

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2005

KATEŘINA HRUBÁ

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

Bakalářský studijní program: *Předškolní a mimoškolní pedagogika*

Studijní obor: *Speciální pedagogika pro učitele MŠ a vychovatele*

Název BP:

VADY ŘEČI U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Autor:

Podpis autora: _____

*Kateřina Hrubá
Čechova 12
412 01 Litoměřice*

Vedoucí práce: *Mgr. Eva Kubešová*

Počet :

Stran	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
50	8	8	15	4+1CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce

V Litoměřicích dne : 11. 7. 2005

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta:	Kateřina Hrubá
Adresa:	Čechova 12 Litoměřice 412 01
Bakalářský studijní program:	Předškolní a mimoškolní pedagogika
Studijní obor:	Studium speciální pedagogiky pro učitelky MŠ
Název bakalářské práce:	Vady řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením
Název BP v angličtině:	Speaking Disorders in Physically Handicapped Pre-School Children
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Kubešová
Termín odevzdání:	30.4.2005

V Liberci dne: 14.11.2003

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student):

Datum:

Podpis studenta:

Charakteristika práce:	Bakalářská práce se zabývá teoreticky i prakticky četností vad řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením a u dětí stejného věku intaktní populace.
Cíl práce:	Cílem práce je srovnání výskytu vad řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením a u dětí intaktních.
Předpoklad práce:	Teoretická a praktická znalost vad řeči se zaměřením na děti se zdravotním postižením.
Hlavní použité metody:	Analýza spisové dokumentace Anamnéza

Prohlášení o původnosti práce:

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

V Litoměřicích dne: 11.7.2005

Kateřina Hrubá

vlastnoruční podpis

Prohlášení o využití výsledků BP:

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. 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 bakalářské práce, a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení, kopírování apod.).

Jsem si vědoma toho, že: užit 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 na Univerzitní knihovně Technické univerzity v Liberci, kde bude uložena.

Autor:

Kateřina Hrubá

Podpis:

vlastnoruční podpis

Adresa:

*Čechova 12
412 01 Litoměřice*

Datum:

11.7.2005

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě K u b e š o v é za odborné vedení, za její ochotu, cenné rady, jakož i kritické připomínky a přínosné podněty.

Zároveň bych ráda poděkovala speciální mateřské škole za pomoc a vstřícný přístup při poskytování materiálů a informací ke zpracování praktické části.

Kateřina Hrubá

Název BP: Vady řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením

Název BP: Speaking Disorders in Physically Handicapped Pre-School Children

Jméno a příjmení autora: Kateřina Hrubá

Akademický rok odevzdání BP: 2004 / 2005

Vedoucí BP: Mgr. Eva Kubešová

Resumé

Bakalářská práce byla zaměřena na popsání a vyjádření četnosti vad řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením a porovnání zjištěných výsledků s dětmi stejného věku intaktní populace.

Uvedení do problému a vysvětlení pojmů bylo předmětem teoretické části, zhodnocení výsledků a jejich tabulkové zpracování je uvedeno v praktické části. Byly sledovány tři skupiny postižených dětí a jedna skupina intaktní. Potvrdilo se, že úvahy uvedené ve stanovených předpokladech korespondují se zjištěnými výsledky v praktické části.

V práci jsou zdůrazněny důležitost a funkce prevence u postižených dětí, nezastupitelnost rodiny a význam práce odborníků –specialistů.

Summary

My Bachelor work is focused on describing and stating the speech defect frequency of pre-school children with health handicap and comparing result findings with the same aged children of the intact population. Introducing the problem and expressions explanation are the subject of a theoretical part, evaluation of results and their table processing are introduced in a practical part.

Three groups of handicapped children and one intact group were observed. It was confirmed that consideration given in presumption corresponds with result findings of the theoretical part. Importance and function of prevention of handicapped children and non-replaceability of the family and importance of the work of specialists are emphasized in this work.

Obsah bakalářské práce

1 Úvod	7
2 Teoretické zpracování problému	8
2.1 Terminologické vymezení	8
2.1.1 Mentální postižení	9
2.1.2 Tělesné postižení se zaměřením na dětskou mozkovou obrnu	10
2.1.3 Sluchové postižení	13
2.1.4 Zrakové postižení	14
2.1.5 Chronická onemocnění se zaměřením na astma bronchiale	14
2.2 Vývoj řeči	17
2.2.1 Poruchy vývoje řeči	18
2.2.2 Narušení plymulosti řeči	20
2.2.3 Narušení článkování řeči	22
2.2.4 Poruchy zvuku řeči	23
2.2.5 Poruchy hlasu	25
2.2.6 Pervazivní vývojové poruchy	26
3 Praktická část	28
3.1 Cíl praktické části	28
3.2 Popis zkoumané skupiny	28
3.3 Průběh zkoumání	31
3.4 Použité metody	41
3.4.1 Anamnéza	41
3.4.2 Spisová dokumentace	41
3.5 Stanovení předpokladů	43
3.6 Shrnutí výsledků praktické části	43
4 Závěr	46
5 Navrhovaná opatření	47
6 Seznam použitých zdrojů	49
7 Seznam příloh	50

1 Úvod

Současná přetechnizovaná a ukvapená doba má vliv na vývoj a stav lidské společnosti od nejútlejšího věku až po stáří. Vyskytují se civilizační choroby a poruchy, jejichž rozsah byl ve 20. století i začátkem 21. století tak velký, že jednotlivým druhům postižení byly věnovány celé vědní disciplíny.

Vzhledem k mému pracovnímu zaměření a kontaktu s dětmi, u kterých se projevuje vada řeči již v předškolním věku, zaměřila jsem svoji bakalářskou práci na porovnání výskytu vad řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením a u dětí intaktních. Teoretická část bakalářské práce se zabývá problematikou jednotlivých druhů zdravotního postižení se zaměřením na dětský věk.

Zvláštní pozornost je věnována poruchám řeči jako je dysfázie, opožděný vývoj řeči, koktavost, brebtavost, dyslalie, dysartrie, dále poruchám zvuku a hlasu řeči a pervazivním vývojovým poruchám.

Dlouholeté pracovní zkušenosti a odborné znalosti týkající se problematiky zdravotního postižení byly předpokladem pro zpracování praktické části bakalářské práce. Výsledky, které byly v průběhu výzkumu zjištěny, jsou shrnuty do tabulkového a grafického zpracování včetně procentuálního vyjádření dle jednotlivých skupin.

U každé skupiny je provedeno dílčí vyhodnocení získaných dat. Obsah práce a její detailnost jsou úzce vázány na možnost získání osobní dokumentace dětí, neboť některé dokumenty a zjištění dle legislativy nebyly pro potřeby zpracování bakalářské práce dostupné.

2 Teoretické zpracování problémů

2.1 Terminologické vymezení

HANDICAP – znamená nevýhodu, překážku, znevýhodnění, porušení funkce vůči sociálnímu okolí, způsobené objektivními příčinami, jsou narušeny role, které jedinec ve společnosti zastává: soběstačnost, vzdělávání, pracovní a zájmová činnost, partnerská a rodinná role. (Dvořák, 1998). Z toho vyplývá, že handicap je v podstatě záporný důsledek defektu na činnost postiženého jedince, trpícího určitým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového a řečového poškození.

DEFEKT – znamená chybění, nedostatek. Používá se pro označení vývojové anomálie následkem nemoci či úrazu nebo pro označení poruch funkce bez postižení orgánové tkáně.

DEFEKTIVITA – úbytek – to, co činí z člověka stíženého defektem člověka defektního, je porucha celistvosti, která se projevuje v narušení společenských vztahů. V zúženém pojetí je tu narušení postoje člověka postiženého defektem k výchově, vzdělání.

VADA – je fyziologická nebo anatomická anomálie, orgánová a nebo funkční.

POSTIŽENÍ – je omezení nebo ztráta určitých funkcí, které se projevují: ve snížení schopnosti, omezení výkonnosti, zbrzdění celkového vývoje.

PORUCHA – je vzhledová odlišnost či znetvoření. (Novosad, 2002)

Jak uvádí Hadj-Moussová, Vágnerová (1997) jde o faktory, které v souvislosti s postižením jedince hrají důležitou roli. Jmenujme faktor **biologický**, který je projevem činnosti nervové soustavy. Tento faktor má velký význam u postiženého jedince, pokud postižení zasahuje právě nervovou soustavu (např. dětská mozková obrna). Další vlivy má genetická výbava jedince, celkový tělesný vzhled.

Druhým významným faktorem je faktor **sociální**, který ovlivňuje osobnost v kontaktu s ostatními lidmi, především v nejužší rodině. Rodiče a ostatní lidé

působí nejen tím, co dítěti vědomě předávají (příkazy, zákazy, informace), ale i svým chováním a vztahem k dítěti.

Třetím velmi podstatným faktorem ve vývoji osobnosti postiženého jedince je jeho **vlastní aktivita** (reakce na okolní svět, na vztahy, jeho vlastní činnost). Tento faktor podstatnou měrou přispívá k sebeuvědomění, formování představ o sobě, sebehodnocení.

Tři výše uvedené faktory nepůsobí odděleně, ale ve vzájemné souvislosti. Každé postižení způsobuje jedinci náročnou životní situaci a je velice zásadní, jak postižený své postižení prožívá, jak toto prožívání na něj působí, jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost – jeho ustálené způsoby chování či vzorce chování.

2.1.1 Mentální postižení

Odborná literatura předkládá mnoho různých pohledů na mentální postižení, které se v současné době prosazují. Stále častěji a naléhavěji se objevují snahy po jejich sjednocení. Důkazem toho je definice uvedená v terminologickém sociálně-pedagogickém slovníku UNESCO, jak uvádí Švingalová (1998, s. 34) „Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě, nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném zaostávajícím vývoji, ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti“.

Pro porovnání může sloužit definice mentální retardace, a to podle 3. revize mezinárodní klasifikace nemocí, jak uvádí Švingalová (1998, s. 36): „Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevující se během vývojového období, přispívající k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoliv jinou tělesnou nebo duševní poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postiženi celou řadou duševních poruch,

jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3-4krát častější než v běžné populaci. Navíc jsou mentálně retardovaní jedinci vystavováni většímu riziku využívání a tělesného (sexuálního) zneužívání. Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“

Příčiny mentální retardace mohou být různé. Nejčastější příčinou je organické postižení centrální nervové soustavy v perinatálním, prenatálním a postnatálním období nebo genetická vada případně metabolická porucha.

Příznaky jsou závislé na etiologii onemocnění, jsou individuální a velmi variabilní. Je-li mentální retardace důsledkem organického postižení centrální nervové soustavy, pak se ve vývoji dětí objevují další známky organicity: poruchy aktivity, poruchy koncentrace pozornosti, výraznější nerovnoměrnosti dílčích schopností.

2.1.2 Tělesné postižení se zaměřením na dětskou mozkovou obrnu

Jakékoli dlouhodobé či neodstranitelné postižení jedince jej přivádí do životně náročné situace, kdy jedinec zažívá řadu frustrací, konfliktů (ztráta či nehybnost dolních, horních končetin, vizuální poškození tělesné schránky). Výrazně těžší pro postiženého jedince je postižení, které je svázáno s nervovou soustavou a do této skupiny řadíme dětskou mozkovou obrnu.

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je pojmenování pro poruchy hybnosti vzniklé v nejranějším věku následkem poškození mozku. Proti podobným poruchám hybnosti vzniklým později, např. po prvním roce života, mají tu zvláštnost, že vznikly poškozením mozku, jehož činnost ještě nebyla vyzrálá tak, jak ji známe u starších dětí a dospělých. (Lehovský, 1989)

Příčiny DMO jsou prenatální, perinatální a raně postnatální.

Mezi prenatální příčiny řadíme např. infekce matky v prvních měsících gravidity a gestózy v druhé polovině těhotenství, jež vedou k fetální hypoxii. Perinatálními příčinami mohou být všechny nepříznivé okolnosti v době porodu, těžké porody, protrahované porody, překotné porody, nedonošenost, přenošenost a porodní asfyxie.

Všechny nemoci, které dítě prodělá v době do 12 měsíců věku, mohou být příčinami postnatálními. (Kraus, Šandera, 1975) Jedná se především o záněty mozku, mozkových blan, střevní infekce a infekce horních cest dýchacích. Centrální nervový systém (dále jen CNS) dítěte je ještě nezralý a tudíž velice zranitelný.

DMO znamená především hybné postižení, ale je třeba vědět, že toto není jediný příznak. U některých forem DMO se objevují příznaky mentální retardace různého stupně, epileptické záchvaty, poruchy citlivosti, poruchy řeči (nejčastěji dysartrie), poruchy koordinace a rovnováhy. (Lesný, 1977)

Nejčastější používanou klasifikací DMO dle Lesného jsou formy spastické a nespastické.

Spastické formy DMO jsou charakteristické patologicky zvýšením svalovým napětím a sklonem ke svalovým kontrakturám.

Mezi tyto formy patří:

- 1) **diparetická forma**- je nejčastějším typem DMO, kdy jsou postiženy obě dolní končetiny. Diparetická forma DMO může být klasického typu, nebo typu paukospastického. Klasická diparetická forma je charakteristická stažením lýtkových svalů, ohýbačů kolen a kyčlí a přitahovačů stehien. Stažené lýtkové svaly brání došlápnutí na celou nohu, takže postižení chodí po špičkách. V důsledku stažení kyčlí je chůze nůžkovitá, kdy jedinec tře kolena o sebe, nemůže se rozkročit, a tak překračuje svou vlastní stopu. Nemožnost natažení bérců v kolenou vede k chůzi s ohnutými koleny („tzv. lidoopí“). Paukospastické formě (paukum z lat. znamená málo, méně) chybí stažení kyčlí, a proto pacienti nikdy nechodí nůžkovitě. Zvýšené napětí svalů je zde menší.

- 2) **hemiparetická forma** – se projevuje ochrnutím jedné poloviny těla.

Na dolní končetině je stažen lýtkový sval. Horní končetina bývá postižena výrazněji, je ohnuta v loketním kloubu, otočena hřbetem předloktí a ruky vzhůru, ruka a prsty jsou někdy ohnuty dolu, palec bývá přitážen k dlani (addukce palce se nevyskytuje u hemiparez vzniklých později). Typický je fenomén Babinského - při podráždění plosky nohy ostrým předmětem

dojde k extenzi /natažení/ palce, zatímco ostatní prsty se většinou roztáhnou do vějíře. Řada jedinců s hemiparetickou formou DMO trpí epileptickými záchvaty.

- 3) **kvadraparetická forma** - je nejtěžším typem DMO, kdy se jedná o spastické ochrnutí všech čtyř (nebo jen tří) končetin. U tohoto typu může výrazněji převažovat postižení dolních nebo horních končetin. Při větším postižení horních končetin jde vlastně o oboustrannou hemiparetickou formu DMO, kdy jsou postiženy obě hemisféry předního mozku a prognóza bývá horší i pokud jde o vývoj intelektu. U většiny postižených se opět objevují epileptické záchvaty.

Mezi nespastické formy DMO řadíme ty, jenž nemají zvýšené svalové napětí, jedná se o tyto typy:

- 1) **hypotonická forma** - představuje zvláštní přechodnou formu DMO, kdy svalový tonus je nápadně nízký. Je typickým příznakem raného dětství po třetím roce věku mizí, nebo se mění v jiný typ, event. prozradí jiné onemocnění. Velice často se setkáváme u tohoto typu DMO s mentálním postižením.
- 2) **dyskinetická forma** - se vyznačuje množstvím mimovolních, nekoordinovaných a neúčelných pohybů, jenž narušují normální hybnost. Rozsah a forma těchto pohybů jsou proměnlivé. V kojeneckém věku mají většinou ráz atetotický (červovitý, hadovitý), později se mění v nejčastěji v choreatické nebo balistické (prudké, nečekané).

DMO je neprogresivní onemocnění, kdy většina postižených jedinců potřebuje celoživotní zdravotní a sociální péči. Hlavním úkolem je tedy rehabilitace a soustavné cvičení. Léčebný proces někdy také vyžaduje zařazení medikamentů. V žádném případě nelze u jedinců s DMO opomíjet výchovný a vzdělávací proces.

2.1.3 Sluchové postižení

Sluchové poruchy rozlišujeme podle místa postižení, míry poškození sluchu a doby vzniku.

Jak uvádí Škodová, Jedlička (2003) jde o:

Rozdělení podle místa postižení - porucha periferní léze je umístěna v zevním, středním, vnitřním uchu nebo na sluchovém nervu. Poruchy periferní se dělí na převodní, percepční a smíšené. Jsou označovány jako nedoslýchavost a hluchota. Periferní postižení sluchu vzniká na organickém základě ve středním a vnitřním uchu, přičemž korová jádra v mozku nejsou organicky postižena. Porucha centrální léze je lokalizována na sluchové dráze od kochleárních jader výše v prodloužené míše. Centrální postižení vzniká tehdy, je-li sluchový orgán funkční při normálním sluchovém tónovém prahu, avšak vjemy nejsou dále zpracovány v podkorových a korových jádrech mozku. Takový jedinec slyší normálně bez sluchadla, ale slyšené slovní řeči nerozumí.

Nedoslýchavost dělíme podle **stupně postižení** (Strnadová, 1995):

- lehká 20-40 dB
- středně těžká 40 – 60 dB
- těžká 60 – 80 dB
- praktická hluchota – nad 80 dB

Rozdělení podle doby vzniku - sluchové vady jsou vrozené (endogenní) nebo získané (exogenní). Příčinami vzniku sluchových vad mohou být příčiny genetické, prenatální, perinatální či postnatální. Působení exogenních vlivů může mít u jedince vliv na vznik sluchové vady ve kterékoliv fázi ontogenetického vývoje. Tyto vnější vlivy mohou být fyzikální (radiace, mechanické působení), chemické (toxické, či extrémní nedostatek důležitých látek) a biologické (různá onemocnění).

2.1.4 Zrakové postižení

Jako zrakově postižené je označováno dítě, u něhož je možnost zrakového kontaktu s prostředím omezená, buď pro sníženou zrakovou ostrost (schopnost vidět zřetelně), nebo pro omezení zorného pole (rozsah vidění v různých směrech), přičemž není možná korekce běžnými brýlemi. Obě poruchy mohou být přítomny současně. Centrální porucha zraku, centrální slepota nebo nověji kortikální postižení zraku jsou termíny pro označení postižení, která souvisí s poškozením centrální nervové soustavy. K poškození mozku může dojít v období prenatálním, perinatálním i postnatálním nebo v pozdějším životě. Nejčastější příčinou jsou mozkové nádory, úraz hlavy nebo porucha CNS.

Příznaky vrozeného kortikálního postižení zraku:

- dítě je málo zvědavé, lépe poznává zrakem předměty ve známém prostředí, spontánní zraková aktivita je krátká, někdy se objevuje upřené zahledění do světla. Některé děti používají periferní zorné pole. Jen malá část dětí s těžkým postižením zraku jsou úplně slepé. (Škodová, Jedlička, 2003)

2.1.5 Chronická onemocnění se zaměřením na astma bronchiale

Chronická onemocnění jakéhokoli typu jsou zatížením pro celý organismus dítěte a tedy i pro jeho psychiku. Osobnost chronicky nemocného dítěte může mít určité patologické rysy (např. infantilní emocionalitu, abulii, apatii). Primární psychická reakce na zhoršení celkového stavu je citová. Somatické onemocnění oslabuje nervovou soustavu, což se projevuje zvýšenou dráždivostí a emoční labilitou. Závažná onemocnění lze pojímat jako zátěž, která vyvolává strach a úzkost. Chronické onemocnění je významným faktorem, který určitým způsobem ovlivňuje vývoj osobnosti nemocného dítěte. Působí vždy v interakci s ostatními objektivními i subjektivními složkami vývoje, které spoluurčují, jakým způsobem se nemoc projeví v psychické oblasti.

Ve vazbě na vadu řeči s chronickým onemocněním má vliv astma (astma bronchiale). Astma je chronická zánětlivá choroba dýchacích cest

charakterizována zvýšenou reaktivitou na různé stimuly vedoucí k variabilní a bronchiální obstrukci, která je reverzibilní buď spontánně nebo vlivem terapie. (Klener a kol. 1999)

Jak uvádí Klener a kol. (1999), na vzniku astmatu se podílejí tyto faktory :

- genetická dispozice (uplatňují se geny v 5. a 11. chromozomu s větší vnímavostí hostitele)
- mechanismy imunologické přecitlivělosti I. typu zprostředkované protilátkami IgE, ale III. a VI. typu s jejich případnou kombinací
- neimunologické mechanismy, kde bronchospasmus je navozen chronickou iritací, námahou, infekcí (zejména virovou), popř. psychickou alterací.

Etiologie astmatu (Klener a kol., 1999)

Faktory vedoucí k astmatu jsou:

- a/ příčinné - jsou to inhalové alergen (domácí roztoči, zvířecí alergen, pyl, plísň) a chemické substance (izocyanáty, léky, potravinová aditiva),
- b/ podpůrné – znečištění ovzduší, respirační infekce, atmosférické vlivy (teplotní výkyvy), námaha, stres, kouření.

Klasifikace astmatu

Od původního dělení na exogenní a endogenní astma se upustilo (možnost výskytu u téhož jedince). V současné době je tendence spíše k dělení podle specifických syndromů na základě provokujících faktorů.

1. atopické (alergické astma)

Je charakterizované výskytem v dětství, v kombinaci s alergickou rinitidou nebo dermatití a rodinnou zátěží s výskytem alergických projevů u některého z rodičů. Je možné přechodné nebo trvalé vymizení v pubertě, lze vytipovat vyvolávající alergen. Průkaz přecitlivosti okamžitého typu je možný kožními a inhalačními testy, stanovením IgE.

2. endogenní astma

Vzniká bez určité známé příčiny, často u žen po prochlazení.

3. aspirinové astma

Pro aspirinové astma je typická triáda nosní polypy, urtikarie a astma po aplikaci acetylsalicylové kyseliny. Astma mohou vyvolat i jiné léky.

4. námahové astma

Je vyprovokováno tělesnou zátěží, kdy provokujícím momentem může být i inhalace chemických substancí (rozpouštědla), chlad nebo horko (tzv. iritační astma). U takto predisponovaných jedinců je vhodná prevence.

5. sinobronchiální syndrom

Kombinace sinusitidy s nosními polypy a astmatem, se považuje za jednotné onemocnění dýchacích cest. Tímto směrem je zaměřena terapie, tj. lokální aplikace nosních kapek a glukokortikoidů.

6. profesionální astma

Vzniká protahovanou expozicí na pracovišti a přecitlivělostí na různá agens (chemikálie, mouka, zvířecí alergen).

7. astmatický ekvivalent

Vyjadřuje situaci, kdy je u nemocného v popředí suchý, dráždivý kašel bez zřetelných stavů dušnosti. Charakteristická je příznivá odezva na léčbu antiastmatiky.

Klinický obraz

Klinický obraz je variabilní, mohou být období bez obtíží. Variabilita symptomů je sezónní, diurnální (ráno po probuzení, noční záchvaty dušnosti), někdy závisí i na tělesné námaze. Nemocní si stěžují na dechové obtíže, hvízdavý dech, dráždivý kašel a rýmu delšího trvání. (Klener a kol., 1999)

2.2 Vývoj řeči

Řeč lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka. Jazyk představuje jev společenský, neustále se vyvíjející, náležící určité etnické jednotce. (Škodová, Jedlička, 2003)

Jak uvádí Škodová, Jedlička (2003) lze vývoj řeči hodnotit z pohledu historie vývoje člověka v časové rovině (fylogeneze) a z hlediska vývoje jedince od narození (ontogeneze).

Z hlediska fylogenetického je prvním důležitým momentem období, kdy předek člověk – lidoop opustil koruny stromů a začal se pohybovat na zemi. Pohyb na zemi znamenal postupné napřimování, zmenšování obličejové části lebky a zlepšování motoriky předních končetin (časově asi 8 milionů let zpět). Druhý důležitý moment nastává asi před dvěma miliony let, kdy pračlověk začíná používat nástroj pro hledání potravy nebo jako zbraň. Sdružování člověka do tlupy vyžaduje nutnost komunikace (období před 800 tisíci lety). Tato socializace znamená potřebu interpersonálního vzdělávání v určité míře artikulace. Samotný systém budování řeči souvisí s postupným ustálením reakce chování na určitý pronesený zvuk a je podmíněn sociálním chováním lidského rodu.

Vývoj řeči z hlediska ontogenetického začíná obdobím tzv. novorozeneckého křiku. Zahrnuje první řečový projev bezprostředně po narození dítěte, který se začíná měnit ve zvukovou podobu dětské řečové produkce. Vyjadřuje nelibost na změnu teploty a později na pocit hladu. Kolem 8.–10. týdne nastupuje období broukání, které postupně přechází do období žvatlání. V této fázi řečového vývoje jsou produkovány zvuky výsledkem „hry s mluvidly“. Mezi 8.–9. měsícem začíná období rozumění. Dítě obsah sdělení rozlišuje, podle melodie, přízvuku a zabarvení hlasu mluvícího. Od 9. měsíce je situováno období napodobování zvuků. Napodobování ve spojování s obsahovým významem se objevuje kolem 12. měsíce. Přibližně ve dvou letech dítěte spojuje slova ve dvou či více slovních větách. Ukončení vývoje řeči probíhá mezi 5.–6. rokem věku dítěte.

Základní atributy správného vývoje řeči jsou :

- nepoškozená centrální nervová soustava
- normální intelekt
- normální sluch
- vrozená míra nadání pro jazyk
- adekvátní sociální prostředí

2.2.1 Poruchy vývoje řeči (Škodová, Jedlička, 2003)

Opožděný vývoj řeči

Terminologie opožděného vývoje řeči je nejednotná, vznikala postupně v různých lékařských a nelékařských oborech. Opožděný vývoj řeči se za samostatnou nozologickou jednotku pokládá jen tehdy, je-li hlavním příznakem porucha, jež dítě má. Opožděný vývoj řeči může být symptomem jiných onemocnění nebo postižení: tvoří součást klinického obrazu mentální retardace, dětské mozkové obrny, vad a poruch sluchu, vad a poruch zraku.

Hlavním příznakem opožděného vývoje řeči prostého je opoždění v oblasti řečového projevu (dítě nemluví nebo artikuluje pouze jednotlivá slova po třetím roce). Zpočátku je nejdříve narušena obsahová stránka řeči (malá slovní zásoba, dysgramatizmy ve všech úrovních). Po jejím zlepšení pak jsou symptomy patrné více po stránce formální, dlouho přetrvává chybná výslovnost některých hlásek nebo skupin.

Omezený vývoj řeči

Omezený vývoj řeči je častý u dětí při mentálním postižením a u dětí s těžším sluchovým postižením. U dětí s těžším sluchovým postižením je nejvíce patrný v obsahové stránce řeči, tzn. v chápání slov. U dětí s mentální retardací

závisí opoždění na stupni postižení intelektu. Opoždění je doprovázeno opožděním jemné a hrubé motoriky. U nejtěžších forem mentální retardace se řeč rozvíjí jen částečně. Postižený používá jen jednotlivá slova či nejjednodušší věty.

Přerušovaný vývoj řeči

Přerušovaný vývoj řeči je takový vývoj řeči, ke kterému dochází po úrazech, nádorových onemocnění mozku, u vážných duševních onemocnění, po těžkých traumatech. Za příznivých podmínek po vyléčení je možné dosáhnout normy. V případě, kdy se nepodaří odstranit příčinu – při demenci nebo sluchové vadě, má další průběh vývoje i charakter omezeného vývoje řeči.

Scestný (odchylný) vývoj řeči

Scestný (odchylný) vývoj řeči se týká zvláště vadné artikulace, jež provází vývojové orgánové anomálie (např. rozštěp patra). (Klenková, 1998)

Vývojová dysfázie

Termín vývojová dysfázie je v české foniatrické škole chápán jako porucha řeči ve vlastním slova smyslu, jež je způsobena zásahem do jejího vývoje od počátku. Současná klinická logopedie označuje vývojovou dysfázii jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se sníženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro vývoj řeči jsou přiměřené. Toto postižení je způsobeno následkem poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Postižení je lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center. Typickou příčinou vývojové dysfázie je difúzní nikoliv ložiskové postižení CNS. Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými symptomy včetně výrazného nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Nejnápadnějším symptomem je výraznější opoždění vývoje řeči. V hloubkové struktuře řeči může vývojová dysfázie zasahovat oblast sémantickou, syntaktickou i gramatickou (přehazování slovosledu, nesprávné koncovky slov, vynechávání slov).

V povrchové struktuře řeči je postižení zřejmé v diferenciaci znělosti – neznělosti, závěrovosti–nezávěrovosti. Řeč je na poslech nápadně patlavá až zcela nesrozumitelná. Projev dítěte dělá dojem plynulé řečové produkce, je však nesrozumitelná. Proto někdy mluvíme nejen o opožděném, ale i aberantním (odchylném) vývoji řeči.

Pro úplnost je třeba uvést příznaky vývojové dysfázie: narušení zrakového a sluchového vnímání, narušení paměťových a motorických funkcí, narušení orientace v prostoru. (Klenková, 1998)

2.2.2 *Narušení plynulosti řeči*

Pro potřeby této práce se považuje za poruchu plynulosti řeči stav, kdy dochází ke zrychlení tempa řeči až do překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost (breptavost- tumultus sermonis), anebo kdy je řeč přerušována záškuby a křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (kocktavost – balbuties).

Kocktavost

Problematikou kocktavosti se zabývají odborníci již několik desetiletí. Mezi nejznámější odborníky patří Lechta a Seeman. Lechta pokládá kocktavost za syndrom narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvení řeči, který se výrazně projevuje charakteristickým přerušováním plynulosti řeči. Seeman byl přesvědčen o organické příčině kocktavosti. Patogenezi onemocnění spatřuje v dynamické poruše řízení zpětnovazebních motorických mechanismů při realizaci řeči, a to v oblasti subkorových bazálních ganglií. Podkorová ganglia mají zásadní význam jako regulační centra pro řízení koordinace automatických pohybů a podílejí se na řízení svalového tonu. Při jakékoli poruše vazeb je porušena koordinace artikulačních svalů.

Příznaky lze rozdělit na vnější a vnitřní.

Vnější příznaky se projevují poruchou fonačních pohybů, artikulačních a dýchacích pohybů. Podle příznaků v řeči dělíme kocktavost na formu tonickou, klonickou, tonicko-klonickou.

Tonická – je charakterizována fonačním tlakem uzavřené hlasové štěrbiny. Poruchy se týkají i dýchání při mluvení, častější jsou při nadechnutí.

Klonická – jedná se o volné opakování slabik, které může být i několikanásobné.

Tonicko-klonická forma – opakování slabik je předcházeno zvýšeným fonačním napětím.

Vnitřní příznaky odpovídají duševním stavům, jako jsou strach z mluvení (logofobie). Logofobie může vést k trvalému stresování pacienta. (Klenková, 1998)

Breptavost

Etiologie onemocnění není známá. Podobně jako u koktavosti se uvažuje o poruše zpětnovazební regulace bazálních ganglií. V posledních letech se projevuje názor, že klinický obraz breptavosti je podobný symptomům lehké mozkové dysfunkce. Hlavním příznakem poruchy řeči je nadměrné zrychlení tempa řeči, při kterém se zhoršuje srozumitelnost projevu. Zrychlení může být mezi slovy nebo uprostřed slova.

Typickými příznaky v mluvené řeči jsou:

- zrychlení, která jsou tím větší, čím více slabik obsahuje slovo a čím více slov věta obsahuje,
- opakování, vynechání slabik,
- narušená artikulace, při rychlém tempu nestíhá vyslovovat,
- narušené dýchání,
- hlasové poruchy.

Příznaky v neverbálním projevu:

- chování – unáhlené, povrchní, impulzivní, roztržité,
- breptaví jsou špatnými posluchači a při komunikaci ztrácejí sebeovládání,
- narušení motoriky, motorickou instabilitu lze pozorovat i v chůzi.

(Klenková, 1998)

2.2.3 Narušení článkování řeči

Do této kapitoly patří kategorie narušení komunikační schopnosti - dysartrie a dyslalie.

Dysartrie

Dysartrie je porucha motorické realizace v řeči na základě poškození CNS. Zahrnuje řadu syndromů řečových poruch, jež jsou způsobeny obtížemi ve svalovém ovládnutí řečových mechanismů. Jsou řazeny do oblasti motorických řečových poruch. Dysartrie může být spojena s poruchou polykání – dysfagií.

Dysartrie je poruchou v oblasti produkce mluvené řeči a je spojena s poruchou motorických modalit řeči (fonace, artikulace). Jako dominantní motorická řečová porucha způsobuje dysartrie komplikace v celém procesu řečové komunikace.

Podle doby vzniku rozlišujeme dysartrii vývojovou a získanou. Vývojová dysartrie zahrnuje poruchy vzniklé od počátku vývoje dítěte na základě poškození CNS. Nejčastěji je spojována se skupinou dětí s DMO. Získaná dysartrie u dospělých je spojena s náhlými poruchami CNS, kterými jsou především cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, onkologické a infekční poškození mozkové tkáně. (Klenková, 1998)

Dyslalie

Dyslalie je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči, hláska je tvořena na nesprávném místě. (Sovák, 1989)

Nejčastějšími příčinami vzniku dyslalie jsou: dědičnost, vliv prostředí, poruchy sluchu a zraku, poruchy CNS, anatomické úchyly mluvidel.

V ontogenetickém vývoji dětské řeči se výslovnost zdokonaluje s dozráváním CNS. Úplná artikulační zralost je u dítěte v 6-7 letech věku. Z hlediska vývoje rozlišujeme dyslalii fyziologickou, která je do 7 let věku dítěte přirozeným mluvním projevem, a patologickou, kdy dítě z mnoha příčin poškození není schopné tvořit některé hlásky. (Škodová, Jedlička, 2003)

Dle místa poškození je známá dyslalie :

- akustická: odchylná výslovnost při vadách a poruchách sluchu
- centrální: vadná výslovnost při poruchách CNS
- dentální: anomálie zubů
- labiální: defekty rtů
- palatální: anomálie patra
- lingvální: anomálie jazyka

Etiologická klasifikace třídí dyslalii na:

- funkční: vzniká u dětí s nedostatečnou vjemovou (senzorickou) nebo motorickou schopností. Příčiny mohou být genetické dispozice, nesprávný mluvní vzor a jen minimální orgánové poškození během těhotenství nebo porodu
- organická: vzniká důsledkem narušení dostředivých a odstředivých nervových drah a v důsledku narušení centra řeči

Podle kontextového hlediska dělíme dyslalii na :

- hláskovou: týká se izolovaných hlásek
- slabikovou: dochází k disimilaci
- slovní: dítě vynechává slabiky ve slově, nebo je přesmykuje

Podle rozsahu rozlišujeme dyslalii na:

- parciální (vadná výslovnost několika hlásek)
- dyslalii multiplex, kdy je rozsah vadných hlásek větší, ale řeč je srozumitelná
- dyslalii univerzalis, kdy řeč dítěte je zcela nesrozumitelná (Klenková, 1998)

2.2.4 Poruchy zvuku řeči

Huhňavost (RHINOLALIE)

Nejčastějším symptomem poruch hlasu a řeči je huhňavost a porucha artikulace způsobená nedostatečnou funkcí patrohltanového závěru - označení pro

schopnost uzavěru horní části nosohltanu pohybem měkkého patra vzhůru a dozadu k zadní stěně hltanu. Pro poruchu tohoto mechanismu se vžil termín velofaryngeální insuficience. Pod tímto pojmem rozumíme nedostatečnou schopnost funkce patrohltanového uzavěru a všech struktur, jež se na této funkci podílejí. Důsledkem je porucha zvuku řeči. Řeč je huhňavá a špatně srozumitelná.

„V logopedické terminologii se huhňavost označuje termínem rinolálie (rhinolálie aperta, rhinolálie clausa, rhinolálie mixta). Na rozdíl od logopedické terminologie, lékařská používá termín rinofonie (rhinophonia). Podle našeho názoru termín rinofonie přesněji charakterizuje oblast narušení, t.j. zvuk řeči“.
(Škodová, Jedlička, 2003, str. 213)

Huhňavost otevřená (rhinolálie aperta): nastává při patologicky zvýšené nosovosti, nestačí-li patrohltanový uzavěr zabránit úniku vzduchu do resonančních dutin.

Příčiny otevřené huhňavosti:

- a) organické
 - vrozené (rozštěpy tvrdého i měkkého patra, vrozené zkrácené měkké patro)
 - získané (centrální obrny, periferní obrny po infekčním onemocněních, obrny měkkého patra po cévních mozkových příhodách, operacích a nádorových onemocněních, neurologické onemocnění)
- b) funkční
 - při snížení činnosti svalstva patrohltanového uzavěru u lidí dlouhodobě nemocných a oslabených při hysteriích a neurozách, při MR u neslyšících a nedoslýchavých v důsledku nedostatečné sluchové zpětné vazby a jako návyk

Huhňavost zavřená (rhinolálie clauza): nastává při patologicky snížené nosovosti omezením nebo zmenšením prostornosti resonančních dutin.

Příčiny zavřené huhňavosti mohou být:

- organické: a/ vrozené – (vrozené úzké nosní průduchy, deformace obličeje)

b/ získané – (zduření nosní sliznice při akutní nebo chronické rýmě, nádory, cysty)

- funkční: funkční poruchy svalstva měkkého patra způsobující zvýšenou činnost a sílu velofaryngeálního uzávěru

Huhňavost smíšená vzniká, je-li patrohltanový uzávěr nedostatečný a při tom je současně patologicky zmenšený prostor rezonančních dutin. Příčiny mohou být organické a funkční :

- současný výskyt překážky v přední části nosu
- současný výskyt překážky v zadní části nosohltanu
- zúžení nosních průchodů s organicky podmíněnou velofaryngeální insuficiencí překážky v nosohltanu s funkční poruchou velofaryngeálního uzávěru

2.2.5 Poruchy hlasu

„Komunikace zvukem vyžaduje možnost tvoření hlasu. Děj k vytvoření tohoto zvuku se nazývá fonace. Hlas se definuje jako zvuk, který vznikne průchodem hltanového tonu vzniklého na hlasívkách rezonančními dutinami nad hrtanem“. (Škodová, Jedlička, 2003, s. 427). Hlas je charakterizován hlasitostí, výškou, barvou a kvalitou. Poruchy hlasu se projevují chrapotem (dysfonií). Chrapot je tedy příznakem onemocnění hrtanu, nikoliv nemoc sama. (Klenková, 1998) Poruchy hlasu mohou být organické nebo funkční.

Organické poruchy jsou podloženy patologickým nálezem na hlasovém ústrojí (záněty a nádor hrtanu, poruchy inervace hrtanu, úrazy anebo anomálie).

Mezi funkční poruchy hlasu patří poruchy z přemáhání hlasu, které jsou označovány jako hyperkinetické dysfonie. Příčinou vzniku je nadměrné přetěžování mluvením nebo zpěvním hlasem, většinou při špatné hlasové technice. Pokud hlasová zátěž trvá v nezměněné podobě dále v místě největší zátěže, vytvářejí se polokulovité nerovnosti-hlasové uzlíky. Ty nedovolují vytvoření správného hlasového uzávěru, hlas je dyšný, chraptivý a slabší.

Psychogenní poruchy vznikají buď náhle bez předchozích potíží (např. smích, kašel a křik), nebo na psychickém podkladě anebo po zánětech (např. zánět horních cest dýchacích), kdy i po úplném vyléčení trvá chrapot. Léčení těchto hlasových poruch je někdy svízelné a dlouhodobé a ojediněle bezvýsledné, navíc stavy bezhlasí mohou recidivovat.

Mezi psychogenní poruchy řadíme dále fistulový hlas, kde léčba využívá hlasových cvičení, jež prohlubují hlas a fixují ho v adekvátní výšce. Nejčastější hlasovou neurózou je spastická dysfonie, která se vyznačuje nadměrným fonačním tlakem při bezdůvodném svírání hlasové štěrbiny. Hlas je tlačný, chraptivý, fonační doba je zkrácená.

2.2.6 Pervazivní vývojové poruchy

Pervazivní vývojové poruchy (pervazivní = pronikavý) je nadřazené označení pro skupinu poruch, které se vyčleňují a odlišují od jiných kategorií. Odrážejí v sobě trvalost projevů, postižení vícero psychických funkcí. Vyskytují se u nich symptomy, které se kvalitativně liší od normálního vývoje. Do této kategorie spadají těžké poruchy, které mají svůj počátek v raném dětství, projevující se od narození nebo začínající v období kolem druhého a třetího roku dítěte. (Novosad, 2002)

Časný infantilní autismus (Kannerův syndrom)

Kanner popsal tuto poruchu u skupiny dětí s mentální retardací, u kterých zjistil neschopnost navazovat vztahy s jinými osobami.

Příznaky jsou opožděný vývoj řeči s řečovými abnormitami a obsedantní potřeba osamocení. Dětský autismus je celoživotní handicap, který brání postiženému v adaptaci v prostředí, v němž žije. (Pipeková, 1998)

Aspergerův syndrom

Je výraz pro atypický nebo dysharmonický vývoj osobnosti dominující poruchou v oblasti sociálních vztahů. Je podobný dětskému autismu, ale při nadprůměrných rozumových schopnostech a rozvinuté řeči. Děti s těmito poruchami obtížně navazují vztah k rodičům, v pozdějším věku nemají přátelské vztahy s vrstevníky- neprojevují zájem o kontakt s druhými dětmi. Intelekt je zpravidla v normě. (Pipeková, 1998)

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Praktická část práce je zaměřena na porovnání výskytu vad řeči u dětí předškolního věku se zdravotním postižením a u dětí intaktních. Pro potřeby práce byly vytíčovány tři různé skupiny dle typu postižení. Vytíповané skupiny jsou charakterizovány dle úrovně myšlení, paměti a řeči (především se speciálním zaměřením na popsání vad řeči). K dispozici byla využita veškerá dokumentace o dětech v mateřské škole, tj. spisová dokumentace a rodinná a osobní anamnéza. Zjištěné výsledky a jejich porovnání jsou dokladovány slovně a formou statistického zpracování v tabulkách.

3.2 Popis zkoumané skupiny

Skupina A – soustřeďuje děti s mentálním postižením (dále jen MP) pásma lehkého průměru. Myšlení u těchto dětí z pohledu názorně intuitivního je opožděno a začíná v nejlepším případě až v šesti letech věku oproti dětem zdravým, u některých se začíná projevovat kolem čtvrtého roku dítěte. Tato změna je charakterizována zpřesňováním pojmů a vytvářením pojmových skupin, které mají určitou vlastnost, i když ještě ne tu nejpodstatnější, spíše nápadnou nebo výraznou. V tomto momentě je vztah mezi vjemem a představou velmi těsný, k jakémukoli většímu zobecnění představ ještě nedochází. Myšlení je charakteristické stereotypností a těžkopádností.

Paměť dětí s MP je převážně mechanická, ale může mít i dobrou kapacitu. Její snížená úroveň souvisí s nezralou pozorností, kdy zapamatování si určitých návyků je časově náročnější. Typickým rysem bývá i určitá pohodlnost.

Řeč u této skupiny bývá opožděna a postižena jak v obsahové, tak ve formální složce. Obvykle se u nich vyskytuje dyslalie a poruchy

artikulace. Z hlediska obsahového je pro tyto děti obtížnější jak porozumění řeči, tak pro ně bývá charakteristický jednodušší řečový projev. Typickým znakem je gramatická necitlivost, dále se objevuje narušení modulačních faktorů řeči, tj. melodie, dynamika, tempo a rytmus.

Vedle vlivu sníženého intelektu působí i další poruchy např. anomálie mluvidel, deformace chrupu.

Skupina A obsahuje 12 dětí zařazených do speciální třídy mateřské školy – 8 chlapců a 4 dívky. Věkové rozpětí u chlapců je od 6 – 7 let, u dívek od 5 – 6 let.

Skupina B – soustřeďuje děti s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO):

Tato skupina plně odpovídá určujícím znakům DMO – tj. poruchy motoriky, které způsobují opožděný rozvoj poznávacích procesů a socializace. Paměť je negativně ovlivněna sníženou aktivační úrovní, snadnější unavitelností i menší pružností psychických procesů. Děti obtížně zvládají vybavování a reprodukci.

U dětí s DMO se často vyskytuje dysartrie, opožděný vývoj řeči, porucha motoriky mluvidel. Dalším negativním projevem je huhňavost s narušenou velofaringeální insuficiencí. Narušená koordinace dechového svalstva má za následek křečovitě a plytké dýchání, kdy výdechový proud nestačí na vytvoření přiměřeně zvučné řeči a delších mluvních celků. Projevem DMO může být též v oblasti řeči dysfonie – porucha hlasu, jejímž příznakem je chrapot. Bezprostředně se projevuje zpomalené tempo řeči, odlišná melodie, tempo i přízvuk.

Skupina B obsahuje 10 dětí – 2 chlapce a 8 dívek. Věkové rozpětí se pohybuje od 5 – 7 let.

Skupina C – soustřeďuje děti s chronickým astmatickým onemocněním

Jakékoliv dlouhodobé a závažné onemocnění (astma nevyjímaje) je zátěží pro organismus i psychiku jedince. Prožívaná bolest, úzkost, obavy a únava se plně projevují v psychice dítěte. V souvislosti s chronickým onemocněním má důležitý emoční význam i bolest. Bolest, pokud nesouvisí s vyšetřením nebo léčebným výkonem, signalizuje negativní změnu v organismu, tj. ohrožení. U některých jedinců může docházet i ke vzniku depresivních stavů. Závažné chronické onemocnění se odráží i ve vztahu k psychickým potřebám – potřeba stimulace, potřeba učení a potřeba citového vztahu, jistoty a bezpečí. Potřeba stimulace se v závislosti na zhoršení somatického stavu obecně snižuje, může dítě nadměrně dráždit a vyčerpávat. U potřeby učení je třeba stereotypně dodržovat určitá pravidla chování a denní režim.

Vady řeči u dětí postižených chronickým astmatem se projevují v úrovni nejmenšího postižení a nemusíme je zaznamenat vůbec. U těchto dětí je nutné se z hlediska správného řečového projevu zaměřit na nácvik správného bráničního dýchání, cvičit dýchání nosem.

Skupina obsahuje 12 dětí, z toho 3 dívky a 9 chlapců. Věkové rozpětí je od 4 do 7 let.

Skupina D – skupina intaktních dětí. Tyto děti jsou pohybově zdatné, bez větších obtíží v celkové motorice. Jsou zručné, na přiměřené úrovni se vyvíjí kresba, řeč, myšlení a všechny další poznávací procesy. V předškolním věku jde převážně o myšlení prelogické, subjektivistické, závislé na aktuální situaci a vázané na přítomnost. Charakteristickým znakem myšlení je magičnost, tj. tendence pomáhat si při interpretaci dění ve světě fantazií. Fantazie často pomáhá předškolákovi při orientaci ve světě.

Od tří let vytváří dítě postupně složitější věty. Rychle se rozšiřuje slovní zásoba. Mezi čtvrtým a pátým rokem začíná dítě rozlišovat a analyzovat jednotlivá slova ve větě. Kolem pátého roku začíná dítě vnímat jednotlivé hlásky ve slovech, nejprve rozlišuje, kterou hláskou slovo začíná, později dovede určit poslední hlásku slova. V šestém až sedmém roce života dítě běžně zvládá rozlišení mezi měkkými a tvrdými souhláskami a vnímání délky samohlásek.

Skupina se skládá z 25 dětí, z nichž je 10 chlapců a 15 dívek ve věku 5-ti let.

3.3 Průběh zkoumání

Praktické zkoumání bylo prováděno v Centru pro zdravotně postižené děti v Litoměřicích. V centru jsou umístěny dvě třídy speciální, jedna třída pro zdravotně oslabené děti a jedna třída běžné mateřské školy. Praktické zkoumání probíhalo v období měsíců srpna až říjen. K vlastnímu zkoumání byla k dispozici spisová dokumentace dětí, která obsahuje lékařskou zprávu, záznam ze speciálně-pedagogického vyšetření v úrovni dodržení zákona o ochraně osobních dat. Dále byly k dispozici osobní anamnézy dětí. Z obou podkladů byly čerpány základní vstupní údaje k zatřídění a porovnání dětí ve skupinách.

Hodnocení skupiny A:

Z logopedických zpráv byl u všech 12- ti pozorovaných dětí diagnostikován opožděný vývoj. Děti neměly vyvinutou aktivní i pasivní slovní zásobu, projevovaly se četné dysgramatismy. Z hlediska formální stránky byla u dětí zjištěna různěčetná dyslalie. Z celkové skupiny 12-ti dětí neuměly 2 děti vyslovit 9 hlásek (l – r – ř, sykavky tupé a ostré), 3 děti 8 hlásek (sykavky ostré, tupé, r – ř), 7 dětí 7 hlásek (sykavky ostré, tupé a ř).

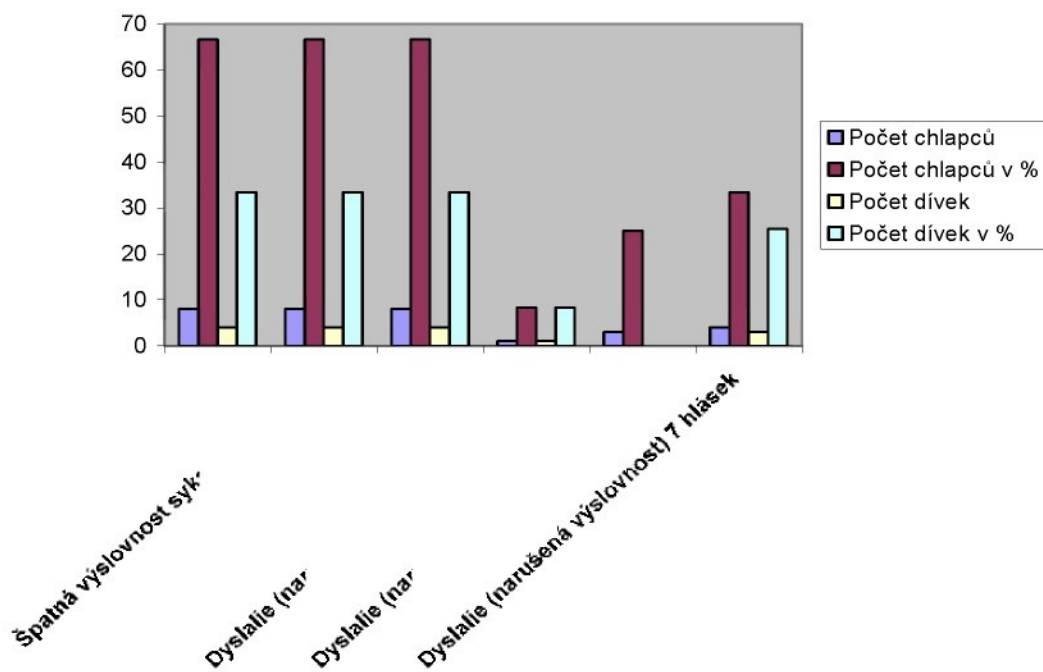
Z toho vyplývá, že :

- a) ani jedno dítě neumělo správně vyslovit ani jednu sykavku (č-š-ž-c-s-z),
- b) u všech dětí byla zjištěna artikulační neobratnost,
- c) ani jedno dítě neumělo správně vyslovit hlásku ř,
- d) 5 dětí neumělo správně vyslovit hlásku r.

Tab. č. 1: Vady řeči u skupiny dětí s mentální retardací

Vady řeči	Počet chlapců	Počet chlapců v %	Počet dívek	Počet dívek v %
Opožděný vývoj řeči	8	66,6	4	33,4
Špatná výslovnost sykavek obou řad	8	66,6	4	33,4
Artikulační neobratnost	8	66,6	4	33,4
Dyslalie- (narušená výslovnost) 9 hlásek	1	8,3	1	8,3
Dyslalie- (narušená výslovnost) 8 hlásek	3	25	0	0
Dyslalie (narušená výslovnost)-7 hlásek	4	33,4	3	25,5

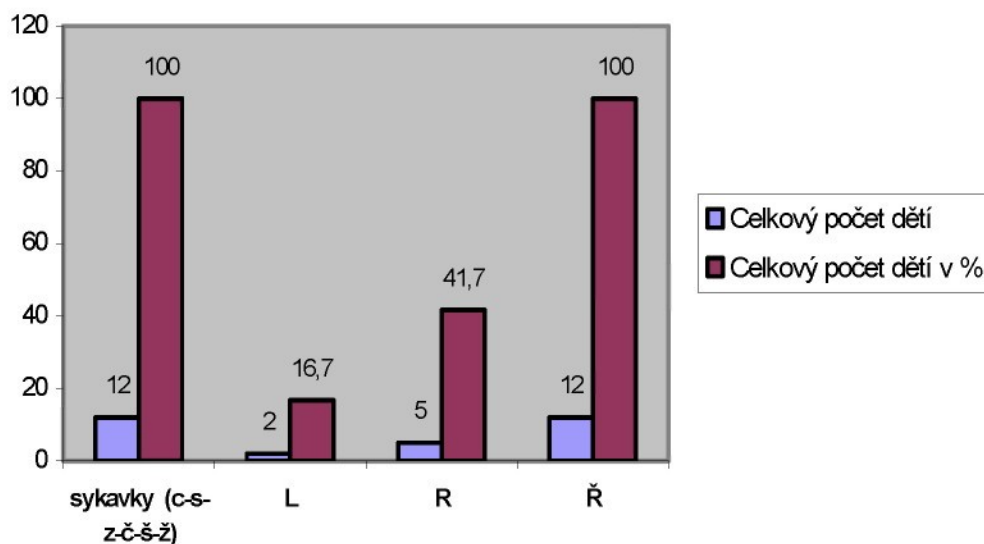
Graf č. 1: Vady řeči u skupiny dětí s mentální retardací



Tab. č. 2 : Nejčastější chybně vyslovované hlásky

Narušené hlásky	Celkový počet dětí	Celkový počet dětí v %
sykavky (c-s-z-č-š-ž)	12	100
L	2	16,7
R	5	41,7
Ř	12	100

Graf č. 2 : Nejčastější chybně vyslovované hlásky



Závěr :

U všech dětí s lehkým mentálním postižením se objevily následující vady řeči: dyslalie, opožděný vývoj řeči a artikulační neobratnost. Zjištěná skutečnost potvrzuje odborné teze klinických logopedů, např.Škodová, Jedlička, že lehká mentální postižení jsou provázena odchylkami od normy, které se mohou projevovat již v raném věku.

Hodnocení skupiny B :

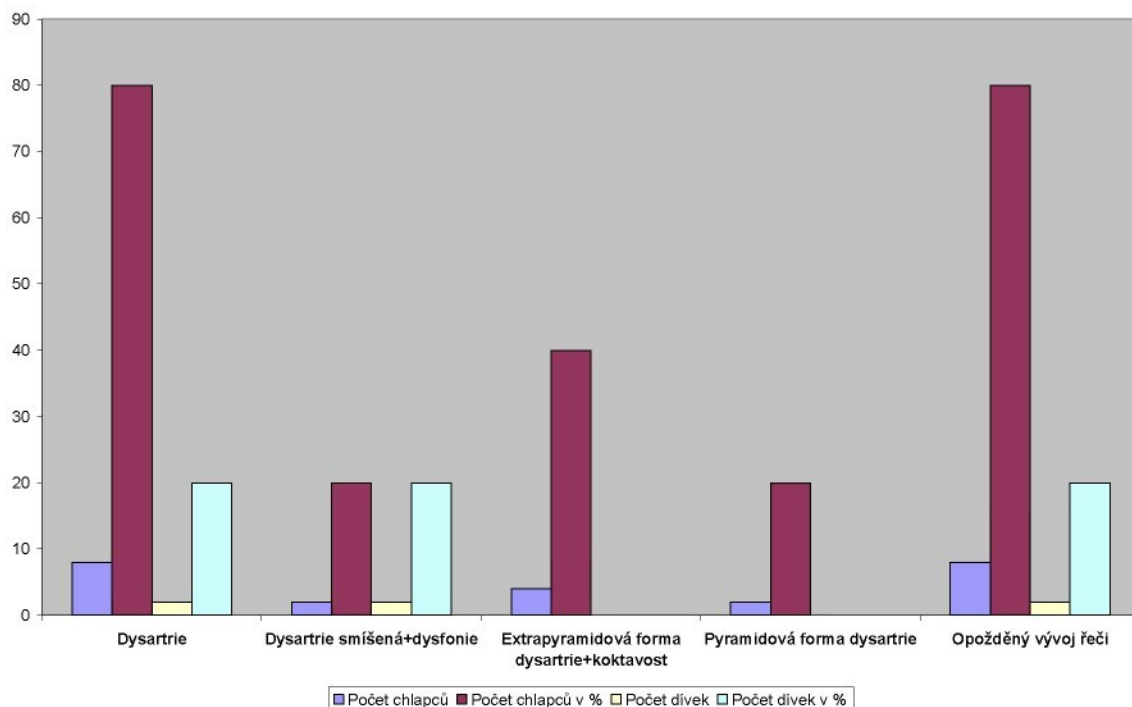
Z dostupných logopedických zpráv byla u všech 10-ti pozorovaných dětí diagnostikována dysartrie, opožděný vývoj řeči, vč. zpomaleného tempa řeči. Pouze u 4 dětí se objevila společně s dysartií i dysfonie. U 4 dětí dále byla zjištěna extrapyramidová forma s projevy koktavosti a narušením koordinace dechového svalstva, což způsobilo nepravidelné a předčasné vydechnutí.

U 2 dětí byla diagnostikována pyramidová forma dysartrie, kdy hlásky nejsou tvořeny volným výdechovým proudem, ale výdech se podobá spíše vzdechu.

Tab. č. 3 : Nejčastější vady řeči u dětí s DMO

Vady řeči	Počet Chlapců	Počet chlapců v %	Počet dívek	Počet dívek v %
Dysartrie	8	80	2	20
Dysartrie smíšená + dysfonie	2	20	2	20
Extrapyramidová forma dysartrie +koktavost	4	40	0	0
Pyramidová forma dysartrie	2	20	0	0
Opožděný vývoj řeči	8	80	2	20

Graf č. 3 : Nejčastější vady řeči u dětí s DMO



Závěr :

U všech dětí s DMO byla diagnostikována dysarthrie a opožděný vývoj řeči. U 40 % dětí se objevila dysarthrie a dysfonie. U stejného procentuálního počtu dětí se vyskytla extrapyramidová forma dysarthrie spolu s koktavostí. Pouze u 20% dětí byla diagnostikována pyramidová forma dysarthrie. V porovnání s tezemi logopedů, např. Škodová, Jedlička, je dysarthrie nejkomplikovanější a nejobtížněji korigovatelným narušením komunikační schopnosti. Jde o narušenou inervaci mluvidel v důsledku orgánového poškození CNS.

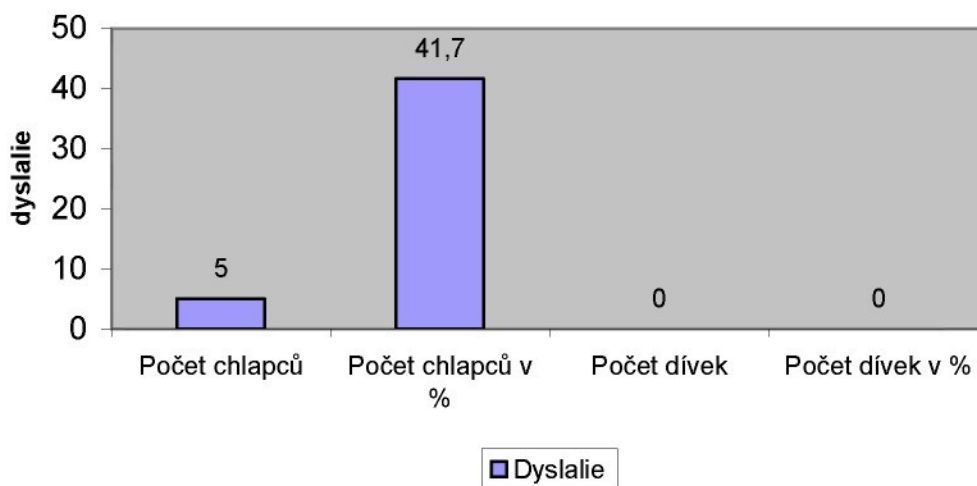
Hodnocení skupiny C :

Z pozorovaných 12- ti dětí skupiny s chronickým astmatem mělo 5 dětí dyslalii. Vada se projevowała u 2 dětí ve špatné výslovnosti sykavek (š,ž), u 2 dětí (r- ř) a u jednoho dítěte (l – r – ř). Tvorba řeči je v této skupině ovlivněna dýchacími obtížemi, které děti s astmatem provázejí. Jiné projevy vad řeči se neobjevily.

Tab. č. 4 : Nejčastější vada řeči u astma bronchiale

Vada řeči	Počet chlapců	Počet chlapců v %	Počet dívek	Počet dívek v %
Dyslalie	5	41,7	0	0

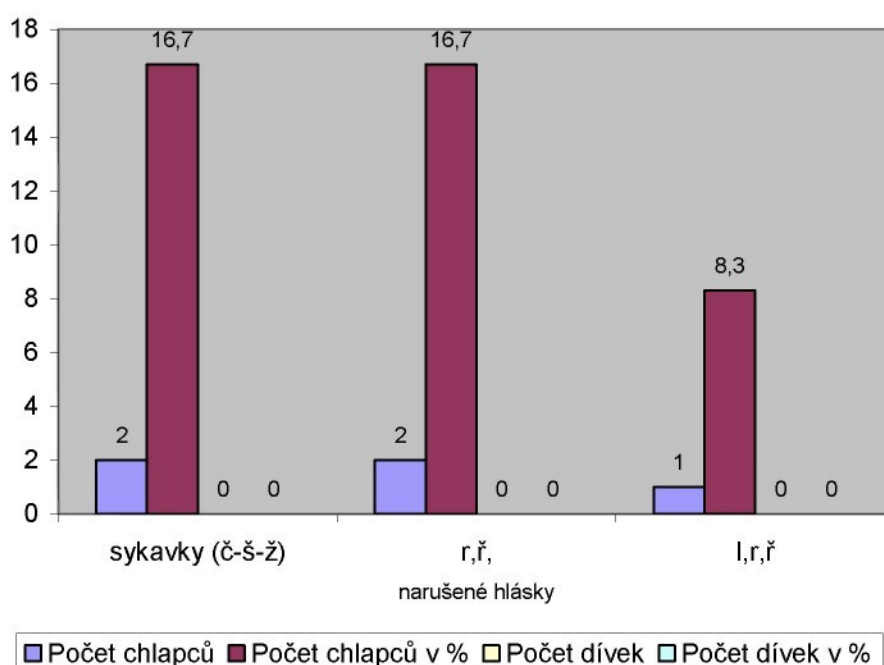
Graf č. 4 : Nejčastější vada řeči u astma bronchiale



Tab. č. 5: Četnost špatně vyslovovaných hlásek

Narušené hlásky	Počet chlapců	Počet chlapců v %	Počet dívek	Počet dívek v %
sykavky (č-š-ž)	2	16,7	0	0
r, ř	2	16,7	0	0
l,r,ř	1	8,3	0	0

Graf č. 5: Četnost špatně vyslovovaných hlásek



Závěr :

Z pohledu kvantifikace postižení je skupina dětí s chronickým astmatem nejméně postiženou z titulu vad řeči. V podstatě se vady soustřeďují do jediné vady řeči, kterou je dyslalie. Zjištění koresponduje s logopedickými závěry pro tento druh postižení.

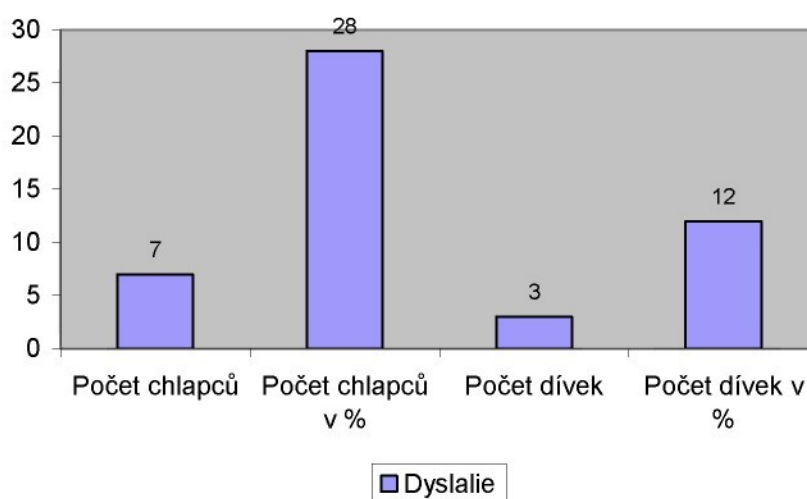
Hodnocení skupiny D:

Ve skupině intaktních dětí, zařazených v běžné třídě MŠ, byla u 10 dětí zjištěna porucha výslovnosti. Jednalo se o dyslalii. V této skupině bylo 10 dětí se špatnou výslovností sykavek (ostré, tupé) a hlásky l-r-ř. U jednoho dítěte byla vadná výslovnost sykavek (6 hlásek – ostré, tupé), 2 děti neuměly 3 hlásky (l -r – ř), další 2 děti neuměly 3 hlásky (c –s - z), 2 děti neuměly správně vyslovit r a ř. Ze zbývajících 3 dětí 2 měly problémy s výslovností ř a jedno s l.

Tab. č. 6: Vady řeči u skupiny intaktních dětí

Vady řeči	počet chlapců	Počet chlapců v %	Počet dívek	Počet dívek v %
Dyslalie	7	28	3	12

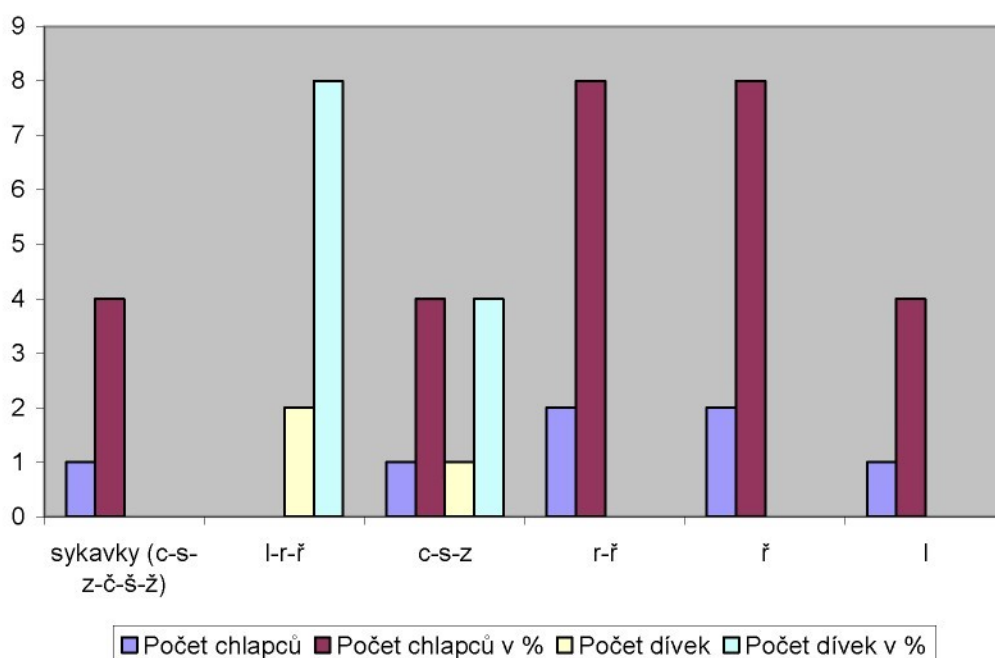
Graf č. 6: Vady řeči u skupiny intaktních dětí



Tabulka č. 7: Nesprávně vyslovované hlásky

Nesprávně vyslovované hlásky	Počet chlapců	Počet chlapců v %	Počet dívek	Počet dívek v %
sykavky (c-s-z-č-š-ž)	1	4	0	0
l-r-ř	0	0	2	8
c-s-z	1	4	1	4
r-ř	2	8	0	0
ř	2	8	0	0
l	1	4	0	0

Graf č. 7: Nesprávně vyslovované hlásky



Závěr :

U dětí ve skupině D se ve 28 % vyskytla vada řeči, a to dyslalie. Menší procento mělo potíže s výslovností sykavek a jednotlivých problémových hlásek, které jsou při správném logopedickém vedení odstraněny. Formou logopedické prevence (primární i sekundární) u intaktních dětí s narušenými komunikačními schopnostmi cíleně odstraňujeme možnost dalšího poškození.

3.4 Použité metody

3.4.1 *Anamnéza*

Pomocí anamnézy zkoumáme důležité okolnosti, které mohly mít vliv na vývoj jedince od narození, resp. od početí po současnost. (Švingalová, 1996) Rozlišujeme anamnézu **osobní a rodinnou**.

Osobní anamnéza zahrnuje základní údaje týkající se samotného jedince tzn. pohlaví, věk, škola, zdravotní stav. Osobní anamnéza obsahuje dále zdravotní historii (tj. průběh těhotenství a porodu, nemoci), historii institucionální (úspěšnost ve škole, adaptovanost, spokojenost a vztah k učitelům a vrstevníkům) a v neposlední řadě historii sociální (kontakt s lidmi, vývojové jevy v jednotlivých obdobích, schopnosti a povahové vlastnosti dítěte podle rodičů, současný stav a předpokládaný vývoj). (Hadj Moussová, 2002)

Rodinná anamnéza – sleduje rodinu, rodinné a manželské vztahy (např. rozvod a rekonstruovaná rodina), vztahy mezi sourozenci a vztah k dalším významným lidem v rodině (např. prarodiče).

Oba druhy anamnézy z hlediska zpracování mají stanoveny postupy, nezbytné údaje, které musí být dodrženy.

Dle způsobu získání údajů rozlišujeme **heteroanamnézu** a **autoanamnézu**. Heteroanamnéza je v podstatě získání údajů od rodičů, učitelů, vychovatelů, kteří vypovídají o dítěti. Při autoanamnéze zjišťujeme údaje přímo od vyšetřované osoby. Využívá se především u dospělých.

3.4.2 *Spisová dokumentace*

Spisová dokumentace obecně je upravena pro školní rok 2004/2005 zákonem č. 29/1984 Sb (školský zákon) par. 38a, ve znění pozdějších předpisů a par. 45 zákona č. 76/1978 Sb. – o školských zařízeních. Seznam dokumentace je každoročně aktualizován a zveřejňován ve Věstníku MŠMT ČR. Změny v textové části tiskopisů jsou uváděny v Seznamu

povinné dokumentace škol a v kupních smlouvách SEVT. V případě nepodstatných změn zůstane číslo SEVT nezměněno a tiskopisy budou v platnosti do vyčerpání zásob, v případě zásadních změn dochází k přečíslování evidenčního čísla SEVT.

Se spisovou dokumentací úzce souvisí i uložení a skartace dokumentů dle skartačního řádu, který je zveřejněn v Instrukci Ministerstva školství ze dne 13. června 1986 č.j. 18200/86-49.

Spisová dokumentace nezbytná pro evidenci dětí v předškolních zařízeních je následující:

A / rozhodnutí o zařazení školy

do sítě škol	-----	A 10
--------------	-------	------

B/ přehled výchovné práce	SEVT 49 177 0	S 10
----------------------------------	---------------	------

C/ přehled o docházce	SEVT 49 178 0	S 10
------------------------------	---------------	------

D/ evidenční list pro děti v MŠ	SEVT 49 179 1	S 10
--	---------------	------

E/ záznam o školním úraze – těžké

a smrtelné/ostatní – kniha úrazů	SEVT 49 156 0	A10/S10
----------------------------------	---------------	---------

F/ protokoly a záznamy o provedených

kontrolách	-----	V 10
------------	-------	------

Vysvětlení skartačních znaků :

A - písemnosti trvalé dokumentární hodnoty, po uplynutí skartační lhůty se navrhnou k odevzdání do archivu

S - písemnosti, které nemají dokumentární hodnotu a po uplynutí skartační lhůty se navrhnou na zničení

V - písemnost, jejíž dokumentární hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit, po uplynutí skartační lhůty budou znovu posouzeny a označeny znakem A nebo S

Ve speciálních mateřských školách, které se věnují postiženým dětem, je výše uvedená spisová dokumentace rozšířena o další dokumenty. Jedná se o zprávy ze speciálně pedagogického vyšetření, z logopedického vyšetření a o zprávy odborných lékařů.

3.5 Stanovení předpokladů

Předpoklad č. 1 - lze předpokládat, že děti ve skupině A budou mít nejčastěji diagnostikován opožděný vývoj řeči a dyslalii.

Předpoklad č. 2 - lze předpokládat, že u dětí ve skupině B se bude nejčastěji vyskytovat dysartrie.

Předpoklad č. 3 - lze předpokládat, že nejčastější vadou řeči bude u dětí ve skupině C a D dyslalie, přičemž ve skupině D bude menší počet dětí s dyslalií než ve skupině C.

Předpoklad č. 4 - lze předpokládat, že častěji se vady řeči budou vyskytovat u chlapců než u dívek.

3.6 Shrnutí výsledků praktické části

V této kapitole je provedeno souhrnné porovnání výsledků ze zkoumání jednotlivých skupin. Ve čtyřech skupinách bylo celkem sledováno 59 dětí, z toho bylo 29 chlapců a 30 dívek. Z celkového počtu dětí ve skupinách (A, B, C, D) byly diagnostikovány vady řeči u 37 dětí (28 chlapců a 9 dívek).

Předpoklad č.1 – se v plné míře potvrdil. U všech 12-ti dětí se projevíly vytipované vady řeči (viz tabulka č. 1, str. 32, graf. č. 1, str. 33).

Předpoklad č. 2 - se potvrdil. 10 hodnocených dětí bylo postiženo dysartrií a opožděným vývojem řeči (viz tabulka č. 3, str. 35, graf č. 3, str. 36).

Předpoklad č. 3 – se také potvrdil. Nejčastější vadou ve skupině C a D byla dyslalie a rovněž ve skupině D bylo méně dětí s dyslalií než ve skupině C (viz. tabulka č. 8, str. 44, graf č. 8, str. 44).

Předpoklad č.4 – se potvrdil. U chlapců se častěji vyskytovali vady řeči než u dívek (viz. tabulka č. 8, str. 44, graf č. 8, str. 44).

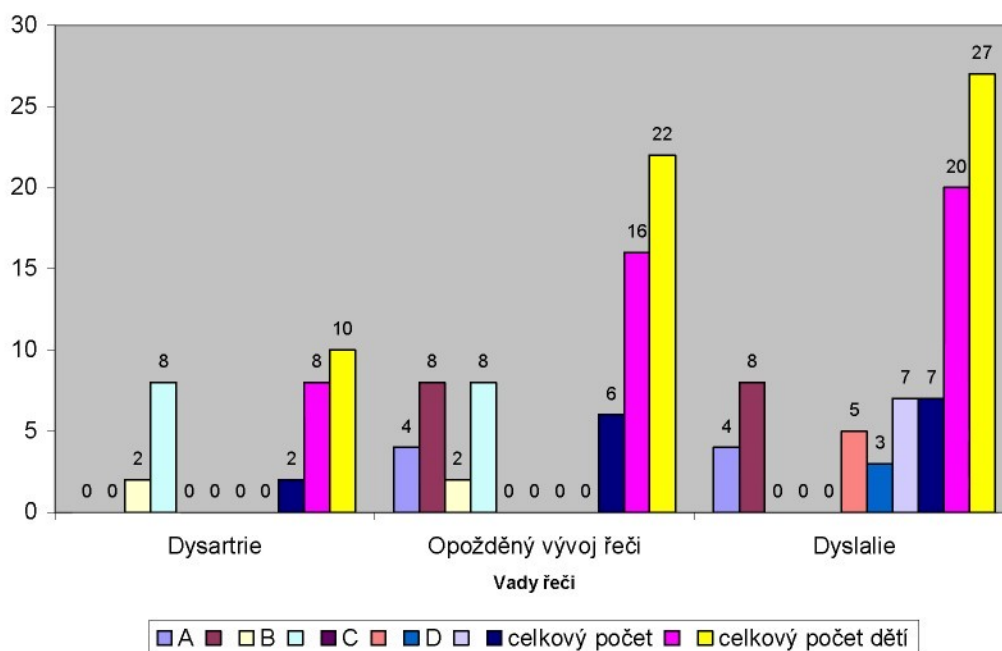
Z výsledných tabulek za skupiny A – D vyplývá, že vady řeči obecně se častěji vyskytují u chlapců než u dívek.

Závěrem této kapitoly lze konstatovat, že předpoklady stanovené v bodě 3.5 pro jednotlivé skupiny A až D byly potvrzeny.

Tab. č. 8: Shrnutí výsledků

Vady řeči	A		B		C		D		Celkový počet dětí		Celkový počet dětí
	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	Počet	
	dívek	chlapců	dívek	chlapců	dívek	chlapců	dívek	chlapců	dívek	chlapců	
Dysartrie	0	0	2	8	0	0	0	0	2	8	10
Opožděný vývoj řeči	4	8	2	8	0	0	0	0	6	16	22
Dyslalie	4	8	0	0	0	5	3	7	7	20	27
Celkem									15	44	

Graf č. 8: Shrnutí výsledků



Jak vyplývá z tabulky č. 8, str. 44, z celkového počtu dětí byla nadpoloviční většina dívek. V procentuálním vyjádření se vady řeči však ve vyšším podílu objevují u chlapců. Všechny diagnostikované děti bez ohledu na pohlaví trpí poruchou výslovnosti jedné či více hlásek – dyslalií. U menšího procenta se projevuje opožděný vývoj řeči a nejmenší počet dětí trpí dysartrií.

Dyslalie je nejčastější poruchou komunikačních schopností. Statistický vývoj v období 1950 – 1999 zaznamenal její nárůst v procentech od 24,4 do 36 %, výskyt u chlapců je poměrně vysoký, chlapci tvoří až dvě třetiny dětí přijatých do logopedické péče (Škodová, Jedlička, 2003)

4 Z á v ě r

Řeč je neoddělitelnou a nenahraditelnou schopností člověka, která umožňuje komunikaci mezi jedinci navzájem. Na úrovni a kvalitě řeči závisí kvalita předávání informací v lidské společnosti. Jakákoli postižení tento přenos znehodnocují.

Bakalářská práce byla věnována nejčtenějším řečovým poruchám ve vazbě na různá postižení. V praktické části byly detailně zmapovány nejčastější řečové poruchy u jednotlivých postižení.

Výsledky jak slovní tak tabulkové nebo grafické jednoznačně podtrhují nutnost a význam prevence v této oblasti. Proces minimalizace negativních dopadů je dlouhodobý, vyžaduje neustálou spolupráci rodiny a odborných specialistů, využívání systému symetrického poradenství. Je třeba velkou dávku tolerance a trpělivosti. Při kombinaci všech těchto aspektů může být dosaženo obdivuhodných výsledků – adekvátní zařazení jedince do lidské společnosti, které může být na své úrovni přínosem.

5 Navrhovaná opatření

Navrhovaná opatření vyplývající z této bakalářské práce mohou směřovat pouze do oblastí prevence. Obecně u všech zjištěných vad prevence znamená okamžitou reakci odborným pracovníkem k řešení zjištěného problému. Prevence se týká jak rodiny, ve které dítě vyrůstá, tak učitelky MŠ. Nejdůležitější vklad pro vývoj dětské řeči má matka, která od samého počátku poskytuje správný mluvní vzor spolu s kladným citovým přízvukem. Stále více významnější úlohu připadá mateřským školám, do kterých se úspěšně přesouvá těžiště logopedické preventivně výchovné péče. Jazyková výchova se zde stala nedílnou součástí předškolní výchovy dítěte. Má v mateřských školách specifické postavení – je integrujícím prvkem prolínajícím všemi ostatními složkami výchovy. Je realizována hrou, kterou je možno co nejlépe podněcovat aktivitu dítěte. Úkolem jazykové výchovy v MŠ je rozvíjet slovní zásobu, pečovat o spisovnou výslovnost a zřetelnost řeči, o osvojení a zdokonalování gramatické správnosti mluvených projevů a o rozvíjení povědomí o gramatické správnosti jazyka, jakož o rozvíjení souvislého vyjadřování.

V rámci péče o správnou výslovnost jsou prováděna sluchová a dechová cvičení, gymnastika mluvidel a cvičení artikulace, které ale zde nemá charakter nápravný, nýbrž je prostředkem výchovy ke správné výslovnosti; děje se tak formou hry, při které se učitelka vhodně voleným slovním materiálem snaží dosáhnout samovolné úpravy výslovnosti dítěte.

V případě zjištění anomálií od normálu v řečovém projevu je nezbytné, aby tato skutečnost byla podchycena co nejdříve, v nejranějším věku dítěte. Tím je možné zajistit včas potřebný přístup dospělých jedinců k dítěti a tím předcházet nebo minimalizovat faktory, které vedou k neurotizaci dítěte.

Základem prevence poruch a vad řečové komunikačního procesu, a tudíž i patlavosti, je výchova v řeči v plné šíři; počínaje správným mluvním vzorem, vhodným postojem k dítěti a jeho řečovému vývoji a konče odstraněním či oslabením všeho, co by mohlo vývoj řeči ohrozit. To, co platí o výchově vůbec, že je tím účinnější, čím je častější, důslednější a čím více osob z okolí dítěte se na ní

podílí, je platné i pro výchovu řeči, kterou je třeba považovat za integrální složku celkové výchovy dítěte.

Prevence poruch a vad řeči je nedílnou součástí logopedické péče. V širším pojetí je chápána jako součást výchovného procesu v rodině, ve škole a v sociálním prostředí, a to již od raného věku dítěte. Tato prevence se orientuje dvěma základními směry:

- primární – logopedická prevence probíhá u intaktních dětí, a to ve smyslu výchovné stimulace přirozeného vývoje,
- sekundární – logopedická prevence by měla být vždy prováděna u osob s narušenými komunikačními schopnostmi, u nichž cíleně odstraňujeme možnost dalšího poškození.

Prevence u dětí s mentálním postižením je výrazně závislá na kvalitní diagnostice a zavádění programů včasné stimulace v co nejútlejším věku, kdy je možno výchovný styl snáze ovlivnit. Tyto programy začínají být u nás realizovány až v několika posledních letech. Nejčastěji se pracuje s převzatým programem PORTAGE, kde je do malých úseků rozpracován nácvik pohybových, rozumových a sociálních dovedností, komunikace i sebeobsluhy. Instruktoři programu docházejí pravidelně do rodin s postiženými dětmi a spolu s rodiči určují nejvýhodnější strategii učení. Současně poskytují významnou emoční oporu rodičům, na něž vychovávání postižených dětí klade značné nároky.

Prevence u dětí s dysartrií je nejčastěji spojována s medicínskou preventivní činností, která má snížit riziko vzniku onemocnění, jež poškozuje nervový systém.

6 Seznam použitých zdrojů

- Dvořák, J. *Logopedický slovník*. 1. vyd. Žďár n. Sázavou: Logopedické centrum, 1998. 192 s. Edice: LOGOPAEDIA CLINICA.
- Hadj – Mousová, Z., Vágnerová, M. *Psychologie Handicapu*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1997. 111s. ISBN 80-7083-208-8.
- Klenková, J. *Kapitoly z logopedie I*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 120 s. ISBN 80-85931-41-9.
- Klener, P. a kol. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Galen, 1999. 580s.
- Kraus, J., Šandera, O. *Tělesně postižené dítě*. 1. vyd. Praha: SPN, 1975. 153 s.
- Kutálková, D. *Logopedická prevence*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 216 s. ISBN 80-7178-115-0.
- Lehovský, M. *Pečujeme o nervově postižené dítě*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989.
- Lesný, I. *Hybná dětská postižení a dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1018-8.
- Novosad, L. *Somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. 79 s. ISBN 80-7083-563.
- Pipeková, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 110s. ISBN 80-85931-65-6.
- Sovák, M. *Logopedie předškolního věku*. 3. vyd. Praha: SPN, 1989. 216s. ISBN 14-749-89.
- Štrnadová, V. *Úvod do surdopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. 63s. ISBN 80-7083-564-8.
- Škodová, E., Jedlička, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-516-6.
- Švingalová, D. *Základy obecné psychologie I*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1996. 136 s. ISBN 80-7083-205-3.
- Vágnerová, M. *Patopsychologie I*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1995. 127 s. ISBN 80-7083-158-8.

7 Seznam příloh

Příloha č.1 : Legislativa – navazující školské zákony

**Příloha č.2 : Metodický pokyn MŠMT k zabezpečení logopedické
péče ve školství č.j. 21224/58-24**

Příloha č. 3 : Přehled normálního vývoje dítěte

Příloha č. 4 : Vývoj řeči