

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Bakalářský studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

Kód oboru: 7506R012

Název bakalářské práce:

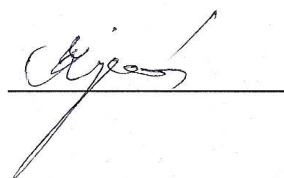
SYMPTOMATICKÉ PORUCHY ŘEČI U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

SYMPTOMATIC IMPERFECTIONS OF SPEECH WITH PRESCHOOL CHILDREN

Autor:

Regina Kligerová
Na Pilíři 158
542 01 Žacléř

Podpis autora:



Vedoucí práce: Mgr. Hana Cutychová

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
63	1	6	13	18	3 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30. 4. 2008

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Regina Kligerová

Adresa:

Na Pilíři 158, 542 01 Žacléř

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika předškolního věku

Kód oboru:

7506R012

Název práce:

SYMPTOMATICKÉ PORUCHY ŘEČI U DĚTÍ
PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Název práce v angličtině:

SYMPTOMATIC IMPERFECTIONS OF SPEECH WITH
PRESCHOOL CHILDREN

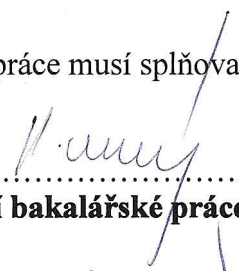
Vedoucí práce:

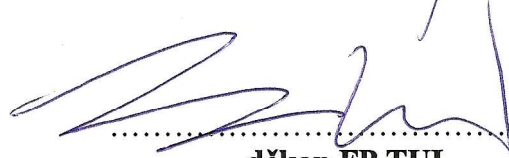
Mgr. Hana Cutychová

Termín odevzdání práce:

30. 04. 2008

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

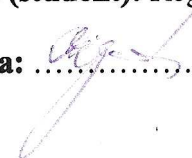

.....
vedoucí bakalářské práce


.....
děkan FP TUL


.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Regina Kligerová

Datum: 23. 02. 2007

Podpis studenta: 

Cíl práce:

Popsat a analyzovat symptomatické poruchy řeči, zmapovat teoreticky i prakticky problematiku symptomatických poruch řeči u dětí předškolního věku.

Základní literatura:

KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.

KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0329-2.

LECHTA, I. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, I. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LECHTA, I. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VANĚČKOVÁ, V. *Výchova řeči sluchově postižených dětí v předškolním věku*. 1. vyd. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-82-5.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) 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) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30. 4. 2008

Podpis: _____

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'Chyba'.

Děkuji všem dětem a jejich učitelkám, které mi umožnily mou práci realizovat.
Dále děkuji vedoucí bakalářské práce za poskytnutí rad a času. V neposlední řadě děkuji své rodině za jejich trpělivost a podporu.

Název bakalářské práce: Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku

Název bakalářské práce: Symptomatic imperfections of speech with preschool children

Jméno a příjmení autora: Regina Kligerová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2008

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Cutychová

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou symptomatických poruch řeči u dětí předškolního věku. Byla sestavena ze dvou základních částí, teoretické a praktické. Teoretická část, jež vycházela z odborných zdrojů a poznatků mnohých autorů, měla za cíl popsat a analyzovat symptomatické poruchy řeči, rozebrat komunikační schopnosti jedinců s mentální retardací, dětskou mozkovou obrnou, se sluchovým a zrakovým postižením. Dále bylo jejím úkolem teoreticky zmapovat problematiku týkající se daných poruch řeči. Následná část, praktická, se soustředila na skutečné zmapování symptomatických poruch řeči, konkrétně na zjištění nedostatků v dílčích oblastech řeči u jedinců s postižením. Za pomoci orientačního logopedického vyšetření, pozorování a dotazníku byla rozebrána obsahová a formální stránka řeči dětí s handicapem, pozornost byla taktéž věnována jazykovým rovinám a jejich narušení. Výsledky ukázaly, že děti s postižením mají závažný deficit nejen v rovině foneticko-fonologické, ale i v lexikálně-sémantické. Za přínos bylo možné považovat zpracování podrobnější logopedické diagnostiky, která by učitelkám umožnila pracovat na zmírnění, v lepším případě odstranění deficitů v dílčích funkcích a zároveň napomohla rozvoji řeči dětí s handicapem.

Klíčová slova:

Komunikační schopnost, symptomatické poruchy řeči, mentální retardace, dětská mozková obrna, sluchové postižení, zrakové postižení, vývoj řeči, poruchy řeči, stupeň, forma postižení, jazykové roviny, logopedická péče, zásady, orientační logopedické vyšetření, deficit dílčích funkcí.

Summary:

The bachelor work deal with the problematic of symptomatic speech disorders of preschool children. It was built of two basic parts, theoretical and practical ones. The theoretical part, that went out of professionals resources and pieces of knowledge of many authors, Kept the goal of describing and analyzing the symptomatic speech disorders, discussing communication skills of individuals of mental retardation, polio, hearing and sight disorders. A theoretical charting the problematics of given speech disorders was the next purpose of this work. Following part, practical, was intent on the real charting the symptomatic speech disorders concretely on imperfections investigation in partial branches on individuals with a handicap. With the help of logopedic examination of orientation, observing and a questionnaire, contentual and formal aspects of handicapped children speed were discussed Attention was also kept on language levels and their affecting. Results showed, that handicapped children have a serious deficit not only in the phonetic-logopedic level even in the lexical-semantic one. I feel the main contribution of my work in compiling the detailed logopedic diagnosing, that helps the teachers to work in reducing even removing the deficit in partial functions and it also helps with handicapped children speech development.

Keywords:

Communications abilities, symptomatic speech disorders, mental retardation, polio, hearing handicap, sight handicap, speech development, speech disorders, level, kind of handicap, language levels, logopedic care, logopedic examination of orientation, deficit of partial functions.

Obsah:	
Úvod	8
1 Komunikační schopnost	10
1.1 Narušená komunikační schopnost	10
2 Symptomatické poruchy řeči	10
2.1 Příčiny symptomatických poruch	11
3 Řeč dětí s mentální retardací	13
3.1 Vývoj řeči mentálně retardovaných	13
3.1.1 Vliv stupně mentální retardace	15
3.1.2 Vliv formy mentální retardace	17
3.1.3 Typy mentální retardace a řeč	18
3.2 Poruchy řeči dětí s mentální retardací	18
3.3 Logopedická péče o mentálně retardované	19
4 Řeč dětí s dětskou mozkovou obrnou	20
4.1 Vývoj řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou	20
4.2 Poruchy řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou	22
4.2.1 Dysartrie	23
4.3 Zásady pro rozvoj hybnosti a řeči	25
4.4 Metodiky logopedické péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou	26
5 Řeč dětí se zrakovým postižením	27
5.1 Vývoj řeči dětí se zrakovým postižením	27
5.2 Poruchy řeči dětí se zrakovým postižením	28
5.3 Specifika logopedické péče dětí se zrakovým postižením	29
6 Řeč dětí se sluchovým postižením	30
6.1 Vývoj řeči dětí se sluchovým postižením	30
6.1.1 Vliv stupně sluchového postižení	30
6.1.2 Jazykové roviny	32
6.2 Poruchy řeči dětí se sluchovým postižením	33
6.3 Specifika logopedické péče dětí se sluchovým postižením	34
7 Logopedická péče o děti se symptomatickými poruchami řeči	35
7.1 Metodické principy	36
8 Praktická část	38
8.1 Cíl praktické části	38
8.2 Stanovení předpokladů	38
8.3 Použité metody a průběh získávání dat	38
8.3.1 Popis zkoumaného vzorku	41
8.3.2 Interpretace výsledků orientačních logopedických vyšetření	42
8.3.3 Interpretace výsledků pozorování	50
8.3.4 Interpretace výsledků dotazníku	54
8.4 Shrnutí výsledků praktické části	57
9 Závěr	58
10 Navrhovaná opatření	59
11 Seznam použitých informačních zdrojů	61
12 Seznam příloh	63

Úvod

To, čím se liší člověk od zvířat, jest rozum a řeč. První má pro svou vlastní potřebu, druhé pro bližní, proto má o to oboje stejně pečovati, aby měl jak mysl, tak z mysli pocházející hnutí údů, tedy i jazyk co nejvybroušenější.

J. A. Komenský

Řeč je specificky lidská vlastnost, schopnost individua užívat sdělovacích prostředků za účelem interakce. Člověk se s touto schopností nerodí, musí se ji učit. Novorozenec si přináší na svět vrozenou dispozici naučit se řeči, ale bez řečového kontaktu s mluvícím okolím bez sluchových a intelektových schopností, by se tato vrozená schopnost dále nerozvinula, člověk by se mluvit nenaučil.

Řeč jakožto produkt vyšší nervové činnosti lidského jedince je vázána na vývojově nejvyšší oblasti dominantní hemisféry. Ty pracují v dynamickém sepětí s nižšími mozkovými útvary. Zmíněné oblasti na dominantní hemisféře se označují jako centra řeči. Nutným předpokladem řeči, která je ve své podstatě hybným aktem, je slyšení.

Obecně lze říci, že řeč je biologickým výkonem člověka a slouží k mezilidské komunikaci. Člověk jediný je schopen vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách. Je zajímavé, že tato složitá struktura se vyvíjí velmi prudce. Člověk si za normálních podmínek osvojí řeč do 6. roku života. Nejvýraznější tempo vývoje je mezi 3. a 4. rokem. Vývoj řeči však nekončí v 6 letech, ale dále se rozvíjí a obohacuje prakticky až do konce života. V případě nějakého jiného, dominantního postižení – mentálního, tělesného, smyslového,...dochází i k odchýlkám ve vývoji řeči a tehdy hovoříme o symptomatických poruchách řeči.

Právě symptomatickým poruchám, se kterými se setkávám na svém pracovišti v mateřské škole v Žacléři ve speciální třídě pro děti s více vadami, je tato práce věnována. Cílem je nastínění problematiky symptomatických poruch řeči, jejich popis a analýza, a to především těch nejvíce zastoupených – mentální postižení a řeč, dětská mozková obrna a řeč, zrakové postižení a řeč a poslední v řadě sluchové postižení a řeč. Určitá část práce je také věnovaná logopedické péči s těmito dětmi, která je nezbytná. Zmíněné vady nejsou rozebrány až do detailů, poněvadž se jedná o téma velice obsáhlé. Někteří autoři mezi symptomatické poruchy řeči dále řadí autismus a řeč, epilepsii a řeč, lehkou mozkovou dysfunkci a řeč a další, kterým se ve své práci nebudu věnovat.

Praktická část je zaměřena na zmapování symptomatických poruch řeči za pomoci orientačního logopedického vyšetření, pozorování a dotazníku. Uvedené metody mají sloužit ke zjištění deficitů dílčích funkcí, k prozkoumání obsahové a formální stránky řeči. Dále se bude zabírat jazykovými rovinami a jejich případnými nedostatky. Veškeré informace shromážděné k vytvoření praktické části byly získány v běžných třídách mateřských škol, ve speciálních třídách a v mateřských školách speciálních. Poněvadž se jednalo poměrně o velký počet dětí, byla jsem „nucena“ navštívit mnohá pracoviště. Tato skutečnost mi však umožnila nahlédnout i do prostředí pro mě neznámých, sledovat práci učitelek, které s dětmi s postižením denodenně pracují, a zároveň mi tato skutečnost byla inspirací pro moji další práci.

1 Komunikační schopnost

Komunikační schopnost neboli komunikaci chápeme jako proces spojování, sdělování, nebo také přenos, participaci. Jedná se o schopnost člověka vytvářet, udržovat a pěstovat mezilidské vztahy za pomoci určitých výrazových prostředků. Když mluvíme o komunikaci – dorozumívání, máme na mysli výměnu informací, což je složitý proces, jehož základem jsou čtyři vzájemně se ovlivňující prvky:

- komunikátor (zdroj informace)
- komunikant (příjemce reagující na informaci)
- komuniké (obsah sdělení)
- komunikační kanál (podmínka úspěšné výměny informací)

1.1 Narušená komunikační schopnost

Komunikační schopnost patří často k nejnápadnějším projevům člověka, zvláště když dojde k jejímu narušení. V tomto případě hovoříme o narušené komunikační schopnosti, čímž eliminujeme běžné označení vada či porucha řeči.

Klenková (2006, str. 54) uvádí Lechtovu definici:

„Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“

V případech těžších poruch dochází nejednou k dalším, sekundárním, případně terciárním důsledkům, složitým, několikanásobným zpětným vazbám mezi narušenou komunikační schopností a ostatními složkami osobnosti s jejich všeobecně známými negativními důsledky na sociální adaptaci jednotlivce.

2 Symptomatické poruchy řeči

Narušení komunikační schopnosti může být primární, což znamená, že může být hlavním, vedoucím symptomem, nebo se může jednat o symptom jiného dominujícího postižení, popřípadě

onemocnění či poruchy. Jednou z kategorií narušené komunikační schopnosti podle symptomatického hlediska jsou **symptomatické poruchy řeči**.

Symptom je příznak, vnější projev, průvodní jev nějakého jinak obtížně pozorovatelného děje, **symptomatický** - příznačný.

Podle Lechty (2002, str. 52) se jedná o „narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění“. Patří sem postižení senzorické, motorické, i mentální. Například dědičnost - primární příčina způsobí dominantní postižení hluchotu, u které je jedním z příznaků narušená komunikační schopnost.

K nejčastějším symptomatickým poruchám řadíme narušenou komunikační schopnost u dětí s mentální retardací a dětí s dětskou mozkovou obrnou. Do této kategorie dále řadíme děti se zrakovým postižením, sluchovým postižením, epilepsií, lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami chování, autismem.

2.1 Příčiny symptomatických poruch

Na vznik symptomatických poruch mají značný vliv různé etiologické faktory. Není snadné jejich odhalení a následné odlišení. Klenková (2006) uvádí, že poměrně často dochází ke zpětné vazbě jak mezi příčinami a jejich následky, tak i mezi jednotlivými příčinami.

Lechta (2002, s. 53) uvádí modely *tří základních případů vzniku symptomatických poruch řeči*:

- 1) **Primární příčina** (např. dědičnost) způsobí dominantní postižení (např. hluchotu). Toto dominující postižení provází kromě jiného narušená komunikační schopnost – symptomatická porucha řeči.
- 2) **Primární příčina** (např. orgánové poškození mozku) způsobí dominantní postižení (např. mentální retardaci) se sekundárně narušenou komunikační schopností. Současně však tatáž primární příčina způsobí i paralelní postižení (např. inervace mluvních orgánů) s jeho dalším negativním vlivem na komunikační schopnost (symptomatická porucha řeči).
- 3) **Dvě i více primárních příčin** negativně působící svým vlastním mechanismem na komunikační schopnost jednotlivce. Například nevidomost se svojí vlastní příčinou se sekundárně negativně projeví na komunikační schopnosti nevidomého (např. verbalismem). Současně však i jiná příčina, např. negativní vliv prostředí, může též nepříznivě ovlivnit rozvoj komunikační schopnosti dítěte.

Tabulka č. 1: Modely vzniku symptomatických poruch řeči

primární příčina	→	dominující postižení	→	narušená komunikační schopnost (symptomatická porucha řeči)
primární příčina	→	dominující postižení	→	narušená komunikační schopnost (symptomatická porucha řeči)
	→	paralelní postižení		
primární příčina	→	dominující postižení	→	narušená komunikační schopnost (symptomatická porucha řeči)
primární příčina	→	paralelní postižení		

(Lechta, 2002, s. 54)

Podle mnohých autorů – Bedera, Sováka,... je v různé formě a různém stupni narušení u všech postižení přítomna narušená komunikační schopnost. (Lechta, 2002)

Pro lepší orientaci dělíme symptomatické poruchy řeči na *dvě skupiny*:

- A) **Specifické poruchy** – verbalismus u nevidomých dětí, dysprozódie u dětí s vrozenou hluchotou
- B) **Nespecifické poruchy** – provázející i jiné případy, druhy postižení, pro které nejsou zcela typické, avšak vyžadují taktéž specifický přístup

Dále hovoříme o **reverzibilních poruchách** - vratných (děj, reakce, oběh), či **ireverzibilních** neboli nevratných.

Je zřejmé, že se jedná o velice různorodou, pestrou logopedickou kategorii.

U symptomatických poruch řeči lze zaznamenat, že se projevují ve všech jazykových rovinách:

- v gramatické – u neslyšících a mentálně postižených dětí
- foneticko-fonologické – děti se sluchovým a mentálním postižením, s diagnózou dětská mozková obrna
- lexikálně-sémantické – mentálně postižený jedinec
- pragmatické – narušené koverbální chování u nevidomých dětí

3 Řeč dětí s mentální retardací

Mentální retardace – jde o neúplný, či zastavený duševní vývoj, který se především projevuje narušením dovedností, což se ukazuje během vývojových období, a které mají vliv na celkovou úroveň inteligence (řečových, poznávacích, pohybových a sociálních schopností).

Mentální retardace může vzniknout v období prenatálním – poškozením mozku, genetickými vadami, či nemocemi nebo jiným poškozením, dále v období perinatálním a postnatálním – asi do dvou let života dítěte. Může se také projevit jako důsledek nedostačující a zanedbávající výchovy v rodině, při nedostatečně podnětném sociálním prostředí.

3.1 Vývoj řeči mentálně retardovaných

Jedním z nejcharakterističtějších znaků mentální retardace je narušený vývoj řeči. Vývoj řeči u mentálně retardovaných dětí je v důsledku odlišných vnitřních předpokladů vývoje narušen až do té míry, že nedosáhne úrovně normy. Jestliže jej budeme hodnotit podle známé Sovákovy typologie poruch vývoje řeči, můžeme říci, že tu jde o omezený vývoj řeči, protože řeč se u těchto dětí většinou už od začátku rozvíjí pomalu, deformovaně a ani později nedosáhne obvyklé úrovně. Podle Klenkové (2000, s. 198) u mentálně retardovaného jedince je vždy omezená zvuková, gramatická nebo obsahová stránka řeči; speciální péčí je možné dosáhnout určitých pokroků, posunů vpřed, ale nikdy není u tohoto jedince možné dosáhnout takového stupně vývoje, aby řeč odpovídala, gramatické, obsahové i artikulační jazykové normě. Ve verbálním projevu se projevuje jazyková necitlivost (agramatismy) a jednoduchost projevu – krátké věty, stabilní slovní spojení apod. Pro tyti lidi je obtížnější porozumět běžnému verbálnímu projevu.

Už počátky vývoje řeči se u mentálně retardovaných objevují s větším nebo menším zpožděním. Často se jedná o první signál, první projev, podle kterého rodiče usoudí, že jejich dítě se vyvíjí odlišně. Jak uvádí Lechta (2002), existují dokonce výzkumy, které zjistily, že tyto děti často už při narození křičí méně a „jinak“ než ostatní děti (např. jejich křik různým způsobem kolísá, je příliš slabý), naučí se pozdě volat matku, rozeznávat její hlas. Zatímco vývoj řeči intaktních dětí začíná obvykle okolo 1. roku života (do té doby to byla přípravná stadia), u mentálně retardovaných dětí v tomto věku se už zpravidla projevují nápadné odchylky od normy.

Jak napsal Böhme, z vývojového hlediska musí být dosaženo určité prahové hodnoty IQ, která variovaná věkem umožňuje vývoj řeči. Děti s profilem IQ pod touto prahovou

hodnotou disponují jen různou mírou primitivních řečových schopností. Podle Arnolda (1970) dokonce 65 % těchto dětí začne mluvit až po 3. roce života. (Lechta, 2002)

Dále Lechta (2002) souhlasí s názorem Busemana, který tvrdí, že v pozdějším věku lze někdy jen těžko identifikovat, do jaké míry je narušení inteligence primárním defektem a brání osvojení lidské řeči, nebo do jaké míry brání porucha řeči nabývání poznatků a získávání dovedností a vyvolává snížení inteligence. Každý druh poškození inteligence způsobuje sám o sobě řečový handicap už v prvních základních výkonech, a proto je velmi těžké odlišit podíl řeči a podíl inteligence v projevech např. dítěte s lehkou mentální retardací.

Lechta (2002) uvádí, že pokud jde o vztah mezi řečí a ostatními složkami psychiky, můžeme mluvit o nápadných disproporcích mezi vývojem řeči a vývojem neverbálních složek psychiky těchto dětí. Tvrdí, že neverbální složky inteligence jsou u nich často na výrazně lepší úrovni.

Opožděný začátek vývoje řeči může být tedy i pro laika jedním z příznaků, který signalizuje možnost narušení intelektu dětí v tomto věku. Není ale možné izolovaně, jen z opožděného začátku ontogeneze řeči, usuzovat, že jde o snížené IQ – o mentální retardaci. U dětí, které do 2–3. roku života ještě nezačaly mluvit, může jít také o:

sluchovou vadu
vývojovou dysfázii,
prodlouženou fyziologickou nemluvnost
zanedbanost
poruchu mluvidel
neurózy řeči, atd.

Velice důležité je zajistit včasnou, pozornou diagnostiku a někdy (zejména u mladších dětí) i dlouhodobé pozorování.

Vyšetření řeči musí obsahovat (podle schopnosti vyšetřovaného spolupracovat):

- vyšetření rozumění řeči;
- vyšetření obsahové stránky řeči (úroveň pasivní i aktivní slovní zásoby a schopnost využít ji adekvátně jejímu obsahu v komunikaci);
- vyšetření řečových motorických funkcí (respirace, fonace, artikulace);
- zhodnocení úrovně prozodických faktorů řeči;
- zhodnocení možností a schopností neverbální komunikace (ke kompenzaci těžkých poruch komunikace).

Podle Škodové (2003, s. 394) si klinický logoped zhodnocením výsledků stanoví dosaženou úroveň vývoje řeči a na jejím základě poté volí vhodnou diagnostickou metodu i úroveň obtížnosti postupů k rozvoji řeči. U těžších stupňů mentální retardace nebo při nespolupráci dítěte (anxiozita v cizím prostředí, emocionální labilita) určuje vývojovou úroveň komunikačních schopností orientačně podle podrobné anamnézy a úvodního porovnání. Vývoj řeči těchto dětí s mentální retardací lze analyzovat z více hledisek. Při systematickém přístupu je zákonitě třeba se zabývat vlivem stupňů, forem a typů mentální retardace.

3.1.1 Vliv stupně mentální retardace

Je jasné, že průběh vývoje řeči a především jeho začátky primárně závisí na stupni sníženého intelektu. Samozřejmě jednotlivé stupně nejsou ostře ohraničené, ale vždy jde o plynulý, postupný přechod (a to se přirozeně týká i řeči). (Lechta, 2002)

Vývoj řeči u dětí s těžkou, hlubokou mentální retardací

Jak uvádí Lechta (2002), skutečnost, že tyto děti nedosáhnou úrovně vyšší nervové činnosti, se samozřejmě velmi nápadně projeví i na jejich řečovém vývoji. Děti s těžkou a hlubokou mentální retardací se obvykle vůbec nenaučí mluvit, jejich řečové projevy zůstávají na pudové úrovni. V těžších případech vydávají jen neartikulované zvuky, neprojeví se u nich ani přiměřená mimika, neverbální komunikace. Dokonce jen asi 35 % z nich umí aktivně projevovat své bazální potřeby, např. hlad.

Jedinci obvykle produkují alespoň dysfonický, chraptivý hlas, který různým způsobem modulují podle svého citového rozpoložení, podle toho, zda se jedná o výraz odporu, přání nebo zlosti. Modulační prvky – dynamika, melodie jsou hrubé a nevyvážené. Někdy se jim postupem času přece jen podaří osvojit si několik dysgramatických a zkomolených slov, přičemž však akustická stránka těchto slov vyznívá spíše jako žvatlání než jako skutečně artikulovaná řeč. Dochází také k uplatnění senzomotorických reflexů napodobovacích, dítě opakuje slyšené zvuky i slova jako ozvěna, bez pochopení smyslu. Tehdy hovoříme o echolálii.

Kainz, jak uvádí Lechta (2002), tvrdí, že i když se dítě naučí oslovovat rodiče “táta” a “máma”, nepochopí jejich vztah ke své osobě. Pojemový obsah a vztahová stránka k realitě zůstává mimo obraz pochopení.

Vývoj řeči u dětí se střední mentální retardací

U středně těžké retardace je výrazněji opožděn vývoj řeči. Jejich řeč se začne rozvíjet až po 3. roce, někdy až kolem 6. roku života. Potom se však může – v tzv. lehčích případech – relativně dobře rozvinout. Poměrně známá je jejich schopnost mechanicky zopakovat někdy i delší řečové celky, aniž by rozuměli tomu, o čem vlastně mluví. Podle Sováka, jak uvádí Klenková (2000), je to zřejmě vliv jejich relativně dobře vyvinuté napodobovací schopnosti. S tím souvisí i poměrně častá echolálie u těchto dětí. Naučí se dorozumívat se svým okolím, přičemž o mnoho více znají, než aktivně používají. Je extrémně velký nepoměr mezi pasivní a aktivní slovní zásobou.

Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Švarcová (2006) ve své publikaci hovoří o tom, že někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

Zajímavý je postřeh Jankovichové (in Illyés a kol., 1968), že hranici mezi těžkou a střední retardací vymezují poměrně jednoznačně právě rozdíly v mluvních výkonech (zatímco hranice mezi střední a lehkou retardací není v oblasti řeči až tak nápadná). (Lechta, 2002)

Vývoj řeči u dětí s lehkou mentální retardací

Vítková (1998, s. 53) zastává názor, že u lehké mentální retardace je začátek řeči opožděn o jeden až dva roky v porovnání s normou. Řeč dětí dospívá až ke schopnosti zobecňování a abstrahování. Jejich řeč nemusí být nápadná, ale verbálně mohou selhat v nepředvídaných komunikačních situacích, kde nemohou použít zafixované řečové stereotypy. Může se u nich správně vyvinout artikulace, avšak porozumění obsahu řeči, které je přímo závislé na inteligenci, je narušené. Správná artikulace bývá zvláště u dětí s neporušenou motorikou a se silně vyvinutou napodobovací schopností, dokážou reprodukovat i modulaci řeči, také se naučí reprodukovat celé písničky.

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají podle Švarcové (2006) specifické problémy se čtením a psaním.

3.1.2 Vliv formy mentální retardace

I když existuje obrovské množství forem mentální retardace, tato závislost je výzkumně zatím jen málo zpracována. Touto problematikou se zabývají Lechta a Matuška. Relativně lépe známe specifické mluvní projevy u forem, které se vyznačují nápadnými somatickými znaky. Ne každá forma mentální retardace se však musí projevovat i nápadnými řečovými projevy.

Vývoj řeči u dětí s Downovým syndromem

Výsledky výzkumů ukazují, že jen čtvrtina dětí s Downovým syndromem začíná mluvit před dovršením 4. roku života. Podle Selikowitz (2005) věk, kdy dítě s Downovým syndromem řekne své první slovo, patří k jednomu z vývojových mezníků. Průměrné dítě s Downovým syndromem řekne první slůvko kolem druhého roku. První jednoduché věty však začínají tvořit až okolo 5. roku života. Pro další vývoj jejich řeči je charakteristické střídání mezi obdobími stagnace a zjevnými pokroky.

Lechta (2002) uvádí, že Limbrock a kol. píše o existující typické orofaciální patologii u dětí s Downovým syndromem: otevřená ústa, hypotonický, dopředu posunutý jazyk (v porovnání s malou ústní dutinou je relativně velký), hypotonie rtů a ústního svalstva, otevřený skus, pseudoprogenie, případně progenie a dysgnatie, hypotonické a insuficientní velum.

U jedinců s Downovým syndromem je známé drsné zabarvení hlasu, celkově zúžený hlasový rozsah a dobrý hudební sluch. V rámci logopedické intervence se dají velmi dobře využít i dobré napodobovací schopnosti těchto dětí.

Vývoj řeči při hydrocefalii

O zdánlivě normálním vývoji řeči některých dětí s hydrocefalií píše sovětská autorka Rubinštejnová (1970), jak ve své publikaci uvedl Lechta (2002). Někdy lze u nich pozorovat klamný, jakoby velice dobrý vývoj řeči, který dokonce může vzbudit iluzi normálního mentálního vývoje. Někdy používají dokonce i vědecké termíny. Jejich řeč je však bezobsažná, prázdná. Málo chápou význam, smysl vysloveného a opakují i v nevhodných situacích všechno, co slyšely od jiných.

Vývoj řeči při fenylketonurii

V 63 % případů byla vypořádována neschopnost mluvit a to bez udání bližší specifikace.

Vývoj řeči při Klinefelterově syndromu

Lechta (2002) u těchto dětí hovoří o mimořádně nápadném mluvním projevu. Přibližně polovina z nich vykazuje retardovaný vývoj řeči a nápadná je špatná koordinace hrubé motoriky.

3.1.3 Typy mentální retardace a řeč

Na vývoj řeči a průběh osvojování si komunikačních schopností má také vliv typ MR.

Instabilní typ (eretický)

Komunikace: příliš hlučná, dítě je hyperaktivní, vykřikuje, zasahuje do rozhovoru jiných.

Apatický typ (torpidní)

Komunikace: pomalá, monotónní, nezájem o řeč

Nevyhraněný typ

Komunikace: období němoty, ale i období hyperaktivity řeči.

„Je samozřejmé, že **stupeň mentální retardace zpravidla determinuje vývoj řeči těchto dětí více než její forma a typ**“ . (Lechta, 2002, str. 82)

3.2 Poruchy řeči dětí s mentální retardací

Jak již bylo zmíněno, omezený vývoj řeči patří mezi základní příznaky mentální retardace. Stupeň mentální retardace ovlivňuje **úroveň vývoje morfológico-syntaktické, lexikálně-sémantické a v začátcích vývoje řeči i foneticko-fonologické roviny ontogeneze řeči**.

Řečové projevy mentálně retardovaných dětí, které ve své monografii zmiňuje Lechta (2002), jsou podle některých autorů pojmenovány jako - „dyslogie“. Sovák vytvořil globální termín tohoto řečového syndromu - „dysfrenie“. Hloubka mentálního postižení podmiňuje vývoj řeči dětí významněji, nežli další průvodní jevy mentální retardace.

Výzkumy u nás uvádějí 80 - 85 % mentálně retardovaných s poruchami řeči. U retardovaných dětí existuje tendence kombinovaných poruch řeči.

Nejčastěji se vyskytují:

- **Dyslalie**

Je **nejčastější poruchou** řeči u MR. Dochází ke kombinaci s dysgramatismem, huhňavostí, případně dysfonií. Více než u běžné populace bývá její příčina orgánová.

U dyslalických dětí se objevuje vynechávání hlásek na konci slov, je pro ně typická správná artikulace izolovaných hlásek, ale ve slabikách a slovech ji opět vyslovují špatně.

Je patrna vadná výslovnost sykavek, vibrant, hlásek retoretných a retozubných – P, F, V.

- **Otevřená a zavřená huhňavost**

Bývá častěji zaznamenána než u intaktních dětí. Huhňavá řeč je jedním z charakteristických projevů mentální retardace.

- **Koktavost** (podle Wirtha ve své klonické formě)

Lechta (2002, str. 93) uvádí, že z různých forem mentální retardace se koktavost nejčastěji vyskytuje u dětí s **Downovým syndromem**, a to podle některých údajů až pětikrát častěji než u ostatních dětí s mentální retardací.

- **Breptavost**

Pro děti s mentální retardací, zejména eretického typu, je typická zrychlená řeč, při které dochází k vynechávání hlásek i celých slabik. Je kombinována s dysgramatismem, koktavostí.

- **Dysartrie** (jako součásti DMO)

U těchto dětí má z logopedického hlediska tato porucha **mimořádně špatnou prognózu**.

- **Echolálie**

Mechanické opakování slyšeného bez pochopení smyslu.

- **Dysprozódie** (narušení modulačních faktorů řeči)

Řeč je monotónní s nesprávnou intonací, v některých případech pomalá, tichá, někdy zase rychlá, vzrušená.

- **Poruchy hlasu**

Příznačný bývá chrapot, zastřený, příliš tichý hlas.

Při reedukaci vadné výslovnosti je u mentálně retardovaných jedinců fáze fixace a automatizace hlásky do řeči mnohem delší, než u běžné populace.

Metodickou zásadou kromě napodobování je i spojování mluvících znaků s konkrétnem.

3. 3 Logopedická péče o mentálně retardované

Při práci s mentálně retardovanými dětmi je nutné v logopedické péči dodržovat určité zásady:

- ✓ **Zásada imitace přirozeného vývoje řeči** – musíme zjistit, na jakém vývojovém stadiu řeči se dítě nachází a od tohoto stadia pokračovat ve stimulaci vývoje řeči. Tím dodržujeme zásadu vývojovosti.
- ✓ Důležité je vědět, jaký je u mentálně postiženého dítěte **věk verbální (mentální)**, není rozhodující věk chronologický. Proto se v počátcích práce nesoustředíme na výslovnost dětí, ale snažíme se rozvíjet slovní zásobu.

- ✓ **Rozvíjíme motoriku, sluchové vnímání** (fonematický sluch), využíváme nejrozličnějších pasivních a posléze i aktivních cvičení motoriky artikulačního aparátu.
- ✓ Soustředíme se také na stimulaci vývoje řeči pomocí spojení hudby, zpěvu a pohybu – **dodržujeme zásadu rytmizace.**
- ✓ **Respektujeme zásadu názornosti** – bez názorných pomůcek, obrázků apod. nesmíme mechanicky opakovat s dětmi slova, věty. Vše se děje hravou formou.
- ✓ Vždy dětem **poskytujeme řečový vzor** – klidná, srozumitelná mluva, v odpovídajícím tempu.
- ✓ Práci s mentálně retardovanými dětmi musíme vždy **přizpůsobit individuálním potřebám**, zájmům, citům dětí.
- ✓ Musíme **provokovat děti k řeči** (vědomě vytvářet takové situace, které dítě nutí k řeči).

4 Řeč dětí s dětskou mozkovou obrnou

Dětská mozková obrna – jedná se o poškození nebo dysfunkci mozku, jeho vývoje, vzniklé v nejranějším vývoji, před narozením, při porodu či brzy po narození. Porucha, která patří k nejnápadnějším, ale také nejzávažnějším. Postihuje motorické funkce, dále se kombinuje s dalšími poruchami, jako je řeč, porucha duševního vývoje a snížení intelektu, smyslová postižení, epilepsie, poruchy chování.

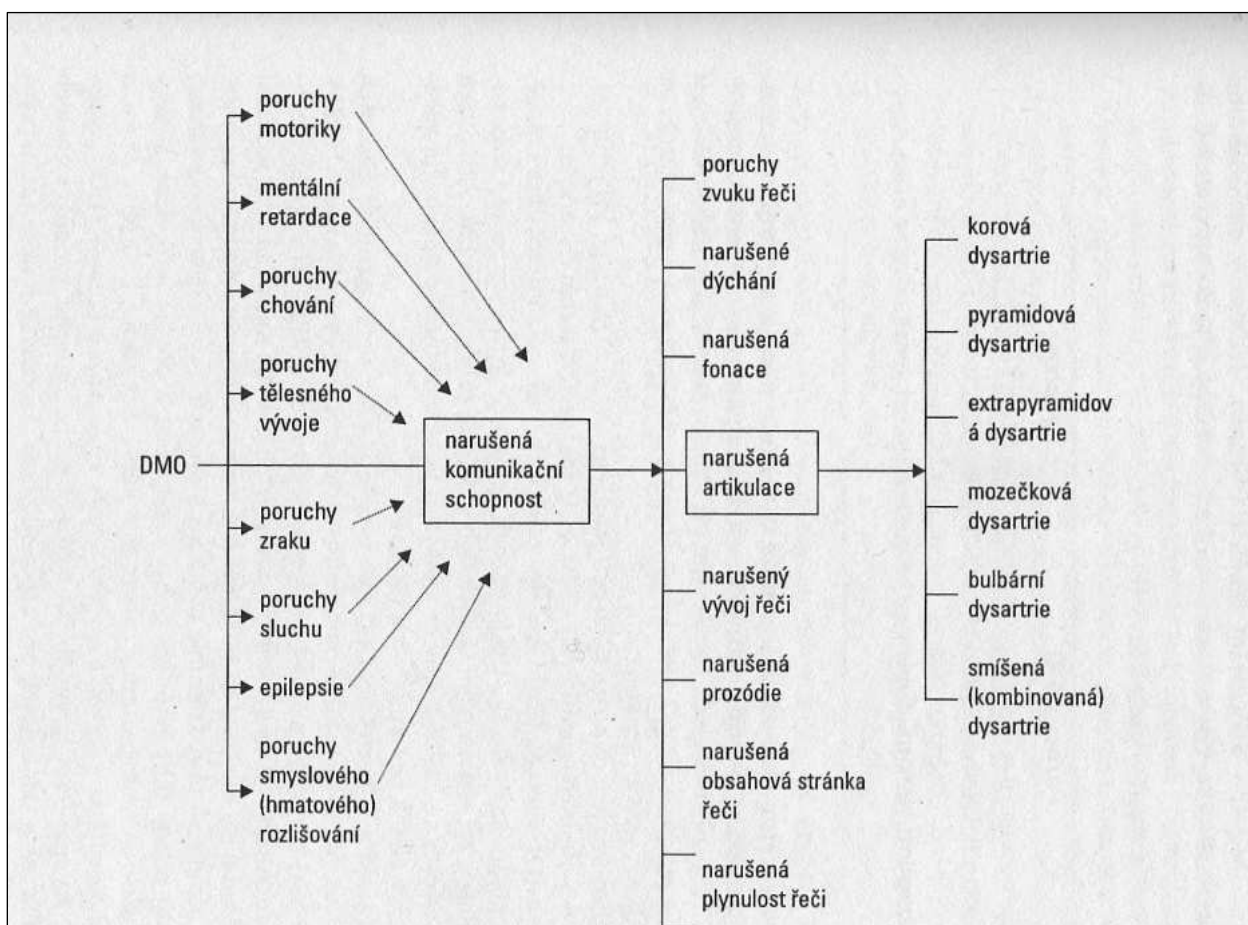
4.1 Vývoj řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou

Již na počátku vývoje dítěte s DMO je možné zaznamenat nejrozličnější odchylky v dýchání, sání, broukání či pudovém žvatlání. Děti s dětskou mozkovou obrnou mají kromě dominantního postižení vývoje hybnosti porušen také vývoj řeči. Poruchy řeči se vyskytují až u 80 % dětí s DMO. Postupně dochází k opoždění ve vývoji řeči u lehčích případů postižení, ale u těžkých forem DMO k omezenému vývoji řeči, či úplnou neschopnost dorozumívat se mluvenou řečí.

Kábele (Klenková, 2000, str. 44) zastává názor, že příčinami opožděného nebo omezeného vývoje řeči u dětí s DMO je:

1. porucha centrálních řečových oblastí v mozku
2. snížení rozumových schopností
3. porucha hybnosti mluvních orgánů
4. porucha sluchu

Jakým způsobem se může DMO projevit v řeči, lze ilustrovat v modelu V. Lechty (2002, str. 109)



Obrázek č. 1: Projevy DMO v řeči

Obecně lze říci, že je narušen jak vývoj řeči, tak i dochází k narušení všech jazykových rovin. Klenková (2000, s. 45) uvádí, že nejtypičtější vývoj u DMO je ve **foneticko-fonologické rovině**. Na výslovnost jakožto motorický akt má jednoznačný vliv porucha hybnosti. Správné vytváření hlásek je ovlivněno mimovolnými pohyby rtů, jazyka, čelisti, jejich spasticitou. Dochází k narušení schopnosti automatizace řeči, vytváření mluvních celků. Dítě nedokáže spojit hlásky, slabiky, slova v ucelený celek – větu. Zjevný problém, který souvisí s výslovností, je možné spatřit i ve fonematické diferenciaci.

I rozvoj další **lexikálně-sémantické** roviny je ovlivněn neschopností aktivního získávání poznatků z prostředí, což je způsobeno omezenými pohybovými schopnostmi dítěte. Nemá možnost aktivně manipulovat s předměty, je znemožněno zapojení všech smyslů dítěte a to vede až ke vzniku verbalismu – vytváření nepřesných pojmů. Řeč je porušena i ve své obsahové stránce – děti s DMO mají omezenou aktivní a pasivní slovní zásobu. Klenková (2000, s. 45)

cituje I. Lesného, který hovoří o „vývojové pojmové dysfázii“, řeč zůstává pojmově na úrovni pětiletého dítěte.

Morfologicko–syntaktická rovina je také narušena, nejvíce v případě přidružení MR u dětí s DMO. Vyjadřování bývá jednoslovné nebo prostřednictvím holých, stručných vět. Lesný (1980, s. 139) hovoří o: „vývojové větní dysfázii“ – porucha vývoje stavby vět u DMO. V případě **pragmatické roviny** je zjevný problém v komunikační bariéře. Děti s DMO mají určitý komunikační záměr, který však nelze realizovat.

4.2 Poruchy řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou

Poruchy řeči u dětí s DMO lze charakterizovat především termínem narušení vývoje řeči. Vrozené postižení negativně ovlivňuje motorickou i senzorickou složku řeči. Proces komunikace je porušen od raného věku. Stupeň postižení řeči úzce souvisí s motorickým handicapem, s výskytem přidružených problémů, s postojem okolí. V důsledku opoždění rozumového vývoje, nedostatku zkušeností je řeč porušena i v obsahové stránce. Děti s DMO mají omezenou slovní zásobu, slabé vyjadřovací a konverzační schopnosti. Jestliže se kombinuje postižení hybnosti s dalším závažným handicapem, např. pervazivní vývojovou poruchou (př. autismus), mentální retardací, vadou zraku či sluchu, pak se negativní vliv jednotlivých postižení na řeč sčítá a výsledkem jsou velmi těžké poruchy komunikace. Lze tedy říci, že řeč je poškozena na různých úrovních a v různém obsahu.

V případě etiologie poruch komunikační schopnosti u DMO jde o složitou záležitost. Klenková (2006, s. 190) zmiňuje podle Lechty *tři možnosti vzniku narušené komunikační schopnosti*:

- 1) primární postižení (nitroděložní poškození, atd.) způsobí dominantní postižení, tzv. DMO s její typickou, symptomatickou poruchou řeči (dysartrií, popř. anartrií);
- 2) jedna primární příčina (např. porodní poškození) způsobí dominantní poškození (DMO) a současně i paralelní postižení (poruchu sluchu,...), přičemž se obě postižení zákonitě projeví i na komunikaci;
- 3) existují-li dvě nebo více primárních příčin, např. DMO jako dominantní postižení se svojí primární příčinou (nevhodné postojí osob z nejbližšího okolí). Obě linie se z logopedického hlediska opět setkávají a výsledkem je narušená komunikační schopnost – symptomatická porucha řeči.

Lechta (2002, s. 105) ve své práci poukazuje na nejednotnost údajů světové literatury o výskytu poruch řeči dětí s DMO. Rozmezí se pohybuje mezi 60 až 90 %.

V důsledku porušení svalstva řečových orgánů, dochází i k postižení jednotlivých složek mluvního projevu. Jedná se o **dýchání, fonaci, artikulaci, plynulost a koordinaci mluvního projevu**. Tyto projevy provázející dětskou mozkovou obrnu působí na vznik poruch komunikační schopnosti.

Jedná se o:

- **Dysartrii**

Nejtypičtější porucha DMO.

- **Omezený nebo opožděný vývoj řeči**
- **Koktavost, breptavost**

Projev spastických forem DMO.

- **Hyponazalitu**

Nebo huhňavě zabarvený hlas, příčinou bývá snížená až úplně chybějící pohyblivost těla.

- **Mutismus**
- **Narušené nonverbální chování**

Působí rušivě, je dané celkovým obrazem motoriky.

- **Poruchy způsobené orgánovými odchylkami řečového efektoru**

Přirostlá uzdička, vadný skus,...

4.2.1 Dysartrie

Typická a zároveň nejtěžší porucha u dětí s DMO. V praxi je užíván výraz vývojová dysartrie, ale za oficiální je považován termín dysartrie.

Klenková (2000) dysartrii nazývá jako složitou systémovou poruchu řeči – poruchu článkování, vyslovování, v literatuře je možné se setkat s mnohými dalšími definicemi. U „dysartrických“ dětí s DMO dochází k poškození vyvíjejícího se mozku a k postižení motoriky v době, kdy ještě nedošlo k vytvoření řeči.

Stupeň dysartrie a forma se odvíjí od lokalizace a rozměru poškození mozku.

Klasifikace dysartrie podle Sováka, kterou popisuje Klenková (2000, str. 35):

- korová (kortikální)
- pyramidová
- extrapyramidová

- bulbární
- cerebelární (mozečková)

Někteří autoři uvádějí i:

- smíšená (kombinovaná)

Korová (kortikální) dysartrie:

Je následkem poruchy pyramidových buněk.

Vážne koordinace při artikulaci delších mluvních celků, což se projevuje v neschopnosti bezchybně vyslovit víceslabičná slova, složitá mluvní spojení. Řeč je těžkopádná, neplynulá, skandovaná, má spastický charakter. Mohou se objevit i přídatné mlaskavé zvuky.

Pyramidová dysartrie:

Provází spastickou formu DMO, je způsobena poruchou v mozkové kůře.

Řeč je tvrdá, křečovitá, nerytmická. Artikulaci ovlivňuje omezená pohyblivost orofacionálního svalstva, čímž dochází k narušení výslovnosti hlásek, souhlásek. Nápadný je slabý výdechový proud, nádech je prováděn uprostřed slova a věty. Z důvodu narušení funkce měkkého patra bývá typická zvýšená nosovost, hlas bývá tichý, výše posazený, tvořený se zvýšenou námahou.

Extrapiramidová dysartrie:

Rozlišujeme hypertonickou a dyskinetickou formu.

Hypertonická se u vývojové dysartrie objevuje zřídka. Řeč bývá narušena zpomalenou, nezřetelnou artikulací, dýchání je mělké, vdechy se objevují i během řeči, což výrazně ruší její srozumitelnost. Tvorbu hlasu narušuje špatná funkce hlasivek, časté jsou tvrdé hlasové začátky. Zvýšená nosovost ovlivňuje zvuk řeči.

U dyskinetické formy je mluva neuspořádaná, nezřetelná, na což má vliv atetoidní (žmoulavý) pohyb jazyka. Dochází k vyražení, nebo naopak k příliš slabé znělosti některých hlásek. (Kraus, 2005)

Lechta (2002, str. 111) ve své práci uvádí Švancarův zajímavý poznatek. Píše, že: „u těchto dětí je mentální retardace vzácností, avšak právě v důsledku velice těžce narušené artikulace lze podlehnout klamnému dojmu, že je u nich snižena úroveň intelektu.“

Mozečková (cerebelární, ataktická) dysartrie:

Nápadný řečový projev, často až nesrozumitelný. Jsou patrné četné pauzy, nepřesná artikulace, se kterou souvisí neobratnost mluvidel, jejich nepřesná koordinace. Dochází k prodlužování

hlásek či intervalů mezi nimi. Hlas bývá hrubý, někdy i mečivý, nedostatečně kontrolovatelný výdechový proud.

Bulbární dysartrie:

Největším problémem je vytvoření adekvátního napětí svalstva artikulačních orgánů. Dochází k narušení polykání, žvýkání, řeč je provázena otevřenou huhňavostí.

Smíšená dysartrie:

Kombinace výše zmíněných forem vývojové dysartrie, jejíž příčinou bývá mnohočetné postižení řeči.

Výše zmíněnými charakteristikami se ve své publikaci zabýval Kraus (2005).

Klenková (2000) uvádí jako **primární narušení** u dysartrie:

- hybnost a motoriku mluvních orgánů
- artikulaci
- fonaci
- respiraci
- prozodické faktory

Vedlejší narušení se projevuje:

- v opožděném vývoji řeči, je porušena obsahová i sdělovací funkce řeči
- v odchylkách v psychickém a emocionálním vývoji
- v poruše sluchového a zrakového vnímání
- v poruše volných pohybů mluvních orgánů

4.3 Zásady pro rozvoj hybnosti a řeči

U rozvoje hybnosti a řeči dětí s DMO je nutné vycházet z určitých zásad vypracovaných prof. Kábelem a prof. Lesným. Jsou shrnuty do šesti bodů:

- ✓ **Zásada vývojovosti:** rozvoj pohybových a mluvních dovedností by měl probíhat v posloupnosti přirozeného ontogenetického vývoje těchto funkcí.
- ✓ **Zásada reflexnosti:** cvičení by mělo být prováděno v reflexně inhibiční poloze, při které je snížena spasticita a mimovolní pohyby.
- ✓ **Zásada rytmizace:** rytmizací pohybu i řeči dosáhneme relaxace, psychického a svalového uvolnění.
- ✓ **Zásada komplexnosti:** poskytování mluvních, pohybových podnětů zrakových, sluchových, kinestetických a motorických, cílem působení je dosažení komplexního

koordinovaného mluvního a pohybového projevu. Jde o spojení léčebné, výchovně – vzdělávací, pracovní a sociální rehabilitace.

- ✓ **Zásada kolektivnosti:** má uplatnění i v jiných logopedických oblastech, Kábele doporučuje čtyřčlenné skupiny, ve kterých probíhá rozvoj hybnosti i řeči klidněji, dítě sleduje své vrstevníky, odpadá ostych před dospělým.
- ✓ **Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu:** je důležité respektovat individuální možnosti dítěte, přizpůsobit se jeho tempu, rytmu.

Podle Škodové (2003) probíhá za pomoci dodržování těchto výše uvedených zásad snaha o zapojení dětí s velmi opožděným nebo omezeným vývojem hybnosti do společnosti ostatních.

4.4 Metodiky logopedické péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Na práci s dětmi s DMO se podílí logoped, fyzioterapeut, popř. rehabilitační lékař. Používají různých forem rehabilitace, volí vhodnou polohu dítěte, při které dojde k uvolnění dítěte, jeho zklidnění, navrhnou kompenzační pomůcky. V České republice je několik nejznámějších a nejuznávanějších rehabilitačních metod, které jsou užívány.

Preiss (1998) je vystihuje takto:

Metodika Bobathových

Metoda obsahující prvky fyzioterapie, ergoterapie, logopedie. Zaměřuje se na rozvoj hybnosti, nicméně se soustředí i na rozvoj dítěte po stránce komunikační, psychické a sociální. Využívá reflexně-inhibičních poloh, kontroly hlavy, trupu a celkového držení těla, sloužících k utlumení (inhibici) nežádoucích vývojově nižších tonických reflexů a zároveň podpoře (facilitaci) žádoucích pohybových vzorů. Je zaměřena na užití ústní terapie pro stimulaci příjmu potravy polykání, na rozvoj orofaciální motoriky.

Vojtova metodika reflexní lokomoce

Jedná se o nejrozšířenější individuální cvičení rozvoje hybnosti dětí v České republice. Prostřednictvím reflexního plazení a otáčení je stimulováno dýchání a orofaciální motorika a nabývá na intenzitě. Reflexní lokomoce je vybavitelná v každém věku, jde o aktivační komplex.

Kabatova metodika

Metoda, která se z důvodu spolupráce postiženého, u malých dětí s DMO nevyužívá. Až v předškolním věku je možné toto cvičení založené na diagonálách, z nichž se skládá otáčení a plazení, možné aplikovat.

Metoda Castilio – Morales

Směřována na orofaciální oblast, na rozvoj hybnosti dítěte. Za pomoci tlaku, tahu, vibrace stimuluje motorické body aktivující příslušné svalové skupiny.

Myofunkční terapie

Zabývá se odstraňováním projevů svalové a funkční nerovnováhy v orofaciální oblasti. Zaznamenává výborné výsledky při odstraňování řečových poruch, kde jiné běžné metody selhávají.

Lechta (2005, str. 293) uvádí, že metodiky stimulující rozvoj orofaciální hybnosti mají velký význam. Prvotní úlohu zaujímá rozvoj hybnosti této oblasti a měl by dojít ke spojení nových dovedností s rozvojem řečové komunikace.

5 Řeč dětí se zrakovým postižením

Prostřednictvím všech analyzátorů člověk získává informace o okolním světě. 70-80 % z toho tvoří zraková cesta. Zrak nám především umožňuje rychlou orientaci v prostoru. Jestliže dojde k jeho porušení, zákonitě se to projeví v různých oblastech, a to i na komunikační schopnosti jedince.

5.1 Vývoj řeči dětí se zrakovým postižením

Lechta (2002, str. 121) se domnívá, že na vývoji řeči se zrak podílí 30 %. Rozhodující vliv hraje doba, ve které došlo ke zrakovému postižení. Většina autorů, kteří se zmiňují o vývoji řeči nevidomých dětí, se ztotožňuje s tím, že už vlastní začátky vývoje řeči se u nich opoždějí. Hovoří o době půl roku. Dále uvádí Litvakovu myšlenku, že u těchto dětí je narušena především dynamika. Opoždění vlivem zrakového postižení je zaznamenáno ve formální i obsahové stránce řeči. Mnozí autoři se shodují na velkém procentuálním zastoupení poruch hláskové analýzy a na řečových problémech dětí předškolního věku, které se odrážejí v jazykových rovinách.

Lexikálně-sémantická rovina:

V odborné literatuře existuje několik pohledů na tuto problematiku.

Typickým symptomem komunikační schopnosti nevidomých dětí je verbalismus. Škodová, Jedlička (2003) uvádí, že o verbalismu hovoříme, jestliže jedinec používá slova, která nechápe, nebo nechápe přesně jejich smysl. Verbalismus je možné ovlivnit speciálními výukovými metodami a tím můžeme dojít k jeho podstatné redukci. Důležité je konkretizovat slovník dětí, poskytovat jim dostatečné množství praktických zkušeností, možnost manipulovat s předměty a dostatečně se orientovat v prostoru. U zrakově postižených dětí je velice důležité využívat sluch, hmat, chuť.

Morfologicko-syntaktická rovina:

I přes nedostatky nevidomých dětí v gramatice, dochází relativně rychle k jejich vyrovnání. Je zde patrná souvislost osvojování gramatických kategorií s myšlenkovými procesy. Při vstupu do školy již není gramatický projev těchto jedinců nápadný.

Foneticko-fonologická rovina:

Nemožnost odezírání pohybů mluvidel matky nebo nejbližšího okolí se projevuje na vývoji výslovnosti nevidomého dítěte. Absence zraku se nápadně projevuje zejména při diferencování hlásek, které jsou akusticky příbuzné, ale artikulačně a především opticky je jejich tvoření nápadně odlišné, např. zaměňování M a N. Podle Žilcové, jak uvádí Lechta (2002), je řečový a fonemický vývoj většiny nevidomých dětí v porovnání s vidoucími na mnohem nižší úrovni.

Pragmatická rovina:

U nevidomých dětí chybí oční kontakt, je narušeno neverbální chování. Neumí svou mimikou vyjádřit radost, smutek, což bývá častým problémem v komunikačních situacích.

V raném věku nevidomých dětí zaostává proces experimentace. Tento proces bývá jednoznačně chudší, dítě je odkázáno na experimentaci s předměty, které má k dispozici. Na vývoj řeči má také vliv omezené zastoupení značného množství stimulů. Komunikační proces mezi nevidomým dítětem a prostředím vzniká prostřednictvím oslovování a dotyků. Lechta (2002, str. 130) se zmiňuje o tzv. reakční chudosti, jíž projevem bývá vzácnější spontánní vokalizace a menší variabilita mimických projevů.

5.2 Poruchy řeči dětí se zrakovým postižením

U dětí nevidomých a slabozrakých dochází poměrně často k poruchám řeči. Velmi zajímavé je zjištění Širokého (Lechta, 2002, str. 133), který uvádí, že: „výskyt poruch řeči

u slabozrakých dětí s narůstajícím věkem přiměřeně neklesá.“ Dále upozorňuje, že pokud dojde ke zrakovému postižení v období zafixování správné řeči, není jeho vliv na řeč již tak značný, jako když vznikne v předškolním věku. Důsledkem chybějícího zraku, omezeného vývoje motoriky a narušeného procesu styku s okolím jsou u dětí s těžším postižením zraku poruchy řeči, které mají své typické charakteristiky.

Jsou to:

- **Dyslalie** – nejčastější vada. Zejména sigmatismus, špatná diferenciací hlásek M, N, mezizubní výslovnost T, D, N. Gintautas, kterého zmiňuje Lechta (2002, str. 134), uvádí až 73 % dětí se zrakovým postižením trpící touto poruchou.
- **Narušené kverbální chování** – velice nápadné projevy chování projevující se stereotypními mimicko-gestikulačními pohyby, neadekvátními artikulačními pohyby. Přidává se kývání ze strany na stranu, vyprávění v předklonu.
- **Koktavost**
- **Breptavost**
- **Huhňavost**
- **Poruchy hlasu**

5.3 Specifika logopedické péče dětí se zrakovým postižením

Lechta (2002) upozorňuje na mnohé zvláštnosti vyskytující se při logopedické péči zrakově postižených.

- ✓ Základem práce s nevidomým či slabozrakým dítětem je **využití sluchového a hmatového analyzátoru**. Je kladen důraz na přesný a detailní popis postavení a činnosti mluvidel.
- ✓ Pro rozvoj řeči je vhodné **potichu promlouvat** k nevidomému dítěti, při nošení dítěte na zádech využít záchvěvy těla hovořícího, které dítě tímto způsobem cítí.
- ✓ **Akceptace stupně** zrakového postižení.
- ✓ **Uvážení příčiny** postižení zraku a jejich propojení s řečovými či jinými psychickými poruchami.
- ✓ **Využívání odlišných logopedických pomůcek**. Velice vhodné jsou pomůcky, jejichž ohmatáním si dítě ozřejmí postavení mluvidel, které od něj požadujeme.
- ✓ Na místo některých diagnostických metod, které u těchto dětí nelze využít, se zaměřujeme na **jednoduché, ale efektivní vyšetření za pomoci dotyků** na jednotlivých

částech těla, soubory hraček provokující řečový projev dítěte a ve větší míře uplatnění metody řízeného rozhovoru, podchycení stavu mluvních orgánů.

- ✓ K textům na procvičování lze využít **speciální počítač pro nevidomé**, přepis Braillova písma, přičemž hlásky barevně zdůrazněné pro vidoucí můžeme nevidomým nalakovat, u slabozrakých musíme akceptovat zrakovou ostrost, používat zvětšené písmo.
- ✓ Při realizaci dechových cvičení necháme nevidomé dítě **ohmatat na logopedovi** správný průběh nádechu a výdechu v krajině břišní a hrudní.
- ✓ Větší pozornost je vhodné věnovat **rozvoji mimických pohybů** a tím předcházet popř. zabránit narušenému koverbálnímu chování.
- ✓ Spoluprací logopeda a tyflopeda **odstraňovat verbalismus** prostřednictvím vysvětlování smyslu slov, konkretizování slovní zásoby, přímé manipulace s poznávacími předměty, nácvikem tvorby protikladů,...
- ✓ Ve většině případů je prognóza poruch řeči u dětí se zrakovým postižením příznivá.

6 Řeč dětí se sluchovým postižením

Jedinci s postižením sluchu tvoří heterogenní skupinu, která se odlišuje z hlediska stupně, etiologie postižení, doby, ve které vzniklo, popř. rizika kombinace s dalšími potížemi. Vrozená nebo v dětství získaná sluchová vada se podle Vágnerové (2004) vyskytuje přibližně u 0,15 % populace.

6.1 Vývoj řeči dětí se sluchovým postižením

Zejména u neslyšících dětí se obvykle hovoří o **omezeném** vývoji řeči, při ztrátě sluchu do určitého věku o **přerušeném vývoji** a u nedoslýchavých dětí o **opožděném** vývoji řeči. Jestliže se jedná o postižení s více poruchami, dochází ke **značně omezenému** vývoji řeči. (Lechta, 2002)

6.1.1 Vliv stupně sluchového postižení

Vágnerová (2004) považuje za velmi významnou charakteristiku stupně sluchového postižení, poněvadž na určité úrovni dochází ke kvalitativní proměně jeho důsledků, ke ztrátě schopnosti vnímat a používat řeč.

Vývoj řeči u neslyšících dětí

Těžce sluchově postižení (neslyšící) prochází ve vývoji řeči stadiem reflexního křiku, emocionálního křiku, broukání a pouze částečně stadiem pudového žvatlání. Mezi 17. - 26. týdnem života se, jak uvádí Krahulcová (2002), žvatlání těchto dětí výrazně omezuje, až zastavuje.

U prelingválně neslyšících – dětí s vrozenou hluchotou se spontánní mluvená řeč nevyvíjí. Chybí u nich tendence k imitaci, dále prostřednictvím obsahových a významových zvuků nedochází ke stimulaci k činnostem.

U dětí s **postlingvální (získanou) hluchotou** je velmi důležitý věk, ve kterém k postižení došlo. Jestliže dojde ještě před dostatečným zafixováním orální řeči ke ztrátě sluchu, tak bez odborné pomoci se postupně úroveň osvojené řeči snižuje. Za určitou hranici je považováno období kolem 7. roku, kdy je řeč již dostatečně zafixována. Mluvní projevy jsou upevněny, slovní zásoba je rozvinutá a nezaniká ani vnitřní řeč nebo slovní formy myšlení. Dochází pouze ke změnám ve zvukové charakteristice mluvního projevu, a to ke změnám artikulace a prozodie řeči.

Vývoj řeči u nedoslýchavých dětí

Nedoslýchavost také nazýváme částečnou ztrátou sluchu. Můžeme ji rozdělit na typ převodní (využití kompenzačních pomůcek) a percepční (bývá důvodem problémů v komunikaci, v neporozumění řeči).

Těžce nedoslýchaví

Slyší hlasitou řeč na vzdálenost menší než 3 m. Srozumitelnost řeči je narušena, sluch nestačí na běžnou komunikaci. Přestože rozvoj řeči probíhá sluchovou cestou, je opožděný. Svůj handicap kompenzují užitím zraku, učí se odezírat. Pro těžce nedoslýchavé je naprosto nezbytné využití sluchadel, vhodným řešením je i zapojení znakového jazyka.

Středně nedoslýchaví

Slyší hlasitou řeč do 3 m. S využitím sluchadel může probíhat běžná komunikace. Řeč bývá srozumitelná, avšak s narušenou výslovností.

Lehce nedoslýchaví

Jsou schopni vnímat řeč ze vzdálenosti větší než 3 m, problém může nastat při velkém hluku, nebo u řeči šeptané, tiché, jinak se nápadnější komunikační potíže neprojeví. Kompenzací sluchadlem je řeč dobře srozumitelná, zasažena pouze bývá výslovnost, nejvíce sykavek.

6.1.2 Jazykové roviny

Při osvojování řeči je i s využitím sluchadel důležitá pravidelná a systematická stimulace, která probíhá již od nejranějšího věku a je zaměřena na všechny jazykové roviny.

Lexikálně-sémantická rovina

Orální řeč, její osvojení, se bez využití sluchového kanálu rozvíjí specificky. Pro neslyšící bývá velice náročným úkolem. Vytvoření pojmů neslyšících dětí probíhá zdlouhavě, chápání pojmů je buď velmi široké, či naopak příliš zúžené. K jejich upřesnění dochází postupně. Často tito jedinci podle Illyése (Lechta, 2002) neužívají abstraktních pojmů, mají tendenci význam slova spojit s názorným předmětem, konkrétnem. Co se týká slovní zásoby, jsou neslyšící jedinci nápadně odlišní od normy. Proto je důležité stálé a systematické rozšiřování jejich slovní zásoby. U dětí nedoslýchavých, které už mají určitou slovní zásobu, je třeba stále kontrolovat, zda formulacím rozumí, chápe je, popř. je objasňovat. Matuška, jak uvádí Lechta (2002), při svých vyšetřeních došel k závěru, že jejich obsahová stránka řeči se rozvíjí rychleji než výslovnost.

Morfologicko-syntaktická rovina

„Funkční osvojení gramatické stavby jazyka je pro neslyšící jedním z nejtěžších úkolů“. (Pulda, 1992, str. 96)

Charakteristickým projevem pro tyto děti bývá dysgramatismus. Dochází i k nesprávnému chápání a tvoření vět, k problémům v odlišení slovních druhů, v užívání gramatických tvarů. U nedoslýchavých dětí je gramatická stránka řeči postižena v menší míře. Jejich řeč je podle Seemana (Lechta, 2002, str. 146) „telegraficky stručná“. Chybí vazba mezi slovy, která jednoduše sestavují do vět.

Foneticko-fonologická rovina

Neslyšící děti postrádají základní podmínku pro přirozený rozvoj zvukové složky – akustickou zpětnou vazbu. Je postižena koordinace dýchání s fonací, což ovlivňuje správnou artikulaci. Bývají narušeny modulační faktory, hlasový projev se stává méně srozumitelný. Pulda (1992) uvádí, že kvalita řeči po zvukové stránce se postupně zhoršuje také u všech ohluchlých jedinců. Lechta (2002) tvrdí, že nejtypičtější znakem narušeného vývoje řeči je právě tato výše uvedená jazyková rovina.

Pragmatická rovina

Komunikace sluchově postižených bývá mimořádně nápadná. Pozornost okolí budí dorozumívání posunkovým jazykem, i mluvená, zvuková řeč, prostřednictvím které mívají jedinci se sluchovým postižením zábrany komunikovat. Ke kontaktu s okolím bývají užívány

komunikační systémy – prstová abeceda, znaková řeč, jazykový systém Makaton, Bliss, Piktogramy, komunikační tabulky.

6.2 Poruchy řeči dětí se sluchovým postižením

V řečových projevech sluchově postižených dětí bývají narušeny všechny fáze řečové produkce: dýchání, fonace a artikulace. Specifické narušení lze zaznamenat i v modulaci jejich řeči.

Jedná se o poruchy:

- **Dyslalie** – dominující porucha tohoto postižení. Častá bývá zaznamenána neadekvátní artikulace samohlásek, narušená výslovnost třených hlásek a hlásky R, málo ostrá a addentální výslovnost sykavek. Nezdary se projevují nejen v artikulaci izolovaných hlásek, ale zejména ve spojení do slabik a slov. Podle Šroma (Lechta, 2002) jedinci se sluchovým postižením nepřesně diferencují hlásky, které se podobně artikulují, ale znějí odlišně (B – P, V – F). Problémy se vyskytují v osvojování hlásek CH, J, G, Ď, Ť, Ň, R a slabik DĚ, TĚ, NĚ, DI, TI, NI. U nedoslýchavých dětí se výslovnost liší podle stupně, u lehčích případů se vyskytují relativně menší odchylky výslovnosti.
- **Dysprozódie** – narušení zvukové stránky řeči bývá pro neslyšící děti typické. Zasažena bývá nejen dynamika, ale také tempo řeči. Lechta (2002) uvádí mnohé autory, kteří se shodují v myšlence, že dysprozódie narušuje srozumitelnost řeči více, než chybná artikulace dětí se sluchovým postižením. Seeman (Lechta, 2002, str. 153) došel k závěru, že řeč neslyšících není monotónní, právě kolísání melodie slabik a slov je u nich velmi časté. V řeči nedoslýchavých dětí u prozódie hraje roli stupeň a typ postižení. Jestliže k nedoslýchavosti dojde v raném věku dítěte a jedná se těžší postižení, tak bývá podle Seemana (Lechta, 2002) monotonie, monodynamie a monorytmie větší. Další autoři také uvádí změny v délce tónu a tempa řeči, vynechávání nepřízvučných slabik.
- **Dysfonie** – k narušení fonace dětí se sluchovým postižením dochází v důsledku absence sluchové kontroly. Hlas neslyšícího dítěte může být drsný, až pisklavý, někdy naopak hluboký. Rau, Slezina, které uvádí Lechta (2002), došli k závěru, že se hlasové poruchy projevují ve třech oblastech: v síle, výšce, barvě hlasu. Nedoslýchavé děti mají vyšší polohu hlasu, která souvisí s dobou a stupněm poškození. Těžce nedoslýchaví mluví hlasitěji, používají zvýšený fonační tlak. S tím souvisí u těchto dětí výskyt poruch hlasivek – uzlíky, nedovíravost hlasivek, jejich zvýšené prokrvení,...

- **Narušené dýchání** – složka řeči, která je nápadně odlišná od normy. Porušena bývá především kvalita dýchání. Přerušování výdechu či nové nadechování je následkem namáhavé artikulace sluchově postižených. Arnold, kterého cituje Lechta (2002), zjistil, že u neslyšících dětí, které jsou takto postiženi již od brzkého věku, nefunguje koordinované dýchání při fonaci s pohyby mluvidel.
- **Huhňavost**
- **Poruchy plynulosti řeči**

6.3 Specifika logopedické péče dětí se sluchovým postižením

Logopedická péče jedinců se sluchovým postižením by měla být zahájena co nejdříve. Jedná se o nesmírně náročný a různorodý úkol, kterého je možné docílit pomocí tradičních či moderních přístupů.

Tradiční přístupy

Výsledkem analýzy provedenou Šromem, jehož uvádí Lechta (2002), je při výstavbě orální řeči členění do složek. Složky artikulační, fonační, optické a kinestetické, percepční a vybavovací, gramatické, sluchové, konverzační a lexikální.

- ✓ **Artikulační složka** je základ logopedické péče. Součástí je výstavba výslovnosti, nácvik výslovnosti chybějících, popř. nesprávně vyslovovaných hlásek. Je nutno využít hmatové a zrakové kompenzace, v určitých případech sluchový kanál, mechanické pomůcky – elektroakustické přístroje, sondy, lopatky. Celkově se dá říci, že jde o multisenzorický přístup.
- ✓ **Fonační složka** se zabývá regulací intenzity a polohy hlasu, hlasovými odchylkami. Vše nejprve probíhá formou přípravných cvičení, po té vyslovováním jednoduchých slabik, doprovázených pohyby. Důležité je se zaměřit na měkký hlasový začátek, na snižování hlasu. Dále je vhodné spolu s hlasovým cvičením provádět i dechová, a to ve spojení s výraznou mimikou, různými pohyby.
- ✓ **Optická a kinestetická složka** je základem tradičních kompenzačních přístupů. Odezírání tvořící *optickou složku* patří mezi nejtěžší a nejnamáhavější úkoly, které musí dítě ovládat při osvojení orální řeči. Šrom, kterého uvádí Lechta (2002), člení tuto složku na nácvik **technického** a **logického** odezírání s přihlédnutím na upřednostnění **psychologického aspektu** odezírání. Při nácviku je v maximální míře vhodné zohlednit tzv. celostní odezírání, které zdůrazňuje Sovák v publikaci V. Lechty (2002), a které se

opírá o odezírání řečových celků. *Kinestetická složka* obsahuje nácvik artikulace, percepce vlastního projevu, při které je nutné využít zrakového i hmatového analyzátoru.

- ✓ **Percepční a vybavovací složka** je chápána jako spojení opticko-kinestetické a vybavovací složky. Dochází k prolínání s konverzační složkou.
- ✓ **Gramatická složka** má využití v předcházení nebo odstraňování dysgramatismu. Stále více je v této oblasti uplatňován počítač a videorekordér.
- ✓ **Sluchová složka** je považována za nejvýznamnější. Odráží se ve srozumitelnosti řečového projevu dítěte. Zahrnuje nácvik sluchové diferenciacce hlásek, slabik, slov, vět, rytmu, hraje význam v rozvoji prozodických faktorů.
- ✓ **Konverzační složka** má za úkol nacvičení a zautomatizování důležitých konverzačních stereotypů.
- ✓ **Lexikální složka** je zaměřena na vytvoření aktivní i pasivní slovní zásoby.
- ✓ **Pragmatická rovina** je zastoupena pomocnými artikulačními znaky připomínajícími dětem správnou artikulaci hlásek, výcvikem čtení, se kterým se začíná již od 2. - 3. roku, a totální komunikací.

Moderní přístupy

Podle Lechty (2002) se dělí na přístupy **polysenzorické** a **monosenzorické**.

✓ Mezi **polysenzorické metody** patří reflexní metoda mateřské řeči a verbotonální metoda. *Reflexní metoda mateřské řeči* spočívá v zamezení přerušování rozvoje řeči mezi matkou a sluchově postiženým dítětem. *Verbotonální metoda* je považována za globální metodu, která postihuje rozvoj rytmu, artikulace, intonace, poslechu, orální řeči a nepřipouští mechanické zásahy do úst dítěte.

- ✓ **Monosenzorickou metodou** je např. *auditivně-verbální přístup*, který závisí na mnohých přístupech. Jedná se o sluchově-řečový, tzv. unisenzorický přístup.

7 Logopedická péče o děti se symptomatickými poruchami řeči

Všechny výše uvedené poruchy mají narušenou komunikační schopnost, proto je důležitá jejich komplexní péče, a to i logopedická. Logopedická péče o děti se symptomatickými poruchami, kterou popisuje Škodová a kol. (2003), se uskutečňuje v resortu školství, zdravotnictví a resortu práce, sociálních věcí a rodiny.

Resort zdravotnictví zabezpečuje péči o děti se symptomatickými poruchami řeči od raného věku a dále svou činností zaměřuje na všechny věkové kategorie, i na dospělé. Tato péče je

uskutečňována ve státních i nestátních, ambulantních i lůžkových zdravotnických zařízeních, rehabilitačních stacionářích a mnohých dalších.

Resort školství přebírá péči o děti předškolního věku se symptomatickými poruchami řeči. Péče probíhá v pedagogicko-psychologických poradnách, je zaměřena na děti, popř. adolescenty. Na dítě, rodinu a školu se dále soustředí speciálněpedagogická centra, kde probíhá komplexní speciálně-výchovná činnost. V dnešní době se upřednostňuje integrované vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Resort práce a sociálních věcí zabezpečuje péči o osoby, které nemohou být v běžné domácí péči. Jsou to jedinci s těžkým postižením – mentálním, tělesným, smyslovým,... Tento resort se zaměřuje na vytváření základních dovedností a návyků napomáhající samostatnosti, soběstačnosti a na předání vědomostí a poznatků.

7.1 Metodické principy

Logopedická činnost, jak ji nastínil Lechta (2002), provádějící odstranění, překonání či zredukování narušené komunikační schopnosti, probíhá pod vedením logopeda, který by měl vycházet z určitých metodických principů (zákonitostí), jenž obecně platí v oblasti symptomatických poruch řeči.

- 1) **Princip komplexnosti** – zahrnuje všestranné a komplexní diagnostické přístupy.
- 2) **Princip individuálního přístupu** – je možné jej kombinovat se skupinovou formou logopedické činnosti.
- 3) **Princip polysenzorického přístupu** – jeho respektování.
- 4) **Princip včasného zákroku** – zaměřený nejen na dominující postižení, ale i na komunikační schopnost.
- 5) **Princip týmové péče** – zapojení rodičů, vychovatelů, zdravotnického personálu, odborníků z různých oblastí.
- 6) **Princip imitace normálního řečového vývoje** – je optimálním a nejpřirozenějším přístupem k výstavbě řeči.
- 7) **Princip preferování obsahové stránky řeči** – má přednost před stránkou zvukovou, formální. Důležité je: „co dítě poví“, než „jak to poví, vysloví“.
- 8) **Princip prolínání logopedické péče celou výchovně-vzdělávací činností**
- 9) **Princip využití pomůcek** – mechanických (sondy), speciálních přístrojů, počítačových programů.

- 10) **Princip přístupu hrou** – jeho maximální uplatnění.
- 11) **Princip upřednostňování sociálního aspektu** – cílem je sociálně použitelná, sociálně funkční řeč.
- 12) **Logopedickou péči** dětem se symptomatickou poruchou řeči poskytuje vysoce specializovaný odborník.

8 Praktická část

8.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je za pomoci orientačního logopedického vyšetření prakticky zmapovat symptomatické poruchy řeči, zjistit nedostatky v dílčích oblastech řeči. Určit nejčastěji diagnostikovanou řečovou vadu u jedinců s mentální retardací, zhodnotit úroveň oromotoriky, fonemického sluchu u některých postižení. Dále se s použitím metody pozorování a dotazníku zaměřit na sledování obsahové a formální stránky řeči dětí se symptomatickou poruchou řeči, provést posouzení narušení těchto řečových stran.

8.2 Stanovení předpokladů

Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že u dětí s mentální retardací je nejčastěji diagnostikována dyslalie.

Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že oromotorika je narušena u dětí s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dětí s mentální retardací.

Předpoklad č. 3

Lze předpokládat, že u dětí s dětskou mozkovou obrnou je narušen fonemický sluch.

Předpoklad č. 4

Lze předpokládat, že děti se zrakovým postižením mají specificky narušenou neverbální komunikaci.

Předpoklad č. 5

Lze předpokládat, že děti se sluchovým postižením mají narušeny všechny oblasti (roviny) řeči.

Předpoklad č. 6

Lze předpokládat, že obsahová a také formální stránka řeči bývá narušena u všech symptomatických poruch.

8.3 Použité metody a průběh získávání dat

V praktické části bakalářské práce bylo využito orientačního logopedického vyšetření prováděné krátkým řízeným rozhovorem nebo popisem situačních obrázků. K tomu je možné s úspěchem použít většiny z diagnostických metod využitelných ve speciálněpedagogické

diagnostice tak, jak je uvádí Švingalová (2004, s. 17), popř. jejich kombinace.

Další uplatněnou metodou byla metoda pozorování a dotazníku. Délka a použití metod vždy závisí na věku dítěte a jeho schopnosti se soustředit na požadované zkoušky.

Orientační logopedické vyšetření

Při zpracování jednotlivých zkoušek orientačního logopedického vyšetření (dále jen OLV) je vycházeno z poznatků prací Klenkové (2000) a Tomické (2004). Obě autorky se ve svém textu odkazují a také využívají některých prací dalších tvůrců. Např. Klenková doporučuje ve zkoušce laterality využít testy laterality Matějčka a Žlaba a několik zkoušek Sováka. Oproti tomu Tomická uplatňuje zkoušku dvojice obrázků s odlišným fonémem od Štěpána a Petráše.

OLV bylo realizováno u 78 dětí docházejících do běžné mateřské školy, běžné mateřské školy se speciálními třídami či mateřské školy speciální v průběhu 5 měsíců od října 2007 do února 2008. Rodiče (zákonní zástupci) byli seznámeni s účelem OLV, měli možnost se vyšetření zúčastnit, souhlasili s jeho provedením, což potvrdili svým podpisem. OLV je sestaveno z 12 dílčích zkoušek, které zahrnují anamnézu, orientační vyšetření sluchu (včetně sluchové paměti a sluchu fonemického), zrakového vnímání, laterality, výslovnosti, slovní zásoby, gramatické roviny řeči a orientační vyšetření dýchání. (viz příloha č. 1)

Orientační logopedická vyšetření probíhala individuální formou. Průběh šetření byl rozdílný, s některým dítětem bylo možné provést OLV celé v rámci jednoho „sezení“, oproti jiným, se kterými bylo nutné scházet se opakovaně a zkoušky provádět jednu po druhé s náležitým časovým odstupem. Mnohé děti pracovaly po celou dobu vyšetření se zájmem, jiné bylo třeba neustále znovu motivovat, obohacovat zkoušky novými pomůckami či obrázky a tím vzbuzovat zájem o práci. Značnou roli zde hrálo postižení dětí.

Všechna OLV byla provedena stejným způsobem, s použitím stejného záznamového formuláře (viz příloha č. 1). V této práci bylo použito obsáhlejšího záznamového formuláře, aby se předešlo opomenutím či zkreslením výsledků díky začátečnickým chybám.

Observace neboli pozorování, jakožto metoda založená na sledování určitých projevů, stavů, atd., je v tomto případě zaměřena na sledování formy a obsahu řeči a k tomu přidruženému neverbálnímu chování.

Pozorování bylo využito jak v kombinaci s OLV, tak i samostatně. Probíhalo v přirozených podmínkách, třídách (hernách), ve kterých se děti dobře cítí, při učení, hře, což jsou přirozené

činnosti dětí. Jednalo se tedy o přímé pozorování. Předmětem pozorování byly verbální projevy (obsahové a formální charakteristiky řeči) a neverbální projevy (mimika, gestikulace, motorické projevy). Tato metoda byla uplatněna na stejných místech a ve stejném časovém rozvrhu jako OLV. Jednotlivá data (výsledky) byly zaznamenány do vytvořeného formuláře podle určité pozorovací škály (viz příloha č. 2).

Dotazník - soubor otázek, předložený za účelem zjištění specifických údajů. Touto metodou - nestandardizovaným dotazníkem, byly zjišťovány řečové nedostatky u dětí se symptomatickou poruchou řeči. Byl sestaven z 8 otevřených i uzavřených otázek zaměřených k tématu bakalářské práce. Dotazníky byly rozděleny do různých typů mateřských škol 30 učitelkám. Návratnost nebyla 100 %, zpětně bylo doručeno 22 dotazníků. Všechny 22 dotazníků bylo možné použít.

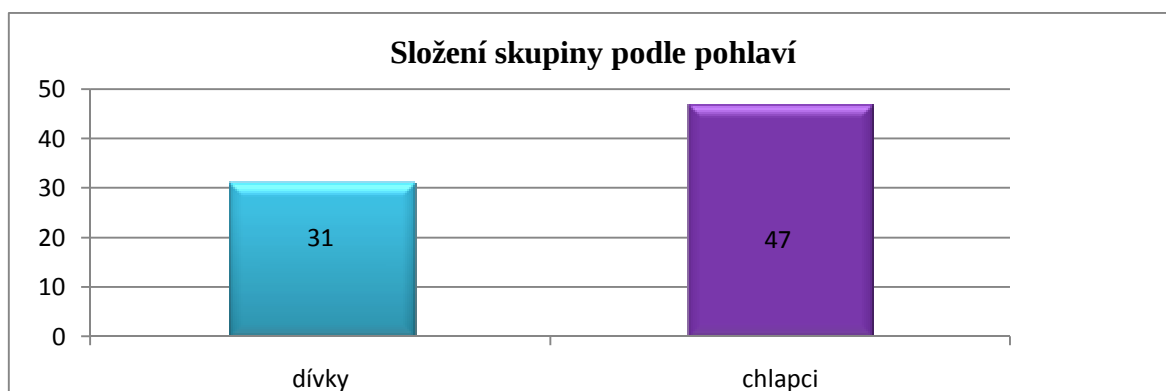
Snahou bylo za pomoci orientačního logopedického vyšetření, pozorování a dotazníků potvrdit výše uvedené předpoklady a splnit určené cíle bakalářské práce.

Všechny metody potřebné k získávání dat byly využity v různých typech předškolního zařízení. V běžných mateřských školách, ve speciálních třídách při běžné mateřské škole či v mateřských školách speciálních. Děti, učitelky i jejich rodiče byli velice nápomocni, vše se konalo naprosto bez problémů.

Časový harmonogram

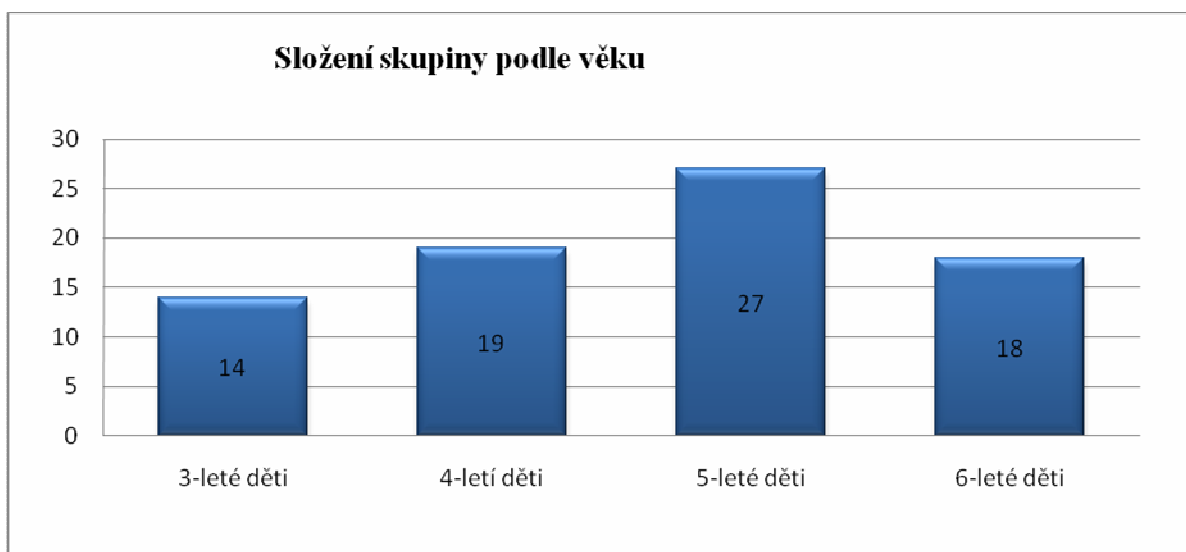
V období března až srpna 2007 probíhalo zaměření se na vyhledávání odborné literatury a orientaci v problematice symptomatických poruch řeči. Říjen 2007 až leden 2008 byl věnován zpracování teoretické části práce, v téže době bylo postupně realizováno orientační logopedické vyšetření a zároveň provádění pozorování vytypovaných dětí. Vše bylo zaznamenáváno do předem vytvořených formulářů. Konec roku 2007 byl zaměřen na sestavení dotazníku, který byl postupně rozdělen do mateřských škol. Únor a březen byl využit k vyhodnocování průzkumu, tvorbě průzkumové části a celkovému dokončení práce.

8.3.1 Popis zkoumaného vzorku



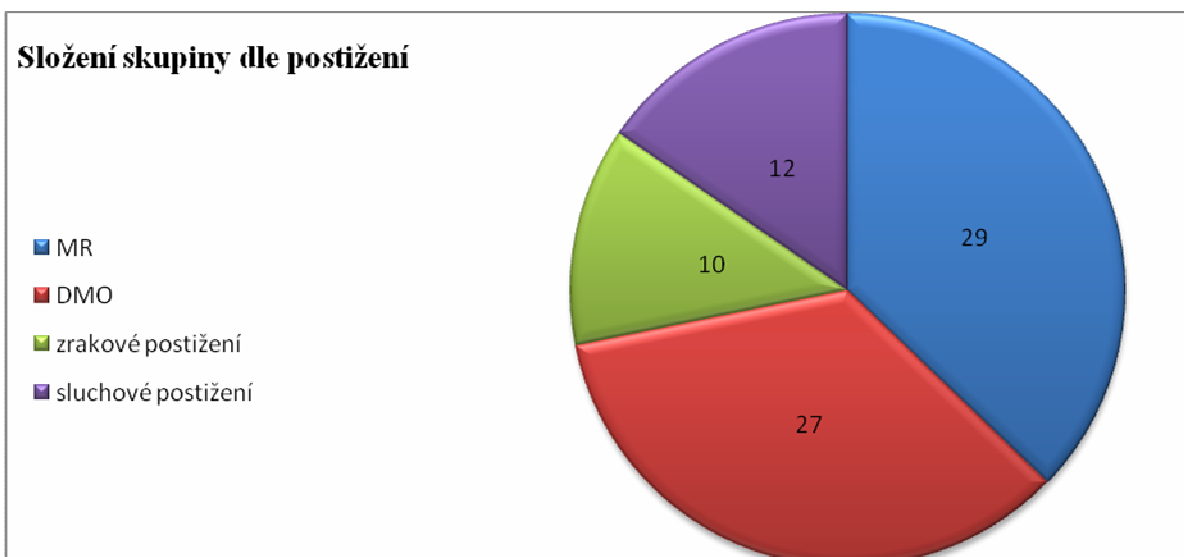
Graf č. 1: Složení skupiny dle pohlaví

Ve skupině, kde se orientační logopedické vyšetření provádělo, bylo 31 děvčat a 47 chlapců, celkově tedy 78 dětí. Zastoupení děvčat a chlapců bylo 2:3.



Graf č. 2: Složení skupiny podle věku

Skupinu tvořilo 14 tříletých dětí, 19 čtyřletých, 27 dětí pětiletých a 18 dětí šestiletých. Děti s odkladem školní docházky v mém výzkumu zahrnuty nebyly, šetření se zaměřilo na věkové rozmezí 3-6 let – předškolní věk.



Graf č. 3: Složení skupiny dle postižení

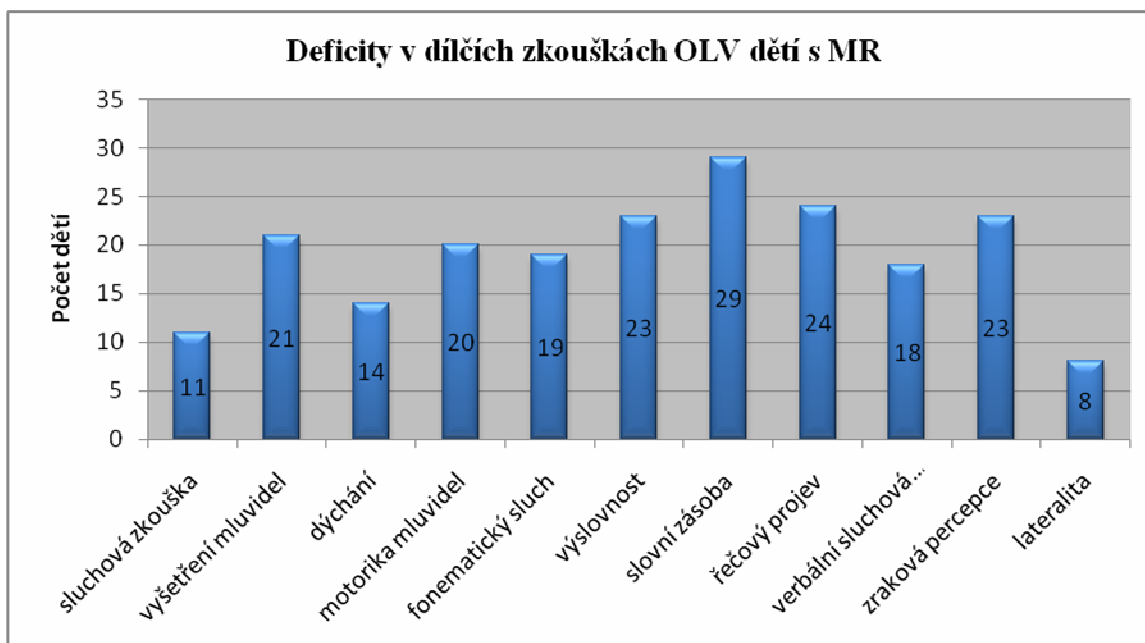
Z celkového počtu dětí zařazeného do mého šetření má 29 jedinců mentální retardaci (MR), 27 dětí dětskou mozkovou obrnu (DMO), 10 zrakové postižení a 12 dětí sluchové postižení.

Informace o věku dětí, či jejich postižení, byly získány prostřednictvím anamnestických údajů od rodičů.

Děti s postižením, u kterých bylo orientační logopedické vyšetření a pozorování prováděno, v současné době dochází do běžných mateřských škol, speciálních tříd při mateřských školách nebo do mateřských škol speciálních. Je jasné, že zařazení dětí závisí na typu a míře jejich postižení. V mateřské škole speciální najdeme nejvyšší zastoupení dětí s postižením, které zaujímá 33 jedinců. Speciální třídy navštěvuje 27 dětí z celkového počtu šetřených osob a do běžných tříd mateřských škol dochází 18 dětí.

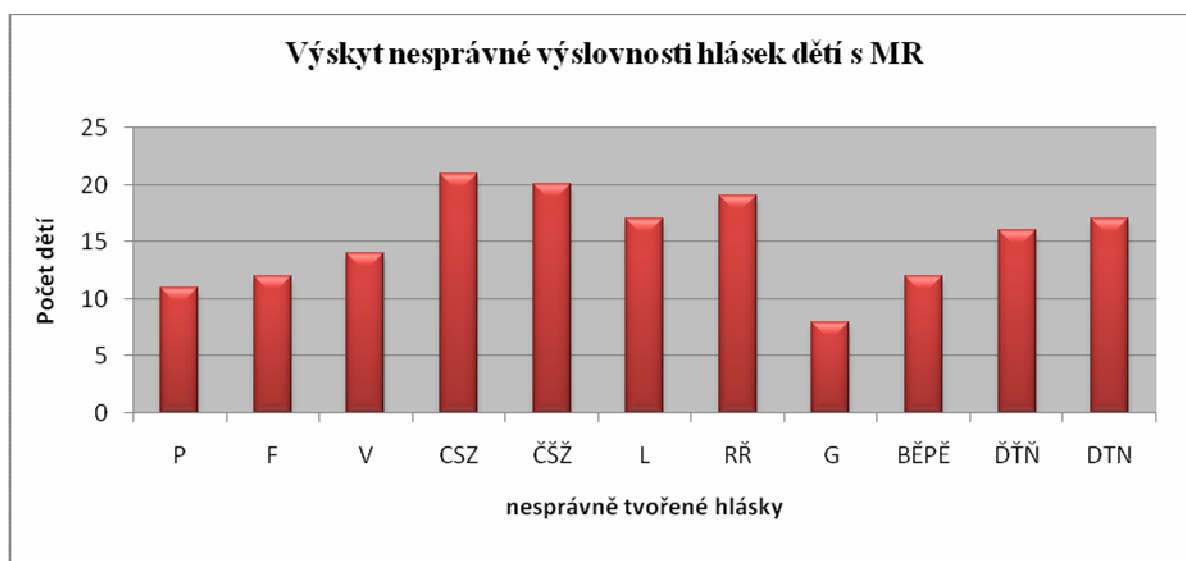
8.3.2 Interpretace výsledků orientačních logopedických vyšetření

Po vyhodnocení jednotlivých zkoušek orientačního logopedického vyšetření, které byly provedeny u všech 29 dětí s mentální retardací, se výsledek jeví takto:



Graf č. 4: Deficity v dílčích zkouškách OLV s MR

Z grafu vyplývá, že všechny děti z celkového počtu 29 mají v anamnéze uvedenu svou diagnózu, kterou je mentální retardace (dále jen MR). Stejný počet dětí má problém týkající se slovní zásoby, hned poté do četnosti jsou zaznamenány nedostatky v řečovém projevu - 24, dále 23 dětí má nedostatky ve výslovnosti a zrakové percepci. Anomálie mluvidel jsou zaznamenány u 21 dětí, vadná motorika mluvidel byla shledána u 20 dětí. Poměrně velké zastoupení má i nedostatečné rozvinutí fonemického sluchu, což se projevilo u 19 dětí. Ostatní deficity spadají do oblasti verbální sluchové paměti, dýchání, do oblasti zkoušky sluchu a laterality.



Graf č. 5: Výskyt nesprávné výslovnosti hlásek dětí s MR

Ve výskytu nesprávných hlásek jsou na 1. místě ostré a tupé sykavky, dále hlásky R, Ř, L, v sedmnácti a šestnácti případech se vyskytují DTN, ĎŤŇ, ve čtrnácti hláskách V, dvanáct dětí tvoří nesprávně hlásku F a skupiny – BĚ, PĚ, u jedenácti se vyskytuje problém v hlásce P a s hláskou G se potýká osm dětí.

Hodnocení předpokladu č. 1:

Bylo předpokládáno, že u dětí s mentální retardací je nejčastěji diagnostikována dyslalie, což se také potvrdilo.

Z celkového počtu 29 jedinců s mentálním postižením, u kterých bylo provedeno orientační logopedické vyšetření, je 23 dětí, které mělo nedostatky týkající se výslovnosti jednotlivých hlásek.

SCZ – nesprávná artikulace ostrých sykavek – 21 případů z celkových 29

ŠČŽ – nesprávná artikulace tupých sykavek – 20 případů z celkových 29

DTN – nesprávný artikulační postoj – 17 případů z 29

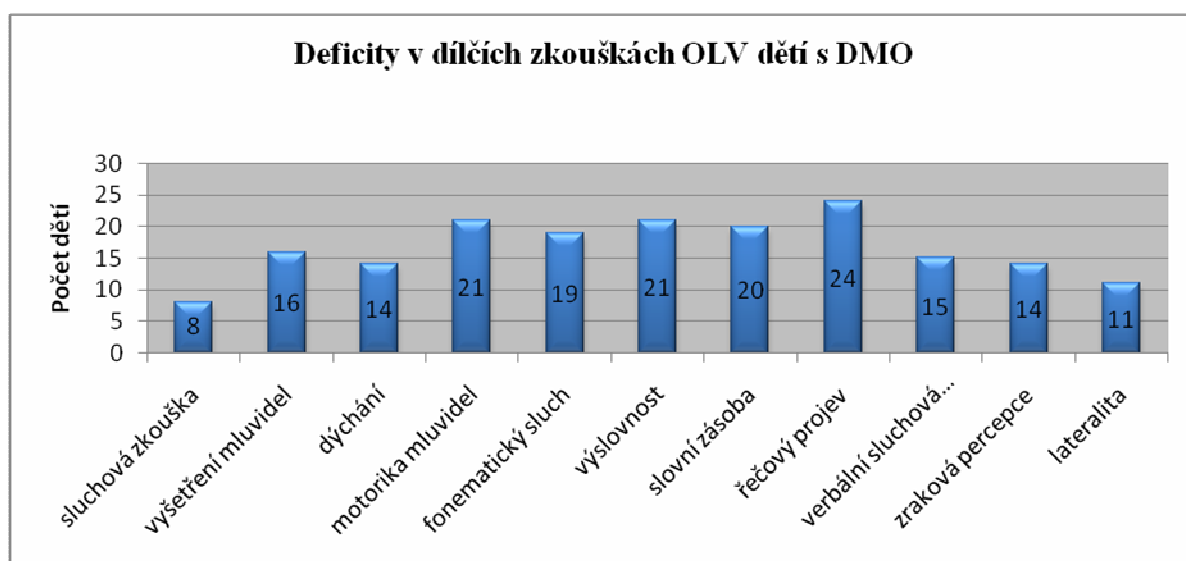
ĎŤŇ – zaměňování hlásky – 16 případů z 29

V – v 8 případech nahrazováno, v 6 případech vynecháváno – celkem 14 případů z 29

F – v 7 případech záměna za neznělé F, v 6 případech vynecháváno – celkem 12 případů z 29

BĚ, PĚ – zaměňování hlásky – ve 12 případech z 29

Orientační logopedické vyšetření u dětí s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO) zaznamenalo tyto deficity v jednotlivých zkouškách:



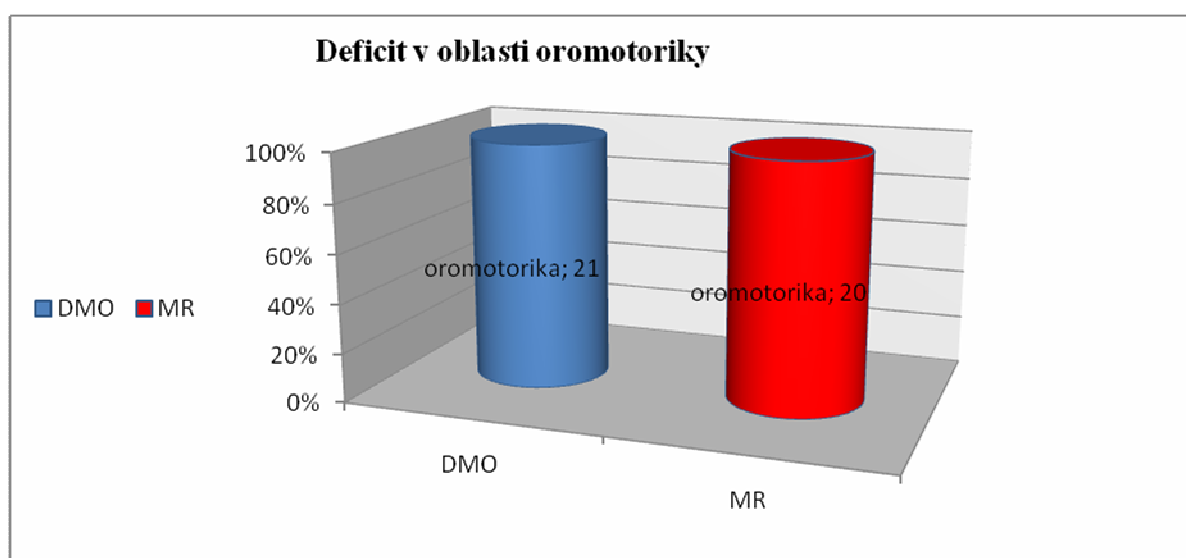
Graf č. 6: Deficity v dílčích zkouškách OLV dětí s DMO

Je patrné, že u všech těchto 27 dětí byla v anamnéze shledána dětská mozková obrna. Nedostatky v řečovém projevu byly zaznamenány u 24 dětí, dále u 21 dětí se vyskytl problém v motorice mluvidel a výslovnosti, chudá slovní zásoba u 20 dětí. Fonematický sluch je narušen u 19 jedinců, u 16, 15 a 14 dětí je nedostatek v oblasti mluvidel, ve verbální sluchové paměti, zrakové paměti a dýchání. Další nedostatky se týkají oblasti laterality a oblasti zkoušek sluchu.

Hodnocení předpokladu č. 3:

Předpoklad, že u dětí s dětskou mozkovou obrnou je narušen fonematický sluch, se potvrdil. Deficit byl zaznamenán u 19 dětí z 27, což je 70,3 % z počtu dětí s DMO.

V tomto zobrazení je vyznačen deficit v oblasti motoriky mluvidel, neboli oromotoriky, u dětí s MR a DMO. Je zřejmé, že tento nedostatek je zastoupen v dosti velké míře. Z 29 jedinců s MR má problém s oromotorikou 20 dětí, což je 69 % z celkového počtu. Dále je to celých 77 % dětí s DMO, neboli 21 dětí z 27, které se potýkají s výše uvedeným handicapem.



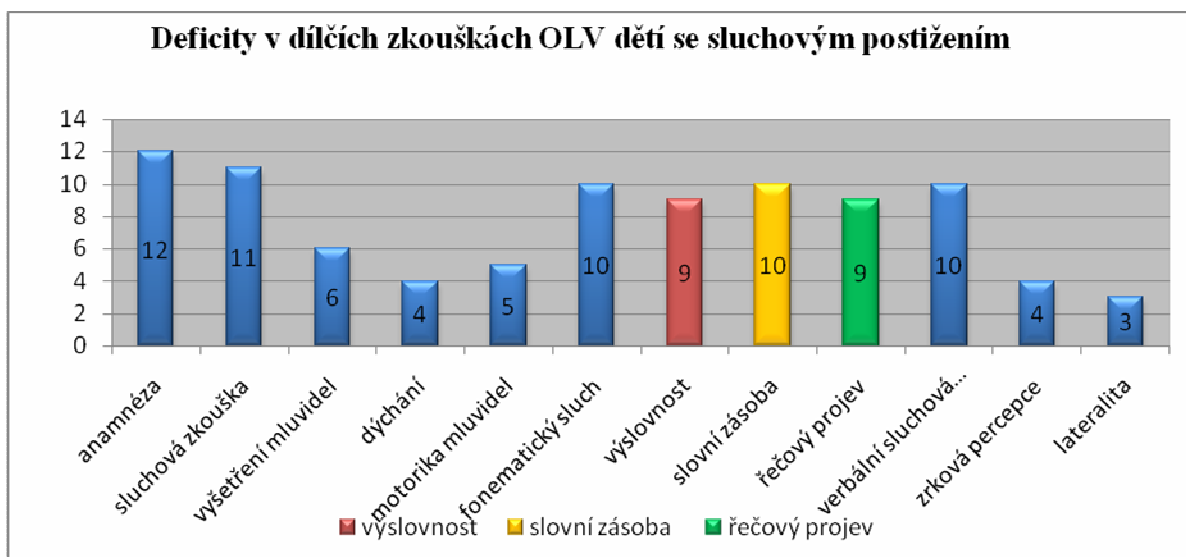
Graf č. 7: Deficit v oblasti oromotoriky

Hodnocení předpokladu č. 2:

Předpoklad, že oromotorika je narušena u dětí s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dětí s mentální retardací, se potvrdil.

Necelé $\frac{3}{4}$ z vyšetřovaných dětí s MR má nedostatky v této funkci.

U dětí se sluchovým postižením, kde bylo taktéž provedeno OLV, mi níže uvedené zjištěné deficity napomohly k posouzení úrovně jazykových rovin těchto osob.



Graf č. 8: Deficity v dílčích zkouškách OLV dětí se sluchovým postižením

V zkoušce č. 1 – anamnéze vyšlo 12 dětí, u kterých je jasné sluchové postižení. Jedná se o 8 dětí nedoslýchavých a 4 neslyšící. Obtíže ve sluchové zkoušce byly shledány u 11 dětí, fonematický sluch, slovní zásoba a verbální sluchová paměť je narušena u 10 dětí, další nedostatky ve výslovnosti a řečovém projevu jsou u 9 dětí. 6 jedinců má problém v oblasti mluvidel, následně i s jejich motorikou 5 dětí. U ostatních byly patrné nedostatky v dýchání, zrakové percepci a lateralitě.

Lexikálně-sémantická rovina (zkouška slovní zásoby)	10 z 12 dětí
Foneticko-fonologická rovina (zkouška výslovnosti)	9 z 12 dětí
Morfologicko-syntaktická rovina (zkouška řečového projevu)	9 z 12 dětí
Pragmatická rovina (zkouška řečového projevu)	9 z 12 dětí

Tabulka č. 2: Nedostatky v řečových rovinách u dětí se sluchovým postižením

Hodnocení předpokladu č. 5:

Rovina lexikálně-sémantická: 10 dětí z 12 má nedostatky týkající se aktivní i pasivní slovní zásoby.

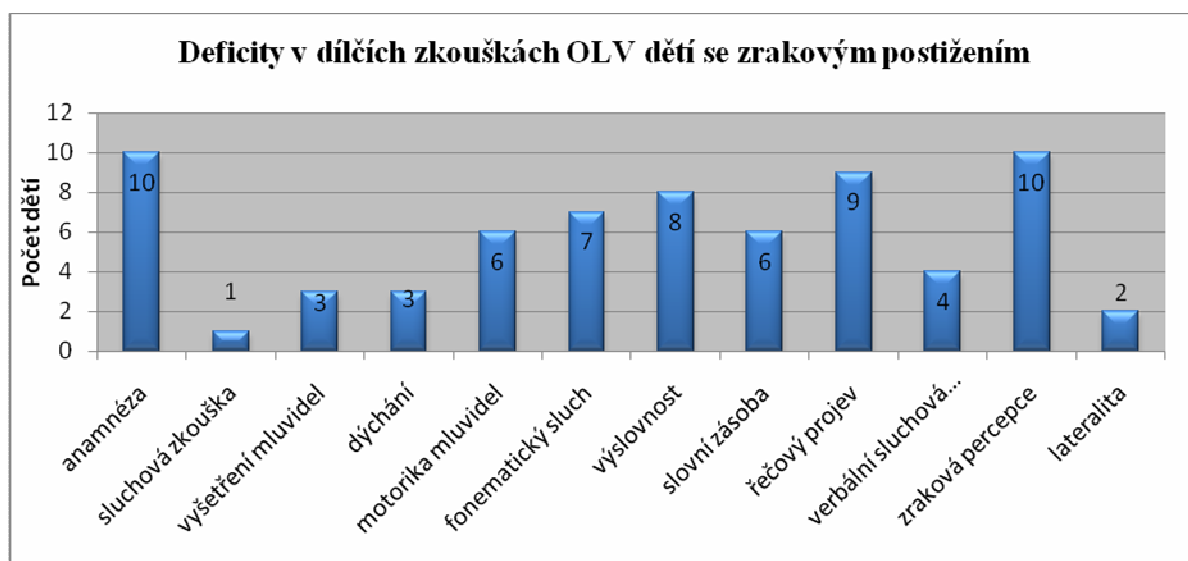
Rovina foneticko-fonologická: Opět 10 dětí z 12 se potýká s problémem ve výslovnosti hlásek.

Rovina morfologicko-syntaktická: V používání slovních druhů, gramatické stavbě vět, používání množných čísel, atd. se deficit projevil u 9 dětí, což bylo zjištěno ve zkoušce řečového projevu.

Rovina pragmatická: Tato oblast byla zjištěna taktéž ve zkoušce řečového projevu, 9 dětí má problém v udržení a vedení rozhovoru, ve snaze o komunikaci.

Je tedy zřejmé, že předpoklad č. 5, že děti se sluchovým postižením mají narušeny všechny oblasti (roviny) řeči, se potvrdil. Ve všech čtyřech rovinách u $\frac{3}{4}$ dětí se sluchovým postižením došlo k oslabení.

OLV u dětí se zrakovým postižením bylo využito k potvrzení či vyvrácení předpokladu č. 6 (viz předpoklady bakalářské práce, str. 38).



Graf č. 9: Deficity v dílčích zkouškách OLV dětí se zrakovým postižením

V grafu je zaznamenán u všech 10 dětí deficit v anamnéze, kterým je zrakové postižení (6 dětí nevidomých, 4 slabozraké). U stejného počtu je narušen řečový projev a zraková percepce, 8 a 7 jedinců se potýká s problémem v oblasti výslovnosti a fonematického sluchu, slovní zásoba a taktéž motorika mluvidel je zasažena u 6 dětí, 4 mají nedostatek týkající se verbální sluchové paměti, 3, 2 a 1 se dělí o deficit zasahující dýchání, mluvidla, lateralitu a nakonec sluchovou zkoušku.

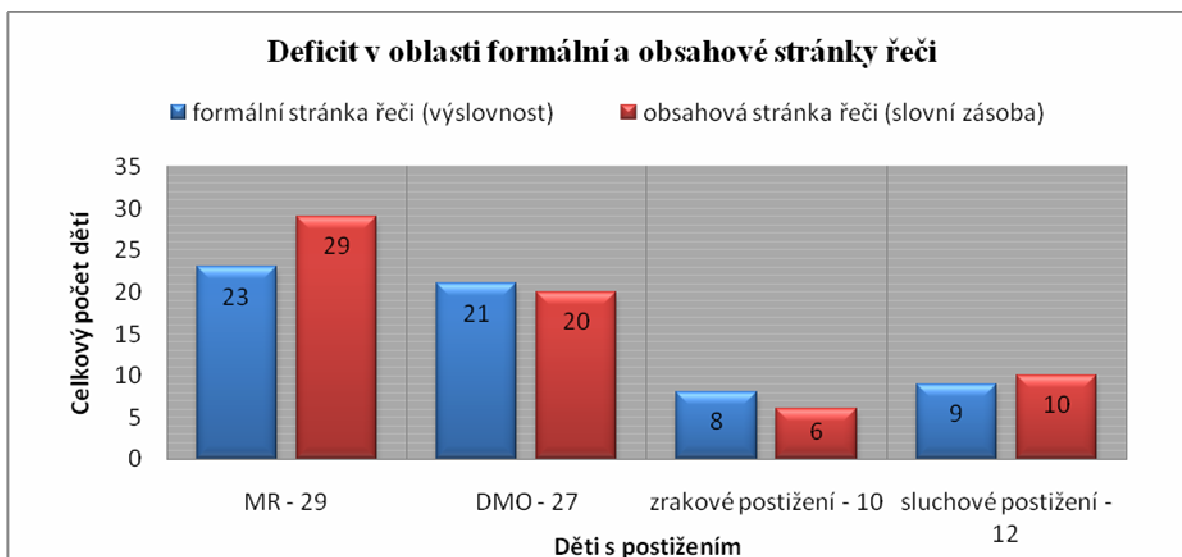
Při zkoušce řečového projevu si všímáme kromě výslovnosti, obsahu, způsobu užívání dechu, také celkového projevu provázející řeč. Jedná se o neverbální chování, to znamená gesta, mimika, pohyby těla. U všech 10 zrakově postižených dětí byla zaznamenána změna právě ve výše uvedeném projevu. Jejich mimika vzhledem k obsahu řeči neodpovídá, tvář je strnulá, bez výrazu.

Hodnocení předpokladu č. 4:

Předpoklad, že děti se zrakovým postižením mají specificky narušenou neverbální komunikaci, se v orientačním logopedickém vyšetření potvrdil. Všichni jedinci se zrakovým postižením mají chování provázející řeč nějakým způsobem narušené. Tímto předpokladem se dále budu zabývat prostřednictvím další metody, kterou je pozorování.

Orientační logopedické vyšetření provedené u dětí se symptomatickými poruchami řeči, konkrétně u dětí s MR, DMO, zrakovým a sluchovým postižením, ukázalo nedostatky jak ve formální stránce řeči, tak i obsahové.

U formální stránky řeči je na první místo postavena výslovnost, tedy forma – způsob, jakým se jedinec vyjadřuje. Není to jediná složka, která tam patří, důležité při komunikaci je např. i dýchání. Obsahovou stránku zastupuje zkouška slovní zásoby, neboli to, co chce dítě říct, obsah řeči.



Graf č. 10: Deficit v oblasti formální a obsahové stránky řeči

Z grafu je zřejmé, že všechna postižení – mentální retardace, dětská mozková obrna, zrakové i sluchové postižení se potýká s handicapem v oblasti jak obsahové, také i formální.

Vyčíslené hodnoty jsou zapsány i v níže uvedené tabulce, kde je narušení obou oblastí jasně patrné.

Narušení formální a obsahové stránky řeči

	Formální stránka řeči	Obsahová stránka řeči
Děti s mentální retardací	23 z 29 dětí	29 z 29 dětí
Děti s dětskou mozkovou obrnou	21 z 27 dětí	20 z 27 dětí
Děti se zrakovým postižením	9 z 10 dětí	10 z 10 dětí
Děti se sluchovým postižením	8 z 12 dětí	6 z 12 dětí

Tabulka č. 2: Narušení formální a obsahové stránky řeči

Hodnocení předpokladu č. 6:

Bylo předpokládáno, že obsahová a taktéž formální stránka řeči bývá narušena u všech symptomatických poruch. Toto tvrzení lze potvrdit. Z grafu č. 11, k tomu související tabulky, můžeme vidět, že obsahová stránka řeči je narušena u všech symptomatických poruch, a zároveň je zjevný problém i v oblasti formální. Je možné tedy jednoznačně říci, že obsahová stránka a taktéž formální bývá u všech symptomatických poruch narušena.

8.3.3 Interpretace výsledků pozorování

Jak již bylo v podkapitole 8.2.2 řečeno, metoda pozorování byla zaměřena na verbální projevy (obsahové a formální charakteristiky řeči, jazykové roviny u sluchově postižených osob) a dále na neverbální projevy zrakově handicapovaných, jakož jsou gesta, mimika, motorické projevy.

Pozorovací škála v oblasti řeči

Jméno	MR		DMO		Sluch		Zrak	
	29		27		12		10	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Lexikálně sémantická rovina:								
1. Pojmenuje 4 -5 předvedených předmětů	16	13	21	6	5	7	6	4
2. Dokáže zařadit různé obrázky pod nadřazené pojmy – „zvíře, hračka“	14	15	18	9	5	7	4	6
3. Zazpívá jednoduchou písničku	15	14	20	7	10	2	3	7
4. Odříká jednoduchou říkanku	13	16	21	6	9	3	3	7
5. Dokáže popsat obrázek	12	17	20	7	3	9	6	4
6. Umí reprodukovat vyslechnutý příběh	6	23	19	8	10	2	3	7
7. Vypráví na zadané téma	8	22	18	9	5	7	4	6
Pragmatická rovina:								
8. Umí mluvit o svých zážitcích	4	25	11	16	3	9	6	4
9. Vyjadřuje své pocity	6	23	10	17	2	10	7	3
10. Pokouší se o krátkou konverzaci	9	20	9	18	3	9	5	5
Morfologicko syntaktická rovina:								
11. Používá množné číslo	12	17	20	7	4	8	7	3
12. Rozlišuje velký X malý	13	16	22	5	6	6	2	8
13. Používá minulý čas	14	15	21	6	3	9	7	3
14. Používá protiklady	8	21	18	9	2	10	4	6
Foneticko fonologická rovina:								
15. Tvoří správně všechny hlásky	6	23	6	21	3	9	2	8
16. Vynechává některé hlásky	14	15	13	14	4	8	6	4
17. Nahrazuje určité hlásky	13	16	16	11	5	7	5	5

Tabulka č. 4: Pozorovací škála v oblasti řeči

18. Ovládá jemnou motoriku mluvidel	9	20	6	21	7	5	4	6
19. Provází komunikaci nápadnými gesty, mimikou, doprovodnými pohyby	26	3	25	2	12	2	1	9

Tabulka č. 5: Pozorovací škála v oblasti řeči

Vysvětlivky: ANO – úkol, činnost vykovává, zvládá

NE - úkol, činnost nevykovává, nezvládá

Použité zkratky: MR – mentální retardace

DMO – dětská mozková obrna

Sluch – sluchové postižení

Zrak – zrakové postižení

V lexikálně-sémantické rovině MÁ PROBLÉM:

	MR:	DMO:	SLUCH:	ZRAK:
- úkol č. 1	13 dětí z 29	6 z 27	7 z 12	4 z 10
- úkol č. 2	15 dětí z 29	9 z 27	7 z 12	6 z 10
- úkol č. 3	14 dětí z 29	7 z 27	2 z 12	7 z 10
- úkol č. 4	16 dětí z 29	6 z 27	3 z 12	7 z 10
- úkol č. 5	17 dětí z 29	7 z 27	9 z 12	4 z 10
- úkol č. 6	23 dětí z 29	8 z 27	2 z 12	7 z 10
- úkol č. 7	22 dětí z 29	9 z 27	7 z 12	6 z 10

V pragmatické rovině MÁ PROBLÉM:

	MR:	DMO:	SLUCH:	ZRAK:
- úkol č. 8	25 dětí z 29	16 z 27	9 z 12	4 z 10
- úkol č. 9	23 dětí z 29	17 z 27	10 z 12	3 z 10
- úkol č. 10	20 dětí z 29	18 z 27	9 z 12	5 z 10

V morfologicko-syntaktické rovině MÁ PROBLÉM:

	MR:	DMO:	SLUCH:	ZRAK:
- úkol č. 11	16 dětí z 29	16 z 27	8 z 12	3 z 10
- úkol č. 12	17 dětí z 29	17 z 27	6 z 12	8 z 10
- úkol č. 13	23 dětí z 29	23 z 27	9 z 12	3 z 10
- úkol č. 14	22 dětí z 29	22 z 27	10 z 12	6 z 10

Ve foneticko-fonologické rovině MÁ PROBLÉM:

	MR:	DMO:	SLUCH:	ZRAK
- úkol č. 15	23 dětí z 29	21 z 27	9 z 12	8 z 10
- úkol č. 16	15 dětí z 29	14 z 27	8 z 12	4 z 10
- úkol č. 17	16 dětí z 29	11 z 27	7 z 12	5 z 10

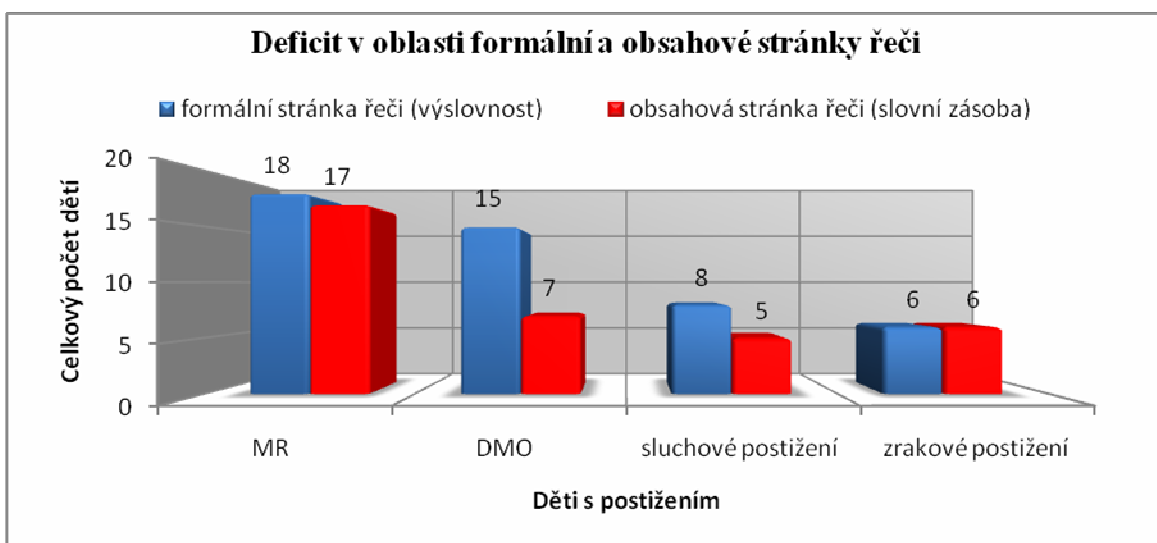
	MR:	DMO:	SLUCH:	ZRAK
- úkol č. 18	20 dětí z 29	21 z 27	5 z 12	6 z 10
- úkol č. 19	3 děti z 29	2 z 27	2 z 12	9 z 10

Výše zpracované výsledky pozorování, konkrétně lexikálně-sémantické a foneticko-fonologické roviny, napomohly ke zjištění předpokladu týkající se formální a obsahové stránky symptomatických poruch řeči. Z grafu č. 11 vyplývá, že **obsahová stránka řeči bývá narušena u všech symptomatických poruch**, ale **taktéž je zřetelné i zasažení formální stránky** u všech uvedených poruch. Bylo zjištěno v průměru 17 dětí s MR, 7 dětí s DMO, 5 dětí se sluchovým postižením a 6 dětí s postižením zrakovým s narušením obsahové stránky řeči, formální stránka je zasažena u 18 dětí s MR, 15 s DMO, 8 se sluchovým a 6 se zrakovým handicapem.

Závěr z metody pozorování je shodný se zjištěním orientačního logopedického šetření viz str. 48.

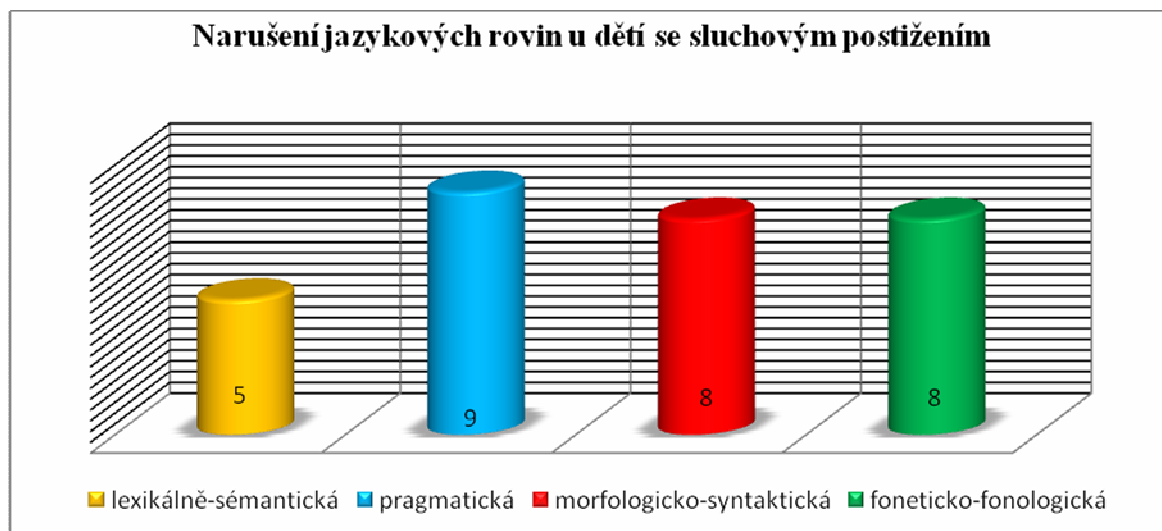
Hodnocení předpokladu č. 6:

Předpoklad, že obsahová a taktéž formální stránka řeči bývá narušena u všech symptomatických poruch, lze jednoznačně potvrdit.



Graf č. 11: Postižení obsahové a formální stránky

Další předpoklad, jenž se touto metodou potvrdil, je možné shlédnout v grafu č. 12, týkající se narušení všech jazykových rovin řeči u dětí se sluchovým postižením. V průměru má obtíže 8 dětí z 12 ve foneticko-fonologické rovině, 5 z 12 v lexikálně-sémantické, v pragmatické rovině 9 z 12 a v morfologicko-syntaktické 8 dětí z 12.



Graf č. 12: Narušení jazykových rovin u dětí se sluchovým postižením

Opět je výsledky možné porovnat s hodnotami v tabulce č. 2: Nedostatky v řečových rovinách u dětí se sluchovým postižením, str. 44. I zde došlo ke shodě, je možné jasné zhodnocení.

Hodnocení předpokladu č. 5:

Předpokladem bylo, že děti se sluchovým postižením mají narušeny všechny oblasti (roviny) řeči. Tento předpoklad se potvrdil.

Hodnocení předpokladu č. 2:

Úkolem č. 18 zaměřeným na sledování jemné motoriky mluvidel čili oromotoriky se předpoklad, že oromotorika je narušena u dětí s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dětí s mentální retardací, potvrdil. Nedostatek v této oblasti shledáváme u 21 z 29 dětí s MR a 20 z 27 dětí s DMO.

Hodnocení předpokladu č. 4:

Předpoklad, že děti se zrakovým postižením mají specificky narušenou neverbální komunikaci, se potvrdil prostřednictvím úkolu č. 19.

9 z 10 jedinců se zrakovým postižením se potýká s narušenou gestikulací, mimikou, přidruženými pohyby.

8.3.4 Interpretace výsledků dotazníků

Dotazníky byly rozdány do různých typů mateřských škol učitelkám. Návratnost nebyla 100 %, zpětně bylo doručeno 22 dotazníků. Všech 22 dotazníků bylo možné použít.

1. Umístění mateřské školy

První otázka se týkala místa, kde mateřská škola sídlí. Podle odpovědí se ve 12 případech jedná o městskou mateřskou školu, ve 4 o obecní mateřskou školu (dále jen MŠ).

2. Typ mateřské školy

Další otázka – druhá zjišťovala typ mateřské školy, ve kterých oslovené učitelky pracují. O běžnou mateřskou školu se jednalo u 6 učitelek, u 8 o speciální třídu při běžné MŠ a dalších 8 o mateřskou školu speciální.

3. Uskutečnění logopedické poradny v MŠ

Výskyt logopedických poraden v MŠ již v současné době není výjimečný, což nám bylo potvrzeno otázkou č. 4, kde 13 učitelek uvedlo, že u nich v zařízení alespoň jednou za 14 dnů probíhá logopedická poradna. Ostatních 9 existenci poraden v jejich mateřských školách vyvrátilo.

4. Zajištění logopedické péče

Zaškrtnutím varianty určující zajištění logopedické péče v mateřských školách měly učitelky možnost se vyjádřit, zda tuto péči v jejich zařízeních poskytuje logoped – potvrzení 3mi učitelkami, logopedický asistent – zaškrtnuto 16 učitelkami a péči SPC (speciálněpedagogických center), PPP (pedagogicko-psychologických poraden) uvedly 3 kolegyně. Ani v jednom případě nebylo uvedeno, že se logopedická péče neposkytuje.

5. Zastoupení integrovaných dětí v mateřských školách

Úkolem této otázky bylo zjistit zastoupení počtu dětí s postižením, které dochází do mateřských škol. Největší počet integrovaných je zastoupen dětmi s mentální retardací, což je 24 jedinců, 18 dětí s dětskou mozkovou obrnou zabírá další příčku, dále v dotazníku bylo uvedeno 8 jedinců se sluchovým a 7 dětí se zrakovým postižením.

6. Nejčastěji diagnostikovaná vada řeči u jedinců s MR

Šestá otázka zkoumající vady řeči u dětí s mentální retardací napomohla vytipovat nejčastěji diagnostikovanou vadu. Je zřejmé, že většina učitelek se přiklání k tvrzení, že nejčastěji diagnostikovanou řečovou vadou jedinců s MR je dyslalie. A to v poměru: 19 dětí s dyslalií, 2 s koktavostí a 3 s huhňavostí.

Zde se **potvrdil předpoklad č. 1**, znějící: „Lze předpokládat, že u dětí s mentální retardací je nejčastěji diagnostikována dyslalie.“

7. Nedostatky v dílčích oblastech řečového vývoje dětí s postižením

Otázka č. 7 obsahující více položek, jejíž úlohou bylo určení počtu dětí s postižením, které mají nedostatky v určité řečové oblasti, vyšla tímto způsobem. Podle mínění učitelek bylo zjištěno, že narušenou obratnost mluvidel má 18 dětí s MR z počtu 24, 14 z 18 jedinců s DMO, 4 děti se sluchovým postižením z 8 a 5 ze 7 osob se zrakovým postižením.

Tímto se **potvrdil předpoklad č. 2**, že oromotorika je narušena u dětí s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dětí s mentální retardací.

Další položka zabývající se narušením fonemického sluchu vyšla takto. Zjevný nedostatek byl učitelkami zaznamenán u 16 dětí z 24 s MR, 15 z 18 dětí s DMO, 7 z 8 dětí se sluchovým postižením a 3 ze 7 s postižením zrakovým.

Opět zde **byl potvrzen další předpoklad** ze strany 38, týkající se narušení fonemického sluchu u dětí s DMO. Lze tedy jednoznačně říci, že **předpoklad č. 3 se potvrdil**.

Výsledky z kolonek zkoumající narušenou výslovnost a slovní zásobu je možné shrnout do níže uvedené tabulky.

Tabulka č. 6: Narušení výslovnosti (formy) a slovní zásoby (obsahu)

	MR	DMO	Sluchové p.	Zrakové p.
Narušená výslovnost	18 z 24	16 z 18	7 z 8	4 ze 7
Narušená (chudá) slovní zásoba	22 z 24	15 z 18	7 z 8	6 ze 7

Jak je v tabulce č. 5 uvedeno, 18 dětí z 24 s MR má problém s výslovností. Taktéž je tomu u počtu 16 z 18 dětí s DMO, 7 z 8 dětí se sluchovým postižením a u 4 dětí ze 7 se zrakovým postižením. Tudíž je možné dojít k závěru, že výslovnost neboli formální stránka řeči je narušena u všech symptomatických poruch řeči. S chudou slovní zásobou – obsahovou stránkou řeči se podle údajů učitelek potýká 22 z 24 jedinců s MR, 15 dětí z 18 s DMO, 7 z 8 s postižením

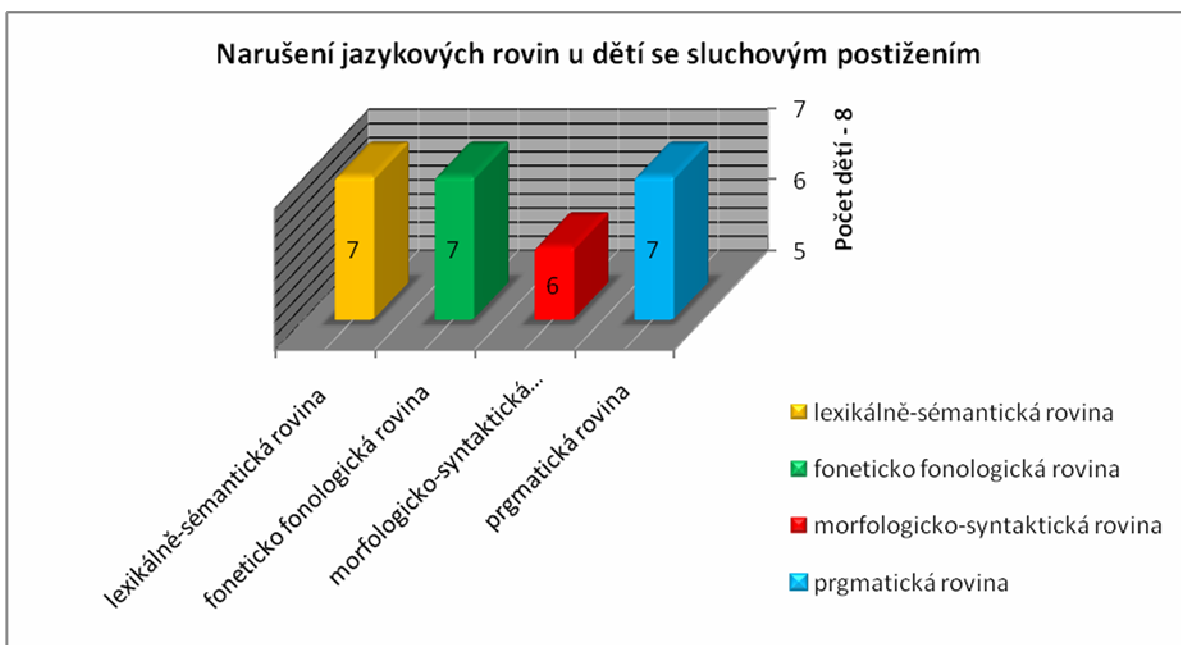
sluchovým a 6 ze 7 dětí se zrakovým postižením. I v tomto případě platí tvrzení, že u všech symptomatických poruch je narušena obsahová stránka řeči.

Potvrzuje se tak předpoklad č. 6, že obsahová a taktéž formální stránka řeči bývá narušena u všech symptomatických poruch.

Následující položka se zabývala problémem v navazování, udržení rozhovoru u dětí. Na základě využití dotazníků bylo možné dojít k závěru, že učitelky označily 17 dětí s MR z počtu 24, 13 dětí s DMO z 18, 7 z 8 se sluchovým handicapem a 3 ze 7 dětí se zrakovým handicapem, které mají nedostatky v této oblasti, spadající do pragmatické roviny řeči.

Poslední část otázky byla zaměřena na problém v užívání množného čísla, skloňování, časování neboli na morfologicko-syntaktickou rovinu řeči u dětí se symptomatickou poruchou. V dotazníku vyšlo narušení zmíněné oblasti u 20 dětí z 24 s MR, 12 dětí z 18 s DMO, 6 z 8 u sluchového postižení a 5 z 8 dětí u zrakového postižení.

Za pomoci těchto dvou výše uvedených otázek, spolu s otázkou týkající se slovní zásoby a výslovnosti, je možné vyhodnotit předpoklad č. 4, který pojednává o narušení všech jazykových rovin u dětí se sluchovým postižením. Zpracované hodnoty byly zaznamenány do grafu č. 13, kde je zřejmé, že v morfologicko-syntaktické rovině se projevil deficit u 6 dětí z 8, v dalších třech rovinách se výsledky shodují, problém se vyskytl u 7 dětí z 8.



Graf č. 13: Narušení jazykových rovin u dětí se sluchovým postižením

Předpoklad č. 4, že děti se sluchovým postižením mají narušeny všechny oblasti (roviny) řeči, **se potvrdil**.

8. Narušení neverbálního chování u dětí se zrakovým postižením

Vyplněním závěrečné otázky byly učitelky nápomocny zhodnocení projevů neverbálního chování u dětí se zrakovým postižením. Výsledkem je označení všech 7 dětí se zrakovým postižením, které se nějakým způsobem odlišují v oblasti neverbálního chování. Jejich tvář je při hovoru strnulá, neužívají gesta,....

Potvrzuje se zde předpoklad č. 5, že děti se zrakovým postižením mají specificky narušenou neverbální komunikaci.

8.4 Shrnutí výsledků praktické části

Předpoklad, že u dětí s mentální retardací je nejčastěji diagnostikována dyslalie, byl ověřován v OLV dílčí zkouškou č. 7, 9 a v dotazníku otázkou č. 6. Tato domněnka byla potvrzena.

Dalším předpokladem týkající se narušení oromotoriky u dětí s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dětí s mentální retardací, se zabíralo OLV dílčí zkouškou č. 5, pozorováním – úkol č. 18 a dotazníkem – otázka č. 7. Ve všech uvedených metodách byl předpoklad potvrzen.

V OLV - dílčí zkouška č. 6 a v dotazníku - otázka č. 7 se splnil předpoklad č. 3, který konstatoval, že u dětí s dětskou mozkovou obrnou je narušen fonematický sluch.

Specificky narušená neverbální komunikace u dětí se zrakovým postižením byla potvrzena hypotézou č. 4. Zmíněný předpoklad byl ověřen OLV dílčí zkouškou 9, pozorováním – č. 19 a dotazníkem – č. 8.

Další zkouškou 7, 8, 9 orientačního logopedického šetření, pozorováním č. 1–17; dotazníkem – č. 7 byl vyplněn předpoklad, že děti se sluchovým postižením mají narušeny všechny oblasti (roviny) řeči. Zde se výsledky práce jednoznačně shodují s výsledky výzkumů autorů Krahulcové, Puldy.

Předpoklad, že obsahová a taktéž formální stránka řeči bývá narušena u všech symptomatických poruch, byl ověřován OLV 7, 8, 9; pozorováním č. 1-7, 15-17, dotazníkem – otázka č. 7. I v tomto případě lze uvést, že výše uvedené tvrzení se vyplnilo.

9 Závěr

Snahou bakalářské práce bylo podat základní přehled o symptomatických poruchách řeči u dětí předškolního věku. To byl především účel teoretické části, která vycházela z poznatků a studií našich i zahraničních autorů, např. Lechty, Klenkové, Škodové, Krause, Lesného a dalších. Cílem teoretické části bylo popsat a analyzovat symptomatické poruchy řeči, teoreticky zmapovat problematiku týkající se daných poruch. Byla rozebrána a rozpracována specifika narušené komunikační schopnosti u jedinců s mentální retardací, dětskou mozkovou obrnou, se sluchovým a zrakovým postižením.

Na základě získaných poznatků v teoretické části práce byla realizována část praktická, jejímž úkolem bylo prakticky zmapovat symptomatické poruchy řeči. S využitím orientačního logopedického vyšetření, jehož základem bylo OLV Tomické, bylo provedeno zjištění nedostatků dílčí funkcí řečového projevu dětí s handicapem. V oblasti oromotoriky byla zaznamenána nedostatečnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou, ale i u dětí s mentální retardací. Zvláště dobrá motorika mluvidel je důležitým předpokladem správné výslovnosti jednotlivých hlásek. A právě u této skupiny dětí (jedinců s MR) bylo možné na podkladě praktické části zjistit nejčastěji zastoupenou vadu řeči – dyslalii. Z výsledků všech využitých metod nadále vyplynulo u dětí s dětskou mozkovou obrnou narušení fonematického sluchu. Nadále bylo možné vypořádat, že poruchy řeči se vyskytly i u dětí se sluchovým a zrakovým postižením. Rozbor práce poukazuje na narušené neverbální chování u osob se zrakovým postižením, na oslabení všech jazykových rovin u sluchově postižených jedinců. Problém ve verbální i obsahové stránce řeči se projevil u všech symptomatických poruch řeči.

V příloze č. 1 je možné se seznámit se záznamovým archem OLV a s popisem účelu, prostředků a postupů, kterými byly jednotlivé zkoušky provedeny. Nezbytným doplňkem zmíněného šetření byla pozorovací škála, která je prezentována jako příloha č. 2. Dotazník, rozeslaný do předškolních zařízení, byl zařazen pod č. 3. Orientační logopedické vyšetření a pozorování bylo provedeno u 78 dětí.

Domnívám se, že výše stanovených cílů teoretické i praktické části bakalářské práce bylo v plné míře dosaženo. Tato práce by mohla mnohým učitelkám napomoci orientovat se v dané problematice. Jedná se o celkem stručný přehled symptomatických poruch řeči, o nastínění logopedické péče a určitých zásad při rozvoji řečových funkcí dětí s postižením. Na základě výsledků práce byla po konzultaci s logopedem (supervizorem ze speciálněpedagogického centra) u některých dětí doporučena určitá opatření, týkající se zmírnění deficitů dílčích funkcí.

Dalším vhodným podnětem k šetření uvedené bakalářské práce by mohlo být porovnání skupiny dětí, u kterých by se prováděla intenzivní náprava obsahové stránky řeči po určitou stanovenou dobu. Právě zmíněná obsahová stránka byla u jedinců se symptomatickou poruchou řeči zaznamenána jako značně narušená. Výslovnost neboli formální stránka je v naší společnosti považována za důležitou, avšak neméně důležitý je obsah, slovní zásoba dětí, která jim napomáhá se do společnosti zdravých lidí normálně zapojit.

Jak je patrné z předchozích řádků, k jedincům s postižením je třeba přistupovat s velkou dávkou trpělivosti, lásky a pochopení, ale zároveň také důslednosti a individuálního přístupu, aby se u většiny takto handicapovaných dosáhlo v co největší míře jejich samostatnosti a tím i integrace do společnosti zdravých. Nutno si uvědomit, že každý člověk - osobnost, přestože se potýká s určitou poruchou, potřebuje pro svou spokojenost něco jiného.

10 Navrhovaná opatření

V praktické části bakalářské práce bylo možné zaznamenat narušení komunikačních schopností dětí s postižením.

Jedním z hlavních opatření u dětí s poruchou řeči lze považovat intenzivní logopedickou nápravu dílčích nedostatků. Primární je zaměření na obsahovou stránku řeči, která byla shledána jako značně narušená. Tuto oblast řeči můžeme zdokonalovat pomocí her, vyprávění nad dějovými obrázky, při veškerých činnostech během dne. Vhodné je vedení dětí ke komunikaci, odbourání ostychu z komunikace, navazování kontaktu verbálního i neverbálního.

V rámci komplexnosti reedukace narušené komunikační schopnosti je dobré se zaměřit i na samotnou nápravu hlásek. Ta je prováděna individuálně s logopedickou asistentkou pod dohledem supervizora ze speciálněpedagogického centra. Logopedická asistentka se řídí jeho doporučeními a návrhy postupů, případně s ním konzultuje nejasnosti či potíže vzniklé v průběhu nápravy. Pravidelně po půl roce, supervizor kontroluje postupy a výsledky práce jednotlivých dětí, o čemž podává písemnou zprávu a další doporučení.

Za využití zraku, hmatu, popř. i chutě je nezbytné procvičování motoriky mluvních orgánů. V těžších případech narušení vývoje uplatnění pasivního cvičení – masáží mluvních orgánů, aktivizace jejich svalstva, u lehčích narušení zaměření na specifika motoriky rtů, jazyka, měkkého patra, tzv. aktivního cvičení. Vhodná je i aplikace metody myofunkční terapie

logopedky Anity Kittelové, která se provádí v určitých fázích, a taktéž metody orofaciální regulační terapie. Obě techniky bývají vykonávány klinickým logopedem.

Neoddělitelnou součástí navrhovaných opatření je doporučení nácviku a rozvoje fonematické diferenciací a následného fonematického uvědomování.

Některým dětem, jejich rodičům, byla navržena péče klinického logopeda.

Následné opatření se týkalo spolupráce s rodiči při cvičeních komunikačních schopností. Rodiče s dítětem doma každý den alespoň 5 minut pracují na řečové nápravě.

Vhodným ustanovením by bylo i vzdělávání pedagogických pracovníků v bakalářských a magisterských oborech se specializací speciální pedagogika. Důležité navržení se také týká pravidelného proškolení pedagogických pracovníků formou seminářů, jejich informovanost o nových možnostech a formách péče o děti s postižením. V dnešní době je možné pracovat i s novými technikami, jakož je např. metoda VOKS, která u jedinců s MR má své uplatnění.

Dalším opatřením je komplexní spolupráce všech odborníků, jako je logoped, psycholog, pediatr, speciálně pedagogické centrum, učitel a samozřejmě rodina dítěte. Kladla bych velký důraz na schopnost komunikace všech těchto odborníků s rodinou, protože v této oblasti spatřuji velké rezervy. Vzájemné komunikační kruhy by byly velkým přínosem pro vzájemnou spolupráci.

11 Seznam použitých zdrojů

1. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
2. KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
3. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. 2. Vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.
4. KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0329-2.
5. KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
6. LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
7. LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
8. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
9. LESNÝ, I. a kol. *Dětská neurologie*. Praha: Avicenum, 1980.
10. PREISS, M. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
11. PULDA, M. *Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994.
12. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-973-9.
13. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-340-6.
14. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
15. ŠVINGALOVÁ, D. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2004. ISBN 80-7083-819-1.

16. TOMICKÁ, V. *Orientační logopedické vyšetření*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2004. ISBN 80-7083-808-6.
17. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
18. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

12 Seznam příloh

Příloha č. 1: Orientační logopedické vyšetření

Příloha č. 2: Pozorovací škála

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 1: *Orientační logopedické vyšetření*

Jméno	
Rodinná anamnéza	
Osobní anamnéza	
Orientační sluchová zkouška	
Orientační vyšetření mluvidel	
Orientační zkouška dýchání	
Orientační zkouška motoriky mluvidel	
Orientační vyšetření fonemického sluchu	

Dílčí zkoušky orientačního logopedického vyšetření

1 Anamnéza

V anamnéze zjišťujeme základní osobní, rodinné údaje, i sociální prostředí dítěte. Zabýváme se tedy jeho psychickým a fyzickým vývojem. Rozlišujeme anamnézu rodinnou a osobní. V rodinné anamnéze se zajímáme o nejrůznější poruchy (řečových orgánů, výslovnosti, sluchu, hlasu, levorukost) a nemoci. V osobní anamnéze zjišťujeme průběh těhotenství, porodu, vývoj dítěte v raném dětství, kdy začalo sedět, chodit, kdy se objevila první slova, věty, prodělané nemoci, úrazy, operace apod.

2 Orientační sluchová zkouška

Orientační vyšetření sluchu, které je zaměřeno na šeptanou a hlasitou řeč (Klenková, 2000, s. 47), je prováděno v tiché místnosti, kde dítě stojí bokem k nám při šeptané řeči na vzdálenost 6 m, při hlasité řeči na vzdálenost 8-10 m. Kolega zakryje dítěti oko z naší strany a nenásilně přikryje zvukovod druhého ucha. Jestliže dítě neumí správně zopakovat vyslovená slova, zmenšíme vzdálenost mezi ním a námi. Zaznamenáváme si vzdálenost, ze které dítě slyší všechna slova, zda slyší lépe slova složená z hlubokých nebo vysokých hlásek.

Sluch dítěte se jeví v pořádku, pokud slyší šeptanou řeč na 6 m, hlasitou řeč z 8 - 10 metrů.

(Slova s hlubokými hláskami např.: mouka, bouda, bába, buben, káva, máma. Slova s vysokými hláskami např.: čaj, čas, nos, noc, cvičí, léčí, tisíc, měsíc, šest.)

Takový způsob vyšetření sluchu je jen orientační, při sebemenším podezření na nedostatek sluchu odešleme dítě na odborné vyšetření (foniatrické oddělení, případně oddělení ORL).

3 Orientační vyšetření mluvidel

Cílem zkoušky je zjistit změny mluvidel, zhodnotit jejich stav.

Je sledován obličej dítěte, patro, rty, jazyk, zuby, jejich výměna, zda není popř. přirostlá jazyková uzdička.

4 Orientační zkouška dýchání

Při řečovém projevu dítěte se snažíme o zhodnocení stavu dýchání. Sledujeme a zjišťujeme dechovou ekonomii, který typ dýchání převládá a jaká je síla výdechového proudu. Uvážíme i možný vliv adenoidní vegetace.

5 Orientační zkouška motoriky mluvidel

Zjišťujeme pohyblivost všech částí mluvidel, které se podílejí na artikulaci. Při vyšetřování vše probíhá zábavnou, hravou formou s využitím zrcadla, dítě pracuje dle nápodoby a pokynů učitelky. Cviky nám umožňují zjistit pohyblivost rtů, dolní čelisti, měkkého patra.

6 Orientační vyšetření fonemického sluchu

Fonemický sluch je schopnost diferencovat nejmenší funkční jednotky jazyka (fonémy), které mohou rozlišovat význam slov. Sledujeme, zda je dostatečně rozvinutá fonemická diferenciací hlásek, rozlišení jednotlivých hlásek, správné či nesprávné znělosti.

K orientačnímu vyšetření můžeme použít dvojice obrázků, jejichž název se odlišuje vždy jedním fonémem (např. obrázky pila - bila, myje - pije, nos - noc, kos - nos, kráva - tráva, myška - miska) Sledujeme, zda dítě ukáže vždy námi požadovaný obrázek, zda je schopno rozlišovat slova, ve kterých foném změníme. (Klenková, 2000, s. 47)

Tomická (2002, s. 19) dělí zkoušky podle věku dítěte, rozšiřuje je o rozlišování přírodních zvuků, o rytimizaci slov na slabiky, určování první hlásky ve slově, fonemickou diferenciací obou řad sykavek a polosykavek a sluchovou analýzu a syntézu (děti 6-7leté).

V logopedické praxi se k vyšetření fonemického sluchu využívá test Škodové a kol.

7 Orientační vyšetření výslovnosti

Zkouška je prováděna podle Klenkové (2000, s. 49) formou rozhovoru s pomocí obrázků, pohádky apod. Vyšetřujeme hlásky v pozici na začátku, uprostřed a na konci slova. Postupujeme od hlásek artikulace snadnějších k obtížnějším.

Slova k vyšetření výslovnosti, jak je předkládá Klenková (2000, s. 50), vypracoval Štěpán:

a - máma, bába, pán, padá, mák, mává o - mámo, bábo, bonbon, Oto, boty

u - mámu, umí, buchtu,

ou - mouka, moucha, bouchá, jedou,

e - máme, dáme, vedeme, meleme, med

i - mamí, myje, mýdlo, míchá, jí, jíme,

ě - Běta, pěna, pěkný, věnec, Květy,

p - Pepa, pije, pán, paní houpá, koupá,

b - bába, Béd'a, bonbon, buben, bubnuje,

m - máma, máme, doma, umí, pumpa, mapa,

f - Fanda, fouká, fičí, fučí, hafá,

v - Věna, vana, voda, Eva, mává, baví, pivo
 j - Jana, jáma, jíme, jede, mají, hájá, táje,
 t - táta, teda, ty, Ota, mete, vítá, pata,
 d - Dana, dáme, doma dodá, Tonda, tady, tudy, voda,
 n - Nána, nemá, noha, Hana, buben, venku,
 i - ticho, tiká, tělo, nitě, chytí, kotě,
 d' - děda, dělá, děti, vidí, chodí, lodě,
 ň - někdo, nikdo, není, hodní, Toník, koně, káň, voní,
 l - láme, lampa, lepí, Láďa, mele, málo, jablko, kluci,
 k - Kája, mouka, koník, oko, káva, kámen, kape, kouká,
 g - Gusta, guma, gól, galoše, Olga, vagón,
 ch - chata, chytá, chyba, chová, Michal, ucho, moucha,
 h - Hana, houpá, houby, hájá, noha, tahá, váhy, ouha,
 c - cena, cely, cinká, více, ulice, konec, nic,
 s - sedí, sype, sova, Standa, mísa, maso, husa, pes, nos,
 z - zima, zebe, zelí, zajíc, koza, kazí, váza, vozí,
 c - čelo, čichá, čenich, koláče, míč, čokoláda,
 s - šije, šedý, šaty, šátek, Dáša, kaše myška
 z - žába, žije, žene, žito, běží, leží, váže, žízala,
 r - ruka, rána, troubí, metr, Petr, hadr, cukr, dobry,
 ř - řeka, říká, řada, řeže, hoří, vaří, šetří, křivý.

Ke slovům je vhodné předložit obrázky.

8 Orientační vyšetření slovní zásoby

Zjišťuje, zda slovní zásoba odpovídá věku dítěte.

Je sledována pasivní slovní zásoba – dítě dle našich pokynů vybere obrázek, aktivní slovní zásoba – dítě pojmenuje ukázaný obrázek, případně roztřídí a komentuje. Soubory obrázků jsou připraveny tak, aby zachycovaly slovní druhy, které by dítě v daném věku mělo používat. Obrázkový materiál je využit přiměřeně k věku dítěte. Zkouška byla prováděna samostatně, ale podle Tomické (2004) je možné ji začlenit do zkoušky řečového projevu.

9 Orientační zkouška řečového projevu

Zabývá se všemi jazykovými rovinami. Sleduje zastoupení slovních druhů, které dítě užívá, stavbu věty, tvoření souvětí. Zkoumá, zda se neobjevují přesmyky slabik nebo

dramatismy, zda dítě dokáže využít řeč ke komunikaci s ostatními. Jsou použity metody popisu obrázků, vyprávění dle obrázků, zkouška jazykového citu, dramatizace, volné vyprávění.

10 Orientační zkouška verbální sluchové paměti

Zkouška zjišťuje úroveň krátkodobé sluchové paměti na slovní podněty. Cílem je ověření schopnosti dítěte zapamatovat si pojmy, vybavit si pojmy, udržet v paměti (přiměřeně věku) větu o určitém počtu slov. Dále schopnost naučit se a zapamatovat si básničku v daném sledu bez přehazování slov, či bez tvoření si vlastních slovních spojení v rýmovačce nebo básničce. (Tomická, 2002, s. 27)

V této zkoušce se nepoužívá obrázkový materiál, jde o zkoušku verbální paměti bez optické opory. Jsou užity básničky, rýmovačky, hra na ozvěnu, prodlužování věty a další.

Přestože Klenková tuto zkoušku nezařazuje, považují ji za velice důležitou, poněvadž v dnešní době, kdy je komunikace mezi rodiči a dítětem stále omezenější, roste počet dětí mající deficit v této oblasti.

11 Orientační zkouška zrakové percepce

Ve vývoji řeči, má význam i zrak. Při výchově řeči zrak kontroluje mluvidla jiných osob i vlastní (zrcadlo napomáhá při napodobení řečového vzoru), proto bychom si, jak připomíná Klenková (2000, s. 47), měli u dětí všimnout výkonnosti zrakového analyzátoru.

Tomická (2002, s. 28) ve zkoušce zrakové percepce zjišťuje schopnost rozlišování stejných a nestejných tvarů, figury od pozadí, poznávání chybějící části obrázku, sledování linie, zrakovou paměť.

12 Orientační vyšetření laterality

Tomická (2004) aplikuje test laterality dle Štěpána – Petráše (1995):

- **Zkouška stavění kostek:** rozložíme před dítě kostky, vyzveme jej, aby postavilo věž. Sledujeme, jakou ruku užívá, jakmile používá stále stejnou, jedná se o dominanci této ruky. Staví-li střídavě pravou a levou rukou, sledujeme, kterou rukou klade poslední kostky, a zachraňuje před zhroucením dokončenou věž.
- **Zkouška zasouvání kolíčků:** před dítě na střed postavíme stojan s otvory a do stejné vzdálenosti od levé i pravé ruky dáme 5 kolíčků. Dítě má co nejrychleji zasunout kolíčky do otvorů. Sledujeme, kterou rukou pracuje, která bude dominantní. O vyhraněnosti ruky mluvíme v tom případě, že dítě zasune všech 5 kolíčků levou nebo pravou.

- **Zkouška stříháním:** položíme před dítě nůžky a papír, vše doprostřed. Dítě má papír přestříhnout. Dominantní je ta ruka, kterou bere nůžky a stříhá.
- **Zkouška kreslením:** před dítě položíme papír a tužku, tužka leží nad papírem, zhruba na středu. Vyzveme ho, aby nakreslilo domeček, květinu. Potom jej požádáme, aby obrázek nakreslilo druhou rukou, první kresbu zakryjeme. Obě kresby porovnáme. Hodnotíme pevnost linií v kresbě, bohatství detailů kresby, tlak na tužku.
- **Zkouška dominance oka (krasohled):** dítěti dáme krasohled, podle toho, ke kterému oku ho přiloží, a kterým si prohlíží obrazce, určíme vedoucí oko. Zkouška se provádí 3x. Také je možné dítěti nabídnout, aby se podívalo klíčovou dírkou ve dveřích.

Rodič (zákonný zástupce):

- ✓ musí souhlasit s vyšetřením
- ✓ měl by být vždy přítomen vyšetření, pokud nemá zájem být přítomen, je třeba mu předložit k podpisu souhlas s vyšetřením
- ✓ měl by být seznámen s účelem vyšetření
- ✓ měl by být jako první seznámen pro něho srozumitelným způsobem s výsledky vyšetření, přičemž interpretace musí být citlivá, ale zároveň vždy na profesionální úrovni (nutno pečlivě zvážit každé slovo)
- ✓ má právo promyslet navrhovaná doporučení a rozhodnout se, jaký postup zvolí

V rámci spolupráce by pak měl rodič naopak dodržet tato doporučení:

- ✓ podat co nejpresnější anamnestické údaje
- ✓ neměl by zasahovat do průběhu jednotlivých zkoušek
- ✓ měl by se podílet na sestavení logopedického plánu reedukace
- ✓ měl by se aktivně podílet na přímé logopedické nápravě dle doporučení logopeda. Je však nutné zvážit a zohlednit všechny možnosti zákonného zástupce (např. časové možnosti, rodič s vadnou výslovností by neměl provádět logopedická reedukační cvičení s dítětem apod.).

Příloha č. 2: Pozorovací škála

Pozorovací škála v oblasti řeči

Jméno	MR		DMO		Sluch		Zrak	
	29		27		12		10	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Lexikálně sémantická rovina:								
1. Pojmenuje 4 -5 předvedených předmětů								
2. Dokáže zařadit různé obrázky pod nadřazené pojmy – „zvíře, hračka“								
3. Zazpívá jednoduchou písničku								
4. Odříká jednoduchou říkanku								
5. Dokáže popsat obrázek								
6. Umí reprodukovat vyslechnutý příběh								
7. Vypráví na zadané téma								
Pragmatická rovina:								
8. Umí mluvit o svých zážitcích								
9. Vyjadřuje své pocity								
10. Pokouší se o krátkou konverzaci								
Morfologicko syntaktická rovina:								
11. Používá množné číslo								
12. Rozlišuje velký X malý								
13. Používá minulý čas								
14. Používá protiklady								
Foneticko fonologická rovina:								
15. Tvoří správně všechny hlásky								
16. Vynechává některé hlásky								
17. Nahrazuje určité hlásky								

Tabulka č. 3: Pozorovací škála v oblasti řeči

18. Ovládá jemnou motoriku mluvidel								
19. Provází komunikaci nápadnými gesty, mimikou, doprovodnými pohyby								

Tabulka č. 4: Pozorovací škála v oblasti řeči

Vysvětlivky: ANO – úkol, činnost vykovává, zvládá

NE - úkol, činnost nevykovává, nezvládá

Použité zkratky: MR – mentální retardace

DMO – dětská mozková obrna

Sluch – sluchové postižení

Zrak – zrakové postižení

Příloha č. 3: Dotazník

Vážené kolegyně,

Jsem studentkou speciální pedagogiky předškolního věku na Technické univerzitě v Liberci. Pracuji na bakalářské práci - téma „Symptomatické poruchy řeči“. Prosím Vás o spolupráci na získání údajů, které poslouží mému průzkumu. Veškeré informace budou zpracovány anonymně. Díky za Váš čas a pomoc

1. Umístění mateřské školy:

- v obci
- ve městě

2. Typ mateřské školy:

- běžná
- běžná MŠ se speciální třídou
- speciální MŠ

3. Probíhá v MŠ logopedická poradna:

- ano (jak často)
- ne

4. Logopedickou péči v MŠ zajišťuje:

- logoped
- logopedický asistent
- odborná pracoviště SPC, PPP
- logopedická péče se neposkytuje

5. Uved'te, kolik dětí ve vašem zařízení je integrovaných:

	počet
s mentální retardací	
s dětskou mozkovou obrnou	
se sluchovým postižením	
se zrakovým postižením	

6. Kterou řečovou vadu má nejčastěji diagnostikovanou dítě s mentální retardací (uved'te počet):

- Dyslalii
- Dysartrii
- Koktavost
- Huhňavost

7. U kolika dětí jste zaznamenali:

	MR	DMO	Sluchové postižení	Zrakové postižení
Narušení obratnosti mluvidel				
Narušení fonematického sluchu				
Narušení výslovnosti				
Narušení slovní zásoby				
Problém v navazování, udržení rozhovoru				
Problém v užívání množného čísla, skloňování, časování				

Vysvětlivky: MR – mentální retardace

DMO – dětská mozková obrna

8. Zaznamenali jste narušené neverbální chování u dětí se zrakovým postižením (neumí mimikou vyjádřit radost, smutek; tvář je strnulá...)?

- odpověď zaškrtněte

- ANO (u kolika)
- NE

Děkuji za spolupráci!
Kligerová Regina