Bakalářská práce

Brno 2006

Kateřina Kozáková
LOGOPEDICKÁ INTERVENCE POSKYTOVANÁ DĚTEM
S DIAGNÓZOU VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Bakalářská práce

Brno 2006

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.  
Vypracovala: Kateřina Kozáková
Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v Brně v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.
Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce Doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za veškerou pomoc, odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce.
ÚVOD................................................................................................................................... 6

1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE ........................................................................................................ 8
1.1 Vymezení terminu vývojová dysfázie .......................................................................... 8
1.2 Etiologie vývojové dysfázie ....................................................................................... 9
1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie ........................................................................ 12
  1.3.1 Příznaky v řeči ..................................................................................................... 12
  1.3.2 Formy vývojové dysfázie ................................................................................... 14
  1.3.3 Příznaky v neřečových oblastech ....................................................................... 17

2 TERAPIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE .................................................................................. 20
  2.1 Logopedická terapie v logopedické třídě ................................................................. 20
    2.1.1 Zásadysrozvíjenířeči ........................................................................................ 20
    2.1.2 Ovlivňování komunikační schopnosti dítěte s vývojovou dysfázií .................... 22
    2.1.3 Individuální a skupinová logopedická terapie .................................................... 24

3 POSKYTOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE
V LOGOPEDICKÝCH TŘÍDÁCH MATEŘSKÝCH ŠKOL V BRNĚ ............ 27
  3.1 Cíl, použité metody výzkumného projektu .............................................................. 27
  3.2 Charakteristika výzkumného souboru ................................................................. 27
  3.3 Analýza výsledků výzkumného šetření ................................................................. 28
  3.4 Závěry šetření ........................................................................................................ 45

ZÁVĚR........................................................................................................................... 47

SHRNUTÍ......................................................................................................................... 49

SUMMARY...................................................................................................................... 50

PRAMENY INFORMACÍ................................................................................................. 51

PŘÍLOHA........................................................................................................................ 53
ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že komunikace je nezbytným předpokladem úspěšného a spokojeného života. Zdaleka však ne každý může tuto svou schopnost beze zbytku rozvinout a plně hodnotně užívat. Vývojová dysfázie je přítom jednou z nejčastěji docházejících narušení komunikační schopnosti, která významně ovlivňuje celou osobnost člověka, jeho pojetí, sebepojetí, sebehodnocení, vztah k ostatním lidem i jejich postoje k němu.

Lidská komunikace, dorozumívání se, sdělování je považována za jednu z nejvyšších a nejvýznamnějších schopností, které odlišují lidský rod od ostatních žijících druhů. Umožňuje člověku vyjadřovat svoje city, pocity, nálady, přání, potřeby, myšlenky. Je nerozlučně spjata s myšlením; díky ní a za pomocí ní se rozvíjí myšlenkové činnosti, dochází k prohlubování našich znalostí o světě, k pochopení dějů a jevů v bližším i vzdálenějším prostředí, k navazování kontaktu, vztahů, složitých vazeb, k neustálému toku informací. Komunikace je jedním z pudů člověka; s řečí se nerodíme, avšak máme vrozenou potřebu komunikace, vrozené předpoklady pro naučení se řeči. Abychom mohli tuto naší potřebu plně realizovat a uspokojit, musí být splněno velké množství předpokladů a podmínek, které jsou natolik „křehké“ a vzájemně provázané, že jakákoli nedostačivost může tento složitý proces ohrozit nebo přim žnemožnit.

Dojde-li k narušení komunikační schopnosti, jedinec může být ve větši či menší míře ohrožen v utváření své osobnosti, schopností a dovedností, ve své profesní orientaci. Negativní aspekt dysfázie spočívá právě ve skutečnosti, že nezasahuje pouze řečovou oblast, ale má vliv také na další kognitivní vyzrávání jedince. Bývá spjata s narušením celé osobnosti člověka, jeho vnímání a poznáváním, motorickými a kognitivními schopnostmi a dovednostmi. Znemožňuje „postiženému“ uplatňovat své přirozené právo na plněnosnou komunikaci s okolním světem. Dysfátkoví by proto měla být věnována dostatečná pozornost a péče s cílem překonání jeho handicapu, nebo alespoň na co nejvyšší míru omezit negativní následky poruchy.

Nezbytnou úlohu sehrávají (speciální) pedagogové, kteří usilují o maximální rozvoj těchto jedinců, stávají se významnými pomocníky, diagnostyky a terapeuty dětí i jejich rodičů. Jejich odbornost a praxe přispívají ke zdárnému vývoji dysfatických dětí. K tomu, aby mohli
skutečně přispívat k pozitivnímu rozvoji svých klientů, musí být vybaveni velkým množstvím znalostí a osobnostních kvalit.

Cílem bakalářské práce je shrnout problematiku vývojové dysfázie z obecného pohledu tak, jak ji předkládá odborná literatura. Ve výzkumné části zmapovat situaci poskytování logopedické intervence ve městě Brně.
1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

1.1 Vymezení termínu vývojová dysfázie

V odborné literatuře je vývojová dysfázie řazena pod zastřešující pojem narušený vývoj řeči, jež Sovák (1981) dále dělí z hlediska průběhu narušeného vývoje řeči na opožděný, omezený, přerušený, předčasný (překotný), nesprávný (sestný) vývoj řeči. Do tohoto výčtu řadíme i další kategorii, specificky narušený vývoj řeči, který je synonymem vývojové dysfázie. U specificky narušeného vývoje řeči se jedná o strukturální a systémové narušení jedné či většího počtu, resp. i všech oblastí vývoje řeči (osvojování mateřského jazyka) vzhledem k chronologickému věku jedince. Deficity pak mohou projevovat v rovině morfologicko-syntaktické, lexikálně-šématické, foneticko-fonologické a pragmatické. Takto narušený řečový vývoj přináší současně negativní dopad na formování osobnosti dítěte v sociálním kontextu, zájmovou činnost a volný čas, profesní orientaci (Mikulajová, in Lechta, 2003).

Líší se psychologická a lingvistická klasifikace. Terminologie není jednotná v zahraniční ani české odborné literatuře, nebo v ní není tato porucha jako samostatná nozologická jednotka chápána ve stejném vymezení. Vývojovou dysfázií považujeme za samostatnou nozologickou jednotku v případě, že je narušená komunikační schopnost (dále NKS) dominujícím příznakem poruch, které se u jedince vyskytují (Mikulajová, in Lechta, 2003).

V dřívějších pracích (Gaño, 1964; Parol, 1989) se setkáváme při tradičním pojetí s pojmem alálie neboli sluchoněmota (audimutitas), kterou Gaño (1964) charakterizuje jako od narození nevyvinutou řeč, dětskou nemluvnost, která se může objevit u dítěte s dobrým sluchem, přiměřenými rozumovými schopnostmi, nenarušenou centrální nervovou soustavou, intaktními řečovými orgány, které žije v podnětném sociálním prostředí, jež poskytuje správný řečový vzor. Mikulajová (in Škodová, 2003) v nástupu terminologického chápání označuje sluchoněmotu jako souhrnný název pro různé druhy dětské vývojové nemluvnosti, ne však ztráty řeči. Jak poznámavá Mikulajová (in Lechta, 2003), dnes se zřídkakdy setkáme s alálií s aláliem, pokud pod názvem alálie máme na mysli nemluvnost v pravém smyslu slova.

M. Sovák (1981) pokládá za správné označení tohoto druhu NKS termín dysfázie, vycházejí přitom ze samotného kmenu slova dysfázie, který naznačuje, že se jedná o funkce fatické, jde tedy o vyšší řečové funkce, než pohled žvatlání jako u pojmu alálie (lalein znamená žvatlat, a značí zápor). Označení dysfázie se užíval v neurologické, foniatrické i psychologické


V angloamerické literatuře se setkáme s pojmy „developmental language disorder“ a „specific language impairment“. V německy mluvících zemích je užíván termín „Entwicklungs dysphasie“, v ruských odborných pracích (Spirova, 1980) je zastřešujícím pojmem pro celkově narušený vývoj řeči termín „obščeje nedorazvitie reči“.

1.2 Etiologie vývojové dysfázie

Etiologie má multidimenzionální charakter, spolupůsobí větší množství činitelů ve složitých interakcích (Mikulajová, in Lechta, 2003).

Lechta (1990) se shodně s foniatrickým pojetím domnívá, že vývojová dysfázie je způsobena lehkou mozkovou dysfunkcí, přičemž zdůrazňuje, že nejde v prvé řadě o retardovaný, ale zejména aberantní, tj. odchylný řečový vývoj.

Podle V. Pokorné (1997) vede drobné cerebrální poškození k celému spektru následků, od masivních vývojových postižení s výraznými neurologickými symptomy až k minimálním lehkým mozkovým dysfunkcím, jejichž projevy pozorujeme ve formě tzv. deficitů dílčích funkcí. Tyto dílčí funkce chápeme jako základní funkce, které se rozvíjejí současně
s psychomotorickým vyzráváním jedince; jedná se o celý komplex těchto funkcí, s jejichž zráním a diferenciací souvisí vývoj vnímání, motoriky, myšlení, ovlivňují celý proces učení.

Vývoj řeči vyžaduje dostatečně zralý mozek. Drobné vrozené či získané odchylky v procesu zrání mozkových funkcí vedou k opožďování psychomotorického vývoje dítěte a narušení vývoje řeči (Lejska, 2003).


Předpokládá se, že je způsobena drobným difúzním poškozením tzv. řečových zón vyvíjejícího se mozkou v časných stádiích. Speciální zkoušky u většiny dětí potvrzují lehkou mozkovou dysfunkci, porucha má systémový charakter a zasahuje v různém stupni senzorickou i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách. Kočé (1987) stanovil výskyt lehké mozkové dysfunkce na 5 – 10% v běžné dětské populaci; upozorňuje na trend rostoucího výskytu dětí s mozkovými dysfunkcemi v důsledku pokroku lékařské vědy, která sice dokáže zachránit i případy, kterým dřív nebyla dávána šance na přežití, ale následkem jsou právě drobné mozkové odchylky.

Černá (2002) považuje dysfázi za nejzávažnější poruchu řeči, na jejíž etiologii se podílí poškození centrálního nervového systému; z vlastního výzkumného šetření zjistila ve vzorku dětí průměrného a mírně podprůměrného intelektu školního věku, šestiletých až čtrnáctiletých, které byly hospitalizovány v psychiatrické léčebně s diagnózou lehká mozková dysfunkce, 52% výskyt poruchy řeči.
**Dědičnost**


O vlivu pohlaví na komunikační schopnost jedince a jeho patofyziologii se zmiňuje Lehta (1990). Připomíná názor Arnolda, jež předpokládá nižší výskyt NKS u dívek než u chlapců v souvislosti s rychlejší myelinizací nervových drah. Při vzniku a průběhu narušení spolupůsobí velké množství nejrůznějších činitelů, např. matka, pocházející z nižší sociálně kulturní vrstvy je vystavena vyššímu riziku komplikací v těhotenství (alkoholem), méně komunikuje se svým dítětem v raném období, předá svému dítěti geny zodpovědné za nižší poznávací schopnosti potomka (Mikulajová, in Lehta, 2003).

Z výzkumů Mikulajové a Rafajdusové (1993) vyplývá přibližně 15% výskyt poruch řeči (opožděný vývoj řeči, balbuties, dyslálie) v příbuzenstvu dysfatických dětí.

**Poškození mozu v období prenatálním, perinatálním, postnatálním**

Sovák uvádí u 20% nedonošených dětí poruchy psychomotorického vývoje (Lehta, 1990). Mikulajová a Rafajdusová (1993) zjistily 30,7% dysfatických dětí narozených z rizikové gravidity. Rizikovými faktory jsou infekční onemocnění matky v těhotenství, zejména zánět mozkových blan – meningitida, meningoencefalitida, přičemž nejvíce nejvíce je zvýšena chudina v hledisku patologického vývoje plodu je první trimestr těhotenství; k poškození může dojít následkem abnormálního průběhu porodu (klešt’ový porod, porod pánevním koncem), vdechnutím plodové vody, asfyxii, tj. nedostatkem kyslíku během porodu, onemocněním těžkou novorozeneckou žloutenkou (icterus neonatorum), krevní nesnašenlivosti a jinými příčinami, včetně skupiny s neznámým původem. Aktuálním problémem je i poškození plodu způsobené užíváním až zneužíváním léček s teratogenními vlivy, alkoholismus, ale i občasné pití matky, zneužívání návykových látek, farmak – kortikosteroidů, antialergik (Novák, 1999), kouření aktivní i pasivní, které bývá přičinou vrozených vývojových poruch dítěte.

**Vliv prostředí**

Většina autorů se shoduje na tom, že patologie prostředí není primární příčinou specifickým narušeného vývoje řeči, ale může výrazně ovlivnit vývoj poruchy a její prognózu, a to jak v negativním smyslu, hovoříme o tzv. dekompenzačním zhoršení, tak i v jeho pozitivním ovlivnění, snížení rizika rozvoje NKS, tzv. kompenzační zlepšení (Mikulajová, in Lehta, 2003).
2003). V žádném případě však nelze opomenout retardační vliv patologičnosti prostředí na rozvoj komunikační schopnosti jedince, kupř. nevhodný mluvni vzor, nesprávný výchovný styl, citová subdeprivace až deprivace, disproporce mezi požadavky kladenými na dítě a jeho reálnými možnostmi, zanedbávání dítěte, jeho potřeb fyzioologických, psychických i sociálních ze strany sociálního prostředí, zejména při tzv. primární socializaci ad. V. Pokorná (1997) poznamenává, že každý, byť i dobře miněný, postoj rodičů může vést k nevyvážené a rozporuplné výchově, pokud se zabsolutil.

1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie

Jak vyplývá ze samotného označení vývojové dysfázie coby specificky narušeného vývoje řeči, nejsou narušeny pouze fatické funkce jakožto nejvyšší řečové funkce, ale celá osobnost dysfatického jedince, od percepčních funkcí, jako je zrakové a sluchové vnímání, rozlišování a paměť, přes motoriku jemnou, hrubou a motoriku mluvních orgánů, grafomotoriku, až po kognitivní funkce, k nimž řadíme paměť, aktivitu a koncentraci pozornosti, myšlení, nedostatečná je pravolevá a prostoru, časová orientace. Ve školním věku se často vyskytnou obtíže při zvládání školních dovedností – čtení, psaní, počítání. Jedním ze symptomů je výrazná diskrence mezi úrovní verbálních a neverbálních schopností ve prospěch neverbálních. Dysfatické dítě se může jevit jako jedinec s opožděním rozumových schopností. Rozdíl mezi osobou s mentálním postižením a dysfatikem spočívá právě ve skutečnosti, že u jedince s opožděním rozumového vývoje jsou narušeny rovnoměrně všechny složky osobnosti, zatímco u osoby s vývojovou dysfázií je opoždění v jednotlivých oblastech značně nerovnoměrně a může dosahovat rozdílu i několika let. Mikulajová a Rafajdusová (1993) uvádějí, že dysfatické děti bývají živější, aktivnější, příznivější, snadněji si získávají pomoc a přenášejí zkušenosti na analogouské situace, i přesto, že u nich převládá konkrétní typ myšlení a obtížně dosahují úrovňov abstrakce.

1.3.1 Příznaky v řeči

Mikulajová (in Škodová, 2003) konstatuje, že řečové obtíže zasahují povrchovou i hloubkovou strukturu řeči. V hloubkové strukturní oblast semantickou, syntaktickou, gramatickou rovinu; nápadně je přehazování slovosledu, omezená slovní zásoba, rozdíly v častosti užívání slovních druhů, nesprávné koncovky při ohýbání slov, vynehavání některých slov (předložek, zvratných částic), redukce vět na jednoslovné a dvouslovné. V povrchové struktuře řeči jsou nenápadnější poruchy fonologického systému na úrovni

Sedláček (in Mikulajová, Rafajdusová, 1993) definuje dysfázií jako poruchu fatických funkcí u dětí, která vzniká poškozením mozkových řečových center v období před porodem, během porodu nebo krátce po něm. Řeč se vyvíjí ve změněným, zhoršených podmínkách a vykazuje odchylky od normálního vývoje. Poškození může vzniknout v kterékoliv úrovní organizace verbálního aktu ve složce receptivní i expresivní. Typickými znaky jsou opožděný vývoj řeči, porucha rozlišování fonologických opozic, související s poruchou kódování akustických znaků hlásek, porucha tvorby hlásek a porucha syntaxe.

Řečový vývoj bývá opožděný, ale ne ve všech případech. Častěji hovoříme o tzv. aberantním vývoji řeči, tzn. odchylném od normy. Parol (1989) uvádí výsledky výzkumu 78 dětí s vývojovou dysfázií ve věku 3 až 12 let, v jednom případě 14letá divka, z nichž ani jedno vyšetřované dítě netvořilo gramaticky správné věty. Dorozumívaly se neverbálními prostředky, které jim zvláště ve známé, konkrétní situaci nečinily větší potíže.

Lesný (1980) klasifikuje dysfázií z neurologického hlediska, rozpoznává její tři typy: telegrafický styl (větná dysfázie), dyslálii (slovní dysfázie, narušení tvorby slov) a vývojovou amnestickou dysfázií, pří, které se vyskytuje porucha zpětné kinetické vazby a kinetické paměti. Tyto tři typy se objevují u jedinců s dětskou mozkovou obrnou, zatímco u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí hovoří o specifické vývojové dysfázi v časté kombinaci se specifickými poruchami učení, zejména dyslexií a dysgrafii.

Z hlediska stupně narušení řečového vývoje se může jednat o úplnou nemluvnost, a to v případě, že ontogenetický vývoj řeči v širším smyslu slova nebyl vůbec započat, dítě zůstává ve stadiu hlasových projevů, důsledkem této skutečnosti se může opožďovat i v psychomotorickém vývoji. Částečná nemluvnost se projevuje opožděným, pomalejším vývojem řeči, popř. ustrnulé ve nižším stádiu vývoje, než odpovídá mentálnímu věku; významná úloha je přikládána předešlím modulačním (prozodickým) faktorům řeči, nápodobě a významovým zvukům. Poměrně často se u dětí setkáváme pouze s příznaky poruchy, dysfatickými rysy, které jsou způsobeny nezralostí některé z funkcí.

V řeči obecně pozorujeme tyto symptomy:
- řeč je obsahově velmi chudá, formulace jsou stereotypní, nekreativní, vyjadřovací obratnost je omezena, chybí mluvni pohotovost, obtížně hledá vhodné vyjádření (Pavlová-Zahálková, 1980);
- aktivní slovní zásoba se rozvíjí velmi pomalu;
- jedinci s vývojovou dysfázií užívají vlastní slovník, jemuž osoby, které nejsou v denunodenním kontaktu s dysfatickým jedincem porozumějn velmi těžko (například „knok“ = nos, „žeék“ = ježek, „krokogátor“ = aligátor, „hokázu hesit“ = ukážu sešit, „ehuát“ = snehulák, „kojót“ = kohout, „hajou“ = nahoru“, „leze holu“ = žebrík);
- artikulace – dítě je schopno použít hlásky jako přírodní zvuky, správně je vyslovit, ale zapojení do slov se nedává, výrazná je neschopnost odlišit tvrdé a měkké slabíky, tupé a ostré sykavky, fixace a automatizace vyvozených hlásek je velmi náročnou a dlouhodobou záležitostí;
- vážné syntéza slabík do slov a slov do gramaticky správné větne struktury, věty jsou velmi jednoduché, kostrbaté, často s přeházeným slovosledem;
- dítě vůbec nemluví, nebo je řeč málo srozumitelnou až nesrozumitelnou;
- manifestují se poručy rozlišování distinktivních rysů hlásek, přičemž stejná hláška v jednom slově se považuje za odlišnou v jiném slově (např. hlásky znělé – neznělé);
- dochází k záměně, přidávání nebo redukci hlásek nebo slabík ve slově, nápadnějí ve slovech delších, artikulačně náročnějších
- v řečí dlouhodobě absentauje užívání zvrtných zájmů, pomocných tvarů slovesa „být“, zápor je řazen za sloveso, nesprávně užijí pádů po předložkách, nesprávně užijí vidu sloves („pochopoval jsem to“ místo „pochopil jsem to“);
- vážné schopnost udržet linii v reprodukci i ve vlastním vyprávění, což může být následkem narušené orientace v čase, malé slovní zásoby, nesoustředěnosti, nesprávným užitím gramatických pravidel, sníženými vyjadřovacími schopnostmi a dalšími faktory.

1.3.2 Formy vývojové dysfázie

Je třeba připomenout, že se většinou dysfázie nevyskytuje v určitém vyhraněném typu, příznaky motorické ( expresivní ) a senzorické ( receptivní ) formy se kombinují v různém poměru. V tom případě hovoříme o tzv. smíšené formě vývojové dysfázie.

**Motorická dysfázie** (motorica dysphasia, dg. F80.1 Expresivní porucha řečí)


Přirozená potřeba komunikace je stejná jako u intaktních dětí, a proto **využívají prostředků nonverbální komunikace** - gestikulaci, mimiku, ukazování, pantomimu.


Jedním z prvotních a současně nejnápadejších symptomů vývojové vady řeči je **opozděný řečový vývoj**, bereme-li v úvahu věk, kdy se u dítěte objeví prvni slovo, resp. prvni věta. Kutálková ( 1999, s. 131 ) považuje za první slovo „zvuk, který se už jasně váže k nějaké osobě ( baba ), situaci ( ham ) nebo předmětu ( tůč ). Slovo může být i dost zkomolené a nemusí ani připominat zvuk, na který jsme v dané situaci zvyklí, ale je to nade vši pochybnost slovo. “


**Vázné fixace a automatizace slov** ve spojení s názorem a realitou.

Nápadná je diskrepance mezi vývojem verbální komunikace a neverbálního intelektu. Neverbální intelekt dosahuje vyšší úrovně.

Osoba se nedostatky uvědomuje, nápadné rozdíly mezi sebou a vrstevníky začíná pociťovat s nástupem do povinného základního vzdělávání, kdy se začíná s ostatními srovnávat. Pro své nedostatky dítě obvykle ztrácí chut’ komunikovat mluvenou řečí, uzavírá se do sebe, může se jeho vláčně nebo svou osamělost kompenzuje zvýšenou agresivitou, šaškování apod. Jedinec má potíže při pojmenování osob, předmětů, činnosti z důvodu nenalezení adekvátního slova, ze stejného důvodu někdy pro tyto objekty nazývá užívá nesprávné
označení. Hovoříme o tzv. dysnomii. Obtíže se objevují i v souvislosti s produkci delšího mluvního projevu kvůli snížené schopnosti skládat slova dohromady k vyjádřování myšlenek. Velice pomalu a odchylně se vytváří aktivní slovní zásoba ditěte. **Aktivní slovník je výrazně nižší než úroveň rozumění slovům a větám.**

Je **narušena morfologicko-syntaktická rovina řeči** (skloňování, časování, věttná skladba, věttná platnost slova a jejich tvaru) a **rovina sémantická** (pojmová stránka slova).

**Senzorická dysfázie** (dysphasia senzoria, dg. F80.2 Receptivní poruchy řeči)

**Narušená fonematická diferenciace** způsobuje obtíže v hláskové diskriminaci, zejména v hlucném prostředí. Jedná se o záměny znělých a neznělých, méně často tvrdých a měkkých hlásek.

Dítě může projevovat vysokou míru aktivity a rozptýlenosti (i v příčině souvislosti s lehkou mozkovou dysfunkcí), ale obvykle nejeví zájem o mluvenou řeč. Jeho vlastní mluvní produkce může být stěží srozumitelná až nesrozumitelná, ale je obvykle doprovázena adekvátním hlasovým projevem a gesty.

Jména, místa, označení předmětů jsou obtížně zapamatovatelná, i v případě, že se je jedinec naučí, může mít potíže s jejich praktickým použitím.

Téměř neřešitelným úkolem je zopakování čísel, slov v sekvencích. **Nedokáží si v paměti uchovat a vybavit výrazy**, což je vcelku logickým důsledkem toho, že dítě těmto výrazům nerozumí, nepřikládá jim pravý význam.

Rozdílnost receptivní oproti motorické formě vývojové dysfázie spočívá v tom, že **vývoj řeči nemusí být opožděn**.

**1.3.3 Příznaky v neřečových oblastech**

- Symptomy vývojové dysfázie se netýkají pouze řečové oblasti, porucha má systémový charakter, rozličnou etiologii a z ní vyplývající příznaky v percepční, kognitivní a emocionální sféře.

- Nerovnoměrný vývoj, jehož hlavním projevem je výrazná diskrepance jednotlivých složek osobnosti, jež může dosahovat rozdílu několika let.

- Nepoměr mezi verbálními a neverbálními schopnostmi. Úroveň verbálního projevu je výrazně nižší, než odpovídá intelektovému potenciálu i kalendářnímu věku dítěte. Dítě je nevyzrálé.

- Nedostatečné zrakové vnímání, projevující se zejména v kresbě. Kresba je důležitou součástí diagnostiky i terapie NKS. Dysfatické dítě nesprávně uchopuje tužku, jeho kresba je zcela typická a nápadná; deformuje tvary, nesprávně napojuje čáry, které jsou dvojitě, slabé, přerušované, rozřesené, nedotažené, nebo přetažené; proporce neodpovídají realitě, objekty jsou rotovány, nesprávně rozmístěny po kreslicí ploše, např. dítě nakreslí dvě postavy v sobě a zbytek papíru zůstává prázdný. Často není možné
rozpoznat, co má obrázek znázorňovat. Kresby působí schématicky až morbidně, zejména velká prázdna kola místo oči. Objevují se známky organicity.

Třesohlavá (1983) uvádí tyto typické znaky kresby dysfatického dítěte:
- nápadná disproporice jednotlivých částí těla,
- připojení jednotlivých částí na špatném místě,
- opomenutí podstatných detailů,
- primitivní zpracování jednotlivých částí těla,
- bizarní tvary jednotlivých částí lidské postavy, časté použití geometrických tvarů,
- rigidita, stereotypie, upívání pozornosti,
- obliba techniky vyčmárávání detailu, užívaná neadekvátně,
- špatná koordinace,
- nápadná poloха postavy v prostoru, obtíže se členěním plochy.

Existuje však poměrně velký rozdíl mezi deficity zrakové a sluchové percepce, ve prospěch zrakového vnímání.

- Narušení sluchového vnímání, fonematičkého sluchu. Je postižena tvorba sledů hlásek a sledů slabík, jedinec nesprávně užívá jednotlivé hlásky, objevuje se snížení schopnosti zapamatovat si a napodobit i jednoduchou melodii a rytmus. Častá je porucha v oblasti časového zpracování akustického signálu. Fonematičký sluch, schopnost sluchem rozlišovat slova, která obsahují zvukově podobné hlásky, je u dysfatických dětí nerozvinutý, způsobuje výrazné obtíže, projevující se v mluvní produkci, ale také při následním osvojování si psané řeči a gramatických pravidel.

- Oslabení paměťových funkcí, narušena je především krátkodobá paměť, což má za následek nedokonalou fixaci řečových a jazykových vzorů. Nedokonalé paměťové funkce ztěžují terapii, a proto je nutné zaměřit pozornost při provádění všech terapeutických činností na současný trénink dlouhodobé i krátkodobé paměti.

- Ztížená orientace v prostoru a čase, zahrnující špatnou orientaci ve vnějším prostředí, ale i v tělesném schématu, nepřesné vnímání časových vztahů; osoba s vývojovou dysfázií nechápe vztahy mezi rodinnými příslušníky, zejména tzv. širší rodiny. Postižena bývá pravolevá orientace. Zatímco orientace ve vlastním tělesném schématu nemusí být


- Často se setkáváme s potížemi, které jsou spojeny s lateralitou, jejimi nevýhodnými typy, jako je nevyhraněná dominance (ambidextrie) párových orgánů, zkřížená lateralita oka – ruky.

- Další projevy typické pro lehkou mozkovou dysfunkci (LMD) – psychomotorický neklid, emocionální labilita či tupost, impulzivita, hyperaktivita, poruchy koncentrace a kolísání pozornosti; dítě např. snadnějí najde chyby v dlouhém textu, který zná, než v jednoduché větě. Sekundární symptomatikou LMD jsou bolesti hlavy, vegetativní labilita, týky, úzkostnost, tenze.
2 TERAPIE VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE

2.1 Logopedická terapie v logopedické třídě

Dysfatické děti v předškolním věku mají možnost navštěvovat logopedickou třídu, kde se pod odborným speciálně pedagogickým vedením učí překonávat deficity jednotlivých složek osobnosti. Logopedické třídy jsou zřizovány při běžných mateřských školách, je v nich zajištěna speciálně pedagogická péče, poskytovaná odbornými pracovníky se speciálně pedagogickou kvalifikací. V těchto třídách s dětmi pracují logopedi a logopedičtí asistenci.

Logopedické asistentky většinou provádí kromě činnosti běžně prováděných v mateřských školách cvičení, zaměřená na rozvoj jednotlivých deficitních složek osobnosti dětí, hlavní důraz je kladen na ovlivňování správného a přirozeného vývoje jejich řeči. K tomu slouží cvičení na rozvoj motoriky (jemné, hrubé, motoriky mluvních orgánů), zrakového a sluchového vnímání, rozlišování a paměti, dechová a fonační cvičení, jež jsou popsána v kapitole 2.1.2. Aktivity směřují také k rozvíjení kresebných činností, k tréninku koncentrace pozornosti, paměti, prostorevě, časově a pravolevě orientace, jelikož tyto schopnosti a dovednosti bývají výrazně narušeny a vyžadují intenzivní péči. Logopedický asistent pracuje se skupinou dětí ve třídě, vychází přitom z individuálního logopedického plánu, jež je vypracován pro konkrétní potřeby jednotlivých dětí. Logopedičtí asistenti pracují vždy pod vedením logopedů.

Logopedii poskytují individuální logopedickou intervenci (péče) dítěti na základě speciálně pedagogické – logopedické a psychologické diagnózy, stanovené na podkladě odborných lékařských a pedagogicko-psychologických vyšetření. Nejedná se přitom pouze o korekci odchylek výslovnosti (přípravná cvičení, vyvození hlásek, jejich fixace a automatizace), ale o celou škálu činností směřujících k zvyšování úrovně komunikace po gramatické, lexikálně-sémantické, pragmatické i zvukové stránce řeči. Vše se děje pro dítě co nejpřirozenější formou, s využitím hry a pro ně přirozených pracovních činností.

Cílem logopedické terapie je rozvíjet komunikační schopnosti na co nejvyšší možnou úroveň, zvyšovat komunikační a sociální kompetence těchto dětí. Je třeba dodržovat určitá pravidla (zásady), jež jsou předpokladem efektivního a správného vývoje řeči (viz kapitola 2.1.1).

2.1.1 Zásady rozvíjení řeči

Zásada imitace normálního vývoje řeči
Při rozvíjení řeči navazujeme na stádium ontogeneze řeči, jehož dítě dosáhlo. Zjištění úrovně řeči je základním diagnostickým úkolem. Při terapii vycházíme z verbálního, nikoliv z chronologického věku dítěte. Snažíme se dosáhnout optimální funkčnosti řeči. Logoped současně nemůže striktně trvat na rozvíjení řeči podle normálního vzoru vývoje, ale musí mít na paměti, že mezi jedinci existují značné rozdíly, které je nezbytné akceptovat. Řeč se rozvíjí od nej jednodušších elementů, ze základního zvukového materiálu, produkovaného hlasem, který je modifikován citem, napodobováním zvuků i hlasů; dále se vytvářejí významové zvuky, asociované s konkrétním jevem, mající pro konkrétní osobu nějaký smysl; přechází se ke slovům, jež mají určitý pojmový obsah (Sovák, 1978).

Zásada vývojovosti

Tento požadavek souvisí se zásadou imitace normálního vývoje řeči a zdůrazňuje, že není možné v ontogenezi řeči vynechat žádné stádium. Každé zdravé dítě musí projít kompletním řečovým vývojem. Záleží na posouzení současného stavu řeči, od něhož odvisí terapie.

Zásada vyprovokování spontánní řeči dítěte

Nikdy nenutíme dítě do opakování našich mluvnich projevů, pokud jedinec nemá zájem o komunikaci. Je potřeba vytvořit takové podmínky, které dítě k mluvní aktivitě podněcují a při kterých můžeme následně rozvíjet řeč. Pokud osobu ke komunikaci nutíme, nebo klademe otázky s odpověďmi ano – ne, může se ztratit zájem o komunikaci vůbec.

Zásada rozvíjení obsahové stránky řeči před formální

S rozvíjením artikulace můžeme započít až tehdy, má-li jedinec dostatečnou pasivní slovní zásobu, umí udržet dějovou linii ve vlastním vyprávění i reprodukci, tvoří rozvité a gramaticky správné věty, má dostatečně rozvinutou fonemtickou diferenciaci.

Zásada upřednostňování pragmatické rovně řeči

Zaměřujeme se na rozvoj pragmatické složky řeči, tj. sociální uplatnění komunikace, před její zvukovou správností. Vytváříme modelové situace, ve kterých dysfatik nenásilně rozvíjí nabyté jazykové schopnosti a osvojuje si nové komunikativní dovednosti.

Zásada multisenzoriálního přístupu
Osobu s narušeným vývojem řeči seznamujeme s předměty a jevy z okolí současným působením na více smyslů, především sluchového a zrakového. Chceme-li například seznamat s pojmem „klavír“, ukážeme jej na obrázku, zahrajeme pár tónů, necháme je věc osahat apod.

**Zásada komentování**

Situace komentujeme neustále, stejnými jednoduchými výrazy, eventuálně za doprovodu stereotypních pohybových úkonů. Při komentování vybíráme z těchto metod:

- **metoda „parallel talking“** – dospělý v roli dítěte popisuje aktuální konání a pocity dítěte,
- **metoda „self talking“** – dospělý komentuje situaci, ve které se dítě nachází, jednoduchými větami,
- **metoda korekční zpětné vazby** – dítě řekne něco špatně, dospělý po něm zopakuje projev správně,
- **metoda rozšíření imitace** – dospělý zopakuje a současně rozšíří verbální projevy dítěte (např. dítě řekne „auto“, rodič doplní „to je auto – to je krásné auto“),
- **metoda alternativních otázek** – terapeut či rodič provokuje ke komunikaci, musí se vyvarovat otázkám, na které dostačuje odpověď ano – ne, nonverbální odpověď.

**Zásada názornosti**

Využíváme konkrétních pomůcek, obrázků, hraček, které jsou dětem blízké a které co nejvěrněji odrážejí skutečnost. S ohledem na kolísání pozornosti, snadnou rozptýlenost podnět je však současně třeba vybavit pracovnu spíše menším množstvím předmětů, které by mohly působit rušivě.

2.1.2 Ovlivňování komunikační schopnosti dítěte s vývojovou dysfázií

Logopedická terapie zahrnuje činnosti, jež směřují k pozitivnímu ovlivnění řeči dítěte. Jedná se o cvičení zaměřená na rozvoj správného dýchání (respirace) a tvorby hlasu (fonace), hrubé, jemné motoriky, motoriky mluvních orgánů, cvičení na rozvoj sluchového, zrakového vnímání, rozlišování a paměti, fonematického sluchu. Tyto aktivity jsou důležité pro správný vývoj řeči, jsou jejím základem, nebo řeč významně ovlivňují. Aplikujeme je v rámci skupinové i individuální terapie. Náměty a zásady pro jednotlivá cvičení uvádí J. Klenková (1997):

**Dechová a fonální cvičení**

Cílem dechových cvičení je prohloubení fyziologicky správného vdechu a výdechu.
Cvičení provádíme v sedě, potom v leže a nakonec ve stoje. Učíme děti nadechovat se zhluboka nosem a vydechovat vzduch ústy, musíme zabránit zvedání ramen. Dítě může vonět ke kytce, naparfémovanému kousku vaty apod., při výdechu napodobovat zvuky zvířat – houkát jako sova, vlak, předvádět bučení krávy, hrát si na kopenou s kouskem vaty, „zahřívat“ zmrzlé ruce, divit se. Při cvičeních se zapojením hlasu je třeba dbát na měkký hlasový začátek.

Cvičení na rozvoj jemné, hrubé motoriky, motoriky mluvních orgánů


Při rozvíjení jemné motoriky provádíme diferencované pohyby prstů jedné nebo obou rukou, využíváme kreslení, modelování, skládání kostek, obrázků a jiných předmětů, stavebnic, provádíme běžné úkony jako je zavazování tkaniček, zapínání knoflíků atd.


Při nácviku grafomotoriky je třeba vycházet nejdříve z pohybu ramenního kloubu, přes paži, až nakonec k pohybu prstů: kroužíme, čmáráme, kreslíme oblouky a vlnky zpočátku na velký formát papíru, později na menší.

Cvičení na rozvoj sluchu, fonematičeského sluchu, sluchové paměti

U dětí, které mají potíže se sluchovou percepcí, zpočátku zaměřujeme úsilí na identifikování předmětů podle zvuků, cvičíme sluchově percepční ostrost. Terapeut vydává různé zvuky
(např. chrásti klíči, pouští vodu) a klient rozpoznává, o jaké zvuky se jedná. Při těchto cvičeních používá různé hudební nástroje, Orffova instrumentářia.
Při cvičení fonematické diferenciaci terapeut vyslovuje dvojice slov, která se liší jedním fonémem. Úkolem jedince s NKS je určit, zda jsou tato slova stejná či nikoliv. Obměnou je vyslovování příslušného názvu, který má být nalezen mezi množstvím jiných obrázků. Provádíme analýzu a syntézu slov, necháme klienta doplňovat chybějící část slova, nebo hádat, jaký předmět máme na mysli při vyslovení počátečního písmena, slabikujeme slova, hrajeme tzv. slovní kópanou, určujeme první a poslední slabiku ve slově, délku slabiky. Problematická bývá schopnost sluchové paměti, jež procvičujeme formou vyprávění příběhů, které má dysfatik volně převyprávět, či odpovídat na otázky, zopakovat slova či věty apod.

Cvičení na rozvoj zrakového vnímání, zrakové paměti
Cvičení provádíme nápodobou pohybů částí těla, od hrubé po jemnou motoriku a oromotoriku. Dítě doplňuje chybějící části obrázků, nebo tyto obrázky skládá z rozstřihaných částí, vyhledává rozdíly mezi obrázkami, nebo hledá dva shodné, pojmenovává „chyby“ na nesmyslných obrázcích. Při rozvoji zrakové paměti užíváme pexeso, Kimovu hru, měníme uspořádání prostředí, přítomnost osob.

2.1.3 Individuální a skupinová logopedická terapie

Individuální terapie – výhody:

⇒ Věnujeme a přizpůsobujeme se samotnému dítěti, které volí činnosti, navrhuje pravidla hry, navazujeme důvěrnější komunikaci, což může v konečném důsledku zlepšit spolupráci dítěte s terapeutem, pomocí vytvořit příznivější pracovní atmosféru.

⇒ Intenzivně se věnujeme jedinému klientovi a rodině podle individuálních potřeb, bliží je poznáváme. Tím se zvyšuje pravděpodobnost stanovení přesnější diagnózy a následně účinnější terapie.

⇒ V případě, že se dítě nechá snadno rozptýlit podněty, poskytne mu individuální terapie klid na soustředění při „práci“.
Nevýhody

➥ Klient si může, ale nemusí silněji uvědomovat svůj handicap. Nejen z tohoto důvodu je potřeba vytvořit příznivou atmosféru, dát dítěti možnost zažít úspěch, povzbuzovat jej, zaměřit se mimo jiné na oblasti, ve kterých dosahuje dobrých výsledků.

➥ Nezbytná je spolupráce s rodiči. Pokud se nedaří, terapeutu úsilí se obvykle můžu učinkem. Předpokladem je jednoznačně vysvětlit rodině dítěte jeho obtíže, potřebu intenzivní terapii a jednat s ní jako s rovnocenným partnerem, nezbytným pro úspěch celého intervenčního procesu.

Skupinová terapie – výhody:

➥ Dítě chápe svou roli mezi ostatními ve skupině jako přirozenou, může zažít pocit sounáležitost s ostatními, terapie je pro něj hrou a provádění běžnění činností.

➥ Pro logopedu je snazší motivovat jedince, v uvolněné atmosféře upevňovat a automatizovat dovednosti. Lze využít prvků soutěživosti. Jedinec se učí nápadobou srtevníků, což je snazší než napodobovat dospělého.

➥ Snižuje se únavá dítě a terapeuta, jelikož dochází ke střídání činností. Dítě má příležitost odpočinout si, nepocituje tak intenzivní soustředění se terapeuta na svou osobu, dochází k lepšímu uvolnění.

➥ Jedinec se v kolektivu lépe sociálně adapteuje, méně si uvědomuje, že „pracuje“.

➥ Zvyšuje se mluvní apetit, rozvíjí se smyslové vnímání, orientace i řeč, interpersonální komunikace, schopnost kooperace.

➥ Dochází k rychlejšímu rozvoji slovní zásoby, přinejmenším tam, kde se setkávají jedinci s jiným druhem NKS.

➥ Terapeutovi umožní zapojení jedince do kolektivu lepší poznání jeho osobnosti, což mu může pomoci zpřesnit diagnózu; získané informace lze využít k motivaci jedince.
Nevýhody

⇒ Skupinová terapie je náročnější na přípravu, organizaci. Ve větši skupině osob nezbývá potřebné množství času na intenzivní terapii dysfatického jedince, proto by neměla být jedinou formou poskytování péče, je spíše vhodné doplňovat ji individuální intervencí, dobré uplatnění má zejména při provádění průpravných cvičení.

⇒ Obtížná může být práce s rodiči či s klienty s poruchami chování. „Problémový“ jedinec může narušit celou terapii, působit rušivě na soustředění pozornosti ostatních.

⇒ Skupinová terapie vyžaduje více trpělivosti; nesmíme opomenout žádného zúčastněného klienta.
3 POSKYTOVÁNÍ LOGOPEDICKÉ INTERVENCE V LOGOPEDICKÝCH TŘÍDÁCH MATEŘSKÝCH ŠKOL V BRNĚ

3.1 Cíl, použité metody výzkumného projektu

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem je poskytována logopedická péče dětem s diagnózou vývojová dysfázie v logopedických třídách mateřských škol v Brně. Jako výzkumnou metodu jsem použila dotazník.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Podařilo se mi získat odpovědi logopedů, působících ve všech mateřských školách s logopedickou třídou v Brně, jejichž celkový počet ve městě Brně činí 11. Odpovědi jsou tedy získány na základě spolupráce logopedů těchto mateřských škol (řazené abecedně):

- MŠ Bořetická, Brno – Vinohrady,
- MŠ Bosonožská, Brno – Starý Lískovec,
- MŠ Dubová, Brno – Jundrov,
- MŠ Jihomoravské náměstí, Brno – Slatina,
- MŠ Kárníková, Brno – Řečkovice,
- MŠ Měřičkova, Brno – Řečkovice,
- MŠ náměstí Sborkovské, Brno – Žabovřesky,
- MŠ Nejedlého, Brno – Lesná,
- MŠ Pellicova, Brno – město,
- MŠ Řezáčova, Brno – Komín,
- MŠ Švermova, Brno – Bohunice.

Dotazník sestával z 29 otázek, na něž odpovídali respondenti odpovídali písemně. Výzkumný soubor tvoří 11 logopedů, působících v logopedických třídách mateřských škol ve městě Brně. Všichni oslovení logopedi, kteří na výzkumu spolupracovali, měli vysokoškolské vzdělání a délka jejich speciálně pedagogická – logopedická praxe se pohybovala v rozmezí od jednoho do dvaatřiceti let.
V některých mateřských školách spolupracovalo při vyplňování dotazníku více logopedických pracovníků, např. logoped a logopedický asistent, nicméně v analýze výsledků šetření je jedna odpověď započítána jako odpověď jednoho respondenta, jelikož mým cílem bylo zmapovat poskytování péče pracovníky těchto zařízení komplexně, nikoliv konkrétními jednotlivci. Výjimku tvoří otázky, týkající se osobních údajů logopedů, na kterou odpovídali výhradně sami mnou osloveni logopedi.

3.3 Analýza výsledků výzkumného šetření

Na otázky, na které jsou vyžadovány subjektivní postoje a které jsou výrazně individuální, jsou odpovědi na ně uváděny jako výčet logopedy uvedených dat. Otázky, které vyžadovaly číselné vyjádření (např. vyjádření četnosti výskytu), jsou zpracovány percentuálně nebo pomocí číselného vyjádření jejich četnosti z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 1: **Kolik let praxe máte?**
Na otázku odpovědělo jedenáct respondentů. Délka speciálně pedagogické praxe se pohybovala v rozmezí od 1 roku (minimum) do 32 let (maximum). Průměrný počet let činí 17,5 roků.
Otázka č. 2: S kolika dětmi s dysfázií jste pracovala?
Na tuto otázku odpovědělo 8 z 11 respondentů. Údaje jsou orientační, jedná se o hrubý odhad počtu dysfatických dětí, se kterými se oslovené logopedky během své praxe setkaly. Nejméně uvedly 1 osobu, nejvíce 100 osob s dysfázií nebo dysfatickými rysy. Průměrný počet dětí, připadající na jednu logopedku v dotazníku činil 25 dysfatiků.

Otázka č. 3: Jak často se setkáváte s následujícími stupni poruchy řeči?
Na otázku odpověděli všichni respondenti. Výsledky ukazují následující grafy:
Otázka č. 4: Spolupracujete při práci s dítětem s vývojovou dysfázií se speciálně pedagogickým centrem, příp. jiným poradenským pracovištěm?
Odpovědělo 11 pedagogů, tedy 100% dotazovaných. Kladnou odpověď (ANO) v otázce spolupráce se speciálně pedagogickým centrem uvedlo 11 osob, tedy 100% oslovených. 2x byla uvedena spolupráce s foniatrií, s pedagogicko-psychologickou poradnou a otorinolaryngologii (shodně 18,1% dotazovaných). S neurologií spolupracuji 3 z 11 logopedických tříd mateřských škol v Brně (27,3%).

Otázka č. 5: Kolik je ve Vaší mateřské škole dětí s narušenou komunikační schopností, kolik z toho je dysfatiků?
K otázce se vyslovně všech jedenáct dotazovaných. Jejich odpovědi se pohybovaly v rozmezí od 1 do 35 dětí s NKS, přičemž ne všechny tyto děti jsou umístěny v logopedické třídě (jsou integrovány, nebo jejich stav nevyžaduje umístění do logopedické třídy). Průměrně je tedy v mateřských školách s logopedickou třídou umístěno 14,9 dětí s NKS. Mezi nimi je ve
školním roce 2005/2006 0 – 8 dětí s diagnózou vývojová dysfázie nebo suspektní vývojová dysfázie, tedy 3,9 dysfatických jedinců. Podle výsledků výzkumu tvoří jedinci s vývojovou dysfázií 26,17% podíl mezi dětmi s NKS v mateřských školách s logopedickou třídou.

5) Celkem dětí s NKS v MŠ, z toho dysfatiků

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mateřská škola</th>
<th>Počet dětí</th>
<th>Celkem dětí</th>
<th>Počet dysfatiků</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>14</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Otázka č. 6: Kdo v mateřské škole peče o dítě s VD?
O tyto děti v mateřské škole pečují učitelé, logopedičtí asistenti a jeden nebo dva logopedici s příslušným vzděláním v různém poměru. Logopedičtí asistenti provádí přípravná cvičení s dětmi ve skupině se zaměřením na motoriku, oromotoriku, grafomotoriku, dechová a fonační cvičení, fonematický sluch, rozvoj slovní zásoby a rozumových schopností. Podílejí se na korekcí nesprávné výslovnosti, podílejí se na rozvoji správného vývoje řeči, zejm. v oblasti prevence.

Otázka č. 7: Kolik let mají klienti?
Věk dětí s NKS se pohybuje v rozmezí od 3 do 7 let, jedná se tedy často o děti s odkladem školní docházky (viz otázka č. 10).

Otázka č. 8: Jak náročná je práce s VD ve srovnání s jinými poruchami řeči? Proč?
Z 11 respondentů 10 subjektivně soudí, že práce s dysfatickým jedincem je náročnější než s jedinci s jinými druhy NKS (90,9%), 1 osoba považuje tuto práci za stejně náročnou ve srovnání s jinými druhy NKS. Jako hlavní důvody tohoto přesvědčení jsou uváděny: nízká
úroveň koncentrace pozornosti, paměti, nesoustředěnost, delší období fixace a automatizace výslovnosti, poruchy fonematického sluchu a také vysoká nemocnost, a tím absence dětí.

Otázka č. 9: Setkáváte se u dětí s VD často s deficity v těchto oblastech?
V oblasti paměti, pozornosti, grafomotoriky a prostorové orientace se kladně vyjádřilo 10 dotazovaných (90,9%), deficit sluchového vnímání uvádí 9 respondentů (81,8%), časové orientace 8 (72,7%), prostorové orientace 7 (63,6%), zrakového vnímání 5 (45,5%). Všichni se shodli na narušení fonematické diferenciaci (100%). V otázece citové nevyrovnání se odpovědi výrazně lišily – 3 respondenti (27,27%) se domnívají, že dysfatici bývají většinou citově labilní, zatímco 5 osob (45,45%) je opačného názoru. 3 dotazované osoby nedokázaly odpovědět. Téměř všichni se však přiklánějí k názoru, že primárně záleží na rodinném prostředí, od kterého se odvíjí citová stabilita či instabilita dítěte. Také otázka narušení pravolevé orientace je v předškolním věku sporná.

9) Narušené složky osobnosti

![Diagram složek osobnosti](image-url)
Otázka č. 10: Je u dětí s VD častý odklad povinné školní docházky? O kolik let?
Všechny odpovědi byly kladné, přičemž 8 dotazovaných má zkušenost s jednoročním odkladem (72,7%) a 3 lidé (27,3%) s dvouletým odkladem povinné školní docházky.

![Diagram odklad školní docházky](image)

Otázka č. 11: Se kterými odborníky při diagnostice spolupracujete?
11 dotazovaných uvedlo při diagnostické činnosti spolupráci logopeda a psychologa ze speciálně pedagogického centra, 5 neurologa a foniatra (shodně 45,5%) a 1 psychiatra (9,0%).

![Diagram spolupráce s odborníky při diagnostice](image)

Otázka č. 12: Jaké informace zjišťujete od zákonných zástupců dítěte?
Údaje z osobní anamnézy uvedlo 10 respondentů, 7 zjišťuje rodinnou anamnézu, jedna odpověď nebyla uvedena. Nejčastěji se jedná o informace z období před porodem, během porodu a krátce po něm (pre-, peri-, postnatální) vlivy, dále jsou zjišťovány psychomotorický vývoj a prodělaná onemocnění. V rámci diagnostické činnosti se také sleduje komunikace rodičů s dítětem.
Otázka č. 13: **Setkáváte se s poruchami řeči v rodinné anamnéze dětí s VD, je to častý případ?**
Vice než padesát procent (54,5%) oslovených logopedů se nedomnívá, že by se u jedinců s dysfázií v rodině častěji vyskytovaly poruchy řeči, více než 1/3 (36,4%) zastává opačný názor, 1 respondent nedokáže jednoznačně odpovědět.

**13) Poruchy řeči v rodině**

<table>
<thead>
<tr>
<th>ne</th>
<th>ano</th>
<th>neodpovědělo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>36%</td>
<td>55%</td>
<td>9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Otázka č. 14: **Je ve většině případů zjištěna příčina vzniku VD? O co se nejčastěji jedná?**
Pre-, peri-, postnatální problémy uvádí 1 , dědičnost 2 logopedové. O kombinaci hovoří 1 respondent. Nezjištěnou etiologii uvádí 7 osob.

**14) Příčiny**

<table>
<thead>
<tr>
<th>nezjištěná etiologie</th>
<th>dědičnost</th>
<th>kombinace</th>
<th>pre-., peri-., postnat. problémy</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9%</td>
<td>18%</td>
<td>9%</td>
<td>64%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Otázka č. 15: **Jaká přípravná cvičení s dětmi provádíte? Která preferujete (P)? Která dělají dětem s VD největší potíže (NP)?**
Všichni uvedli, že provádějí činnosti zaměřené na tyto oblasti: dechová a fonační cvičení, zraková a motorická cvičení (jemná, hrubá motorika, motorika mluvních orgánů), cvičení na rozvoj fonematického sluchu, orientace, slovní zásoby, paměti, pozornosti.


Otázka č. 16: **Přípravná cvičení provádíte: individuálně – skupinově – kombinací nebo střídáním individuálních a skupinových cvičení.**

10 z 11 respondentů uvedlo (90,9%), že kombinuje přípravná cvičení prováděná individuálně a skupinově, pouze 1 preferuje provádění těchto činností vždy individuálně. V případě kombinované metody se jedná buď o střídání těchto činností v různých časových etapách, nebo jsou tyto aktivity prováděny současně v tentyž den.
Otázka č. 17: **Využíváte při přípravných cvičení nějakého metodického materiálu? Jakého?**

Používáte při práci s dysfackým dítětem nějaké pomůcky? Jaké?

Většina logopedů uvedla, že používá veškerý dostupný materiál, počínaje předměty denní potřeby, oblečení, každodenní situace, obrázky a obrázkové sady, pracovní listy, dětské knihy, časopisy, mechanické a motivační předměty a pomůcky, hračky, konče materiály, které si sami navrhnou a vyrábí. Toto je výčet **metodického materiálu**, uvedeného speciálními pedagogy:


ŠIMONOVO PRACOVNÍ LISTY (různí autoři)

Pomůcky: pexeso, skládačky, obrázky, leporelo, logopedické kostky (H. Kolbábkové), oblečení, předměty denní potřeby, obrázky a obrázkové sady, bublifuky, větrníky, loutky, foukadla, bzučák, dětské knihy, dětské obrázkové slovníky; PC programy, logopedické zrcadlo; výjimečně sondy, rotavibrátor, špátle; vlastnoručně vyrobené pomůcky, dětské časopisy: Bobik, Čtyřlístek, Dáda, Hurvinek, Mateřidouška, Méďa Pusík, PIM, Sluníčko aj.

Otázka č. 18: Kolikrát denně provádíte průpravná cvičení? Kolikrát by je podle Vašeho názoru dětí měly absolvovat za jeden den, aby byla co nejvíce efektivní?

Na otázku, kolikrát denně skutečně provádí průpravná cvičení, odpovědělo 9 respondentů, 3 odpověděli, že dvakrát denně, po dvou lidech uvedlo jedenkrát denně, jeden až dvakrát denně a tři z nich jedenkrát denně (shodně 22,2%).

Na otázku, kolikrát denně by měla být prováděna průpravná cvičení, aby byla co nejvíce efektivní, odpověděli 4 speciální pedagogové, tři z nich považuji za ideální stav 2x denně, jeden 3x denně.
Otázka č. 19: Doporučujete rodičům vykonávat tato cvičení i doma? Jaké máte zkušenosti s rodiči, co se týká jejich dodržování?
Na druhou polovinu dotazu reagovali všichni dotazováni. Z jejich odpovědí vyplývá, že zkušenosti s rodiči, resp. zákonými zástupci jsou celkem uspokojivé, situace se však liší velice individuálně – někteří rodiče se svými potomky intenzivně pracuje, jiní neprojevují žádnou snahu.
Otázka č. 20: Kolik času přibližně (v minutách) věnujete denně log. intervenci dítěti s vývojovou dysfázií?
Údaje jsou pouze orientační, jedná se o přibližný odhad logopedů. Vždy záleží na stupni poruchy, etapě logopedické terapie (zpočátku je údajně času nižší, terapie kratší, později dochází k jejímu zintenzivnění). Rolí hraje také únava a koncentrace pozornosti klienta, schopnost soustředit se.

Jako celkové množství je v tomto případě označován počet minut, který je denně věnován jednomu konkrétnímu dítěti v rámci logopedické intervence. Nejsou v něm zahrnuty jiné činnosti, které sice cíleně směřují k celkovému rozvoji osobnosti dítěte (tedy i vývoji řeči), nejsou však primárně zaměřeny právě na řečový rozvoj. Jedná se o objem času věnovaný logopedické intervenci (prevence, diagnostika, terapie) v užším slova smyslu. Jsou v něm zahrnuta přípravná cvičení, individuální péče o rozvoj deficitních oblastí, individuální logopedická péče (dále ILP).

ILP tvoří 42,4% z celkového času věnovaného jednomu dítěti v rámci celkové intenzivní logopedické péče.

| 20) Počet minut věnovaných celkově jednomu dítěti s vývojovou dysfázií v rámci logopedické terapie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | průměr |

Počet minut věnovaných celkově jednomu dítěti s vývoj. dysfázií v rámci logopedické terapie
Počet minut individuální logopedické péče
Otázka č. 21: Jaká je struktura individuální log. terapie dítěte s VD (jak terapii začínáte, čím pokračujete, jak ji zakončujete)?

Struktura logopedické terapie je velmi různorodá, záleží na mnoha faktorech, jež ovlivňují její průběh. Jedná se podobně jako u otázky č. 20 o únavu, koncentraci klientovy pozornosti, fázi terapie, zaměření se na určitou složku řeči ad.

Na počátku je kladen důraz vždy na motivační složku. Logoped s dysfatickým dítětem povídá a zjišťuje, jak byly zadané úkoly procvičeny v domácím prostředí. Pokračuje rozvojem řeči s ohledem na stanovený denní plán podle nutnosti věnovat se rozvíjení konkrétní složky řeči (rozvoj výslovnosti, její fixace a automatizace, slovní zásoby, gramatiky ad.) s využitím nejrůznějších her, stavebnic, logopedických kostek, puzzle, dětských časopisů, obrázků, pexesa, počítačových programů a jiných (viz otázka č. 17).

Terapie je tradičně ukončena pochvalou, oceněním (razítko, obrázek, bonbón) a záznamem do deníčku dítěte.

Jednu z variant, jak dítě vhodně motivovat a názorně strukturovat probíhající činnosti, je nápad jedné speciální pedagožky – logopedky, jež graficky znázorňuje plán terapeutické činnosti pomocí obrázků, které se po vykonání příslušné aktivity otočí, a klient je tak informován o množství vykonané práce.

Otázka č. 22: Na co se v terapii zaměřujete v první řadě (foneticko-fonologická, lexicálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická)?

5 respondentů uvedlo, že hlavní důraz klade na rozvíjení lexicálně-sémantické roviny jazyka (slovní zásoba, význam slov), 4 na pragmatickou složku řeči (rovina sociálního uplatnění komunikace), 3 na foneticko-fonologickou rovinu (výslovnost, zvuková stránka řeči), 2 respondenti neuvědli žádnou z variant.

I tyto údaje jsou pouze orientační. V rámci terapie se přirozeně rozvíjí všechny roviny současně, žádnou nelze opomenout a zanedbat. Toto platí i u všech druhů NKS, obvláště v rámci péče o dysfatické dítě.
Otázka č. 23: Jaká témata při terapii volíte? Necháte dítě zvolit téma, které ho zajímá? 7 (63,6%) logopedů uvedlo, že nechává dítě zvolit téma, 3 (27,3%) nikoliv. Jeden respondent neodpověděl.

Hlavními kritérii volby tématu logopedem jsou: pohlaví dítěte, jeho zájmy, roční období nebo právě probíhající aktuální dění.

Otázka č. 24: **Využíváte při terapii relaxační techniky, psychoterapii, jiné druhy terapie (muzikoterapie, arteterapie, …)?**

K užívání nejrůznějších relaxačních technik v rámci terapie se přihlásilo 9 dotazovaných, muzikoterapie 8, psychoterapie 5, arteterapie 4, jeden respondent uvedl dramatizaci.

![Diagram Využití technik](image)

Otázka č. 25: **Jaké hlavní potíže shledáváte při práci s dítětem s VD?**

Obtížen jsou spíš nesrozumitelnost, která se stává nesrozumitelnou. Problémy se odražejí i v ostatních složkách osobnosti jedince a tím zapříčinějí i složitější průběh intervence. Deficity jsou patrně zejména v oblasti pozornosti, kde dochází k častým výkyvům, nevyrovnanosti. Vyšší je unavitelnost a tenzí nastavení. Mnozí jedinci nejvíce zájem o komunikaci, obtížně se orientují v instrucích, úkolech. Nížší je sluchová paměť, neschopnost spojit viděné s slyšeným, pomalé pracovní tempo. Fixace a automatizace probíhá pomaleji než u jiných druhů NKS. Problematické je údajně i množství času, jež je možný věnovat dysfatikovi, jehož řečová schopnost je narušena ve více aspektech, než je tomu u jiných poruch či vad řeči.

Tři dotazovaní neodpověděli, jeden z nich soudí, že neexistuje nic závažného, co by se nedalo překonat vhodnou motivací.

Otázka č. 26: **Jsou rodiče dětí ochotni spolupracovat (provádět příslušná cvičení doma)?**

Vždy – téměř vždy – spíše ano - spíše ne – téměř nikdy – nikdy?

20% logopedů se domnívá, že jsou rodiče ochotni spolupracovat téměř vždy, 70% se přiklání k názoru, že spíše ano, 10% spíše ne. Nikdy, téměř nikdy a vždy neoznačil žádný z dotazovaných. Neodpověděl 1 respondent.
Otázka č. 27: Zadáváte nějaká domácí cvičení? Jaká? Jakou formou je sděluje te rodičům (např. ústní sdělení, kombinací písemných a ústních sdělení)?
Všichni dotazovaní zadávají dětem domácí cvičení, přičemž shodně 45,5% logopedů zadává úkoly kombinací písemné a ústní formy nebo pouze písemnou formou. 9% z nich sděluje tyto instrukce pouze ústně.

Otázka č. 28: Máte zprávy o dalším osudu „Vašich“ dětí? Jakou školu bývali klienti navštěvují? (V případě, že se nedá jednoznačně určit, do jaké školy většinou docházejí, vyjádřete prosím přibližně procenty).
Informace o dalším vzdělávání dětí má 6 z 11 logopedů. Všichni se shoduji, že záleží primárně na stupni poruchy jedince, která determinuje jejich další vzdělávací cestu. Podle
odhadu logopedů, necelých 50% jedinců navštěvuje běžnou základní školu. Jde přitom o osoby s dysfatickými rysy.

Otázka č. 29: **Konají se ve Vaší mateřské škole nějaké semináře či informativní schůzky rodičů dětí s NKS, nebo jsou Vaše jednání s rodiči čistě individuální? Mají rodiče možnost setkávat se ve Vaší mateřské škole organizovaně?**

Kromě běžných besidek a akcí mají rodiče možnost setkávat se na třídních schůzkách a současně jsou jim poskytovány individuální konzultace v 81,8% případů, pouze individuální konzultace nabízí 18,1% logopedických tříd mateřských škol. Edukativně-stimulační skupiny mají možnost navštěvovat rodiče se svými dětmi ve dvou mateřských školách (18,1%), trénink fonematického uvědomování probíhá v jedné mateřské škole s logopedickou třídou. Edukativně stimulační skupiny rozvíjejí psychické funkce, které jsou nezbytné pro úspěšné zvládnutí povinné školní docházky, např. sluchové a zrakové vnímání a rozlišování, motorika, orientace, paměť, myšlení, pozornost. Hlavní důraz je kladen na prevenci, motivaci, systematičnost a fungující komunikaci.

**Způsob spolupráce s rodiči**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Způsob spolupráce s rodiči</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>individuální konzultace</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>individuální konzultace + třídní schůzky</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>edukativně-stimulační skupiny</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>trénink fonematického uvědomování</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.4 Závěry šetření

Všichni oslovení respondenti ve výzkumu uvedli, že mají zkušenost s prací s dysfatickými dětmi. Za průměrnou dobu své praxe (17,5 let) průměrně setkali s 25 dětmi s takto NKS. O děti pečují kromě pedagogických pracovníků v logopedické třídě i odborníci ze speciálně pedagogického centra, pedagogicko-psychologické poradny a oddělení neurologie, foniatrie, otorinolaryngologie.

Ve školním roce 2005/6 připadá na jednu logopedickou třídu mateřské školy 3,9 jedinců s diagnózou vývojová dysfázie nebo suspektní vývojová dysfázie; její podíl vůči ostatním druhům NKS je 26,17%. O děti kromě logopedů obvykle pečují logopedičtí asistenti, jejichž hlavními úkoly jsou péče o správný vývoj řeči, podíl na korekcí nesprávné výslovnosti, realizace přípravných cvičení, zaměřených na rozvoj zrakového a sluchového vnímání a rozlišování, motoriky, orientace, paměti, pozornosti, dechová a fonační cvičení.

Logopedi většinou považují práci s dysfatikem za více náročnou oproti jiným poruchám a vadám řeči, a to zejména z důvodu všeobecně nízké koncentrace pozornosti, nižší úrovně paměti, poruše fonematického sluchu, delší časové náročnosti, kterou negativně ovlivňuje i vysoká nemocnost těchto jedinců. Na nejvíce deficitní oblasti se zaměřují přípravná cvičení: cvičení na rozvoj fonematického sluchu, paměti, pozornosti, orientace. Naopak nejméně se zaměřují na dechová cvičení a aktivity stimulujiící zrakové vnímání.

Všichni dotazování se shodili na tom, že problematická je především oblast sluchového vnímání, fonematického sluchu a orientace, narušená je pozornost, paměť i kresbě a činnosti. Taktéž panuje konsenzus v otázce odkladu školní docházky, přičemž ¾ speciálních pedagogů má zkušenost s jednorocním odkladem.

Při diagnostice se opírají o informace z osobní a rodinné anamnézy, všimají si způsobu komunikace rodiče s dítětem, sledují prodělánou onemocnění, úrazy. Pozitivní rodinnou anamnézu přitom uvedla pouze asi jedna třetina dotazovaných. Většina z nich má také zkušenost s nezjištěnými příčinami vzniku poruchy.

Přípravná cvičení se provádějí většinou kombinací individuálních a skupinových aktivit. Tato průpravná cvičení jsou vykonávána v odlišných denních frekvencích – jedenkrát až dvakrát denně, přičemž jejich počet je podle nich ideální od dvou do tří těchto aktivit během jednoho dne.

Logopedi při své práci využívají veškerý dostupný materiál vhodný pro práci s předškolními dětmi; preferují vlastnoručně vyrobené pomůcky, předměty denní potřeby, obrázky a obrázkové sady, pracovní listy, pexeso, skládačky, logopedické kostky, pomůcky motivující
ke správnému dýchání, buzčáky, logopedické zrcadlo, speciální počitačové programy, mechanické pomůcky (vibrátory, špátle), časopisy, dětské knihy a obrázkové slovníky.

Téměř všichni oslovení usilují o spolupráci s rodiči, kteří by vykonávali potřebná cvičení v domácím prostředí, avšak zkušenosti s jejich dodržováním jsou spíše uspokojivé. Někde se spolupráce beze zbytku daří, s jinými dětmi nepracují jejich rodiče vůbec. Úkoly jsou zadávány většinou kombinací ústních a písemných sdělení, pouze 1/10 dotazovaných uvedla preferenci čistě ústní formy. Rodiče, resp. zákonní zástupci jsou informováni v 4/5 případů prostřednictvím individuálních konzultací v kombinaci s třídními schůzkami. Možnost účastnit se edukativně-stimulačních skupin mají rodiče ve dvou mateřských školách, v jedné se setkávají v rámci tréninku fonematického uvědomování.

Každému dysfatickému dítěti je průměrně věnováno asi 40 minut čistého času určených k logopedické terapii (zahrnující i skupinová přípravná cvičení), intenzivní individuální logopedická péče z toho tvoří necelou polovinu času, tj. asi 17 minut. Struktura individuální logopedická péče je značně různorodá, záleží na mnoha faktorech, které ji podmínějí. V jejím rámci dochází k rozvíjení všech rovin řeči, zvláštní důraz na slovní zásobu uvedla necelá polovina dotazovaných. Velký význam je také přikládán péči o pragmatickou rovinu jazyka. Většina oslovených (necelých 64%) nechá dítě volit téma individuální logopedické péče podle jeho zájmů. Při práci jsou využívány relaxační, a muzikoterapeutické techniky, méně psychoterapeutické, arteterapeutické a dramatoterapeutické aktivity.

Těsná většina dotazovaných (6 z 11) má podle svých slov informace o dalším vzdělávání dysfatických dětí. Tato edukace se odvíjí od stupně jejich poruchy. Asi polovina dysfaticků navštěvuje běžnou základní školu, jedná se především o jedince s diagnózou suspektivní vývojová dysfázie.
ZÁVĚR

V úvodní části bakalářské práce jsem shrnula dosavadní poznatky o dysfázií tak, jak ji předkládá odborná literatura. V případě dysfázie se jedná o velmi složitou poruchu řeči s rozmanitou symptomatikou i etiologií. Příznaky se promítají do všech složek osobnosti člověka – vnímání, motoriky, orientace, myšlení, paměti, pozornosti; výrazně negativně je ovlivněna řeč ve všech svých rovinách. Ačkoliv se od dělení dysfázie na jednotlivé formy upouští, nadále se můžeme setkat s rozlišením jejích jednotlivých forem v české odborné literatuře, ale i v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Za příčiny vzniku takto narušené komunikační schopnosti obvykle považujeme faktory biologické, hereditární, nepříznivý vliv nezjištěna, přesto však vždy existuje mnoho důvodů pro co nejdetailnější pozorování klienta s cílem poskytnout jemu i jeho sociálnímu prostředí optimální terapeutickou péči, zaměřenou na celou osobnost takto postiženého jedince.

Ve druhé kapitole jsou podrobné rozebrány možnosti logopedické intervence u dysfatických jedinců v logopedické třídě. Mým cílem bylo seznámit s činností logopeda, oblastmi jeho působení, prací a cíli. V této části jsou shrnuty zásady, kterými by se měla řídit všechny aktivity logopeda, mají-li být úspěšné, pozitiva i negativa jednotlivých druhů terapie se zřetelem k jedinci i terapeutovi; naznačeny možnosti rozvoje jednotlivých deficitních složek ve vztahu k dysfázií.

V empirické části jsem pomocí dotazníku, určeného logopedům v logopedických třídách ve městě Brně, shrnula jejich zkušenosti a znalosti z dané problematiky tak, aby mohly co nejlépe posloužit porovnání a utrčení poznatků pro praktické účely. Výzkum se mimo jiné zabývá činnostmi, které logopedičtí pracovníci s dysfatickými dětmi provádějí, pojednává o jejich zkušenostech se spoluprací s rodiči i s odborníky, podává přehled o pomůckách a materiálech, jež ke své práci využívají, metodách práce a jejich obtížích ze subjektivního pohledu pedagogů.

Jak již bylo v úvodu řečeno, komunikační schopnost člověka je podstatnou částí jeho osobnosti. Příznivému utváření a rozvoji této specificky lidské vlastnosti musí být věnována adekvátní pozornost. Jen v případě, že se jedinec stane dostatečně kompetentním pro svůj vlastní plnohodnotný život, může být také svobodně a příznivě směřován k naplnění vlastních potřeb a přání. Osoba s diagnózou vývojové dysfázie však zejmena v počátku vyžaduje intervenci někoho dalšího – logopeda, jehož úsili by mělo směřovat k co nejdůkladnějšímu
pozorování a vedení tohoto jedince. Speciálním pedagogům by proto měly být vytvořeny co nejlepší podmínky pro jejich práci, na nichž se význačnou měrou podílejí oni sami, např. v svou činnosti v logopedických třídách.
**SHRNUTÍ**

Předkládaná bakalářská práce analyzuje problematiku logopedické intervence poskytované jedincům s diagnózou vývojová dysfázie. Práce je členěna na teoretickou a výzkumnou část a je rozložena do tří kapitol. Jejím cílem je zmapovat situaci poskytování logopedické péče dětem s dysfázií.

Úvodní kapitola podává přehled o problematice vývojové dysfázie tak, jak ji předkládá odborná literatura. Pojednává o možnostech vzniku takto narušené komunikační schopnosti, jejich příznacích v řeči a projevech v ostatních složkách osobnosti; seznamuje čtenáře s vývojem terminologie z hlediska historie jejího zkoumání. Druhá kapitola pojednává o možnostech logopedické terapie dětí předškolního věku v logopedických třídách, jejich formách a zásadách, které je nutné při práci s takto postiženými jedinci dodržovat. Tato část práce uvádí návrhy, které mohou sloužit k rozvoji funkcí, jež ovlivňují komunikační schopnosti daného jedince.

Výzkumná část je zpracována na základě dotazníkového šetření v jedenácti mateřských školách s logopedickou třídou v Brně. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat situaci poskytování logopedické intervence dětem s diagnózou vývojové dysfázie.
SUMMARY

Presented thesis analyses the problematics of the speech therapy provided for people with dysphasia diagnosis. This work is divided into two parts: theoretical and research, and sectioned into three chapters. Its goal is to chart the situation of speech therapy offered to children with dysphasia.

Opening chapter operates with theoretical knowledges drawn on literature. It describes the possibilities of origin, symptoms in speech and other personnel components. It treats of historical development of terminology. The second chapter shows the speech therapy concepts used at pre-school arrangements. It apprises of the forms and necessary principles. This part of work provides the available inventions used for speech development.

The research part uses the interrogatory. It has been realised in eleven kindergartens with classes rendering speech therapy in Brno. The aim of this research was to chart the situation of speech therapy providing children with dysphasia.


PŘÍLOHA
**DOTAZNÍK**

Vážená paní logopedko,

jem studentkou 3. ročníku oboru Speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně, specializace logopedie – surdopedie. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o pomoc při výzkumu v rámci bakalářské práce, jejíž téma zni „Logopedická intervence poskytovaná dětem s diagnózou vývojová dysfázie“. Mým cílem je zjistit, jakým způsobem je poskytována logopedická péče v logopedických třídách v brněnských mateřských školách, a k tomu nezbytně potřebuji Vaše cenné zkušenosti. V případě, že v současné době nemáte žádné děti s vývojovou dysfázií v péči, pomohou mi i Vaše zkušenosti z dřívější praxe s nimi.

Vedoucím bakalářské práce je doc. PacDr. Jiřína Klenková, Ph.D.

Všechna získaná data budou zpracována zcela anonymně. V případě Vašeho zájmu o výsledky výzkumu Vám pošlou hotovou práci.

Za pomoc při práci velice děkuji.

Kateřina Kozáková
3. ročník studia Speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně

**DOTAZNÍK**

1. **Kolik let praxe máte?**

   - ……………………………………………………………………………………………………

2. **S kolika dětmi s dysfázií jste pracovala?**

   - ……………………………………………………………………………………………………

3. **Jak často se setkáváte s následujícími stupnmi poruchy řeči u dysfatických dětí?**

   | Úplná nemluvnost | vždy – často – zřídka - nikdy |
   | Částečná nemluvnost | vždy - často – zřídka – nikdy |
   | Dysfatické rysy  | vždy – často – zřídka – nikdy |

4. **Spolupracujete při práci s dítětem s vývojovou dysfázií se speciálně pedagogickým centrem, příp. jiným poradenským pracovištěm?**

   - ……………………………………………………………………………………………………
5. Kolik je ve Vaší mateřské škole dětí s narušenou komunikační schopností, kolik z toho je dysfatiků?

6. Kdo v mateřské škole peče o dítě s VD?

7. Kolik let mají klienti?

8. Jak náročná je práce s dětmi s vývojovou dysfázií ve srovnání s jinými poruchami řeči? Proč?

9. Setkáváte se u dětí s VD často s deficity v těchto oblastech?
   paměť: ANO – NE
   kolísající nebo nedostatečná pozornost: ANO – NE
   grafomotorika (kresba): ANO – NE
   orientace: pravolevá – prostorová – časová
   narušené zrakové vnímání: ANO – NE
   nedostatečné sluchové vnímání: ANO – NE
   narušená fonematická diferenciace: ANO – NE
   citová vyrovnanost: ANO - NE

10. Je u dětí s VD častý odklad povinné školní docházky? O kolik let?
    ANO – NE  β častěji 1 rok  β častěji 2 roky
11. Se kterými odborníky při diagnostice spolupracujete?

12. Jaké informace zjišťujete od zákonných zástupců dítěte?

13. Setkáváte se s poruchami řeči v rodinné anamnéze dětí s VD, je to častý případ?

14. Je ve většině případů zjištěna příčina vzniku VD? O co se nejčastěji jedná?

15. Jaká přípravná cvičení s dětmi provádíte? Která preferujete (P)? Která dělají dětem s VD největší potíže (NP)?

**dechová**

**fonační**

**na rozvoj motoriky** (jemné, hrubé, oromotoriky)

**na rozvoj zrakového vnímání**

**na rozvoj fonematického sluchu**

**na orientaci** (pravolevou, prostorovou, časovou)

**na rozvoj slovní zásoby**

**na rozvoj paměti, pozornosti**

16. Přípravná cvičení provádíte:

individuálně – skupinově – kombinací nebo střídáním individuálních a skupinových cvičení
17. Využíváte při přípravných cvičeních nějakého metodického materiálu? Jakého? Jaké pomůcky využíváte při práci s dysfatickým dítětem?

……………………………………………………………………………………………………

18. Kolikrát denně provádíte přípravná cvičení? Kolikrát by bylo podle Vašeho názoru děti měly absolovat za jeden den, aby byla co nejvíce efektivní?

provádíte: ………………………………………………………………………………………………………….  
bylo by ideální:………………………………………………………………………………………………………. 

19. Doporučujete rodičům vykonávat tato cvičení i doma? Jaké máte zkušenosti s rodiči, co se týká jejich dodržování?

ANO – NE
……………………………………………………………………………………………………

20. Kolik času přibližně (v minutách) věnujete denně log. interventi dítěti s vývojovou dysfázií?

celkové (prevence, terapie, přípravná cvičení, příp. diagnostika):………………………………………………..  
intenzivní (individuální) terapie:……………………………………………………………………………………………..

21. Jaká je struktura individuální log. terapie dítěte s VD (jak terapii začínáte, čím pokračuji, jak ji zakončujete)?

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………
22. Na co se v terapii zaměřujete v první řadě (foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, pragmatická)?

23. Jaká téma při terapii volíte? Necháte dítě zvolit téma, které ho zajímá?

ANO – NE

24. Využíváte při terapii relaxační techniky, psychoterapii, jiné druhy terapie (muzikoterapie, arteterapie, …)?

25. Jaké hlavní potíže shledáváte při práci s dítětem s VD?

26. Jsou rodiče dětí ochotní spolupracovat (provádět příslušná cvičení doma)?

vždy – téměř vždy – spíše ano - spíše ne – téměř nikdy – nikdy


29. Konají se ve Vaší mateřské škole nějaké semináře či informativní schůzky rodičů dětí s NKS, nebo jsou Vaše jednání s rodiči čistě individuální? Mají rodiče možnost setkávat se ve Vaší mateřské škole organizovaně?