokud není narušena motorika. Komunikace probíhá na úrovni jednoduchých vět a souvětí Bendová (in Švarcová, 2002).

Velmi pozdě se objevuje začátek vývoje řeči u dětí se střední mentální retardací, kdy IQ dosahuje hodnoty 35–49. Mezi jednotlivci mohou být významné odchylky v komunikační schopnosti. Vzhledem k tomu, že u dětí se střední mentální retardací je značně postiženo myšlení, používání řeči se stává velmi náročné, většinou jsou děti schopné zopakovat i delší větné celky, ale nerozumí obsahu sdělení. Řeč je na úrovni první signální soustavy Kulíšková (in Valenta, Lečbych a kol. 2018).



Zvládání základů trivia je velmi individuální, někdo je schopen psát hůlkovým písmem, při výuce čtení je nejčastěji využíváno globální metody čtení. V edukačním procesu je třeba zvolit pomalé pracovní tempo, pro zvládání učiva využívat názornosti, systematickosti a důsledně, jednoduše učivo doprovázet komentářem. Řeč se netvoří nebo zůstává na úrovni pudových hlasových projevů, u dětí s těžkou mentální retardací. Narušení, motoriky, sensorických funkcí, myšlení se zásadně projevuje do vývoje řeči. Řeč se nevyvíjí nebo zůstává na úrovni pudových hlasových projevů, jde o projevy spokojenosti, nesouhlasu nebo zlosti. Typickým projevem jsou echolálie, dítě opakuje to, co slyší, bez pochopení významu (Klenková 2006).

S řečí pouze v podobě neartikulovaných zvuků se setkáváme u dětí s hlubokou mentální retardací (hodnota IQ 0–19). V závislosti na aktuálním citovém rozpoložení dítě někdy moduluje svůj projev. Řeč se nevyvíjí, mimika může být chudší, problém nastává i v oblasti vyjádření se k základním životním potřebám. Lechta (in Benová, Zikl 2011, s.91) zdůrazňuje ve výchově dětí s hlubokou mentální retardací *„neustálou stimulaci a využívání technik vycházejících z bazálně dialogického vztahu.“*

Na průběh vývoje řeči a komunikačních dovedností má vliv i typ mentální retardace. U dítěte erektického typu nastupují potíže se soustředěním, dítě apatického typu nemá zájem o komunikaci vůbec. Můžeme se setkat i s mentální retardací nevyhraněného typu (Klenková, 2006).

### **2.1.3 Narušená komunikační schopnost u dětí s mentální retardací**

Zásadní vliv na vzniku narušené komunikační schopnosti má na prvním místě snížená mentální úroveň dítěte. Ovlivněn je vývoj řeči jak po složce řečové, motorické, jazykové i kognitivní. Verbální projev dítěte s mentálním postižením je vždy narušený a těžko dosáhne normy Kulišková (in Valenta, Lečbych, 2018).

Škodová (2003) popisuje rozdíly mezi prostým opožděným vývojem řeči a opožděným vývojem řeči u osob s mentální retardací:

*„Při opožděném vývoji řeči prostém je výrazněji opožděn jen verbální projev, neverbální projev (úroveň motoriky a grafomotoriky apod.) koresponduje s věkem, stupněm intelektu a celkovou sociální úrovní, zatímco u mentální retardace je rovnoměrně opožděn vývoj všech složek osobnosti.“* (Škodová, Jedlička a kol. 2003, s.395)

Projevy ve foneticko-fonologické rovině se projevují zejména ve vadné výslovnosti hlásek, které mohou přetrvávat až do dospělosti. V lexikálně-sémantické rovině je typickým projevem neschopnost užívání abstraktních pojmů a aktivní slovní

zásoba obsahuje převážně podstatná jména. Jedinec s mentálním postižením mnohdy abstraktní pojem použije, ale bez adekvátní souvislosti s aktuální komunikační situací. Mluvíme o tzv. verbalismu. Promluva člověka s mentálním postižením je tedy chudá na slovesa, příslovce a zájmena. Pragmaticko-syntaktická rovina je narušena z hlediska skladby věty, objevují se dysgramatismy. Pro pragmatickou rovinu je příznačná nižší schopnost využití komunikace vzhledem k vystižení momentálních subjektivních potřeb Bendová (in Zikl, 2011).

Stejně jako u zdravých dětí se u dětí s mentálním postižením setkáváme nejčastěji s dyslálií. Děti s mentálním postižením mají problémy s vyslovováním sykavek a vibrant, ale typická je také vadná výslovnost retoretných a retozubných hlásek (P,F,V). V souvislosti se špatnou koncentrací, děti s mentálním postižením vynechávají hlásky na konci slova. Automatizace a fixace hlásek trvá delší čas (Klenková, 2006).

Velmi častou a snadno zvukově rozpoznatelnou poruchou bývá rinolalie (huhňavost). Vzhledem k obtížné diagnostice musí být navázána spolupráce s odborníky z oblasti medicíny. V logopedii jsou pro tyto účely využívány zkoušky:“ *Gutzmanova A-I zkouška, Czermakova zkouška, zkouška otofonom, zkouška nafouknutí tváří, Nadoleczkého zkouška otočení hlavy a (pokud to motorika dovolí) i Schlesingerova zkouška.*“ (Valenta, Michalík a kol. 2018, s. 292)

U dětí s mentálním postižením se můžeme setkat i s dysartrií, pokud dítě současně trpí i jiným, přidruženým onemocněním, například dětskou mozkovou obrnou. Cséfalvay, Mekyska, Košťálová (in Lechta a kol. 2013, s.117) „*zdůrazňují, že jde o poruchu, která vzniká při organickém poškození nervové soustavy, tedy že v pozadí narušení je vždy nějaké neurologické onemocnění.*“ U dysartrie se setkáváme s komplexním narušením komunikační schopnosti. Jedná se o narušení subsystémů respirace, fonace, rezonance, artikulace, prozodických faktorů řeči. Jednotlivé uvedené systémy mohou být narušeny z hlediska inervace příslušných svalových oblastí nutných ke správné realizaci řeči. Při postižení některé z těchto oblastí vzniká narušení řeči, označené jako dysartrie Cséfalvay, Marková (in Lechta, 2013).

Stejně jako u jiných dětí se i u dětí s mentálním postižením můžeme setkat s poruchami tempa plynulosti promluvy. Jedná se o tumultus sermonis (breptavost) a balbuties (kocktavost). Lechta vysvětluje, že pokud pozorujeme neplynulost jako symptom, nejedná se o skutečnou kocktavost, ale o jeden z projevů symptomatických poruch řeči (Lechta, 2003).

#### 2.1.4 Logopedická intervence u dětí mentálním postižením

Termín logopedická intervence jsme si již vysvětlili v kapitole „Logopedická intervence u osob s NKS“. Zjednodušeně můžeme tedy říct, že se jedná o všechny aktivity logopeda vedoucí k eliminaci problému u osob s NKS (Lechta, 2021).

V současné době je logopedická intervence poskytována dětem již v předškolním věku, ve státních, nestátních i soukromých zařízeních, v rámci rezortu školství a zdravotnictví. Logoped dochází do běžné mateřské školy nebo jsou vytvořeny „logopedické třídy“ v běžné mateřské škole. Vznikají také mateřské školy logopedické, kde jsou zařazeny děti s vadami řeči. Rodiče dětí s vadami řeči se mohou také poradit s odborníky ve speciálně pedagogickém centru pro vady řeči nebo pedagogicko-psychologických poradnách. V olomouckém kraji máme SPC pro vady řeči v Olomouci, které má svoje pobočky po celém olomouckém kraji. Podmínkou pro úspěšnou logopedickou intervenci je především včasný záchyt dětí s narušenou komunikační schopností (Bytešníková, 2007).

U dětí s mentálním postižením je raná intervence velice důležitá, od okamžiku zjištění postižení. Je nutné ovlivňovat vývoj mentálních funkcí, fyziologické i psychické procesy, které úzce souvisí s následným vývojem řeči. Mluvíme tak o stimulaci celkového vývoje dítěte (Klenková, 2006).

Zásady, které musíme uplatňovat při práci u dětí s mentálním postižením uvádí Štěpán a Petráš (in Klenková, 2006):

- respektujeme vývojové stádium řeči dítěte – logoped zjistí v jakém stádiu vývoje řeči se dítě nachází a v nápravě navazuje na přirozený vývoj, je tak dodržena zásada vývojovosti
- podle Lechty (1994) nerozhoduje věk chronologický, ale logoped zjišťuje verbální (mentální) věk dítěte, rozvíjí slovní zásobu (aktivní i pasivní), nesoustředí se pouze na výslovnost
- intervence je zaměřena na rozvoj dílčích funkcí, jako je motorika, sluchová percepce, schopnost fonemtické diferenciacce a provádí se i cvičení na správnou funkci artikulačního aparátu
- Sovák (1974) postupuje při výstavbě řeči od základu, tj. řečového materiálu (hlasu) a dále k tvorbě pojmů, chce dosáhnout takového stupně vývoje, na jaký má dítě mentální předpoklady
- uplatňujeme zásadu rytimizace, stimulujeme vývoj řeči s propojením s hudbou, zpěvem, pohybem

- při všech cvičení dodržujeme zásadu názornosti, slova propojujeme s obrázkem, pomůckou
- správný řečový vzor pomáhá dítěti vytvořit si a zafixovat zažité mluvní stereotypy, řeč musí působit klidně, srozumitelně, přednesena ve vyhovujícím tempu
- nutný je také individuální přístup, zohlednit potřeby, zájmy dítěte a brát ohled na jeho aktuální zdravotní stav a emocionální rozpoložení
- při práci s dítětem navozujeme situace, které dítě nutí k aktivní konverzaci a vyvolávají v něm zájem a danou věc (Klenková, 2006)

Aplikaci všech těchto uvedených zásad, můžeme pozorovat při individuální logopedické péči na základní škole speciální. Za důležité je považováno vedení dokumentace žáka, kam si logoped zaznamenává pokroky žáka, reakce na terapii a vymezuje si další dílčí cíle. Podle schopnosti spolupráce dítěte si logoped volí vhodné pomůcky a metody. Pokud se rodiče aktivně zapojují do logopedické terapie svého dítěte, logoped zadává úkoly k procvičování do domácího prostředí.

K dětem s mentálním postižením nemůžeme tedy přistupovat běžným způsobem, je zapotřebí hledat takové způsoby terapie, které dítěti nejvíce vyhovují a vedou ke zlepšení jeho komunikační dovednosti.

### **3 Pervazivní vývojové poruchy podle MKN 10, poruchy autistického spektra podle MKN 11**

Za důležité považují se zmínit o dětech s poruchami autistického spektra (zkratkou PAS). S definicí autismu je spojeno jméno rakouského psychiatra Leo Kanner. Jako první v roce 1943 popsal hlavní znaky autismu. Jedinec mohl být považován za autistu pokud jeho symptomy zasahovaly do oblasti dorozumívání a stereotypních vzorců chování a musela být zasažena i oblast sociálních vztahů (Schopler, 1999).

Jedná se o vývojové poruchy s počátkem projevů v raném dětství. Základním znakem je kvalitativní porucha sociální interakce, komunikace, hry a náchylností k stereotypnímu a ritualistickému chování (Krejčířová, in Říčan a kol., 2006).

Zásadní problém nastává u dětí s PAS v oblasti komunikace. Děti s autismem často používají symbolické prostředky ke komunikaci pomocí znakové řeči a alternativní způsoby řeči (Prizant, Fields-Meyer, 2020).

Definovat autismus je velmi obtížné, vzhledem k tomu, že vnitřní charakteristiky jedinců s autismem se navzájem podobají, ale navenek nemusí být projevy v chování výrazně identifikovatelné (Vermeulen, 2006).

Theo Peeters (in Bazalová, 2017, s. 9) uvádí, že *„výraz pervazivní porucha vystihuje podstatu této poruchy mnohem lépe než autismus. Postižení mají problémy v oblasti komunikace, sociálního porozumění a imaginace, a navíc těžkosti s chápáním toho, co vidí a slyší, pak označení autistický, v omezeném slova smyslu obrácený do sebe, není nejvýstižnější. Skutečné potíže těchto osob jsou mnohem širší než jednoduchá charakteristika sociální uzavřenosti. „*

Thorová (in Bazalová, 2017) vnímá termín poruchy autistického spektra mnohem výstižnějším a praktičtější, vzhledem k různorodým specifickým projevům a deficitům v oblasti chování u dětí s autismem.

#### **3.1 Klasifikace poruch autistického spektra**

V současnosti se v ČR využívá dvojí klasifikace poruch autistického spektra. První z možností je klasifikační systém MKN 10. revize, který vydala Světová zdravotnická organizace, řadí PAS pod poruchy duševní a poruchy chování do oddílu

poruch psychického vývoje (F80 – F89). Kód F84 označuje skupinu pervazivních vývojových poruch.

Druhý klasifikační systém vydala v roce 2013 Americká psychiatrická asociace, je to pátá revize manuálu (DSM-V). Dochází k upravení diagnostických kritérií a dělení PAS bylo zredukováno na jednu kategorii. Problémy, které se označují jako triáda jsou zúženy pouze na dvě oblasti, a to poruchu intelektového vývoje a poruchy komunikace (Bazalová, 2017).

Cílem manuálu se tedy stává usnadnění diagnostiky postižení, které vede ke správnému nastavení terapie. Manuál se nezabývá opožděním řeči jako diagnostickým znakem. Pro stanovení diagnózy je tedy zásadní přítomnost dvou symptomů, a to z oblasti poruch intelektového vývoje a poruch komunikace (Hrdlička, Komárek, 2014).

06 Duševní poruchy, poruchy chování nebo neurovývojové poruchy	
6 A02 Poruchy autistického spektra	
<b>6A02.0</b> Porucha autistického spektra bez poruchy intelektového vývoje a s mírnou nebo žádnou poruchou funkčního jazyka	<b>6A02.3</b> Porucha autistického spektra s poruchou intelektového vývoje a s narušenou funkční řečí
<b>6A02.1</b> Porucha autistického spektra s poruchou intelektového vývoje a s mírným nebo žádným postižením funkčního jazyka	<b>6A02.5</b> Porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a s absencí funkčního jazyka
<b>6A02.2</b> Porucha autistického spektra bez poruchy intelektového vývoje a s narušeným funkčním jazykem	<b>6A02.Y</b> Jiná specifikovaná porucha autistického spektra
	<b>6A02.Z</b> Porucha autistického spektra blíže neurčená

Tabulka č. 1: Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 11  
MKN 11 (www.uzis.cz [online] 2023)

MKN-10 (2014)	DSM – IV (1994)	DSM-V (2013)
F84.0 Dětský autismus	Autistická porucha	Porucha autistického spektra
F84.1 Atypický autismus	Pervazivní vývojová porucha	
F 84.2 Rettův syndrom	Rettova porucha	
F84.3 Jiná desintegrační porucha	Desintegrační porucha v dětství	
F 84.5 Aspergerův syndrom	Aspergerova choroba	
F 84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná	
F 84.9 Pervazivní vývojové poruchy nespecifické	Pervazivní vývojová porucha jinak	
F 84.4 Hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby	Není ekvivalent	

Tabulka č. 2. Porovnání klasifikačního systému MKN-10, DSM – IV, DSM-V

Adamus, Vančová a Löfflerová (2017, s. 22)

### 3.2 Současné poznatky o výskytu poruch autistického spektra

Výskyt PAS v celosvětovém měřítku vykazuje značný nárůst. Přibližně je udáváno 1: 100, v USA už i 1: 68, častější je výskyt u chlapců (Bazalová, 2017).

*„Z nedávného výzkumu vyplývá, že poruchou autistického spektra, (PAS) trpí v USA jedno z 88 dětí (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).“* Scarpa, Wells, Attwood (2019, s.11)

Velký nárůst je dán především lepší diagnostikou, která je přesnější a umožňuje odlišit děti s jinými diagnózami. Dětem s PAS je tedy jejich diagnóza dána jako prvotní a častá je kombinace přidružených poruch (Bazalová, 2017).

O dramatickém vzrůstu prevalence PAS se můžeme dočíst i na webových stránkách určených pro širokou veřejnost, které podtrhují také fakt, že autismus postihuje

děti z různých socioekonomických skupin a všech ras a vyskytuje se čtyřikrát více u chlapců než u dívek ([www.researchautism.org](http://www.researchautism.org) [online]).

### 3.3 Příčiny poruch autistického spektra

Mezi hlavní příčiny řadíme vrozené neurovývojové postižení, neurobiologický podklad a multifaktorové příčiny. Příčina vzniku PAS není zcela jasná, stále probíhají rozsáhlé výzkumy v oblastech lékařských věd, neurobiologických a neurochemických výzkumů. Ve velkých zahraničních centrech ve Velké Británii a USA se výzkumy také zaměřují například na fungování mozku a strukturu mozku. Mezi další možné příčiny vzniku PAS se řadí faktory genetické, kdy se plod během těhotenství setká s teratogenní látkou a dochází tak k poškození struktury mozku. Enviromentální, metabolické a virové faktory jsou také předmětem výzkumu možné příčiny vzniku PAS. S tím souvisí narušení imunitního systému mozku vlivem toxických látek (Bazalová, 2017).

### 3.4 Symptomy poruch autistického spektra

První příznaky jsou často pozorovány již před třetím rokem věku dítěte, ale nemusí být tak závažné, aby si jich rodiče všimli. Nejnápadněji je postižen intelekt, v různém rozsahu. Výrazně je porušena schopnost adaptability v různých sociálních interakcích. Dalším závažným symptomem je kvalitativní a kvantitativní postižení řeči. *„Jedná se tedy o narušení ve třech klíčových oblastech: v sociálních interpretacích, v komunikaci a v repetitivním chování, zájmech či činnostech – přičemž příznaky se projevují před třetím rokem věku. „*Scarpa, Wells, Attwood, (2019, s. 11)

Podle výzkumu, který probíhal v letech 2010-2017, ve 237 rodinách, se řadí mezi nejčastější projevy PAS atypická hra, absence očního kontaktu, omezený sociální kontakt a narušení vývoje řeči (Bazalová, 2017).

*„Podle současných diagnostických kritérií (American Psychiatric Association, APA, 1994, 2000) vyžaduje diagnóza autismu narušení ve třech klíčových oblastech: v sociálních interakcích, v komunikaci a v repetitivním chování, zájmech či činnostech – přičemž se příznaky projevují před třetím rokem věku.“* Scarpa, Wells, Attwood (2019, s.11)



### 3.5 Dětský autismus, klasifikace podle MKN 10, F 84. 0

Nejznámější a nejtěžší pervazivní vývojovou poruchou je časný infantilní autismus neboli dětský autismus, také označovaný Kannerův infantilní autismus. Při této poruše jsou výrazné problémy v oblasti utváření sociálních vztahů, komunikace, řeči, které jsou závažné a ovlivňují dále život jedince s autismem. Psychopatologické projevy musí v tomto případě zasahovat do všech oblastí diagnostické triády. Postižení se vyskytuje u 3–5 dětí z 10 000, více u chlapců (Krejčířová, in Říčan a kol. 2021).

Nástup projevů charakteristických pro dětský autismus pozorujeme většinou před třetím rokem věku dítěte. Rodiče mohou již od počátku vnímat vývoj dítěte jako abnormální nebo může přijít tzv. autistický regres (Bazalová, 2011).

Kromě specifických symptomů se v klinickém obraze můžou objevit nespecifické variabilní rysy jako je přecitlivělost na zvuky, pachy a chutě. Přítomné mohou být také poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, záchvaty vzteku a agrese, fascinování pohledem na pohyb, nápadná je chůze po špičkách. Častým přidruženým postižením a to u 70-80 % případů je mentální retardace (Hrdlička et al., 2004). Současné studie uvádí frekvenci mentální retardace u PAS nižší a to od 45 % do 59 % a to i v souvislosti s nárůstem výskytu autismu obecně (Hrdlička et al., 2016), důvodem jsou kritéria MKN 10, kdy je důležité důkladně zvážit, jestli symptomy ukazující na autismus nesouvisí spíše s „mentální retardací, s některou přidruženou poruchou emocí nebo chování“ (Hrdlička, 2020).

### 3.6 Atypický autismus klasifikace podle MKN 10 F84.1

Do kategorie atypického autismu řadíme děti, které nemají tak nápadné a závažné problémy v oblasti sociální a komunikační. Nevyskytují se u nich typické, známé projevy autismu jako např. potřeba rituálů. Jiný je nástup prvních symptomů, až po třetím roce života. Obraz autismu není zcela jasný, děti se označují jako jedinci s „autistickými rysy“ (Krejčířová, in Říčan, 2021).

Bendová (2015, s. 84) například uvádí, že: „*atypický autismus se vyskytuje u vážně postižených jedinců a často doprovází těžkou vývojovou receptivní poruchu řeči.*“

Sémanticko-pragmatická porucha řeči může být také zařazena do kategorie atypického autismu (Krejčířová, in Říčan, 2021).

### 3.7 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)

Pro dezintegrační poruchu je typický normální vývoj dítěte v počátečním období. U dítěte nepozorujeme žádné zvláštnosti. Začátek poruchy má však rychlý nástup, s projevy regrese intelektu dítěte, může dojít k posunu až k hranici těžké mentální retardace (Hort, 2008).

Thorová (2006) přesně vymezuje minimální dobu normálního vývoje dítěte, a to dva roky. Až po tomto období nastává náhlá a nečekaná ztráta získaných dovedností. Krejčířová (2021) doplňuje, že porucha intelektu je často doprovázena závažnými emočními poruchami, úzkostí, neklidem, dráždivostí a emoční labilitou. Současně se zhoršují komunikační dovednosti. Poruchy řeči se po období regrese mohou obnovit, vývoj může pokračovat, následky jsou však viditelné celoživotně.

### 3.8 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom je u laické veřejnosti mnohdy vnímán jako mírnější porucha autistického spektra (Adamus, Vančová, Löfflerová, 2017).

Thorová (2012, s.185) zdůrazňuje, že Aspergerův syndrom „*má svá specifika i problémy, které mohou být závažné, i když kvalitativně odlišné od ostatních poruch autistického spektra.*“

Zásadní odlišností od syndromu dětského autismu je, že opoždění vývoje řeči není tak závažné, artikulace řeči může být i dokonalá. Ve starším věku se řeč stává pozitivní předností dítěte s Aspergerovým syndromem, ale velmi často se vyskytují potíže v oblasti pragmatického užívání řeči. Dítě se nezvládne samo zapojit do běžné komunikace s vrstevníky, typicky mluví především o svých vlastních zájmech, nekoherentně a bezohledně na ostatní komunikanty. Mezi další symptomy podobně jako u jiných forem PAS řadíme hlavně poruchu sociální interakce, chybí oční kontakt, poruchy adaptace chování v sociálních situacích. Děti s Aspergerovým syndromem se nezapojují do hry, neprojevují zájem o vrstevníky, nenavazují přátelství. Dítě s Aspergerovým syndromem je často velmi zaujato svým zájmem, o netypické záležitosti pro dětský věk, například v oblasti techniky. Děti mají výborné, detailní znalosti, ale nedokážou rozlišit, co je důležité a co je nepodstatné (Krejčířová, in Říčan 2021).

Podle Horta, Hrdličky, Kocourkové, Malé a kol. (2008) se lidé s Aspergerovým syndromem vyznačují vyšším IQ.

V seznamu symptomů se Americká psychiatrická asociace vyjadřuje i k typické motorické neobratnosti, kterou trpí 50-90 % dětí s Aspergerovým syndromem (Atwood, 2006).

### **3.9 Specifické obtíže komunikace u dětí s PAS**

Poruchy komunikace se u dětí s PAS projevují ve všech jazykových rovinách a jsou vždy přítomny. Narušení komunikačních schopností se nejvíce promítá do pragmatické roviny Bondy, Frost (in, Karunová, 2021).

Podle Thorové (2006) se symptomy narušení komunikace projevují v receptivní i expresivní složce řeči. Kvalita řeči je také ovlivněna neschopností používání verbální a neverbální složky řeči. Téměř polovina dětí s PAS se nikdy nenaučí komunikovat verbálně.

Krejčířová (in Neubauer a kol., 2018) uvádí, že u dětí s PAS se nejedná pouze o kvalitativní problémy v řeči, ale že především dítě s PAS nemá potřebu sdílet informace s druhými. Není schopno dekódovat řeč ani komunikační signály druhých. Vážně porozumění významu sdělení.

Jelínková (in Karunová a kol. 2021) dodává vysvětlení, že děti s PAS nemají vyvinuté účelné principy pro spontánní učení se jazyku. Nápadnou poruchou v řeči je výskyt agramatismů, užívání gramatických pravidel není zautomatizované. Děti s PAS v řeči nedokáží správně používat zájmena, vyjadřují se v infinitivu, předložky a spojky vynechávají (Karunová a kol. 2021).

U těžších poruch autistického spektra můžeme pozorovat verbalismy, logorheu, verbální stimulaci a echolálie, Říhová, Vitásková (in Karunová a kol. 2021).

Výzkumu echolálií se věnoval Barry M. Prizant, klinický vědec a profesor komunikačních poruch, který měl tušení, že echolálie mají svůj skrytý význam. Nejsou jen pouhým opakováním slov nebo vět. Zkoumal řečové projevy dětí při jejich každodenních činnostech v jejich přirozeném prostředí. Došel k závěru, že prostřednictvím echolálií se děti s PAS vyjadřují stejně účelně jako všichni, ale důležité je dobře vnímat, pozorovat a znát jedince s PAS, abychom pochopili, co nám sdělují.

S tzv. literární přesností, kdy jedinec s PAS doslovně chápe význam řeči a následně chybně vnímá se můžeme setkat u dětí s PAS, kdy je řeč rozvinuta. Typické pro děti s Aspergerovým syndromem se stává vyspělá mluva. V neverbální komunikaci vážně používání gest a mimiky. Velmi zřídka děti s PAS jsou schopny využívat běžná

gesta typická pro dětský věk. Odchylky jsou dále pozorovány v mimice obličeje, která je chudší a v navázání očního kontaktu. Můžeme se setkat s vyhýbání se očnímu kontaktu nebo s pohledem „skrz“ (Thorová, 2006).

Řečový projev bývá monotónní, odchylky v posazení hlasu příliš vysoko nebo nízko jsou časté (Říhová, Vitásková, 2012).

Receptivní složka řeči je postižena sníženým vnímáním gestům, postoji těla i intonaci (Karunová a kol. 2021).

### **3.9.1 Alternativní a augmentativní komunikace u dětí s PAS**

#### **Vymezení termínu**

Velmi rozšířenou formou komunikační terapie nebo také podpůrným systémem, využívaným u dětí s poruchou autistického spektra je alternativní a augmentativní komunikace. S alternativním a augmentativním komunikačním systémem jsem se setkala na všech školách, kde byli žáci s mentálním nebo kombinovaným postižením více vadami, nebo žáci s PAS a vyskytovala se u závažná porucha komunikačního procesu.

Augmentativní a alternativní komunikace pomáhá efektivně rozvíjet komunikaci u osob, u kterých selhává nebo je znemožněna běžná forma komunikace, hlavně řečová komunikace a její psaná forma a také běžná forma neverbální komunikace (Neubauer a kol. 2018).

Augmentativní komunikační systémy (augmentace z lat. rozšiřování, zvětšení, rozhojnění) jsou zaměřeny na již vybudované komunikační schopnosti, které nejsou dostatečně funkční pro dorozumívání a je nutné podpořit porozumění řeči a vlastní vyjadřování (Klenková, 2006).

Alternativními komunikačními systémy rozumíme náhradní komunikační systémy řeči, které jsou dynamické a u jedinců se sluchovým postižením nahrazují znakový jazyk, v případě, že je znakový jazyk jejich jazykem mateřským (Krahulcová, 2002).

*„Termín „alternativní a augmentativní komunikace“, se vztahuje k intervencím, které byly vytvořeny za účelem kompenzace poruch v oblasti komunikace jedinců. Slovo augmentativní ukazuje, že mohou být tyto intervence použity ke zlepšení efektivity komunikace skrze existující prostředky (včetně řeči), zatímco alternativní naznačuje vyvíjení systému, které dočasně či trvale nahrazují řeč.“ (Bondi, Frost 2007, s. 48)*

### 3.9.2 Výběr vhodného systému AAK u dětí s autismem

Metodická příručka, která by popisovala, jakým způsobem vybrat vhodný systém AAK v ČR zatím neexistuje. Před zvolením optimálního systému AAK je důležité zvážit individuální schopnosti jedince (intelekt, komunikační dovednosti, úroveň motoriky) a zohlednit jeho potřeby. Základním předpokladem je diagnostika, která probíhá u odborníků z různých oborů, a to především z oblasti zdravotnictví, pedagogiky a technických oborů. Nezastupitelné místo mají informace od rodičů a osob z nejbližšího okolí dítěte (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007).

U dětí s PAS se často zaměřujeme na komunikační systémy, které pomáhají zlepšit vizuální představitost, jsou to systémy vyžadující pomůcky. Zachování principu individuálního přístupu a upřednostnění potřeb každého dítěte je uvedeno na prvním místě. Při aplikaci systému je brána zřetel na úroveň symbolizace dítěte s postižením. Karunová (a kol. 2021) uvádí že, nejčastěji využívané komunikační systémy u dětí s PAS jsou: znak do řeči, Makaton, trojrozměrné předměty, fotografie, grafické symboly (PCS, Bliss, piktogramy).

Hlediska, na která bychom se měly zaměřit při výběru AAK a posoudit je, uvádí mnoho autorů. Laudová (in Bendová, 2013) se zaměřuje na posouzení čtyř zásadních oblastí. Z pohledu logopedického posuzuje schopnost porozumění neverbální komunikaci, stupeň porozumění řeči, zkoumá současnou formu komunikace a schopnost dítěte s PAS vyjádřit souhlas nebo nesouhlas. Na oblast somatopedickou pohlíží z důvodu správného výběru náhradní formy komunikace a soustředí se na posouzení hrubé a jemné motoriky. Motivaci ke komunikaci, kognitivní schopnosti a sociální prostředí klienta zahrnuje do oblasti zkoumání z pohledu psychologického. V oblasti tyflopeditické a surdopedické je zásadní zjistit druh, typ, stupeň postižení vzhledem k budoucímu užívání kompenzační pomůcky.

Janovcová (in Klenková, 2006) klade důraz při volbě vhodného komunikačního systému na hlediska pedocentrická a systémová. V tomto rozdělení se zaměřuje, kromě již uvedených hledisek, na stav smyslových orgánů a schopnost dítěte se soustředit na činnost. Zabývá se i možnostmi dalšího rozvoje dítěte a věkem. Způsob přenosu komunikace, dynamický nebo statický řadí do hledisek systémových.

Kantor (in Ludíková, Kozáková, 2012) neopomíjí změny ve vývoji osobnosti každého jedince a uvědomuje si neustálou potřebu aktualizace a optimalizace komunikačního systému (Thorová, 2016).

### **3.9.3 Metody a komunikační systémy**

Janovcová (in Klenková, 2006) rozděluje AAK na tři skupiny podle užití pomůcek. První skupina zahrnuje AAK bez pomůcek, v tomto případě je užito prostředků nonverbální komunikace jako pohledů, mimiky, gestikulace a vizuálně-motorických znaků. V druhé skupině se nachází metody s pomůckami. Nejčastěji jsou to předměty, obrázky, fotografie, symboly (piktogramy, písmo) a komunikátory. Do třetí skupiny řadíme metody jiného typu, například alternativní klávesnici, spínače a další doplňková zařízení ke snadnějšímu ovládní počítače. Z dalších běžně užívaných systémů AAK můžeme vyjmenovat následující: VOKS, piktogramy, Makaton, Bliss-komunikační systém, elektronické komunikační pomůcky, sociální čtení, Znak do řeči, facilitovanou komunikaci.

## 4 Downův syndrom

S řečovými problémy souvisí i genetický syndrom označený jako Downův syndrom, dále jen DS. Poprvé jej popsal a označil anglický lékař John Langdon Down (1828-1896), (Peuschel, 1997). Odborně je Downův syndrom označován jako trisomie 21. V současnosti, díky prenatalní diagnostice, která je schopna detekovat více než 80 % případů DS, patří DS stále mezi nejčastější genetické syndromy, se kterými se můžeme setkat. Incidence je 1:700 živě narozených dětí (Muntau, 2009).

Kejklíčková (2016, s.120) uvádí, „*je to geneticky podmíněné onemocnění zapříčiněné genomovou mutací, jejímž výsledkem je trizomie 21. chromozomu.*“

Slowík (2007) označuje DS jako kombinované postižení způsobené genetickými odchylkami, protože porucha se projevuje jak v rovině tělesné, tak mentální i smyslové.

### 4.1 Tělesné symptomy

Osoby s DS mají některé typické tělesné znaky společné. Mezi ně patří malá postava, brachycephalius, mohutná šije, plochý široký nos, krátké široké ruce se zakřivenými prsty, šikmé oči s kožními záhyby ve vnitřních koutcích, malá ústa, rýha napříč dlaní (tzv. opičí rýha), dále je to hypotonie, hyperflexe, zvýšená citlivost na respirační infekce, opožděný sexuální vývoj (Ainsworth, 2004).

Kejklíčková (2016) neopomíjí při výčtu tělesných symptomů také náchyllost jedinců ke kardiovaskulárním onemocněním.

### 4.2 Orofaciální symptomy

Castilo Moráles (2006) označuje orofaciální patologii osob s DS jako primární, ale vlivem nepříznivých faktorů může vzniknout patologie sekundární. Výskyt orofaciálních symptomů je individuální záležitostí.

V obličeji dětí s DS je výrazným charakteristickým znakem hypotonie mimického svalstva (hypomimie) a zvedačů mandibuly. Funkčně nebo morfologicky mohou být narušeny i žvýkací svaly tzv. dysgnatie. U dětí dochází i k nepoměru velikostí maxily a mandibuly a u dětí s DS tak můžeme pozorovat výrazné předsunutí mandibuly, tzv. progénii. Tato patologie se tak stává příčinou dalších poruch, a to v oblasti artikulace, respirace a polykání. V těžších případech je nutno zvážit plastickou operaci. Celková hypotonie svalstva těla způsobuje u dětí s DS špatné držení hlavy. Možný je i výskyt zrakové vady. Dochází k záklonu hlavy, následně se zvětšuje lordóza krční páteře, dorzální kyfóza a ramena jsou vysunuta dopředu.

Jazyk dětí s DS je nápadně velký a široký, příčinou je hypotonie. Špatná je klidová poloha jazyka, který leží na spodině dutiny ústní nebo na vestibulární straně dolního rtu. Změny jsou též v podjazykové uzdičce, která je nevyvinutá nebo zkrácená. Kresba přední strany jazyka imituje vrásčité mapy, sliznice je rozbrázděná. Pohyblivost jazyka je při sání a polykání nadměrně zvýšena. U dětí s DS jsou vždy viditelně anatomicky odlišné rty. Dolní ret bývá nápadně větší, hypotonní, horní ret naopak úzký. Důsledkem je hyperaktivita svalstva brady, která je nutná při zvedání dolního rtu. Někdy naopak může dojít k atrofii dolního rtu, následně ztráty pohyblivosti a hypersalivaci. Problémy nastávají při příjmu potravy, kdy jsou zbytky stravy ukládány ve vestibulu dolního rtu nebo ústních koutcích. U jedinci s DS často pozorujeme pootevřená ústa a převládá orální dýchání. Tvrdé patro je též patologicky změněno, je úzké, malé a vysoké (gotické) a uprostřed hypertrofující tkáň je nápadná mezera. Měkké patro je popisováno jako hypotonické a insuficientní (Moráles, 2006).

Lechta (2003) shrnuje patologii v orofaciální oblasti takto: „*otevřená ústa, hypotonický, dopředu posunutý jazyk, hypotonie rtů a ústního svalstva a otevřený skus*“

### 4.3 Specifický vývoj řeči u dětí s Downovým syndromem

Vývoj řeči, tedy rychlost a kvalita osvojování řeči, u dětí s DS je na prvním místě ovlivňována mentální úrovní dítěte. Jedinci s lehkým mentálním postižením, obvykle nemají výrazné problémy v komunikaci, avšak dlouho dobu využívají hlavně nonverbální komunikaci Buckley (in Homolková, 2022). Vývoj řeči může být tedy podobný jako u dětí s mentální retardací, ale s ohledem na určitá specifika, typická pro Downův syndrom. Ke krátkému popisu vývoje jazyka podle jednotlivých jazykových rovin u dětí s DS se vyjadřuje Lechta (2008). V rovině lexikálně-sémantické děti s DS nejsou schopny efektivně používat v řeči přídavná jména, gramatická skladba řeči odpovídá často úrovni intelektu a nejnadnější prostředkem k vyjádření se stávají substantiva. Teprve po pátém roce života jsou děti s DS schopny tvořit i věty vedlejší. Lechta (2002) upozorňuje u dětí s DS na dobrou napodobovací schopnost a výborný hudební sluch, těchto pozitivních hodnot můžeme využít v logopedické intervenci. Odlišnosti ve vývoji komunikace u dětí s DS se vyskytují ve všech jazykových rovinách a můžeme je obecně nazvat narušenou komunikační schopností nebo narušeným vývojem řeči.



Podle asociace klinických logopedů jsou právě děti s DS zařazeny do kategorie opožděného řečového vývoje, vznikajícího na podkladě nedostačujících rozumových schopností a jazyk a řeč se vyvíjejí odlišně ([www.alos.cz](http://www.alos.cz) [online]). Dalším druhem opožděného vývoje řeči je například opožděný vývoj řeči prostý, způsobený genetickými predispozicemi, s dobrou prognózou, opožděný vývoj řeči vznikající na podkladě orgánových změn mluvidel, kde je hlavním symptomem porucha artikulace a posledním typem opožděného řečového vývoje je opoždění vývoje vznikající v důsledku poruchy funkce centrálního nervového systému, kam řadíme např. vývojovou dysartrii (Neubauer, 2016).

Nejčastější poruchou řeči u dětí s DS je obdobně jako u intaktních dětí, dyslálie.

*„Dyslálie je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.“* (Klenková, 2006, s. 99)

Děti s DS často špatně artikulují sykavky a hlásku r. Narušena může být i výslovnost snadnějších hlásek a to např. p, f, v. Nestálá koncentrace dětí s DS může způsobovat i vynechávání hlásek na konci slov. V řeči pozorujeme také výskyt agramatismů, huhňavost a koktavost (Kejklíčková, 2016).

Agramatismy v řeči dětí s DS vnímáme jako jakýkoliv projev špatného gramatického vyjadřování. V komunikaci pozorujeme nesprávné skloňování, časování a vynechávání některých slovních druhů ve větě.

Rinolalie neboli huhňavost je narušení komunikační schopnosti, postihující zvukovou stránku řeči. Jedná se o patologicky změněnou rezonanci v dutině nosní nebo nosohltanové dutině (Klenková, 2006). Nazalitu určuje především optimální fungování patrohltanového uzávěru, správná anatomie nosních dutin, dýchacích cest a ostatních tkání mezi orální a nazální částí. U dětí s DS převládá výskyt hypernazality (Kline a Hutchinson 1980, sec. cit. Kent a Vorperian, 2013).

Porucha zvuku řeči je ovlivněna narušenou oronazální rovnováhou a dochází k patologickému vyslovování orálních hlásek. K terapii hypernazality řadíme cvičení, která ovlivňují směr výdechového proudu vzduchu a zlepšení funkce velofaryngeálního mechanismu. Zábavnou formou provádíme s dětmi dechová cvičení, kdy se děti snaží usměrňovat výdechový proud vzduchu např. foukání do bublifuku, do svíčky, do papírového „míčku“. Důležitá jsou i cvičení ke správnému patrohltanovému závěru, zejména pití slámkou, kloktání a zdvihání měkkého patra před zrcadlem (Klenková, 2006).

Kromě uvedených poruch se s další, typickou poruchou u osob s DS setkáváme s dysfonií. Lechta (2008) popisuje hlas dětí s DS jako hrubší, drsný se zúženým rozsahem.

Typickým znakem komunikace dětí s DS bývá samomluva, která je často doprovázena značnou gestikulací. Pro okolí bývá samomluva dítěte s DS zvláštním projevem, vnímaná negativně. Z mnohých výzkumů vyplývá, že samomluva, je nejen normální, ale rozvíjí kognitivní vývoj a pomáhá uspořádat myšlenky a činnosti. Rozdíl však nastává v délce užívání samomluvy na veřejnosti, u intaktních dětí se samomluva postupně stává vnitřní řečí Chicione (in Homolková, 2022).

Samomluvy jako prostředku ke zlepšení rozvoje řeči u dětí a dospělých s opožděnými nebo narušenými jazykovými schopnostmi, použil Reuven Feuerstein ve své metodě FIE. Vznikla v 70. letech, s českým názvem Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování, pro kognitivní rozvoj dětí z kulturně odlišného prostředí. Program byl postupně obohacován a v současnosti může být využíván nejen k podpoře jedinců se zvláštními potřebami, ale také pro intaktní společnost. Metoda cílevědomě posiluje schopnost učení a intelektuálních výkonů. Feuerstein vysvětluje proces monologu, který přebírá za dítě učitel nebo rodič, jako zprostředkovanou samomluvu (mediated self-talk, dále MST). Jde o moment, kdy pečující osoba nahlas komentuje, verbalizuje skutečnost, ale neočekává se přítom reakce od dítěte. Struktura verbální interakce používající MST je označena následovně: Ranná samomluva, řízená samomluva a interaktivní samomluva. Nejdlejší fází bez očekávání reakce dítěte je ranná samomluva, v druhé fázi se již překládají dítěti otevřené otázky a v konečné fázi se odehrává intenzivní slovní interakce s dítětem. Důraz je přitom kladen na příjemný zážitek a sdílení. Posloucháním komentářů provázející osoby a stálým opakováním komunikačních prostředků dochází k tzv. zprostředkovanému učení. Během programu dochází ke změně projevů dítěte, od externalizace k internalizaci, ke komunikaci s ostatními (Feuerstein a kol. 2017).

## 4.4 Možnosti rozvoje komunikace u dětí s Downovým syndromem

Jak již bylo zmíněno, u dětí s DS dochází velmi často k opožděnému řečovému vývoji, dítě si tak často svůj nedostatek kompenzuje právě zvýšeným užíváním různých gest, tedy neverbálními prostředky komunikace. Kapalková (in Homolková, 2023) však uvádí, že „*kombinace plnovýznamového slova a gesta (deiktického), stejně jako gesta a gesta, jsou obvykle přítomné velmi brzy po výskytu prvních slov nejen u dětí s takovýmto odlišným vývojem, ale i s vývojem typickým.*“

Slančová (in Homolková, 2023) dodává, že u intaktních dětí dochází okolo 18. měsíce ke dvouslovnému vyjadřování, zatímco u dětí s Downovým syndromem se dvouslovné výpovědi objevují mnohem později.

Selikowitz (2011) neopomíjí individuální možnosti každého jedince s postižením.

### 4.4.1 Znakové systémy

Možnou volbou vhodného komunikačního systému pro děti s DS se jeví právě znakové systémy. Ve výpovědi dochází ke znakování klíčového slova, a ne celého kontextu řeči, je tak současně podporován rozvoj řeči verbální. Znakování je často využíváno u dětí s DS, protože se může dobře uplatnit potenciál silného zrakového vnímání, které je výraznější než vnímání auditivní. Důležitým aspektem pro znakování dětí je možnost souhry smyslů, zraku, sluchu. Hmatu a znakování jednoho slova má konkrétní význam. Dítě má tak brzy možnost vyjádřit své potřeby a radost z úspěšné komunikace (Šarounová in Homolková, 2022).

Mezi tyto nejužívanější dynamické systémy v České republice patří Makaton a Znak do řeči (Homolková, 2023). Jedná se o dynamické systémy, tzn. že se znaky se vyvíjejí a přizpůsobují individuálním potřebám uživatele.

#### **Znak do řeči**

Systém pochází z Dánska, jeho autorem je speciální pedagog Laarse Nygard. V české republice vznikla metodická příručka od Libuše Kubové a Renaty Škaloudové s názvem Řeč rukou – Znak do řeči, vydaná nakladatelstvím Parta, roku 2012. Principem této augmentativní metody komunikace je tedy spojení znaku s klíčovými slovy, jak uvádí Neubauerová, Neubauer (2018, s.759) „*slovo a manuálně pohybový znak probíhají současně, se snahou o jejich pohybově-rytmickou koordinaci.*“ Zároveň zdůrazňují, že rozvoj slovní zásoby pomocí znakování vede k největší možné míře rozvoje expresivní

komunikace, rozumění a kognice. Systém vznikl v Dánsku, tvoří ho asi 400 znaků. Mezi hlavní komunikační výhody systému Znak do řeči řadíme simultánnost, tedy znak doplňuje orální řeč, znakováním, další výhodou je pohyb prováděný při znakování, který stimuluje řečová centra v mozku, především Wernicova a Brocova centra. Nespornou výhodou je, že znakování se jeví pro mnohé děti s kognitivními nedostatky jako jednodušší než standartní používání orální řeči. Znakování může mít i motivační prvek k dalšímu rozvoji dítěte, díky zlepšení schopnosti realizovat komunikační záměr. Při výuce Znak do řeči musíme dodržovat některé hlavní zásady, například, že s jedním pojmem pojíme jeden stejný znak, fázování znaku se řídí počtem slabik ve slově (Valenta, Müller, 2013).

### **Makaton**

Tento systém vznikl v sedmdesátých letech minulého století, původně jako program pro neslyšící dospělé osoby. a také pro děti s mentálním postižením a autismem, které měli značné obtíže v získávání nových informací. Převážně to byly osoby, které slyšely, ale nebyly schopné verbální komunikace a porozumění mluvené řeči bylo špatné. Tento nonverbální jazykový program vznikl ve Velké Británii, jeho základem je 350 znaků, ty jsou rozděleny do osmi stupňů, podle náročnosti. V současnosti je úspěšně využíván převážně u dětí s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením. Vhodný je také u dětí s výraznými artikulačními problémy a používá se i jako prostředku s cílem snížení stresu z komunikačních situacích u dospělých po úrazech mozku, po cévních mozkových příhodách. Makaton lze také využít ve výuce, u dětí s poruchami učení, při vysvětlování nových významů pojmů a jejich uchování a vybavení v paměti. Makaton je mezinárodně uznávaný systém, Slovník znakové řeči Makatonu je nutné respektovat. Při znakování se výpověď neznakuje celá, ale pouze její zásadní význam a je doplněné mimikou, modulací řeči pro snadnější pochopení smyslu obsahu (Janovcová, 2003).

Makaton může být tedy vhodným podpůrným komunikačním systémem dětí s Downovým syndromem. Užíváním symbolů a znaků, které se používají s řečí, se rozvíjí slovní zásoba, receptivní i expresivní složka komunikace. Ve velké míře děti s DS mají lepší porozumění než samotné vyjadřování. Důležité je děti motivovat a pomáhat jim budovat efektivní komunikaci pro budoucí rozvoj verbální řeči.

Někdy se setkáváme s preferencí komunikačního systému PECS (Picture Exchange Communication system). Jedná se o komunikační systém, který je v ČR užíván od roku 2001, díky Margitě Knapcové. S komunikačním systémem se seznámila v USA,

v Chicago, který byl původně vyvinut pro děti s autismem. Známy je u nás pod zkratkou VOKS jako výměnný obrázkový komunikační systém. Princip je založen na výměně obrázků. Zpočátku děti obrázky přinášejí a vyměňují je za oblíbenou věc nebo potravinu. Hlavní motivací pro dítě se stává smysluplná, motivující výměna obrázku za to, co dítě požaduje. Základním předpokladem k zahájení užívání systému VOKS je zmapování a vytvoření seznamu věcí a pochutin, kterých se dítě dožaduje. Postupně se od spontánní žádosti zvyšuje náročnost pro získání odměny. Po malých krocích je rozvíjena slovní zásoba dítěte. Zvyšuje se schopnost užívání systému v různých komunikačních situacích. Velkou odlišností od jiných systémů zaznamenáváme v zahajování komunikace, dítě je ten, kdo iniciuje komunikaci. Pozitivních výsledků dosáhla Margita Knapcová, při testování systému ve Speciální škole pro děti s více vadami v Kopřivnici a v Novém Jičíně. VOKS byl žáky velmi rychle přijat, pochopen princip výměny obrázků a u všech žáků došlo k ke zlepšení komunikační schopnosti (Knapcová, 2006).

## 5 Handel přístup

U dětí s neurovývojovými poruchami je třeba hledat nestandartní techniky nápravy narušené komunikační schopnosti. Je známé, že vývoj řeči úzce souvisí s vývojem motoriky. Například Kejklíčková (2021), uvádí tabulku vývoje řeči, kde srovnává vývoj řeči s motorickými dovednostmi dítěte. A právě Handel přístup je možností, jak u dětí se symptomatickými poruchami řeči, podpořit rozvoj komunikačních dovedností, stimulovat jednotlivé senzomotorické systémy díky Handel aktivitám, tedy prostřednictvím jemných pohybových aktivit ([www.handle.org](http://www.handle.org) [online]).

### 5.1 Charakteristika HANDLE přístupu

HANDLE je zkratka označující Holistic approach neuro-developmental and learning efficeincy, můžeme přeložit jako, holistický přístup k neurovývoji a efektivnímu učení.

*„HANDLE přístup je neinvazivní, holistická alternativa k diagnostice a terapii neurovývojových odlišností, zahrnující diagnózy: pervazivní vývojové poruchy, poruchy učení (dyslexie, dysgrafie), poruchy pozornosti, ADHD, poruchy vývoje řeči, poruchy paměti, poruchy chování, DMO, schizofrenie, obsedantně kompulzivní poruchy (deprese, stavů po úrazech mozku, mozkových příhodách, Tourettova syndromu, CHARGE syndromu a jiných ojedinělých syndromů.“* ([www.handle.org](http://www.handle.org) [online])

Handle přístup založila Američanka, Judith Bluestone, která od narození měla neurologické potíže a sama hledala alternativní cestu k osobnímu rozvoji. Stala se odbornicí v mnohých alternativních přístupech, z oblastí neurovědy, neuropsychologie, neurorehabilitace, senzomotorického rozvoje a podobně. Po návratu z Izraele, kde působila jako učitelka pro děti s poruchami učení, založila v roce 1994 v Kalifornii, The Handle Institut.

### 5.2 Neurovývojové hledisko

Tento přístup vznikl na základě poznatků z mnoha vědeckých disciplín (rehabilitace, psychologie, neurovědy, lékařství, speciální pedagogiky, výživy apod.) Do

popředí staví vědecké výzkumy, zabývající se fungováním nervového systému, který má v průběhu života velkou schopnost adaptace neboli plasticitu. Tento koncept neopomíjí ani biochemickou rovnováhu v těle, která má vliv na správné zpracování, přijímání a reagování na informace přicházejících z vnějšího prostředí do organismu. Konkrétně se HP zabývá správností fungování centrální (mozek a mícha), periferní a vegetativní nervové soustavy (hlavové nervy). Při HANDLE aktivitách se postupuje od rozvoje základních funkcí nejnižší úrovně (vestibulární funkce a komunikace mezi dvěma stranami mozku) a dále k podpoře funkcí vyšší úrovně ([www.handle.org](http://www.handle.org) [online]).

### 5.3 Princip HANDLE aktivit

Prvky HANDLE vycházejí z filozofické myšlenky, kdy „méně znamená více“ a tak zvaným jemným posilováním dochází k nejlepším výsledkům. Důležitým momentem v HANDLE terapii je všímání si reakcí klienta na terapii. Terapie se vyhýbá působení stresu na klienta, který vnímá nežádoucím. V případě výskytu somatických změn jako například změny barvy v obličeji, změny dýchání, změny svalového napětí, nevolnosti nebo závratě se terapeutická činnost ukončuje. HANDLE terapie neupřednostňuje výsledky nad emočním prožíváním klienta (The Handle Institut, Bluestone, J.,2005).

Unikátní přístup metody spočívá v pozorování jedince a jeho projevů chování, ke kterému se přistupuje jako k prostředku komunikace. Děti, které se nedokáží vyjádřit verbálně ani nonverbálně využívají k interakci s okolím projevy svého těla. *„Činnosti HANDLE zahrnují opakované, organizované, předvídatelné pohyby, které využívají kapacitu nervového systému k opravě, reorganizaci a vytváření nových spojení.“* ([www.handle.org](http://www.handle.org) [online]).

Aktivity HP podporují rozvoj dílčích neurologických základů potřebných k osvojování komunikace, motoriky, sociálního chování i k akademickému učení. HANDLE přístup respektuje základní lidské potřeby na prvním místě a teprve po zajištění pohodlí klienta, může dojít přesunu pozornosti k učení se novým úkolům a změnám.

Základem je individuální přístup, respektující konkrétní potřeby jednotlivce. Zacíleno je na nervové a tělesné oblasti, které je potřeba posílit a stimulovat. K tomuto účelu je vytvořen soubor jednoduchých aktivit. Cvičení nejsou náročná, provádí se alespoň 30 minut, kdykoli v průběhu dne. HANDLE aktivity může provádět pouze proškolený pracovník. V České republice můžeme kurz absolvovat u Jany a Paula

Babtie, kteří s přístupem HANDLE pracovali v Anglii přes 40 let. Kurz má dva stupně a je akreditovaný MŠMT. Součástí HANDLE aktivit je i speciální diagnostika tzv. HANDLE screening. Celková délka terapie je minimálně 6 měsíců. V České republice nemáme zatím žádné specializované pracoviště, které by se zaměřovalo pouze na HANDLE přístup, terapie tak často probíhá v rámci rehabilitačních nebo vzdělávacích zařízení. Přesný popis HANDLE aktivit je uvedený pouze v učebních materiálech určených pro budoucí HANDLE terapeutky. Nelze je uvádět a šířit, jsou majetkem HANDLE Institutu (Bluestone, 2005).



## 6 Logopedická intervence na základní škole zřízené podle § 16 odstavce 9 školského zákona

Jakým způsobem je realizováno v České republice předškolní, základní, střední, vyšší odborné nebo jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních definuje tzv. školský zákon č. 561/2004 Sb. Paragraf 16 novely školského zákona, odstavce 1 vstihuje, kdo se stává žákem se speciálně vzdělávacími potřebami takto: *„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“*

Odstavec 9 popisuje pro jaké děti, žáky, studenty s určitým druhem postižení jsou zřizovány školy, třídy ve školách nebo oddělení a skupiny. Zdůrazňuje, že do takové třídy mohou být přijati pouze žáci s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem. Pro zařazení do takové školy, třídy, skupiny je nutná vždy písemná žádost zákonného zástupce nebo žáka a doporučení školského poradenského zařízení, a to vše s ohledem na potřeby žáka nebo studenta. Pro zřízení třídy, oddělení nebo skupiny je vždy nutný souhlas ministerstva nebo souhlas krajského úřadu ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz). [online]).

### 6.1 Školský logoped, klinický logoped

Dne 7.6. 2023 byl novelizován zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Došlo k ukotvení nové kategorie pedagogického pracovníka „Školského logopeda“ (§18a). Pozice je určena k působení zejména ve školských poradenských zařízeních a speciálních školách. Je dána odbornou kvalifikací získanou studiem v magisterském programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na logopedii se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie nebo kvalifikací získanou studiem speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Nutné je doplnit odbornost ještě

kvalifikačním studiem pro přípravu školských logopedů. Nově dochází k navýšení hodinové dotace studia na 350 hodin ([www.msmt.cz](http://www.msmt.cz) [online]).

V České republice se v oblasti logopedie tedy setkáváme s pojmy školský logoped a klinický logoped. Školský logoped působí podle označení v rezortu školství, klinický logoped v rezortu zdravotnictví. S logopedy se ale můžeme setkat i v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí, v nestátních zařízeních typu charitativních a nadačních organizací (Klenková, 2006).

Roku 2006 vzniklo v České republice nezávislé sdružení logopedů „Asociace logopedů ve školství“ (ALŠ). Tato organizace sdružuje školské logopedy z jak z oblasti učitelství, tak z oblasti poradenské a pomáhá řešit problémy vycházející z logopedické intervence ve školství. Hlavním cílem asociace je zvyšování odbornosti školských logopedů a navázání multioborové spolupráce ([www.alos.cz](http://www.alos.cz) [online]).

Klinický logoped je odborník, který dosahuje svojí kvalifikace vysokoškolským studiem v magisterském studijním programu, který je zakončen státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a následně musí absolvovat postgraduální studium s tříletou specializační přípravou zakončenou atestací z klinické logopedie. Činnost klinických logopedů je ustanovena v zákoně č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povolání (Neubauer, 2018).

Profesní spolek sdružující klinické logopedy pracující ve zdravotnictví najdeme na internetových stránkách pod názvem „Asociace klinických logopedů“. Udržet vysokou profesionální úroveň a poskytovat klientům logopedickou péči v souladu s moderními postupy, to vše si klade za cíl Asociace klinických logopedů ([www.klinickalogopedie.cz](http://www.klinickalogopedie.cz) [online]).

## 6.2 Aktuální logopedická péče ve školství

Jak již bylo uvedeno výše, logopedická intervence se skládá z logopedické prevence, diagnostiky a terapie. Na prvním místě je tedy důležité zajímat se o primární logopedickou prevenci. Ta je v České republice zajištěna v systému předškolního vzdělávání a je zahrnuta do RVP PV. Realizace se řídí metodickým doporučením č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství. Doporučení objasňuje logopedickou péči v souvislosti s výchovně vzdělávacím procesem. Zdůrazňuje, že narušená komunikační schopnost má vliv na školní úspěšnost žáka. V okamžiku, kdy dítě přichází do školního zařízení, má již vytvořenou základní komunikační výbavu z rodiny. Nemůžeme si však být jisti, že rodiče znají průběh správného vývoje řeči a dítě netrpí nějakým druhem narušení komunikační schopnosti. Výhodou v tomto případě je navázání pozitivního vztahu s rodiči dítěte a nabídnutí možné pomoci u odborníka (Zezulková, 2014).

Na základě depistáže v mateřské škole je rodičům dítěte doporučeno navštívit klinického logopeda nebo v případě odhalení závažnější poruchy řeči, speciálně pedagogické centrum logopedické. SPC logopedické provede kompletní speciálně-pedagogické vyšetření se zaměřením na zjištění speciálně vzdělávacích potřeb u dítěte s vadou řeči a dále stanovení podpůrných opatření. Ve vazbě na NKS se diagnostika v SPC také zaměřuje na odhalení specifických poruch učení, vyšetření školní zralosti, psychologické vyšetření, diferenciální diagnostiku odlišující NKS od jiných druhů postižení. Dítěti s vadou řeči je navržena individuální nebo skupinová intervence.

Druh narušení komunikační schopnosti a speciálně pedagogické vyšetření nadále v souladu se zákonnými zástupci dítěte rozhodne o způsobu vzdělávání dítěte s NKS. Dítě s vadou řeči může být zařazeno k základnímu vzdělávání do Základní školy logopedické, do školy zřízené podle §16 odst. 9, nebo může být integrováno do běžné základní školy s nastavenými podpůrnými opatřeními a vypracovaným individuálním plánem.

Ve všech případech probíhá u dítěte se souhlasem zákonného zástupce logopedická intervence, individuálně, ve formě logopedických bloků zařazených do školní výuky. Realizovány jsou i skupinové logopedické chvílky. U dětí se symptomatickými poruchami řeči na speciálních školách bývá prognóza zlepšení nebo úplného odstranění vady dlouhodobou záležitostí se značně nejistým výsledkem. Cíle logopedické intervence u dětí se symptomatickými poruchami řeči jsou vnímány zcela

odlišného pohledu. Dominantním hlediskem se stává schopnost vyjádření potřeb dítěte, rozvoj interpersonální komunikace, socializace dítěte a nabytí schopnosti získávání školních dovedností a znalostí. Logoped hledá možnosti k podpoře vyjadřování dítěte s NKS a velmi často jsou dítěti nabídnuty alternativní a augmentativní prostředky řeči. Vždy je nutné zaujmout individuální přístup k dítěti s NKS a spolupracovat se všemi odborníky účastnících se na výchovně vzdělávacím procesu dítěte.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## Úvod do problematiky

Většina zpracovaných výzkumných šetření na téma „logopedická intervence“ se velmi často vztahuje k jednotlivému druhu postižení. Společným znakem však přesto zůstává studium specifických charakteristik konkrétních řešených případů a popis realizace průběhu logopedické péče. V bakalářské práci u Zhřivalové (2023), která se zabývá logopedickou intervencí u jedinců s kombinovaným postižením nacházíme výčet doporučení do praxe, která by byla možná přijmout jako všeobecné principy aplikovatelné u všech jedinců s postižením, u kterých je prováděná logopedická péče. Při zahájení terapie vycházet z aktuální řečové úrovně dítěte a aplikovat individuální přístup k jedinci s postižením. Dále zmiňuje užívání názorných pomůcek, zjednodušení komunikace při zadávání úkolů a nutnosti stálého opakování, pobízení a motivace k činnosti u dětí s mentálním postižením. Vyjadřuje se také k pokrokům terapie, které nelze očekávat příliš velké. U Nemášové (2016) v diplomové práci věnující se logopedické intervenci u dětí s poruchami autistického spektra se setkáváme s problémy narušující logopedickou intervenci. Mezi velmi nepříjemné a frekventované řadí nevhodné, provokující, hlasité chování a odmítání spolupráce. Z výzkumných šetření vyplývá, že pravidelně realizované bloky logopedické terapie jsou velmi vyčerpávající pro logopedku a výsledky se nedostavují hned. Z diplomové práce Novotné (2022) si můžeme doplnit celkový obraz o povědomí logopedické intervence prováděné ve školách z pohledu rodičů a školských logopedů. Kladný přístup rodičů vede k lepší spolupráci s výraznějšími výsledky intervence. My jsme se v naší výzkumné práci zabývali realizací logopedické intervence na základní škole speciální a základní škole zřízené podle §16 odstavce 9, kde se setkáváme s dětmi s různými druhy postižení.

## 7 Metodologie výzkumného šetření

### 7.1 Cíl výzkumu

Narození dítěte s postižením představuje pro rodinu obrovskou zátěž. Rodiče se musí vyrovnat s realitou a naučit se, jak o dítě s postižením pečovat a zároveň rozvíjet v rámci možností jeho konkrétního druhu postižení. Prioritou se stává zajištění základních lidských potřeb a komunikace je jednou z nich. Protože je tato schopnost často narušena, rodiče musí hledat pomoc u odborníků. Školský logoped se tedy zásadně podílí na rozvoji řeči u dětí se symptomatickými poruchami řeči. Výskyt druhů postižení je často závažný a spolupráce s dětmi velmi náročná.

Cílem diplomové práce je analýza logopedické intervence u dětí se symptomatickými vadami řeči a zhodnocení efektivity logopedické intervence. Zajímá nás poskytování logopedické péče z pohledu rodiče i školského logopeda. Vzhledem k tomu, že logopedická péče je u dětí se symptomatickými vadami řeči celoživotní záležitostí, rádi bychom zjistili, jakým způsobem jsou logopedi působící ve školství motivováni a co je pro ně odměnou. Získané výsledky by měly podpořit působení školských logopedů na speciálních školách a rodiče dětí s postižením k dlouhotrvající smysluplné spolupráci. Za **hlavní cíl** si tedy klademe komplexní posouzení práce školského logopeda s dětmi s postižením, u kterých se vyskytuje narušená komunikační schopnost. Za **dílčí cíle** jsme si stanovili zhodnocení náročnosti prováděné logopedické péče a zhodnocení výsledné efektivity pravidelně prováděné logopedické intervence v rámci školní výuky. Dále odhalení negativních a pozitivních faktorů provázejících logopedickou intervenci. A nakonec zjištění postojů rodičů k realizované logopedické péči.

## Stanovení výzkumných otázek

**Hlavní výzkumná otázka naší diplomové práce byla stanovena v následujícím znění:**

**Je možné vyjádřit se k výsledkům logopedické péče a považovat je za úspěšné?**

K tomu, abychom si dokázali odpovědět na naši hlavní otázku, byly stanoveny tyto další dílčí otázky:

**Partikulární výzkumné otázky:**

- 1) Jaké jsou nejčastější **překážky** v poskytování logopedické intervence u dětí se symptomatickými vadami řeči? (tato položka je v dotazníku i v rozhovoru, zjistíme i při pozorování)
- 2) Jak **reflektují** rodiče dětí s postižením logopedickou intervencí? (v dotazníku, rozhovoru)
- 3) Jaká je **spolupráce** dětí s postižením a jejich rodičů při logopedické intervenci? (zjistím z pozorování, rozhovoru, dotazníku)
- 4) Zaznamenáváme **pokroky** po logopedické péči u dětí s postižením? (zjistím z dotazníku od rodičů, z pozorování i rozhovoru)

## 7.2 Popis metodologie

### 7.2.1 Výzkumný desing

K empirickému šetření bylo použito smíšeného desingu. Podle pohledů různých autorů existuje mnoho definic smíšeného výzkumu. Jedním z představitelů smíšeného výzkumu John W. Creswell (2015) ho vymezuje jako „*přístup k výzkumu sociálních a dalších věd, v němž výzkumník sbírá dva typy dat – kvantitativní (uzavřená data /closed-ended) a kvalitativní (otevřená data / open-ended), integruje je a vyvozuje interpretace výsledků na základě kombinace silných stránek obou souborů dat/zjištění s cílem porozumět výzkumnému problému*“ ([www.journals.muni.cz](http://www.journals.muni.cz) [online]).

Hendl (in Skutil, Průcha, 2011) definuje smíšený výzkum jako kombinaci metod, technik, paradigmat jak kvantitativních, tak kvalitativních. Jedná se tedy obecný přístup, kdy se prolínají jednotlivé výzkumné metody a techniky. Postup, kdy se v začátku výzkumu využívá kvalitativních metod a v další fázi je použito metod kvantitativních, například strukturovaného dotazníku, označuje jako výzkum pomocí „míchání“ metod.

Jak uvádí Průcha (1997) pedagogický výzkum je organizovaná, institucionalizovaná činnost zaměřená na objekty edukační reality, u kterých se předpokládá kvalitativně diferencovaná povaha. Velmi vhodným postupem v pedagogickém výzkumu se stává výběr a kombinace různých výzkumných metod.

### 7.2.2 Výzkumné metody

Z výzkumných metod bylo pro náš výzkum použito techniky **dotazníku, polostrukturovaného rozhovoru a přímého pozorování**. Pro seznámení s konkrétními případy dětí se symptomatickými poruchami řeči bylo použito **kazuistiky**, která nám dovolí nahlédnout do hloubky problematiky logopedické péče.

#### **Dotazník**

Dotazník patří mezi nejčastěji užívané metody v pedagogickém výzkumu. Jedná se o formulaci předem připravených, dobře promyšlených otázek směrem k respondentovi. Odpovědi jsou přijímány písemnou formou. Nebezpečím dotazníku bývá malá výpovědní hodnota, těžké může být rozlišení subjektivních pocitů od objektivní reality. My jsme dotazník použili především z toho důvodu, že jsme potřebovaly získat data od většího počtu respondentů, v našem případě rodičů dětí, u kterých byla realizována logopedická péče. Při sestavování dotazníku jsme využily zásad, které popisuje Gavora (in Chráska, 2019). Položky v dotazníku jsme seřadili podle psychologického hlediska a rozdělili do obsahových kategorií, které se vztahují k výzkumným otázkám. V dotazníku jsme použili položky tzv. kontaktní, funkcionálně psychologické, filtrační a kontrolní. Náš dotazník obsahoval jak položky strukturované, tak nestrukturované. V některých případech bylo potřeba užít pro odpověď respondentů položky polouzavřené, které umožňovaly vyjádřit se k dané problematice z vlastního pohledu. V možnostech odpovědi se objevila nabídka „jiná odpověď“. Pro vyjádření spokojenosti v jedné z položek našeho dotazníku bylo potřeba uvést škálovou položku, kde respondent odpověděl výběrem určitého bodu na stupnici. Validitu dotazníku jsme si ověřili dalšími nezávislými odborníky, např. Mgr. Adélou Antlovou Ph.D. z Ústavu pedagogiky a speciálních studií a Mgr. Ilonou Ganzarovou, klinickou logopedkou. Dotazník jsme předávali rodičům prostřednictvím další osoby a tou byla školská logopedka.



### **Polostrukturovaný rozhovor**

Předmětem zájmu diplomové práce je analýza aktuálně probíhající logopedické péče. Nejlepší cestou, jak se hlouběji ponořit do problematiky logopedické intervence je navázání osobního kontaktu s respondentem, v našem případě školskou logopedkou. Výhodou rozhovoru je jednoznačně možnost sledování reakcí respondenta na otázky a řízení rozhovoru. Nám se podařilo díky přátelskému vztahu s logopedkami dojít k uvolněné atmosféře a respondenti odpovídali se zájmem. K tomu, abychom dosáhli co nejdůležitějších odpovědí, ve kterých se nám dostane i vysvětlení jsme využili polostrukturovaného rozhovoru. Před vlastním rozhovorem jsme si připravili otázky v určitém pořadí, od nejobecnějších až po složitější otázky. Odpovědi od respondentů byly zaznamenávány během rozhovoru písemnou formou.

### **Přímé pozorování**

Nedílnou součástí výzkumu, jak získat data o pedagogické realitě bývá pedagogické pozorování. Průcha, Walterová a Mareš (in Chráska, 2019) definují pedagogické pozorování jako „*sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob a průběhu dějů*“ Švaříček, (Šedřová a kol. 2007) dodávají, že se jedná o systematické sledování, které probíhá přímo ve zkoumaném terénu. My jsme si zvolili zúčastněné pozorování, to znamená, že jsme měli možnost sledovat jevy přímo v prostředí, ve kterém se uskutečňují a umožnilo nám to odhalit komplexní problematiku pozorovaných jevů. Za cíl našeho pozorování jsme si zvolili jevy, které nám pomůžou odpovědět na naše stanovené dílčí výzkumné otázky a ty pak budou směřovat k odpovědi na naši hlavní výzkumnou otázku. Předmětem pozorování se tedy staly tyto jevy: pozornost žáka, zájem o činnost, ochota spolupráce dětí při logopedické intervenci, emocionální ladění žáka, výskyt nejčastějších překážek během intervence, co je pro děti motivací ke spolupráci, zaznamenávání pokroků při dlouhodobém sledování, užité metody, techniky vedoucí k nápravě NKS. Každý logopedický blok, který jsem měla možnost pozorovat jsem si zaznamenávala do deníku pod jméno žáka a pozorované jevy kategorizovala.

## **Kazuistika**

Chrastina (2019) se ve své práci podrobně zabývá rozdílem mezi kazuistikou a případovou studií. Upozorňuje, že studie je vhodná pro aplikaci v kvalitativním výzkumu jako výzkumná případová studie. Je tedy vhodnou volbou pro případy, tedy osoby, instituce a sociální skupiny. Velmi často dochází ke kombinování techniky sběru dat. Případovou studii tedy volíme, když potřebujeme odhalit odpovědi na témata, otázky, na které obtížně nenajdeme odpověď pomocí jiných metod. Na případovou studii je tedy nahlíženo metodologicky, zatímco na kazuistiku metodicky. Kazuistika nám předkládá zpracovaný případ, jeho analýzu za účelem prezentování a vzdělávání. Přesto, že případovou studii a kazuistiku můžeme volně přeložit jako synonyma (z angl.) case study, jednotlivé přístupy jsou zaměřeny na jinou funkci a mají jiné účely. Pro naši výzkumnou činnost jsme si zvolili kazuistiku, která se stává výstupem diagnostického, analytického postupu, ukazuje výsledky konkrétní činnosti, v našem výzkumu, logopedické intervence na základních školách speciálních.

### **7.3 Popis zkoumaného vzorku**

Podle Hendla (2005) pro kvalitativní výběr není zásadní počet vzorků. Rozhodující je vhodnost a adekvátnost ve výběru informantů, kteří jsou nositeli dat, která nám pomůžou odpovědět na naši výzkumnou otázku. Pracujeme s větším rozměrem dat, díky kterým jsme schopni popsat, zpracovat a zachytit sledovaný proces.

Předmětem výzkumného zájmu byly děti navštěvující základní školu speciální, u kterých se vyskytuje narušená komunikační schopnost. Do této skupiny jsme zahrnuli žáky z prvních až pátých ročníků, ve věku od 8 do 12 let. Celkem se jednalo přibližně o 25 žáků. Kritéria, která byla stanovena pro výběr vzorku, spočívala v první řadě ve splnění věkové kategorie, dítě muselo navštěvovat základní školu speciální a druhým určujícím kritériem bylo dítě, kterému je poskytována logopedická intervence v rámci speciální školy, školskou logopedkou.

### **7.4 Sběr a analýza dat**

V úvodní fázi byl náš výzkumný proces zahájen účastí na logopedických blocích prováděných v dopoledních hodinách jako součást výuky. Tímto začalo naše zúčastněné pozorování procesu průběhu logopedické péče. Problematika mě velice zaujala. Při

pozorování práce logopedky a reakcí dítěte na intervenci se tak začaly objevovat otázky, na které nebylo jednoznačné si odpovědět. Oslovila jsem logopedku a začala se pravidelně účastnit logopedických intervencí. Průběžné pozorování proběhlo v celém školním roce 2022/2023 a dále pokračovalo do podzimu roku 2023. Výhodou pro naše pozorování bylo, že jsem se ve školním roce 2022/2023 stala třídní učitelkou žáků, kteří byli také zahrnuti do pravidelné logopedické péče a mohla jsem tak hlouběji poznat osobní charakteristiky jednotlivých žáků. Během školního roku jsem byla v kontaktu s logopedkami a realizovala kromě polostrukturovaných rozhovorů i řadu spontánních rozhovorů na danou problematiku. Na závěr k doplnění postojů rodičů na logopedickou intervenci byly prostřednictvím logopedky, distribuovány dotazníky pro rodiče. Abychom důkladněji poznali konkrétní případy, u kterých byla realizována logopedická péče a dokázali pečlivě popsat celý proces, bylo žádoucí studium materiálů s výsledky jednotlivých vyšetření. S uvědoměním školy a písemným souhlasem zákonných zástupců byly studovány zdroje o diagnóze dítěte, postupu dítěte vzdělávacím procesem a informace o řešené logopedické intervenci.

## 7.5 Kazuistiky

Na základě sběru dat, byly vytvořeny kazuistiky vybraných dětí.

### **Kazuistika č. 1:** dívka č.1

Pro první kazuistiku jsem si vybrala dívku s diagnózou střední mentální retardace ADHD a autistickými rysy. Dívka navštěvuje čtvrtým rokem speciální školu, kde je vzdělávána podle RVP ZŠS a podle školního vzdělávacího programu pro děti a žáky v základní škole speciální, 1. díl. s názvem „Je nám spolu dobře“. U dívky byla stanovena podpůrná opatření 4. stupně a byl vypracován individuální vzdělávací plán. Dívka má problémy s udržení pozornosti, rychle se unaví, z tohoto důvodu byla na doporučení pediatra zkrácena výuka na 4 vyučovací hodiny. Dívku jsem měla možnost pozorovat při logopedické intervenci během dvou školních let. Anamnézu jsem získala na základě pohovoru s matkou, vyplněním dotazníku a studiem dokumentů a zpráv.

**Rodinná anamnéza:** Dívka vyrůstá v úplné rodině, je prvorozená a má jednoho mladšího bratra. Rodiče jsou vysokoškolsky vzdělání, matka zatím nepracuje, pečuje o děti v domácnosti. Rodinné zázemí dívky je příznivé, o děti se zajímají i babička s dědou.

Volný čas tráví rodina aktivně a poskytuje tak dívce mnoho příležitostí k osvojování si základních sociálních interakcí a vědomostí.

**Osobní anamnéza:** Těhotenství matky proběhlo bez potíží, byla provedena běžná screeningová vyšetření, bez patologického nálezu. Dívka se narodila v 38 tt., císařským řezem, křik a pláč dítěte byl přítomný ihned po narození. Poporodní Apgar score vykazovalo hodnot:10-10-10. Poporodní adaptace dívky probíhala bez potíží, kojení bylo bezproblémové, dudlík nebyl používán. Po psychomotorické stránce se vývoj dívky v prvním roce zpozdřoval. Kolem 8. měsíce se otáčela na břicho, v 11. měsících se postavila, potom si sedla, ležla, dlouho chodila kolem nábytku. K samostatné chůzi se odhodlala až v 19. měsíci. V předškolním věku jemná motorika vykazovala mírnou neobratnost a zpoždění ve vývoji. Nedařilo se stříhání a navlékání korálků. Problémy se objevovaly především v oblasti soustředění a pozornosti. Problémy se sebeobsluhou se vyskytly zejména v oblasti používání toalety, z důvodu panického strachu z pobytu v uzavřené místnosti. Základní školní docházku začala dívka plnit v sedmi letech, v průběhu první a druhé třídy však byla vzdělávána online formou z důvodu výskytu pandemie Covid -19.

**Řeč a komunikace:** Dívka velice ochotně navazuje kontakt, občas ale ve výrazu obličeje vidíme nejistotu a bázlivost. Přesto komunikuje ráda, nemá problém oslovit spolužáka nebo pedagoga. V řeči však rychle pozorujeme poruchy prozodických faktorů a dysgramatismy. Dívka často přebíhá k tématům vlastního zájmu, udržet koncentraci na téma komunikačního záměru bývá obtížné. Řečový projev se tak stává nesrozumitelný. Objevuje se patologická výslovnost hlásek L a R a řečové stereotypy. Na dobré úrovni se projevuje slovní zásoba, pasivní však převládá nad aktivně používanou. Dívka používá mnoho slov, přesnému obsahu však nerozumí. Věty tvoří jednoduché, slovosled není vždy správný. Zápor vyjadřuje neobratně, občas ve větě použije nesprávné časování sloves.

**Sociální anamnéza:** Mateřskou školu začala navštěvovat ve věku 4,5 let. Adaptace na nové prostředí byla náročná, dívka často plakala, nezvládala odloučení od matky. Nástup na základní školní docházku byl z důvodu diagnostikovaného nerovnoměrného rozložení kognitivních schopností od pásma střední mentální retardace po lehkou mentální retardaci a těžké adaptaci na nové prostředí odložen o 1 rok. Adaptace na první třídu proběhla mnohem lépe, ale z důvodu pandemie byla výuka brzy převedena na online formu. Z odborníků navštěvuje neurologa a klinického psychologa.

**Ze zprávy z vyšetření:** Podle prvního psychologického vyšetření, které bylo uskutečněno ve věku 4 let, verbální schopnosti odpovídaly mentálnímu věku 2,5 let. Ve 4 letech proběhlo také neurologické vyšetření, podle kterého byl u dívky zjištěn opožděný vývoj řeči, neobratnost v jemné a hrubé motorice a nevyhraněná lateralita. V 5 letech odpovídal intelektový vývoj dívky věku 2 let a 11 měsícům. Vývoj řeči již od začátku vykazoval známky opoždění. První slabiky se objevily v prvním roce, ale následně došlo k výrazné stagnaci. První jednoduché věty začala dívka používat v 6 letech, ale výslovnost byla hůře srozumitelná a výrazně dyslalická.

**Úroveň řečového projevu v 1. a 2. ročníku:** Ze zprávy z SPC dívka komunikovala s určitou obezřetností, patrná byla počáteční nedůvěra a ostych. Vyjadřovala se jednoduchými větami s výskytem dysgramatismů. V této době chodili s matkou ke klinické logopedce s frekvencí návštěv 1x za 14 dní. Vzhledem k pandemické situaci byly návštěvy odkládány na dobu neurčitou a logopedické procvičování probíhalo v domácím prostředí podle pokynů logopedky. Dívka správně vyslovovala vokály I, E, A, O a konsonanty P, M, F, V, T, N J, K CH, H. Nesprávně vyslovovala hlásku L, R, ne zcela čistě vyslovovala hlásky S, Z, C. Pohyb mluvidel byl nepřesný, občas překotný, srozumitelnost víceslabičných slov nebyla přesná.

**Ve 3. ročníku** dívka z časových důvodů, především plnění školních povinností v odpoledních hodinách doma s matkou, přestala navštěvovat klinického logopeda a byla zapojena do školní logopedické intervence. Z počátku byla zamlklá, nejistá, ale o komunikaci projevovala zájem, ochotně sdělovala události z domova a ráda povídala o svém mladším bratrovi. V řeči se stále objevovaly dysgramatismy, nedokázala udržet téma hovoru a stále odbíhala uprostřed komunikace ke svým zážitkům. S logopedkou probíhaly intervence v nácviku fonemického sluchu pro přesnou výslovnost hlásek SŠ, ZŽ, ČČ formou her na rozvoj sluchové pozornosti. Dívka měla například reagovat na slovo, pokud se u něj vyskytne dohodnutá hláska. Další cvičení byla propojena s výskytem hlásky v přírodních zvucích a současně byl nabídnutý žákyni obrázek zvířete, které daný zvuk vydává. Hry žákyni bavily, spolupracovala s radostí. Další kroky intervence směřovaly v dechových cvičení, uvolňování mluvidel, artikulačních cvičení. Postupně byla rozšiřována slovní zásoba dívky předkládáním obrázků a opakováním vět. Dívka reagovala pružně, bylo vidět, že mnoho příběhů a pohádek zná z domova. Častější návštěvy logopedky vedly k navázání pozitivního a přátelského vztahu. Zadávané úkoly byly vždy pečlivě vypracovány a žákyně se na logopedické bloky začala těšit.

### **Současný pohled na rozvoj komunikační schopnosti dívky, 4. ročník**

Nyní se dívka účastní pravidelné logopedické intervence v rámci výuky, 1x týdně. Žákyně má zavedenou logopedickou složku s úkoly na procvičování. Na logopedické bloky se těší a velice ochotně spolupracuje. Nápravná péče spočívá v odstranění dyslalie hlásek L a R, v nácviku regulace dechu a motoriky mluvidel. Slovní zásoba se rozšiřuje, dívka komunikuje ráda, v řeči se objevují jednoduchá souvětí, zvládá používání spojek.

Občas je využije nesprávně, ale tuto dovednost si zdokonaluje v hodinách Řečové výchovy. Současně dochází u dívky rozvoji i nejazykových oblastí řeči, jako například motoriky, grafomotoriky, vizuomotoriky a oromotoriky. Dívka píše písmem Comenia script, její výkony jsou ale nestabilní. Přesto píše ráda, zvládá i přepis z písma psacího do Comenia script. V matematice zvládá početní operace do 10, s použitím převážně mechanické paměti, díky vytrvalosti v procvičování s matkou. Všeobecný přehled dívky vykazuje dobrou úroveň, žákyně pochází z velice podnětné rodiny.

**Shrnutí a zhodnocení:** V případě naší kazuistiky č. 1, u dívky se střední mentální retardací, můžeme usuzovat na kladný vliv logopedické intervence. Ten můžeme přičítat vytvoření přátelského vztahu mezi logopedkou a žákyní a jednoznačně dobrému rodinnému zázemí dívky. Při poskytování intervence nenastal problém se spoluprací. Přítomnost těchto faktorů zásadně ovlivnila výsledky logopedické péče. Dívka nadále v intervenci pokračuje, nicméně se stále nedaří nácvik správné výslovnosti L a R.

	<b>Realizace logopedického bloku</b>
<b>Postup logopeda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• navození kontaktu s dítětem pomocí rozhovoru, připomenutí, co jsme spolu prožili minulou hodinu na logopedii, kontrola provedení zadaných úkolů</li><li>• nácvik jemného dlouhého výdechu, pomocí ubrousku a bublifuku</li><li>• gymnastika mluvidel podle návodných obrázků, přípravná cvičení na vyslovení hlásky „R“, mlaskání koníčka</li><li>• nácvik vyslovení hlásky „R“ pomocí substituční metody</li><li>• vyslovování slov se substituční hláskou, hra s pexesem, pojmenování obrázků, zařazení do kategorií</li><li>• nácvik jemné motoriky pomocí připínání barevných kolíčků k příslušné barvě na zalaminované podložce</li></ul>

<b>Použité metody</b>	rozhovor, oromotorické cvičení, stimulační metoda – gnostické a fatické funkce při popisu obrázků, rozvoji jemné motoriky, korigující metoda – při dechových cvičení, didaktické pomůcky – pexeso
<b>Motivace dítěte</b>	Žákyně se vždy na logopedické chvílky těší spontánně, je ráda, že může komunikovat, odměnou se stává nový procvičovací úkol, kde si může vybarvit obrázek.
<b>Pozornost dítěte v průběhu terapie</b>	V úvodním rozhoru žákyně odbíhala od tématu, při popisu obrázků hned navazovala na další souvislosti, bylo těžké udržet pozornost pouze při práci. V průběhu terapie se dívka musela jít podívat z okna, opakovaně vstávala a rozhlížela se kolem sebe.
<b>Chování dítěte v průběhu terapie</b>	Žákyně byla celou dobu pozitivně naladěná, klidná, ale nezvládala sezení u stolu, často vstupovala logopedce do řeči, mluvila o svém mladším bratrovi a odbíhala od plnění úkolů.
<b>Spolupráce dítěte v průběhu terapie</b>	Žákyně byla ochotná spolupracovat, nutné bylo pouze mírné usměrňování k plnění zadaných úkolů
<b>Využité pomůcky</b>	Logopedické zrcadlo, didaktické – kartičky s obrázky k oromotorickým cvičení, logopedické pexeso, manipulační – pomůcky

Tabulka č. 3: Reflexe pozorování logopedické terapie 19. 3. 2023

### **Kazuistika č. 2:** dívka č.2

Pro druhou kazuistiku jsem si zvolila dívku ve věku 10 let s diagnózou Downova syndrom. Anamnestické údaje jsem získala rozhovorem s rodiči, pozorováním dívky během školní výuky a svou přítomností na logopedických blocích dívky. Studium dokumentů a zpráv přispělo k ucelenému poznání kazuistiky.

**Rodinná anamnéza:** Dívka se narodila do druhého manželství. Rodiče dosáhli základního vzdělání. Ve společné domácnosti žije ještě se dvěma staršími, nevlastními, sourozenci. Bydlí na vesnici, vzdálené od školy 45 kilometrů. Do školy dojíždí autobusem s matkou nebo babičkou. V rodině se vyskytují časté konflikty, otec dívky je vážně nemocný a mívá psychické problémy. Dívka je žákyní 4.ročníku ZŠ speciální a je

vzdělávána podle ŠVP 2. dílu a vypracovaného IVP. Ve třídě je celkem 5 žáků a dopomoc zajištěna asistentem pedagoga. Matka je velmi zaměstnaná péčí o celou rodinu, včetně manžela a často nemocné dívky. Spolupráce s rodinou je obtížná, zadané školní úkoly doma nevypracovávají. Dívka nenavštěvuje klinického logopeda ani žádné terapie. V rodinném životě se neobjevují žádné sportovní, kulturní ani rekreační aktivity.

**Osobní anamnéza:** Těhotenství matky proběhlo bez potíží, bylo provedeno běžné prenatalní screeningové vyšetření krve matky, s pozitivním nálezem výskytu Downova syndromu. Matka se však rozhodla pro pokračování v těhotenství. Porod proběhl v termínu, porodní váha dívky byla nižší, 2600 g. Po narození byly ihned patrné známky Downova syndromu, jako nižší porodní váha, hypotonie svalstva a specifické znaky v obličejí. V novorozeneckém věku měla dívka problémy s příjmem stravy, kojení nezvládala. Psychomotorický vývoj byl od počátku zpožděný, hlavičku začala zvedat až ve 4 měsíci, seděla ve 11 měsících, lezení po čtyřech se zdařilo až po prvním roce života. První jisté kroky dívka zvládla až ve 2,5 letech.

**Řeč a komunikace:** Dětský pláč se objevoval zřídka, dívka působila jako hodné, spokojené dítě. Impulzem k verbálnímu projevu, přispěly časté podněty přicházející od starších sourozenců. Následně se začal projevovat zájem o komunikaci. První slovo se objevilo až ve 2 letech, první dvouslovná věta až v pěti letech. Dívka má značně narušenou motoriku mluvidel, nezvládá správně artikulovat a do dnešního dne je její mluvní projev nesrozumitelný. Naučila se funkčně komunikovat pomocí gest a ukazování na předměty. Svoje potřeby zvládá vyjádřit.

**Sociální anamnéza:** Mateřskou školu dívka navštěvovala až v posledním roce povinné předškolní docházky, ve věku 6 let. Vysoká nemocnost dívky měla za následek nízkou docházku. Na ZŠ speciální nastoupila dívka ve věku 7 let. Nyní navštěvuje již druhou základní školu. Důvodem je změna zaměstnání otce a stěhování rodiny. Dívka se ve škole adaptovala bez potíží. Ve třetím ročníku nezvládala plnit očekávané výstupy ŠVP 1. díl, byla tak zařazena do vzdělávání podle ŠVP 2.dílu. Stále bývá dívka často a dlouhodobě nemocná, výchovně vzdělávací proces dívky tak není možno efektivně realizovat.

**Ze zprávy z vyšetření:** První psychologické vyšetření prokázalo intelekt v úrovni dolního pásma středně těžkého mentálního postižení a závažnou vadu řeči. Oslabené výkony se projevily ve všech oblastech kognitivního výkonu. Výrazně v oblasti abstraktně vizuálního myšlení, verbálního myšlení, krátkodobé paměti i v početních dovednostech. V komunikačním projevu byla schopná pouze jednoslovných odpovědí. Řeč je výrazně



nesrozumitelná. Při kresbě používá pravou ruku, se správným úchopem, na úrovni koleček a čar. Přiřazování barev podle předlohy zvládá s chybami. Neovládá orientaci v čase, zvuky zvířat nenapodobí. Jemná motorika se jeví oslabená, při manipulaci s předměty si dopomáhá ústy. Celkové pohyby těla jsou nekoordinované. Spolupráce s dívkou je však bezproblémová, ochotně spolupracuje, pracovní tempo je pomalé.

**Úroveň řečového projevu v 1. a 2. ročníku:** Z rozhovoru s matkou, vývoj komunikačních dovedností u dívky stagnuje. Její projev od vstupu do mateřské školy se výrazně neposunul. Dívka se stále vyjadřuje jednoslovnými odpověďmi, vyjádří svoji potřebu gesty a často si mluví sama pro sebe „svoji řečí“. Dívku jsem měla možnost sledovat poslední dva roky, ve třetím a čtvrtém ročníku.

**Úroveň řečového projevu ve 3. ročníku:** U dívky se vyskytují typické obtíže pro její druh postižení. Hypotonie obličejového svalstva způsobuje u dívky patologickou klidovou polohu jazyka, dívka má stále pootevřená ústa a špička jazyka se plazí ven z úst. Dýchá ústy, dolní ret má oslabený. Z toho plyne narušená artikulace hlásek. Hlas dívky je hrubý. Ve fonologicko-fonetické rovině je narušená výslovnost bilabiálních hlásek, zvládá pouze hlásku M, ve slově máma. Retozubné hlásky nevysloví, zubodásňové hlásky vysloví pouze nejistě t, d, n, ostatní nevysloví. V lexikálně sémantické rovině jednoznačně převládá pasivní slovní zásoba nad aktivní. Dívka rozumí jednoduchým slovním pokynům. Nadřazeným pojmům nechápe, obrázek nepopíše, ale snaží se na objekty ukazovat a nesrozumitelně pojmenovat. Nedaří se pojmenovat dny v týdnu ani části dne, snaží se však napodobit zvuk slova. V morfologicko-syntaktické rovině se dívka nachází v úrovni jednoslovných vět, místy se zadaří dvouslovné spojení.

**Současný pohled na komunikační schopnosti:** Dívka je zařazena se souhlasem zákonných zástupců do pravidelně prováděné logopedické intervence. Vzhledem k častému onemocnění horních cest dýchacích u dívky, byla logopedická péče prováděna nepravidelně, s velkými pauzami. Přesto dívka na logopedické bloky vždy reagovala pozitivně, ochotně pracovala a plnila zadané úkoly. Pokroky zatím nelze pozorovat, řečový projev zůstává na stejné úrovni. Rodiče se o logopedii nezajímají, jsou spokojeni, že dívka zvládne vyjádřit svoje potřeby a sourozenci chápou její projevy. Logopedický sešit s úkoly byl zaveden, ale už nebyl do školy přinesen.

**Shrnutí a zhodnocení:** V tomto případě se jedná o kombinaci závažného postižení dívky a nepodnětného rodinného prostředí ve spojení s vysokou nemocností. Převyšuje tak množství negativních faktorů nad pozitivními. Bezproblémové chování a ochota

spolupráce se tak stávají méně hodnotnými a nestačí k tomu, aby se logopedická intervence stala přínosnou.

	<b>Realizace logopedického bloku</b>
<b>Postup logopeda</b>	<p>Vzhledem k dlouhodobé absenci žákyně, logopedka připomíná dívce prostředí učebny, popisuje předměty na stole, vede s dívkou rozhovor a seznamuje ji s naplánovanými činnostmi. Vybízí dívku ke komunikaci, žákyně kontakt navazuje, její řeč je však nesrozumitelná. Jediné slovo, které správně artikuluje je „máma“.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tepání na tvář</li> <li>• Dechová cvičení, foukání do peříček, bublifuk</li> <li>• Nácvik výslovnosti samohlásky „A“ podle obrázků a známých zvuků</li> <li>• Hry s obrázky, ukaž, kde je, pojmenuj, co je na obrázku</li> <li>• Hra s hmatovým pexesem</li> </ul>
<b>Použité metody</b>	<p>Motivační rozhovor, stimulační masáž mluvidel, stimulující metoda na podporu rozvoje gnostických a fatických funkcí při popisu obrázků, zadávání úkolu, rozvoj hmatového vnímání při hře s hmatovým pexesem, korigující metody při zvládnutí dechových cvičení, verbální reflexe po každém splněném úkolu.</p>
<b>Motivace dítěte</b>	<p>Vlídny přístup a ústní pochvala v průběhu terapie, dívce se moc líbilo foukání do bublifuku, aktivitu měla slíbenou za splněné úkoly na konci logopedického bloku</p>
<b>Pozornost dítěte v průběhu terapie</b>	<p>V úvodu terapie bylo těžší přimět dívku ke komunikaci, byla spíše pasivní, v průběhu intervence měla potřebu odejít na</p>

	toaletu. Pozornost udržela nejdéle 2 minuty, zadané úkoly hůře chápala, bylo potřeba zadání často opakovat a demonstrovat.
<b>Chování dítěte v průběhu terapie</b>	Dívka se chovala klidně, ale nejistě, na židli se neustále otáčela ke dveřím, často si pokládala hlavu na stůl. Působila unaveně, párkrát zívala.
<b>Spolupráce dítěte v průběhu terapie</b>	Spolupráce byla náročná, dívka měla problém se zapamatování zadání úkolu.
<b>Využité pomůcky</b>	Logopedické zrcadlo, štětec, didaktické pomůcky – obrázky, hmatové pexeso

Tabulka č. 4: Reflexe pozorování logopedické terapie 17. 5. 2023

### **Kazuistika č.3, chlapec č.1**

Pro další vhled do řešené problematiky jsme si pro srovnání vybrali kazuistiku chlapce s diagnózou střední mentální retardací s komorbiditou syndromu ADHD, smíšeného typu s limitujícími deficitem ve verbální komunikaci. Chlapec je v současnosti žákem 2. ročníku ZŠ speciální, vzděláván podle RVP ZŠS a z něj vycházejícího ŠVP

1. díl a IVP. Výchovně vzdělávací proces probíhá ve třídě se sníženým počtem žáků a současně za přítomnosti asistenta pedagoga. U chlapce jsou nastavena podpůrná opatření 4. stupně. S žákem jsem se poprvé setkala na logopedických blocích při přímém pozorování a v dalším roce jsem se stala jeho třídní učitelkou. Nyní u chlapce přetrvávají výrazné obtíže při realizaci řeči, které jsou následně příčinou úzkostných a afektovaných poruch chování. Informace k sestavení kazuistiky jsme získávali postupně, v tomto případě nejdříve seznámením s hlavní diagnózou, sledováním chlapce při logopedických sezeních a dále pohovory s rodiči při setkávání na třídních schůzkách.

**Rodinná anamnéza:** Chlapec pochází z úplné rodiny, má mladší sestru, zdravou. Matka má střední pedagogické vzdělání, před narozením syna pracovala jako učitelka v mateřské škole. Nyní je na rodičovské dovolené s mladší dcerou. Otec je zaměstnaný jako ekonomický referent ve firmě. Rodina žije aktivním způsobem, oba rodiče, s celou rodinou, rádi tráví volný čas rekreačně sportovními aktivitami.

**Osobní anamnéza:** Chlapec se narodil jako prvorozený, do úplné rodiny. Během těhotenství matky nebyly zjištěny žádné patologické projevy, prenatální screeningová vyšetření neukazovala na žádné odchylky. Z nejasných důvodů se chlapec narodil předčasně, v 35 týdnu těhotenství. Již v poporodním období se u chlapce vyskytly

zdravotní komplikace. Problémy se objevily v oblasti příjmu stravy, kojení se nedařilo, komplikace nastaly i z důvodu přítomnosti infekce. Chlapec strávil 4 týdny na neonatologickém oddělení, než byl propuštěn do domácího léčení. Psychomotorický vývoj vykazoval známky zpoždění. Všechny oblasti projevů motorických dovedností byly ve srovnání s intaktními jedinci opožděné. Zvedání hlavičky, otáčení na břicho, první postavení se i schopnost samostatné chůze. První kroky se chlapci zdařily až před druhým rokem života. Vzhledem k těmto projevům se maminka chlapce začala intenzivně problematikou opožděného psychomotorického vývoje zabývat a hledat možnou podporu vedoucí ke zlepšení stavu syna. Po třetím roce věku absolvovala se synem rehabilitační a lázeňský pobyt. Chlapec je dále v péči lékařů z oboru neurologie, pedopsychiatrie, endokrinologie a očního lékaře.

**Řeč a komunikace:** Chlapec byl v kojeneckém věku velmi plačtivý, křik a pláč se objevovaly. Další zvukové projevy během vývoje dítěte byly skromné, nedařilo se napodobování přirozených zvuků. Chlapec začal k vyjádření svých potřeb využívat v komunikaci gesta. První slovo se objevilo až ve třech letech. Oblast porozumění řeči vykazovala velké nedostatky. Vyjadřovat se na úrovni jednoduchých vět se chlapci do teď nepodařilo. Spontánní řečový projev se rozvinul pouze na úroveň jednoslovných vyjádření.

**Sociální anamnéza:** Chlapec začal navštěvovat v 5 letech MŠ speciální. Problémy s adaptací a navazováním sociálních interakcí byly přítomné již od začátku. Chlapec byl často úzkostný a nespokojený. Tyto emoce obvykle vedly k projevům vzteku a vzdoru v chování, doprovázené psychomotorickým neklidem. Do prvního ročníku nastoupil v 7 letech, do ZŠ zřízené podle § 16 odst. 9, kde se chlapci nedařilo plnit očekávané školní výstupy. Po přešetření pracovníky speciálně pedagogického centra byl žák přeřazen se souhlasem zákonných zástupců do ZŠ speciální. Ve druhém ročníku se vzdělává podle ŠVP 1.dílu a podle IVP.

**Ze zprávy z vyšetření:** Aktuální úroveň rozumových schopností se pohybuje v pásmu středně těžké mentální retardace s mírně nevyváženým kognitivním profilem. Adaptivní chování odpovídá pásmu středně těžké mentální retardace. Limitující se pro chlapce stává závažná porucha řeči s převahou v expresivní složce. Při testu verbálních dovedností reaguje především znaky. Na části těla na obrázku ukáže. Chyby na obrázcích odhalí jen částečně. Při testu zrakové percepce zaostává při přiřazování vzoru u dvou kostek. V rámci vizuomotoriky se objevují nápadné potíže. Zvládá napodobit jednoduché stavby z kostek. Grafomotoricky napíše vertikální čáru, kruh, překřížení a náznak tvaru

čtverce. V oblasti matematických dovedností přiřadí počet prvků k číslu, v oboru čísel do 5. Početní operace zvládá částečně v oboru čísel do 5. Nejlepšího výkonu dosáhl v rámci subtestu Paměť na korálky a Paměť na předmět. V testu zaměřeném na sluchovou paměť, kdy měl zopakovat po předchozí prezentaci dva sluchové podněty, neuspěl. V kresbě lidské postavy převládá úroveň kresby hlavonožce s lidským obličejem. Preferuje pravou ruku. Pozornost chlapce je lehce odklonitelná. Trvá na dodržování ritualizovaného chování. Má nastavený funkční systém odměn. Spontánní řečový projev je velmi omezený, většinou jednoslovný. Občas se v řeči užije naučenou frází. Použitá slova neskloňuje a nečasuje. Melodie řeči je zvýrazněná, nedokáže regulovat hlasitost řeči. Dle vývojových škál se expresivní řeč pohybuje v pásmu 15–21 měsíců. Oblast porozumění do 36 měsíců věku. Značné je oslabení v orofaciální oblasti, hypomimie a obtíže v dechové koordinaci.

**Úroveň řečového projevu v 1. ročníku:** Chlapec v prvním ročníku využíval ke komunikaci převážně gesta a dvouslovná spojení. Bylo znát, že má zájem se zapojit do komunikace s vrstevníky, ale nebylo možné udržet s nimi komunikační linii a dospět vzájemně k záměru komunikace. Chlapec si svoje obtíže uvědomoval a jeho reakcí na neúspěch se opět stávaly poruchy regulace emocí. V tomto období byla zahájena logopedická intervence školskou logopedkou, která navázala na plán logopedické terapie klinickým logopedem. Intervence spočívala v senzoričných stimulačních cvičení k úpravě oslabení svalů v orofaciální oblasti. Dále bylo nutné upravit dechovou koordinaci. Z výsledků psychologického testování bylo potřebné u chlapce podpořit rozvoj sluchového a zrakového vnímání. Logopedka navazovala v intervenci na rozvoj slovní zásoby pomocí soustavy obrázků z určité oblasti. Do oblasti terapie v tomto případě spadala i regulace chování pomocí aplikace behaviorálních přístupů. Potíže se vyskytly v melodii a hlasitosti řeči. Přestože se chlapec snažil o navázání komunikace, často byl neúspěšný a spolužáky neakceptován.

**Úroveň řečového projevu ve 2. ročníku:** Vyjadřuje se stále pomocí jednoslovných nebo dvouslovných spojení. Používá svoje ustálené fráze, které je schopný několikrát za sebou zopakovat v případě nepochopení druhou osobou. Hojně využívá gesta, dotýká se druhých, aby upoutal svoji pozornost. V případě napomenutí, vzhledem k vysoké frekvenci opakování frází, se uráží, vzdoruje a nespolupracuje. Probíhá logopedická péče ve škole současně s pravidelnými návštěvami klinického logopeda. Stále se nedaří osvojit si výslovnost většiny hlásek. Zvládá slova, já, ham, Dáda, tam, tady, ne, tany, tany.

**Současný pohled na úroveň komunikačních schopností:** Logopedická terapie probíhá velmi intenzivně, 1x týdně ve škole, 1x za 14 dní u klinického logopeda. Domácí procvičování probíhá pečlivě, komunikace je rozvíjena i ve vyučovacím procesu prostřednictvím hodin Řečové výchovy a také během běžné komunikace s třídní učitelkou a spolužáky. Chlapec je velmi aktivní a živý, je potřeba regulace chování a nežádoucích projevů vznikajících vlivem nepochopení komunikačního záměru. Expresivní složka řeči zatím nevykazuje pokroky. V receptivní složce řeči vnímáme lepší porozumění, zvládá pochopení jednoduchých zadání týkajících se běžných úkonů spojených se školou a životem. Je soběstačný v sebeobsluze a hygieně. Komunikaci podporuje užíváním gest.

**Shrnutí a zhodnocení:** Chlapec se střední mentální retardací a závažnou poruchou řeči, převážně v expresivní složce má velkou vůli k zahájení komunikačního záměru. Od jeho narození ho však doprovází velké zdravotní problémy a jeho psychomotorický vývoj je výrazně opožděný. Oslabení v orofaciální oblasti a špatná regulace dechu mu znemožňují správnou realizaci hlásek. Velice aktivní rodiče podporují syna v rozvoji ve všech oblastech, dokáže zvládnout úkony sebeobsluhy a vyjádřit základní potřeby. Logopedická intervence v tomto případě probíhá intenzivně. Přesto se k pokrokům v rozvoji řeči můžeme těžko vyjádřit, protože ty nejmenší změny dokáže zachytit především nejbližší rodina. Za pozitivní vnímáme přístup chlapce ke komunikaci, jeho povahové rysy, spolupráci s rodinou a výměnu informací mezi školským a klinickým logopedem. Z limitujících faktorů vyplývá závažné postižení chlapce a přidružená onemocnění.

	<b>Realizace logopedického bloku</b>
<b>Postup logopeda</b>	<p>V úvodu dojde na fyzické přivítání objetím, které chlapec vyžaduje a je na něj zvyklý. Na logopedku se těší, přichází s logopedickým sešitem, kde ukazuje splněný úkol. Stále opakuje slova mama, já. Logopedka musí žáka usměrnit, vyzvat k posazení u stolu a seznámit s plánem logopedického bloku. Stále žáka ujišťuje, že za splněné úkoly dostane zvyklou odměnu, tou je nová nálepka do sešitu. Před samotným zahájením terapie vizualizuje chlapci na komunikačním proužku počet úkol pomocí obrázků ze systému VOKS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oromotorická cvičení před logopedickým zrcadlem, nácvik pohybů jazyka podle návodných obrázků, nácvik</li> </ul>

	<p>pevného semknutí rtů, nafukování tváří, povytáhnutí obočí</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dechová cvičení, nácvik klidného dlouhého nádechu nosem, bez zvedání ramen, klidný dlouhý výdech pusou</li> <li>• Hra na rozvoj sluchovou paměti pomocí zvuků různých předmětů</li> <li>• Rozvoj slovní zásoby pomocí obrázků na aktuálně procvičovaný okruh slov ve spolupráci s klinickou logopedkou</li> <li>• Zhodnocení a pochvala spolupráce s chlapcem, odměna, zadání úkolu na domácí procvičování</li> </ul>
<b>Použité metody</b>	Úvodní motivační rozhovor, stimulující metoda – oromotorická cvičení, podpora rozvoje gnostických a fatických funkcí při pojmenování obrázků, korigující metody při zvládnutí dechových cvičení, verbální reflexe po každém splnění úkolu.
<b>Motivace dítěte</b>	Přátelský přístup a ústní ujišťování, pochvala v průběhu terapie a po splnění úkolu, odměna v podobě nálepky
<b>Pozornost dítěte v průběhu terapie</b>	V úvodu terapie bylo nutné chlapce slovně zklidnit, ujistit o průběhu terapie a slíbené odměně. Během cvičení snadno odpoutával pozornost svými slovními sděleními ve formě frází o mámě a jídle, na které se těší. Často se po učebně rozhlížel a díval se, co je nového.
<b>Chování dítěte v průběhu terapie</b>	Chlapec byl roztržitý, ale podařilo se navázat spolupráci. Bylo potřeba se neustále vracet k pokynu pro plnění zadané činnosti. Měl snahu vstávat a neustále se otáčel a rozhlížel kolem sebe.
<b>Spolupráce dítěte v průběhu terapie</b>	Podařilo se účelně navázat spolupráci.
<b>Využité pomůcky</b>	Logopedické zrcadlo, didaktické pomůcky – obrázky, předměty vydávající odlišné zvuky.

Tabulka č. 5: Reflexe pozorování logopedické terapie 13.9. 2023

## 7.6 Výzkumná zjištění a jejich interpretace

### 7.6.1 Nejčastější překážky v poskytování logopedické intervence u dětí se symptomatickými vadami řeči

**Z rozhovoru se školskými logopedkami** byla jako jedna z nejčastěji uvedených překážek realizace logopedického bloku neochota spolupráce dítěte. Ta vychází velmi často z momentálního emocionálního naladění žáka nebo jeho aktuálního zdravotního stavu. Hlavní determinantou spolupráce však zůstává závažnost a druh postižení dítěte. Dalším negativním faktorem byla častá nemocnost dětí. Logopedická péče se stává nepravidelná, vytrácí se vztah vytvořený mezi dítětem a logopedkou. Návaznost logopedické péče je ztížena, dochází ke zpětným krokům a obnovování již dříve vytvořených paměťových stop.

**Z dotazníku pro rodiče:** Rodiče na prvním místě za překážku v logopedické péči označili odpověď s možností "častá nemocnost dítěte". Další překážkou v pořadí byla obtížná spolupráce dítěte.

**Z kazuistik** uvedených v diplomové práci vyplývá, že děti se symptomatickými poruchami řeči trpí rozličnými druhy postižení, které mají vliv na chování a reakce dítěte. Spolupráce s dítětem je tak zásadně ovlivněna nejen stupněm mentálního postižení, ale dalšími smyslovými vadami, tělesným postižením nebo přidruženými poruchami chování a pozornosti. Náročné bývá zejména dítě zaujmout, motivovat a přimět ke spolupráci.

**Z pozorování:** V průběhu dlouhodobého sledování realizace logopedických bloků, se jako vstupní determinanta předurčující následný vývoj logopedického bloku ukázalo psychické rozpoložení dítěte a ochota navazovat komunikační kontakt s logopedkou. Dalším negativním faktorem se jevily poruchy pozornosti s hyperaktivitou, které velmi často doprovází základní postižení. Pro tyto děti bylo velmi obtížné zůstat chvíli sedět na jednom místě a splnit zadaný úkol. Logopedka musela vynaložit značné úsilí a děti neustále motivovat. Po splnění úkolu následovala odměna ve smyslu nabídnutí činnosti, kterou má dítě rádo.

### 7.6.2 Reflexe rodičů dětí s postižením na logopedickou intervenci

**Z rozhovoru se školskými logopedkami:** Rodiče se ve větší míře k logopedické péči nijak zásadně nevyjadřují. Svůj zájem projevují především v podobě plnění úkolů a přípravě dětí na logopedické bloky. Pozitivních nebo negativních reakcí od rodičů se logopedkám dostává zřídka. V době konání třídních schůzek se někteří rodiče přijdou



zeptat na podrobnosti týkající se domácího procvičování u svého dítěte. Zatím se nestalo, aby si rodiče stěžovali.

**Z dotazníku pro rodiče:** Na tuto otázku jsme hledali odpověď ve dvou položkách. Ve většině případů se ukázalo, že rodiče dětí jsou rádi za poskytování logopedické péče v rámci dopoledního vyučování. U jedné z odpovědí bylo dopsáno: „odpadá mi tak starost při hledání klinického logopeda v regionu, odpoledne se můžu věnovat synovi, děkuji za váš zájem „

**Z kazuistik:** Kazuistiky se nezabývají názory rodičů, ale pouze rozebírají případ dítěte. Můžeme pouze usuzovat pohled rodiče na logopedickou péči, podle toho, jestli včas zareagovali na komunikační potíže svého dítěte a snažili se vyhledat odbornou pomoc.

### **7.6.3 Spolupráce dětí s postižením a jejich rodiči při logopedické intervenci**

**Rozhovorem se školskými logopedkami** bylo zjištěno, že z 25 rodičů dětí účastnících se pravidelné logopedické terapie se pouze 5 rodičů pravidelně informuje na pokroky svého dítěte a zajímá se o průběh logopedické intervence.

**Z dotazníku pro rodiče** vyplynulo, že rodiče vnímají logopedickou péči jako přínosnou, ale je pro ně velmi náročné domácí procvičování. V 10 případech rodiče uvedli odpověď: „musím dítě chvíli přemlouvat“, v 5 případech: „je ochotné, spolupracuje, na logopedické chvílky se těší“, v 9 případech: „nespolupracuje, je to velmi náročné, logopedická příprava se nakonec realizuje“, v 1 případě: „nespolupracuje vůbec, logopedické procvičování není možné realizovat“.

### **7.6.4 Zaznamenané pokroky po pravidelně realizované logopedické intervenci u dětí s postižením**

**Z rozhovoru se školskými logopedkami:** Je velmi obtížné se vyjádřit k výsledkům logopedické terapie. Tato práce má dlouhodobý charakter a musíme si všimnout i minimálních změn, které vedou ke zlepšení komunikace dítěte. Může se stát, že dítě udělá veliký pokrok během krátké doby a potom naopak přichází období stagnace. Někdy děti reagují na intervenci opravdu velmi pomalu a hodnotíme výsledky terapie v průběhu let. Zatím jsem nezaznamenala, aby nastala žádná změna nebo alespoň mírný posun vpřed. Vzhledem ke komplexnímu přístupu jsou u dětí rozvíjeny všechny dílčí funkce kognitivního procesu. Multisenzoriálním působením se dětem dostává množství

přínosných podnětů, které následně vedou k podpoře a rozvíjení oslabených oblastí. Tím, chceme říci, přesto, že se nedostává okamžitých výsledků, z dlouhodobého hlediska jsou terapie pro dítě určitě přínosné.

**Z dotazníku:** Na pokroky se ptáme hned ve 3 položkách dotazníku. Na otázku „pozorujete změny v komunikačních dovednostech u vašeho dítěte“, odpověděli respondenti ve většině, že pozorují mírné pokroky. Ve 4 případech uvedli „nepozorují žádné změny“ a ve 2 případech „pozorují výrazné zlepšení“.

**Z kazuistik:** V první kazuistice dívky se střední mentální retardací si můžeme všimnout dobrého, podnětného rodinného prostředí. Rodiče si byli velmi brzy vědomi opožděného vývoje řeči a dívka byla včas vyšetřena psychologem. Logopedické péče byla zahájena již ve 4,5 letech. V současné době je schopna mluvit v jednoduchých souvětí a komunikuje ráda. V druhém případě u dívky s Downovým syndromem, se potíže s vyjadřováním objevují také hned od začátku vývoje řeči. Dívce se dostává řečové stimulace díky starším sourozencům. Do mateřské školy nastupuje až poslední, povinný školní rok. Logopedická péče je zahájena až po nástupu na ZŠ speciální. Její komunikační dovednosti se nerozvíjí, artikulace hlásek se nezlepšuje, celkový mluvný projev je nesrozumitelný. Není zavedený žádný alternativní a augmentativní komunikační systém. Případ chlapce zpracovaný ve třetí kazuistice dokládá velký zájem rodičů o rozvoj funkční komunikace svého syna. Logopedická intervence probíhá intenzivně, přesto se pokroky v rozvoji řeči objevují pouze v pragmatickém užívání komunikace a jsou pozorovatelné v největší míře blízkou rodinou.

**Z pozorování:** Na jednotlivých blocích dochází k rozvíjení všech dílčích funkcí, u kterých je sledován deficitní vývoj. Postupným osvojováním, upevňováním a fixací nabytých dovedností se u dítěte zlepšuje celkový kognitivní výkon. Mentální funkce a řeč jsou tak neustále podněcovány a stimulovány. Chceme-li zaznamenávat pokroky v logopedické terapii u dětí s postižením, musíme si všimnout i minimálních změn vedoucích ke zlepšení komunikačních schopností. Během dvou let strávených na návštěvách logopedických bloků jsme si všimli opravdu i malých pokroků, které jsme vnímali i při spolupráci a zájmu navazovat kontakt dítěte s logopedkou. V případě odstraňování poruch výslovnosti u dětí s lehkým stupněm mentálního postižení, se výsledky dostavovaly rychleji. Za nejnáročnější terapie bychom uvedli práci s dětmi s autismem.

## Zhodnocení hlavní výzkumné otázky

### Je možné vyjádřit se k výsledkům logopedické péče a považovat je za úspěšné?

Jak již bylo výše uvedeno, logopedická terapie je řešena jako problematika, která je v zájmu multidisciplinárního týmu. Nezáleží na aktivitách jednotlivce, ale jedná se o spolupráci mnoha odborníků. Zároveň může být logopedická terapie ovlivněna řadou pozitivních a negativních faktorů. První, kdo má možnost si všimnout narušené komunikační schopnosti u dítěte, bývají zpravidla rodiče. Pokud mají rodiče dostatek informací o správném vývoji řeči, jsou to právě ti, kteří mohou zásadně svým včasným přístupem ovlivnit další vývoj řeči u dítěte. U narozeného dítěte s postižením však nastává jiná, velmi náročná situace. Rozbíhá se diagnostický proces dítěte a rodiče se současně musí vypořádat s nečekanou životní událostí. Narušená komunikační schopnost se tak nemusí stát prvotně řešeným problémem a může být odsunuta na vedlejší pozici. Dochází tak k časovým ztrátám a rozvoji efektivní komunikace není věnována pozornost od raného období. Naopak v některých případech narušený vývoj řeči může signalizovat a upozornit na postižení dítěte.

Dalšími osobami přispívajícími k diagnostice narušené komunikační schopnosti jsou tak dále pedagogové v mateřských školách, pediatři, speciální pedagogové v SPC, třídní učitelé a školští logopedi. Proto do našeho šetření byli zahrnuti především tyto pracovníci, abychom dostali komplexní povědomí o zkoumaném tématu.

V naší výzkumné práci, jsme za pomoci metod smíšeného výzkumu, došli k závěru, že logopedickou intervencí můžeme považovat za úspěšnou. Na tuto otázku nám odpověděli respondenti v **dotazníku** v položce, kde se ptáme rodičů, jestli pozorují změny v komunikačních dovednostech svého dítěte. Ve většině případů byla vybrána odpověď: „pozorují mírné pokroky“ a pouze ve dvou případech byla označena odpověď: „nepozorují žádné změny“. Další položku dotazníku, kterou můžeme zahrnout do komplexního pohledu ukazujícího na výsledky logopedické péče, je časový údaj, kterým respondenti značili dobu, za jakou si mohli všimnout změn v komunikačním projevu dítěte po logopedické péči. Ve 14 dotaznících z 22 doručených zpět ke zpracování, byla uvedena doba 3–6 měsíců. Délka za 6–10 měsíců byla zakroužkována ve 2 dotaznících, za více než 12 měsíců byla tato možnost zjištěna ve 2 dotaznících a možnost „zatím nepozorují žádné změny“ jsme odhalili ve 4 dotaznících. Překvapivým zjištěním bylo, že doba, za kterou uvedli rodiče, že si všimli změny v projevu dítěte, nespočívala se

závažností narušení komunikačního projevu dítěte, který rodiče hodnotili hned v první otázce dotazníku.

Ze **zúčastněného pozorování** na logopedických blocích můžeme stejně usuzovat na mírné pokroky, zejména když se zaměříme na úspěšnost plnění zadaných úkolů logopedem. Ze záznamů, z jednotlivých pozorování dětí, si ale můžeme všimnout zejména velké proměnlivosti podmínek, za kterých je často logopedická péče poskytována. Reakce dítěte na logopedickou intervenci byla nejčastěji ovlivňována poruchami pozornosti s hyperaktivitou a poruchami chování. Bylo obtížné udržet zájem k práci a motivaci dítěte. Mentální postižení a oslabené kognitivní funkce nebyly v důsledku tak závažným problémem při spolupráci. Díky dlouholetým zkušenostem, dokázala logopedka na chování dětí s postižením flexibilně reagovat a přizpůsobit podmínky a zadání úkolů podle potřeb dětí. Velkou roli sehrála při zahájení logopedického bloku motivace a strukturalizace logopedické jednotky. Děti, které byly zvyklé na pravidelné návštěvy logopedické učebny, spolupracovaly mnohem rychleji a s jistotou. Měly nastavený odměňovací systém a nebyl problém s nimi pracovat. Zahájit logopedickou terapii bylo velmi obtížné s žáky, kteří kvůli vysoké nemocnosti byli v kontaktu s logopedkou velmi zřídka. Další úskalí k navození spolupráce jsme pozorovali u chlapce, který byl žákem 1.ročníku a probíhal u něj teprve adaptační proces na prostředí školy.

Na to, abychom mohli posoudit pozitivní vliv terapie je nutné pohlížet z dlouhodobého hlediska. **Z rozhovoru** s logopedkou jsme se dověděli, že pokroky ve vývoji řeči jsou nejlépe viditelné až s odstupem času, konkrétně, logopedka si pamatuje a má zaznamenané obtíže dítěte a může je zhodnotit při zahájení školního roku a na konci školního roku. Ještě objektivnějšího vyhodnocení se dostává, pokud se logopedky u dětí střídají a mohou tak určité dítě diagnostikovat po delším období. Až v tomto okamžiku můžeme jistě srovnat vývoj a pokroky v rozvoji komunikační schopnosti dítěte.

Velkou výhodou spatřujeme v možnosti poskytování individuální formy logopedické intervence. Školský logoped se tak dokáže přizpůsobit heterogenitě klientů. Zná jejich specifika a dokáže vytvořit podmínky a pomůcky vhodné k realizaci logopedické péče. Zvyšování odborné kvalifikace školských logopedů přispívá ke zkvalitnění poskytované logopedické péče a hledání nových přístupů a technik. Mohli jsme pozorovat využívání prvků Handle terapie, neurovývojové terapie a využívání systému AAK.

K výsledkům poskytované logopedické intervence, se na základě zjištění z metodologického výzkumu, můžeme vyjádřit jako k úspěšným. K největšímu zlepšení komunikační schopnosti došlo v oblasti pragmatického využití řeči.

## 8 Diskuze

Diplomová práce měla poukázat a upozornit na důležitost poskytování logopedické terapie na ZŠ speciální a ZŠ zřízené podle §16 odst.9. Na základě využitých výzkumných metod jsme dokázali popsat průběh logopedické péče poskytované během dopoledního vyučování ve škole, školským logopedem. Nejčastějším postižením sledovaných dětí byla střední mentální retardace a poruchy autistického spektra. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že **rodiče pozorují pokroky** po poskytované logopedické terapii. Nejvýraznějších změn bylo dosaženo **v oblasti pragmatického využívání řeči**. Tento aspekt je vnímán u dětí s postižením za zásadní, nezaměřujeme se jen na samotnou kvalitu řečového projevu, ale cílíme na celkový rozvoj všech složek osobnosti dítěte. Pokud dojde k lepšímu využití řeči v praktickém životě, stává se dítě s postižením samostatnější a zvládá více činností každodenního života. **Kvalita života se zlepšuje**. Záměr logopedické intervence se tak zásadně liší od poskytování logopedické péče u intaktních dětí. To potvrzuje například diplomová práce Petrusové (2016), která se zabývá logopedickou intervencí v běžné základní škole. Nejčastějšími obtížemi v řeči intaktních žáků jsou právě obtíže ve výslovnosti. Reeducace na ZŠ je tak zaměřena na reeducaci výslovnosti jednotlivých hlásek a rozvoji slovní zásoby. V závěru práce Petrusové se dovídáme, že poskytování logopedické péče na běžných ZŠ zcela nefunguje, není zřejmé, kdo by měl péči poskytovat. V tomto vidíme rozdíl, protože na naší škole zapojené do výzkumu, byla zřízena pozice školského logopeda. Byl vytvořen rozvrh logopedických bloků podle ročníků a logopedka měla zařízenou pracovní místo školského logopeda. Výzkumem se nám podařilo zjistit, že pokud je logopedická péče **zahájena včas** a poskytována **pravidelně**, dosahuje se rychleji pokroků v komunikační schopnosti dítěte.

Ve výzkumu jsme se také zabývali **faktory** ovlivňujícími výsledky logopedické intervence. Za **kladný vliv** na úspěšnost terapie vděčíme také pozitivnímu **postoji rodičů** a **podnětnému rodinnému zázemí** dítěte. Současně může být výhodné navázat na **spolupráci klinického logopeda**, ale v praxi jsme se spíše setkali s tím, že děti buď klinického logopeda přestaly navštěvovat nebo spolupráce nebyla navázána. Pouze v jednom případě po dobu našeho pozorování, jsme narazili na případ, kdy školská logopedka realizovala videohovor s klinickou logopedkou ohledně plánu intervence.

Toto setkání však bylo jednorázové a nemělo pokračování. Najít příčinu nespolupráce mezi odborníky se nám v rámci naší diplomové práce nepodařilo odhalit a ani jsme na tento problém necílili. Možná by bylo zajímavým tématem k dalšímu výzkumnému šetření, proč nedochází k propojení logopedické terapie mezi logopedy a jakým způsobem by v případě dobré spolupráce, byly ovlivněny výsledky terapie.

Z dotazníku jsme zjistili, že rodiče **jeví zájem** o logopedickou péči svého dítěte, především sledují nové úkoly v pracovním logopedickém sešitě a většina rodičů získává informace přímo osobním kontaktem s logopedkou. Tento poznatek žádným způsobem nekoreloval s dosaženým stupněm vzdělání rodičů. Z 25 respondentů, dosáhlo úplného středního vzdělání s maturitou a úplného středního vzdělání s výučním listem 13 rodičů, vysokoškolského vzdělání dosáhli 4 rodiče a možnost základního vzdělání označilo 8 rodičů.

Z **negativních faktorů** převládala na prvním místě **obtížná spolupráce** s dítětem, narušení intervence **nevhodným chováním** a na posledním místě, **nepravidelná docházka** na logopedické bloky. Z našeho pozorování jsme si všimli, že i **prostory**, určené pro realizaci logopedické terapie by bylo mnohdy nutné uspořádat jinak. Pro konkrétní jedince, například děti s poruchami autistického spektra, bylo velmi obtížné nevšímat si okolních hraček a pomůcek. Z našeho pohledu bych se přikláběla k minimalizování těchto podnětů. Dále se nám jevilo jako vhodné zařízení učebny, kde byla možnost zřídit část s kobercem a volným prostorem. Děti s ADHD lépe spolupracovaly na koberci než u stolu. V této části mohla také logopedka provádět s dětmi cviky z konceptu neurovývojové terapie. V druhé pracovně, kde byla místnost menší, tak děti nezvládaly sezení u stolu, často odcházely dívat se z okna ven a byly neklidné.

Součástí našeho výzkumu byla i snaha zjistit, **co školského logopeda motivuje** a podněcuje ke spolupráci s dětmi s postižením. Z rozhovoru s logopedkami bylo jednoznačné, že logopedická sezení s dětmi s postižením jsou opravdu někdy velmi psychicky náročná. Nejvíce komentovaly rušení logopedické terapie problémovým chováním různé intenzity. Potvrdily však, že postupem času se i tyto děti adaptují na prostředí a školskou logopedku a na sezení si zvyknou. Je však nutné děti dobře znát, vyměňovat si informace s třídní učitelkou, od které si děti přebírají. My jsme se setkali se tím, že si třídní učitelka opravdu s logopedkou nejdříve popovídala o aktuálním emocionálním naladění dítěte a o reakcích na nastavený komunikační systém. Motivací pro logopedku se stávají malé změny, které může v průběhu školního roku u dětí

pozorovat. Výraznějších změn se však dostává až s odstupem času. Svoji práci mají rády, právě pro její různorodost, která je dána jak druhem postižení, tak velkou škálou oblastí intervence. Současně se školská logopedka zapojuje do všech školních aktivit a stává se plnohodnotným členem pedagogického týmu. Svými osobnostními charakteristikami jako například klidné povahy a vlídného přístupu taktéž přispívá k vyrovnanému průběhu logopedického bloku. Z rozhovoru jsme zjistili, že naše logopedka se ráda vzdělává a hledá nové trendy a přístupy k dětem s postižením.

Ve srovnání s výzkumnými pracemi například u Nemášové (2016) a Zhřivalové (2023), nacházíme mezi společnými znaky při realizaci logopedické terapie, respektování individuality jedince s postižením. Tato podmínka se následně promítá do plánování terapie. Využívání názorných pomůcek a nutnosti zjednodušení slovních pokynů, při zadávání úkolů, platilo všeobecně u všech našich případů. V diplomové práci Nemášové (2016) jsme se společně shodli, že nespolupráce dítěte patří mezi velmi náročné situace komplikující průběh logopedické terapie. Novotná (2022) společně s našim výzkumem potvrzuje, že aktivní zapojení rodičů do terapie velmi podporuje pokroky dítěte.

Z našeho výzkumu můžeme identifikovat určitá doporučení do praxe, která se shodují s popisem charakteristik jednotlivých druhů postižení. To znamená například respektovat individualitu dítěte s postižením, reagovat adekvátně na aktuální emoční ladění, přizpůsobit plán terapie nedostatům v konkrétní narušené kognitivní oblasti a zároveň rozvíjet osobnost dítěte v kontextu praktického uplatnění v životě. Realizací logopedické terapie nejen dítě reedukujeme, ale zároveň stimulujeme a obohacujeme. Tyto hodnoty je důležité si uvědomit a tímto způsobem na logopedickou terapii u dětí se symptomatickými vadami pohlížet.



## **Závěr**

Diplomová práce se věnovala popisu a zhodnocení realizované logopedické intervence v rámci školní výuky na základní škole speciální a základní škole zřízené podle §16 odstavce 9. Na základní škole speciální jsou vzdělávání žáci se specifickými vzdělávacími potřebami, u kterých jsou nastavená podpůrná opatření od druhého až do pátého stupně, podle závažnosti postižení dítěte. Výrazným doprovodným symptomem dítěte s postižením je velmi často narušená komunikační schopnost. Významu a vysvětlení pojmu komunikace se zabýváme v úvodní kapitole. Dále se seznamujeme s pojmem narušená komunikační schopnost, kategorizujeme jednotlivé druhy narušené komunikační schopnosti a popisujeme její vliv na socializaci jedince.

Druhá kapitola definuje mentální postižení a zaměřuje se na specifika osob s tímto postižením ve vztahu k logopedické intervenci. Ve třetí kapitole uvádíme problematiku dětí s poruchami autistického spektra. Snažíme se zorientovat v současné nabídce podpůrných a náhradních komunikačních systémů, vhodných pro komunikaci této specifické skupiny klientů. Posledním popisovaným postižením je Downův syndrom ve čtvrté kapitole. K této skupině dětí s postižením se opět snažíme přiřadit vhodné náhradní komunikační systémy s ohledem na typické odchylky v orofaciální oblasti.

Další kapitola objasňuje postavení školského a klinického logopeda a vymezuje jejich působení v rezortu školství a zdravotnictví.

Cílem diplomové práce bylo seznámit se s problematikou narušené komunikační schopnosti u dětí s postižením, tedy symptomatickými poruchami řeči. Výzkumné šetření prokázalo pozitivní vliv individuální logopedické intervence probíhající na speciální škole. Byly popsány jak pozitivní, tak negativní faktory, které mají vliv na efektivitu logopedické péče. Velmi zásadní se jeví dobrá komunikace a spolupráce mezi pedagogy rodiči dítěte a školskou logopedkou. Velký vliv na zlepšení komunikačních dovedností má rodinné zázemí a pozitivní přístup rodičů. Cílem logopedické péče této specifické skupiny dětí s postižením není standartní náprava dyslalických potíží, ale především rozvinutí všech složek komunikace. Praktické a účelné využití efektivní komunikace v životě jedince s postižením vede ke zlepšení soběstačnosti a zkvalitnění života.

## Seznam použitých zdrojů

BAZALOVÁ, Barbora. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1195-2.

BENDOVÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Speciální pedagogika. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČERVENKOVÁ, Barbora. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Pedagogika. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2054-3.

DITTRICHOVÁ, Jaroslava; PAPOUŠEK, Mechthild a PAUL, Karel. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0399-8.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Logopaedia clinica. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

FEUERSTEIN, Reuven; FALIK, Louis H.; FEUERSTEIN, Refael S. a BOHÁCS, Krisztina. *Myslet nahlas - mluvit nahlas: přístup k rozvoji řeči*. Přeložil Věra POKORNÁ. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1168-6.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2., přepracované a doplněné vydání. Pedagogika. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4674-6.

HLAVINKOVÁ, Alena a VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-2908-3.

HOMOLKOVÁ, Kamila. *Raný vývoj verbální a neverbální komunikace dítěte s Downovým syndromem*. Studia philologica Pragensia. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5292-4.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

HRDLIČKA, Michal a KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

HRDLIČKA, Michal. *Mýty a fakta o autismu*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1648-3.

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

KELLER, J., 2008. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-39-7.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Pedagogika. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KNAPCOVÁ, Margita a JAROLÍMOVÁ, Marcela. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3.

KNAPCOVÁ, Margita. *Komunikační systém – VOKS*. Vydání čtvrté, doplněné a přepracované. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, [2018]. ISBN 978-80-7481-215-6.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-247-3687-7.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor. *Koktavost: integrativní přístup*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: Slov. ped. nakl., 1990. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor. *Základy inkluзивní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

LUDÍKOVÁ, Libuše a KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3094-2.

NEBESKÁ, Iva. *Úvod do psycholingvistiky*. Jinočany: H & H, 1992. ISBN 80-85467-75-5.

NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

PRIZANT, Barry M. a FIELDS-MEYER, Thomas. *Jedineční lidé: jiný pohled na autismus*. Přeložil Tomáš HAKR. Praha: Argo, 2020. ISBN 978-80-257-3253-3.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. Šesté, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1228-7

PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

RENOTIÉROVÁ, Marie a LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Učebnice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, Pavel a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Psyché. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SCARPA, Angela; WELLS, Anthony a ATTWOOD, Tony. *Dítě s autismem a emoce: program pro práci s dětmi*. Přeložil Petra DIESTLEROVÁ. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1435-9.

SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Přeložil Dagmar TOMKOVÁ. Rádcí pro zdraví. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-882-1.

SCHOPLER, Eric. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Speciální pedagogika. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-202-5.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Pedagogika. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Pedagogika. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

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

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Speciální pedagogika. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Psyché. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VERMEULEN, Peter. *Autistické myšlení*. Psyché. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1600-3.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Fylogeneze a ontogeneze řeči*. Studijní opory. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3717-0.

ZIKL, Pavel. *Motorika dětí s lehkým mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5015-9.

## Online zdroje:

*Asociace klinických logopedů* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=home--o-nas>

*Asociace logopedů ve školství* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://alos.cz/>  
Když čísla a slova spolupracují: smíšený desing v ukázkách z výzkumu moci ve školní třídě. *Pedagogická orientace* [online]. 2016, **26**(3) [cit. 2023-10-15]. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/pedor/article/view/6136/5509>

*MKN 11*. Online. MKN 11. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>. [cit. 2023-12-03].

*MŠMT* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/dalsi-vzdelavani/standardy-a-metodicka-doporuceni>

NEMÁŠOVÁ, Monika. \textit{Logopedická intervence u dětí s poruchou autistického spektra} [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/403bhn/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Faculty of Education. Vedoucí práce Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Nicola Grove & Margaret Walker (1990) The Makaton Vocabulary: Using manual signs and graphic symbols to develop interpersonal communication *Augmentative and Alternative Communication*, 6:1, 15-28, DOI: 10.1080/07434619012331275284 (z online zdroje, google scholar, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07434619012331275284>

NOVOTNÁ, Jitka. *Pohled rodičů na logopedickou intervenci a profesi logopeda 2022* [online]. Olomouc, 2022 [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: [https://scholar.google.com/scholar?hl=cs&as\\_sdt=0%2C5&q=Novotn%C3%A1+Jitka%2C+2022&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=cs&as_sdt=0%2C5&q=Novotn%C3%A1+Jitka%2C+2022&btnG=). Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jiřina KLENKOVÁ.



*Organization for autism research* [online]. [cit. 2023-10-08]. Dostupné z: <https://researchautism.org/educators/teachers-corner/#why-is-autism-prevalence-rising>

*Statistika a my*. Online. Statistika a my. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/>. [cit. 2023-12-03].

*The Handle Institute. The Handle Institute* [online]. [cit. 2023-11-11]. Dostupné z: <https://handle.org/>

WING, Lorna. 1976. *Early Childhood Autism: Clinical, Educational and Social Aspects*. Oxford : Pergamon Press. 978-34-078-3122-4.

WING, Lorna. 2002. *The Autistic Spektrum*. London: Robinson. ISBN 978-1-84119-674-9.

*Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2023-10-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

ZHŘÍVALOVÁ, Anna. *Specifika logopedické intervence u jedinců s kombinovaným postižením* [online]. Brno, 2023 [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/a962f/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Kateřina RICHTEROVÁ.

## **Seznam tabulek**

**Tabulka č. 1:** Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 11

**Tabulka č. 2:** Porovnání klasifikačního systému MKN– 10, DSM – IV, DSM– V

**Tabulka č. 3:** Reflexe pozorování logopedické terapie 19. 3. 2023

**Tabulka č. 4:** Reflexe pozorování logopedické terapie 17. 5. 2023

**Tabulka č. 5:** Reflexe pozorování logopedické terapie 13.9. 202

## **Seznam příloh**

Dotazník

Rozhovor s logopedkou

Kontaktní osoba:

Bronislava Dostálová

[dostalovabrona@seznam.cz](mailto:dostalovabrona@seznam.cz)

Tel: 776885309

Vážení rodiče,

prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, určeného k výzkumnému šetření diplomové práce s názvem *Logopedická intervence prováděná na základních školách speciálních*.

Cílem šetření je analýza logopedické intervence u dětí navštěvujících základní nebo mateřskou školu speciální. Účelem dotazníku je též zhodnocení efektivity logopedické péče a Vaše osobní zaujetí problematikou. Můžete tak přispět ke zlepšení přístupu logopedické intervence u Vašich dětí.

Poskytnuté informace jsou anonymní, důvěrné a budou využity pouze pro účely výzkumu.

Děkuji za Vaši spolupráci.

*Při vyplňování dotazníku vybírejte z nabídky uvedených možností. Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte. V případě otevřených položek, volnou odpověď pište k otázce.*

### **1. Jak byste zhodnotili komunikační dovednosti Vašeho dítěte?**

*(vyberte jednu možnost)*

- A. Komunikuje bez problémů
- B. Dítě má mírné obtíže s komunikací
- C. V komunikaci má značné obtíže
- D. Není schopno komunikovat bez náhradních nebo podpůrných systémů

**2. Kolikátým rokem navštěvuje dítě mateřskou nebo základní školu?**

*(uveďte číslo)*

**3. Pohlaví dítěte:**

*(vyberte jednu odpověď)*

- A. Žena
- B. Muž

**4. V současnosti Vaše dítě navštěvuje:**

*(vyberte jednu odpověď)*

- A. Běžný typ MŠ
- B. Speciální MŠ
- C. Běžný typ ZŠ
- D. Speciální typ ZŠ

**5. Jaký druh postižení byl diagnostikován u dítěte?**

*(vyberte všechny možné odpovědi)*

- A. Lehká mentální retardace/Porucha intelektového vývoje mírná
- B. Střední mentální retardace/Porucha intelektového vývoje střední
- C. Těžká mentální retardace/Porucha intelektového vývoje těžká
- D. Hluboká mentální retardace/Porucha intelektového vývoje hluboká
- E. Porucha autistického spektra
- F. Porucha pozornosti s hyperaktivitou
- G. Vývojové poruchy řeči nebo jazyka
- H. Vývojová porucha učení
- I. Downův syndrom
- J. DMO
- K. Kombinované postižení více vadami

**6. Od kdy u Vašeho dítěte pozorujete komunikační problémy?**

*(uveďte věk dítěte, kdy jste si poprvé všimli, že Vaše dítě má obtíže v komunikaci ve srovnání s vrstevníky)*

**7. Jaký druh narušení komunikační schopnosti byl u Vašeho dítěte diagnostikován?**

*(vyberte jednu odpověď)*

- A. Opožděný vývoj řeči
- B. Vývojová dysfázie
- C. Afázie
- D. Mutismus
- E. Kóktavost
- F. Breptavost
- G. Dyslálie
- H. Dysartrie
- I. Rinolálie (huhňavost)
- J. Palatolálie
- K. Poruchy hlasu
- L. Symptomatická porucha řeči (narušená komunikační schopnost u dětí s vadou sluchu a zraku, u dětí s mentální retardací, u dětí s dětskou mozkovou obrnou, u dětí s autismem atd.

**8. Odkdy se věnujete pravidelné logopedické péči?**

*(uvedte věk Vašeho dítěte, kdy jste začali navštěvovat klinického logopeda nebo školního logopeda)*

**9. Navštěvujete s dítětem ještě jiného odborníka na rozvoj komunikace?**

*(uvedte prosím, kdo aktuálně provádí logopedickou péči u Vašeho dítěte)*

**10. Pozorujete změny v komunikačních dovednostech u Vašeho dítěte, po pravidelně prováděné logopedické intervenci školním logopedem?**

*(zakroužkujte odpověď, která nejlépe odpovídá Vaší skutečnosti)*

- A. Pozoruji výrazné zlepšení
- B. Pozoruji mírné pokroky
- C. Nepozoruji žádné změny (stagnace)
- D. Pozoruji zhoršení
- E. Nevšímám si vývoje řeči u mého dítěte

**11. Jaká by podle Vás měla být frekvence logopedické péče u Vašeho dítěte?**

*(vyberte odpověď)*

- A. Jednou týdně
- B. Dvakrát týdně
- C. Každý den

**12. Za jak dlouhou dobu působení logopedické intervence ve škole jste pozorovali změny v projevu dítěte?**

*(zvolte možnost)*

- A. za 3-6 měsíců
- B. za 6-10 měsíců
- C. za více než 12 měsíců
- D. zatím nepozoruji žádné změny

**13. Pokud došlo ke zlepšení komunikačních dovedností u dítěte, tak v jaké oblasti?**

*(vyberte jednu odpověď, nebo dopište)*

- A. Verbální komunikaci (zlepšení výslovnosti, obohacení slovní zásoby, skládání vět)
- B. Neverbální komunikaci (umí používat gesta, mimiku, znaky)
- C. Zlepšení vyjádření vlastních potřeb dítěte (pragmatické využití řeči)
- D. Zlepšení navozování sociální interakce (umí lépe spolupracovat s okolím, vrstevníky) jsou to oblasti komunikace?



**14. Máte možnost reagovat na logopedickou intervenci prováděnou ve škole?**

*(vyberte z možností)*

- A. Ano, sleduji aktuálně probíhající logopedickou intervenci, mám možnost pravidelně procvičovat zadané úkoly s dítětem
- B. Víím, že probíhá logopedická péče u mého dítěte
- C. Nezajímám se o problematiku rozvoje řeči u mého dítěte

**15. Jak hodnotíte spolupráci Vašeho dítě, při domácím procvičování?**

*(vyberte jednu z možností)*

- A. Je ochotné, spolupracuje, na logopedické chvílky se těší
- B. Musím dítě chvíli přemlouvat, motivovat, pak pracuje ochotně
- C. Nespupracuje, je to velmi náročné, logopedická příprava se nakonec realizuje
- D. Nespupracuje vůbec, logopedické procvičování není možné realizovat

**16. Jaké překážky v logopedické intervenci vidíte z Vašeho pohledu?**

*(vyberte jednu z možností nebo uveďte vlastní odpověď)*

- A. Častá nemocnost dítěte
- B. Obtížná spolupráce dítěte
- C. Nedostatek metod, informací vedoucích k nápravě komunikačních dovedností právě u Vaše dítěte s postižením
- D. Nedostatečné vzdělání pedagogů
- E. Špatná spolupráce pedagogického týmu
- F. Jiné

**17. Jak vnímáte práci školního logopeda?**

*(vyberte jednu z možností)*

- A. Určitě pozitivně
- B. Spíše pozitivně
- C. Neutrálně
- D. Negativně

**18. Myslíte si, že působením pravidelné logopedické péče bude vývoj řeči u Vašeho dítěte dále ovlivněn?**

*(vyberte jednu z možností)*

- A. Ano i malé pokroky jsou vítané
- B. Ano, ale neočekávám příliš velké zlepšení
- C. Nejsem si jistá
- D. Ne, už jsme vyzkoušeli mnoho logopedů a bez efektu

**19. Funkce školního logopeda v zařízení, které navštěvuje Vaše dítě, podle Vás...**

*(vyberte jednu odpověď)*

- A. Vyhovuje dítěti
- B. Vyhovuje dítěti i rodičům
- C. Nevyhovuje
- D. Je zbytečná

**20. Jakým způsobem zjišťujete informace o probíhající logopedické péči u vašeho dítěte?**

*(vyberte jednu možnost)*

- A. Osobním kontaktem s logopedkou
- B. Dotazováním dítěte
- C. Sleduji informace v pracovním sešitě dítěte
- D. Víím jen, že moje dítě dochází na bloky logopedie
- E. Jiné

**21. Dosažené vzdělání v mém oboru je:**

*(vyberte jednu z možností)*

- A. Základní vzdělání
- B. Úplné střední odborné vzdělání s výučním listem
- C. Úplné střední vzdělání s maturitou
- D. Vysokoškolské vzdělání

**22. Spokojenost s logopedickou péčí ve škole se dá vyjádřit:**

*(označte číslici, která nejvíce odpovídá skutečnosti)*

*Naprosto vyhovující 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nevyhovující*

**23. Uveďte, cokoli, co Vás napadlo během vyplňování dotazníku**

*(napište volnou odpověď)*

*Moc Vám děkuji za ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.*

## **Formulace otázek k interview se školní logopedkou**

1. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
2. Kolik let pracujete jako školní logoped?
3. Práci školního logopeda jste si vybrala cíleně sama nebo nabídka přišla náhodně?
4. Je práce školního logopeda Vaše první zkušenost s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami?
5. Co Vás nejvíce překvapilo v počátku Vašeho působení jako školní logopedku?
6. Kde jste viděla největší úskalí?
7. Měla jste dostatek informací k logo. intervenci u dětí se SVP?
8. Kde jste čerpala nové informace?
9. V čem je specifická logo.in. s žáky se SVP?
10. Když srovnáte svoji práci v začátcích a v současnosti, jak se vyvíjela?
11. Jaké jsou Vaše plány na další školní rok?
12. Jak by podle Vás měla být organizována logo.int., aby nejvíce vyhovovala potřebám žáků s SVP?
13. Budete ve své kariéře pokračovat nebo uvažujete o změně zaměstnání?

### **Realizace rozhovoru se školní logopedkou**

#### **1. Jaké Vaše dosažené vzdělání?**

Vystudovala jsem Učitelství pro 2.stupeň, obor Technická a Informační výchova a dále jsem si ještě dostudovala Speciální pedagogiku, se zaměřením na logopedii a surdopedii. Státní závěrečnou zkoušku jsem tedy složila z těchto dvou pedií. Tyto obory jsem si vybrala hlavně z důvodu, že jsem se nikdy nechtěla stát vyloženě učitelkou.

#### **2. Kolik let pracujete jako školní logoped?**

Celkem pracuji na pozici školní logopedky 5 let, z toho 2 roky ve speciální mateřské škole a 3 roky v základní škole zřízené podle §16 odst. 9 a speciální škole.

#### **3. Práci školního logopeda jste si vybrala cíleně sama nebo nabídka přišla náhodně?**

V době, kdy už jsem nedoufala, že seženu místo, které by mi vyhovovalo a už jsem měla zajištěné pracovní místo na druhém stupni základní školy, se mi najednou ozval pan ředitel ze speciální mateřské školy a nabídl mi moji vysněnou pozici, školní logopedky.

Byla jsem neskutečně překvapená a šťastná. Práci jsem přijala, a tak začala moje kariéra školní logopedky.

#### **4. Je práce školního logopeda Vaše první zkušenost s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami?**

Není to moje první zkušenost s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami, poslední rok před ukončením studia jsem pracovala jako asistentka pedagoga na základní škole u chlapce s Aspergerovým syndromem. Byla to zajímavá práce, která na jedné straně nevyžadovala nadměrnou námahu, a to z pohledu vzdělávání chlapce. V hodinách pracoval samostatně, nevyžadoval žádnou pomoc, učivo zvládal. Problémy se objevovaly především v sociální oblasti a chování. Velmi často jsem musela s chlapcem odejít ze třídy, aby se uklidnil.

#### **5. Co Vás nejvíce překvapilo v počátku Vašeho působení jako školní logopedku?**

Jako nejnáročnější momenty bych asi označila první logopedické intervence, nebo vůbec setkání s dětmi s autismem a s dětmi s diagnózou vývojová dysfázie. Nejtěžší bylo navázat prvotní kontakt s dítětem, vzbudit ochotu spolupráce a zájem. Přes dětskou hru nebo oblíbené činnosti dítěte jsem se postupně s dítětem sblížovala a pak dále mohla přejít k logopedické intervenci, která byla zásadně odlišná od běžných logopedických sezení, která probíhala s dětmi, u kterých se řešily obtíže ve výslovnosti hlásek.

#### **6. Kde jste viděla největší úskalí?**

Jednoznačně v navázání kontakt s dítětem a zapojení dítěte do aktivit. Veliké úsilí mě stálo zaujmout dítě činnostmi a k tomu zohlednit druh a závažnost postižení dítěte společně s přidruženými diagnózami. Musela jsem přizpůsobit dítěti pomůcky a sama se zajímat a hledat informace ohledně specifik logopedické intervence u dětí se symptomatickými poruchami řeči. Měla jsem ale velikou oporu v kolegyních z SPC, protože současně bylo v mateřské škole zřízeno detašované pracoviště SPC.

#### **7. Měla jste dostatek informací k logo. intervenci u dětí se SVP?**

Přiznávám, že jedinou literaturou, ze které jsem čerpala a kterou jsem k této problematice znala, byly Symptomatické poruchy řeči u dětí, od Viktora Lechty.

#### **8. Kde jste čerpala nové informace?**

Hledala jsem nejvíce na webových stránkách asociace klinických logopedů, školských logopedů a na stránkách o autismu, například – AutismPort.

#### **9. V čem je specifická logo.in. s žáky se SVP?**

Děti s SVP mívají často nestabilní náladu, často dochází k afektům a součástí logopedického bloku se tedy stává usměrňování negativních projevů chování. Zohlednit

jsem také musela vývojové hledisko, tedy to, že každý žák se nachází na jiné vývojové úrovni. Zásadní se tak pro mě stala speciálně pedagogická diagnostika a samozřejmě pečlivé studium zpráv z vyšetření dítěte. Potom jsem si mohla stanovit, jak budu s dítětem pracovat, kterou kognitivní oblast rozvíjet a jaké jsou možnosti dítěte.

#### **10. Když srovnáte svoji práci v začátcích a v současnosti, jak se vyvíjela?**

Začátky byly pro mě náročné, nyní se rychleji dokážu zorientovat v problematice a lépe najít možnosti řešení. Nepřekvapí mě už nežádoucí chování žáků ani častý negativismus a odmítavý postoj.

#### **11. Jaké jsou Vaše plány na další školní rok?**

V lednu se těším na kurz metody D. B. Elkonina v Praze. Hodně jsem o metodě slyšela a jsem zajímavá mě, jestli metodu opravdu budu moci využít v praxi.

#### **12. Jak by podle Vás měla být organizována logo.int., aby nejvíce vyhovovala potřebám žáků s SVP?**

Myslím si, že frekvence logopedické péče 1x týdně je dostačující, ale je důležité, aby rodiče pracovali s dětmi i doma. Úkoly na týden zadávám vždy po každém bloku do sešitu, s popisem činnosti. Je tedy zásadní, aby se rodiče také zapojili.

#### **13. Budete ve své kariéře pokračovat nebo uvažujete o změně zaměstnání?**

Rozhodně neplánuji změnu pozice, práce se mi líbí i když je občas velmi náročná a okolím mnohdy nedocenená. Za svou praxi vidím, že některé děti udělaly veliké pokroky, některé pouze mírné a u některých dětí bohužel nedošlo k rozvoji řeči. Ale přesto si myslím a cítím, že moje práce má velký smysl.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bronislava Dostálová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Eva Urbanovská Ph. D
<b>Rok obhajoby:</b>	2023
<b>Název:</b>	Logopedická intervence prováděná na základních školách speciálních
<b>Název v angličtině:</b>	Speech therapy intervention at special elementary schools
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce je zaměřena na realizaci logopedické intervence na základních školách speciálních.</p> <p>Cílem diplomové práce je zhodnocení efektivity práce speciálního pedagoga, logopeda se zaměřením na speciální techniky a postupy terapie používané u narušené komunikační schopnosti u dětí s postižením.</p> <p>Teoretická část popisuje základní pojmy vztahující se k narušené komunikační schopnosti dětí s postižením. Pozornost je věnována vývoji řeči, charakteristice jednotlivých druhů postižení.</p> <p>V praktické části je popsána metodika výzkumu, případové studie a rozhovory se speciálním pedagogem, logopedem a rodiči.</p>
<b>Anotace práce v angličtině:</b>	<p>The diploma thesis is focused on the implementation of speech therapy intervention in elementary special schools.</p> <p>The aim of the thesis is to evaluate the effectiveness of the work of a special pedagogue, a speech therapist with a focus on special techniques and therapy procedures used for impaired communication skills in children with disabilities.</p> <p>The theoretical part describes basic terms related to impaired communication skills of children with disabilities. Attention is paid to the development of speech, the characteristics of individual types of disabilities.</p> <p>The practical part describes the research methodology, case studies and interviews with a special pedagogue, a speech therapist and parents.</p>

<b>Klíčová slova:</b>	logopedická intervence, mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy, komunikace, řeč, základní škola zřízená podle § 16 odstavce 9 školského zákona
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	speech therapy intervention, mental retardation, pervasive developmental disorders, communication, speech, primary school established according to § 16 paragraph 9 of the Education Act
<b>Přílohy vázané k práci:</b>	dotazník, konstrukce polostrukturovaného rozhovoru
<b>Rozsah:</b>	90 stran
<b>Jazyk:</b>	Český jazyk