

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2005

RADKA KOTRBOVÁ

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

Bakalářský studijní program: Předškolní a minoškolní pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro učitele MŠ a vychovatele

Název BP:

**ŘEČOVÉ MOŽNOSTI DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU
OBRNOU VE SPECIÁLNÍ MATEŘSKÉ ŠKOLE HURBANOVA**

Autor:

Podpis autora:

Radka Kotrbová
Tyršovo nám. 660
399 01 Milevsko

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh	CD
73	0	12	6	9	10	1

V Milevsku dne:

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Radka Kotrbová

Adresa: Tyršovo nám. 660, 399 01 Milevsko

Bakalářský studijní program: Předškolní a mimoškolní pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro učitele MŠ a výchovné pracovníky

Název bakalářské práce: Řečové možnosti dětí s dětskou mozkovou obrnou ve Speciální mateřské škole Hurbanova

Název BP v angličtině: Speaking skills of children with cerebral palsy in a nursery of Hurban- specialised in taking care of children with disabilities (special needs)

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická

Termín odevzdání:

V Liberci dne

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student):

Datum:

Podpis studenta:

Charakteristika práce:

Zmapování vývoje řeči, poruch řeči, řečových možností a volby dorozumívacích prostředků dětí se spastickou i nespastickou formou dětské mozkové obrny (DMO) v naší Speciální mateřské škole Hurbanova (DiC- Hurbanova, Hurbanova 1285, Praha 4- Krč).

Cíl práce:

Cílem práce je zmapovat vývoj řeči, patologii vývoje řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) a jejich možnosti komunikace.

Předpoklad práce:

Ve své práci vycházím ze zkušeností a postřehů mé tříleté učitelské praxe s dětmi s DMO ve speciální mateřské škole a čtyřměsíční praxe vychovatelky/ sociální pracovnice v dětském domově při speciálních školách a dále ze studia odborné literatury.

Hlavní použité metody:

1. Nestandardizovaný dotazník
2. Studium dokumentace
3. Pozorování
4. Strukturovaný rozhovor

Základní literatura:

1. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6
2. KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 106. publ. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5
3. JANOTOVÁ, N. *Reedukace sluchu sluchově postižených dětí v předškolním věku*. 1. vyd. Praha: SEPTIMA, 1996. ISBN 80- 85801-90-6
4. HEMZÁČKOVÁ, K. *Speciálně pedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči a impresivních jazykových schopností*. Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství, 2001.
5. KLEIN, Z. *Atlas sémantických gest*. 1. vyd. Praha: HZ Editio, spol s.r.o., 1998. ISBN 80-86009-21-1
6. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie I*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-593-1
7. *Sborník příspěvků I. Mezinárodní konference k problematice vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením*. Blansko: Speciální škola pro žáky s více vadami, 2001.
8. KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9

9. *Program výchovné práce pro jesle a mateřské školy*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1984. ISBN 14-648-84
10. TŘESOHLAVÁ, Z., ČERNÁ, M., KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjde do školy*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-016-90
11. KUTÍNOVÁ, Z., WIEDENOVÁ, M. *Úvod do psychologie pedagogické a sociální*. 1. vyd. Liberec: TU v Liberci, 2001. ISBN 80-7083-50-8
12. THIEL, E. *Řeč lidského těla prozradí víc než tisíc slov*. 1. vyd. Bratislava: Plasma Service, 1993. ISBN 80-901412-1-8

Prohlášení o původnosti práce:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

V Milevsku dne:

Radka Kotrbová

vlastnoruční podpis

Prohlášení o využití výsledků BP:

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 o právu autorském, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce, a prohlašuji že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení, kopírování apod.).

Jsem si vědoma toho, že: užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem TUL, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených univerzitou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše). Bakalářská práce je majetkem školy, s bakalářskou prací nelze bez svolení školy disponovat.

Beru na vědomí, že po pěti letech si mohu bakalářskou práci vyžádat v Univerzitní knihovně Technické univerzity v Liberci, kde bude uložena.

Autor:

Radka Kotrbová

Podpis:

vlastnoruční podpis

Adresa:

Tyršovo nám. 660
399 01 Milevsko

Datum:

Poděkování

Autorka Bakalářské práce by tímto chtěla poděkovat vedoucí práce – paní Magistře Václavě Tomické za její trpělivost, rady, připomínky a odborné vedení, díky němuž byla práce zdárně dovedena do konce. Dále by chtěla poděkovat Dětskému integračnímu centru Hurbanova, Praha 4 – Krč, zejm. paní ředitelce S. Kačenové za umožnění průzkumu v zařízení, dále všem kolegyním v SMSŠ – Hurbanova za jejich podporu, odbornou radu a pomoc při vyplňování dotazníků, rodičům dětí s DMO ve výše zmíněném zařízení za pochopení a v neposlední řadě též rodině, která projevila během práce na průzkumu autorce velkou trpělivost a porozumění.

Název BP: Řečové možnosti dětí s dětskou mozkovou obrnou ve Speciální mateřské škole Hurbanova

Název BP: Speaking skills of children with cerebral palsy in a nursery of Hurban- specialised in taking care of children with disabilities (special needs)

Jméno a příjmení autora: Radka Kotrbová

Akademický rok odevzdání BP: 2004 / 2005

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická

Resumé

Bakalářská práce se **zabývala** problematikou řečových možností dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) ve Speciální mateřské škole Hurbanova, Praha 4 – Krč a vycházela z respondentčina přesvědčení, že oblast komunikace v životě každého jedince je velice důležitá, avšak u dětí s DMO oproti tělesné rehabilitaci značně opomíjená. Jejím cílem bylo zmapovat vývoj řeči, patologie vývoje řeči a možnosti komunikace dětí s DMO ve výše zmíněném zařízení. Cíle bakalářské práce bylo dosaženo díky malému Výběrovému vzorku, nezastoupení všech forem DMO v zařízení a dalším překážkám, které se v průběhu průzkumu vyskytly, pouze částečně, předpoklady v rámci průzkumu byly však potvrzeny. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí poznatků z praxe a na základě zpracování literárních pramenů objasňovala pojmy jako jsou „Dítě předškolního věku“, „Mateřská škola“, „Dětská mozková obrna“, „Komunikace“, „Komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou“ a další. Praktická část zjišťovala pomocí nestandardizovaného dotazníku, studia odborné dokumentace, pozorování a strukturovaného rozhovoru počet dětí s DMO v zařízení, zjišťovala formu DMO, řečové vady / poruchy u těchto dětí a možnosti jejich komunikace. Předpoklady práce ověřovaly teorii respondentky, že děti s nespastickou formou DMO mají větší potíže při komunikaci a tudíž i mnohem častěji volí pro komunikaci s okolím určité náhradní komunikační systémy, u dětí se spastickou formou DMO respondentka předpokládá menší výskyt logopedických vad a poruch. Jak bylo již výše zmíněno, výsledky Bakalářské práce byly na základě překážek v průzkumu poněkud zkresleny, předpoklady se v rámci průzkumu ale potvrdily. Respondentka navrhovala opatření zejm. v oblasti prevence, větší osvěty, mezioborové spolupráce a spolupráce s rodiči. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat právě spolupráci s rodiči, jejich otevřenost a touhu po informovanosti a pomoci.

Resümee

Die Bakkalaureatsarbeit beschäftigt sich mit der Problematik der Sprachmöglichkeiten bei den Kindern mit der Kindergehirnlähmung. Die Autorin, Kindergärtnerin von Beruf, war vom Anfang an überzeugt, dass die Kommunikation im Leben jedes Menschen eine große Rolle spielt. Bei den Kindern mit der Kindergehirnlähmung wird meistens eine große Aufmerksamkeit der körperlichen Rehabilitation gewidmet, die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten wird jedoch oft vernachlässigt. Die Autorin arbeitet als Kindergärtnerin im Sonderkindergarten Hurbanova, Prag – 4 – Krč. In dieser Einrichtung hat sie eine Untersuchung durchgeführt. Das Ziel der Untersuchung war, die Sprachentwicklung, Pathologie der Sprachentwicklung und Kommunikationsmöglichkeiten der Kinder mit der Kindergehirnlähmung zu verfolgen. Im Verlauf der Untersuchung ist die Autorin auf verschiedene Hindernisse gestoßen (kleiner Auswahlmuster, Abwesenheit einiger Formen der Kindergehirnlähmung im Kindergarten usw.), deshalb kann man mit der Sicherheit nicht behaupten, dass die in der Arbeit angegebenen Schlussfolgerungen allgemeingültig sind.

Die Arbeit besteht aus zwei Teilen – dem theoretischen und dem praktischen. Im theoretischen Teil beschäftigt sich die Autorin u. a. mit den Begriffen „Vorschulkind“, „Kindergarten“, „Kindergehirnlähmung“, „Kommunikation“, „Kommunikation des Kindes mit der Kindergehirnlähmung“ usw. Dabei benutzt sie die Fachliteratur und einige Erfahrungen.

Das Ziel des praktischen Teils war, die Zahl der Kinder mit der Kindergehirnlähmung im gegebenen Kindergarten festzustellen und die Formen der Kindergehirnlähmung, Sprachstörungen und Kommunikationsmöglichkeiten dieser Kinder zu untersuchen.

Zu diesem Zweck hat die Autorin verschiedene Methoden benutzt – den unstandardisierten Fragebogen, die Beobachtung, das strukturierte Gespräch, das Studium der Fachdokumentation u.a.

Die Autorin ist davon ausgegangen, dass Kinder mit unspastischer Form der Kindergehirnlähmung größere Probleme bei der Kommunikation haben, als Kinder mit spastischer Form. Während der Untersuchung hat sich diese Voraussetzung bestätigt. Die Autorin hat sich davon überzeugt, dass bei den Kindern mit unspastischer Form der Kindergehirnlähmung viel häufiger verschiedene Sprachstörungen vorkommen und dass diese Kinder bei der Kommunikation oft andere Kommunikationsmittel wählen, als die Sprache.

Wie bereits oben erwähnt wurde, kann man die Ergebnisse der Bakkalaureatsarbeit nicht verallgemeinern. Sie beziehen sich auf die Einrichtung, in der die Untersuchung verlaufen ist. Die Voraussetzungen der Autorin haben sich als richtig erwiesen.

Zum Schluss beschäftigt sich die Autorin mit den Maßnahmen, die ihrer Meinung nach zur Verbesserung der heutigen Situation führen könnten. Es handelt sich v. a. um die Maßnahmen auf dem Gebiet der Prävention, der größeren Erklärung, Informiertheit, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten der Kinder.

Zur Entstehung dieser Arbeit haben wesentlich die Eltern der Kinder beigetragen, die mit den Kindergärtnerinnen zusammenarbeiten und sich bemühen, den Kindern optimale Bedingungen für ihre gesunde Entwicklung zu schaffen.

Obsah

1. Úvod	
2. Teoretická část	14
2.1 <i>Dítě v mateřské škole</i>	14
2.1.1 Vymezení pojmu „Dítě předškolního věku“	14
2.1.2 Vymezení pojmu „Mateřská škola“	14
2.1.3 Vymezení pojmu „Speciální mateřská škola“	15
2.1.4 Speciální mateřská škola Hurbanova	16
2.2 <i>Dětská mozková obrna</i>	17
2.2.1 Vymezení pojmu „Dětská mozková obrna“	17
2.2.2 Etiologie dětské mozkové obrny a její formy	17
2.2.3 Charakteristika vývoje dítěte	21
2.3 <i>Komunikace</i>	23
2.3.1 Vymezení pojmu „Komunikace“	23
2.3.2 Formy a projevy verbální a neverbální složky komunikace	24
2.3.3 Ontogenetický vývoj řeči zdravého jedince	25
2.4 <i>Komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou</i>	28
2.4.1 Vývoj řeči u dítěte s dětskou mozkovou obrnou	28
2.4.2 Faktory pro stanovení diagnózy poruchy komunikace (vyšetření dítěte)	30
2.4.3 Poruchy komunikace dětí s dětskou mozkovou obrnou	30
2.4.4 Orofaciální stimulace	34
2.4.5 Možnosti komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou	35
2.4.6 Specifika komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou	39
2.5 <i>Rodina a dítě s dětskou mozkovou obrnou</i>	41
2.5.1 Vliv narození dítěte s postižením na rodinu	41
2.5.2 Odborná péče a pomoc	42
3. Praktická část	43
3.1 <i>Cíl praktické práce</i>	43
3.2 <i>Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu</i>	43
3.3 <i>Použité metody</i>	46
3.3.1 Nestandardizovaný dotazník	46
3.3.2 Studium dokumentace	47

3.3.3 Pozorování	48
3.3.4 Strukturovaný rozhovor	49
3.4 <i>Stanovení předpokladů</i>	50
3.5 <i>Výsledky a jejich interpretace</i>	50
3.5.1 Interpretace dat získaných z Nestandardizovaného dotazníku	50
3.5.2 Interpretace dat získaných ze Studia odbor. dokument. a na základě Pozorování	54
3.5.3 Interpretace dat získaných na základě Strukturovaného rozhovoru	62
3.6 <i>Shrnutí výsledků praktické části</i>	66
4. Závěr	67
5. Navrhovaná opatření	69
6. Seznam použitých odborných zdrojů	71
7. Seznam příloh	72
8. Přílohy	73

Seznam používaných zkratk:

AAK: alternativní a augmentativní komunikace

BP: bakalářská práce

CAAK: Centrum alternativní a augmentativní komunikace

CNS: centrální nervová soustava

DIC: dětské integrační centrum

DMO: dětská mozková obrna

IVP: individuální vzdělávací program

LMD: lehká mozková dysfunkce

MR: mentální retardace

MŠ: mateřská škola

SAOP: Sdružení pro aktivní odpočinek a integraci postižených

SMŠ: speciální mateřská škola

SPC: speciálně pedagogické centrum

SPGŠ: střední pedagogická škola

UK: Univerzita Karlova

VOŠ: vyšší odborná škola

Úvod

Zájem autorky bakalářské práce o děti s postižením se objevil v okamžiku, kdy jako praktikantka rekvalifikačního kurzu „Ekonomická a sociální sféra“ nastoupila ve dvaceti letech na přibližně půlroční praxi jako vychovatelka / sociální pracovníce do Dětských domovů „Polárka“ při Speciálních školách v Písku. Později se rozhodla svůj zájem o tuto oblast rozšířit studiem oboru Sociální pedagogiky na VOŠ pedagogické a sociální v Praze 6 - Dejvicích. Zde na škole si mimo jiných volitelných předmětů vybrala také Logopedii a Znakovou řeč. Po úspěšném ukončení školy začala pracovat v Dětském integračním centru v Praze, kde dříve při studiu na škole vykonávala svoji půlroční praxi. Dva roky zde pracovala ve Speciální mateřské škole (dále jen SMŠ) jako učitelka na třídě pro děti s kombinovanými vadami, druhým rokem dále zde působí jako učitelka na speciální třídě.

Jelikož toto výše zmíněné zařízení poskytuje dětem s tělesným postižením téměř komplexní denní péči, dochází sem celá řada dětí s postižením, zejm. dětí s různými formami dětské mozkové obrny (dále jen DMO). Komunikaci a schopnost navázat kontakt považuje autorka v životě dítěte (a to nejen s postižením) za jednu ze stěžejních oblastí, od které se vyvíjí celá řada jeho dalších schopností, možností a dovedností (poznávacích, sociálních,.. atd.). Speciální mateřská škola Hurbanova pod Dětským integračním centrem je schopna poskytnout těmto dětem mimo jiné odborné a rehabilitační péče též péči logopedickou - formou individuálních a skupinových konzultací logopeda MŠ a klinického logopeda. Speciální mateřská škola dále spolupracuje s Centrem alternativní a augmentativní komunikace (dále jen CAAK) a s centrem pro děti s kochleárními implantáty. Důležitá je též spolupráce s rodiči a učiteli na třídě.

Při práci učitelky na speciální třídě se autorka práce s dětmi s DMO a jejich obtížemi v oblasti komunikace setkává dnes a denně. Proto se rozhodla ve své bakalářské práci zmapovat vývoj řeči, poruchy řeči, řečové možnosti a volbu dorozumívacích prostředků dětí se spastickou i nespastickou formou DMO v jejich zařízení - SMŠ Hurbanova v Praze. Cílem práce je zmapovat vývoj řeči, patologii vývoje řeči dětí s DMO a jejich možnosti komunikace. V práci vychází ze zkušeností a postřehů její cca 3,5leté praxe učitelky speciální mateřské školy a přibližně půlroční praxe vychovatelky / sociální pracovníce v dětských domovech při speciálních školách. Nezbytné pro vypracování bakalářské práce byly též poznatky získané na základě četby odborné literatury a zkušenosti z diskusí s kolegy a odborníky Speciální mateřské školy Hurbanova.

V teoretické části se chce autorka zabývat vymezením základních pojmů (jako je např. „mateřská škola“, „dítě předškolního věku“ a „dětská mozková obrna“), dále etiologií a

formami dětské mozkové obrny, charakteristikou vývoje dítěte s dětskou mozkovou obrnou, vymezením pojmu „komunikace“, jejími složkami, formami a projevy, vývojem řeči zdravého jedince a dítěte s dětskou mozkovou obrnou, faktory pro stanovení diagnózy poruchy komunikace, poruchami komunikace dětí s dětskou mozkovou obrnou, jejich způsobem komunikace s matkou, učitelem, vrstevníkem a cizí osobou. Pokusí se zachytit možnosti komunikace dětí s dětskou mozkovou obrnou včetně orofaciální stimulace. Jelikož narození dítěte s postižením mívá ve většině případech větší dopad na chod a život celé rodiny, bude se autorka textu okrajově zabývat též tímto problémem, pokusí se nabídnout alespoň některé rady a kontakty na odbornou pomoc a péči.

V praktické části se bude autorka zabývat výše zmíněným zkoumáním dětí s DMO v jejich SMŠ, zejm. mapováním vývoje řeči, poruch řeči, řečových možností a volby dorozumívacích prostředků. Jako zkoumaný vzorek jí poslouží chlapi a dívky s DMO z jejich SMŠ ve věku od tří do sedmi let. Dobou pozorování bude září 2004 až leden 2005. K dosažení cíle si zvolila celkem čtyři metody: nestandardizovaný dotazník, studium dokumentace, pozorování a strukturovaný rozhovor.

Nestandardizovaný dotazník bude určen pro učitelky jednotlivých tříd výše zmíněné SMŠ. Jeho cílem je zjistit počet dětí s DMO na třídách, formu a míru jejich postižení, přítomnost logopedické vady nebo poruchy, dětmi využívané komunikační systémy a spolupráci dítěte s logopedem. Následovat bude studium dokumentace těchto dětí (jejich lékařských zpráv, hodnocení, individuálních vzdělávacích programů – zejm. v logopedické a motorické oblasti) a dále dlouhodobé pozorování dětí s DMO na třídách. Autorka se zaměří na způsob navázání komunikace dítěte s DMO při hře, učení, vyjádření sdělení,.. Bude sledovat jeho komunikaci s autoritou - pedagogem, cizí dospělou osobou, vrstevníky a rodiči. Celý průzkum by měl zakončit strukturovaný rozhovor s rodiči, jehož cílem bude zmapovat komunikaci dětí s rodiči a rodinnými příslušníky, vývoj řeči těchto dětí od narození, jejich poruchy, volbu dorozumívacích prostředků a míru spolupráce rodičů s logopedem, popř. jinými odbornými zástupci.

Jelikož skladba dětí na třídách se rok od roku mění, autorka nezná prozatím konečný počet dětí s DMO v jejich zařízení. Věř, že na základě spolupráce s rodiči, pedagogy, logopedy aj. odborníky se jí podaří podat ucelený obraz o malých klientech s DMO v jejich SMŠ a vyzkoumat u nich vše, co si výše předsevzala.

1. Teoretická část

1.1 Dítě v mateřské škole

2.1.1 Vymezení pojmu „Dítě předškolního věku“

Říká se, že prvních sedm let života je pro člověka rozhodující.

Dítě předškolního věku – je dítě, které prochází předškolním obdobím, které je charakterizováno jako období dítěte od tří let věku do jeho vstupu do školy, tj. započeti povinné školní docházky. Pohybuje se tedy mezi třetím až šestým, popř. sedmým rokem života. Je to období velkého vývoje dítěte po všech stránkách (emoční, sociální, motorické, poznávací,...). Rozvíjí se řeč a myšlení, dítě se snaží najít si svoje vlastní místo ve světě, více se osamostatnit a prosadit se. Neustále se objevuje ale ještě jeho silná vazba k rodině. Ke zdárnému rozvoji dítě potřebuje klidné a vyvážené prostředí rodiny, pocit lásky, bezpečí a domova. V raném věku pro dítě rodina představuje primární výchovně vzdělávací orgán. V období předškolním má vedle rodiny ve výchovně- vzdělávacím procesu své nezastupitelné místo také mateřská škola.

2.1.2 Vymezení pojmu „Mateřská škola“

Mateřská škola (nebo- li „MŠ“) - byla podle „Programu výchovné práce pro jesle a mateřské školy“ (1984, s. 7) uznána jako primární výchovně vzdělávací orgán určený pro děti od tří do šesti až sedmi let věku (do vstupu dítěte do základní školy), na jehož poznatky, zkušenosti a dovednosti navazuje vzdělávací soustava základních škol. Podle „Zákonu č. 76/1978 Sb., o školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, §2“ – mateřská škola je založena na konkrétním cílevědomě strukturovaném vzdělávacím programu, úzce spolupracuje s rodinou. Účast v MŠ je dobrovolná a zpřístupněna všem, kdo má o její služby zájem a splňuje interní požadavky tohoto zařízení. Cílem výchovy dětí v MŠ je na základě individuálních možností a vrozených dispozic umožnit dítěti všestranný harmonický rozvoj dle jeho osobního tempa. Cíle předškolní výchovy se v průběhu let měnily, závisí na záměrech a potřebách společnosti, ve které dítě vyrůstá. Jelikož dítě tráví v MŠ podstatnou část dne, měla by MŠ být pro něj laskavým a důvěrně známým prostředím, ve kterém se dítě dobře cítí a zároveň se učí větší samostatnosti, novým poznatkům, schopnostem, dovednostem, umění prosadit se, vzájemné spolupráci, určitému řádu, soužití v kolektivu, respektu a toleranci. Získává mnoho nových rolí. Naučí se zvládání sebeobsluhy, pravidlům vzájemné komunikace, samostatnému myšlení, schopnosti nahlas definovat svá přání a

formulovat požadavky, nebát se požádat druhého o pomoc, ale i sám ji v případě potřeby nabídnout. MŠ je k dítěti vlídná, nekritizuje, dává možnost každému jedinci vyniknout a pomoci tak dát mu zažít pocit úspěchu, jedinečnosti a uplatnění. V MŠ není konečný výsledek práce pro dítě vždy nejdůležitější, na prvním místě stojí proces činnosti, kterou dítě provádí, neboť prostřednictvím ji poznává a osvojuje si svět, věci a jevy kolem sebe. Ačkoli se dítě v MŠ učí poznávat, hledat souvislosti a pojmenovávat tento svět, hlavní činností dítěte předškolního věku zůstává hra. Ne každé dítě má ale to štěstí, aby se narodilo zdravé a mohlo navštěvovat s kamarády běžnou mateřskou školu. Pro tyto děti náš stát a společnost zřídily tzv. „speciální mateřské školy“.

2.1.3 Vymezení pojmu „Speciální mateřská škola“

Speciální mateřská škola (nebo- li SMS) – je určena hlavně a především pro děti se specifickými potřebami, které z nějakého fyzického nebo psychického důvodu a odlišností nemohou nebo nezvládají navštěvovat běžnou mateřskou školu. Někdy bývá pro rodiče dítěte se specifickými potřebami těžké smířit se s faktem, že jejich dítě nebude stejné jako ostatní zdravé děti a odmítají proto svoje dítě přihlásit do speciální mateřské školy s nadějí, že v běžné mateřské škole nebude jejich dítě tak nápadné, že časem snad ostatní děti v „lecčems“ dohoní a samo se tak nebude cítit jiné než ti druzí. O zařazení dětí s postižením do běžných mateřských škol pojednává „Vyhláška č. 35/ 1992 Sb., o mateřských školách, ve znění pozdějších předpisů“, speciálními mateřskými školami se zabývá „Vyhláška č. 127/ 1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách, ve znění pozdějších předpisů“. Běžná i speciální mateřská škola mají pro dítě se specifickými potřebami určité svoje „pro“ i „proti“. Rozhodnou- li se rodiče přeci jen pro výběr speciální mateřské školy, mohou počítat s odbornou pomocí, možností odborného poradenství a komplexní péčí, malým kolektivem a individuálním přístupem na základě Individuálního vzdělávacího programu, který přihlíží k individuálním zvláštnostem, potřebám, osobnímu tempu, rodinným dispozicím, věku a možnostem dítěte. Výhodou je též bezbariérovost a vybavení školy speciálními pomůckami nezbytnými pro ulehčení práce a hry dítěte s postižením a dostupnost těchto škol v blízkosti MHD. Nevýhodou SMS bývá většinou nepřítomnost těchto škol převážně na malých městech a vesnicích , případně v některých čtvrtích velkoměst, dále malá možnost porovnání se s výkony a chováním zdravých jedinců a problémy se socializací plynoucí zejm. z oboustranné neznalosti integrace.

2.1.4 Speciální mateřská škola Hurbanova

Speciální mateřská škola Hurbanova (viz. Příloha č. 1: Informační leták DIC) - spadá pod Dětské integrační centrum (dále jen DIC), s.r.o., Hurbanova 1285, Praha - 4. Jde o fakultní školu katedry speciální pedagogiky Pedagogické fakulty UK a celé řady SPGŠ a VOŠ. Vyznává zdravý životní styl, který zahrnuje zabezpečování uspokojení přirozených potřeb dítěte, podporuje zdravý tělesný, duševní a sociální vývoj dítěte, vytváří optimální podmínky pro jeho individuální osobnostní rozvoj a základní předpoklady pro jeho pozdější vzdělávání. SMŠ je určena především pro děti s tělesným postižením, kterým je zde poskytována speciální péče dle jejich zdravotního postižení. Děti jsou zde vzdělávány podle Rámcového programu pro předškolní vzdělávání na základě individuálních vzdělávacích programů (dále jen IVP), jejichž součástí jsou i tzv. „nadstandardní aktivity“. Pro speciální výchovnou a terapeutickou péči je škola vybavena saunou, bazénem, vířivkou, masážní sprchou, speciálními rehabilitačními stoly, různorodými rehabilitačními a didaktickými pomůckami. K dispozici jsou speciálně upravené pracovny pro logopedickou péči, rehabilitaci, ergodilna, lékařská ordinace, Speciálně pedagogické centrum (dále jen SPC) a pracovní sociální pracovnice. Pro pobyt a pohyb venku je využívána rozlehlá školní zahrada s velkým množstvím krásných vzrostlých stromů, multifunkční bezbariérové hřiště a terasy přizemních tříd. Děti se zdravotními problémy jsou integrovány ve věkově smíšených třídách společně se zdravými dětmi. Na škole funguje celkem pět tříd, každá třída má svoje specifika. Jedna ze tříd je určena pro děti s těžkým tělesným postižením a kombinovanými vadami, druhá pro děti předškolní a s odkladem školní docházky, další dvě třídy jsou speciální - určené zejm. pro děti se zdravotním znevýhodněním (jako jsou alergie, ekzém, diabetes melitus, oslabený imunitní systém,...). Poslední třídu tvoří třída běžná pro děti s pouze lehčím zdravotním oslabením. Zvláštností DIC je tzv. „diagnostická“ třída, která je určena pro krátkodobější pobyty dětí (po dobu dvou až šesti měsíců), za účelem adaptace dítěte a stanovení dalšího výchovně – vzdělávacího postupu. Minulý školní rok do naší SMŠ docházelo celkem 102 dětí, z toho 58 dětí se zdravotním postižením či oslabením. DIC nabízí dětem i rodičům celou řadu služeb, odborných seminářů, poradenství, kroužků a činností. Úzce spolupracuje s rodinou a se Sdružením pro aktivní odpočinek a integraci postižených (dále jen SAOP), pořádá ozdravné pobyty a letní tábory, podílí se na začleňování postižených dětí do běžných škol, zajišťuje asistentskou a dobrovolnickou službu a pravidelná týdenní setkávání maminek na tzv. „Klubu Kamínek“. Navázán byl též kontakt se zahraničními institucemi v rámci programu EU Socrates – Comenius. Jedná se o společnou práci na

projektu „Škola pro všechny“, kterého se účastní řada institucí z různých evropských zemí. Spolupráce byla též navázána s institutem Eckwalden v Německu. Pro děti a rodiče v průběhu roku pořádá SMŠ a DIC celou řadu akcí jako např. Drakiádu, Dětský den, Zábavnou sobotu, Masopust,.. atd. Díky své otevřenosti v názorech i široké veřejnosti se SMŠ při DIC, s.r.o., řadí mezi tzv. zařízení „bez dveří“.

2.2 Dětská mozková obrna

2.2.1 Vymezení pojmu „Dětská mozková obrna“

Dětská mozková obrna („DMO“) byla v dřívějších dobách označována v perinatálním období vzniku též jako tzv. „Littleova choroba“ nebo –li perinatální encefalopatie. S tímto termínem se můžeme setkat též pod názvem „Cerebral Palsy“. Díky stále rostoucímu zájmu o informovanosti veřejnosti o životě a dění kolem sebe se mohou lidé z různých statistik dozvědět, že procento dětí postižených dětskou mozkovou obrnou (tzv. „DMO“) se blíží počtu přibližně 0,5 % dětské populace. Jak uvádí ve Sborníku příspěvků Klenková (2001, s. 52), jedná se o jedno z nejzávažnějších perinatálních, perinatálních a raně postnatálních postižení projevující se poruchami v centrální regulaci hybnosti člověka na základě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje. Jde tedy o jednu z centrálních obrn. Většinou můžeme hovořit o na první pohled viditelném postižení, proto má DMO míno jiné na dítě a jeho rodinu dopad i sociální. Často bývá narušen vývoj řeči, v některých případech bývá zasažen i intelekt. Zaznamenána byla též zvýšená citlivost na některé léky, endokrinologické a vegetativně nervové poruchy, opožděný či nedostatečně rozvinutý motorický vývoj,.. K DMO se druzí celá řada dalších postižení – např. zrakové, sluchové, dále poruchy chování a epileptické záchvaty. Pro plnohodnotný život v běžné společnosti potřebují děti s DMO komplexní péči a ucelenou rehabilitaci – léčebnou, psychologickou, speciálně – pedagogickou / pedagogickou a sociální.

2.2.2 Etiologie dětské mozkové obrny a její formy

DMO vzniká v důsledku kombinací mnoha příčin a faktorů. Některé faktory nejsou ještě dodnes známy. Zvýšenou zranitelnost CNS nese též dědičná dispozice, která za účasti několika dalších faktorů může vést až k poškození mozku a následnému vzniku DMO. K postižení mozku dochází u dětí s DMO v raném období jeho vývoje – tzn. v období perinatálním, perinatálním a raně postnatálním. Některé zdroje uvádějí, že nejvíce ohrožené jsou děti do jednoho roku věku. V této době lze také převážně již diagnostikovat DMO, u

některých forem ale i mnohem déle (např. až ve věku tří let). Dítě s DMO se může rodičům jevit jako dítě např. celkově nezralé, které má opožděnou řeč i motoriku, v některých případech nevyhledává nebo nedokáže udržet oční kontakt, nejeví dostatečný zájem o dění kolem sebe nebo naopak jeví zvýšenou emocionální citlivost. Někdy může jeho tělo působit na nás křečovitým dojmem nebo naopak jako hadrový panák, ojediněle nejsou také poměrně časté cerebrální záchvaty. V prvních měsících života nese DMO podobu hypotonického syndromu (viz. níže), ke změně příznaků dochází mezi 6. až 18. měsícem života. Čím déle hypotonická fáze trvá, tím závažnější má následky (včetně možnosti výskytu mentální retardace). Úroveň postižení se stabilizuje v předškolním věku (minimálně do tří až čtyř let života).

Charakteristické znaky dítěte s dětskou mozkovou obrnou: Díky omezené možnosti pohybu mají děti s DMO sníženou možnost pozorování okolí a tím i omezenější možnost osvojování si nových zkušeností, dovedností a návyků. Leckdy jsou tyto děti závislé na péči ostatních, nebo naopak jsou jejich péči nepřiměřeně zahrnovány, což jim brání v samostatnosti, tvorbě úsudku a lepší připravenosti na život. Díky opožděnému vývoji hybnosti později sedí, stojí, chodí i mluví. Objevuje se u nich (zejm. u kvadruparetické a mozečkové formy) často snížená inteligence, která není dána jenom pozdějším zráním mozkových struktur, ale souhrnem mnoha faktorů. Často se u nich vyskytuje epilepsie. Mají problémy s koncentrací pozornosti, jejich paměť i doba soustředění je krátkodobá, koncentrace nahodilá a přelétavá. Na základní škole se často objevují poruchy učení. K DMO se přidružují i některé zrakové a sluchové poruchy jako např. strabismus (šilhavost) , nedoslýchavost (u dyskinetické formy) nebo dysgnózie – obtíže v oblasti zrakové a sluchové diferenciaci, syntézy a analýzy. Objevují se také obtíže v rozlišování podobně znějících hlásek (tzv. poruch fonemického sluchu) a problémy v oblasti vizuo – motorické koordinace. Ojedinělým jevem díky nedostatečné možnosti nácviku všech pohybových dovedností nejsou u dětí s DMO ani poruchy např. v oblasti ovládání svěračů (inkontinence), a poruchy hybnosti v oblasti orofaciální (nadměrná kazivost zubů, nadměrné slinění). Trpí často infekcemi dýchacích cest. Jsou citlivé na dotek. Jejich pohyb je provázen flexí či nekoordinovanými pohyby a záškuby. Jsou emočně labilnější, jejich reakce lze hodnotit v důsledku neznalosti a nedostatečné sociální zkušenosti jako nepřiměřené. Mají problémy se zvládáním běžných úkonů, sebeobsluhou. V dospělosti působí často infantilním dojmem. U 75-i % dětí s DMO se můžeme setkat s nějakou poruchou řeči. Jedná se zejm. o poruchy artikulace, které se projevují v neobratnosti a nepřesnosti pohybů mluvidel. Postižena bývá

těž jejich motorika a tím i dechová koordinace. Díky tomu je těmto dětem hůře rozumět a obtížně navazují tak jakékoli vztahy. Takto postižené děti potřebují spoustu lásky, péče a porozumění, aby mohly vést pokud možno co nejvíce samostatný a plnohodnotný život.

Vznik dětské mozkové obrny: Jak bylo již výše zmíněno, ke vzniku DMO může vést celá řada faktorů. V *prenatálním období* (před narozením dítěte) může vznik DMO způsobit např. přítomnost některých infekcí matky v době těhotenství nebo např. jako důsledek poruchy neuronální migrace, při které dochází ke zničení nebo poškození mozkových buněk dítěte. Dalším plod ohrožujícím faktorem můžou být různé teratogenní látky v těle matky, anorexie, gestóza nebo např. krvácení matky v době těhotenství. V *období perinatálním* (okolo porodu) může vést ke vzniku DMO např. porodní trauma, narození nezralého (nedonošeného) nebo naopak přenošeného plodu spojené s hypoxií nebo asfyxií. Z příčin vzniku DMO v *období raně postnatálním* (těsně po porodu) zmiňuje se především přítomnost infekcí CNS jako je např. meningitida nebo encefalitida, případně úrazy hlavy a plicní nebo střevní infekce.

Formy dětské mozkové obrny: Pojetí základních forem DMO se u různých autorů liší. Někdo vychází z pyramidové, extrapyramidové a mozečkové formy a jejich kombinací. Vágnerová (2002, s. 95) uvádí např. toto rozlišení:

1. *Forma spastická* – základní znakem této formy je trvale zvýšený svalový tonus. Dítě se jeví křečovitě napjaté. Dochází k ní nejspíš ve třetím trimestru prenatálního života poškozením v motorické oblasti a v mozkovém kmeni. Představuje přibližně 60 – 70 % všech forem DMO. Poškození může mít různý rozsah, dle toho spastickou formu dělíme dále na parézy (částečné obrny) a plégie (úplné obrny). Patří sem:

- *Diparéza* - postižení dolních končetin (horní zůstávají beze změn). V některých případech děti nemohou chodit vůbec a jsou odkázány k životu na vozíku. V lepším případě, mohou-li chodit, je pro ně charakteristická chůze po špičkách, dále nůžkovitá chůze (s pokrčenými koleny) a tzv. chůze „lidoopí“ – kývavá s ohnutými koleny a po špičkách. Prognóza u tohoto postižení bývá kladná, při včasné diagnóze a rehabilitaci se dostávají též první úspěchy. V některých případech se můžeme setkat s pojmem „monoparetická forma“ - u které dochází k postižení pouze jedné končetiny.

- Hemiparéza - jednostranné postižení horní a dolní končetiny (závažněji bývá postižena ruka). Často v kombinaci s diparézou. Řadí se mezi nejčastější formy DMO. Bývá doprovázena atetotickou dyskinézí a jinými nepotlačitelnými pohyby. Nejtěžší formou postižení je „oboustranně hemiparetická forma“, kdy dítěti je znemožněn jakýkoli pohyb horních končetin, často v kombinaci s epilepsií a mentální retardací (dále jen MR).
 - Kvadruparéza – postihuje horní i dolní končetiny. Často bývá narušena též hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra, což se v řeči projeví poruchou řeči – dysartrií. Často kombinována s poruchami inteligence a epileptickými záchvaty. Můžeme sem zařadit i tzv. „triparézy“ – (objevují se zřídka) jedná se o postižení tří končetin.
2. *Forma dyskineticko – dystonická* - bývá označována též jako extrapyramidová. Postihuje cca 20 % dětí s DMO. Projevuje se mimovolními, pomalými a kroutivými nebo záškubovými pohyby různých svalových skupin. Nápadnější v zátěžových situacích. Nelze je ovládat vůlí, jedná se o poruchu způsobenou postižením bazálních ganglií. Intelekt bývá zachován.
 3. *Forma ataktická, mozečková* – relativně vzácná, postihuje cca 5 – 10 % dětí s DMO. Bývá kombinována s poruchami inteligence, postihuje pohybovou koordinaci. Typické jsou problémy s udržení rovnováhy a provedením rychlého pohybu. Symptomy této poruchy se objevují postupně s dozráváním mozkových struktur. Nejnápadnějším příznakem je opožděný motorický vývoj a tzv. hypotonie nebo – li snížený svalový tonus.

Autorka bakalářské práce se více ztotožňuje s pojetím a rozdělením forem DMO podle Klenkové (2000, s. 27). Ta rozděluje formy DMO takto:

1. *Formy spastické:* (viz. výše Vágnerová (2002, s. 95))

- *Diparetická*
- *Hemiparetická*
- *Kvadruparetická*

2. *Formy nespastické:*

- *Hypotonická* – Můžeme hovořit o výraznějším postižení dolních končetin, vyznačuje se sníženým svalovým tonem. Vyskytuje se zejm. u dětí přibližně do tří let věku, poté přechází ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Vzniká

poškozením mozečku, mimokorových oblastí a míchy. Přetrvává-li hypotonická forma i v pozdějším věku dítěte, je provázena často mentální retardací.

- *Dyskinetická* – (nebo-li extrapyramidová forma) vyznačuje se mimovolnými nepotlačitelnými pohyby, provázející každý pokus dítěte o volný pohyb. Intelekt zůstává zachován, výskyt epilepsie je minimální. Vzniká poškozením oblastí mimokorové šedé hmoty, poruchami bazálních ganglií a jader talamu. Pohyby dítěte mohou být atetické (vlnité, hadovité, pomalé v klidu i při činnosti), choreatické (malé, prudké, trhavé), balistické (velké, rychlé, nepotlačitelné pohyby většinou celých končetin) anebo myoklonické (trhavé záškuby svalstva). V pozdějším věku může nastoupit rigidita (svalové napětí, ztuhlost).
- *Mozečková* – nezařazuje se často do forem DMO, vyznačuje se sníženým svalovým napětím a poruchami koordinace pohybů. Považována za samostatný syndrom.

K DMO se v některých případech řadí i lehká mozková dysfunkce (tzv. LMD), tou se ale v této práci blíže zabývat nebudeme.

Při práci s dětmi je důležité rozlišit **stupeň postižení dítěte**:

1. Lehké postižení – dítě je schopno samostatné lokomoce (pohybu)
2. Středně těžké postižení – chůze s pomocí ortopedických pomůcek
3. Těžké postižení - neschopnost samostatného pohybu, imobilita

2.2.3 Charakteristika vývoje dítěte

K hodnocení stupně vývoje dítěte s DMO je nutné znát též obecnou charakteristiku vývoje zdravého jedince. Od té se charakteristika dítěte s DMO dále vyvíjí. Je všeobecně známo, že fyzický věk dítěte s DMO se neshoduje s věkem biologickým. Stejně tak ani jeho vědomosti a dovednosti nerespondují s vědomostmi a dovednostmi zdravého jedince téhož věku. Na stupni jeho vývoje se podílí celá řada vnitřních a vnějších faktorů. Při hodnocení je nutné vycházet z diagnózy dítěte, jeho individuálního tempa, vyhlídek a možností.

První rozdíly v hybnosti dítěte s DMO lze vypožorovat v jeho cca tří měsících věku. Upozornit na ně nás může např. nepřítomnost některého z vrozených reflexů, dále celková ochablost těla s minimálními pohyby končetin nebo naopak s jejich nadměrnou pohyblivostí. DMO může nasvědčovat též hlava stočená k jedné polovině hlavy. Dítě se nedokáže plazit, „pást hříbata“, udržet tělo vztyčené na rukou, otáčet hlavu, sedět ani samostatně stát. Někdy nápadně zaklání hlavičku, propíná bedra k podložce, snaží se převrátit na záda. Končetiny

zůstávají natažené, ruce často zaťaty v pěst. Tyto děti mohou působit netečně, ospalým dojmem či naopak velice hyperaktivně. Pro větší úspěch je nutné včasné stanovení diagnózy a zahájení ucelené rehabilitace.

Etapy psychomotorického vývoje dítěte podle Klenkové (2000, s. 32):

- *Období novorozenecké* – počítá se od narození dítěte do jeho prvních 28- i dní života. Dítě je plně závislé na péči matky. Vývoj míchy je již u konce, pokračuje zrání a vývoj CNS. Dítě přichází na svět vybaveno několika základními nepodmíněnými reflexy, které časem většinou zanikají nebo se přeměňují v jiné vyšší reflexy (viz. např. sací reflex v reflex kousací). Mezi základní nepodmíněné reflexy patří např. reflex sací, polykací, hledací, úchopový, vyměšovací, obranně – orientační a polohový. V této době převládá u dítěte uspokojování základních potřeb. Dítě dává najevo svoji radost i nespokojenost z jejich naplňování úsměvem, křikem, pláčem,... Po krátkém čase dokáže dítě reagovat také na smyslové podněty, touží a domáhá se přítomnosti matky.
- *Období kojenecké* – trvá od druhého měsíce života po dobu jednoho roku. V této době převládá učení nápodobou. Dítě rychle přibírá na váze i na výšce. Chápe význam slov, pokouší se o jejich nápodobu formou broukání, později žvatlání. Objevují se i první dětská slůvka. Dítě si začíná samo sebe více uvědomovat, touží po kontaktu s druhými – zejm. nejbližšími členy rodiny. Je to období velkého vývoje a změn v oblasti tělesné i psychické. Dítě zvedá a otáčí hlavičku po předmětu, převrací se, leze, posazuje se, plazí se a postupně i napřimuje. Nejdříve se pokouší stát s oporou, později (cca v 9. až 11. měsíci) objevují se i první samostatné krůčky. Vzpřímená pozice umožňuje dítěti blíže zkoumat svět kolem sebe. Zvětšuje se jeho kloubní rozsah i rozsah kloubů jednotlivých článků prstů. Ke konci období je již schopné přejít od úchopu celou dlaní po malíkový úchop palce a ukazováku v opozici (k tzv. klešťovému úchopu). Jeho pohyb se stává cíleným, dokáže manipulovat s předměty (počátky hry).
- *Období batolecí* – se označuje období mezi prvním a třetím rokem života. Objevují se pokusy a touha dítěte po větší samostatnosti, proto bývá toto období též označováno jako „období vzdoru“ – dítě si samo sebe více uvědomuje, vše chce hned samo zkusit a napodobit jako dospělý člověk. Je to období největšího rozvoje řeči. Dítě si povídá nejen samo se sebou, ale navazuje i kontakty s ostatními,

komunikuje s nimi. Charakteristickou činností batolecího věku je hra (většinou námětová), která začíná být záměrně řízená a je hlavním zdrojem poznání dítěte tohoto věku. Tříbí se smysly, paměť je krátkodobá a poznamenána emocemi. Tělo je buclatější. Zdokonaluje se chůze, která se postupně mění v běh, dítě zvládá též chůzi po schodech. Koordinace těla a pohybů je přesnější, cílenější. V tomto období lze již většinou s přesností stanovit laterální dítěte.

- *Období předškolní* – spadá sem věk dítěte od tří do šesti (výjimečně sedmi) let života (do nástupu dítěte do ZŠ). Toto období se vyznačuje velkou zvědavostí, touhou po nových informacích. Rozvíjí se jeho poznávací procesy. Dítě s nástupem do MŠ začíná se učit novým rolím a principům socializace a soužití v kolektivu. Myšlení dítěte je názorové, dítě v šesti letech dokáže již srovnávat, zobecňovat, provádět analýzu a syntézu, později abstrahovat. Je poměrně samostatné. Tělo dítěte se vytahuje, zeštíhluje, pohyby jsou ladnější, zpomalují se, zdokonaluje se preciznost jejich provedení. Jemná motorika ruky se zdokonaluje o něco později – v období kolem šestého roku

2.3 Komunikace

2.3.1 Vymezení pojmu „Komunikace“

Základní jednotkou řeči je *slovo*. Jde o soubor poznatků, citů a tendencí k reakcím, které vyvolává. Plní funkci symbolu předmětu, příp. jeho vlastností.

Řeč – Jde o jednu z výlučně lidských schopností. Není vrozená, člověk se rodí na svět s určitými dispozicemi k její reprodukci. Je to celý řetězec slov. Plní zejm. společenskou funkci, umožňuje vzájemné porozumění a předávání si zkušeností mezi lidmi. Platón uvádí řeč jako nástroj dorozumění, kooperace a sjednocení.

Výraz „*komunikace*“ – pochází z latinského slova *communicatio* (sdělování, spojování). Patří mezi základní složku lidské interakce (jde o uvědomělé používání lidského jazyka a všech jeho tvarů a symbolů). Jak uvádí Klenková (2000, s. 17), komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Díky komunikaci jsou lidé schopni se více mentálně i sociálně rozvíjet. Dochází k procesu vzájemné výměny informací mezi jednotlivci a skupinami. Komunikace má mnoho podob – patří sem např. forma ústní, písemná nebo čtená, ale i např. tzv. masová komunikace prostřednictvím masmédií,...

Průběh komunikace podle Kutínové, Wiedenové (2001, s. 52) – Při komunikaci na sebe působí hned několik činitelů navzájem. Mezi ně patří tzv. *komunikátor* – mluvčí, který sděluje nějakou zprávu, informaci (*komuniké*) *komunikátorovi*, příjemci informací. To vše se odehrává prostřednictvím nějakého prostoru, tzv. *informačního kanálu*. Během komunikace je nutné si všimnout, kdo komu co říká, jakým kanálem a s jakým efektem. Komunikátorem může být člověk, ale také skupina lidí nebo nějaká instituce. Komuniké (sdělovaná informace) může mít různou podobu, od mluvené a psané řeči přes signál, reakci,... až po neverbální vyjádření.

2.3.2 Formy a projevy verbální a neverbální složky komunikace

Podle způsobu přenosu informací rozdělujeme komunikaci na *verbální, neverbální a mimosmyslovou*.

Verbální komunikace – (Kutínová, Wiedenová, 2001, s. 55) zaujímá jen zanedbatelnou část sdíleného (přibližně 80 – 90 % informací vnímá člověk od ostatních, ale zároveň je i přenáší druhým převážně neverbálním způsobem). Může mít *pisemnou* nebo *ústní formu*. U ústní komunikace může být komunikátor v bezprostředním kontaktu s komunikantem, vidí jeho přímou odezvu (tzv. zpětnou reakci). U písemné formy lidé jednají převážně s rozvahou, volí jasné a výstižné formulace. Přítomnost přímé odezvy odpadá. Negativním jevem písemné formy verbální komunikace může být též zdlouhavá časová prodleva k získání odpovědi. Řadí se sem např. různé formuláře, smlouvy, dotazníky, ankety a oběžníky, směrnice, dopisy, pokyny a jiné. Podle toho, zda komunikace probíhá mezi dvěma stranami nebo za účasti třetí osoby, dělíme verbální komunikaci na *bezprostřední* a *zprostředkovanou*. Bezprostřední komunikace probíhá buď jedním směrem (viz. přednáška) nebo dvěma směry (např. diskuse). Zprostředkovanou stává se komunikace až vstupem třetí osoby (mediátora) na scénu. Zařadit sem lze převážně masová média - zejm. tisk, rozhlas, televizi, telefon a internet. Během komunikace se můžeme setkat s celou řadou překážek v oblasti komunikace, kterým se říká *komunikační bariéry*, nebo –li *šumy*. Záleží na naší osobnosti, emocích, momentálnímu rozpoložení. Patří sem např. rozdíly v sociální percepci, předjímání závěrů, stereotypní chování, problémy s vyjadřováním, nepochopení smyslu řečeného, nevhodné načasování,...atd.

Neverbální komunikace – bývá podle Z. Kleina (1998) nazývána též jako nonverbální nebo –li mimoslovní. Jde o sdělování informací a postojů formou bezprostředního kontaktu na různých rovinách. Věda, která se zabývá řečí postojů, držením těla a pantomimou se

nazývá *posturologie* (Kutínová, Wiedenová, 2001, s. 57). Důležitou roli při neverbální komunikaci hraje proxemika (vzdálenost mezi komunikátorem a komunikantem), jejich gesta, postoje, způsob dorozumívání,... Emoce a očekávání jsou zachyceny převážně v lidském obličejí (hovoříme o tzv. mimice). Pro snazší manipulaci neverbální komunikaci používají zejm. jedinci s postižením. Na základě neverbální komunikace lze vyčíst u svého protějšku jeho obraz duše, momentální rozpoložení, sebevědomí, mluví –li pravdu, je –li nervózní, ...atd. Ruce, paže, ramena, nohy, poloha prstů, postoj, sklon těla, ale i např. zasedací pořádek mluví místo slov. Řeč lidského těla má svoji vlastní gramatiku a interpunkci. Každé gesto v ní má vlastní hodnotu slova. Počet gest řídne spolu se stoupajícím společenským postavením a stářím. Více se dotýkají lidé spřátelení a blízcí. Je nutné hodnotit vždy celou stránku nonverbální komunikace, posuzovat sladěnost gest, mimiky,... Zmanipulovat lze jen tzv. velká gesta, a to jen po určitou dobu. Malá gesta (mikrosignály - jako např. cuknutí koutky úst, zdvihnutí obočí, zúžení zorniček, zrudnutí tváří nebo pot na obočí) zfalšovat ani jejich tvorbu jinak ovlivnit nelze. Důležitá je tzv. *osobní zóna*, zóna, kam až je člověk ochotný toho druhého k sobě pustit nebo -li jaký si zachovává člověk od toho druhého odstup. Je dána pohlavím, společenským postavením, věkem, momentálním rozpoložení, individuálním založením,... atd. Při nonverbální komunikaci je důležité všimnout si hlasu, jeho zabarvení, výšky, pomlky a hlasitosti a nezapomenout zejm. na oční kontakt, protože někdo má tak výmluvný pohled, že jeho oči hovoří za něj.

2.3.3 Ontogenetický vývoj řeči zdravého jedince

Vývoj řeči z ontogenetického hlediska začíná *obdobím novorozeneckého* (nebo –li *kojeneckého*) *křiku*. Na něj navazuje *období broukání* a *žvatlání* (*pudového a napodobujícího*), které se řadí ještě mezi preverbální projevy. Na ně kolem desátého měsíce života navazuje *období rozumění řeči*, dále *napodobování a vlastní vývoj řeči* (cca kolem prvního roku života). Období vývoje vlastní řeči lze rozčlenit na čtyři na sebe navazující etapy: 1. Stadium emocionálně volní (dítě vyjadřuje svoje přání, prosby, city) , 2. Asociačně reprodukční (pojmenovává na základě konkrétního jevu), 3. Stadium logických pojmů (kolem třetího roku, dítě zevšeobecňuje, abstrahuje) a 4. Intelektualizace řeči (přelom třetího a čtvrtého roku, přetrvává do dospělosti – dítě zpřesňuje obsah sdělení a viděného, rozšiřuje si slovní zásobu). Za dobu ukončení ontogenetického vývoje řeči lze považovat věkovou hranici pěti až šesti let.

Přehled ontogenetického vývoje řeči zdravého dítěte: (Škodová, Jedlička, 2003, s. 599)

- *Před narozením dítěte* – přípravná fáze na řeč, ještě v těle matky. Nazývá se obdobím preverbálním. Hovoří se o tzv. nitroděložním kvílení (nebo –li vagitus uteri), kdy dítě provádí v těle matky polykající pohyby a pohyby dumlání si palce. Emočně ladí svůj sluch na zvuky řeči.
- *Narození dítěte* – mezi první známky lidské řeči patří tzv. novorozenecký nebo –li kojenecký křik. Dítě jím reaguje na změnu prostředí, vyjadřuje nelibost nad změnou teploty, později na pocity hladu.
- *Do jednoho roku věku* – provází dítě spontánní žvatlání a smích. Na negativní pocity reaguje pláčem. Objevují se počátky broukání. Svoji řečovou reprodukcí dává najevo pocity libosti anebo rozladění. Hraje si s hlasem, napodobuje řečové vzorce dospělých osob, hledá zdroj zvuku. Poznává blízké osoby, na jejich řeč odpovídá úsměvem. Rozpozná zákaz i svoje jméno. Převažují gesta. Dělá paci – paci, vrtí hlavou. První slova začíná dítě vyslovovat mezi 10. až 18. měsícem života.
- *Jeden až dva roky* – dítě se pokouší napodobovat intonaci vět, které slyší. Hraje si se slovy, opakuje oblíbená slova. Přetrvává žvatlání a broukání, jeho řečový projev je málo srozumitelný. Koncem druhého roku se srozumitelnost zlepšuje. Dítě ukazuje na známé předměty a části svého těla, snaží se je pojmenovat. Aktivně užívá tři až dvacet slov.
- *Dva roky* – dítě rozumí cca třemi stům slovům, aktivně jich vyslovuje asi tak padesát. Vyjadřuje vlastnictví. Poslouchá opakovaně jednoduché pohádky, odpovídá ano / ne. Jmenuje zvířata, dokáže napodobit jejich zvuky. Vyslovuje vlastní jméno. Dvě slova dokáže kombinovat do vět. Používá zejm. podstatná jména, přídavná jména a slovesa. Začíná rozumět pojům nahoře / dole, vpředu / vzadu, dále v a na.
- *Dva až tři roky* – ze 70- i % začíná být dětská řeč srozumitelná. Dítě rozumí asi pěti stu slovům, používá jich cca dvě stě. Dokáže rozpoznat rozdíl mezi jeden a

všechno. Odpovídá na otázky Kde? A Kdo?, popř. co právě ono či jiný člen rodiny dělá.

- *Tři roky* – dítě rozumí asi devíti stům slovům, aktivně jich používá pro komunikaci cca pět set. Dokáže naslouchat až patnáctiminutovým příběhům, rozlišuje v, na, pod, dále rozdíl mezi malý a velký, odpovídá na otázka Kdo co dělá?, Jaká barva?, Kdo, kde, kolik? Proč? Klade prosté otázky, používá množné číslo a slovesa převážně v přítomném čase, objevuje se ale také již čas minulý. Používá zájmena (i ta vztažná vyjadřující vlastnictví) a příslovce jako např. tady a tam.
- *Tři až čtyři roky* – řeč již docela srozumitelná, dítě rozumí tisíci dvěma stům slovům, aktivně používá jich asi tak osm set. Začíná pokládat otázky, reaguje na příkazy zahrnující dvě akce či dva předměty, doplňuje poslední slovo ve větě.
- *Konec čtyř let* – dítě rozumí až dvěma tisícům slovům, užívá jich až osm set. Rozeznává barvy, odpovídá na otázky Kolik? a Jak dlouho? Hodně se ptá, často vypráví příběhy, většinou neskutečné. Často používá první a třetí osobu jednotného čísla a různá zájmena. K vyjádření používá přítomný a minulý čas plus zvrtná zájmena.

Aby docházelo ke **zdárnému ontologickému vývoji** řeči, je důležité, aby dítě splňovalo **tyto podmínky**: (Škodová, Jedlička, 2003, s. 90)

- 1 / nepoškozená CNS (dále jen centrální nervová soustava)
- 2 / normální intelekt
- 3 / normální sluch
- 4 / vrozená míra nadání pro jazyk
- 5 / adekvátní sociální prostředí

2. 4 Komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou

2.4.1 Vývoj řeči u dítěte s dětskou mozkovou obrnou

Na vývoji řeči dětí s DMO se podílí celá řada vnějších a vnitřních faktorů. Mezi ty vnější můžeme zařadit zejm. prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a způsob výchovy, kterou mu rodiče a jeho nejbližší věnují. Jedná se především o dostatek řečových podnětů a správný mluvní vzor. Vnitřními faktory se rozumí vrozené řečové předpoklady dítěte, dále má –li dítě např. dobrý sluch a zrak. Důležitý je také vlastní intelekt dítěte. Jelikož děti s DMO nesplňují většinou výše stanovené podmínky pro zdárný ontogenetický vývoj řeči (viz. Škodová, Jedlička, 2003, s. 90), setkáváme se u velkého procenta z nich s celkově opožděným (případně stagnujícím) vývojem řeči a s celou řadou dalších různých logopedických vad a poruch.

Rozdíly ve vývoji řeči lze vypořádat již v kojeneckém období. – Dítě projevuje problémy při dýchání, špatně saje. Při pláči má slabý hlasový projev, chybí spontánní hra s končetinami a experimentování dítěte s mluvidly. Pudově nežvatlá (až koncem prvního roku). Jen výjimečně lze u něj zaslechnout spokojené broukání. První slova se objevují ve věku cca dvou let. Díky spasticitě popř. dyskinézi – v tomto případě nepotlačitelným pohybům jazyka a jiných částí mluvidel, jeho řeč (zejm. plynulost tvorby vět) bývá narušena. Dítě hospodáří jen s malou slovní zásobou (ať již aktivně nebo pasivně). Na základě zúženého zorného pole dítě často nezná a nedovede zařadit určité pojmy kolem sebe do správných škatulek, ve skutečnosti nedokáže věci pojmenovat jejich pravými jmény. Velkou řadu pojmů zná dítě s DMO jen zprostředkovaně – na základě obrázků nebo videoprojekce. Proto jeho tvorba slov bývá nepřesná, často zkomolená. Paměť je krátkodobá, slovník zůstává často na úrovni pětiletého dítěte.

2.4.2 Faktory pro stanovení diagnózy poruchy komunikace (vyšetření dítěte)

Pro stanovení diagnózy a vypracování následného plánu postupu je třeba podrobit dítě důkladnému vyšetření. V první řadě logoped zjišťuje druh poruchy řečové komunikace, její příčinu, stanoví stupeň jejího vývoje a určí důsledky, které porucha u dítěte vyvolává nebo by mohla postupem času vyvolat. Určí prognózu vývoje. Následuje podrobná diferenciální diagnostika těchto poruch. Logoped na základě vyhodnocení všech testů a vyšetření ustanoví možnosti následné ucelené logopedické intervence a seznámí s nimi rodiče dítěte. Volba výběru vhodné logopedické intervence by měla vycházet zejm. z momentálního stavu dítěte, jeho prognózy, možností a dispozic.

Komplexní logopedické vyšetření zahrnuje: (Škodová, Jedlička, 2003, s. 70)

- Zhodnocení anamnestických údajů a dat, výsledky odborných vyšetření (zejm. logopedických, lékařských, psychologických aj. diagnostických zpráv, týkajících se možnosti stanovení diagnostiky poruchy řečové komunikace)
- Vyšetření stavu orofaciálních motorických funkcí, hybnosti mluvidel a velofaryngeálních funkcí a příjmu potravy s ohledem na motorický průběh polykání
- Vyšetření řečových motorických funkcí – respirace, fonace, artikulace a zhodnocení stavu prozodických faktorů řeči (přiměřená melodie, přízvuk a nazalita mluvy)
- Vyšetření schopností a možností poruch ve využití systému jazyka – lexikální a gramatické schopnosti (morfologie a syntax jazyka) a pragmatické užití systému jazyka v komunikaci s okolím, a to s ohledem na věk, školní zařazení a celkové vzdělání klienta
- Možnosti a schopnosti komunikace neverbálními prostředky pro zaměření na možnosti kompenzace těžkých poruch komunikace
- Orientační vyšetření sluchového vnímání a kognitivních schopností spojených s komunikací (pozornost, verbální paměť, koherence projevu v komunikaci), grafomotorikou (včetně stanovení laterality dítěte) a schopností lexikálně – grafickou, které jsou podkladem pro další vyšetření odborníků např. z ORL, neurologie, psychologie nebo fyzioterapie

Diagnostika komunikačních schopností dětí s DMO je dlouhodobá, během individuálních sezení se ověřují výsledky a sledují pokroky v práci s dítětem. Jde o týmovou spolupráci mnoha odborníků (logopeda, pedagoga na třídě, speciálního pedagoga, neurologa, foniatra, oftalmologa, psychologa) a v neposlední řadě též rodičů. Při sezeních je důležité zohlednit fyzický, ale i psychický stav dítěte, jeho možný stres z neznámého prostředí, únavu, kolísavé soustředění či možnou přítomnost mentálního nebo smyslového postižení. Důležité je dbát také na správné sezení, aby tělo bylo uvolněné a nedocházelo k nadměrnému tlaku na dýchací orgány. Díky správnému posezení s oporou nohou a fixací v případě potřeby v oblasti

beder, pánve a hlavy, se dítě cítí být jistější, uvolněnější a soustředěnější na výkon. Během vyšetření se sleduje mimo jiné také chuť dítěte komunikovat s druhými, jeho schopnost navázat a udržet oční kontakt. Zjišťuje se celkový stav jeho orofaciální oblasti, hybnosti mluvidel, tvorbu slinotoku, schopnost příjmu potravy a polykání, tvorbu souhybů i celkový nonverbální projev dítěte.

2.4.3 Poruchy komunikace dětí s dětskou mozkovou obrnou

Díky ranému poškození CNS u dítěte s DMO bývá motorika těla i řeči zasažena přibližně v šedesáti až osmdesáti procentech případů. Jedná se zejm. o postupem času zcela neodstranitelné postižení. Vývoj řeči je narušen na všech jazykových rovinách. Dochází k opoždění, popř. stagnaci vývoje řeči. Snahy o volní pohyb je ztížen či zcela omezen svalovým napětím, příp. jeho snížením, což způsobuje též postižení řečového svalstva a jednotlivých složek hlasového projevu jako je fonace, artikulace, dýchání, koordinace nebo plynulost.

Mezi poruchy jednotlivých složek hlasového projevu patří: (Klenková, 2000, s. 49)

- *Poruchy dýchání (respirace)* – dýchání je křečovitě, mělké, výdech slabý, řeč neznělá. Vyskytuje se zejm. u spastických forem a dyskinetiků.
- *Poruchy tvorby hlasu (fonace)* – postihuje převážně těžké formy DMO. Hlas je tichý, nevýrazný nebo naopak nadměrně hlasitý, tlačенý, huhňavý (při velkém úsilí o jeho znění u spastiků) či mečivý (u mozečkové formy DMO).
- *Poruchy modulačních faktorů (dysprózie)* – dochází k narušení tempa, výšky a síly řeči. Mluva je velice nápadná, chaotická, často doprovázená hyperkinezi - výkřiky. Pro ostatní se stává nesrozumitelnou.
- *Poruchy artikulace (článkování)* – na základě poškození hybných funkcí svalstva artikulačních orgánů dochází k nesprávné výslovnosti, artikulaci.

Poruchy řeči mohou vznikat na základě symptomu tělesného postižení (s hybností člověka je postižena i hybnost mluvidel), či v důsledku jeho nepřímého působení (viz. např. zhoršení porozumění řeči, nepochopení správného významu slov,...). Díky určité neznalosti světa, nedostatečné připravenosti na něj a bariérám v oblasti komunikace dochází k poruchám řeči též v oblasti sociální a navázání sociálních vztahů.

Klenková (2000, s. 47) uvádí dle I. Lesného (1980) *tři skupiny poruch řeči u dětí s DMO*:

1. *Poruchy mechanické* – přidružené anomálie efektoru mluvidel, špatná okluze, rozštěpy rtu, patra, anomálie čelistí, vývojové odchylky hrtanu,... ale i např. enormní kazivost zubů.
2. *Poruchy řeči inervačního původu* – poruchy vedoucí k paréze artikulačního svalstva (většinou rhinolalického rázu). Zejm. u diparetiků a kvadraparetiků.
3. *Druhosignální poruchy řeči* – druhotné dysartrie (poruchy artikulace) a dysfázie (dyslalie, jedná se o poruchu vývoje řeči – slovní, větnou, pojmovou nebo percepční) – zejm. u hemiparetiků a kvadraparetiků. Následkem – špatná výslovnost, „telegramatická řeč“ - bez syntaxu, zhoršená paměť, obtíže s vybavováním si slovíček, snížená možnost vnímání slov.

Mezi **nejčastěji jmenované poruchy, které se pojí k poruchám řečové komunikace dětí s DMO** patří především dysartrie a anartrie, dyslalie (sigmatismus), dále agramatismus a dysgramatismus, opožděný vývoj řeči, koktavost, huhňavost, patolalie, dysfázie (porucha polykání), hypersalivace (abnormní slinotok) a kombinované vady a poruchy řeči.

Dysartrie (dysartrofonie) – (Škodová, Jedlička, 2003, s. 72, 303) hovoří se o poškození v různých úrovních CNS, jde o dominantní motorickou poruchu řeči, při níž dochází na základě ochrnutí, ochabnutí nebo nekoordinování řečového svalstva k porušení či deformaci fonace, díky narušené činnosti svalstva měkkého patra a hltanu též resonance, dále artikulace řeči a procesu dýchání. Prozódie, melodie, rytmus a přízvuk řeči jsou tak též narušeny. Dysartrie může být vývojová nebo získaná. Nejčastěji se vyskytuje u kombinovaných postižení, atetóz a kvadraparetiků. Přes obtíže při tvorbě řeči (zejm. při hláskování a výslovnosti) zůstává řeč v konečné fázi plynulá. Často se přidružuje porucha polykání a zvětšená tvorba slinotoku. Poškozen bývá zejm. 5., 7., 9., 10. a 12. hlavový nerv. Dítě nedokáže ovládat svoji čelist a mimické svaly obličeje, nedokáže dostatečně rychle ovládat pohyb svých mluvidel, narušena je též tvorba hlasu. Vývoj řeči bývá opožděn jen ojediněle, jazyková a kognitivní složka zůstává neporušena. Díky třesu může u dysartrie docházet ve školním věku k porušení grafomotoriky. Mimo DMO bývá dysartrie častým příznakem např. demence nebo Parkinsonovy choroby. Podle lokalizace postižení rozlišuje se celkem *šest typů dysartrie*: 1. *Kortikální (korová)* – vzniká poškozením motorických korových oblastí mozku, projevuje se doprovodnými mlaskavými zvuky, nejasnou, setřelou artikulací a opakováním první slabiky slova (iterací). 2. *Pyramidová* – jde o spastickou obrnu, poruchu horního

motorického neuronu. Řeč je tvrdá, nosovost zvýšená, intenzita hlasu proměnlivá. Sání, polykání a žvýkání zůstává neporušeno. 3. *Extrapiramidová* – vzniká poruchami v mimokorové oblasti. Může být buď hypertonická (ztuhlá, pomalá řeč, časté vdechy) nebo dyskinetická (neuspořádaná mluva, nezřetelná artikulace, atetoidní – žmoulavé – pohyby jazyka). 4. *Bulbární* – vzniká následkem poškození prodloužené míchy, Vorošova mostu a nervů v oblasti mluvidel. Bývá u ní poškozeno polykání i žvýkání, hlas je dysfonický až afonický, často se u tohoto typu objevuje huhňavost. 5. *Cerebrální (mozečková)* – vzniká poškozením mozečku, řeč je často nesrozumitelná, hlas hrubý a tvořen s námahou. Hlasy a intervaly mezi nimi se prodlužují, tempo řeči je pomalé. 6. *Směšená (kombinovaná forma)* – velice častá forma, jde o současné zastoupení více forem dysartrie najednou.

Anartrie (Škodová, Jedlička, 2003, s. 303) – praktická ztráta verbální komunikace s okolím, jedna z nejzávažnějších a nejhlubších poruch motorických řečových modalit. Člověk není schopen řádně artikulovat, v těžších případech ani dokonce tvořit hlas (afonie).

Dyslalie (patlavost) – (Škodová, Jedlička, 2003, s. 328) porucha řeči, která se vyskytuje často také např. u patolalie nebo breptavosti. Více postihuje mužskou část populace, nejvíce postižena je správná výslovnost jednotlivých hlásek. Dítě neumí používat hlásky nebo celé skupiny hlásek v mluvené řeči, nedokáže je tvořit na správném místě. Spolu s dysartrií patří mezi nejčastější poruchy řeči. Na vzniku dyslalie se podílí celá řada faktorů, např. inteligence, pohlaví dítěte, dědičnost – zejm. ze strany otce, dále rizikové těhotenství, poškození při porodu, poruchy smyslového vnímání a CNS, ale i vlivy prostředí – jako např. nedostatek podnětů, nesprávný řečový vzor nebo nepřiměřené tresty (bití,.. apod.). Dítě hlásku buď vynechává (tzv. *mogilalie* – místo tráva dítě řekne táva), nahrazuje ji jinou hláskou (tzv. *paralalie*: tráva – tláva), nebo dítě hlásku chybně vytváří (viz. *rotacismus* (R), *rotacismus bohemicus* (Ř), *lambdacismus* (L), *sigmatismus* (vadná tvorba sykavek),..). V raném dětském věku (cca šesti až sedmi let) se patolalie většinou sama či za pomoci logopeda srovná, přetrvává –li i po sedmém roce věku, stává se patologickou. Dyslalii lze rozlišovat podle etiologie, místa poškození, podle kontextu nebo rozsahu. Na tomto základě řeč může být v konečné fázi srozumitelná až absolutně nesrozumitelná (viz. mnohočetná dyslalie – dyslalie universalis).

Agramatismus – (Škodová, Jedlička, 2003, s. 603) jedná se o absolutní neschopnost tvorby gramatiky rodného jazyka, tj. tvorby řeči po její morfologicko – syntaktické stránce (dítě není schopno tvořit a spojovat slova, skloňovat, časovat, tvořit věty,..). Nemusí se jednat vždy ale

o poruchu, může jít také o jednotlivý projev chybného gramatického vyjádření (např. nesprávného skloňování).

Dysgramatismus – (Škodová, Jedlička, 2003, s. 604) projevuje se zejm. u dětí do čtvrtého roku věku, jedná se o nesprávnosti v morfologicko - syntaktické rovině jazykového projevu. Tzn., že dítě má porušenou schopnost užívat v mateřské řeči správně gramatická pravidla.

Opožděný vývoj řeči – (Škodová, Jedlička, 2003, s. 91) u dětí s DMO nastupuje v rámci poruch motoriky těla, svalstva mluvních a dýchacích orgánů. Velkou roli hraje také spasticita a dyskineze dítěte, které dítěti znemožňují pohyb. Na základě snížené pohyblivosti je dítěti s DMO omezen též často přímý kontakt se světem, dítě si mnohem později než jeho zdraví kamarádi osvojuje celou řadu znalostí a dovedností. Leckteré znalosti má zprostředkovány pouze pomocí literatury nebo videoprojekce.

Koktavost (balbuties) – (Škodová, Jedlička, 2003, s. 257) někdy je velice těžké odlišit v praxi spasmus způsobené DMO od spasmů typických pro koktavost. Jedná se o jednu z nejtěžších a nejnápadnějších poruch komunikace, má nepříznivý dopad na člověka, zejm. na jeho sebevědomí a oblast jeho socializace. Lidé s koktavostí propadají často logofobii, bojí se mluvit na veřejnosti, aby se nezesměšili. Žijí v neustálém stresu. Problémová slova opisují, nahrazují. Původ vzniku koktavosti je poněkud nejasný. Jde o jakousi křeč hlasivek s ataxií mluvidel, problémy v oblasti fonace, artikulace a dýchání. Projevuje se zadržáváním se během projevu, přerušováním plynulosti řeči tony (častými zrychlenými nádechy během slova), klony (nepotlačitelnými, důraznými, až několikanásobně zopakovanými zejm. prvními slabikami slova) a tonoklony (spojením tonů a klonů dohromady – nejčastější forma).

Huhňavost (rhinolalie, rinofonie) – (Škodová, Jedlička, 2003, s. 212) může být vrozená nebo získaná, jde o poruchu zvuku řeči. V důsledku pevnějšího ventilového uzávěru mezi nosohltanem a spodnějšími částmi hltanu dochází ke zvýšené nosní resonanci, tzv. nosovosti. Rhinophonický člověk má většinou typický výraz obličeje, dýchá ústy. Vyvinuty mohou být i souhyby mimického svalstva, řeč je obtížně srozumitelná. Rozlišují se celkem tři skupiny huhňavosti: 1. *Otevřená (rhinophonia aperta, hyperrhinophonia)* – patologicky zvýšená nosovost zniklá unikem vzduchu do resonančních dutin při snaze patrohltanového uzávěru o jeho uzavření, 2. *Zavřená (rhinophonia clausa, hyporhonophonia)* – vzniká při patologicky snížené nosovosti většinou omezením nebo zmenšením prostoru resonančních dutin, 3.

Smíšená (rhinophonia mixta) – vzniká při nedostatečném patrohltnovém uzávěru a patologicky zmenšeném prostoru rezonančních dutin.

Palatolalie - (Škodová, Jedlička, 2003, s. 221, 228) porucha především artikulace a resonance, způsobená velofaryngeální insuficiencí (nedostatečnou činností patrohltnového uzávěru) při rozštěpu patra. Původ vzniku této poruchy je poněkud nejasný, podílí se na něm celá řada vnitřních a vnějších faktorů. K jejímu vzniku mohou vést různé chromozomální aberace nebo např. dědičnost. Postihuje převážně mužskou část populace. U dospělých mužů bývá často doprovázena mečivým charakterem barvy hlasu (tzv. palatofonií). V důsledku rozštěpu patra a psychosociálních problémů, které rozštěp patra s sebou přináší, dochází k narušení foneticko – fonologické roviny řeči (nosové resonance, artikulace a srozumitelnosti), dále morfologicko – syntaktické roviny, roviny lexikálně – sémantické a pragmatické. Postihuje verbální i neverbální složku komunikace. Je provázána poruchami mimiky, nesprávnou artikulací a otevřenou huhňavostí, v některých případech se uvádí ještě opožděný vývoj řeči a jazyka a poruchy sluchu.

Kombinované vady a poruchy – vznikají kombinací dvou a více výše zmíněných (nebo i zde doposud neuvedených) poruch řeči, hybnosti, smyslového vnímání,.. atd.

2.4.4 Orofaciální stimulace

Jelikož DMO souvisí v častých případech také s dysfagií (poruchou polykání a příjmu potravy) a nadměrným slinotokem (hypersalivací), které způsobují značné problémy u dětí s DMO v oblasti mimiky, ale hlavně a především problémy v příjmu potravy, ke zmírnění těchto problémů vede tzv. orofaciální stimulace – viz. Klenková (2000, s. 51, 553, 556). Orofaciální stimulace spadá kromě do oblasti klinické logopedie také do oblasti fyzioterapie. Jedná se o stimulaci tváře a obličeje dítěte za účelem většího uvolnění těla a zlepšení motoriky mluvidel (pohyblivosti rtů, spodní čelisti, jazyka, hrtanu a hlasivek), zlepšení polykacích, sacích, kousacích a žvýkacích manévru. Má vést k celkovému zlepšení senzomotorické integrace (větší tepelné, taktilní a chuťové stimulaci). Vychází se s individuálního šetření dítěte, při kterém se zjišťuje pohyblivost spodní dutiny ústní, jazyka, hrtanu a měkkého patra. Vyšetřuje se schopnost sání, polykání, kousání a žvýkání potravy (v pevném i tekutém stavu) a míra salivace. Kontroluje se fáze polykání, reflex kašlání a dávení, dále koordinace dýchání, žvýkání a polykání. Cílem orofaciální stimulace je dítě maximálně uvolnit a snažit se u něj vytvořit alespoň na čas (po dobu jídla) lepší podmínky pro jednodušší příjem potravy.

Orofaciální stimulaci jsou kromě logopeda přítomny rodiče, popř. matka či otec. Dítě se pohodlně a uvolněně posadí nebo položí do inhibiční polohy (tj. polohy symetricky opačné než je jeho spontánní poloha). Tato poloha umožňuje dítěti lepší soustředění. Logoped, fyzioterapeut, příp. speciální pedagog na dítě neustále mluví, informuje jej o tom, co bude s dítětem dělat. Soustředí se nejprve na uvolňování hrubé motoriky (začíná se od hlavy přes krk až po ramena). Po té přechází k stimulaci pohybů celého obličeje, tváří, dolní čelisti, jazyka, rtů a dásní (viz. Příloha č. 2: Bodová stimulace Castillo Moralese), dále se stimulací zabývají např. Brondo nebo Jeniffer Warner. Logoped se snaží u dítěte vyvolat a zafixovat normální přirozený pohyb. Pracuje se od širších převážně krouživých tahů a doteků až po ty jemnější, pracuje se celou rukou či pouze některou její částí, štětečky, zubními kartáčky, lžičkou, lžící, ledem,.. Motivuje se sladkostmi, příslibem oblíbené činnosti,.. Pracuje se s předměty různého materiálu i teploty. Využívá se různých druhů hlazení, tření, brnkání, vibrování, tappingu (tzn. lehkého vibrování a důrazného poklepávání),.. Vyšetření ani vlastní stimulace nebývá pro dítě příjemná, dítě se ji často brání. Stimulace vyžaduje prsty odborníka, aby nedošlo ke zhoršení stavu dítěte nebo dokonce k poškození některých jeho životně důležitých funkcí. Samozřejmostí je též pravidelný domácí trénink (nejméně před každým jídlem) a dále strava a jídelní pomůcky speciálně uzpůsobené každému jedinci zvlášť podle jeho individuálních možností a schopností. I zde platí pravidlo, pokračovat od jednoduššího po složitější a nepřeskakovat jednotlivé fáze pokroku.

2.4.5 Možnosti komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou

U dítěte (a to nejen s postižením) je důležité podporovat jakýkoli jeho zájem o komunikaci, všimnout si, na co dítě upíná svůj zrak, jaké zvuky vydává, jaký je výraz jeho tváře i poloha těla. Důležité je opakovat a neustále komentovat vše, co dítě vidí kolem sebe nebo co se kolem něj děje, a tím rozšiřovat a fixovat jeho slovní zásobu. Slovní zásobu si dítě rozšiřuje i na základě smyslových vjemů (co si očichá, osahá, uvidí,.. – to si také lépe zapamatuje). Lechtání, poskakování, houpání a válení podněcuje dítě k vokalizaci. Děti s DMO rády rytmezují, pobrukují si různé říkanky, básničky a písničky – zejm. ty, co jsou spojeny s pohybem. Dítě by mělo dostat pro komunikaci dostatek času a prostoru.

Jak bylo uvedeno již v předchozích kapitolách, komunikace dětí s DMO bývá ze šedesáti až osmdesáti procent narušena některou popř. některými z poruch komunikace. K těm se přidružují dále např. sluchové a zrakové vady a poruchy, mentální postižení,.. atd. To vše ztěžuje dítěti s DMO komunikaci s okolním světem. Dítě může rozumět tomu, co mu dospělý nebo kamarád sděluje, avšak nedokáže již na tuto informaci odpovědět, předat ji dál druhým

pro ně adekvátním způsobem. Jeho řeč bývá pro ostatní nesrozumitelná, pohyb omezený. Krista Hemzáčková (2001, s. 3) říká, že zvládá –li dítě verbální způsob komunikace, je možné u něj stanovit následujících několik šetření: 1. *Zjistit úroveň potřeby komunikace* (zda dítě používá komunikaci jako zdroj dorozumívání, má – li potřebu komunikovat nebo naopak komunikaci odmítá, zda používá komunikaci pouze pro sdělení, pro dotazování nebo pro uspokojování svých potřeb,...), 2. *Co se pokouší použitím slova nebo slovního spojení dítě vyjádřit* (vlastnictví, existenci, činnost, popření, odmítnutí,...), 3. *Jak rozumí dítě řečovému projevu a smyslu gramatických struktur* (zda se jeho porozumění textu opírá o kontext či zda mu rozumí i bez něj, jaká je slovní zásoba dítěte, zda rozlišuje synonyma, homonyma, antonyma, rozumí –li pouze jednoduchým úkonům a otázkám nebo chápe –li i složitější úkoly – a to ve správném sledu), 4. *Jaký je expresivní řečový projev dítěte* – zda dítě experimentuje se zvuky, žvatlá (nebo má –li toto období již za sebou), zda zná určitý počet a význam slov adekvátní jeho věku a postižení, používá –li správně předložky a gramatiku vět, používá –li k slovnímu vyjádření věty jednoduché, holé nebo celá souvětí,...).

Je –li postižení závažnější a dítě nezvládá na základě pohybových a řečových vad a poruch běžnou verbální komunikaci, musí sáhnout po *náhradních komunikačních systémech*. Pro správný výběr náhradního komunikačního systému je důležité zohlednit u dítěte především věk dítěte, úroveň jeho kognitivních schopností, momentální stav jeho motorických funkcí, zda je dítě schopno a ochotno komunikovat, jeho současný a předpokládaný vývoj dorozumívání, pohybové možnosti, stav smyslových orgánů a ochotu rodiny postiženého akceptovat náhradní komunikační systém dítěte, s jehož pomocí budou ochotni s dítětem doma i na veřejnosti nadále komunikovat.

Náhradní komunikační systémy – cílem náhradních komunikačních systémů je u dítěte s postižením kompenzovat pomocí veškerých komunikačních schopností a možností jeho komunikační nedostatečnost tak, aby dítě bylo schopno se maximálně samostatně dorozumívat a fungovat v okolním světě. Náhradní komunikační systémy bývají též označovány jako **alternativní a augmentativní komunikace** (dále jen **AAK**). *Alternativní komunikace* – znamená náhradu mluvené řeči (příp. znakového jazyka – u neslyšících), *augmentativní komunikace* - podporuje již existující (pro běžnou mluvu však nedostatečné) komunikační schopnosti, napomáhá lepšímu porozumění a vyjádření řeči. Díky AAK se dítě s postižením může stát aktivně komunikujícím partnerem. V praxi AAK používají zejm. děti s těžkým tělesným, mentálním, popř. kombinovaným postižením. Jejichž řeč bývá značně nedostačující, ve výsledku často zcela selhává. Ačkoli se rodiče dětí s postižením výběru a použití AAK v některých případech z různých důvodů brání, důležité je přistoupit

ke vhodnému výběru a aktivaci AAK co nejdříve. Díky tomu se zabrání u dítěte vytvoření a zafixování pocitu selhání, podpoří se u něj pozitivní rozvoj řeči náhradními prostředky a vlastní celková aktivita dítěte. Náhradní prostředky komunikace lze rozlišit podle toho, zda při použití AAK využívají děti některé pomůcky či nikoli. Ty *systémy, které nevyužívají žádné pomůcky*, se nazývají *unaided, dynamické* - (využívají zejm. mimiku obličeje, gesta, pohledů očí, držení těla, manuálních znaků a systémů, patří sem např. znakový jazyk neslyšících, znakovaná čeština, znakování klíčových slov u těžce postižených jedinců, dále prstová abeceda, Cued speech, Tadoma metoda a Lormova abeceda). *Systémy, které pomůcky (ať již technického nebo netechnického rázu) používají*, se nazývají *aided, statické* (patří sem např. trojrozměrné symboly, fotografie, Bliss symboly, Picture Communication symboly, Makaton, piktogramy, komunikační tabulky, kódování, pomůcky se zrakovým nebo hlasovým výstupem). Mezi *nejčastěji používané prostředky náhradní komunikace dětí s DMO* patří různá gesta a znaky, prstová abeceda, znaková řeč, znak do řeči, Makaton, dále Bliss symboly, Picture Communication Symbols (PCS) a piktogramy.

Znak – poskytuje doprovodnou vizuální informaci, jde o spojení řeči a pohybu (zrakové, hmatové a kinestetické podněty jsou důležité pro vytváření percepčně – motorických paměťových stop). Znak má dvě složky: manuální a nemanuální. Manuální složka je dána polohou, pohybem a orientací ruky. Nemanuální složka odpovídá neverbální složce mluvené řeči (viz. mimika, pantomima). Tuto složku však nemusí obsahovat všechny znaky.

Gesto – je důležitá komponenta lidské neverbální komunikace (Klein, 1998, s. 6). Jde o specifický pohyb části lidského těla, který nese nějaký určitý význam. Gesta se užívají v případech, kdy člověk nemůže z nějakého důvodu hovořit, popř. je –li verbální řeč člověku (zejm. s postižením) znemožněna úplně. Gesta mohou popisovat, znázorňovat nějakou věc, objekt, vyjadřovat emoční stav jedince, popř. něco signalizovat (např. jeho prosbu o pomoc).

Prstová abeceda – využívá manuálních znaků, jde o znázornění jednotlivých písmen abecedy pomocí poloh prstů jedné nebo obou rukou. Rozlišujeme jednoruční nebo obouruční prstovou abecedu (viz. Příloha č. 3: Jednoruční prstová abeceda a Příloha č. 4: Obouruční prstová abeceda). Používá se zejm. pro zvýšení srozumitelnosti mluvené řeči, nebo u AAK tam, kde pro určitý pojem nebyl vytvořen znak (např. u jmen).

Znaková řeč – je nazývána též jako znakový (popř. vizuálně kinetický) jazyk, jde o jazyk rovnocenný všem ostatním jazykům. U nás se vyvíjí asi tak od sedmdesátých let dvacátého století. Mezinárodní znakový jazyk se nazývá *Gestuno*. Výhodou znakové řeči je možnost komunikace i na větší vzdálenost, nevýhodou např. nemožnost dorozumění se za tmy či s plnými rukama. Každý znak má svoji lokalizaci, prostor, ve kterém se provádí. Znaková řeč

může mít dvě formy: 1. Ryzí, přirozenou - *vlastní znakovou řeč neslyšících*, nebo 2. Doprovodnou znakovou řeč – u nás *znakovanou češtinu*. *Vlastní znakovou řeč neslyšících* používají neslyšící při komunikaci mezi sebou. Má vlastní gramatickou strukturu, odlišnou od gramatiky slovní mluvené řeči. Užívá se v ní neskloňovaných podstatných jmen a sloves v infinitivu. Důležitý při ní je pohyb očí, mimika, tvar ruky, orientace dlaní, pohyb rukou a prostorové umístění, pohyby hlavy i celého těla. *Znakovaná čeština* se používá při styku neslyšících se slyšícími (např. při formálních jednáních), využívá manuálních znaků neslyšících, které provázejí mluvený projev v češtině, včetně gramatiky a větné stavby.

Znak do řeči – jde o znakování jednotlivých slov, která jsou ve sdělení klíčová. Znaky se provádějí ve zrakovém poli uživatele, nejjednodušší jsou znaky symetrické, prováděné oběma rukama najednou. Znak do řeči provází běžnou mluvenou řeč, používá se zejm. u dětí s těžkým postižením (zejm. mentálním).

Makaton – je speciálně upravená řeč pro mentálně postižené, obsahuje cca 350 jednoduchých znaků. Základem je dobře použitelná slovní zásoba s malými nároky na paměť. Umožňuje další jazykový rozvoj, libovolné spojování samostatných výrazů do vět. Znaky jsou provázeny artikulovanou řečí, používají se též v kombinaci s písmeny pro gramaticky správné dotvoření sdělení. Symboly pro abstraktnější pojmy vycházejí z grafického znázornění manuálního znaku (viz. Příloha č. 5 – Makatonský slovník – ukázka).

Bliss symboly – používají se cca od sedmdesátých let dvacátého století. Původem vzniku byla Kanada. Jedná se o grafický jazykový systém přibližně sta základních symbolů (v první verzi určený především pro mimojazyčné osoby). Kombinací těchto symbolů lze vytvořit další významy slov (viz. Příloha č. 6: Srovnávací tabulka BLISS a PCS symbolů, Makatonu a Piktogramů). Tento jazykový systém zahrnuje konkrétní i abstraktní pojmy, pro jeho aplikaci je nutné naučit se rozumět lingvistickým pravidlům systému - odvozování např. sloves od podstatných jmen tzv. indikátorem sloves (symbolu nohy versus chodit).

Picture Communication Symbols (PCS) – rozsáhlý systém cca více než třech tisíc grafických symbolů logopedky Roxany Johnson v barevném i černobílém provedení. Obrázky působí velice realisticky a jsou vizuálně rozeznatelné pro dítě již od přibližně osmnácti měsíců věku.

Piktogramy – jsou černobílé schematické obrázky, ze kterých lze dále vytvářet různé tematicky odlišné *komunikační tabulky* (času, místa, osob, potravin, zařízení bytu, předložek, činností pracovních i odpočinkových aktivit, barev, slov s opačným významem, dopravních prostředků, pocitů,...) – viz. Příloha č. 7: Piktogramy činností. Obrázky by měly být větších rozměrů, podklady jednotlivých tabulek odlišeny jinou podkladovou barvou, aby na ně dítě dobře vidělo a zapamatovalo si, ve které tabulce má co hledat. Je nutné, naučit dítě orientaci

v tabulkách, znát, co je řádek a co sloupek. Některá slova mohou vznikat spojením např. dvou a více obrázků dohromady (viz. „jíst“ + „večer“). Jednotlivé obrázky by měly být dostatečně jasné a srozumitelné, neustále vyvěšené dítěti na očích. Můžou představovat nějakou činnost nebo např. (pro lepší pochopení) její jednotlivé fáze. Pro lepší orientaci se symboly kombinují s nápisy a číslicemi.

V současné době bývá hodně preferována tzv. „**totální komunikace**“ (nebo –li **komplexní komunikace**), což je pojem vytvořený pro využití jakéhokoli dítěti dostupného systému komunikace (a jeho kombinací) za účelem aktivního dohovoření se s ostatními. Je určena zejm. pro neslyšící populaci. Vychází ze čtyř základních principů:

- Člověka člověkem dělá hlavně schopnost myšlení, nikoli mluvy.
- Kritické období vývoje dítěte zhruba od šesti let nejde nikdy vrátit zpátky. K jeho vývoji je třeba celé řady podnětů.
- I neslyšící dítě je především dítě. Musí prožívat stejně šťastné okamžiky jako dítě slyšící.
- Neslyšící dítě má právo používat všechny dostupné komunikační prostředky – mluvu, znaky, přirozené posunky, řeč těla, prstovou abecedu, odezírání, čtení, psaní,.. atd. k lepšímu dorozumívání.

2.4.6 Specifika komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou

První sociální prostředí, do kterého se dítě rodí a dostává, je jeho rodina. Ta se podílí také na uspokojování jeho potřeb, socializaci a celkovém vývoji. K tomu, aby se dítě po stránce rozumové a komunikační zdárně vyvíjelo, potřebuje dostatek podnětů od svého okolí a správný mluvní vzor. Z praxe autorka práce uvádí, že k zanedbání, problémům a pozdní diagnostice poruch v oblasti komunikace může dojít zejm. u matek - prvorodiček, které mají sníženou možnost porovnání vývoje svého dítěte s vývojem ostatních dětí téhož věku, dále u matek z nižších sociálních vrstev se sníženou inteligencí a množstvím podnětů, u dětí rodičů, kteří o své děti nejeví zájem nebo se z jakýchkoli důvodů nedokáží o své dítě zdárně postarat. Dalším negativním jevem v oblasti komunikace může být neznalost problému a nedostatečná informovanost o tom, na koho se mají rodiče dětí s problémem v oblasti komunikace obrátit. Matka - je osoba dítěti nejbližší, která (většinou) dokonale zná své dítě, ví, co znamenají jeho jednotlivá gesta, mimika, pohledy. Ve většině případech se matka dokáže nějakým způsobem se svým dítětem dohovorit, ví, jak jej správně naladit, motivovat. Někdy se stává, narodí –li se rodičům dítě s postižením, že dítě a ostatní členové rodiny si vymyslí pro dorozumívání svůj vlastní komunikační systém. Nevýhodou tohoto „soukromého“ komunikačního systému je, že

v případě, kdy dítě opustí rodinu (např. za účelem elementárního vzdělání), není tu náhle nikdo, kdo by dítěti porozuměl, neboť nikdo jiný kromě členů rodiny soukromý způsob komunikace nezná a neovládá. Díky tomu nastávají dítěti nové problémy. Proto je důležité, aby rodiče, v případě, že narazí na nějaký problém v oblasti komunikace, se co nejdříve obrátili pro pomoc k odborníkovi – logopedovi, který dítě vyšetří, stanoví diagnózu, prognózu a nabídne jim další způsob spolupráce. Bohužel nebývá někdy ojedinělým jevem, že rodiče dětí s těžší formou postižení v oblasti komunikace, kteří jsou s problémem, diagnózou a prognózou svého dítěte již obeznámeni, odmítají vyrovnat se se skutečností, že jejich dítě nebude nejspíš nikdy schopno jako ostatní děti komunikovat běžným způsobem a odmítají proto přijmout logopedem doporučované náhradní systémy komunikace, které by mohly pomoci jejich dítěti lépe navázat kontakt s okolním světem a ulehčit mu tak možnost dorozumět se. Spolupráce logopeda je nezbytná. Důležité je, aby s logopedickým postupem souhlasili vždy oba rodiče. Dítě (zejm. s postižením) bývá více fixováno na svoji primární rodinu. Bojí se více než zdravé děti okolního světa, neví, co ho tam venku čeká, ani jak bude přijímáno. Je – li dítě s postižením v dětském kolektivu, mívá zpočátku tendence více se fixovat na dospělé osoby (pedagogy), hledat u nich útočiště a ochranu. Děti s DMO bývají velice družné, přítulné a optimisticky naladěné. Překonají –li svůj prvotní strach, rády navazují kontakt s ostatními. Ten je zprvu nejistý, povzbuzováním a pochvalou dítě získává na jistotě a sebevědomí. Dobře navazují kontakty se zvířaty, lze u nich postupovat např. na základě canistherapie nebo hipoterapie. Přes zvířata tak děti s DMO začnou snáze komunikovat s lidmi a navíc se při styku se zvířátkem nenásilnou formou zcela uvolní a ztratí jakékoli zábrany. Někdy si tyto děti dostatečně neuvědomují svoji odlišnost a možnou komunikační bariéru, kterou jejich postižení s sebou přináší. Záleží zejm. na pedagogovi, aby přijal a osvojil si pro dítě vhodný, jím a jeho rodinou používaný komunikační systém a vytvořil pro dítě v dětském kolektivu přijatelné postavení, pocit pohody a bezpečí. V jiných případech zapojením do školního kolektivu dítě s postižením cítí svoji odlišnost a brání se jí. Může pak nastat, že dítě se buď stáhne, je apatické, odmítá spolupracovat, anebo se bude naopak snažit ostatním ve všem vyrovnat. Jeho postižení bude pro něj hnacím motorem. Vhodná pro děti s postižením je integrace do speciálních škol, kde se mohou setkat a srovnávat s dětmi jak zdravými, tak i stejně postiženými. Navíc je jim tady zajištěna komplexní péče, individuální přístup, malý počet dětí v kolektivu, pomoc a péče odborníka. Důležitá je neustálá spolupráce rodičů, dítěte, logopeda, speciálního pedagoga, fyzioterapeuta, učitele na třídě a celé řady dalších odborníků.

liv narození dítěte s postižením na rodinu

Narození dítěte bývá pro rodiče velkou událostí. Každý se na dítě těší, představuje si, jaké asi bude, jak roste, čím jednou by mohlo být, ... Někteří rodiče na své ještě nenarozené dítě projikují vlastní tužby a požadavky, které sami si v mládí nestačili splnit. Žádný z rodičů není dostatečně připraven na příchod postiženého dítěte na svět. Dobře fungující rodina se může rázem začít rozpadat. Rodiče nechápou odlišnosti dítěte, jiný výkon než u ostatních i odlišný způsob reakce. Fakt narození postiženého dítěte velice špatně nese zejm. mužská část populace. Muž často nevydrží stresovou situaci, pocity viny, frustrace a beznaděje, a tak ženu s postiženým dítětem opouští. Na světě existuje velké procento žen – samoživitelek, které se vzdaly práce a kariéry, aby celý svůj život obětovaly péči o svého postiženého syna či dceru. Rodiče po narození a po stanovení definitivní diagnózy pocítují zklamání, selhání z toho, že nebyli schopni přivést na svět zdravého potomka. Mají strach, úzkost z toho, co bude dál, pocítují, že nastanou změny nejen v životě jejich dítěte (neustálé běhání po klinikách, rehabilitacích, pojišťovnách), ale že se i zásadně změní život a chod celé rodiny. Rodiče se brání přiznat si rozsah a důsledek postižení, které diagnóza s sebou přináší. Snaží se věřit na zázraky. Měli by zejm. vědět, že na světě nejsou jediní, kdo se musí potýkat s tímto problémem a pokud možno co nejrychleji se spojit s odborníkem, který je bude informovat nejen o stavu, změnách a prognózách postižení jejich dítěte, ale předá jim i kontakty na komunity lidí, organizace a jiné odborné instituce zabývající se stejným problémem (viz. Příloha č. 8: Kontakty). Doba adaptace na sdělení o postižení a schopnost alespoň jeho částečného přijetí, je dlouhodobá a individuální. Záleží na ní celá řada faktorů (stáří rodičů i dítěte, osobnost rodičů, jejich temperament i umění zvládat frustrující situace, na zralosti vztahu, počtu dětí v rodině, ale i např. na jejich finanční situaci, ...). V této době hrozí krize, mělo by se zabránit úplné izolovanosti rodiny od okolního světa. Po zprávě o pravém zdravotním stavu dítěte nastává u rodičů zejm. šok z toho, co jim právě bylo sděleno. Rodiče odmítají brát na vědomí jakékoli informace, veškeré důkazy popírají. V následující fázi rodiče ještě zcela nezpracovali všechno, co s sebou sdělení o postižení jejich dítěte přináší, začínají se však již zajímat o to, jaké jsou vyhlídky pro jejich dítě a jaká řešení. Postupně se začínají vyrovnávat s problémem. Přesto však stále ještě trochu věří, že by se mohlo něco stát, nějaký zázrak, který by způsobil kompromis mezi jejich vírou a jim odborníky stanovenou prognózou. Fáze realismu, absolutního smíření, je dlouhodobou záležitostí. Je obtížné najít

zlatou střední cestu. Rodiče by se měli vyvarovat ve své snaze o blaho dítěte o nadměrně ochranitelský pud, který brání dítěti poznat skutečný svět. Zrovna tak není nejlepší dítě absolutně přehlížet, neboť malý jedinec je závislý na lidské lásce, něze a porozumění, bez její přítomnosti citově strádá, je apatický a bez zájmu. Je nutné brát děti takové, jaké jsou, neklást na ně nadměrné nebo naopak podprůměrné požadavky, snažit se v rámci jejich možností o maximální samostatnost a spokojený život v dospělém světě.

2.5.2 Odborná péče a pomoc

Jak bylo již výše řečeno, narození dítěte s postižením bývá pro rodinu velice frustrující záležitostí. Proto by rodiče měli vědět, že na světě nejsou sami, že s nimi jsou tu i rodiče s dětmi se stejnými postiženími, ale hlavně a především odborníci, na které se rodiče mohou vždy s důvěrou obrátit a kteří jim v rámci svých schopností a možností rádi a ochotně poradí. Stěžejní prací v péči o postižené dítě je poradenství a terapeutická pomoc rodičům, dětem potom komplexní (ucelená nebo –li komprehensivní) rehabilitace (léčebná, psychologická, pedagogická, logopedická, pracovní, sociální,..). Odborníci se v ní snaží o týmovou spolupráci s aktivním zapojením rodičů a příp. dalších příbuzných. V současné době vznikla kromě státních zařízení celá řada soukromých a církevních organizací, charit, nadací a občanských sdružení zabývajících se pomocí postiženým a jejich rodinám. Patří sem např. občanské sdružení Futurum, hnutí Duha, sdružení Akord, Auxilia, Credo, Dětské centrum Arpida, Paprsek, Diakonie ČCE, klub Dita, Dětské integrační centrum Hurbanova,.. atd. Pro nejmenší děti (od jednoho roku do tří let) jsou zřízena Centra rané péče a rehabilitační stacionáře (kde mohou děti zůstat až do cca sedmi let věku). Na ně ve tří letech navazují běžné mateřské školy, speciální třídy při běžných mateřských školách a speciální mateřské školy. Při SMŠ a ZŠ jsou zřizována speciálně pedagogická centra (tzv. SPC), která zajišťují diagnostickou činnost, poradenství rodičům, pomoc při integraci dětí do škol i psychickou podporu. Pracuje zde tým odborníků (speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník). Na systém mateřských škol dle míry postižení navazují pomocné a zvláštní školy, příp. přípravné třídy a konečně běžné ZŠ a ZŠ se speciálními třídami. Finanční stránku včetně posouzení rozsahu postižení a k němu se vázající finanční náhradě v podobě různých důchodů, dávek, příplatků a příspěvků řeší Obecní úřady, Okresní úřady, Okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ), Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Čím dříve rodiče přijmou odbornou pomoc, tím více se mohou vyvarovat různých chyb, pocitů strachu, bezmocnosti i větších potíží v oblasti financí.

3. Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Jelikož respondentka pracuje ve speciálním zařízení pro děti převážně s tělesným a kombinovaným postižením, s dětmi s DMO přichází denně do styku. Velkou bariérou mezi dítětem a učitelem, příp. mezi dítětem a ostatními spolužáky činí často právě oblast komunikace, která je nezbytná nejen pro schopnost dorozumět se, ale i pro další rozvoj a vzdělávání dítěte. Smutnou skutečností někdy bývá, že oblast komunikace u dětí s postižením bývá často na úkor tělesné rehabilitace opomíjena.

Jelikož respondentka však považuje oblast komunikace v životě nejen dítěte, ale i člověka všeobecně za velice důležitou, **cílem praktické části** je zmapovat vývoj řeči, patologie vývoje řeči dětí s DMO ve Speciální mateřské škole Hurbanova (Hurbanova 1285, Praha 4 – Krč) a zjistit jejich možnosti komunikace. Pokusí se též zjistit, jak tyto děti komunikují s vrstevníky, rodiči, učiteli a jinými dospělými osobami.

Cíle a vyvrácení či potvrzení předpokladů bakalářské práce se respondentka pokusí dosáhnout pomocí **hlavních použitých metod**, mezi které patří:

- 1) Nestandardizovaný dotazník
- 2) Studium dokumentace
- 3) Pozorování
- 4) Strukturovaný rozhovor

3.2 Popis výběrového vzorku

Průzkum výběrového vzorku probíhal: cca od druhé poloviny září 2004 do poloviny listopadu 2004.

Místem průzkumu: byla Speciální mateřská škola Hurbanova (pod Dětským integračním centrem Hurbanova), Hurbanova 1285, Praha 4 – Krč.

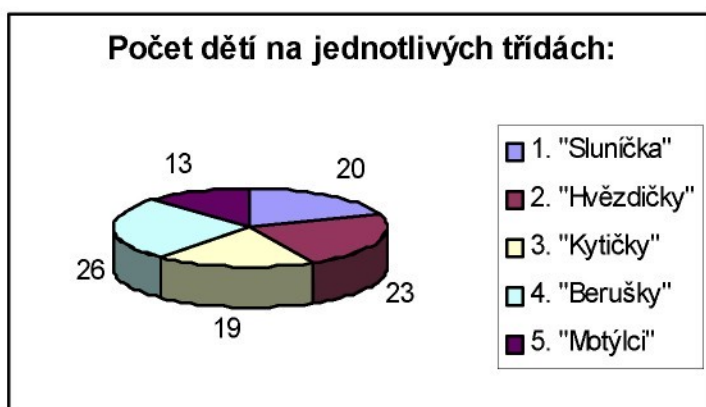
Cílem bakalářské práce bylo provést průzkum v oblasti komunikace u všech dětí s DMO v tomto zařízení, tedy u forem jak spastických, tak i nespastických. Do pěti tříd Speciální mateřské školy dochází celkem 101 žák. Děti jsou ve školce rozděleny podle míry postižení a

věku (viz. např. třída pro děti s kombinovanými vadami nebo třída pro děti předškolního věku a děti s odkladem školní docházky).

Tab. č. 1: Přehled počtu dětí na jednotlivých třídách:

Třída:	Počet dětí na třídě:
1. "Sluníčka"	20
2. "Hvězdičky"	23
3. "Kytíčky"	19
4. "Berušky"	26
5. "Motýlci"	13
Děti v MŠ celkem:	101

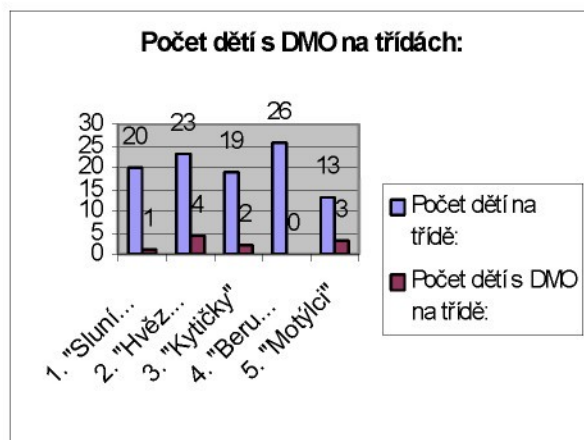
Graf č. 1: Počet dětí na jednotlivých třídách:



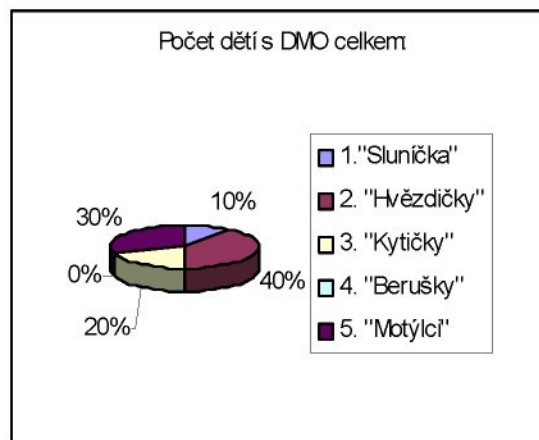
Z výše uvedeného grafu č. 1 a tabulky č. 1 vyplývá, že nejvíce dětí dochází do 4. běžné třídy „Berušek“, nejméně pak do 5. třídy „Motýlků“ pro děti s kombinovanými vadami.

Po průzkumu provedeného ve školce respondentka zjistila následující **stav počtu dětí s DMO na jednotlivých třídách** (viz. tabulka č. 2 a graf. č. 2):

Graf č. 2: Počet dětí s DMO na třídách



Graf č.3: Počet dětí s DMO v SMŠ v %

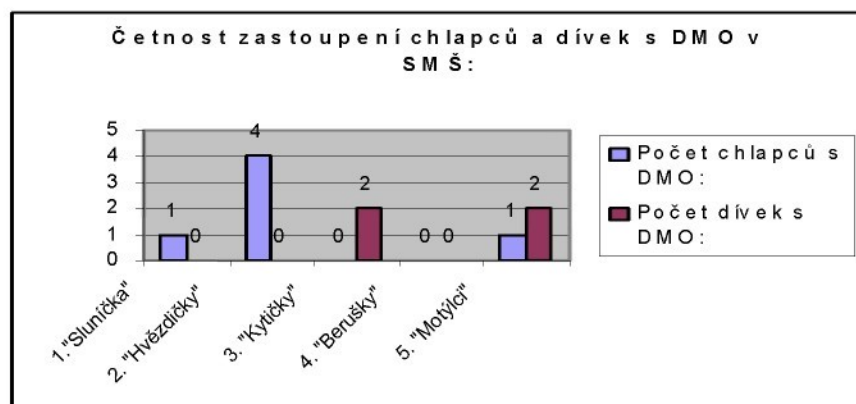


Tab. č. 2: Přehled počtu dětí s DMO na jednotlivých třídách:

Třída:	Počet chlapců s DMO:	Počet dívek s DMO:	Počet dětí s DMO celkem:
1. "Sluníčka"	1	0	1
2. "Hvězdičky"	4	0	4
3. "Kytíčky"	0	2	2
4. "Berušky"	0	0	0
5. "Motýlci"	1	2	3
Celkem v MŠ:	6	4	10

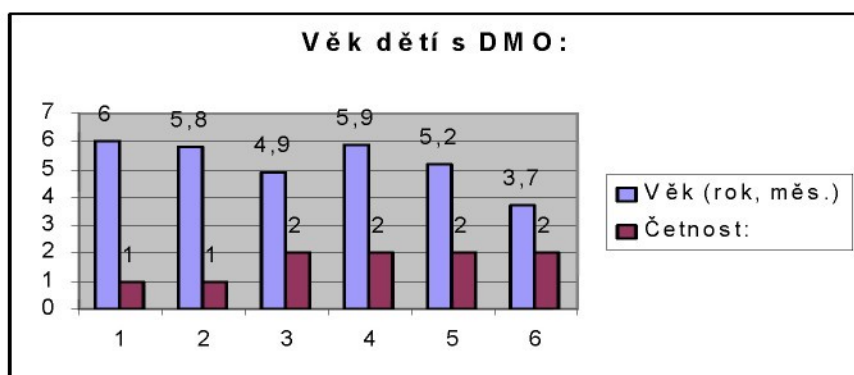
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že celkový stav dětí s DMO na školce je 10 dětí (z toho 6 chlapců a 4 dívky). Největší procento dětí s DMO (40 %) – viz graf č. 3 - dochází do 2. třídy „Hvězdiček“, na druhém místě se umístila 5. třída (30 %) pro děti s kombinovanými vadami. Nejméně dětí s DMO (celkem 0 %) dochází do 4. běžné třídy „Berušek“. Z níže uvedeného grafu č. 4 lze též vysledovat, že větší procento postižení DMO se objevuje u chlapců jak u dívek (v poměru 6:4).

Graf č. 4: Četnost zastoupení chlapců a dívek s DMO v SMŠ Hurbanova:



Do Speciální mateřské školy dochází děti ve věku od tří do sedmi let. **Průměrný věk dětí s DMO v tomto zařízení** (viz graf č. 5) se pohyboval kolem 5,1 roku věku.

Graf č. 5: Věk dětí s DMO v SMŠ Hurbanova:



Co se týče **forem DMO** (viz. tab. č. 3): 4x se v zařízení vyskytla u dětí spastická (hemiparetická) forma DMO, 6x pak forma nespastická (1x hypotonická, 4x mozečková a 1x dyskinetická).

Tab. č. 3: Přehled výskytu forem DMO v SMS Hurbanova:

Forma spastická:	Forma nespastická:
diparetická: 0x	hypotonická: 1x
Kvadruparetická: 0x	dyskinetická: 1x
Hemiparetická: 4x	mozečková: 4x

Pro získání dat a závěrů k bakalářské práci použila respondentka **tyto metody**: 1. Nestandardizovaný dotazník (viz. Příloha č. 9: Nestandardizovaný dotazník), 2. Studium dokumentace, 3. Pozorování, 4. Strukturovaný rozhovor (viz. Příloha č. 10: Strukturovaný rozhovor). Za velkou **nevýhodu v oblasti průzkumu** respondentka sleduje poměrně velký odchod dětí zejm. s těžšími formami DMO počátkem letošního školního roku do školních zařízení, dále relativně velkou časovou tíseň pro získání a zpracování dat ze strany kolegů a rodičů, častější nemocnost dětí s DMO a někdy i trochu neochotu ze stranu rodičů spolupracovat na respondentčině průzkumu. Z výše uvedených důvodů (časté nemocnosti) nemohlo dojít ke konfrontaci rodičů jednoho z klientů s DMO (chlapec - 5,8 let - hemiparetická forma DMO), dále jeden rodič odmítl s respondentkou na základě osobních obav blíže spolupracovat (rodiče dívky 5,2 let – mozečková forma DMO).

3.3 Použité metody

K získání potřebných dat respondentka potřebovala souhlas vedení SMS (paní ředitelky), speciálního pedagoga a zejm. rodičů. Nemenší pomoc při získání dat jí poskytly též její kolegyně na jednotlivých třídách. Pro svůj průzkum respondentka použila **tyto metody**:

- 1) Nestandardizovaný dotazník
- 2) Studium dokumentace
- 3) Pozorování
- 4) Strukturovaný dotazník

3.3.1 Nestandardizovaný dotazník

Pro základní zmapování počtu dětí s DMO a forem DMO na jednotlivých třídách použila respondentka nestandardizovaný dotazník (viz. Přílohy – Dotazník č. 1). Dotazník byl určen pro respondentčiny kolegyně – učitelky pěti jednotlivých tříd Speciální mateřské školy

Hurbanova. Každý dotazník obsahoval devět hlavních položek plus jednu všeobecnou položku. Kromě celkového počtu dětí na třídě a počtu dětí s DMO na třídě respondentka zjišťovala věk a pohlaví dětí s DMO, formu DMO, výskyt logopedických vad a poruch u těchto dětí, další přidružené vady a postižení, projev dítěte s DMO v oblasti komunikace (zda – li dítě komunikuje verbálně, neverbálně, pomocí totální komunikace nebo reaguje – li pouze na nějaký podnět – viz. např. dotyk), využívá – li dítě ke komunikaci nějaký náhradní komunikační systém, zda – li je jeho projev srozumitelný, relativně srozumitelný, hůře srozumitelný, srozumitelný pouze s dopomocí dospělé osoby / popř. s pomocí náhradního komunikačního systému, nebo je – li jeho projev pro ostatní spolužáky úplně nesrozumitelný. Zjišťovala se míra komunikace a ochota dítěte komunikovat, koho dítě v komunikaci preferuje (zda –li jiné dítě, rodiče, učitele, jakoukoli dospělou osobu nebo zda – li si dítě nevybírá, s kým bude komunikovat). Posledním bodem bylo, zda – li učitelé vědí, s kým dítě v oblasti logopedie spolupracuje.

Překážky ve sběru a zpracování dat: Díky velkému pracovnímu vytížení kolegyně na speciálních třídách (počátek školního roku, tvorba třídního kurikula a týdenních plánů, psaní individuálních vzdělávacích plánů,...) došlo k velké časové prodlevě v sesbírání a zpracování výše zmíněných dat. Po zpracování dotazníků respondentka shledala v dotazníku tyto nedostatky: 1) u způsobu projevu dítěte v oblasti komunikace neuvedla možnost, že dítě „řeč“ nepoužívá jako komunikační prostředek (dítě si může s hlasem třeba jen pohrávat,...), 2) dále mohla blíže upřesnit verbální projev dítěte (zda dítě vydává jen zvuky, vyrazí individuálně izolovaná slova, mluví v holých jednoduchých větách, popř. je – li jeho větná stavba dostatečně rozvinutá), 3) hovoří – li dítě ve větách, jsou – li jeho věty gramaticky správné nebo s agramatismy.

3.3.2 Studium materiálů

Respondentka měla k dispozici tyto níže uvedené studijní materiály:

- 1) lékařskou dokumentaci jednotlivých dětí s DMO (zprávy od pediatra, dětského neurologa, logopeda, psychologa,...)
- 2) individuální vzdělávací programy dětí s DMO
- 3) hodnocení pobytu dětí s DMO v MŠ

Respondentka ze studijních materiálů sledovala průběh komunikace dětského klienta s okolím, vliv DMO na dítě, jak se odráží v oblasti jeho komunikace, má – li větší míra postižení v oblasti motoriky též větší vliv na potíže v oblasti komunikace a zda – li obtíže v komunikaci byly též důvodem potíží v oblasti rozvoje poznatků.

Překážky ve sběru a zpracování dat: Studium materiálů jednotlivých klientů zabralo respondentce poměrně dlouhou dobu. Překážky nastaly někdy ze strany rodičů díky obavám, jak bude naloženo s důvěrnými informacemi jejich dětí. Jelikož spolupráce s kolegy i rodiči probíhala anonymně (pod iniciály, které mohly rodiče v dotazníku pozměnit) a byly zodpovězeny všechny jejich dotazy, obavy ze strany rodičů se postupně rozplynuly.

3.3.3 Pozorování

Pozorování proběhlo na jednotlivých třídách různým způsobem. Některé děti respondentka znala osobně z vlastní zkušenosti kmenové učitelky (dětí s DMO ze 2. třídy „Hvězdiček“ a dále bývalé klienty a klientky respondentky z loňského a předloňského školního roku). S dětmi se respondentka nadále stýkala při společném pobytu dětí na zahradě a v odpoledních hodinách - na jednotlivých kroužcích. Zbylé děti, které respondentka příliš osobně neznala, měla možnost pozorovat v přirozeném prostředí (několik hodin) u dětí na jejich třídě. Respondentka se zaměřila zejm. na způsob navázání komunikace dětí s DMO s ostatními, vyspělost jejich komunikace, koho děti v komunikaci preferují (zda – li učitele, dítě, rodiče či jinou dospělou osobu), sledovala, do jaké míry logopedická vada zabraňuje styku dítěte s ostatními a zapojování se do kolektivních činností, jak často a jak rádo dítě komunikuje,...

Překážky ve sběru a zpracování dat: Na vlastní pozorování, aby došlo k objektivním závěrům, měla respondentka poměrně málo času. Velký problém činilo respondentce pracovní vytížení – plný úvazek na vlastní třídě. Díky tomu nezbývalo již mnoho času na pozorování dětí z jiných tříd, jelikož velká část dětí s DMO má pouze dopolední docházku a v odpoledních hodinách se v MŠ již nezdržuje. Díky řadě dětí s potřebou individuálního přístupu byla nezbytná vždy souběžná účast obou kmenových učitelek v dopoledních hodinách na vlastní třídě. Proto se respondentka o pozorování na jiných třídách pokusila zejm. v hodinách osobního volna. Negativním jevem v pozorování byla též častější nemocnost dětí s DMO, takže s některými klienty respondentka neměla příležitost skoro přijít ani do styku.

3.3.4 Strukturovaný rozhovor

Strukturovaný rozhovor byl určen rodičům dětí s DMO v respondentčíně zařízení – SMŠ Hurbanova. Kromě věku, počtu sourozenců, výskytu logopedických a jiných vad respondentka zjišťovala také míru, do jaké logopedická vada znesnadňuje dítěti možnost porozumět svému okolí a dorozumět se s ním, ptala se na způsob komunikace dítěte, zda – li dítě používá nějaký náhradní komunikační systém a pokud ano, zda měli rodiče a dítě více možností výběru, podle čeho jej vybírali, zda s výběrem náhradního komunikačního systému souhlasili všichni členové rodiny, jak dítě náhradní komunikační systém přijalo a zda pomocí tohoto náhradního systému komunikují nejen doma, ale i na veřejnosti a v jejich zařízení. Dále respondentka zjišťovala, zda si rodiče pamatují, kdy dítě řeklo přibližně svoje první slovo, kdy a podle čeho si rodiče poprvé všimli odlišností v logopedické oblasti, zda ihned vyhledali nějakou odbornou pomoc, co anebo kdo jim nejvíce pomohl, s kým spolupracují v oblasti logopedie dnes, vidí – li u dítěte v oblasti logopedie nějaký výraznější posun k lepšímu a jak to vidí do budoucnosti,...

Překážky ve sběru a zpracování dat: Kromě v předchozím bodě již zmiňované častější nemocnosti dětí s DMO a jejich zkrácené (většinou pouze dopolední) docházce a relativně krátké době ke sběru dat, velkou překážkou byl též fakt, že rodiče si některá data ohledně svých potomků již nepamatovali – např. jejich první slovo, kdy a jak poznali odlišnosti v oblasti logopedie,...atd. Řada rodičů neměla též možnost porovnat vývoj svého dítěte s jinými dětmi, jelikož řada dětí s DMO v respondentčíně zařízení byla jedináčky, anebo měla již dospělejšího sourozence, a tak hodnocení mohla být velice subjektivní.

Při zpracování dat respondentka určovala četnost výskytu dětí s DMO v zařízení, procento zastoupení dětí s DMO na jednotlivých třídách, četnost zastoupení různých forem DMO, poměr četnosti chlapců a dívek s touto diagnózou v MŠ, jejich věkový průměr, četnost zastoupení logopedických vad,... Při zpracování dat se objevila celá řada odchylek daná např. zastoupením pouze některých forem DMO, malým počtem dětí s DMO v tomto školním roce v zařízení SMŠ Hurbanova a např. přítomností dalších vad a poruch souběžně s DMO u zkoumaného vzorku.

3.4 Stanovení předpokladů

Z vlastní zkušenosti a předchozí praxe se **respondentka domnívá, že:**

1. u dětí s nespastickou formou DMO lze předpokládat větší obtíže při komunikaci s okolím a tudíž i větší a častější volbu náhradních komunikačních systémů (ověřováno pomocí metody Pozorování, pomocí Strukturovaného rozhovoru pro rodiče – položka: Používá Vaše dítě ke komunikaci s okolím nějaký náhradní komunikační systém? - Pokud ano,...)
2. u dětí se spastickou formou DMO lze předpokládat naopak menší výskyt logopedických vad a poruch jak u dětí s nespastickou formou DMO (ověřováno na základě Nestandardizovaného dotazníku – položka: Výskyt logopedických vad a poruch + pomocí Studia materiálů – odborné dokumentace)

3.5 Získaná data a jejich interpretace

Místem konání průzkumu řečových možností a výskytu logopedických vad a poruch u dětí s DMO byla Speciální mateřská škola Hurbanova (pod Dětským integračním centrem Hurbanova), Hurbanova 1285, Praha 4 – Krč. Průzkum v rámci bakalářské práce probíhal cca od poloviny září 2004 do poloviny listopadu 2004 (tedy přibližně dva měsíce). Výběrovým vzorkem byly děti z výše uvedené SMŠ s diagnózou DMO. Pro častou nemocnost dětí s DMO respondentka nemohla provést Strukturovaný rozhovor s rodiči klienta M. F. (5,9 roku, hemiparetická forma DMO). Matka další jedné klientky (L. N., 5,2 roku, mozečková forma) spolupráci s respondentkou a poskytnutí veškerých dat zamítla, takže kromě formy DMO a roku věku nebyla nakonec tato klientka do průzkumu dále zahrnuta.

3.5.1 Interpretace dat získaných z Nestandardizovaného dotazníku

V letošním školním roce SMŠ Hurbanovu navštěvuje celkem 101 žák. Podle kapitoly 3.2 Popis výběrového vzorku, se průzkumu zúčastnilo deset dětí ze SMŠ – Hurbanova s diagnózou DMO (tedy cca jedna desetina tamní populace). Data byla získána na základě výsledků Nestandardizovaného dotazníku určeného učitelům jednotlivých tříd – položka: Počet dětí na třídě celkem a Počet dětí s DMO na třídě – celkem? / z toho chlapců? / dívek? Těchto deset dětí s DMO představuje celkový počet dětí s DMO v zařízení (viz. Tab. č. 1: Přehled počtu dětí s DMO na jednotlivých třídách). Z uvedené tabulky vyplývá, že největší % dětí s DMO v letošním školním roce navštěvuje 2. třídu „Hvězdiček“, naopak nula % dětí

s DMO dochází na běžnou 4. třídu „Berušek“. Větší zastoupení v četnosti výskytu diagnózy DMO tvoří chlapci (v poměru 6:4 – viz. uvedená tabulka).

Tab. č. 1: Přehled počtu dětí s DMO na jednotlivých třídách:

Třída:	Počet chlapců s DMO:	Počet dívek s DMO:	Počet dětí s DMO celkem:
1. "Sluníčka"	1	0	1
2. "Hvězdičky"	4	0	4
3. "Kytíčky"	0	2	2
4. "Berušky"	0	0	0
5. "Motýlci"	1	2	3
Celkem v MŠ:	6	4	10

Průměrný věk dětí se pohyboval kolem 5,1 roku věku (viz. kapitola 3.2 Popis výběrového vzorku – Graf č. 5: Věk dětí s DMO v SMŠ Hurbanova). Z výsledků Nestandardizovaného dotazníku (položka: Forma DMO) vyplývá, že v popisovaném vzorku nebyly zastoupeny všechny formy DMO – viz. Tab. č. 2: Přehled výskytu forem DMO v SMŠ Hurbanova).

Tab. č. 2: Přehled výskytu forem DMO v SMŠ Hurbanova:

Forma spastická:	Forma nespastická:
Diparetická: 0x	Hypotonická: 1x
Kvadruparetická: 0x	Dyskintická: 1x
Hemiparetická: 4x	Mozečková: 4x

Větší procento zastoupení (60 %) tvořily děti s nespastickou formou DMO, 40 % pak děti s formou spastickou. Bohužel, v průzkumu nedošlo k zastoupení formy diparetické a kvadruparetické (= forem spastických), takže v závěru hodnocení mohlo dojít ke zkreslení výsledků. Navíc u většiny případů dětí s DMO se v letošním školním roce jedná o lehčí formy postižení, řada dětí je velice samostatná, bez závislosti na druhé osobě.

Z Nestandardního dotazníku (položka: Výskyt logopedických vad a poruch) vyplývá, že u sedmi z devíti klientů (5 x u nespastické a 2 x u spastické formy DMO) se nachází nějaká logopedická vada či porucha (– viz. Tab. č. 3: Výskyt četnosti logopedických vad a poruch u dětí s DMO). To znamená, že každá nespastická forma DMO přináší v případě respondentčiny klientů s sebou nějakou logopedickou vadu či poruchu, naopak: u formy spastické je četnost výskytu logopedických vad a poruch pouze padesátiprocentní.

Tab. č. 3: Výskyt četnosti logopedických vad a poruch u dětí s DMO

Forma spastická:		Forma nespastická:	
Výskyt log.vady	Četnost výskytu	Výskyt log. Vady	Četnost výskytu
Ano:	2 x	Ano:	5 x
Ne:	2 x	Ne:	0 x

Mezi nejčastější poruchy řeči patřil opožděný vývoj řeči (4x) a dyslálie (3x), v dalším zastoupení stála dyspraxie (1x), hypersalivace (1x) a problémy v orofaciální oblasti (1x) – viz. Tab. č. 4: Nejčastější zastoupení logopedických vad a poruch u dětí s DMO v SMŠ Hurbanova.

Tab. č. 4: Nejčastější zastoupení logopedických vad a poruch u dětí s DMO v SMŠ Hurbanova

Logopedická vada / porucha:	Četnost výskytu zastoupení:
opožděný vývoj řeči	4
dyslalie	3
dyspraxie	1
problémy v orofaciální obl.	1
hypersalivace	1

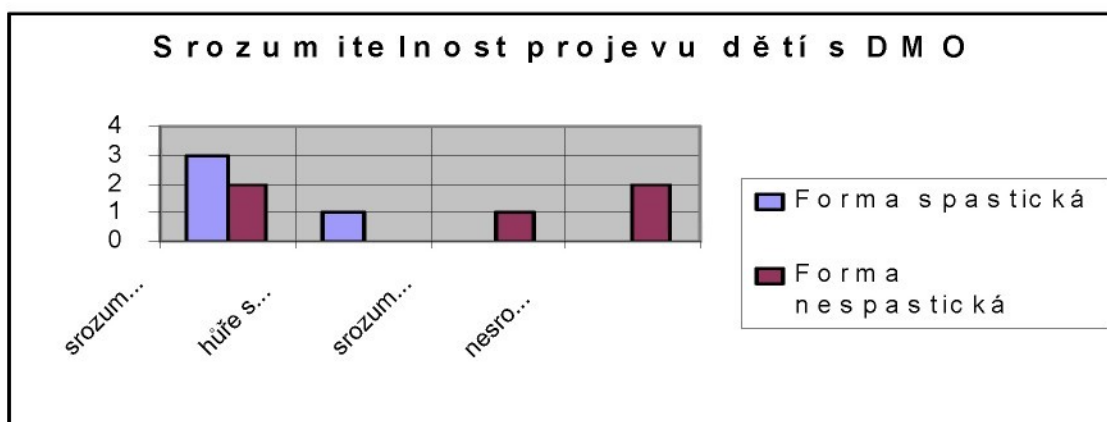
Žádné z dotazovaných dětí nepoužívá nějaký náhradní komunikační systém, dva z klientů (mozečková forma DMO) nekomunikují vůbec, s hlasem si pouze pohrávají, neberou jej ale jako zdroj dorozumění se s okolním světem. Dalších zbylých sedm z devíti dětí komunikuje verbálně (z toho jedno dítě – dyskinetická forma DMO – komunikuje na základě ještě vrozené hluchoty pouze s velkými obtížemi – dnes dva roky kochleární implantát, a další jedno dítě - hemiparetická forma DMO - komunikuje verbálně taktéž s většími obtížemi – vydává různé zvuky, tvoří jednotlivá slova a agramatické holé věty).

Komunikační projev dětí s DMO pro jejich vrstevníky hodnotí pedagogové následovně:

Tab. č. 5: Komunikační projev dětí s DMO vzhledem k ostatním

Projev dítěte vůči ostatním	Forma spastická	Forma nespastická
srozumitelný	3	2
hůře srozumitelný	1	0
srozumitelný s pomocí dospělé os./náhr.komun.systému	0	1
nesrozumitelný	0	2

Graf č. 1: Srozumitelnost komunikačního projevu dětí s DMO:



Z grafu a tabulek vyplývá, že komunikační projev dětí se spastickou formou DMO je svému okolí více srozumitelný jak projev dětí s nespastickou formou DMO, kde se ve dvou případech jeví jako absolutně nesrozumitelný a jedenkrát srozumitelný pouze za pomoci dospělé osoby.

Frekvenci komunikace dětí s DMO hodnotí učitelé převážně jako uspokojivou (viz. Tab. č. 6: Frekvence a obliba komunikace dětí s DMO). Podle ní méně často či vůbec komunikují především děti s nespastickou formou DMO.

Tab. č. 6: Frekvence a obliba komunikace dětí s DMO

Dítě komunikuje	Forma spastická	Forma nespastická
Hodně a rádo	2	2
Rádo, ale málo	2	1
Nekomunikuje vůbec	0	2

Děti s DMO si ke komunikaci vybírají buď dospělou osobu (ve čtyřech případech z devíti), anebo si toho, s kým budou přednostně hovořit, nevybírají (pět případů z devíti). Většina z nich (v pěti případech z devíti) spolupracuje nebo v minulosti spolupracovala již někdy s logopedem, jeden klient dále ještě spolupracuje s Centrem kochleárních implantací a Foniatrickým oddělením ORL kliniky v Praze – Motole.

Závěr vyhodnocení dotazníku: Většina dětí s DMO měla DMO kombinováno s nějakou ještě další vadou či poruchou: 3x se zrakovou vadou, 3x se středně těžkou mentální retardací, 1x s psychomotorickou mentální retardací, 1x s epilepsií, 1x též se srdeční vadou, negativismem, hypoplasickým habitusem, Susp. Neurofibromatosis von Recklingen typ 1, hyperaktivitou a vrozenou hluchotou. Výskyt logopedických vad a poruch mohl být zkreslen výskytem dalších přidružených vad a poruch. Velká část přidružených vad a poruch vznikla následkem poškození mozku při vzniku DMO.

Výsledky dotazníku potvrzují:

1. Častější výskyt logopedických vad a poruch u dětí s nespastickou formou DMO
2. Komunikační projev dětí s nespastickou formou DMO je hůře srozumitelný vůči ostatním jak projev dětí se spastickou formou DMO
3. Častěji a více rády komunikují děti se spastickou formou DMO

3.5.2 Interpretace dat získaných ze Studia odborné dokumentace a na základě Pozorování

Studium odborné literatury a Pozorování respondentka provedla u devíti z desíti klientů s DMO ze SMŠ Hurbanova (rodiče jednoho klienta – dívky L. N. - odmítli informace respondentce blíže zpřístupnit).

Charakteristika dětí s DMO ze SMŠ Hurbanova:

1) Klient: P. M.

Věk: 6 let

Pohlaví: Muž

Diagnóza: spastická hemiparetická forma DMO

Logopedická vada: žádná

Počet sourozenců: 1

.....

Logopedická oblast: P. je velice čilý, hravý a milý chlapec. Rád se kamarádí a komunikuje s ostatními. Přejde – li do třídy nějaká nová tvář, snaží se s ní hned navázat kontakt (nejčastěji formou hry). S kým bude komunikovat, si nevybírá – hraje si a komunikuje s dospělými stejně dobře a často jako s vrstevníky. Slovní zásoba je vzhledem k jeho věku bohatá, mluva logická, gramaticky správná, bez výrazných abnormalit. Při rozhovoru neví – li něco, má tendence od daného tématu odbíhat. Rád stáčí řeč na pohádkové bytosti a postavy z počítačových her, má svého vymyšleného kamaráda, se kterým si hraje a povídá. Občas má problémy orientovat se v reálném světě – žije ve světě smyšlenek. Rád cituje televizní reklamy a úryvky různých filmů, rád a hodně zpívá a recituje.

Hrubá motorika dítěte: kolísavá, nekoordinovanost pohybů, problémy se stabilitou a udržením rovnováhy. Preferuje levou – méně postiženou část těla, nutno dbát na správný došlap na obě nohy. Po operaci výrazné zlepšení.

Jemná motorika: nese známky diagnózy. Dítě prací s drobným materiálem nevyhledává, objevují se problémy např. s navlékáním korálků, při stříhání, trhání papíru, úchopu tužky. Kresba neodpovídá věku.

Sociální vztahy: milý, vstřícný, bez problémů s navázáním komunikace. Velice důvěřivý, silnější kamarády příliš nevyhledává, rozumí si více s mladšími a pasivnějšími dětmi – zejm. dívkami.

Závěr: Říká se, že stupeň vývoje v logopedické oblasti se odráží též v motorice dítěte, ať již hrubé nebo jemné. U P. M. žádné výraznější problémy v oblasti logopedie respondentka neshledala, nedostatky v motorice jsou dány jeho diagnózou.

1) Klient: K. Š.

Věk: 4,9 roku

Pohlaví: Muž

Diagnóza: nespastická mozečková forma DMO

Logopedická vada: lehká dyslálie + hypotonie mimic. svalstva

Počet sourozenců: 1

.....

Logopedická oblast: K. je tichý, milý chlapec, který se neumí mezi silnějšími jedinci sám moc prosadit, proto si ke hře a povídání vybírá spíše neagresivní spolužáky. Jinak si mezi dětmi a dospělými nevybírá. Jeho mluva je poněkud poznamenána lehkou dyslálií, díky hypotonii mimického svalstva odpověď K. trvá trošičku déle. Patrné jsou maličko grimasy v obličejové části, výjimkou není ani celková vyčerpanost a lehká unavitelnost. Věty jsou převážně gramaticky správné, slovní zásoba přiměřená, objevují se nedostatky v oblasti poznání. Dítě hovoří hodně a rádo – převážně tichým hlasem, jeho verbální projev je pro ostatní spolužáky přesto dobře srozumitelný.

Hrubá motorika: na základě jeho diagnózy je patrná lehká neobratnost a snadná unavitelnost, přesto se K. moc snaží. Velkým tahounem je jeho starší bratr – sportovec. Problémy v oblasti opět zejm. koordinace pohybů, stability a rovnováhy.

Jemná motorika: od loňského školního roku velké zlepšení v úchopu i práci s Vv – materiálem. Sám stříhá, lepí, pracuje s hlinou, dokáže utrhnout i přehnout papír, pracuje s konstruktivními stavebnicemi většího rázu. Jeho pracovní tempo je pomalejší.

Sociální vztahy: K. je velice přátelský, velice lehce navazuje vztahy – zejm. S mladšími a opět slabšími spolužáky – zejm. dívkami. Je vstřícný, rád pomáhá ostatním.

Závěr: Největší problémy v oblasti logopedie této nespastické formy DMO u K. shledává respondentka zejm. v jeho lehké a časté unavitelnosti a pomalejším tempu práce i řeči. Přesto jeho řeč zůstává srozumitelná.

2) Klient: T. P.

Věk: 4,9 roku

Pohlaví: Muž

Diagnóza: spastická hemiparetická forma DMO, srdeční vada, negativismus

Logopedická vada: žádná

Počet sourozenců: 1

.....

Logopedická oblast: T. je svérázná, samostatná bytost. Rád si o sobě rozhoduje sám a dělá věci po svém. Z počátku docházky do MŠ neměl tendence ke hře či komunikaci kohokoli vyhledávat, byl samotářský, spokojený, když byl sám. V současné době již s ostatními komunikuje, i když stále poměrně málo. Při komunikaci si nevybírá, s kým bude komunikovat

– hovoří většinou na vyzvání, sám o sobě mluví málo. Je velice intelektuální, jeho mluva je vyspělá, květnatá, nadprůměrná jeho věku. Používá neobvyklá slovní spojení a mluvu „dospěláků“. Hovoří v rozvinutých větách, které jsou gramaticky správné, výslovnost skoro bez problémů. Mluví jenom o podstatných věcech, s dětmi často námětové hry, rád recituje a mluví postavy při kolektivní dramatizaci (např. pohádek).

Hrubá motorika: Po operaci nohou výrazné zlepšení, využívá především pravou schopnější část těla. Problémy opět v oblasti koordinace pohybů, stability, rovnováhy a prostorové orientaci. Zapojuje obě končetiny. Pomalejší osobní tempo.

Jemná motorika: T. nevyhledává činnosti pro rozvoj jemné motoriky. Stříhá s dopomocí, má problémy s navlékáním drobných předmětů, zapínáním a rozepínáním knoflíků, vyžaduje pomoc při práci s keramickou hlinou. Jinak samostatný.

Sociální vztahy: samotářský, problémy se zapojením do řízené kolektivní činnosti. Vhodný pozitivní přístup – lákavá motivace, respektování osobního tempa.

Závěr: diagnóza DMO T. v oblasti komunikace příliš neomezuje, jeho mluva je vyspělá, respondentka doporučuje větší podněcování ke vzájemné komunikaci.

3) Klient: R. P.

Věk: 5,8 roku

Pohlaví: Muž

Diagnóza: nespastická hypotonická forma DMO, PMR, hyperaktivita

Logopedická vada: dyslálie, opožděný vývoj řeči

Počet sourozenců: 0

.....

Logopedická oblast: R. cca do pěti let svého věku skoro nekomunikoval na veřejnosti ani doma, rozmluvil se až s příchodem do předškolního zařízení. Jeho mluva je pomalá, těžkopádná, agramatická, tvoří jednoduché věty, disponuje malou slovní zásobou. Rád zpívá a recituje. Mluva nese známky opoždění též v oblasti poznání. Pro řadu věcí nezná pojem, neví – li, hádá. Moc by se chtěl s ostatními kamarádit, neví ale, jak na to. Nevybírá si při komunikaci mezi dítětem a dospělým. Nezná míru, kam až může zajít, je agresivní, děti se jej bojí. V současné době děti R. v kolektivu již akceptují, rád komunikuje a hraje si zejm. s jedinci, kteří si dokáží obhájit své. Rád se mazlí a vyžaduje tělesný kontakt. Mluva poznamenána ve velké míře dyslálií, nutná spolupráce logopeda.

Hrubá motorika: R. je těžkopádný, nedává pozor, nepředpokládá možnost úrazu. Má problémy s orientací, v oblasti opět koordinace, stability a rovnováhy. Má velkou sílu, přesto lehce se unaví.

Jemná motorika: I v této oblasti jsou zřejmé znaky opoždění (špatný úchop tužky, nevyzrálá kresba,...). Práci s drobným materiálem nevyhledává, má vyhraněnou levou ruku i oko. Má problémy se stříháním, trháním papíru, překládáním, navlékáním drobných předmětů, zapínáním,...

Sociální vztahy: R. má doma slabé sociální zázemí a nedostatečné výchovné vedení. Nezná pravidla správného chování, je agresivní, díky robustní postavě budí strach i respekt. Touží po kontaktu s druhými, neumí si děti ale k sobě většinou připoutat.

Závěr: Syndrom DMO v kombinaci s PMR způsobil opožděný vývoj nejen řeči, ale i poznání a dalších složek. Dítě začalo komunikovat až cca v pěti letech. Jeho mluva je jednoduchá, agramatická, občas bez logičnosti. Hyperaktivita a agresivní chování omezují do určité míry jeho komunikaci s vrstevníky a dalšími jedinci.

4) Klient: M. F.

Věk: 5,9 roku

Pohlaví: Muž

Diagnóza: spastická hemiparetická forma DMO, středně těžká MR, zraková vada, epilepsie, dyspraxie

Logopedická vada: opožděný vývoj řeči, hypersalivace, zasažení orofaciál. oblasti

Počet sourozenců: 0

.....

Logopedická oblast: M. komunikuje verbálně – ale s velkými obtížemi. Pro děti je jeho projev hůře srozumitelný. Mluví hlubokým hlasem, jednotlivá slova ze sebe vyráží. Tvoří slabiky, slova, spojuje podmět a přísudek, popř. podmět a přívlastek v základních tvarech. Neskloňuje, nečasuje. Jeho řeč je agramatická, hovoří málo, více si vystačí sám. Komolí slova. Jinak milý a přítulný, více vyhledává pro hru i komunikaci dospělou osobu, hovoří většinou pouze na vyzvání. Má malou slovní zásobu, při mluvě si pomáhá gesty, naznačuje, co má na mysli, ukazuje, chytne druhého za ruku a dovede k tomu, o čem mluví.

Hrubá motorika: na základě postižení velká neobratnost, těžkopádnost, problémy skoro na všech rovinách. Snaží se, rád běhá (problémy se stabilitou a koordinací pohybů, rovnováhou). Často střídá činnosti, viditelná je spontánní radost z pohybu.

Jemná motorika: značně opožděna, velké obtíže být jen se zvednutím malého předmětu. Hru s drobným materiálem nevyhledává, nejoblíbenější činnost: hra s auty. Při práci vyžaduje speciálně upravené pomůcky a pomoc druhé osoby. Krátká doba pozornosti, velká unavitelnost a roztěkanost při práci.

Sociální vztahy: díky časté nemocnosti malý kontakt s okolím – zejm. spolužáky na třídě. Je přátelský, vždy vesele naladěný, přesto při hře samotářský – nejraději si hraje sám. Sám od sebe moc nemluví, pouze chce – li např. na něco poukázat.

Závěr: U M. respondentka sleduje velký vliv DMO na vývoji jeho řeči, slovní zásobě i způsobu komunikace všeobecně. Díky tomu narušen tok komunikace směrem k ostatním – komunikace M. pro ostatní je hůře srozumitelná.

5) Klient: M. R.

Věk: 5,2 roku

Pohlaví: Žena

Diagnóza: spastická hemiparetická forma DMO

Logopedická vada: dyslálie

Počet sourozenců: 3

.....

Logopedická oblast: M. se zpočátku docházky do MŠ velice styděla, nekomunikovala, schovávala se za matku, později za učitelku. Dodnes přetrvává inklinace k dospělé osobě, jinak partnera pro komunikaci si nevybírám. Mluví ráda a hodně, její verbální projev je pro spolužáky srozumitelný. Stydí se sama zpívat a recitovat, její slovní zásoba je přiměřená, mluví v rozvinutých větách bez agramatismů. S logopedem spolupracuje jen částečně – stydí se.

Hrubá motorika: obavy z chůze, z pádu,.. – velká nedůvěra ve vlastní schopnosti. Pohybová nejistota, problémy opět s koordinací, stabilitou, rovnováhou a prostorovou orientací.

Jemná motorika: M. má ráda hru s drobným materiálem, upřednostňuje zdravější končetinu, na postiženější zapomíná – samovolně ji nezapojuje, připadá jí ošklivá. Problémy v obratnosti prstů, správném úchopu, stříhání, trhání a přehýbání papíru jen s dopomocí.

Sociální vztahy: poznamenány studem a nedůvěrou ke své osobě. Jinak milá, přítulná, vždy dobře naladěná, kamarádká, ráda pomáhá. Vyhledává společnost.

6) Klient: L. N.

Věk: 5,2 roku

Pohlaví: Žena

Diagnóza: nespastická mozečková forma DMO

Logopedická vada: dyslálie, opožděný vývoj řeči

Počet sourozenců: 1

.....

Po dohodě s rodiči zamítnuto poskytnutí jakýchkoli bližších informací o této klientce.

7) Klient: De. H.

Věk: 3,7 roku

Pohlaví: Žena

Diagnóza: nespastická mozečková forma DMO, středně těžká MR

Logopedická vada: opožděný vývoj řeči

Počet sourozenců: 1

.....

Logopedická oblast: De. Je velice čilé dítě, pozitivně laděné dítě, které chvíli nepostojí. Často střídá činnosti. Nějaký kontakt nebo komunikaci nevyhledává, nejraději neustále někde běhá a přendává věci z místa na místo. Nekomunikuje, hlas nepoužívá jako komunikační prostředek, ale jako zdroj hry (pohrává si s hlasem, vydává různé zvuky, zkoumá, co to udělá, když např. různě sešpulí ústa,...). Pozitivní přístup jeví ke zvířatům na třídě – ke králíčkovi a fence (canisterapie). Vyžaduje neustálý dozor a pomoc. Nekomunikuje ani pomocí žádného náhradního komunikačního systému, s logopedem rodina nespolupracuje.

Hrubá motorika: Na lepší úrovni jak jemná. Zřejmá velká radost z pohybu – dítě je neustále v poklusu. Nejistá chůze, problémy s rovnováhou, koordinací, stabilitou a opět orientací v prostoru. Zakopává, padá,.. Potřeba časté změny činností.

Jemná motorika: nejvhodnější snad práce s těstem a prstovými barvami, nevydrží dlouho u jedné činnosti, práci s drobným materiálem nevyhledává. Velké obtíže se zapojením do jakékoli činnosti.

Sociální vztahy: dítě nevyhledává žádný sociální kontakt – nedorozumívá se, ani si nehraje se svojí sestrou (dvojčetem – též mozečková forma DMO). Pozitivně laděná, svým milým vzhledem si hned každého dokáže získat.

Závěr: De. Nejeví žádnou touhu ani potřebu komunikovat. Pokud už „komunikuje“, nevybírá si mezi dospělou a dětskou postavou, její projev je pro okolí nesrozumitelný. Nejlépe si vystačí sama, její postižení ji velice omezuje v kontaktu s okolním světem.

8) Klient: Da. H.

Věk: 3,7 roku

Pohlaví: Žena

Diagnóza: nespastická mozečková forma DMO, středně těžká MR

Logopedická vada: opožděný vývoj řeči

Počet sourozenců: 1

.....

Dvojče výše uvedené De. H. – ve všech bodech vykazuje shodné výsledky jako její sestra.

9) Klient: M. Š.

Věk: 5,9 roku

Pohlaví: Muž

Diagnóza: nespastická dyskinetická forma DMO, vrozená hluchota

Logopedická vada: opožděný vývoj řeči + další potíže vyplývající zejm. z vrozené hluchoty

Počet sourozenců: 1

.....

Logopedická oblast: M. má velkou snahu a potřebu komunikovat. Jeho vývoj řeči je na základě diagnóz značně opožděn, avšak po dvou letech, co je uživatelem kochleárního implantátu, lze pozorovat velikou změnu k lepšímu. Dítě nevyužívá žádný náhradní komunikační systém, s okolím se snaží dorozumět verbálně. Jeho slovní projev je pro spolužáky však srozumitelný pouze s pomocí dospělé osoby – učitele, rodiče,.. M. komunikuje rád, ale málo, pro komunikaci si vybírá zejm. dospělou osobu. Verbální projev provází gesty, ukazuje, snaží se pomoci v porozumění. Gesta jsou trhaná, verbální projev provázejí záškuby v obličejové části. Dobře komunikuje se zvířaty – citový vztah (canisterapie).

Hrubá motorika: M. se pohybuje pouze na vozíku, je odkázán na pomoc druhého. Jeho pohyb je „rozevlátý“, trhaný, nekoordinovaný. Pohybuje se obtížně, nemá zpevněno zádové svalstvo. Snaží se ale nezůstat v ničem pozadu, má silnou vůli – v rámci svých možností se zapojuje do všech aktivit.

Jemná motorika: značně postižena – zejm. na základě nekoordinovanosti pohybů. Dítě vyžaduje individuální přístup, respektování osobního tempa, speciálně upravených pomůcek a spolupráci a dopomoc dospělé osoby. Snadná unavitelnost.

Sociální vztahy: veselý, pozitivně laděný, vždy nápomocný, ochotný spolupracovat. Kamarádský, s velkou potřebou a touhou komunikovat.

Závěr: Vrozená hluchota a dyskinetická forma DMO značně ovlivnily vývoj M. komunikace. Lze sledovat u něj velkou snahu a pokrok v komunikaci po zapojení kochleárního implantátu. Slovní projev pro okolí ale i nadále zůstává srozumitelný pouze za pomoci dospělé osoby.

Závěr vyhodnocení Studia odborné dokumentace a Pozorování:

Závěry ze Studia dokumentace a Pozorování poukazují na větší problémy v oblasti komunikace zejm. u dětí s nespastickou formou DMO a potvrzují menší výskyt logopedických vad a poruch u spastických forem DMO. Jak bylo již dříve řečeno, výsledky mohly být zkresleny nezastoupením všech forem DMO u Výběrového vzorku a přítomností řady přidružených vad, poruch a postižení k DMO. Dalším problémem byla častá nemocnost klientů, která znemožňovala respondentce a krátký časový úsek na získání a zpracování dat.

3.5.3 Interpretace dat získaných na základě Strukturovaného rozhovoru

Strukturovaný rozhovor byl určen pro rodiče dětí s DMO ze SMŠ Hurbanova. Účastnilo se jej osm z desíti rodičů klientů (jeden rodič zamítl informace poskytnout, druhý nemohl být rozhovoru podroben na základě časté nemocnosti dítěte). Kromě základních údajů (týkajících se věku, diagnózy, formy DMO, počtu sourozenců, atd.) se respondentka ptala rodičů na následující otázky:

1) Znesnadňuje logopedická vada Vašemu dítěti možnost porozumět svému okolí a dorozumět se s ním? – Rodiče dětí se spastickou formou DMO odpovídali vesměs záporně, dvoje rodiče dětí s nespastickou formou DMO uvedli, že logopedická vada znesnadňuje jejich dítěti komunikaci s okolím a porozumění svému okolí jen v malé míře. Troje rodiče hodnotili stránku komunikace dětí s nespastickou formou DMO se svým okolím jako: Velmi znatelně znesnadňující (viz. níže uvedená Tab. č. 1 Znesnadňuje logopedická vada Vašemu dítěti možnost porozumět svému okolí a dorozumět se s ním?).

Tab. č. 1: Znesnadňuje logopedická vada Vašemu dítěti možnost porozumět svému okolí a dorozumět se s ním?

Hodnocení:	Spastická forma DMO	Nespastická forma DMO
Ne:	3	0
V malé míře:	0	2
Velmi znatelně:	0	3

2) *Jaký je způsob komunikace Vašeho dítěte? (Verbální, neverbální, pomocí totální komunikace, reaguje jen na podněty, nekomunikuje,...)* – Zde se rozcházejí výsledky Standardizovaného dotazníku spolu se strukturovaným rozhovorem: pět rodičů hodnotí projev svého dítěte jako verbální, ale: rodiče dvojčat s nespastickou mozečkovou formou DMO hodnotí projev svých dětí jako neverbální (v Dotazníku uvedeno: Nekomunikují) a rodiče chlapce s dyskinetickou nespastickou formou DMO nehodnotí projev dítěte jako verbální, ale jako využití veškerých komunikačních možností (tzv. „totální komunikaci“).

3) *Používá Vaše dítě ke komunikaci s okolím nějaký náhradní komunikační systém? – A pokud ano:*

- Podle čeho jste komunikační systém vybírali?
- Kdo se na výběru náhradního komunikačního systému podílel?
- Jak přijalo Vaše dítě tento náhradní komunikační systém?
- Souhlasili všichni s tímto výběrem? – Pokud ne, proč?
- Snažíte se tímto komunikačním systémem dorozumívat nejen doma, ale i na veřejnosti? – Pokud ne, proč?

Všichni rodiče uvedli, že žádné z dětí žádný náhradní komunikační systém nepoužívají. Troje z rodičů těchto osmi dětí uvedli, že vedle klasické komunikace děti si při řeči pomáhají pomocí různých gest, poukázáním na určitý předmět či vložení předmětu do dlaní. Všichni z rodičů jsou smířeni se situací svých dětí v oblasti komunikace a snaží se maximálně spolupracovat se svými dětmi.

4) *Pamatujete si, v kolika letech řeklo Vaše dítě svoje první slovo?* – Na tuto otázku 1 dotazovaný nebyl schopen odpovědět, rodiče dětí se spastickou formou DMO uváděli přibližný rok prvního slova dítěte mezi druhým a třetím rokem. U nespastické formy

DMO se názory různily: někteří uváděli již osm měsíců života dítěte (mama, papa – mozečková forma DMO), nebo 4,2 roku věku (dyskinetická forma DMO s vrozenou hluchotou). Průměrně se věk vyřčení prvního slova dítěte s nespastickou formou DMO rovnal věku dětí se spastickou formou DMO (přibližně kolem dvou let věku).

- 5) *V kolika letech jste si poprvé všimli odlišnosti v logopedické oblasti?* – Rodiče dětí se spastickou formou si nepamatují, kdy si poprvé všimli odlišností, vesměs typovali, že s příchodem do MŠ, kde měli větší možnost porovnání se zdravými jedinci. Rodiče dětí s nespastickou formou DMO uvádějí, že prvních odlišností si všimli poprvé: v 1 roce (2x), v 1,5 roku věku (1x), ve 3 letech (1x) a někdy mezi 3. a 4. rokem věku (1x).
- 6) *Podle čeho jste usoudili, že ne všechno bude v oblasti komunikace s dětmi v pořádku?* – Rodiče dětí se spastickou formou uváděli především opožděný vývoj řeči (1x) a nezájem o častější navázání kontaktu (1x). Děti s nespastickou formou DMO vykazovaly odlišnosti v oblasti komunikace zejm. tím, že nemluvily, nebo mluvily jen minimálně, příp. se objevila v jejich řeči viditelná špatná výslovnost (viz Tab. č. 2: Podle čeho jste usoudili, že ne všechno bude v oblasti komunikace v pořádku?)

Tab. č. 2: Podle čeho jste usoudili, že ne všechno bude v oblasti komunikace v pořádku?

Odlišnosti v komunikaci:	Forma spastická	Forma nespastická
nezájem o okolí	1	0
opožděný vývoj řeči	1	0
špatná výslovnost	0	1
minimální komunikace	0	2
dítě nekomunikovalo	0	2
neví	1	0

- 7) *Vyhledali jste ihned odbornou pomoc? – Pokud ano – koho?, Pokud ne, proč?* – čtyři z osmi rodičů uvedli, že odbornou pomoc nevyhledali, neboť se domnívali, že to není třeba, popř. jim to tak potvrdil jejich pediatr, jedna dívka z výše uvedených dětí se stydí cizích lidí – proto se rodiče rozhodli s odborníky prozatím ještě blíže nespolupracovat. Rodiče pěti zbylých dětí s odborníky spolupracují – uvádějí mezi nimi: dětského neurologa (3x), rehabilitační pracovnice (2x), logopeda v DIC – Hurbanova (1x), odborníky na ORL a na Foniatrickém oddělení v Praze – Motole (1x).

8) *Kdo / co Vám v oblasti logopedie a v oblasti rozvoje řeči a řečových možností a dovedností nejvíce pomohl?* – Na tuto otázku odpovídali rodiče následovně:

Tab. č. 3: Kdo / co Vám nejvíce pomohlo?

Kdo / co pomohlo?	Četnost zastoupení:
manžel	2x
psycholog	2x
SMS	4x
logoped	2x
Centrum kochleár. implantace	1x
ORL - Motol, Praha	1x
Foniatrické odd. Motol, Praha	1x

9) *S kým spolupracujete v oblasti logopedie dnes?* – Ačkoli oblast logopedie je pro děti s DMO velice důležitá, ukázalo se, že řada rodičů tuto pomoc a péči opomíjí. Většina z rodičů uváděla rehabilitační pracovníce, dětského neurologa nebo nikoho, kdo by pečoval o oblast komunikace jejich dítěte, pouze trojí rodiče s někým i dnes spolupracují: např. s logopedem, ORL, Foniatrickým odd. nemocnice Motol, příp. s centrem kochleárních implantací.

Závěr vyhodnocení Strukturovaného rozhovoru s rodiči dětí s DMO:

V rozhovoru se potvrdila respondentčina domněnka, že děti s nespastickou formou DMO mají větší problémy porozumět svému okolí a dorozumět se s ním. U dětí se spastickou formou DMO se potvrdil menší výskyt logopedických vad a poruch a menší potřeba pomáhat si při komunikaci gesty aj. neverbálními prostředky. U nespastických forem DMO byly dříve patrnější a snáze rozpoznatelnější příznaky nastávajících problémů v oblasti komunikace, také se potvrdila častější a větší potřeba spolupráce s odborníky v oblasti logopedie. Problémem byla časová tíseň – najít společný volný čas respondentky a řady rodičů. Respondentka se mohla ve svém Strukturovaném rozhovoru zaměřit více na vývoj řeči v době před vstupem do tamního zařízení, zjistit, zda se v něm objevuje nějaký posun.

3.6 Shrnutí výsledků praktické části

Ve své Bakalářské práci respondentka použila pro sběr dat tyto **metody**:

- 1) Nestandardizovaný dotazník
- 2) Studium materiálů – odborné dokumentace
- 3) Pozorování
- 4) Strukturovaný rozhovor

Cílem Bakalářské práce bylo: zmapovat vývoj řeči, patologii vývoje řeči dětí s DMO ve Speciální mateřské škole Hurbanova (Hurbanova 1285, Praha 4 – Krč) a zjistit jejich možnosti komunikace

Respondentka uvádí ve své práci tyto předpoklady:

- 1) u dětí s nespastickou formou DMO lze předpokládat větší obtíže při komunikaci s okolím a tudíž i větší a častější volbu náhradních komunikačních systémů (ověřováno pomocí metody Pozorování, pomocí Strukturovaného rozhovoru pro rodiče – položka: Používá Vaše dítě ke komunikaci s okolím nějaký náhradní komunikační systém? - Pokud ano,..)
- 2) u dětí se spastickou formou DMO lze předpokládat naopak menší výskyt logopedických vad a poruch jak u dětí s nespastickou formou DMO (ověřováno na základě Nestandardizovaného dotazníku – položka: Výskyt logopedických vad a poruch + pomocí Studia materiálů – odborné dokumentace)

Cíle Bakalářské práce (zmapovat vývoj řeči, patologii vývoje řeči u dětí s DMO v SMŠ Hurbanova a zjistit možnosti jejich komunikace) se respondentka pokoušela pomocí výše uvedených metod. Pomocí nich se jí podařilo zmapovat počet dětí s DMO v zařízení, rozlišit u nich pohlaví a formu DMO, zaevidovat u těchto dětí výskyt logopedických vad a poruch, zaznamenat způsob jejich komunikace a účast logopeda na nápravě těchto logopedických vad a poruch. Během průzkumu respondentka došla k závěru, že bohužel nedošlo k zastoupení všech forem DMO v zařízení a díky poměrně malému výběrovému vzorku dětí s DMO v letošním školním roce (počtu deseti klientů s DMO v zařízení), nemohlo dojít k optimálnímu srovnání logopedických vad a poruch a srovnání vývoje řeči u spastické a nespastické formy DMO. Během průzkumu nebyl zaznamenán také žádný výskyt dítěte komunikujícího pomocí náhradního komunikačního systému. Díky v předchozích větách zmíněných nedostatků mohlo během průzkumu dojít ke zkreslení konečných výsledků a

nesplnění tak v úvodu stanoveného cíle Bakalářské práce. Velkou překážkou pro hladký průběh průzkumu a zpracování získaných dat byla také častá nemocnost dětí s DMO v zařízení, přítomnost dalších vad a poruch u zmíněného postižení, velká časová tíseň pro získání a zpracování dat ze strany respondentky, pedagogů i rodičů a neméně též fakt, že rodiče dětí s DMO se ve většině případech zabírají více rozvojem hrubé a jemné motoriky než rozvoji motoriky mluvidel a jazyka dětí s DMO. V častých případech ani nevyhledávají tito rodiče nějakou odbornou pomoc, nevzpomínají si na některé důležité informace týkající se vývoje řeči svých dětí.

Respondentka se domnívá, že během průzkumu došlo ale k potvrzení jí stanovených předpokladů, že: 1) děti s nespastickou formou DMO mají větší problémy při komunikaci s okolím, a tudíž častěji mohly by volit pro komunikaci nějaký náhradní komunikační systém, 2) že u dětí se spastickou formou DMO se objevuje menší výskyt logopedických vad a poruch. Průzkum v SMŠ Hurbanova potvrdil u Výběrového vzorku častější výskyt logopedických vad a poruch u dětí s nespastickou formou DMO, jejich závažnější podobu, dřívejší výskyt příznaků odlišnosti v oblasti komunikace těchto dětí, větší potíže při jejich komunikaci s okolím, horší míru dorozumění se i porozumění řeči, menší slovní zásobu i větší potřebu spolupráce logopeda a dalších odborníků, jelikož výraznější obtíže v komunikaci mohly by způsobit nenaplnění základních potřeb dítěte, a tudíž i negativně ovlivnit celou osobnost a jeho další vývoj.

4. Závěr

Díky v předchozí kapitole 3.6 zmíněným překážkám a nedostatkům v průzkumu bylo cíle Bakalářské práce dosaženo jen částečně. Co se týče zmapování vývoje a patologie vývoje řeči, u Výběrového vzorku v SMŠ Hurbanova rodiče dětí s DMO si již moc na první verbální projev svého dítěte nepamatovali. Všichni rodiče se ve svých výpovědích ale shodují, že tento první verbální projev byl vzhledem k běžné populaci poněkud opožděný (mezi druhým a třetím rokem dítěte). Málokdo z rodičů věnoval těmto a dalším příznakům (opožděný logopedický vývoj, nezáměr o své okolí a o navázání kontaktu, minimální či žádný verbální projev, špatná výslovnost, výpomoc dítěte při komunikaci gesty,...) však nějaký větší význam. Jen někteří z nich (většinou pouze rodiče dětí s nespastickou formou DMO) vyhledali nějakou odbornou pomoc (logopeda, ordinaci ORL, foniatra,...). První markantnější odlišnosti v oblasti komunikace rodiče spatřují u svých dětí v rozmezí cca od jednoho do čtyř let věku. Oblast

rozvoje komunikačních dovedností rodiče dětí s DMO nepovažují za nejdůležitější, na prvním místě preferují rozvoj hrubé a jemné motoriky (Vojtova metoda, canisterapie,...). Co se týče zjištění možností komunikace těchto dětí, respondentka nemohla zcela svoje znalosti a dovednosti uplatnit, jelikož žádné z dětí z Výběrového vzorku nekomunikovali pomocí nějakého náhradního komunikačního systému. Dvě z dětí (holčičky - dvojčata, 3,7 roku věku, nespastická mozečková forma DMO) nekomunikují sice skoro vůbec (v přítomnosti matky max. mama, papa + vkládají předmět hry matce do rukou), jinak žádný náznak použití verbální či neverbální komunikace jako zdroj dorozumění se se svým okolím. Jelikož u těchto dětí se vyskytuje v rámci DMO ještě středně těžká mentální retardace, lze předpokládat v budoucnosti možnost použití nějakého náhradního komunikačního systému. Holčičky jsou však ještě poměrně malé, rozvoj v oblasti logopedie rodiče vzhledem k jejich věku ještě nezvažují.

Předpoklady Bakalářské práce se respondentce v rámci Výběrového vzorku potvrdily. U obou forem DMO se vyskytly většinou nějaké logopedické vady a poruchy, u nespastických forem DMO byl ale jejich výskyt častější a závažnější. Větší obtíže v oblasti logopedie mohou u těchto dětí vést též (v touze po možnosti dorozumět se a nevybočovat z řady) k častějšímu používání náhradních komunikačních systémů. Většina rodičů dětí s nespastickou formou DMO uvedla, že výskyt logopedické vady znesnadňuje jejich dítěti možnost porozumět svému okolí a dorozumět se s ním. Průzkum prokázal, že děti se spastickou formou DMO nemají většinou tendence vybírat si osobu, se kterou budou právě komunikovat, u nespastických forem DMO se několikrát vyskytla postava učitele či dospělého člověka coby kontaktní osoby pro navázání komunikace. Ačkoli žádné z dětí nepoužívá žádný z náhradních komunikačních systémů, děti s nespastickou formou DMO mají větší tendence provázet leckdy svoji mluvu gesty a vyhledávat při komunikaci větší tělesný kontakt. Větší potřebu poradit se a vyhledat odbornou pomoc v oblasti logopedie měli převážně rodiče dětí s nespastickou formou DMO.

Respondentka i nadále opakuje, že díky překážkám a nedostatkům v rámci průzkumu (viz. kpt. 3.6) mohlo v závěru dojít ke zkreslení výsledků její práce, takže tyto výsledky se nemusí shodovat s výsledky jiných průzkumů a dalších šetření.

5. Navrhovaná opatření

V rámci průzkumu respondentka došla k závěru, že mnohé by mohla vyřešit:

1) větší informovanost rodičů

Rodiče by si měli více všímat odlišností v komunikaci svých dětí, měli by si o svém dítěti vést podrobnější poznámky, zaznamenávat svoje úspěchy a pokroky, ale i to, co se zrovna nedaří. Měli by mít možnost srovnání s ostatními zdravými i stejně postiženými jedinci, znát odborný postup v případě výskytu logopedické vady či poruchy.

2) větší potřebnost logopedické péče

Rodiče by si měli uvědomit, že oblast rozvoje komunikačních dovedností je pro zdravý rozvoj dítěte všeobecně velice důležitý, a to nejen pro osvojování si nových kognitivních znalostí a dovedností. Neměli by rozvoj v této oblasti podceňovat a rozvíjet tuto oblast nadále spolu s hrubou a jemnou motorikou dítěte (vše spolu souvisí).

3) překonat strach a stud

V řadě případů v návštěvě odborníka brání strach a stud. Rodiče mají tendence zavírat se se svým postiženým dítětem do ústraní, mimo civilizaci. Měli by dokázat přemoci v sobě stud a strach z odsouzení lidí z okolí a vyhledat odborníka, neboť jen tak dokáží svému dítěti nejvíce pomoci.

4) včasná logopedická intervence

Rodiče by měli vědět o logopedovi (příp. jiném odborníkovi) ve svém okolí a nebát se ho v případě pomoci včas navštívit a poradit se s ním o dalším postupu a spolupráci. Odborník může rodiče dále nasměrovat na jiné organizace či podobně postižené rodiny, takže se rodiče nemusejí cítit sami, mají možnost konzultace a bezplatné rady a pomoci.

5) větší spolupráce rodičů s odborníky a pedagogy

Spolupráce logopeda s dětským klientem vyžaduje vzájemnou pomoc mezi rodinou, školou a odborníky, se kterými dítě přichází denně do styku. U závažnějších logopedických poruch je vzájemná spolupráce nezbytná (rodiče, pedagogové, vychovatelé,.. ti všichni by se měli podílet na procvičování a zdárném vývoji dítěte v oblasti logopedie – viz. např. provádění orofaciální stimulace dítěte, nápodoba správné výslovnosti, komunikace pomocí náhradního komunikačního systému,..)

6) nebát se náhradních komunikačních systémů

Řada rodičů má pocit, bude – li dítě komunikovat jiným než verbálním způsobem, bude vybočovat z řady a nebude přijímáno tak dobře jako druzí lidé. Důležité je uvědomit si

potřebu dítěte po kontaktu, sdělení svých zážitků a pocitů, a to dítě může vyjádřit jakoukoli sdělitelnou formou. Navíc bude – li používat dítě nějaký standardní lidmi s podobnými problémy používaný náhradní komunikační systém a přijme – li jej za svůj vlastní jazyk, problémy v oblasti komunikaci se nejen v rodině ale i v komunikaci se svým okolím zjednoduší a urychlí. A navíc lze tak zabránit frustraci dítěte a předejít jeho „útěku do vlastní ulity“.

6. Seznam použitých odborných zdrojů

1. WARNER, Jeniffer. *Na pomoc rodičům dětí s dětskou mozkovou obrnou.*
2. HEMZÁČKOVÁ, Krista. *Speciálně pedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči a impresivních jazykových dovedností.* Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Praha 2001.
3. SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ. *I. Mezinárodní konference k problematice vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením.* Speciální škola pro žáky s více vadami, Žižkova 27, 678 01 Blansko, 2001.
4. JANOTOVÁ, Naděžda. *Reedukace sluchu sluchově postižených dětí v předškolním věku.* Nakladatelství SEPTIMA, Praha 1996.
5. KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí.* 106. publikace, Paido- edice pedagogické literatury, Brno 2000.
6. KLEIN, Z. *Atlas sémantických gest.* HZ Editio, s.r.o., Praha 1998.
7. METODICKÝ LIST- 7. *Zásady komunikace se sluchově postiženým.* SPC pro sluchově postižené, Plzeň.
8. THIEL, E. *Řeč lidského těla prozradí víc než tisíc slov.* Plasma Service, Bratislava 1989.
9. JEDLIČKA, Ivan a ŠKODOVÁ, Eva. *Klinická logopedie.* Portál, Praha 2003.

7. Seznam příloh

Příloha č. 1: Informační leták DIC (kpt. 2.1.4)

Příloha č. 2: Bodová stimulace Castillo Moralese (kpt. 2.4.4)

Příloha č. 3: Jednoruční česká prstová abeceda (kpt. 2.4.5)

Příloha č. 4: Obouruční prstová abeceda (kpt. 2.4.5)

Příloha č. 5: Makatonský slovník – ukázka (kpt. 2.4.5)

Příloha č. 6: Srovnávací tabulka BLISS a PCS symbolů, Makatonu a Piktogramů (kpt. 2.4.5)

Příloha č. 7: Piktogramy činností (kpt. 2.4.5)

Příloha č. 8: Kontakty (kpt. 2.5.1)

Příloha č. 9: Nestandardizovaný dotazník (kpt. 3.2)

Příloha č. 10: Strukturovaný rozhovor (kpt. 3.2)

Příloha č. 11: CD s obsahem Bakalářské práce

8. Přílohy



SAKP

Informační leták Dětského integračního centra (Příloha č. 1)

- doprava – mikrobusem Toyota-Hiace long 8+1
- ozdravné a rekreační pobyty
- přednášky, semináře, kurzy
- klub maminek „Kamínek“
- osobní asistence
- tel.: +420 241 471 515
- +420 602 139 899 (doprava)

SAOP, zařízení pro aktivní odpočinek a integraci postižených,

je volným sdružením všech, kteří mají zájem na zlepšení podmínek života zdravotně postižených, zejména dětí. Členy jsou jednak rodiče dětí se zdravotním postižením, jednak odborníci, kteří se profesionálně věnují péči a rehabilitaci. K hlavním oblastem činnosti patří pořádání odborných integračních pobytů různého typu, tj. např. s hipoterapií, dále zajišťování individuálního začleňování dětí se závažným tělesným postižením do běžných škol pomocí osobních asistentů (Projekt „Doprovod mě děti“). Ať už neméně důležitou oblastí je činnost osvětová a poradenská, ve které kromě pořádání různých kroužků, seminářů, přednášek atd. dominuje „Klub maminek Kamínek“. Jde o pravidelné setkání matek dětí zdravotně postižených s odborným zajímavým programem a zajištěním péče o děti.



SPC – Speciální pedagogické centrum

nabízí pomoc dětem s tělesným a kombinovaným postižením a zdravotním oslabením v těchto oblastech:

- poradenství při zařazení dítěte do vhodného školního či předškolního zařízení (zařízení státní, soukromá, církevní, alternativní, speciální)
- zajištění integrace a následný servis při integracích do běžných mateřských či základních škol
- metodické vedení osobních asistentů při školních integracích
- videotrénink interakcí v rodinách i ve školách
- logopedickou péči a nácvik pozornosti
- pravidelné odpolední diagnostické pobyty
- komplexní speciálně pedagogické a psychologické vyšetření



DĚTSKÉ INTEGRACNÍ CENTRUM

- speciální mateřská škola
- speciální pedagogické centrum
- nestátní zdravotnické zařízení, obory pediatrie a rehabilitace

Hurbanova 1285
142 00 Praha 4
tel./ fax.: +420 241 470 291
+420 261 711 597
SPC: +420 244 471 805
e-mail: dic.saop@volny.cz
www.dic-saop.cz

Kapacita: 102 dětí, 6 tříd z toho 4 speciální, 1 běžná,
1 diagnostická
Umístění: uprostřed sídliště Krč, nízké pavilony,
krásná velká zahrada se stolejším dubem.

Sponzoři:

- Magistrát hlavního města Prahy
- Městská část Praha 4
- Česká spořitelna
- HEWLETT-PACKARD, s.r.o.
- SSŽ - Stavby silnic a železnic, a.s.
- Tiskárna A.F.B.K., s.r.o.
- ARDEA, s.r.o. – grafické studio
- JUDr. Hana Závěská - advokátka, Mladá Boleslav
- Stach & S.T., a.s. – zprostředkování pojištění podniků a podnikatelů
- HORÁK, s.r.o.
- SOLID – produkce oken Praha
- Cartello Alto, Pizzeria
- CZECHOCAR
- HERAEUS, zastoupení pro ČR
- MORPHEUS – web design
- Internet studio PROFIK
- SIKLA, s.r.o.
- Atelier AAA, s.r.o.
- SPORT-S – cestovní kancelář
- Výbor dobré vůle, Nadace Olgy Havlové
- Nadace Charty 77 – Konto Bariéry
- Nadace CIVILIA



Jedna ze tříd, tzv. diagnostická, slouží ke kratším pobytům 2–6 měsíců, za účelem adaptace dítěte a stanovení dalšího nejvhodnějšího výchovně-vzdělávacího postupu včetně nabídky optimálního předškolního zařízení. Další ze tříd je integrační, tj. určená k začlenění 2–3 dětí se zdravotním problémem mezi děti zdravé. Dvě třídy jsou pro děti s kombinovanými vadami, kde základním problémem se jeví poruchy hybnosti, převážně na bázi dětské mozkové obrny a další dvě třídy pro děti s alergiemi, ekzémy, diabetem, oslabeným imunitním systémem atd. Veškerou činnost centra i mateřské školy prolíná myšlenka zdravého životního stylu. Jde o jeho uplatnění ve všech oblastech, tj. výživě, interpersonálních vztazích, prostředí, výchovně-vzdělávací péče atd.

Speciální mateřská škola je součástí Dětského integračního centra, s.r.o. (DIC). DIC poskytuje komplexní výchovně - vzdělávací, léčebnou a sociální péči a služby dětem se zdravotními problémy, kteří jsou zařazeni ve věkové skupině třídních společně s dětmi zdravými. Veškeré úsilí je zaměřeno na zmírnění trvalých následků handicapu u dětí se zdravotním postižením a na prevenci u dětí zdravých. Každá třída má svoje specifika. Rodiči velmi žádání je např. třída tzv. přípravná, pro děti s odkladem školní docházky. Svým programem je zaměřena na intenzivní získávání vědomostí a dovedností potřebných k úspěšnému zahájení školní docházky.



Nabízené činnosti a služby

z oblasti speciální pedagogiky:

- grafomotorika
- logopedická péče
- kompletní pomoc při integraci dítěte se zdravotním postižením včetně vypracování individuálního výchovně-vzdělávacího plánu
- diagnostické pobyty za účelem poznání dítěte, stanovení dalšího vhodného výchovně-vzdělávacího postupu a nabídky optimálního předškolního zařízení

z oblasti psychologie:

- kompletní pedagogicko-psychologická diagnostika
- řešení výchovných, výukových či rozličných rodinných problémů i s pomocí VTI (videotréning interakcí)

pediatrická péče včetně možnosti využití alternativní medicíny, inhalace, rehabilitace dýchání pomocí Frolovova dýchacího trenážeru

angličtina

plavání v bazénu

využití jógy při rehabilitaci dýchání, relaxace atd.
hra na zobcovou flétnu

vodoléčba:

- vířivá koupel
- sauna
- cvičení v bazénku s teplou vodou

mičková automasáž ergoterapie

- práce v keramické dílně

speciální rehabilitační metody

- podle prof. Vojty
- reflexně-synergická metoda
- cvičení na velkých míčích

hipoterapie

canisterapie - léčebný vliv psa na zdraví člověka

Některé činnosti jsou zajišťovány nestátním zdravotnickým zařízením prostřednictvím fyzioterapeutek, dětské sestry, lékařky a dále pomocí služeb SPC.



BODOVÁ STIMULACE -C MORÁLESE

(Příloha č. 2)

- 1 Motorický bod v horní části nosu – bříškem ukazováku- tlak, vibrace- dorzálně a kraniálně. ODEZVA-zavření víček nebo vytvoření horizontální rýhy.
- 2 Ukazováčkem tlak ,vibrace dozadu a dolu. Odezva-vyklenutí horního rtu a vyzdvižení horního rtu.
- 3 Bod nosního chřípí – tlak vibrace- dorzálně , laterálně Odezva- dech
- 4 Bod očního víčka oboustranně tlak současně tlak , vibrací dorzálně a kraniálně.
- 5 Tlak oboustranně dorzálně –kaudálně horní ret dorzálně kraniálně –dolní ret Odezva-protruze dolního rtu.,,prokrvení a zvýšení slinění a vyprovokujeme polknutí.
- 6.Někde uprostřed vibrace- tlak dorzálně – kaudálně aktivizujeme j

Odezva –přisunutí spodní čelisti , prokrvení mentálu a zvednutí spodního rtu.

7. Někde uprostřed pod bradou vibrace tlak dorzálně a kraniálně – aktivizuje jazyku.

Polohujeme hlavu podle místa vibrace vpřed a hlavu dozadu , předkloníme.



TAHY ŠTETCEM č 10 kulatý, plochý

- 1 tah Od středu brady až k ušním bolcům
- 2 Od středu retního koutku k horní části ucha – otevření.
3. Od nosního chřípí k spánkům.
4. Od středu nosu nahoru končíme nad obočím
- 5 Od vnějšího konce obočí k vnitřní části obočí.
- 6 Od koutku do středu pod nosem.
- 7 Od koutku do středy pod bradou.
- 8 Zavření obtažení celých rtů vlevo nebo vpravo.



RTY-stimulujeme - vibrací

-ledem

-taping

- čichový vněm – nepříjemný čpavek
- kapátkem citrónovou vodu do ústního koutku
- tlačení proti lžici-rty
 - přelepit rty šikmo lepící

paskou, dítě se musí snažit sundat pásku tím, že našpuluje rty a zapojí celou mimiku

- opačnou stranou kartáčku

protíráme

OTVÍRÁNÍ SPODNÍ ČELISTI -

poklepkovovou lžicí do koutku

-tlakem na čelistní kloub

-ledem na bradu

- ovinadlem pod bradu táhnout a povolit

ZAVÍRÁNÍ ČELISTI

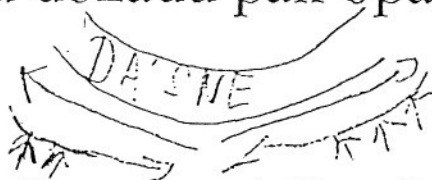
-vibrace na svalu maset

-----na spánkovém svalu



DÁSNĚ-palec od středu dásna projíždí dozadu mírně vibruje jednu pak druhou stranu. Nejdřív ze předu dozadu pak opačně.

obr

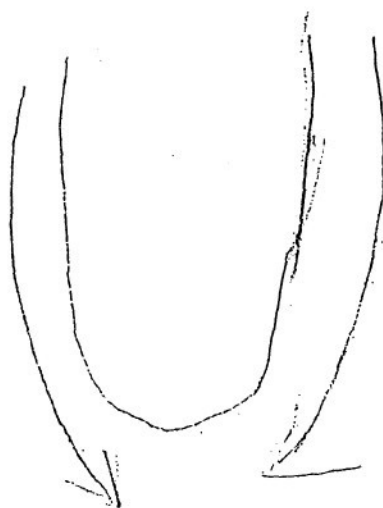


JAZYK- laterálně gumový šlauf mezi zuby a jazyk se spontánně otáčí za šlaufem(můžeme udělat malinkou dírečku do šlaufu a dát tam něco dobrého)

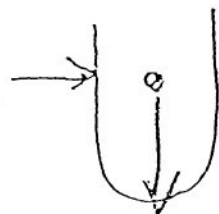
Elevace jazyka – dvěma prsty, nebo špachtlí 2 ks od zadu postupujeme ke špicce

(špachtle najednou vložíme do pusy opřeme o boky jazyka a postupujem dopředu

obr.

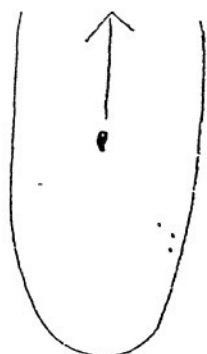


Tlačíme a protáhneme do špičky jazyka →



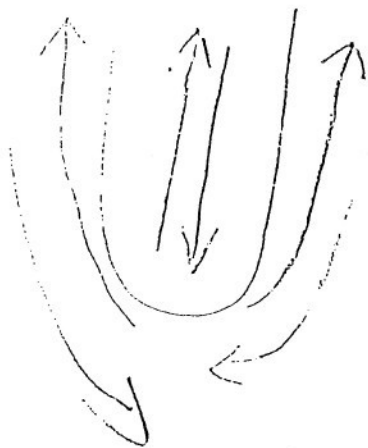
Elevace kořeně jazyka

Obr

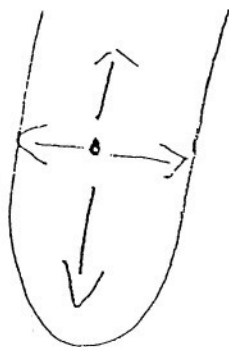


tlakem dolu a mírně vzad
Můžeme dát nachlazenou . . .
tyčinku dolu a dozadu

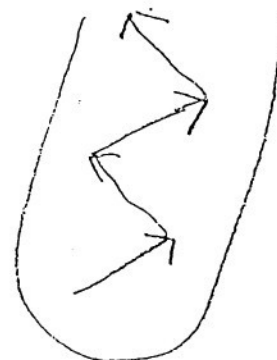
Obr.



Obr.



Obr.

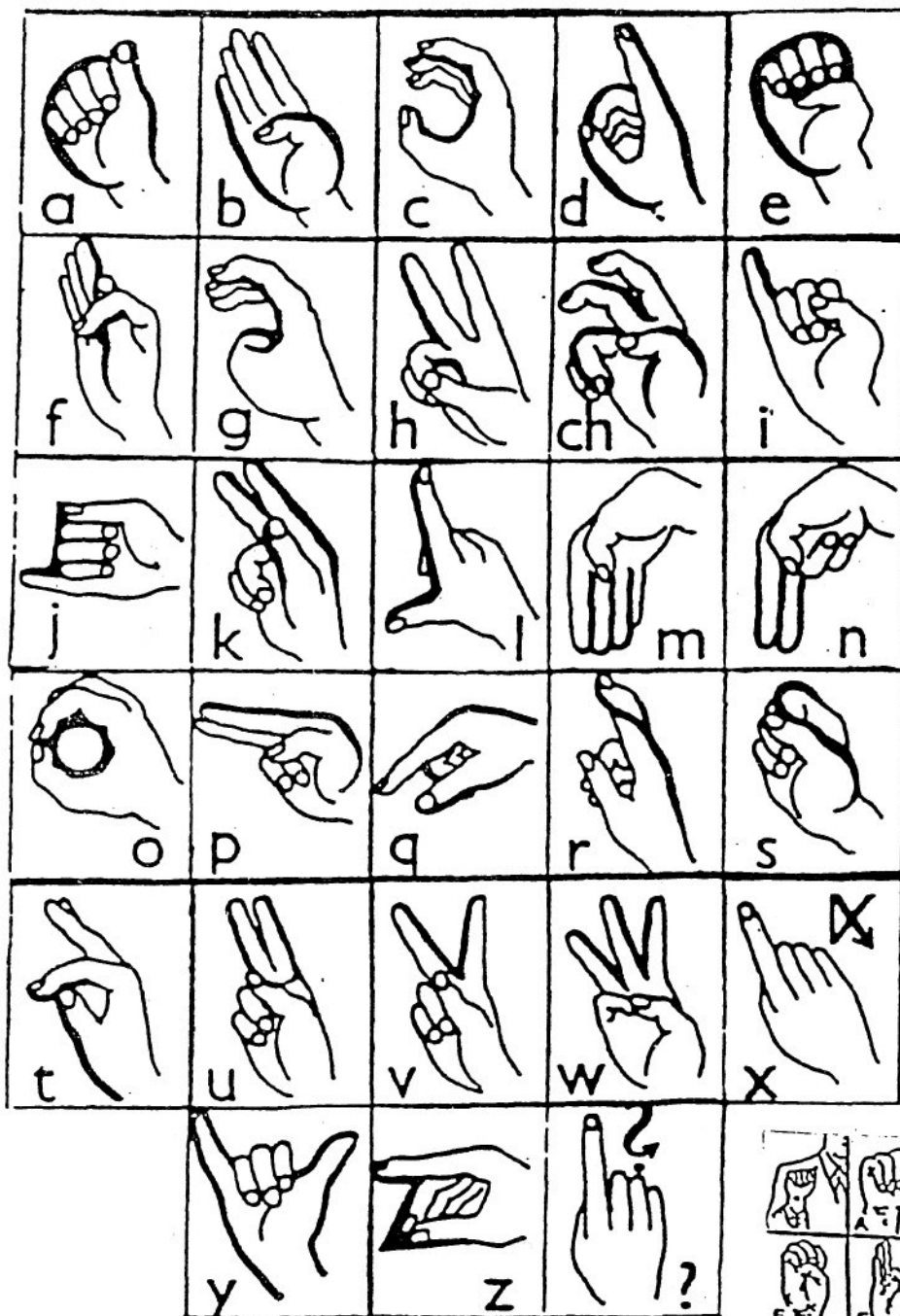


Chuťová stimulace.

Cviky tlačíme rukama na zed', zvedá se kořen jazyka.

Jednoruční prstová abeceda

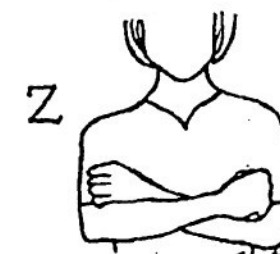
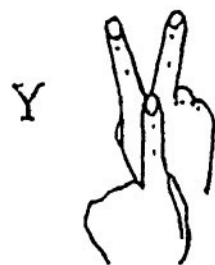
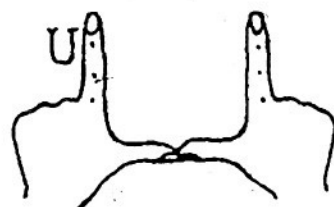
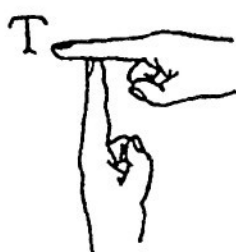
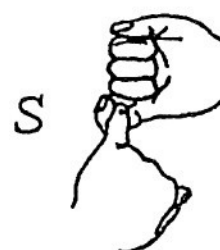
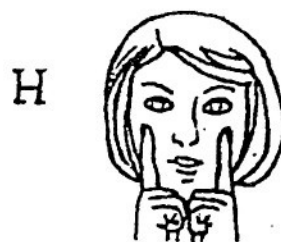
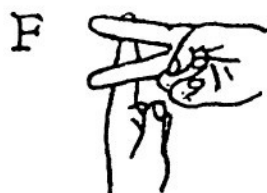
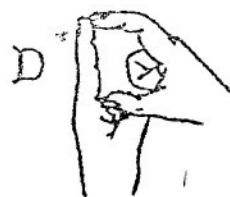
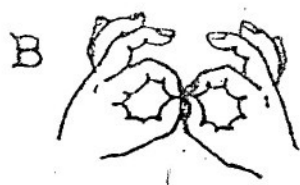
(Příloha č. 3)



Geškatprstová abeceda



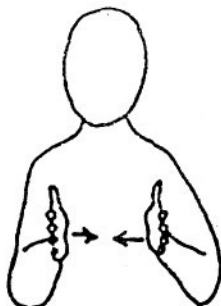
OBOURUČNÍ PRSTOVÁ ABECEDA (Příloha č. 4)



Věra Šmádová

Makatonský slovník - ukázka (Příloha č. 5)

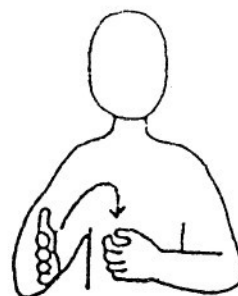
MALÝ



MÁLO



VÍC



Pozn.: Pokud se malý a velký vztahuje k hloubce nebo výšce, ruce zaujmají k tomu přiměřenou pozici.

NAHORU



DOLŮ



MŮJ/MOJE



přitáhnout pěst k hrudi

TVŮJ/TVOJE



pěst míří
k oslovované osobě

PROMIŇ



malý kruhový pohyb
proti hrudi

NYNÍ



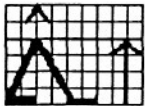
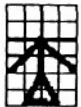
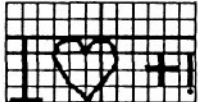
malý rychlý pohyb

Obr. 3. Ukázka obrazového materiálu tzv. Makatonského slovníku. (Převzato: Chamrádová 1966)

VII NÁHRADNÍ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY

Tab. 25.1 Srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů

(Příloha č. 6)

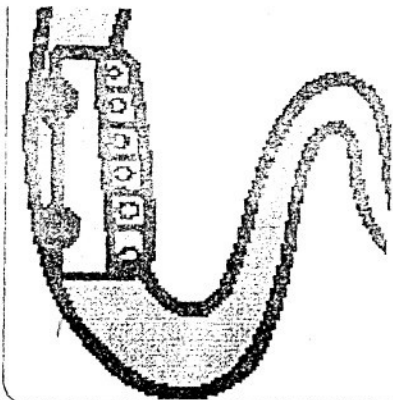
	Symboly BLISS	Symboly PCS	Symboly Makaton	Piktogramy
noha			X	
jít				
chodidla			X	
šplhat				
máma				
já	X	X		
kamarád				

(Príloha č. 7)

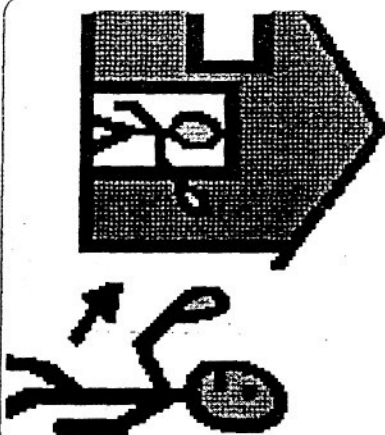
ČINNOSTI

Piktogramy činností

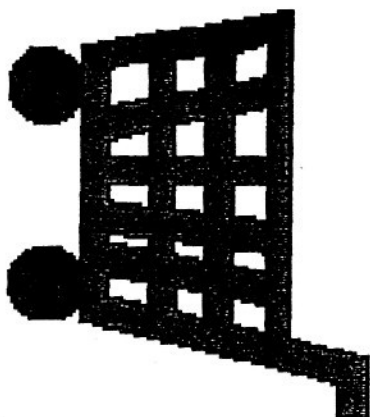
JET NA VÝLET



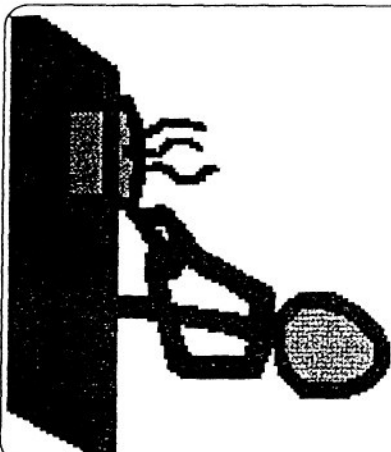
ÍŤ NA NÁVŠŤEVU



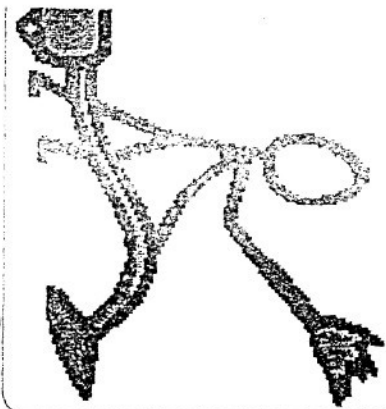
NAKUPOVAT



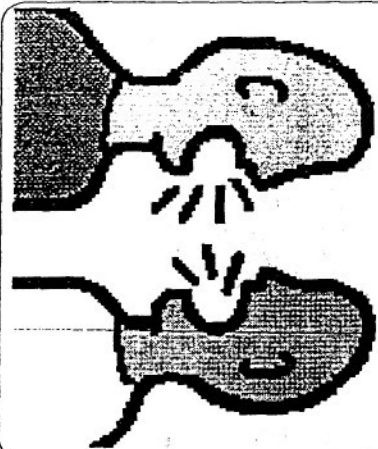
VAŘIT



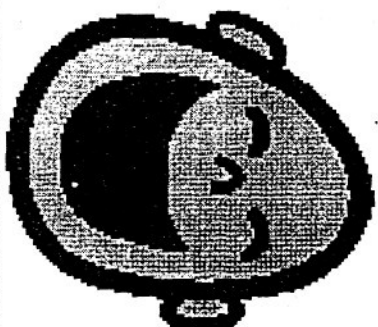
UKLIZET



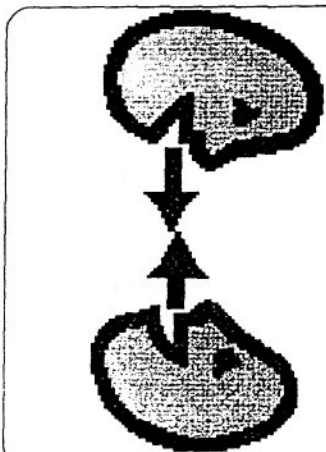
HÁDAT SE



SMÁT SE

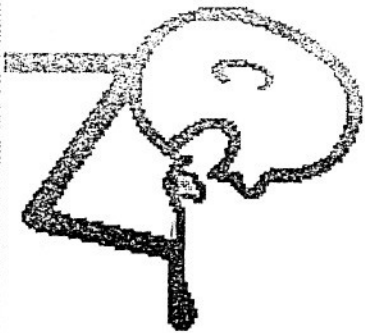


POVÍDAT

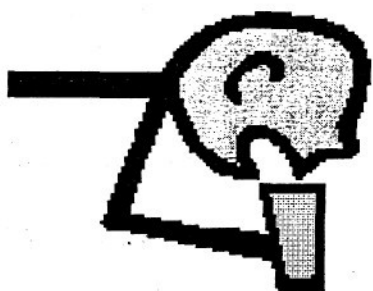


ČINNOSTI

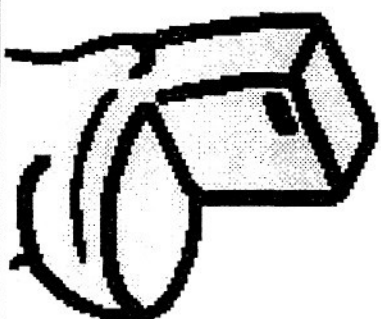
JÍST



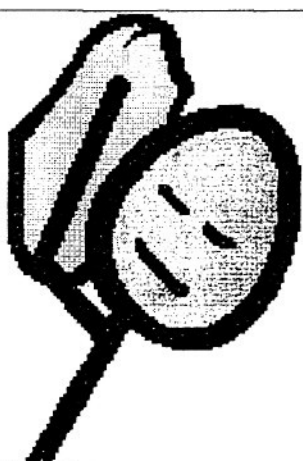
PÍT



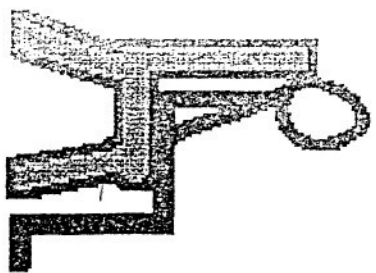
JÍT NA WC



SPÁT



SEDEŤ



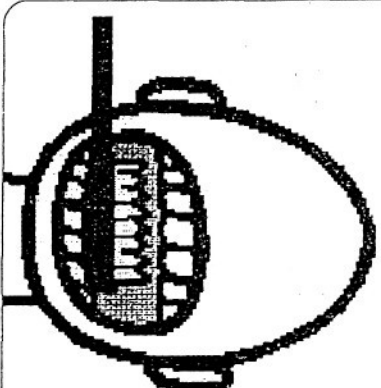
LEŽEŤ



MÝT SE



ČISTIT SI ZUBY



Kontakty: (Příloha č. 8)

- CAAK, Centrum alternativní a augmentativní komunikace, Tyršova 14, Praha - 2, 120 00
- ASNEP, Asociace organizací neslyšících a nedoslýchavých, Hábova 1571, Praha – 5, 155 00
- Dětské integrační centrum Hurbanova, Hurbanova 1285, Praha - 4, 140 00
- Integrační centrum pro děti s tělesným postižením, Hrubínova 1485, Hradec Králové, 500 02
- SPC, V pevnosti 4, Praha - 2, 120 00
- SPC, U Hvízdala 9, České Budějovice, 370 11
- SPC, Lužická 7, Liberec, 460 01
- MŠ a SPC, Kociánka 6, Brno, 612 00
- Akord, sdružení pro pomoc rodinám se zdravotně postiženými dětmi, Ke Karlovu 8, Praha 2, 120 00
- Dětské centrum Paprsek, Šestajovická 580, Praha – 9, 198 00
- Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, Karlínské nám. 12, Praha – 8, 180 00
- Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, Na Topolce 1 a, Praha – 4, 140 00
- Diakonie ČCE – ústředí, Jungmannova 9, Praha – 1, 111 12
- Magistrát hl. m. Prahy, odbor sociální péče a zdravotnictví, Mariánské nám. 2, Praha – 1, 110 00
- Česká správa sociálního zabezpečení, Křížová 25, Praha – 5, 150 00

(Příloha č. 9)

**NESTANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK – VÝSKYT ŘEČOVÝCH VAD U DĚTÍ
S DMO V SMŠ HURBANOVÁ**

Vážené kolegyně, předkládám Vám nestandardizovaný dotazník s prosbou o jeho vyplnění. Výše zmíněný dotazník je součástí mé Bakalářské práce. Jeho vyplněním mi umožníte objektivně zmapovat aktuální stav dětí s DMO na jednotlivých třídách v našem zařízení (poměr počtu zdravých dětí a dětí s DMO, formu postižení, výskyt řečových vad, možnosti komunikace,..). Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Radka Kotrbová

.....

Třída:

Akademický rok / měsíc:

Počet dětí na třídě:

Počet dětí s DMO na třídě:

- Celkem:
- Z toho chlapců:
- Dívek:

Bližší charakteristika dětí s DMO na třídě:

Klient: (iničiály: např. V. H.)

Věk dítěte: (např. 7,2 r.)

Pohlaví: (zaškrtni správnou variantu)

: žena ☐

: muž ☐

.....

Forma DMO: (zaškrtni správnou variantu)

1. Spastická:

1) Diparetická

2) Hemiparetická

3) Kvadruparetická

4) Jiná:

2. Nespastická:

1) Hypotonická

2) Dyskinetická (extrapyramidová)

3) Mozečková

4) Jiná:

Výskyt logopedické vady / postižení: (zaškrtni správnou variantu)

a) ne ☐

b) ano ☐

Jaká?:

Další přidružené vady / poruchy / postižení: (jmenujte)

.....
.....
.....
.....

Při komunikaci se dítě projevuje: (zaškrtni správnou variantu)

a) verbálně

b) nonverbálně

c) spojením verbální a neverbální komunikace (totální komunikace)

d) reaguje pouze na podněty (dotek,..)

Využívá dítě při komunikaci nějaký náhradní komunikační systém? (zaškrtni správnou variantu)

- a) Ne
- b) Ano – Jaký?
-

Komunikační projev dítěte je pro spolužáky: (zaškrtni správnou variantu)

- a) Srozumitelný
- b) Relativně srozumitelný
- c) Hůře srozumitelný
- d) Srozumitelný pouze s dopomocí dospělé osoby / příp. náhradního komunikačního systému
- e) Nesrozumitelný

Dítě komunikuje: (zaškrtni správnou variantu)

- a) Hodně a rádo
- b) Rádo, ale málo
- c) Málo a nerado
- d) Pouze na vyzvání

Pro komunikaci si dítě vybírá převážně: (zaškrtni správnou variantu)

- a) Dospělou osobu
- b) Vrstevníky
- c) Pouze členy rodiny
- d) Nevybírá si

Dítě v oblasti logopedie spolupracuje s:

- a) Logopedem
- b) Centrem augmentativní a alternativní komunikace (CAAK)
- c) S jiným odborným pracovištěm- uveďte:
- d) Nespolupracuje s nikým

ke zmapování výskytu logopedických vad a poruch, vývoje řeči a výběru komunikačních prostředků u dětí s DMO v zařízení SMŠ – Hurbanova

Vážení rodiče, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění rozhovoru, týkajícího se Vašeho dítěte v rámci průzkumu mapování vývoje řeči u dětí s DMO v našem zařízení. Podkladů bude použito pro zpracování bakalářské práce „Řečové možnosti dětí s DMO v SMŠ - Hurbanova“ – na TU v Liberci. Děkuji za ochotu a spolupráci.

Radka Kotrbová

.....

Iniciály Vašeho dítěte: (např. V. J.)

Věk: (např. 6,5 r.)

Počet sourozenců:

.....

Forma DMO: (zatrhněte)

- a) spastická - *diparetická *hemiparetická *kvadraparetická *jiná (jaká?)
- b) nespastická- *hypotonická *dyskinetická *mozečková *jiná (jaká?)

Výskyt logopedické vady / poruchy: (zaškrtněte správnou variantu)

1. Ne
2. Ano – jaká? (Uved'te.)

Výskyt dalších vad a poruch: (Uved'te, jaké.)

.....

.....

Znesnadňuje logopedická vada Vašemu dítěti možnost porozumět svému okolí a dorozumět se s ním? (zatrhněte nejvhodnější variantu)

- Ne
- V malé míře
- Velmi znatelně

Způsob komunikace Vašeho dítěte je: (zaškrtněte správnou variantu)

- Verbální (slovní)
- Neverbální (mimoslovní)
- Spojením verbální a neverbální komunikace (tzv. totální komunikace)
- Reaguje jen na podněty (hmatové,..)

Používá Vaše dítě ke komunikaci s okolím nějaký náhradní komunikační systém?
(piktogramy, znak do jazyka, prstovou abecedu,.. atd.)

1. Ne

2. Ano – jaký?

.....
.....

Doplňte, pokud jste v předchozí otázce odpověděli Ano:

- měli jste více možností výběru náhradního komunikačního systému?
(zaškrtněte správnou odpověď)

a) Ano – jaké ještě? Uveďte:

b) Ne

- podle čeho jste náhradní komunikační systém vybírali?

.....
.....

- kdo se podílel na výběru náhradního komunikačního systému?

.....
.....

- souhlasili všichni s tímto výběrem? (ano x ne- kdo a proč? Uveďte.)

.....
.....
.....

- snažíte se tímto komunikačním systémem dorozumívat nejen doma, ale i na veřejnosti? (zaškrtněte správnou variantu)

a) Ano

b) Ne – Proč?

.....

Pamatujete si kdy, v kolika letech řeklo Vaše dítě svoje první slovo? (Uveďte.)

.....

Uveďte kdy, v kolika letech jste si poprvé všimli odlišnosti v logopedické oblasti?

.....

.....

.....

Uveďte, podle čeho jste usoudili, že asi ne všechno bude v oblasti komunikace v pořádku? (Např.: nezáměr o okolí, apatie při pokusu o komunikaci,..)

.....

.....

.....

.....

Vyhledali jste ihned odbornou pomoc?

- Ne – proč?
- Ano – uveďte, koho:

Kdo / co Vám nejvíce pomohlo?

- a)
- b)
- c)

S kým spolupracujete v oblasti logopedie dnes? (Uveďte.)

.....

.....

.....

Jak to vidíte v oblasti komunikace do budoucnosti?

.....

.....

.....