

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Rodiče dětí s vývojovou dysfázií z hlediska logopedické intervence

Parents of children with developmental language disorder from the perspective of speech
therapy intervention

Bc. Barbora Dvořáková

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N 7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

Odevzdáním této diplomové práce na téma Rodiče dětí s vývojovou dysfázií z hlediska logopedické intervence potvrzuji, že jsem práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 29. 4. 2020

.....

Dvořáková Barbora

Na prvním místě bych ráda poděkovala paní doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za profesionální vedení této práce, trpělivost a poskytování cenných rad během vypracovávání práce. Dále děkuji Ing. Martině Dvořákové za cenné rady. Také bych chtěla poděkovat všem rodičům dětí s vývojovou dysfázií, kteří se podíleli na výzkumné části práce. V neposlední řadě chci poděkovat mé rodině, která mi byla během studia velkou oporou.

ABSTRAKT

Diplomová práce je z oblasti speciální pedagogiky a logopedie. Řeší problematiku rodičovství dětí s vývojovou dysfázií. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V úvodních kapitolách diplomové práce je charakterizována rodina dítěte s postižením, dále je charakterizována vývojová dysfázie, blíže její terminologie, klasifikace, etiologie, symptomatologie, diagnostika a terapie. V práci jsou také definovány možnosti logopedické intervence u dětí se speciálně narušeným vývojem řeči. Hlavním cílem diplomové práce je představit problematiku rodičů dětí s vývojovou dysfázií, tento hlavní cíl je dosažen výzkumným šetřením

Tato práce může být inspirací pro logopedy a další odborníky, kteří pracují s rodinami a jejich dětmi s vývojovou dysfázií. Práce může také inspirovat studenty a další rodiče, i ty, kterým byla právě oznámena diagnóza. Diplomová práce může být východiskem pro další studie vědeckého charakteru, které se zabývají stejnou problematikou.

KLÍČOVÁ SLOVA

vývojová dysfázie, specificky narušený vývoj řeči, rodičovství, logopedická intervence

ABSTRACT

The diploma thesis is from the area of special pedagogy and speech therapy. It deals with the issue of parenthood of children with developmental dysphasia. The thesis is divided into two parts, the theoretical part and the empirical part. The thesis starts with characterisation of the family with disabilities and continues with further developmental dysphasia, its terminology, classification, etiology, symptomatology, diagnostics and therapy are characterized. The thesis defines the possibilities of speech therapy intervention in children with special impaired speech developmental dysphasia. This main goal is achieved by research.

This diploma thesis can be an inspiration for speech therapists and other professionals who work with families and their children with developmental dysphasia. It can also inspire students and other parents even whose child has been diagnosed with this disease. The thesis may be the starting point for further studies of a scientific character that focus on same subject.

KEYWORDS

developmental language disorder, specific language impairment, parenthood, speech therapy intervention

Obsah

Úvod	7
1 Rodina jako přirozené prostředí dítěte.....	9
1.1 Funkce rodiny	11
1.2 Rodina dítěte se zdravotním postižením	12
1.2.1 Reakce rodiny na sdělení o závažném postižení jejich dítěte.....	13
1.2.2 Rizikové výchovné postoje rodiny vůči dítěti s postižením	14
1.3 Partnerství a manželství matek postižených dětí	16
2 Vývojová dysfázie - specificky narušený vývoj řeči.....	18
2.1 Terminologie.....	18
2.2 Klasifikace vývojové dysfázie	20
2.3 Etiologie vývojové dysfázie.....	21
2.4 Symptomatologie vývojové dysfázie	23
2.4.1 Oblast řeči/jazyka/komunikace.....	23
2.4.2 Oblasti přímo propojené a řečí/jazykem/komunikací.....	24
2.5 Diagnostika vývojové dysfázie	25
2.5.1 Diferenciální diagnostika vývojové dysfázie	27
2.5.2 Úloha klinického logopeda.....	28
2.6 Terapie vývojové dysfázie	30
2.6.1 Terapie zaměřená na celkový rozvoj dítěte	32
3 Logopedická intervence u specificky narušeného vývoje řeči	35
3.1 Logopedická intervence v rezortu zdravotnictví	35
3.2 Logopedická intervence v rezortu školství	36
3.2.1 Logopedické školy.....	36
3.2.2 Speciálně pedagogická centra (SPC).....	37

3.2.3	Pedagogicko-psychologické poradny (PPP).....	38
3.3	Logopedická intervence v rezortu práce a sociálních věcí	38
3.3.1	Raná péče.....	38
4	Výzkumná část	40
4.1	Cíle výzkumu a metodologie	41
4.2	Kvantitativní výzkum	42
4.2.1	Dotazníkové šetření	42
4.2.2	Grounded theory	60
4.2.3	Zhodnocení výsledků kvantitativního výzkumu	64
4.3	Kvalitativní výzkum	64
4.3.1	Příběh rodiny A	66
4.3.2	Příběh rodiny B.....	69
4.3.3	Shrnutí kvalitativních výsledků	71
4.4	Diskuze a doporučení pro praxi.....	74
Doporučení pro praxi.....		76
Závěr.....		77
Seznam použité literatury		79
Seznam zahraničních zdrojů.....		82
Internetové zdroje		82
Seznam příloh.....		84
Seznam grafů		85
Seznam obrázků.....		86
Seznam tabulek.....		87

Úvod

Množství dětí s vývojovou dysfázií v ambulancích klinickým logopedů neustále narůstá. Většina laické společnosti nemá tušení, co si pod termínem vývojová dysfázie představit, a proto se rodiče těchto dětí dostávají často do situací, kdy musí neustále okolí vysvětlovat, co si pod tímto pojmem představit. Možná i díky této neznalosti dochází ke zkreslenému pohledu na diagnózu a unáhlenému souzení rodičů dětí s touto narušenou komunikační schopností. Každé dítě s vývojovou dysfázií je jiné, záleží na hloubce a rozsahu postižení. Za určitou nevýhodu se dá považovat fakt, že postižení není na první pohled viditelné. Díky tomu se rodiče dětí s vývojovou dysfázií mohou dostávat do nepříjemných situací.

Proběhlo již nespočet studií, které se zabývaly dětmi s vývojovou dysfázií. Ale jak se cítí jejich rodiče a jak se právě oni podílejí na logopedické intervenci svých dětí? I těmito otázkami se zabývá tato diplomová práce. Často jsou právě rodiče ti, kteří by potřebovali odbornou radu, či pomoc.

Během své praxe ve školství se autorka setkala s matkou dítěte s vývojovou dysfázií, která mě díky jejímu životnímu příběhu k tomuto tématu přivedla. Mnohokrát jsme si povídaly o tom, jak celou situaci prožívala její rodina a jak se cítila ona jako rodič dítěte s vývojovou dysfázií. Její vyprávění mě natolik zaujalo, že jsem se ptala stále a stále dokola, až jsem se rozhodla zajímat se o tyto rodiče ve své diplomové práci. Dříve jsem si myslela, že jakožto budoucí logoped se budu v práci věnovat převážně dětem, a ne jejich rodičům. Nyní si myslím, že prací v praxi s rodiči dětí s vývojovou dysfázií mi otevřela oči a bránu k pochopení této problematiky z jiného úhlu.

Hlavním cílem diplomové práce je představit problematiku rodičů dětí s vývojovou dysfázií, tento hlavní cíl je dosažen výzkumným šetřením.

Diplomová práce se zabývá v teoretické i praktické části problematikou rodičovství dětí s vývojovou dysfázií. Cílem teoreticky koncipované části diplomové práce je definovat rodinu jakožto přirozené prostředí dítěte, vývojovou dysfázií a blíže vymežit informace týkající se její terminologie, klasifikace, symptomatologie, diagnostiky

a terapie. Dále je v teoretické části popsána logopedická intervence u speciálně narušeného vývoje řeči.

Praktická část diplomové práce navazuje na část teoretickou a zabývá se problematikou rodičovství dětí s vývojovou dysfázií. Tato část zahrnuje samotný výzkum, který má charakter výzkumu smíšeného. Smíšený výzkum je realizován metodami kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Kromě výsledků dotazníkového šetření jsou představeny i dva rozhovory s rodiči těchto dětí, které přiblíží problematiku rodičovství dětí s vývojovou dysfázií. V závěru práce jsou zhodnoceny cíle výzkumného šetření.

Diplomová práce nabízí pohled na rodičovství dětí s touto diagnózou a podíl rodičů na logopedické intervenci.

1 Rodina jako přirozené prostředí dítěte

Rodina je základní a nejvýznamnější společenskou jednotkou, společenský význam rodiny je nezastupitelný, díky čemuž je tato jednotka chráněna zákonem. Zárukou zdravé výchovy dětí je jediné zdravá rodina (Veselá a kol., 2003).

Rodinu je možné považovat za institucionalizovaný sociální útvar, pokud se skládá minimálně ze tří osob, které jsou spojeny nejen pokrevně, ale i velmi blízkými citovými vazbami. V rodině má velmi významnou roli podpora jejích členů, pocit sounáležitosti a příslušnosti ke skupině. Každá rodina má své specifické sociální klima, které má význam nejen pro dítě, které v rodině vyrůstá, ale i pro ostatní příslušníky rodiny. Jedinec v rodině prožívá velmi důležitý pocit bezpečí a vzájemné sounáležitosti (Kraus, Poláčková, 2001). Jedná se tedy o tradiční společenství, které je možné nalézt v různé podobě v každé kultuře. V rodině jsou vytvářeny základní charakteristiky duševního života jedince, od narození rodina ovlivňuje vývoj jedince. Jsou zde utvářeny velmi silné citové vazby, které mají dlouhodobý vliv na jedince, ten si s sebou do života odnáší základní pojetí citů, modely chování a základní stupnici hodnot, kterou mu poskytla jeho původní rodina (Jedlička a kol., 2004).

Velký sociologický slovník definuje rodinu takto: „*obecně původní a nejdůležitější společenská skupina a instituce, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje.*“ (Maříková, Petrusek, Vodáková, 1996, s. 940).

Rodinu definuje také Dvořák (2007, s. 172): „*rodina – malá společenská skupina založená na manželství či pokrevním příbuzenství a odpovědnosti, vzájemné pomoci; v širším pojetí zahrnuje příbuzenstvo; rodina je nenahraditelná zejména pro fyziologický vývoj dítěte, pokud plní základní funkce v oblasti biologické, psychické, emociální a sociální.*”

Matějček (1992) tvrdí, že vnější znaky rodiny pro dítě nejsou důležité tak jako to, aby byly uspokojovány jeho základní psychické potřeby. Rodina v první řadě formuje osobnost dítěte a uspokojuje základní psychické potřeby nejen dítěte, ale i jeho rodičů, či vychovatelů. Jedním z typických znaků rodiny je i trvalost a hloubka citových vztahů, díky nimž jsou uspokojovány potřeby životní jistoty, kdy je tato potřeba nejvíce uspokojována právě v citových vztazích. Dále by v rodině měla být uspokojována potřeba otevřené budoucnosti. Vychovatel by měl svoji budoucnost předvídat a plánovat s ohledem na dítě a budoucnost dítěte předvídat, plánovat a formovat. Pro rodinu je typické sdílení společného prostoru, času a zážitků. Toto sdílení je základním předpokladem pro následné učení a vzdělávání. Nejedná se o učení dle učebních osnov, ale učení, které autor označuje jako „školu života“, tj. učení ztotožněním se, nápodobou, společnými činnostmi, soužitím a poutavými vzory pro dítě. Typickým znakem rodiny je i vzájemná interakce jejích členů, tedy vzájemné působení jeden na druhého. Významnou roli hraje v rodině i vzájemné odpouštění si. V neposlední řadě je důležité neopomenout typický znak pro rodinu, a to fakt, že členové rodiny touží dělat dalším členům radost.

Nejvýznamnější sociální skupinou je právě rodina, která zásadně ovlivňuje vývoj osobnosti dítěte. Nejvíce vývoj osobnosti dítěte ovlivňuje styl rodinné výchovy. Všichni členové rodiny na sebe mají vliv a vzájemně se ovlivňují, často i nevědomě. Dítě díky rodině získává sociokulturní zkušenosti, které dítěti zprostředkovává typickým způsobem pro ni samotnou. Každá rodina jakožto sociální skupina má své **vlastnosti** (stabilita, otevřenost, pružnost aj.), které jsou velmi významné z hlediska jejich působení (Vágnerová, 2005).

Podle Dvořáka (2007) může být několik typů rodiny. Prvním zmiňovaným typem je rodina **afunkční**, která selhává v některé oblasti, další je rodina **disociovaná**, kdy se rodina rozpadá je poškozena velkými rozpory mezi rodiči. Za rodinu disociovanou považuje i rodinu, kdy ve společné domácnosti nebydlí jeden z rodičů. V rodině **neúplné** chybí jeden z rodičů. Rodina **dysfunkční** neplní některé funkce. Existuje i rodina **obnovená** v případě, že se rodiče po předchozím rozpadu k sobě opět vrátí. Posledním typem, který autor zmiňuje, je rodina **simplexní**, kterou definuje jako rodinu s jednoduchým, primitivním prostředím.

1.1 Funkce rodiny

Vzhledem k tomu, že se rodina nachází v určitém společenském prostoru, tak jsou její funkce měnné. Určité funkce zanikají a nové zase vznikají. Některé funkce mění svůj obsah, ať už zužováním, či rozšiřováním. Jiné se proměňují a přetvářejí svoji podobu (Kraus, Poláčková, 2001).

Biologicko-reprodukční funkce rodiny má význam pro jedince i pro společnost. Význam pro společnost spočívá v reprodukci, jejíž základ tvoří rodina. V posledních letech lze pozorovat úbytek narozených dětí a vyšší věk matky, což je dáno tím, že dítě může být chápáno jako překážka v seberealizaci a profesním růstu. **Sociálně-ekonomická funkce** znamená, že rodina má také význam pro ekonomický systém společnosti. Členové rodiny vykonávají daná povolání, čímž se podílejí na rozvoji ekonomického systému státu. Současně je trh závislý na rodině jakožto spotřebiteli. Rodina má i funkci ochrannou, kdy zajišťuje životní potřeby nejen svým dětem, ale také ostatním členům, a to převážně těm v důchodovém věku (např. pacienti jsou propouštěni z nemocnic dříve, tudíž je třeba, aby se o ně někdo postaral). **Socializačně-výchovná funkce:** První sociální skupinou, která má na dítě vliv, je jeho rodina, zde se připravuje na praktický život. Může nastat i situace, kdy rodina tuto funkci přenechává škole, což je dle autora způsobeno nevhodnými styly ve výchově (Kraus, 2008). Rodiče jsou ti, kteří dětem předávají rodinné zásady a také hodnoty, učí je emoční inteligenci a regulaci jejich chování (Kopecká, 2015).

Emociální funkce rodiny je zcela nenahraditelná. Takový pocit sounáležitosti, lásky, bezpečí a jistoty žádná jiná instituce než rodina nedokáže vytvořit. V poslední době přibývá rodin, které citovou funkci plní s obtížemi, či vůbec. Důvodem jsou stále častější rozvody rodičů. **Rekreační funkce** má pro děti největší význam. Plnění této funkce je zřetelné například v tom, jak tráví rodina svůj volný čas, či jakým způsobem tráví dovolenou (Kraus, 2008). Nejvíce si zmíněné aktivity užívají děti. Nevýhodou dnešní doby bývá fakt, že děti navštěvují mnoho zájmových kroužků namísto společně tráveného rodinného času (Kopecká, 2015).

1.2 Rodina dítěte se zdravotním postižením

Matoušek (2008, s. 255) ve Slovníku sociální práce definuje zdravotní postižení jako: „*postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Hlavními běžně užívanými kategoriemi zdravotního postižení jsou: postižení sluchu, postižení zraku, poruchy řeči/komunikace, postižení mentální, postižení pohybového ústrojí, postižení duševní poruchou. U jednotlivého člověka se mohou vyskytovat v různých stupních a různých kombinacích.*“

Zdraví dítěte má pro rodiče jednu z největších hodnot. Naopak, pokud dítě zdravé není, můžeme mluvit o jednom z největších traumat, které může rodiče potkat. S tímto faktem není pro rodiče jednoduché se vyrovnat. Tato situace přináší mnoho stresu a definitivně změní dosavadní život. Zjištění postižení dítěte je velmi psychicky náročnou situací, která může vyvolávat různé obranné reakce rodičů. Znalost celého procesu vyrovnání se s danou situací je potřebným předpokladem správného načasování účinné pomoci (Vágnerová a kol., 2009).

Podle Matějčka (2001) první zjištění, že je s dítětem něco v nepořádku, znamená pro rodinu jistý otřes, a to v představách a postojích rodičů dítěte. Nehledě na to, kdy ke zjištění dojde, tato skutečnost změní rodině celý život. První pocit, který rodiče prožívají, bývá úměrný faktu, o jaký defekt se jedná a také tomu, jak dalece do budoucnosti si rodiče dovedou uvědomit dosah postižení.

Matějček (2001, s. 26) tvrdí, že „*děti v nemoci a v postižení mají tytéž základní potřeby, jako všechny ostatní děti (výjimku tvoří snad jen děti s nejtěžším stupněm mentální retardace).*“

Pro rodiče je dítě často zdrojem radosti, naplněním vztahu a tužeb. Vzhledem k tomu, že pro rodiče je samozřejmostí to, že dítě se narodí zdravé, tak se na jeho příchod do rodiny velmi těší. Pokud tomu tak není, zdá se rodičům tento problém neřešitelný. U malých dětí se tento problém týká převážně rodičů, samotného dítěte se začne týkat nejdříve ve školním věku a období puberty (Jankovský, 2001).

1.2.1 Reakce rodiny na sdělení o závažném postižení jejich dítěte

Rodina se s postižením dítěte vyrovnává individuálně. Lze říci, že většina rodičů prochází reakcemi a pocity, které jsou srovnatelné se stádiem vyrovnání se s vlastním onemocněním, jak je popsala E.Kübbler-Ross (Vágnerová, 2012). Těžký proces vyrovnání se s postižením má charakteristický průběh. Jako první jej popsala E.Kübbler-Ross. V zásadě se jedná o **6 stádií**.

Prvotní reakcí, kterou rodina zažívá je **šok**. Jedná se o velmi silnou emoční reakci na sdělení, že dítě, které se narodilo, je postižené. Tato realita, která nastala, je pro rodiče zcela nečekaná. Často si kladou otázku, proč zrovna oni. Je důležité si uvědomit, že zde dochází pro rodiče ke ztrátě představy vysněného zdravého dítěte. Následující typickou reakcí je **popření**. V této fázi rodiče vnímají postižení dítěte jako omyl, nechtějí si připustit danou skutečnost. Často dojdou rodiče k hledání jiných lékařských odborníků s nadějí, že dostanou příznivější zprávu. Dále rodiče a nejbližší příbuzní procházejí fází **smlouvání**. V této etapě jsou rodiče tak zoufalí, že hledají útěchu v ezoterice, smlouvání s Bohem či mystice. **Agrese a zloba** jsou další typickou reakcí. Rodičům nastává situace přijde nespravedlivá, tudíž může nastat situace, že i oni mají tendence dělat něco nespravedlivého, což se může projevat zlobou vůči zdravotnickému personálu. Paradoxně se může zdát, že zloba se projevuje nejčastěji vůči těm, kteří jsou vůči rodině nejnámavější. Často nastává situace, že se rodiče obviňují navzájem. Ve fázi, která se nazývá **deprese**, se obvykle dostaví pocit viny, selhání a naprostý smutek. Selhání se může projevit tím, že rodiče se začnou stydět za dítě a budou mít touhu žít někde v ústraní. Někdy nastává i situace, kdy rodiče napadá skutečnost, že postižení dítěte je jim uloženo jako trest za dřívější chování. Poslední fází je **akceptace, vyrovnání se s danou situací**. Vyrovnání se s nastalou situací nastává tehdy, pokud rodiče přijmou dítěte takové, jaké je. Může pomoci i vyhledání kontaktu na rodiče, kteří jsou ve stejné situaci (Jankovský, 2001). Poslední fáze může nastat za velmi dlouhou dobu, vždy se doba odvíjí od vyspělosti obou rodičů dítěte (Plevová, 2007).

Může nastat situace, že rodiče nedokáží přes veškerou zlobu a smutek dojít do fáze, kdy se se situací vyrovnají, čímž může dojít k dvojstrannému vztahu s dítětem. Následkem tohoto vztahu, kdy se dítěti nedostává péče, kterou by potřebovalo, může dojít k frustraci.

Jindy může dojít k situaci, kdy se dítě stane terčem zlosti rodičů. U otců častěji nastává stav, kdy chtějí opustit rodinu, kde se narodilo ono postižené dítě. Ne zřídka se stává, že rodiče se rozhodnou dítě umístit do ústavní péče. Je dobré si uvědomit, že nemůžeme rodiče za jejich chování odsuzovat vzhledem k tomu, že neznáme rodinnou situaci ani okolnosti, které vedou k jejich chování (Jankovský, 2001).

1.2.2 Rizikové výchovné postoje rodiny vůči dítěti s postižením

Dítě se zdravotním postižením se vyvíjí vzhledem k intaktním dětem pomaleji, projevy chování odpovídají mladšímu dítěti. Tyto projevy mohou mít za následek to, že rodičovské potřeby nejsou dostatečně uspokojovány. Postoje rodičů k dítěti s postižením mohou mít podobu obranného mechanismu, který se projevuje příliš negativně, nebo naopak pozitivně laděnou výchovou. Tento extrémní přístup se netýká pouze dítěte s postižením, ale i jeho sourozence. **Zavrhuující výchova**, která se nejčastěji projevuje skrytě, kdy rodiče dítě nadměrně trestají, omezují, či utlačují. Reakce dítěte je buď vzdor, nebo stagnace. Dalším typem výchovy je **zanedbávající výchova**. Příčinou zanedbávající výchovy je rezignace rodičů na budoucí uplatnění dítěte, která se projevuje neuspokojováním základních potřeb dítěte, nebo dokonce jejich plným zanedbáváním. Stimulace ze strany rodičů je nulová. **Rozmazlující výchova** se projevuje nadměrnou tolerancí dítěte a snahou mu odstranit všechny překážky, se kterými se potýká. Rodiče mají o dítě strach, lpí na něm a díky tomu udržují dítě, ať už podvědomě či vědomě, v závislosti na nich. Nastává situace, kdy rodiče dítěti nedovolí osamostatnit se v oblastech, kde je kompetentní. Dítě své rodiče ovládá a postupně ztrácí vůči nim autoritu (Přinosilová in Opatřilová, 2006).

Úzkostná výchova. Příčinou tohoto typu výchovy může být kompenzace vnitřního nepřijetí postiženého dítěte, které je navenek prezentováno jako obětování se dítěti na maximum. Projevuje se nezdravým ochraňováním dítěte, kdy mu rodiče zakazují aktivity, které by si přálo. Neustálým ochraňováním a zakazováním dítě ztrácí iniciativu k vlastní aktivitě. Reakce dítěte záleží na jeho temperamentu – buď je obranná, nebo rezignuje a zcela se oddá péči rodičů. **Perfekcionistická výchova** je specifická tím, že rodiče mají nepřiměřené nároky na dítě, a to převážně v oblasti vzdělávání, očekávají

od něj dokonalost, vzhledem k postižení. Problémem je, že si rodiče nedovedou reálně uvědomit možnosti dítěte, čímž dochází k přetěžování dítěte. Vzhledem k vysokým nárokům na úspěch ve škole nehledí na další úspěchy dítěte, jako jsou například adaptace v kolektivu a samostatnost. Tento nepřiměřený tlak lze chápat jako snahu kompenzace postižení před veřejností (Přinosilová in Opatřilová, 2006). Matějček (2001) dodává, že rodiče se přehnaně snaží, aby dítě bylo úspěšné a ve všem první. Kladou na něj nepřiměřené nároky, ženou jej do nepřiměřených výkonů a nadměrné soutěživosti s ostatními. Pokud je dítě neustále přetěžováno, může tím být neurotizováno a doháněno k nejrůznějším obranným postojům. Díky tomuto způsobu výchovy nemusí dojít ke zdravému utváření osobnosti jedince.

Protekční výchova spočívá v „prošlapávání cestičky“ dítěti, což rodiče požadují i po okolí, s kterým je dítě v kontaktu. Rodiče chtějí, aby dítě dosáhlo ve společnosti hodnost a postavení, které považují za adekvátní, a není pro ně důležitý způsob, jakým těchto hodnot a postavení dosáhne. To vede k nesamostatnosti dítěte a očekávání od společnosti, že má práva na privilegia. Protekční výchovu lze opět chápat jako způsob kompenzace postižení (Přinosilová in Opatřilová, 2006). Podle Matějčka (2001, s. 29): *„jindy vidíme naopak přepjatou snahu „dítěti pomoci“ tím, že se rodiče pro ne domáhají nových a nových vyšetření, nemocničního léčení, nebo trvalé umístění v ústavu, když pro to nejsou ani léčebné, ani sociální důvody. Je pochopitelné, že takovýmto postojem je dítě opět zaháněno do pasivity a rezignace, anebo naopak do vzdorů a protestních projevů.“*

Vliv na výchovné postoje má i to, jestli je dítě s postižením jedináček, nebo jestli má sourozence. Pokud má dítě staršího sourozence, ve většině případů nejsou výchovné způsoby tak extrémní a pro rodiče je snadnější se vyrovnat s postiženým dítětem. Pokud je postižené dítě nejstarší a do rodiny se časem narodí i zdravé dítě, situace se pravděpodobně uklidní, pozornost se rozptýlí a starší dítě s postižením má větší možnost osamostatnit se. Nejhůře prožívají postižení dítěte rodiny, kde je dítě s postižením jediným dítětem v rodině (Přinosilová in Opatřilová, 2006).

1.3 Partnerství a manželství matek postižených dětí

Nejvýznamnějším sociálním faktorem, který ovlivní zvládnání zátěže, která přichází s narozením postiženého dítěte, je **kvalita manželství a opora partnera**. Ve chvíli, kdy rodiče zjistí, že jejich dítě je postižené, tak mohou toto trauma sdílet společně. Důležité je, aby se rodiče o své manželství v těchto těžkých chvílích v rámci možností starali, trávili společný čas a upřímně spolu komunikovali. Problém může nastat v důsledku toho, že muži a ženy kladou důraz na jiné aspekty manželství. Prožívání, zátěže a projevy smutku bývají rozdílné u mužů a u žen. Muži mívají problém mluvit o svých pocitech, nehledají podporu ani pomoc, v těchto případech se často uzavírají do sebe a může nastat i situace, kdy muž od rodiny odejde. Rodiče dítěte s postižením během vztahu projdou několika krizovými obdobími, kdy se alespoň jeden z nich necítí dobře. Obvyklé je, že dojde k rozpadu manželství. Kromě výše zmíněných důvodů jich je mnoho dalších. Důvodem může být i fakt, že oba rodiče jsou tak **traumatizováni** tím, že se jim narodilo postižené dítě, že každý z nich na tuto skutečnost s největší pravděpodobností bude reagovat jinak. K narušení vztahu může dojít i díky **změně životního stylu**, kdy je většina času podmíněna potřebám dítěte na úkor společně stráveného času rodičů (Vágnerová a kol., 2009).

V pozdějším období bývá pro rodiče důležité to, jak se dítě dokáže uplatnit, což záleží na kritériích postižení dítěte. Úspěch dítěte často rodiče prožívají, jako by byl jejich vlastní. Úspěch dítěte pro ně může znamenat i pocit zvládnutí situace. Důležité je zmínit **faktor společného času** a prostoru na sebe samotné. Je zcela normální, že rodičům energie dochází, protože péče o takové děti bývá často velmi náročná jak psychicky, tak i fyzicky. Důležité je, aby se rodiče dokázali čas od času od dítěte odpoutat, aby mohli naplňovat své vlastní potřeby. Lásky rodičů je pro dítě velmi důležitá. Pokud se rodiče rozvedou, může u dítěte dojít k pocitu viny. Autorka tvrdí, že dětem nepomůže ani fakt, že rodiče jsou spolu pouze „kvůli dětem“. Matky by se měly snažit nedávat veškerou svou energii dítěti. Otcové by měli hledat způsob, jak matce ulevit (Fitznerová, 2010).

Vágnerová a kol. (2009, s. 197) doplňuje „*aby manželství mohlo plnit svou funkci, je třeba o partnerský vztah pečovat. Není dobré na něj rezignovat a zabývat se pouze*

*postiženým dítětem, jak činí některé matky. Pro udržení přijatelné kvality vztahu je důležitá otevřenost a flexibilita komunikace, ale i vzájemné pochopení a tolerance k osobnostním rozdílům. Spokojenost v partnerském vztahu posiluje **možnost vyjadřovat v něm své emoce**. Nemožnost projevat svoje pocity má nepříznivý vliv na osobní pohodu i zvládání jakéhokoliv stresu.“*

2 Vývojová dysfázie - specificky narušený vývoj řeči

Vývojová dysfázie je porucha, jejímž hlavním příznakem je opoždění řeči, které postihuje výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu (Kutálková, 2009). **Vývojová dysfázie, neboli specificky narušený vývoj řeči**, je narušená komunikační schopnost, která je řazena mezi vývojové poruchy. Zasahuje expresivní i receptivní složku řeči v různých jazykových rovinách. Postihuje vývoj celé osobnosti dítěte, zasahuje oblasti paměti, pozornosti a motoriky. Vliv má také na motivaci a unavitelnost jedince, emoční stránku a sociální vztahy, které jsou negativně ovlivněny opožděním ve vývoji řeči (Klenková, 2006).

Jde se o nejčastější vývojovou poruchu vyšších psychických funkcí v časném období. Vývoj řeči je opožděn, kdy lze v některých aspektech řeči pozorovat kvalitativní odchylky (Krejčířová in Svoboda a kol. 2009). Narušený vývoj řeči může být dominantním příznakem v klinickém obraze, ale také se u dítěte může objevit jako součást jiných vývojových poruch, specifíků a deficitů (Mikulajová in Lechta, 2003).

2.1 Terminologie

Ve starších odborných pramenech je možné nalézt názvy pro vývojovou dysfázii, které se již nepoužívají, jako jsou alalie, afemi či dětská vývojová nemluvnost (Klenková, 2006). Hála a Sovák (1947, s.185) užívali termín sluchoněmota. „*sluchoněmým nazýváme dítě, které ještě ani po třetím roce nemluví a dorozumívá se jenom posuňky; slyší však dobře a není slabomyslné*“.

V české logopedické praxi i odborné literatuře jsou využívány oba pojmy, a to vývojová dysfázie i specificky narušený vývoj řeči. Důvodem existence mnoho klasifikací může být i fakt, že specificky narušený vývoj řeči má velmi komplikovanou symptomatologii, která se projevuje v oblasti lingvistické i nelingvistické (percepce, orientace, paměť aj.). Z čehož vyplývá, že je zasažena celá osobnost jedince (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Termín vývojová dysfázie nemá jednotné obsahové vymezení. Tento typ poruchy různí autoři označují jinak. Za vývojovou dysfázi je možné považovat specificky narušený vývoj řeči, jenž je důsledkem raného poškození mozku (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

Watkins a Rice (1994, in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, s. 41) označují specificky narušený vývoj řeči takto: *“vývojová porucha jazyka při absenci neurologických, senzomotorických, neverbálně kognitivních či sociálně emocionálních deficitů.”*

Kutálková (2002, s. 43) zmiňuje, že *„název dysfázie vystihuje podstatu poruchy nejlépe: dys– jako předpona označující narušení vývoje; –fázie odkazující na řečové funkce jako celek. Z tohoto pohledu je přívlastek v označení poruchy, které se dnes nejčastěji používá – vývojová dysfázie – vlastně nadbytečný.”*

V současné klinické logopedii je **vývojová dysfázie chápána jako specificky narušený vývoj řeči**. Doposud bylo použito mnoho termínů a definic. Důvodem rozdílnosti definic je fakt, že vznikaly v mnoha lékařských i nelékařských oborech napříč různými časovými obdobími. V současné klinické logopedii je termínem vývojová dysfázie označován specificky narušený vývoj řeči, který se projevuje ve ztížené schopnosti nebo neschopnosti naučit se komunikovat verbálně i v případě, že podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené (Škodová, Jedlička, 2007).

Pospíšilová (Neubauer a kol., 2018) uvádí čtyři nejčastěji užívané termíny. Prvním z nich je **jazyková porucha (language disorder)**, kterému dává přednost Americká psychiatrická společnost. Nevýhodou termínu je širší, která zahrnuje rozsáhlý počet onemocnění. Termín, který je preferovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO) - **vývojová jazyková porucha (developmental language disorder)**. Třetím termínem je **specifické jazykové postižení (specific language impairment)**. Autoři (Web, Love, 2009, str 298) definují SLI jako *„závažnou poruchu expresivní a/nebo receptivní stránky jazyka s normálním výkonem v jiných dovednostech, zejména v neverbální komunikaci.”* Posledním autorkou (Pospíšilová in Neubauer a kol., 2018) zmiňovaným je termín **vývojová dysfázie (developmental dysphasia)**, který je užíván v mnoho neanglicky mluvících zemích.

2.2 Klasifikace vývojové dysfázie

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (MKN-10), je vývojová dysfázie dělena na expresivní a receptivní. V DMS-IV je toto dělení doplněno navíc fonologickou poruchou řeči. Jde o poruchu vnímání sekvencí zvuků a jejich rozlišování (Krejčířová in Svoboda a kol. 2009).

F 80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka. Jde se o poruchy, kdy je narušen normální způsob osvojení jazyka od časných vývojových stádií. Tyto poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže v meziosobních vztazích, poruchy emocí a poruchy chování, dále také potíže se čtením a psaním.

F 80.1 Expresivní porucha řeči je definována (MKN, 2018, s. 246) jako: *„specifická vývojová porucha, při které schopnost dítěte užívat expresivně mluvenou řeč je zřetelně pod úrovní jeho mentálního věku, ale jazykové chápání je normální. Mohou být, ale nemusejí, poruchy artikulace.“*

Vývoj řeči v neverbálním období dítěte není nijak nápadný, slovní zásoba se kromě prvních kontextuálních slov dlouhou dobu nerozšiřuje. Porozumění není výrazně porušeno. Dítě má zjevný zájem o komunikaci, dorozumívá se gesty, načež rodiče mohou mít pocit, že se nesnaží mluvit, nemá problém cokoli říct, ale komunikuje beze slov. (Krejčířová in Svoboda a kol., 2009). Dítě tedy preferuje neverbální komunikaci s okolím, využívá posunků. Většina poruch je na morfologicko-syntaktické a morfologické jazykové úrovni. Pro dítě je velmi obtížné osvojování si gramatických pravidel. V případě, že dítě tvoří věty, tak jsou jednoduché, chudé, se špatným slovosledem. Velmi časté jsou agramatismy, které narůstají s rostoucí slovní zásobou (Dlouhá, 2017).

F80.2 - receptivní porucha jazyka je vymezena takto (MKN, 2018, s. 246): *„specifická vývojová porucha, kdy chápání řeči dítětem je pod úrovní jeho mentálního věku. Téměř ve všech případech je také výrazně porušena expresivní řeč a jsou časté též poruchy tvorby slova a zvuku.“*

U receptivní poruchy je, stejně jako u expresivního typu, první známkou nedostatečný rozvoj aktivní řeči, poruchy rozumění nemusí být ve věku 2 až 3 let znatelné,

protože děti se dobře orientují neverbálně. Běžně jsou přítomny u dětí s receptivní poruchou jazyka i kognitivní problémy, které mohou být důsledkem chybějícího nebo nedostatečně se rozvíjejícího porozumění. V mnoha případech u dětí vážně rozvoj abstraktního a symbolického myšlení. Mají problém například s osvojováním názvů barev, vztahových pojmů apod. Poruchy učení jsou častější než u jedinců s čistě expresivní dysfázií. Podle Dlouhé (2017, s. 112) „*percepční problémy jsou u dětí se senzoricou dysfázií někdy tak nápadné, že děti působí dojemem sluchově postižených; nerozumějí zejména svému okolí z kontextu konverzace a působí dezorientovaným dojemem. Projevy chování takto postižených dětí jsou velice podobné chování pacientů s centrální poruchou sluchu.*“

Velmi častá je **dysfázie smíšená**, kdy je porozumění oslabeno pouze lehce, ale nesoulad mezi úrovní receptivní a expresivní je výrazný. (Krejčířová in Svoboda a kol., 2009). Ve smíšené dysfázii se projevy obou typů dysfázie prolínají, jsou patrné symptomy poruchy porozumění řeči, zároveň i vyjadřovací schopnosti (Dlouhá, 2017).

Dlouhá (2017, s. 118) podotýká, že „*z dlouholetých klinických zkušeností je zřejmý nejčastější výskyt smíšené a expresivní formy.*“

2.3 Etiologie vývojové dysfázie

Předpokládá se, že v širším slova smyslu biologická (organická) etiologie vývojové dysfázie. V mnoha případech jsou příčiny poruchy neznámé (Krejčířová in Svoboda a kol., 2009).

Určení příčiny a průběhu narušeného vývoje řeči závisí především na faktu, zdali se jedná o hlavní příznak, nebo symptomatickou poruchu. V prvním případě není určení etiologie snadné, například proto, že rodiče si nedostatečně uvědomují okolnosti raného vývoje svého dítěte, či mají málo informací o případných genetických souvislostech poruchy. Pokud se jedná o symptomatickou poruchu, tak se v prvním případě vychází z etiologie a patogeneze primárního onemocnění (Mikulajová in Lechta, 2003).

Jedinci s vývojovou dysfázií nemají známky psychiatrického ani neurologického onemocnění, nemají poruchu sluchu ani nevyrůstají v podmínkách, které by mohly vysvětlit charakter jejich obtíží (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

Nejčastější shodou v etiologii je **porucha centrálního zpracování řečového signálu**. Příčinou je **difúzní** postižení mozku. Etiologie není zcela jasná, uvažuje se o postižení kognitivních funkcí, jehož vlivem může dojít k pre-, peri- a postnatálnímu poškození mozku. Podle míry závažnosti postižené centrální korové oblasti se projevuje i rozsah příznaků (Škodová, Jedlička, 2007). Mezi tyto možné příčiny dále Mikulajová (in Lechta, 2003) řadí i mozkovou dysfunkci, která patrně zasahuje tzv. řečové zóny levé hemisféry mozku.

Bishop (2012, in Pospíšilová in Neubauer a kol., 2018) uvádí, že významnou roli v etiologii vývojové dysfázie má **genetika**, zjistilo se totiž, že poruchy mají tendence familiárního shlukování.

Lejska (2003 in Vitásková, Peutelschmiedová) uvádí mezi **prenatální** příčiny negativní vliv farmakoterapie či virové onemocnění. Z **perinatálních** příčin zmiňuje inkompatibilitu Rh faktoru¹, nižší porodní hmotnost a těžkou novorozeneckou žloutenku. Významnou roli v etiologii hraje i **pohlaví dítěte**, častěji jsou postiženi chlapci než dívky. Důvodem je s největší pravděpodobností pomalejší dozrávání mozku, které je hormonálně podmíněno. Pravá hemisféra dozrává u obou pohlaví rychleji, tudíž je levá hemisféra u chlapců zranitelnější po delší dobu. Tato delší doba zrání má vliv na převahu chlapců mezi dětmi s vývojovou dysfázií.

V současnosti převládá názor, který uvedl Freil- Patti (in Mikulajová, 2003), že etiologie narušeného vývoje řeči má **multidimenzionální charakter**, kde má vliv větší počet činitelů ve vzájemném působení. Jako příklad uvádí matky, které jsou z nižších sociokulturních vrstev a jsou vystaveny rizikovému těhotenství (špatnou životosprávou, kouřením, alkoholem apod.), pravděpodobně méně komunikují s dítětem, později

¹ Vokurka (2015, s. 881) definuje jako: „*druh krevní skupiny daný přítomností (Rh pozitivní) nebo chyběním (Rh negativní) určitých znaků na povrchu červených krvinek.*“

vyhledávají obdobnou pomoc, zároveň i genetické předpoklady poznávacích schopností jsou s velkou pravděpodobností nižší atd.

2.4 Symptomatologie vývojové dysfázie

Klinický obraz vývojové dysfázie je mnohonásobný. Projevy ve všech případech odpovídají typu a stupni (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Projevy jsou zřetelné v oblastech řečových i neřečových. Typickým příznakem je nerovnoměrný osobnostní vývoj dítěte. Příznačné je narušení verbálního projevu, jehož úroveň neodpovídá intelektu a neverbálním schopnostem dítěte (Klenková, 2006). Nejnápadnějším je výraznější opožděný vývoj řeči, který bývá hlavním důvodem k vyhledání klinického logopeda (Škodová, Jedlička, 2007). Jedná se o primární, nikoliv o sekundární postižení. Vyloučeno je tedy závažné neurologické poškození, emoční nebo sociální obtíže, výrazné změny v chování, mentální postižení, sluchové postižení, mutismus a autismus (Weigel, Tschalkner, 2002).

2.4.1 Oblast řeči/jazyka/komunikace

Řečové obtíže zasahují povrchovou i hloubkovou strukturu. Příznaky se mohou lišit: přes výraznější „patlavost“, přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti (Škodová, Jedlička, 2007). Zasažena je **sluchová percepce**, kdy děti mají potíže s vnímáním zvuků, které jim splývají, díky tomu obtížně zachycují jednotlivé hlásky ve slovech, slova ve větách. Často mají zvýšenou senzitivitu, kdy bývají citlivější na silné tóny (mixér, sekačka) – podobně jako autisti. Narušeno je i **porozumění řeči** významu a tvaru slov, větám a sdělením (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Typické jsou i poruchy pozornosti k verbálním podnětům, i když vizuální pozornost je velmi dobrá. Někdy je řečové porozumění ovlivněno rušivými podmínkami (Krejčířová in Svoboda a kol., 2009). Problémem bývá i nerozeznání klíčových slov k pochopení smyslu (Klenková, 2006). **Zapamatování** pseudoslov, abstraktních pojmů bývá často problematické, s čímž souvisí i potíže s právě slyšenou informací k dalšímu kognitivnímu zpracování (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Se zapamatováním souvisí i příznačná porucha krátkodobé paměti a neschopnost udržet dějovou linii (Klenková, 2006).

Namáhavé je mnohdy i **vyjadřování**, se kterým souvisí **dysnomie** (porucha výbavnosti pojmů). Potíže při stavbě vět a osvojování gramatických pravidel jsou zcela běžné. (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Řeč je celkově chudá a plná dysgramatismů. Typická je malá slovní zásoba, nerozvinuté věty, jednoduchá větná stavba, která je mnohdy nesystematická. Charakteristické je umístování záporu za slovesa, chybné užívání pádů po předložkách a ve většině případů nepřesnosti v obsahu sdělení (Kutálková, 2002). Během **komunikace** mají potíže s navázáním na partnera, tudíž pokud mu neporozumí, často se neporozumění projeví echolálií. Během rozhovoru neudrží oční kontakt. **Artikulace** je z pohledu kvantitativního zpožděna a z kvalitativního pohledu odchylná a nekonstantní (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

2.4.2 Oblasti přímo propojené a řečí/jazykem/komunikací

Dítě má často narušené **exekutivní funkce**. Obecné narušení se projevuje potížemi s rozhodováním se, plánováním, řešením problémů, sebekritičností, seberegulací, formováním cílů, pracovní pamětí, duševní flexibilitou aj. Konkrétně má dítě potíže s poznáváním silných a slabých stránek své osobnosti, pohlížet na problémy z pohledu ostatních, stanovování si reálných cílů, pochopením drobných a abstraktních informací, zahajováním aktivity samostatně. Nesnadné je pro ně pozorovat své chování a v případě potřeby jej změnit, zvládnutí změn běžné rutiny, předpokládat neplánované problémy a přizpůsobovat se neočekávaným změnám. Organizování, plánování a efektivní využívání času může být obtížné (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Často může nastat situace, že je dítě **vzteklé a „nevysvětlitelně“ pláče**, v tomto případě se jedná o reakci na skutečnost, že mu okolí nerozumí nebo že neumí vyjádřit své pocity a potřeby (Dlouhá, 2017).

Narušené **zrakové vnímání** se projeví zejména v kresbě, která má typické znaky. U těžkých poruch, kdy dítě mluví málo, nebo vůbec, bývá kresba jediným ukazatelem určení diagnózy (Škodová, Jedlička, 2007). Dále Kutálková (2002, s. 47) tvrdí, že: *„narušení zrakové percepce přirozený vývoj kresby zpomaluje nebo deformuje především obsahově, nedostatky v obratnosti či pohybové koordinaci spíše formálně.“* Co se týká **laterality**, často bývá nevyhraněná dominance (Škodová, Jedlička, 2007).

Běžné narušení **motoriky**, přes celkovou koordinaci, která se projevuje celkovou neobratností v chůzi či běhu. Potíže nastávají i při skákání a to s načasováním, rovnováhou a sekvencí pohybů. Obtížné je zapamatování sestavy například při aerobiku. Děti jsou celkově neobratné, a to v oblasti hrubé i jemné motoriky. Neobratnost v oblasti jemné motoriky jim činí potíže v běžných denních činnostech, jako je například česání, držení příboru, šněrování tkaniček, čištění zubů, manipulace s klíčem během odemykání a zamykání, vykonávání manuálních prací apod. Koordinace grafomotoriky a oromotoriky je u nich s největší pravděpodobností vždy narušena (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Oromotorika, neboli motorika v orální oblasti je narušena především na úrovni lingvální motility (Kutálková, 2002).

Kutálková (2002, s. 47) dále mezi symptomy řadí i *„poruchy pozornosti a soustředění, paměti různého typu a rozsahu (zejména akustická verbální paměť), psychomotorický neklid, dysgnózie, emocionální labilita či tupost, dyspraxie a další projevy typické pro LMD a dysrytmie.“*

2.5 Diagnostika vývojové dysfázie

Dvořák (2007, s. 46) definuje **diagnostiku** jako *„proces rozpoznávání nemoci, odchylky, poruchy; zjišťování anamnestických dat, vyšetření přítomného stavu a další odborná vyšetření mají za cíl odhalit příčiny nemoci, stanovit diagnózu a efektivní způsob terapie, příp. stanovit prognózu vyléčení.“* Diagnostika je tedy proces, který obsahuje rozpoznání a pochopení příčin. Velký lékařský slovník (Vokurka aj. 2004, s. 182) charakterizuje **diagnózu** jako *„rozeznávání nemoci a její pojmenování. Stanovení diagnózy je předpokladem správné léčby. Vychází ze základních příznaků nemoci a posouzení okolností, které by s nimi mohly být v příčinném vztahu.“*

V případě vývojové dysfázie je diagnostika dlouhodobým, týmovým a komplexním procesem. Na diagnostice se podílí tým odborníků, který se skládá z foniatra, psychologa, neurologa, logopeda a speciálního pedagoga. Diagnostika se zaměřuje na řečové procesy, hru, sociální interakce s okolím a kognici. Deficit v jedné ze jmenovaných oblastí se negativně promítá do jiných oblastí dětského vývoje (Klenková, 2006). Dlouhá (2017, s. 123) tvrdí *„možnosti diagnostiky velice významně závisejí na věku dítěte, kdy dítě máme*

možnost vyšetřit. U dětí, které se narodily bez pre-, peri- a postnatálního poškození, je ideální kontinuální sledování dítěte od tří let věku ve spolupráci s pediatrem.“ A dodává, že „dosud se stává, že rodiče přijdou k vyšetření řeči na vlastní žádost nebo na doporučení mateřské školy či jiného kolektivního zařízení.“

Neexistuje biologický test, který by stanovil diagnózu vývojové dysfázie. Při klinickém vyšetření je třeba se opírat o **porovnání dítěte a jeho interakce** mezi dítětem a vyšetřujícím a dítětem a rodičem. Další neméně důležitou roli má **rozhovor s rodiči**, pokud je to možné, tak v ideálním případě s oběma. V rozhovoru je třeba zaměřit se na anamnestické údaje rodiny. Nakonec je podstatné dítě **vyšetřit pomocí porovnatelných testů a zkoušek**, což může být dlouhé, tudíž je možné si poslední bod rozdělit do dvou návštěv (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Foniatrické a ORL vyšetření je zaměřené na vyšetření sluchu a všech složek řeči (podrobně exprese i percepce). Lékař – foniatr zde působí jako koordinátor všech diagnostických postupů (Škodová, Jedlička, 2007). **Neurologické vyšetření** často bývá u vývojové dysfázie negativní, vzhledem k difúznímu charakteru poškození. Někdy se objeví nález na EEG. **Speciálně-pedagogická logopedická diagnostika** je zaměřena na deficity, které jsou zmíněny ve výčtu symptomů, jako je například vyšetření laterality, motoriky - hrubé, jemné, mluvidel, mimické psychomotoriky a grafomotoriky. Dále probíhají vyšetření zrakové a sluchové percepce, orientace v prostoru a čase, vnímání a porozumění řeči, řečové produkce a paměti (Klenková, 2006). **Psychologická diagnostika** má za úkol zjistit stav intelektových schopností, rozebírá kresbu, posoudit rodinnou situaci a soustředěnost (Kutálková, 2002).

Logopedická diagnostika má jediný cíl, a tím je správné stanovení diagnózy, která je výsledkem diagnostikování. Logoped se během diagnostiky, na rozdíl od lékařské diagnostiky, nezaměřuje pouze na patologii, ale také na funkce, které nejsou poškozené. Nepoškozené funkce je možné později využít během následné terapie, jejíž plán je vypracován na základě diagnostiky narušené komunikační schopnosti. Úspěch diagnostiky je podmíněn komplexností vyšetření (Klenková, 2006).

Důležitá pro správný výběr, aplikaci intervenčních metod a stanovení plánu postupu terapie je třeba co nejpřesnější diagnostika. Lechta (2003) uvádí, že je nutné určit, zda se jedná o narušení, a ne o fyziologický jev. Pokud je to možné, zjistit jestli je příčina orgánová, nebo funkční. S určitou pravděpodobností by měl klinický logoped určit, zda je narušení trvalé, nebo přechodné a také to, jestli je vrozené, či získané. Dále by měl stanovit, zdali si jedinec narušení komunikační schopnosti uvědomuje. Poté je během diagnostiky nutné zjistit, zdali je postižení dominující v celkovém klinickém obraze, nebo pouze symptomem jiného dominujícího postižení. Posledním úkolem v logopedické diagnostice je určení stupně postižení.

2.5.1 Diferenciální diagnostika vývojové dysfázie

Během diagnostiky vývojové dysfázie je nutné odlišit vývojovou dysfázii od **prostého opožděného vývoje**, kdy opoždění není patrné v dalších oblastech osobnosti dítěte. Třeba je odlišit od **dyslalie**, kdy dítě s dyslalií vždy dodržuje segmentální strukturu slov a vět (Klenková, 2006). Zejména u méně výrazné dysfázie je třeba se zaměřit na odlišení od dyslalie. Vývojovou dysfázii na rozdíl od dyslalie provází kromě odlišné výslovnosti hlásek i další příznaky v řeči a celkovém vývoji dítěte, například porucha pozornosti a motorický neklid (Kutálková, 2002). V laické společnosti je zcela běžné, že jedinci zamění těžkou formu dyslalie za vývojovou dysfázii (Škodová, Jedlička, 2007). Vývojovou dysfázii je třeba odlišit od **sluchové vady**, během které je narušený pouze vývoj řeči, na rozdíl od dysfázie, kde je narušena celková osobnost dítěte. Vývojová dysfázie by mohla být také zaměněna za **Landau-Kleffnerův syndrom** tzv. epileptickou afázii, kdy na základě epileptické aktivity dochází ke ztrátě komunikačních schopností mezi 3.-5. rokem života. Na zmíněnou diferenciální diagnostiku se zaměřují odborná neurologická pracoviště. V neposlední řadě je třeba zaměřit se při diferenciální diagnostice na mentální retardaci, která se projevuje rovnoměrným postižením všech složek, na rozdíl od dysfázie, kdy je postižení dalších složek nerovnoměrné (Klenková, 2006).

Během diferenciální diagnostiky je důležité zaměřit se na **mutismus**, zda je projevem primárně slabého typu CNS, nebo zda vývojová dysfázie je primární poruchou a mutismus se rozvinul druhotně, kdy důsledkem byly nevhodně zvolené výchovné

postupy. **Dysartrie** se od dysfázie liší obtížnou tvorbou jednotlivých hlásek (Kutálková, 2002).

V neposlední řadě je třeba oddělit dysfázii také od **poruch autistického spektra, genetických onemocnění** (mohou mít podobné projevy) a **emočních deprivací** (Pospíšilová in Neubauer, 2018). K emočním deprivacím dodává Krejčířová (in Svoboda a kol., 2009), že se stav ve většině případů spraví po změně prostředí.

2.5.2 Úloha klinického logopeda

Klinický logoped má za úkol vyšetřit všechny roviny řeči, jazyka a komunikace. Pouze jeden test ke stanovení správné diagnostiky nestačí. Dále Pospíšilová (in Neubauer, 2018, s. 304) dodává: *„i když nemá k dispozici ucelenou diagnostickou baterii pro určení vývojové úrovně všech rovin, lze využít řady samostatných měřitelných testů, substestů a zkoušek za účelem vyloučení či zachycení poruchy, posouzení typu, stupně a zátěže v jednotlivých oblastech. Přejímání a standardizace na české prostředí a vývoj vlastních testů je výzvou moderní klinické logopedie.“*

V diagnostice dítěte do čtyř let věku hraje velkou roli samotné pozorování, snímání anamnézy a rozhovor s rodiči (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Krejčířová (in Svoboda a kol., s. 468) tvrdí, že *„u dětí batolecího věku (nebo dětí s mentální úrovní do 3 let) jsou k diagnostice využívány komplexní vývojové škály, které umožní spolehlivě posoudit profil i dosaženou úroveň rozvoje porozumění řeči i expresivní složky řeči.“* Další diagnostickou pomůckou může být zkouška krátkodobé verbální paměti a Token test, který je standardizován pro děti od 36 do 85 měsíců. Token test se může provést pouze za podmínek, že dítě zná geometrické tvary a barvy).

Během **předškolního věku** by se měl logoped zaměřit na anamnestická data a rozhovor s rodiči. Hodnotící škála psychomotorického vývoje by měla být zaměřena na zhodnocení jednotlivých oblastí vývoje jedince, podrobněji by se měl zaměřit na fatické funkce a to včetně stanovení kapacity krátkodobé a dlouhodobé slovní paměti, sluchové percepce a pojmového porozumění. S normami pro pětileté děti by měl být proveden Test Hodnocení fonemického sluchu (Škodová a kol., 1995). Dále lze k diagnostice vývojové

dysfázie u předškolních dětí využít Token test, NEPSY II, subtest Verbální flance, který zjišťuje výbavnost pojmů, dále Heidelberský test řečového vývoje (Pospíšilová in Neubauer, 2018). K tomuto testu dodává (Krejčířová in Svoboda a kol., 2009), že část na porozumění řeči má velmi obtížné instrukce, test zatím nemá české instrukce a přebrat normy v cizím jazyce pro řeč je takřka nemožné. Mezi další diagnostické materiály zahrnuje Pospíšilová (in Neubauer, 2018) Zkoušku jazykového citu upravenou pro předškolní věk, Test obkreslování, Edefeldtův reverzní test, test jemné motoriky od Ozeretského, věkovou stupnici aktivní mimické psychomotoriky podle KWINTA, analýza vzorků spontánní řeči a diagnostickou baterii pro posouzení vývoje jazykových znalostí.

V neposlední řadě je možné využití k diagnostice i kresbu lidské postavy, ve které se hodnotí velikost postavy, chybějící podstatné části, kvalita čar, oblečení, postup kreslení (pokud dítě začíná kresbu jinak, než trupem nebo hlavou, může to naznačovat komunikační potíže) a umístění kresby na papíře, načež Krejčířová (in Svoboda a kol., 2009) tvrdí, že stanovit inteligenci z kresby postavy nebývá dostatečně spolehlivé, vzhledem k časté shodě vizuomotorické koordinace a poruch jemné motoriky. Podle autorky je hlavním ukazatelem intelektu dítěte jeho neverbální projev a proto doporučuje neverbální části SB-IV test, škálu McCarhyové, pokud je dítě starší pěti let, je vhodné použít Barevné matice Ravenovy, či neverbální část WPPSI. Pouze orientačně lze využít i TM-SB, výsledky nelze kvalifikovat.

V období školního věku lze k diagnostice k anamnestickým údajům a rozhovoru s rodiči navíc zahrnout i hodnocení učitele. Kapacita fonologické smyčky a Token test, který ve věku 8 - 9 je bez norem, a proto musí být kombinován s Heidelberským testem vývoje řeči, jsou k diagnostice také uplatňovány. Dále mohou být využívány i NEPSY II – subtest verbální plynulost (náročný na čas i hodnocení), diagnostika vývojových poruch učení, zkouška čtení, kresba lidské postavy, test obkreslování aj. (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

V období **adolescence** jsou k diagnostice, stejně jako předešlá vývojová období, potřebné anamnestické informace, rozhovor a rodičem a hodnocení učitele. Využívána je varianta pro adolescenty a dospělé Token testu a diagnostiky specifických poruch učení.

Opět jsou, stejně jako u předešlých věkových kategorií, využívány NEPSY II – subtest verbální plynulosti a analýza vzorku spontánní řeči (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

2.6 Terapie vývojové dysfázie

Úspěch terapie vývojové dysfázie je podmíněn **týmovou prací**, kdy je v začátcích nutná spolupráce klinického logopeda s lékaři (neurolog, pediatr, foniatr) a klinickým psychologem. Se všemi zmíněnými odborníky by měla spolupracovat **rodina**, která je nejdůležitější složkou terapie vývojové dysfázie (Škodová, Jedlička, 2007). Nezbytná je během terapie spolupráce právě s rodinou a blízkými osobami, kteří jsou většinou s jedincem v nejužším komunikačním kontaktu (Dalton, 1994). Pospíšilová (in Neubauer 2018, s. 312) tvrdí, že *„efektivita klinicko-logopedické terapie také závisí na schopnosti klinického logopeda umět rodiči vysvětlit podstatu a prognózu diagnózy, komplexnost péče a cílené stimulace. Snahou klinického logopeda by mělo být zapojit rodiče v co nejširším rozsahu. Rodiče hrají rozhodující roli v řečovém/jazykovém/komunikačním rozvoji dítěte.“*

Podle Klenkové (2006, s.73): *„u dětí se specificky narušeným vývojem řeči je předpokladem pro vytvoření terapeutického plánu provedení komplexní diagnostiky, která má charakter dlouhodobého procesu, dlouhodobého pozorování dítěte. Každé dítě má jinou hloubku postižení.“* A s ohledem na rozdílnost postižení a široké spektrum příznaků je potřeba, aby byl terapeutický postup vypracován individuálně (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Terapie je zaměřena na celkový rozvoj osobnosti dítěte, což je rozdílné oproti jiným poruchám řeči (Dlouhá, 2017). Dle Lejsky (2003, s. 102): *„poruchy řeči jsou v tomto případě jen příznakem poruchy zrání mozkových funkcí. Není tedy možné, a dokonce je to i škodlivé, zaměřit své léčebné úsilí jen na rehabilitaci řeči. V současné době jsou vytvořeny komplexní programy pro rehabilitaci, které dbají o to, aby dítě s vývojovou dysfázií mělo dostatečný přísun širokého spektra smyslových podnětů. Zvuky, barvy, tvary, povrchy, kresba, tleskání (rytmus), poslouchání a hra. To jsou různé vjemy sluchové, zrakové, hmatové a pohybové. Jenom dostatek podnětů může pomoci rychlejšímu vyžívání mozku jako celku.“* Metod a způsobů terapie je mnoho. Důležité je vzájemně různé metody kombinovat a nesesetřávat pouze u jednoho modelu terapie. Ideální je, pokud

logoped dokáže připravit pro dítě terapii „na míru“ konkrétnímu dítěti (Neubauer a kol., 2018).

Terapie by měla být zaměřena na rozvoj zrakového a sluchového vnímání, rozvíjení myšlení, časoprostorové orientace, paměti, dále také rozvoj řeči a slovní zásoby. Terapie by měla být zaměřena i na motoriku, a to hrubou i jemnou (grafomotoriku). Rozvíjení jednotlivých schopností a dovedností by nemělo probíhat izolovaně, ale vzhledem k nerovnoměrnému vývoji a individualitě postižení by měly být postupy kombinovány. Vždy je dobré zaměřit se na terapii tak, aby dítě mohlo **využít toho, co již umí** (Dlouhá, 2017).

Mezi základní principy správné terapie vývojové dysfázie řadí (Pospíšilová in Neubauer, 2018) nutnost **upřednostňování vývojového přístupu**, vždy je potřeba vycházet z vývojové úrovně psychomotorického vývoje dítěte. Podstatné je zaměřit se na **dodržování specifík věku**, nejen kalendářního, ale i mentálního, vzhledem k nerovnoměrnému psychomotorickému vývoji. Mezi slabší stránky patří sociální oblast a naopak nejsilnější bývá verbální intelekt dítěte. Během terapie by měl být věnován dostatečný prostor pro poradenství rodičům dítěte.

U dětí předškolních by se terapie měla zaměřovat na stimulaci jednotlivých rovin řeči, jazyka a komunikace. Dítě by mělo na terapii chodit rádo a zažívat na ní úspěch, k čemuž do určité míry napomáhá i využívání názorných pomůcek. Terapie školních dětí by měla být nadále zaměřena na stimulaci jednotlivých rovin řeči, jazyka a komunikace, ale také na užívání komunikačních strategií. U starších dětí by nadále měla probíhat stimulace jednotlivých rovin, ale také by terapie měla být zaměřena na naučení se využívat zrakové podpory během učení. U adolescentů by se měl terapeut zaměřit na sociální podporu a kariérové poradenství.

Celková terapie je zaměřena na rozvoj oblasti sluchového vnímání, zrakového vnímání, paměť a pozornost, myšlení, motoriku, schopnost orientovat se pro v prostoru, grafomotoriku a také na rozvoj řeči (Klenková, 2006). Během terapie by měl terapeut cvičit současně dvě až tři nejpotřebnější složky, dokud se nezlepší. Pokud vývoj některé z nich začne stagnovat a nebude se posouvat dále, tak je třeba ji opustit a vyměnit v terapii

za jinou. Pokud došlo u dítěte ke zlepšení dané oblasti, je opět nutné posunout se k terapii další, dokud se nedostane terapeut na konec. Na konci je opět potřeba se vrátit na začátek k prvnímu úkolu, mírně obměnit pomůcky, zkontrolovat dosavadní úroveň. Většinou jsou mechanismy zachovány, či se mírně posunuly v kvalitě, v tom případě by byla chyba vrátit se na místo, které terapeut opustil, ale je důležité, aby se posunul na místo o stupeň vyšší (Kutálková, 2011).

2.6.1 Terapie zaměřená na celkový rozvoj dítěte

Rozvíjení zrakové percepce je důležité od samého začátku terapie. Nejdříve dozrává schopnost rozlišení detailu směrem nahoru – dolu a až později schopnost pravolevé orientace. Zralost zrakové percepce je předpokladem pro výuku čtení a psaní. Během rozvoje zrakového vnímání je dobré vycházet z principů **Vývojového testu zrakového vnímání dle Fröstigové (1972)**, který má **pět subtestů**. Prvním subtestem je *vizuomotorická koordinace*, v němž má dítě s vývojovou dysfázií výrazné potíže. Následující subtest se zaměřuje na *diferenciaci figura – pozadí*, pokud dítě nedokáže rozlišit figuru od pozadí, s největší pravděpodobností mu budou dělat potíže například dějové obrázky, obkreslování obrázku apod. Návčik rozlišování figury od pozadí má v terapii základní úlohu. Třetím subtestem je *konstantnost tvaru*, kdy je dítě schopné diferencovat určitý podnět, přestože jej vidí v různých souvislostech. Dysfatické dítě má potíže rozlišovat tvary a barvy. Neschopnost rozlišit barvy se projevuje i během kreslení, když dítě vybírá spíše nenápadné barvy (hnědou, šedou, modrou). Během návčiku je důležité, vždy (pokud je třeba, tak opakovaně) předvést přímo pracovní postup tak, aby dítě bylo schopné jej současně napodobovat. Dále se test zaměřuje na *polohu v prostoru*, kdy má dítě za úkol poznat převrácený nebo otočený předmět. v terapii se děti nejdříve učí rozlišit trojrozměrné předměty, později předměty dvojrozměrné, kterými jsou například základní geometrické tvary. Poslední subtest je zaměřen na *prostorové vztahy*, častou potíží bývá dezorientace v prostoru, která je znatelná při pohybových hrách. K rozvoji prostorové orientace nejlépe slouží skupinová terapie, která probíhá ve větším prostoru (Škodová, Jedlička, 2007).

Terapie by dále měla být zaměřena také na **rozvoj sluchové percepce**. U dětí s vývojovou dysfázií je častý výskyt poruchy tempa řeči a rytmizace slov. K nácvičku rytmu nejsou vhodné ani krátké říkanky. Využívají se cvičení pro zlepšení fonemického sluchu, ale také cvičení, která jsou využívána během rehabilitace dětí se sluchovými vadami (Dlouhá, 2017).

Terapie by se měla orientovat dále na **rozvíjení myšlení**, které by mělo vycházet z posouzení intelektových schopností dítěte, což je úkolem klinického logopeda. Typické je pro děti s touto poruchou zcela nerovnoměrné rozložení jednotlivých schopností (Dlouhá, 2017). Správný rozvoj myšlení je spjat s rozvojem obsahové stránky řeči, díky čemuž se zlepšuje i intelekt dítěte. Nutno podotknout, že správný rozvoj obsahové stránky řeči souvisí s úspěšností vzdělávání (Škodová, Jedlička, 2007).

Nemělo by během terapie být opomenuto ani **rozvíjení schopnosti orientace**, a to orientaci v čase, prostoru, ale i v osobních údajích. V praxi se osvědčilo spojení kresby jednoduchého obrázku ze dvou až čtyř prvků (např. kruh) a následné zobrazení v prostoru, v tomto případě například na zemi (Dlouhá, 2017).

V průběhu terapie je třeba zaměřit se na **rozvoj paměti a pozornosti**, což by mělo být zařazováno do všech terapeutických postupů, které slouží k rozvíjení dalších složek. Klíčový význam má pro dítě opakování všech procvičovaných činností a pracovních postupů (Škodová, Jedlička, 2007).

Další důležitou složkou terapie je **rozvoj motoriky**. Terapeut by se měl zaměřit na rozvoj hrubé, jemné motoriky a také motoriku mluvidel. Hrubá motorika se nejvíce rozvíjí během pohybových aktivit a her. Rozvoj jemné motoriky se týká převážně motoriky ruky, kdy by se terapie měla nejdříve zaměřit například na hru se stavebnicí, dále na hry s prsty. Dále by mělo docházet k rozvíjení hmatového vnímání a grafomotoriky, která začíná kresbou vlnovek, čar a klubiček. Dysfatické děti často nerady kreslí. Motorika mluvidel by měla být rozvíjena od jednodušších pohybů k těm složitějším. U menších dětí lze jako průpravná cvičení využít situace během jídla, během něhož může cvičit různá cvičení, jako je například sání, foukání, lízání, přehazování bonbonu, pití brčkem, žvýkání apod. (Škodová, Jedlička, 2007). Děti skrze pohyb získávají mnoho informací o okolním

světě, což se projevuje na rozvoji slovní zásoby a obsahové stránce řeči. Slova dostávají smysl, pokud jsou spjata s určitou činností a dítě si je tak i lépe zapamatuje (Dahms, Jaeger, 1978).

Dle Kutálkové (2011) by terapie měla být dále zaměřená také na **rozvoj kresby**, kdy dítě procvičuje kromě grafomotoriky a zrakového vnímání také rozvoj fantazie. Fantazie je jednou z mála oblastí, kde se dítě může uvolnit a zažít úspěch.

Terapeut by měl během terapii **rozvoje řeči** vždy přizpůsobit individuálně konkrétnímu dítěti. V některých zařízeních probíhá logopedická terapie formou skupinovou, ale častější je terapie individuální (Škodová, Jedlička, 2003). S individuální logopedickou péčí by se mělo začít co nejdříve, a to kolem čtvrtého roku dítěte, během které by měl logoped využívat všech známých metodických zásad (Kejklíčková, 2016). Dle Kejklíčkové (2016, s. 59) „*rozvoj mluvního projevu by měl být zaměřen především na rozvoj obsahové stránky řeči (slovní zásoba, syntaxe) a posílení rozumění řeči.*“ Dle Dlouhé (2017, s. 176) „*děti s vývojovou dysfázií se musejí naučit vnímat fonologické prvky řeči, teprve pak se mohou učit realizaci jednotlivých hlásek.*“ Tudíž je nutné, aby logoped upozornil rodiče a okolí dítěte, že je zcela nevhodné u dysfagických dětí trénovat pouze formální stránku řeči – výslovnost (Kejklíčková, 2016).

Terapie řeči by měla být zaměřena na porozumění dítěte (percepce) a jeho vlastní mluvní projev (exprese). U dětí je skladba vět (syntax) téměř vždy narušena, proto by terapie měla být zaměřena i na syntax. Dále by se terapie měla zaměřovat na motoriku mluvidel, nácvik nových prvků řeči, rozvoj a cvičení zrakové a sluchové percepce, grafomotoriku dítěte apod. (Škodová, Jedlička, 2007).

3 Logopedická intervence u specificky narušeného vývoje řeči

Logopedická intervence je aktivita, která je specifická pro práci logopeda ve všech jejích oblastech. Intervence je přitom chápána v nejširším smyslu jako zákrok či všeobecně jako působení na jedince za účelem změny, které začíná ve chvíli, kdy klient vstoupí do ambulance. Cílem logopedické intervence je v první řadě identifikace narušené komunikační schopnosti, dále toto narušení eliminovat, zmírnit – pokud se nedá odstranit, tak překonat a předejít tomuto narušení. Logopedická intervence je chápána jako obtížný proces, který je realizován na třech prolínajících se rovinách – logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence (Lechta in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Logopedická intervence je v České republice v kompetenci tří rezortů. Logopedická pracoviště působí v **rezortech ministerstva zdravotnictví, ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí**. Někteří logopedi působí v sektorech, které nejsou státními (Klenková, 2007).

3.1 Logopedická intervence v rezortu zdravotnictví

Ve zdravotnickém rezortu působí logopedi na foniatrických a neurologických klinikách, na geriatrických odděleních a také v soukromých logopedických ambulancích, v menším počtu existují i státní logopedické ambulance (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Logopedická intervence v denních stacionářích (pro děti i dospělé) zřizovaných při zdravotnických zařízeních je také součástí zdravotnického rezortu. V tomto rezortu zdravotnictví pracují **kliničtí logopedi a logopedi, kteří pracují pod supervizí klinického logopeda** (Fukanová in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Samotná logopedická činnost je ve zdravotnickém rezortu je vymezena zákonem č. 96/2004 Sb. Vzdělávání pracovníků v oboru klinické logopedie probíhá na základě nařízení vlády č. 31/2010 Sb., platné od 1. srpna 2011. Klinické logopedy z České republiky sdružuje **Asociace klinických logopedů České republiky (AKL ČR)**. Jedná se o dobrovolné a nezávislé sdružení (Neubauer, 2018).

Nejčastěji je logopedická intervence poskytována v ambulancích klinického logopeda, případně v soukromých ambulancích. V ambulancích jsou kromě diagnostiky,

terapie a prevence poskytovány i poradenské činnosti nejen pro děti, ale i pro rodiče dětí s narušenou komunikační schopností. Logopedické ambulance jsou většinou nestátní zařízení při zdravotnických zařízeních, či při městských poliklinikách. Podmínkou je smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou (Klenková, 2007).

3.2 Logopedická intervence v rezortu školství

Fukanová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že v rezortu školství pracují odborní pracovníci, kterými jsou logopedičtí preventisté, logopedičtí asistenti a speciální pedagogové. **Logopedický preventista** pedagog, nejčastěji učitelka v mateřské škole, která absolvovala kurz logopedické prevence. Pracovní náplní je rozvoj komunikačních schopností u dětí předškolního věku. **Speciální pedagog** je dalším odborníkem, který úspěšně složil státní závěrečnou zkoušku z logopedie. Pole působnosti speciálního pedagoga je široké. Může pracovat například ve speciálních školách, pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) a speciálněpedagogických centrech (SPC).

Fukanová (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) zmiňuje i **logopedického asistenta**. Toto označení je již zastaralé, přetrvávající z dob původních kurzů, které jsou již zrušeny. Kurzy byly nahrazeny studiem na vysoké škole, které je zakončeno státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Náplní práce je depistáž, neboli vyhledávání dětí, které mají poruchu dorozumívání, a rozvoj jejich základních schopností a dovedností, které mohou ovlivnit vývoj řeči. Terapeutická činnost asistentů může být zaměřena nejvýše na reedukaci poruchy výslovnosti, a to pouze pod dohledem klinického logopeda (klinickalogopedie.cz, 2020)

3.2.1 Logopedické školy

Do **mateřské školy logopedické** jsou zařazovány děti s vážným typem a stupněm postižení (Klenková, 2007). Docházku je vhodné kombinovat s péčí klinického logopeda vzhledem k tomu, že školka zajišťuje drobný denní nácvik. Výhodou docházení ke klinickému logopedovi je i fakt, že vidí práci s dítětem, postupy jim mohou být vysvětleny a dostanou i podněty k domácí práci (Kutálková, 2011). Klenková (2007, s. 214) o **základních logopedických školách** tvrdí, že „jsou zřizovány pro denní

docházku, tak i jako typ internátní. Ty navštěvují žáci z daného regionu s takovým narušením komunikační schopnosti, které vyžaduje každodenní intenzivní logopedickou intervenci a nelze ji v místě bydliště zajistit ambulantně. Základní školy logopedické zabezpečují výchovně-vzdělávací i terapeutickou činnost. Obsah výuky je shodný s obsahem výuky základní školy a navíc jsou zařazeny hodiny „individuální logopedická péče“. Ve třídách je snížený počet žáků; při individuálním přístupu prolíná logopedická intervence celým vyučovacím procesem.“

3.2.2 Speciálně pedagogická centra (SPC)

Speciálně pedagogická centra jsou řazena mezi školská poradenská zařízení. Poskytují poradenské služby dětem, žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami. Poradenské služby se zde poskytují i rodičům těchto dětí a školským zařízením, odkud tyto děti pocházejí (Bendová, 2015). Speciálně pedagogické centrum se primárně zaměřuje na podporu integrace dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, s čímž souvisí i pomoc rodinám těchto žáků (Klenková, 2007). Většinou bývají zřizována při speciálních školách a orientována na určitou problematiku, související se zaměřením školy (Kutálková, 2011). Podle Klenkové (2007, s. 216) „*hlavní úkoly SPC, který se zabývají narušenou komunikační schopností dětí a žáků jsou: realizace komplexní speciálněpedagogické logopedické a psychologické diagnostiky, stanovení konkrétních edukačních/reedukačních logopedických postupů, zabezpečování komunikační kompetence dětí, poskytování logopedické intervence s přihlédnutím na individuální potřeby klientů, úzká spolupráce s pedagogy školy, kteří zajišťují individuální integraci jedince s narušením komunikačních schopností, sestavení návrhů individuálního vzdělávacího plánu pro individuálně integrované klienty, zajištění rané intervence vůči dětem s narušenou komunikační schopností nebo opoždím ve vývoji, a to j jejich rodičům, příprava komplexních podkladů pro vydávání rozhodnutí orgánu stání správy, evidence dětí, žáků a mladistvých v péči SPC, osvětová a informační činnost.“*

3.2.3 Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

Jedná se o školská poradenská zařízení, která poskytují speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické poradenství, odbornou pomoc při výchově a vzdělávání dětí, žáků a studentů. Také žákům poradna napomáhá při přípravě a volbě budoucího povolání. Do poradny mohou docházet děti od tří let, pro které zajišťují konzultace, intervenci, terapii a metodickou činnost. Služby mají ambulanti a terénní formu. V neposlední řadě mají zásadní pozici v procesu zařazování dítěte do škol se speciálním vzdělávacím programem. V případě zařazení do běžné školy stanovují individuální vzdělávací plán (Mikulková, Šrahůlková, 2014). Dle Kutákové (2011, s. 36) „*logopedka se státní zkouškou, která má kvalifikaci pro individuální logopedickou péči v celém rozsahu, nebývá v poradnách často k dispozici, spíše se můžeme obrátit na psychology a speciální pedagogy různého zaměření.*“

Logopedi působící ve školství mají své dobrovolné a nezávislé sdružení – **Asociace logopedů ve školství (ALŠ)**. Nejdůležitějším úkolem asociace je vypracování systému vzdělávání školských logopedů (ALOS, 2020)

3.3 Logopedická intervence v rezortu práce a sociálních věcí

Rezort práce a sociálních věcí zabezpečuje péči o jedince, kteří vzhledem ke svému postižení a sociální situaci nemohou být v domácí péči. Jedná se převážně o jedince s mentální, duševním, smyslovým či tělesným postižením (Lechta, 2011). V tomto rezortu dle Fukanové (in Škodová, Jedlička a kol. 2007, s. 48) „*působit logopedi, kliničtí logopedi i speciální pedagogové se specializací logopedie a surdopedie. Kvalifikační předpoklady záleží na konkrétním typu pracoviště a náplni práce v dané oblasti.*“

3.3.1 Raná péče

Raná péče je soustava služeb a programů, která je poskytována dětem ohroženým i postiženým a rodinám těchto dětí. Jejím cílem je předcházet postižení a eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky na jedince. Dále také patří mezi cíle poskytování rodině, dítěti i společnosti předpoklady pro sociální integraci (ranapece, 2020). Raná péče se řadí mezi

služby sociální prevence, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jež jsou ohroženy krizí, a překonání jejich nepříznivé sociální situace (Matoušek, O. a kol., 2007). Jedná se o službu terénní, která může být popřípadě doplněna formou ambulantní služby. Je poskytována jedincům do 7 let věku a jejich rodinám. Služba obsahuje tyto základní činnosti: **výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti, činnosti sociálně terapeutické, zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím a pomáhání při uplatňování práv jedinců** (zakonyprolidi, 2020).

Zásadní roli ve vývoji dítěte sehrávají první tři roky jejich života. V tomto období do tří let má mozek dítěte obrovské kompenzační možnosti, které umožňují co nejlépe rozvinout náhradní mechanismy u dětí, které mají ve vývoji vážný handicap. Pokud dojde k zanedbání právě v tomto období, znamená to, že možnosti vývoje dítěte se v určitých oblastech mohou extrémně snížit, či dokonce zcela uzavřít. Jedinec se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám právě v jeho raném dětství (ranapece, 2020).

Vítková (2003, s. 98) uvádí následující definici rané péče: *„ranou podporou dítěte se rozumí všechna opatření (intervence, aktivity, speciální edukace) odborně použitá, která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti.“* Jedná se tedy o službu sociální prevence, která obsahuje vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti, tudíž i logopedickou intervenci. Dále také nabízí pomoc při uplatňování práv (Neubauer, 2018).

4 Výzkumná část

Praktická část diplomové se skládá ze dvou částí, a to kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Pokud jsou kombinovány obě tyto metody, jedná se o metodu smíšeného designu, kterou charakterizuje Hendl (2005, s. 60) „*v tomto typu výzkumník využívá jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum uvnitř jednotlivých fází výzkumného procesu.*“

Kvantitativní část výzkumu je realizována pomocí dotazníkového šetření. Chráska (2007, s. 164) definuje dotazník jako: „*soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ V této části výzkumu bude dále představena metoda Grounded Theory, která bude hlouběji analyzovat souvislosti ze získaných dat z dotazníkového šetření.

Kvalitativní část je realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které mají za úkol zmapovat rodičovství dětí s vývojovou dysfázií. Metoda polostrukturovaného rozhovoru je nejrozšířenější podobou metody interview. Nejprve je zapotřebí vytvořit určité schéma, které specifikuje okruhy otázek, jejichž pořadí může být v průběhu pozměňováno. Samotné znění otázek a pořadí je ponecháno na tazateli (Miovský, 2006). Dále Miovský (2006, s. 160) definuje „*tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Máme tak určitý stupeň jistoty, že všechna témata probrána skutečně budou. Liší se obvykle pořadí, drobné nuance ve znění a stylu pokládání otázek apod. Na toto jádro se pak nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání.*“

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu je na základě dotazníkového šetření ověřit nebo vyvrátit stanovené hypotézy. Cílem kvalitativního výzkumu je metodou polostrukturovaných rozhovorů přiblížit příběhy rodičů, kteří mají dítě s vývojovou dysfázií.

4.1 Cíle výzkumu a metodologie

Hlavním cílem výzkumu diplomové práce je představit problematiku rodičovství dětí s vývojovou dysfázií.

Výzkum má smíšený design, byly použity metody a techniky kvantitativního i kvalitativního výzkumu.

Cílem kvantitativní části výzkumu je na základě dotazníkového šetření potvrdit nebo vyvrátit následující hypotézy:

Hypotéza H1: Sami rodiče si všimli neobvyklých potíží ve vývoji dítěte dříve, než je na ně upozornilo okolí.

Hypotéza H2: Rodiče se po zpozorování potíží ve vývoji dítěte obracují častěji na dětského lékaře než na logopeda.

Hypotéza H3: Po diagnostice vývojové dysfázie dítěte bylo rodičům nejvíce informací poskytnuto z internetu než z jiných zdrojů.

Hypotéza H4: Většina rodičů pocítovala, že na ně okolí nahlíží jako na rodiče, kteří se málo věnují svým dětem, než aby na ně okolí nereagovalo.

Cílem kvalitativní části výzkumu, který probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů s rodiči, je přiblížit jejich příběhy. Byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Kdy jste si poprvé všiml/a, že je ve vývoji vašeho dítěte něco špatně, a jakých složek vývoje se to týkalo?
2. V kolika letech dítěti byla diagnostikována vývojová dysfázie a kdo ji dítěti diagnostikoval?
3. Jak jste se cítil/a po stanovení diagnózy?
4. Co/kdo vám nejvíce pomohlo v této situaci?
5. Kdo vám poskytl nejvíce informací?

6. Jakou radu byste dal/a ostatním rodičům, jejichž dítěti je diagnostikována vývojová dysfázie?
7. Jaký je aktuální stav vašeho dítěte?

4.2 Kvantitativní výzkum

Tato část se opírá o výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno na vybrané cílové skupině. Intenzivní sběr dat probíhal v prosinci (2019) po dobu dvou týdnů. Dotazník byl vložen na sociální síť (Facebook), konkrétně na skupinu, jejíž název je Rodiče dětí s vývojovou dysfázií. Uvedená skupina měla celkem 4 848 členů (k 1. 2. 2020), což znamenalo potenciálně vysokou návratnost dotazníků u této oslovené skupiny. Dotazník byl na Facebook skupiny vložen na začátku prosince 2019 s úvodním slovem a prosbou o vyplnění. Nejvíce respondentů odpovědělo během prvních tří dnů. Po týdnu byli členové dané skupiny znovu upozorněni na přítomnost dotazníku. Následující týden, kdy již několik dní nepřibývaly odpovědi respondentů, byl dotazník ze skupiny odstraněn. Někteří respondenti dále zaslali dotazník jejich známým prostřednictvím emailu. Nejrozšířenější technikou sběru dat byly tedy sociální sítě

K sestavení dotazníku byla vybrána bezplatná internetová aplikace Google Form, která je zprostředkována přes společnost Google. Dotazník byl sestaven z 18 otázek, z nichž bylo 10 polouzavřených, 5 uzavřených a 3 otevřené. Dále byl dotazník sestaven tak, aby jeho vyplnění zabralo maximálně 10 minut. Většina respondentů projevila radost ze zájmu o tematiku rodičovství dětí s vývojovou dysfázií. Někteří respondenti projevili zájem o zaslání výsledků diplomové práce. Celkem bylo vyplněno 256 dotazníků.

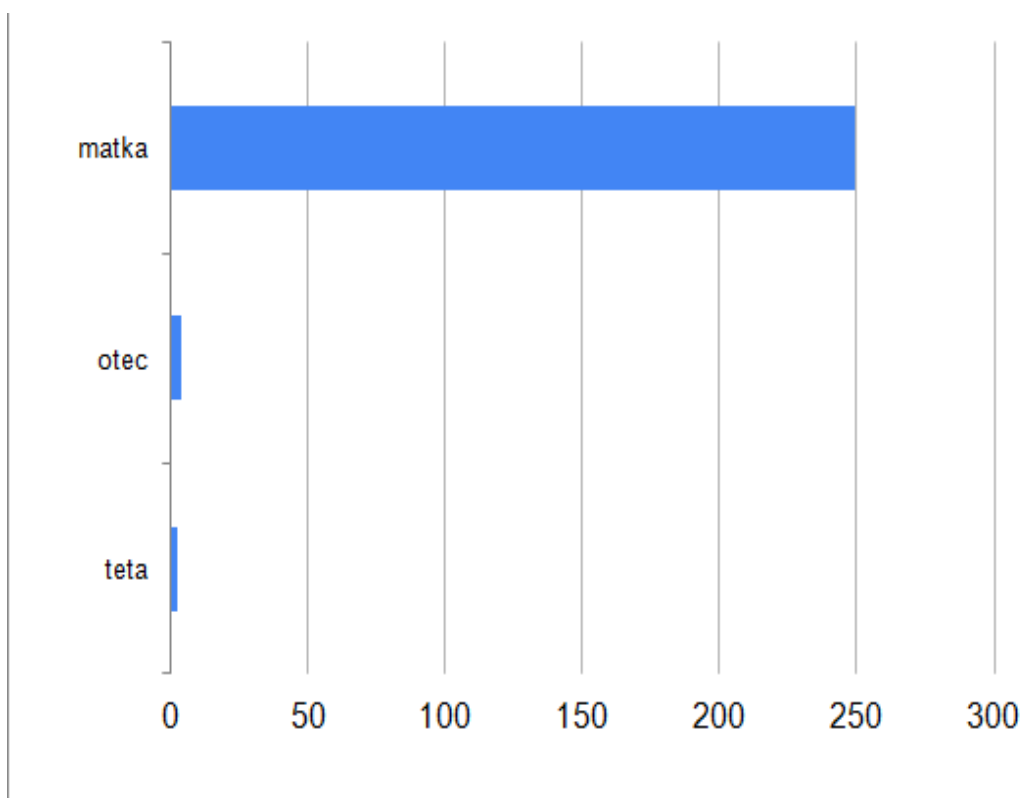
4.2.1 Dotazníkové šetření

Před samotným odesláním dotazníku jednotlivým respondentům byl proveden předvýzkum, během kterého byl dotazník odeslán celkem 20 jedincům. Následně probíhalo samotné dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo celkem 256 respondentů. Všechny otázky byly povinné, což znamená, že pokud respondent by na některou otázku

neodpověděl, neměl by možnost dotazník odeslat. Respondenti odpověděli celkem na 18 otázek.

Otázka číslo 1 sledovala vztah respondentů vůči dítěti. Respondenti měli možnost zvolit jednu ze dvou odpovědí (matka, otec), nebo odpověď jiný, pokud se nejednalo o matku ani otce.

Graf 1 – Vztah respondenta vůči dítěti



Zdroj: Vlastní zpracování

Celkem vyplnilo dotazník **256** respondentů. Z celkového počtu respondentů byla většina **matek** dětí, a to celkem **249**. Z celkového počtu respondentů bylo pouze **5 otců**. V případě, že dotazovaný nebyl rodič, měl možnost napsat do kolonky, jaký má vztah vůči dítěti. Tuto možnost využily **2 tety** dětí. Pro přehlednost byla ze získaných dat první otázky vypracována tabulka 1.

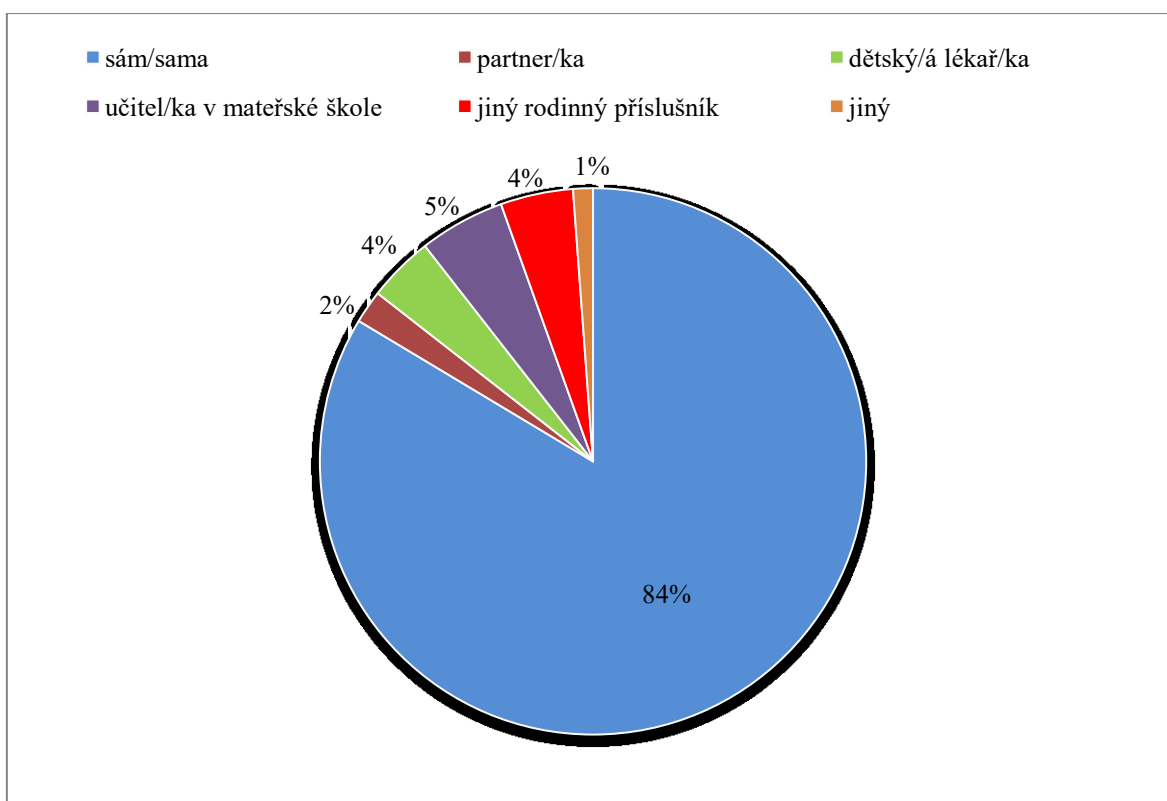
Tabulka 1 – Vztah respondenta vůči dítěti

matka	249	97,3 %
otec	5	1,9 %
teta	2	0,8 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka číslo 2 měla vysledovat, **kdo si první všiml, že se u dítěte vyskytují neobvyklé potíže v jeho vývoji**. Respondenti měli na výběr z 5 možností (všiml/a jsem si sám/a, partner/ka, dětský/á lékař/ka, učitel/ka v mateřské škole, jiný rodinný příslušník).

Graf 2 – Kdo první upozornil, že je něco „jinak“ ve vývoji dítěte?



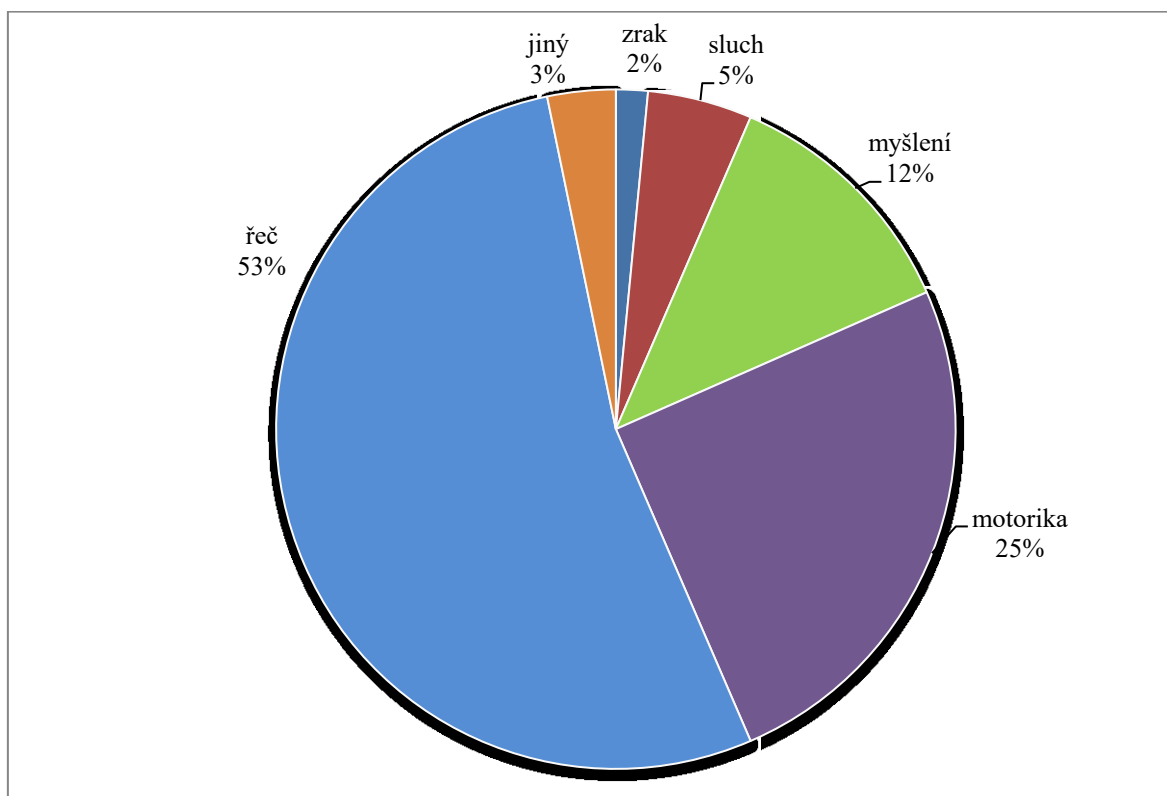
Zdroj: Vlastní zpracování

Z tohoto grafu je zřejmé, že si sám rodič nejčastěji všiml vyskytujících se neobvyklých potíží ve vývoji dítěte. Celkem těchto rodičů bylo **218**. Druhou nejčastější

odpovědí byl **učitel/ka v mateřské škole** ten, kdo upozornil rodiče. Celkem tuto možnost zvolilo **13** respondentů. Třetí nejčastější odpovědi byl fakt, že rodiče upozornil **někdo jiný z rodiny**, bylo tomu tak v **10** případech. **Dětský/á lékař/ka** upozornil/a rodiče v **9** případech. Ve **2** případech upozornil **partner/ka** respondenta. Respondenti dále měli možnost do kolonky **jiný** napsat osobu, která nebyla zmíněna v nabídce, ale všimla si dítěte jako první. Celkem tuto možnost využili **4** respondenti. Ve **2** případech byli rodiče upozorněni **psychologem** a ve **2** zbylých je upozornil **logoped**. Pro přehled byla vytvořena tabulka, která uvádí i procenta.

Otázka číslo 3 se zajímala o to, jakých oblastí se potíže ve vývoji dítěte týkaly. Respondenti měli možnost vybrat **více možností, popř. všechny** z nabízených odpovědí (zrak, sluch, myšlení, paměť a pozornost, motorika, řeč) nebo do kolonky „jiný“ napsat vlastní odpověď na otázku.

Graf 3 – Jakých oblastí se potíže se vývoji dítěte týkaly?

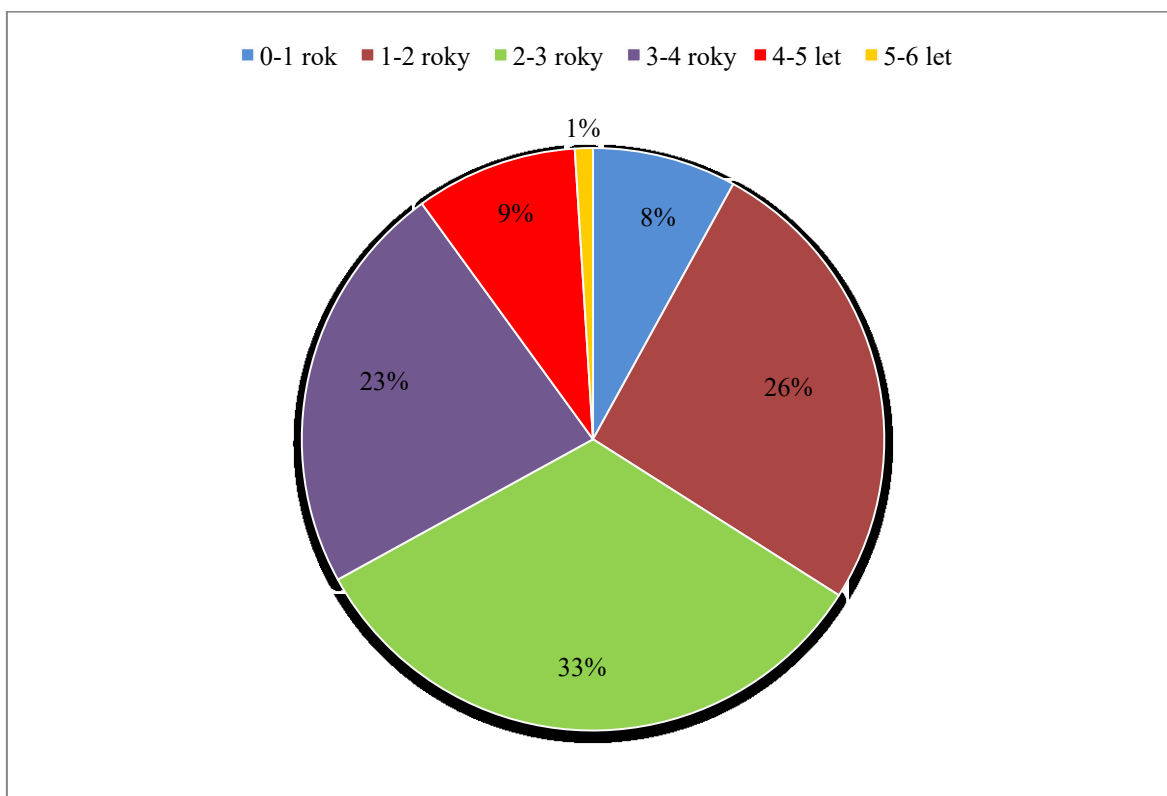


Zdroj: Vlastní zpracování

Z vypracovaného grafu číslo 3, který se zaměřoval na otázku, jakých oblastí se potíže ve vývoji dítěte týkaly, je nejčastější odpovědí **oblast řeči**, tuto možnost zvolilo celkem **53 %** respondentů. Druhou nejčastější pozorovanou oblastí byla **oblast motoriky** dítěte, kterou zvolilo celkem **25 %**. Třetí nejčastější pozorovanou oblastí bylo **myšlení dítěte (12 %)**, následoval **sluch (5 %)**. Předposlední odpovědi zvolili respondenti možnost „jiný“, ve které měli možnost vlastními slovy popsat, v jakých oblastech pozorovali potíže ve vývoji dítěte. Tuto možnost zvolilo celkem **3 %** respondentů. Nejčastější odpovědi v této v kolonce „jiný“ bylo porozumění, následovalo chování dítěte, sebeobsluha, poruchy příjmu potravy a hygienické návyky dítěte. Nejméně častou oblastí byla **zraková oblast**, kterou zvolilo **2 %** respondentů.

Otázka číslo 4 se zajímala o to, v kolika letech dítěte bylo zpozorováno, že má dítě potíže ve svém vývoji. Respondenti měli možnost vybrat jednu možnost z pěti.

Graf 4 – V kolika letech byly zpozorovány první příznaky?

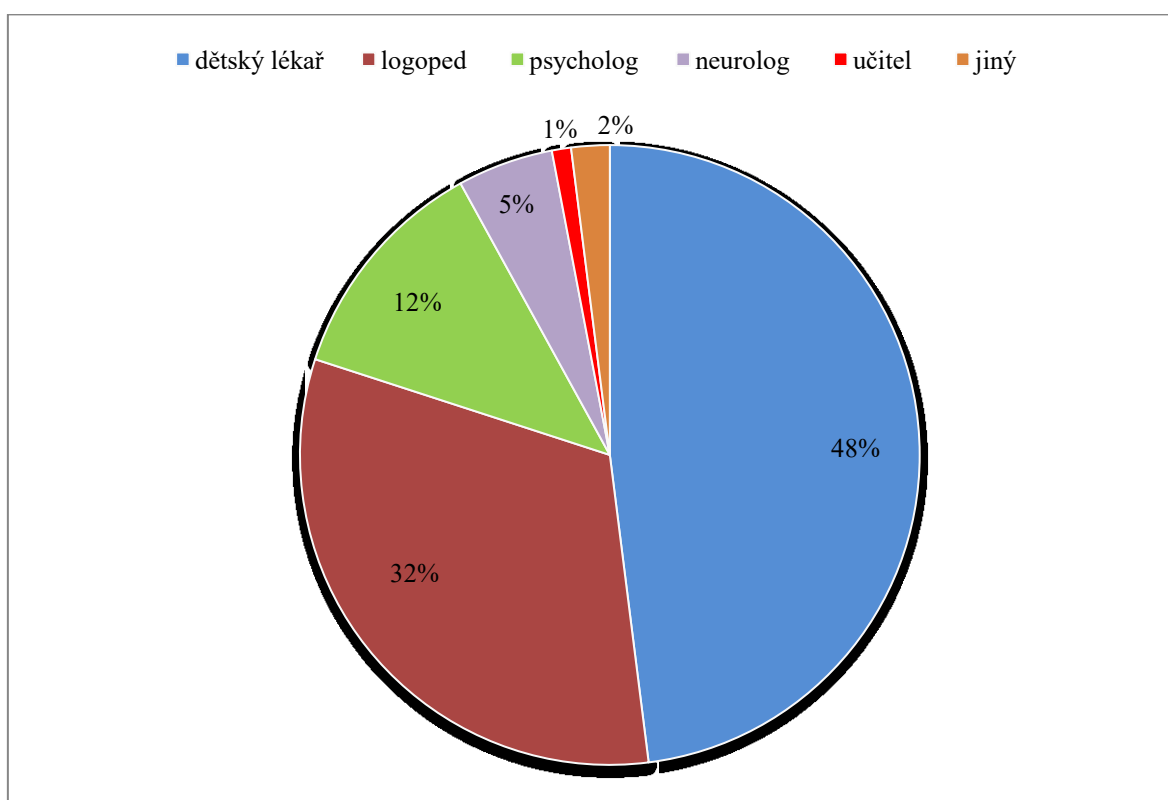


Zdroj: Vlastní zpracování

Z grafu číslo 4 vyplývá, že respondenti nejčastěji pozorovali potíže ve vývoji dítěte ve **2-3 letech** věku. Nejčastější odpověď zvolilo celkem **33 %** respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo zpozorování v **1-2 letech**, kterou zvolilo celkem **26 %** respondentů. Následující možnost **3-4 roky** zvolilo celkem **23 %** respondentů. Ve **4-5 letech** si respondenti všimli v **9 %**. Naopak ve věku **0-1 rok** respondenti zpozorovali obtíže v **8 %** případů. Nejméně častou odpovědí byla možnost **5-6 let**, kterou zvolilo pouhé **1 %** respondentů.

Následující **otázka číslo 5** zjišťovala, na kterého odborníka se rodiče obrátili poté, co si u dítěte všimli neobvyklostí v jeho vývoji. Celkem měli respondenti na výběr ze čtyř odpovědí (dětský/á lékař/ka, učitel/ka, logoped/ka, psycholog/psycholožka), nebo měli možnost do kolonky „jiný“ napsat jiného odborníka, který nebyl v nabídce odpovědí.

Graf 5 – Odborník, na kterého se respondenti obrátili

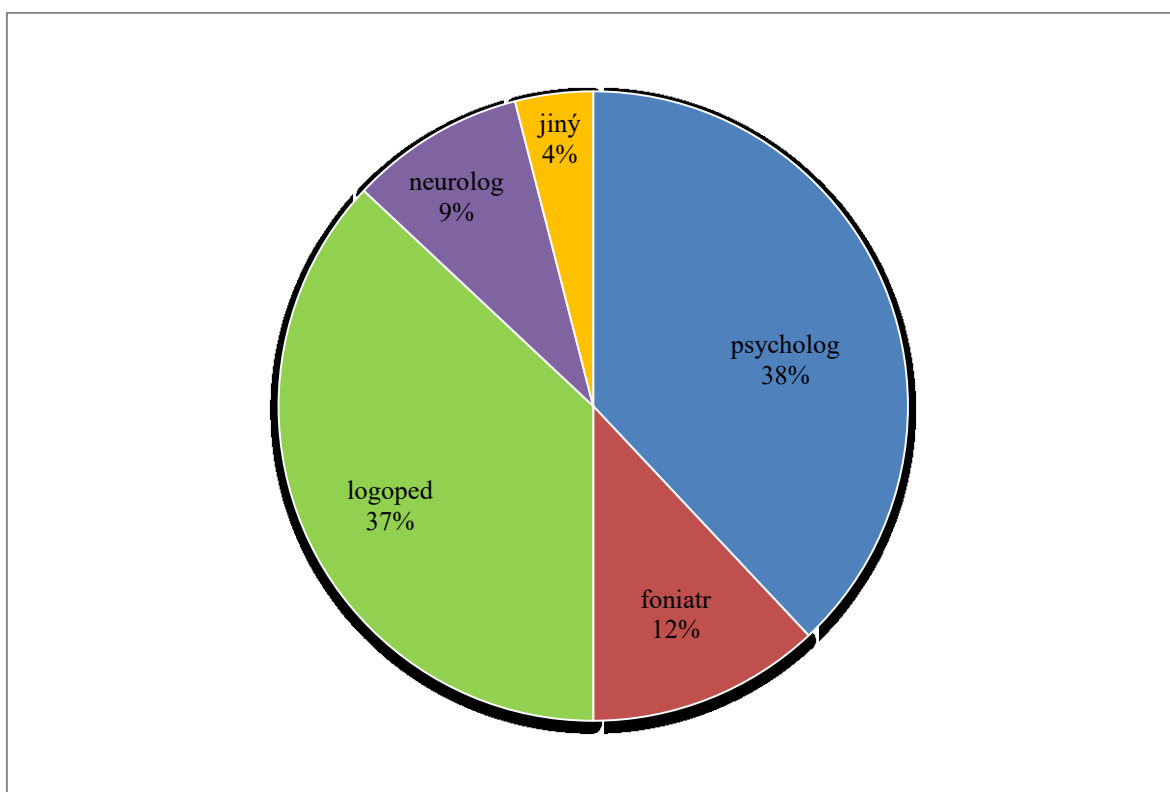


Zdroj: Vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že téměř polovina respondentů se obrátila na **dětského lékaře**, či lékařku, bylo tomu tak celkem v **48 %** odpovědí. Velké množství respondentů se též obrátilo na **logopeda** (logopedku), celkem **32 %** dotázaných. Méně respondentů, pouze **12 %**, se obrátilo na **psychologa**. Poslední možnou odpovědí, mimo možnost „jiný“, byl/a **učitel/ka**, kterou zvolilo pouze **1 %** respondentů. Následovala možnost „jiný“, kterou zvolilo celkem **7 %**. Nejčastější odpovědí z 7% jiný byl **neurolog**, kterého doplnilo celkem **12** respondentů (**5 %**). Pouze **4** respondenti (**2 %**) v kolonce „jiný“ napsali výše nezmíněného odborníka. Celkem **2** se obrátili na speciálně pedagogické centrum (SPC), pouze **1** na fyzioterapeuta a **1** se obrátil na foniatrii.

Otázka číslo 6 se zajímala o fakt, kdo diagnostikoval vývojovou dysfázií dítěti dotazovaných. Ti měli na výběr ze 4 odpovědí (logoped/ka, psycholog/psycholožka, neurolog/neuroložka, foniatr/foniatřička) a možnost „jiný“, ve které měli možnost dopsat jiného odborníka, který jejich dětem diagnostikoval vývojovou dysfázií.

Graf 6 – Kdo dítěti diagnostikoval vývojovou dysfázií?

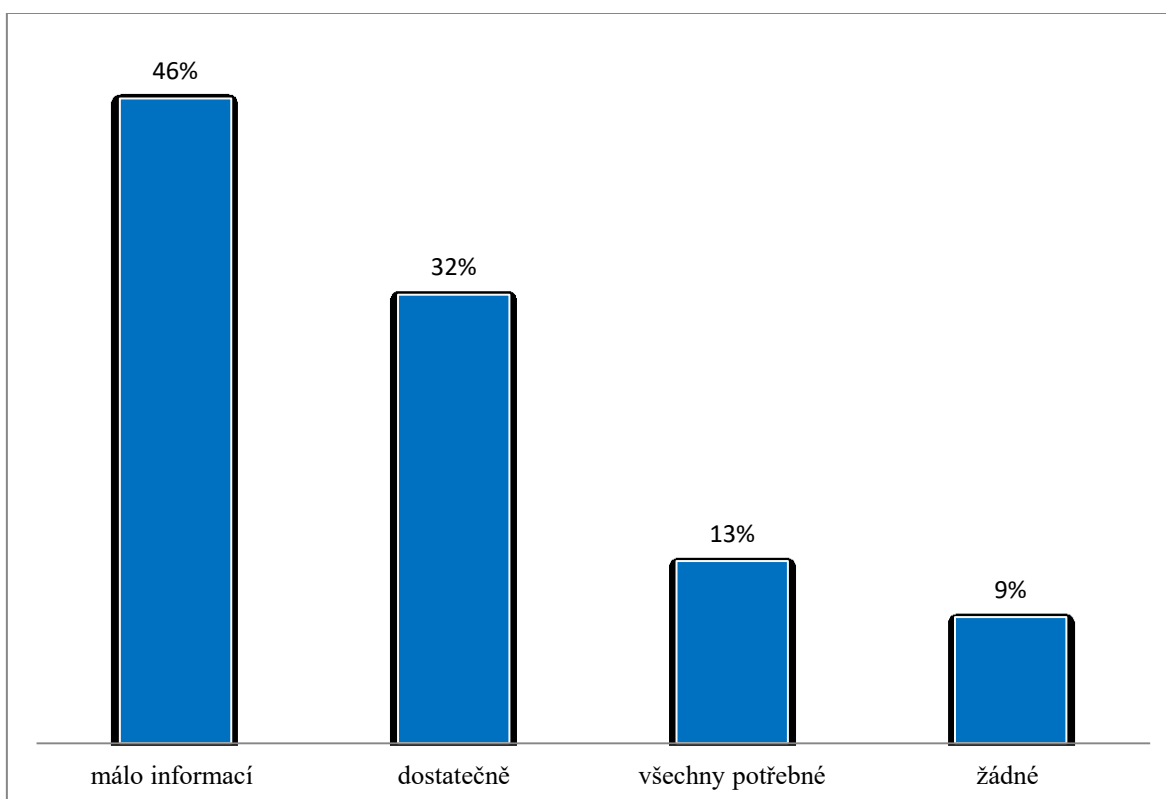


Zdroj: Vlastí zpracování

Z grafu je zřetelné, že respondenti tvrdí, že nejčastěji jejich dětem diagnostikovali vývojovou dysfázii na **psychologii**, celkem v **38 %** případech. **Logoped/ka** diagnostikoval/a u dotazovaných pouze o 2 případy méně, tedy v **37 %** situacích. Méně často diagnostikovali dotazovaných vývojovou dysfázii na **foniatrii**, celkem **12 %**. **Neurolog/neuroložka** diagnostikoval/a pouze, a to pouze u **9 %** dotazovaných. Dále měli opět respondenti možnost „jiný“, kde mohli v případě, že diagnózu jim sdělil někdo jiný, než bylo v nabízených odpovědích. Tuto možnost využili celkem **4 %** dotázaných, z nich ve **3 %** případů diagnostikoval vývojovou dysfázii **psychiatr/psychiatrička**. Pouze ve 3 případech dotazovaným sdělil diagnózu výše nezmíněný odborník, a to: dětský lékař, pracovník rané péče a pracovník speciálně pedagogického centra.

Otázka číslo 7 sledovala, jestli byl respondentům poskytnut dostatek informací při sdělení diagnózy. Na výběr měli respondenti ze 4 možností (žádné, velmi málo, dostatečně, všechny potřebné).

Graf 7 – Byl respondentům poskytnut dostatek informací při sdělení diagnózy?

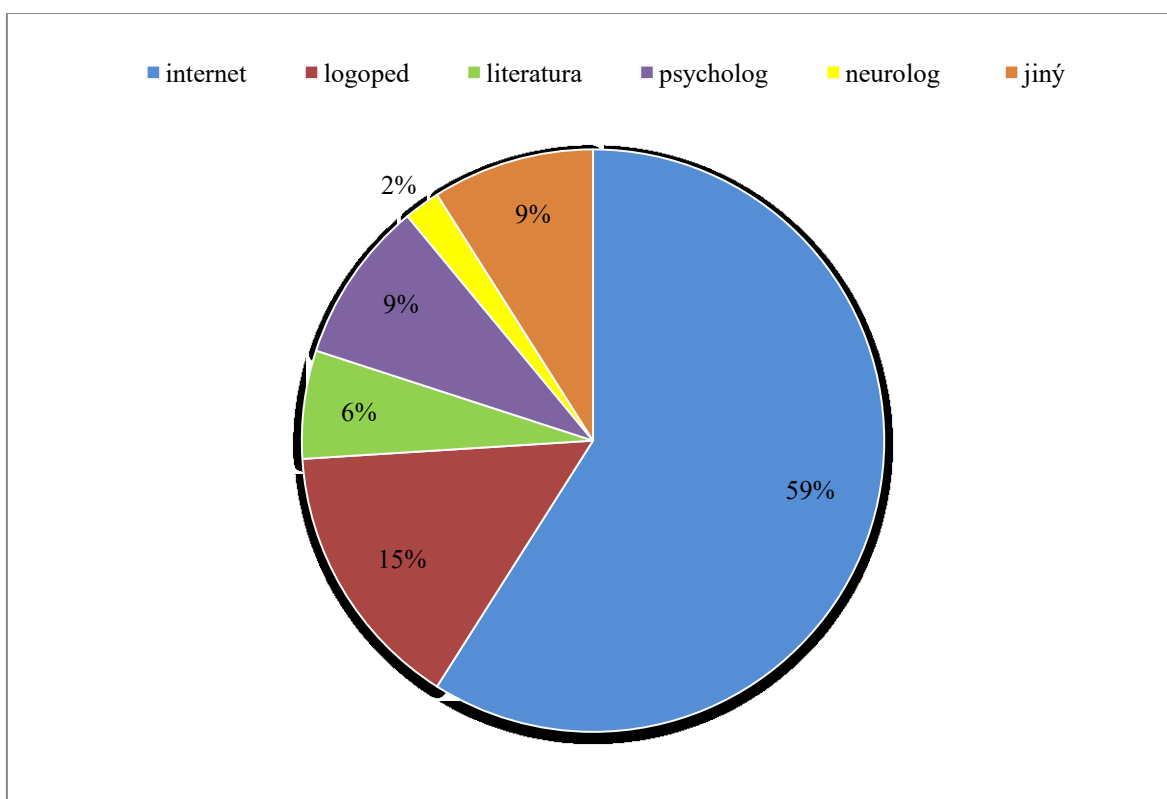


Zdroj: Vlastní zpracování

Ze sedmého grafu je zřetelné, že dotazovaní mají nejčastěji pocit, že jim bylo během sdělení diagnózy poskytnuto velmi **málo informací**, je tomu tak ve **46 %** případů. **Dostatek informací** bylo poskytnuto **32 %** dotázaných. **Všechny potřebné** informace o vývojové dysfázii byly dle respondentů poskytnuty pouze u **13 %** dotázaných. Celkem **9 %** z nich odpovědělo, že jim po sdělení diagnózy nebyly poskytnuty **žádné informace**.

Následující **otázka**, v pořadí již **osmá**, se zajímala o to, kdo rodičům poskytl nejvíce informací o vývojové dysfázii. Na výběr měli respondenti celkem 6 možností, plus poslední byla opět možnost „jiný“. Mezi odpověďmi, které mohli dotazovaní vybrat na otázku, kdo jim poskytl nejvíce informací, byly tyto možnosti: logoped/ka, psycholog/psycholožka, neurolog/neuroložka, dětský/á lékař/ka, internet, literatura. Následující graf ukazuje četnost odpovědí.

Graf 8 – Kdo respondentům poskytl nejvíce informací o vývojové dysfázii?



Zdroj: Vlastní zpracování

Z grafu je zřejmé, že nejvíce informací rodičům poskytl **internet**, a to celkem v **59 %** případů. Možnost „internet“ zvolila více než polovina dotazovaných. Druhá nejčastější odpověď měla pouze **15 %**, touto odpovědí byla **logopedie**, tím, kdo jim poskytl nejvíce informací. Stejný počet odpovědí (**9 %**) měli **psycholog/psycholožka** a možnost „jiný“. Rodiče hledali informace v **literatuře** celkem v **6 %** případů. Nejméně častou odpovědí, pouze **2 %**, byl **neurolog/neuroložka**.

Vzhledem k velkému množství odpovědí „jiný“ je vypracována tabulka s odpověďmi, které se v ní vyskytovaly. Tabulka číslo 2 je vypracována pro detailnější přehled odpovědí respondentů v dané možnosti. Mezi odpověďmi jsou i 2 – studium, kdy obě matky doplnily informací tím, že se rozhodly ke studiu speciální pedagogiky po diagnostikování vývojové dysfázie jejich dítěti, aby ho co nejvíce pochopily, porozuměly mu a věděly, jak s ním co nejlépe pracovat.

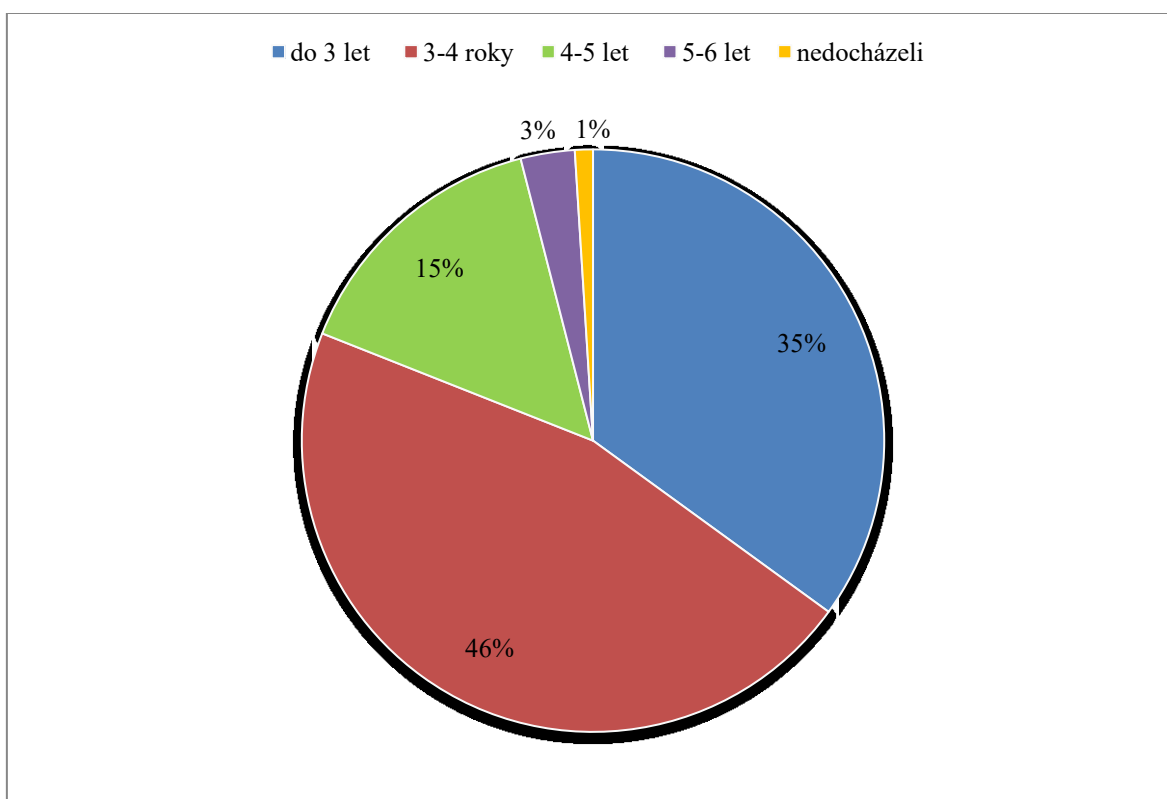
Tabulka 2 – Přehled odpovědí „jiný“

Kdo poskytl nejvíce informací	Počet odpovědí
Skupina Rodiče dětí s vývojovou dysfázií na Facebooku	12
Speciálně pedagogické centrum	5
Lékař/ka na foniatrii	4
Studium speciální pedagogiky	2
Ergoterapeut	1
Pracovník rané péče	1

Zdroj: Vlastí zpracování

Otázka číslo 9 se zajímala o to, v jakém věku dítěte s ním začali rodiče docházet na logopedickou terapii. Na výběr měli rodiče 5 odpovědí, a to: do 3 let, 3-4 roky, 4-5 let, 5-6 let, nedocházeli jsme vůbec.

Graf 9 – V kolika letech dítěte začali docházet na logopedické terapie?

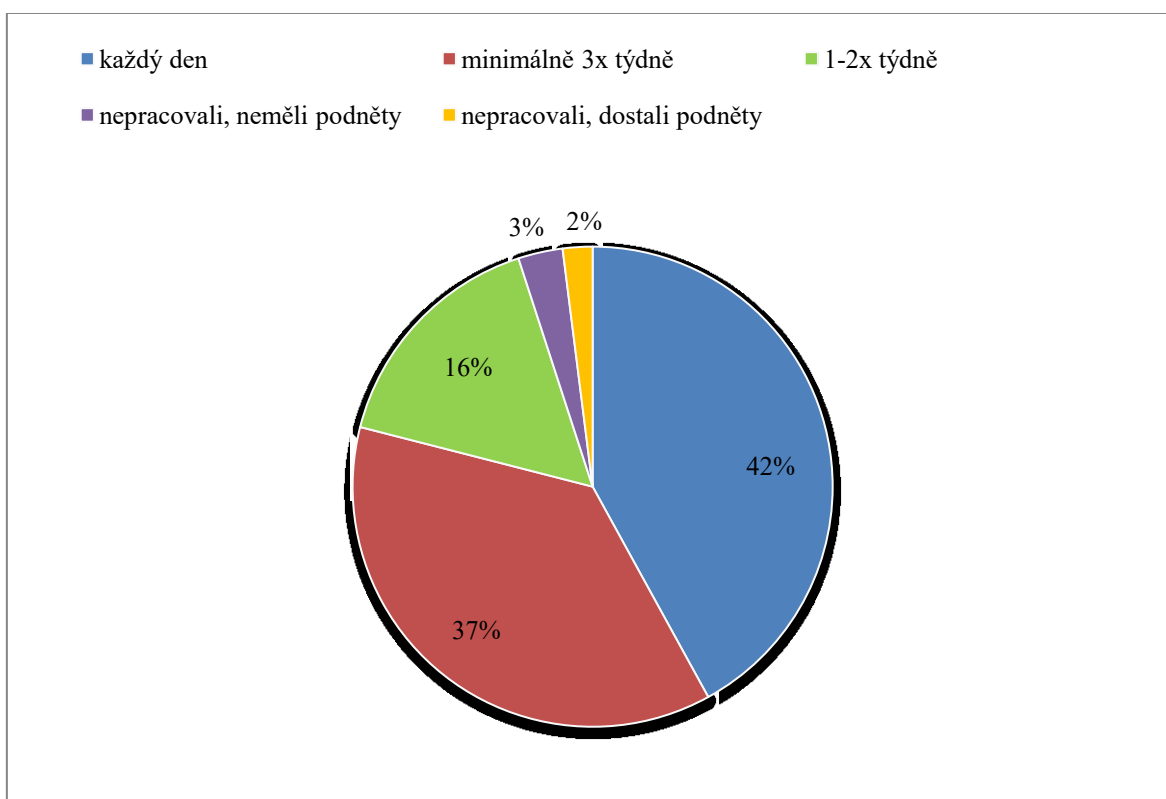


Zdroj: Vlastní zpracování

Z devátého grafu vyplývá, že nejčastěji rodiče s dětmi začali docházet na logopedické terapie mezi **3.-4. rokem** života dítěte, celkem tomu tak bylo u **46 %** rodin. Ve **35 %** začali docházet na logopedické terapie již předtím, než dítě oslavilo **3. narozeniny**. Mezi **4.-5. rokem** začalo docházet na logopedii celkem **15 %** dotázaných. V období mezi **5.- 6. rokem** začali chodit pouze **3 %** rodičů. Pouze **1 %** dotazovaných nikdy na logopedii se svými dětmi **nedocházelo**.

Otázka číslo 10 se zaměřuje na domácí cvičení podle pokynů logopeda a jeho četnost. Rodiče měli na výběr z 5 odpovědí, kdy mohli zvolit pouze jednu z nabízených. Odpovědi byly: každý den, alespoň 3x týdně, 1-2x týdně, nepracoval/a jsem, ale byla jsem poučena a nedostal/a jsem dostatek podnětů pro domácí práci, proto jsem nepracoval/a.

Graf 10 – Četnost domácího cvičení podle pokynů logopeda



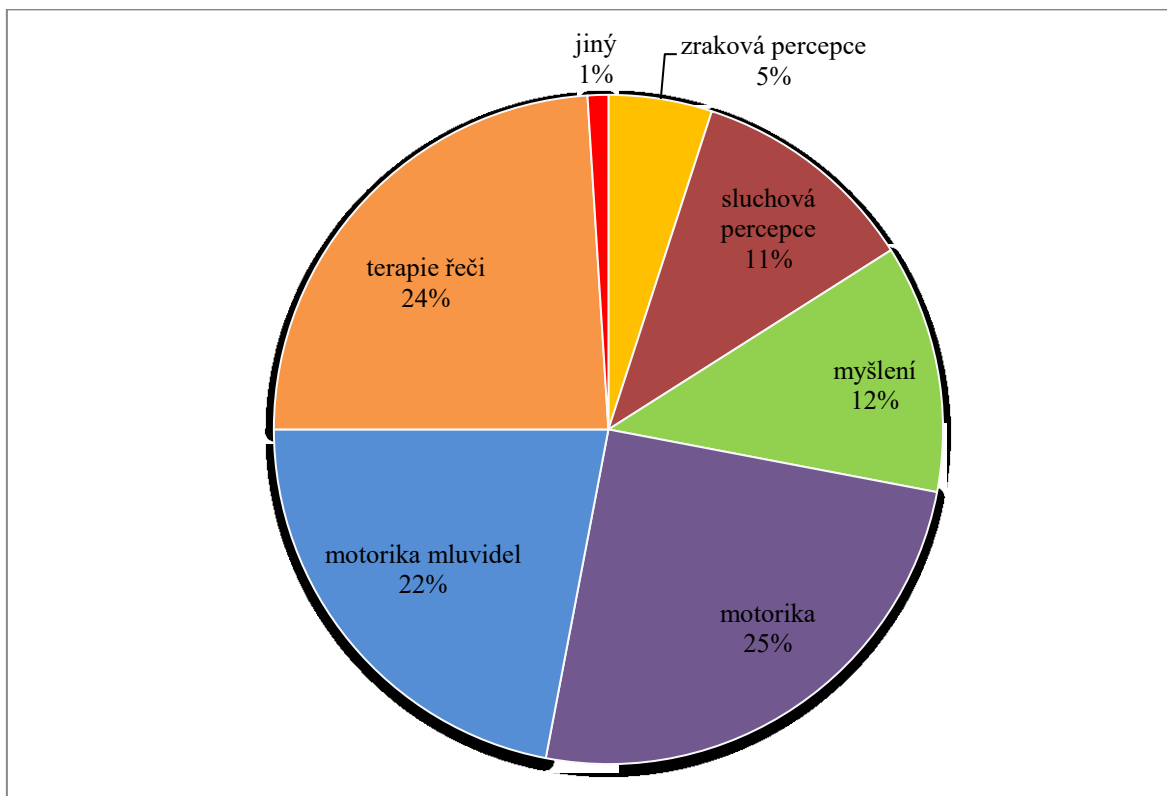
Zdroj: Vlastní zpracování

Z grafu 10 vyplývá, že zhruba třetina rodičů s dětmi pracovala doma **každý den** podle pokynů logopeda, bylo tomu tak u **42 %** respondentů. O něco méně (**37 %**) pracovalo s dítětem alespoň **3x týdně**. Domácí cvičení u **16 %** dotázaných probíhalo **1-2x týdně**. Celkem **5%** rodičů s dětmi doma podle pokynů **nepracovalo**. Z nich **3%** uvedli, že **nedostali dostatek podnětů** pro domácí práci, proto s dítětem nepracovali a **2%** uvedla, že **byli poučeni** a dostali podněty pro domácí práci, ale i **přesto domácí cvičení neprobíhalo**.

Otázka 11 mapuje oblasti vývoje, na které se během domácího cvičení rodiče zaměřili nejvíce. Respondenti mohli zaškrtnout jednu, více i všechny odpovědi a také mohli do kolonky „jiné“ napsat na kterou jinou oblast vývoje dítěte byla jejich domácí práce zaměřena. Na výběr měli možnosti: rozvoj zrakové percepce, rozvoj sluchové percepce, rozvoj myšlení, rozvoj motoriky (hrubé, jemné, grafomotoriky), motorika

mluvidel, řečová terapie, či možnost, že domácí cvičení neprobíhalo a možnost napsat cokoliv jiného.

Graf 11 – Oblasti vývoje, na které byla zaměřena domácí práce



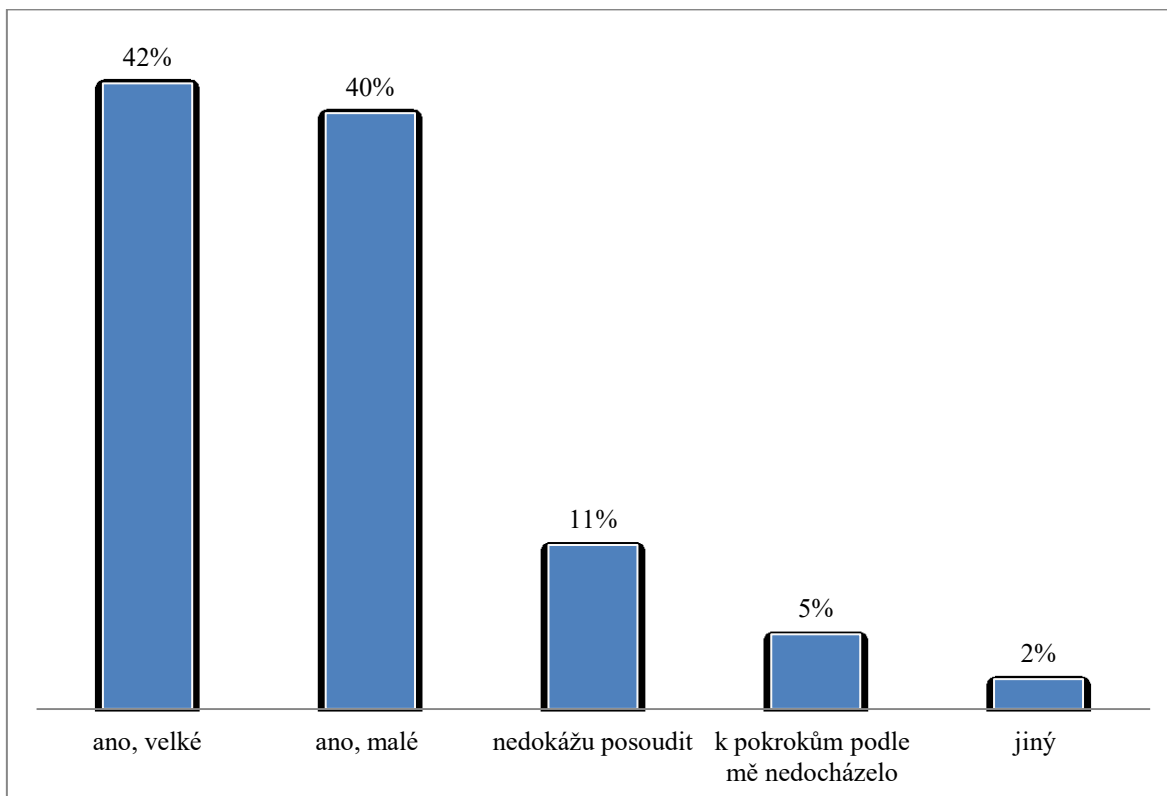
Zdroj: Vlastí zpracování

Z grafu plyne, že nejčastěji bylo u respondentů domácí cvičení zaměřené na **motoriku**, přesněji na hrubou, jemnou a grafomotoriku. Bylo tomu tak ve **25 %**. Následně domácí cvičení bylo **terapii řeči** – **24 %**. Třetí nejčastější odpovědí byla motorika mluvidel, celkem **22 %**. Domácí cvičení bylo poměrně rovnoměrně zaměřeno na **sluchovou percepce** (**11 %**) a **myšlení** (**12 %**). Nejméně často bylo domácí cvičení orientováno na **zrakovou percepce**, pouze v **5 %** případů. V kolonce „**jiný**“ (**1 %**) vyplňovali respondenti, že se zaměřují na rozvoj porozumění a domácí cvičení upravují dle situace a nálady dítěte.

Dvanáctá otázka mapuje, jestli pozorovali dotazovaní pokroky během pravidelné logopedické péče. Na výběr měli ze 4 možností + „jiný“. Na výběr, zdali pozorovali

pokroky, byly tyto možnosti odpovědí: ano, velké; ano, ale malé; nedokážu posoudit; podle mě k pokrokům nedocházelo.

Graf 12 – Pozorované pokroky při pravidelné logopedické péči



Zdroj: Vlastní zpracování

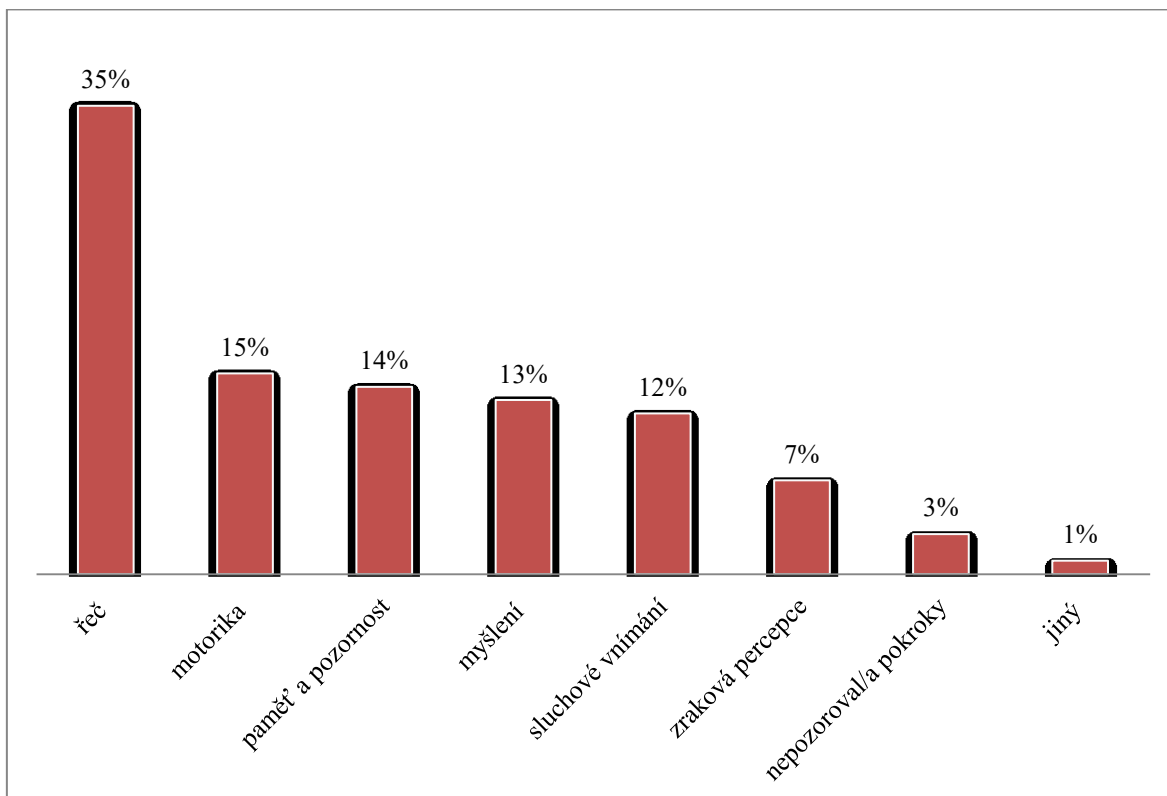
Z grafu 12 vyplývá, že téměř 82 % dotazovaných pozorovalo pokroky ve vývoji dítěte během pravidelné logopedické péče. Z nich **42 %** má dojem, že pokroky pozorované pokroky byly **velké** a **40 %** se domnívá, že pokroky byly, ale **malé**. **Těžké posouzení** odpovědí bylo pro **11 %** dotázaných. V **5 %** případech podle respondentů k **pokrokům** ve vývoji dítěte během logopedické péče **nedocházelo**.

Celkem **2 %** dotazovaných využili možnosti „jiný“ ve které někteří doplnili například, že k pokrokům docházelo ve vlnách, k největšímu pokroku došlo po operaci nosních mandlí nebo to, že k pokrokům docházelo, ale ne díky logopedii.

Otázka číslo 13 se zajímá o oblast vývoje dítěte, ve které pozorovali rodiče největší pokroky. Na výběr měli: zraková percepce, sluchové vnímání, myšlení, paměť a pozornost,

motorika, řeč a nepozoroval/a jsem pokroky + možnost „jiný“. Respondenti mohli vybrat jednu, více, ale i všechny nabízené odpovědi.

Graf 13 – Oblast, ve které respondenti pozorovali největší pokroky

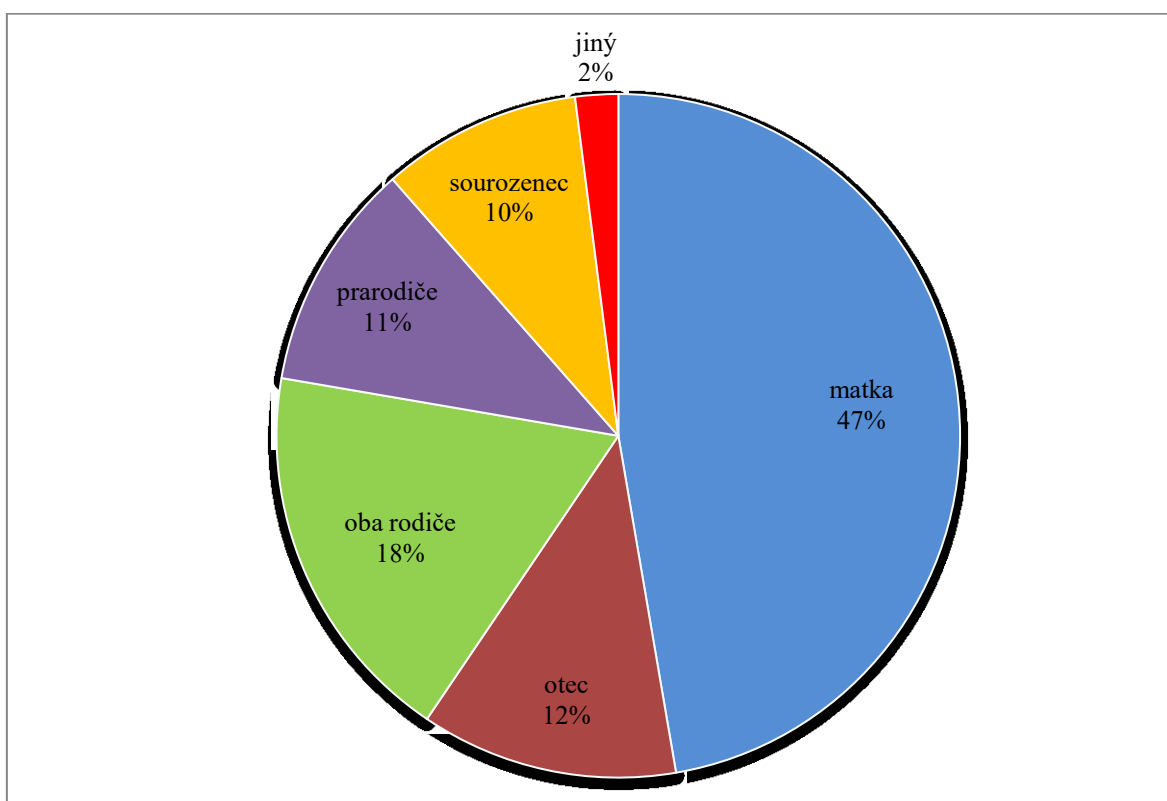


Zdroj: Vlastní zpracování

Zřetelné je z grafu 13, že největší pokroky rodiče pozorovali v oblasti **řeči**, celkem tomu tak bylo ve **35 %** případů. Následující oblasti vývoje byly celkem vyrovnané množstvím odpovědí – **motorika – 15 %**, **paměť a pozornost – 14 %**, **myšlení – 13 %** a **sluchové vnímání 12 %**. Oblastí, ve které dotazovaní pozorovali pokroky nejméně často, je oblast **zrakové percepce – 7 %**. Celkem **3 %** dotazovaných **nepozorovali žádné pokroky** ve zmíněných oblastech. Možnost „jiný“ využilo celkem **1 %** respondentů. V kolonce „jiný“ se respondenti odpověděli: nevím, co je považováno za pokrok, pokrok byl dán vývojem dítěte a oblast porozumění.

Otázka 14 mapuje, kdo se zapojoval do podpory dítěte během domácího cvičení. Respondenti měli na výběr z možností: matka, otec, oba rodiče, prarodiče, sourozenec a poslední možnost „jiný“, kam rodiče měli možnost dopsat výše nezmiňované jedince.

Graf 14 – Kdo se zapojoval do podpory dítěte během domácího cvičení



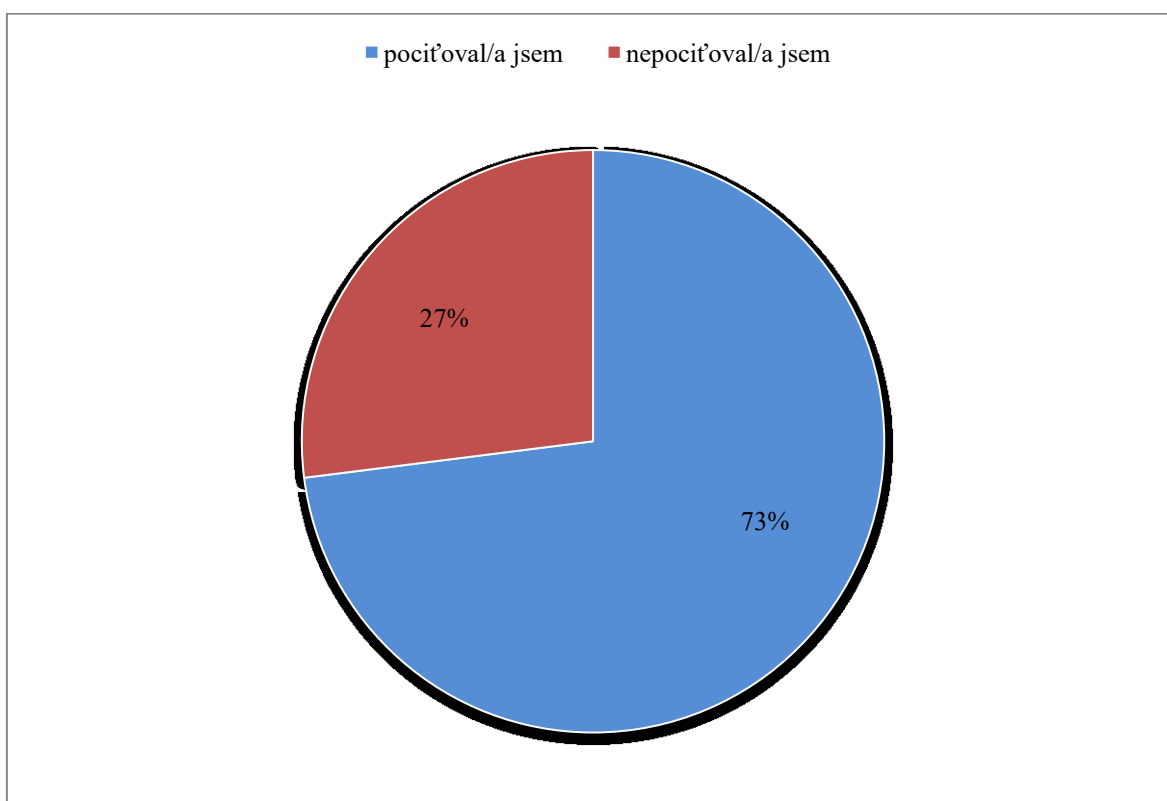
Zdroj: Vlastí zpracování

Z grafu 14 vyplývá, že nejčastěji se do domácího cvičení s dítětem zapojovala **matka** dítěte, bylo tomu tak ve **47 %** případů. **Oba rodiče** s dítětem pracovali v **18 %**. Další tři možnosti jsou velmi vyrovnané počtem odpovědí. Celkem **12 % otců** se věnovalo domácímu cvičení s dítětem, počet otců je porovnatelný s počtem zapojených **prarodičů (11 %)** a **sourozenců (10 %)** do domácího cvičení.

Otázka číslo 15 se zaměřovala na to, jestli rodiče měli pocit, že na ně okolí nahlíží jako na rodiče, kteří se málo věnují svým dětem a nerozvíjí jejich dovednosti. Respondenti měli možnost na výběr pouze jednu ze dvou možností – zda pociťoval/a, že na ně okolí

nahlíží jako na ty, kteří se málo věnují svým dětem a například jim raději pustí pohádku apod. Druhou možností bylo, že respondent tento pocit z okolí nikdy nepocíťoval/a.

Graf 15 – Pocíťovali respondenti, že na ně okolí nahlíží jako na rodiče, kteří se málo věnují svým dětem?



Zdroj: Vlastní zpracování

Většina rodičů, celkem **73 %** mělo pocit, že na ně okolí nahlíží jako na rodiče, kteří **se málo věnují svým dětem**, což někteří zmínili i v soukromých zprávách, které na základě dotazníku posílali. Mají pocit, že je okolí soudí, že se svému dítěti nevěnují, nemají na něj čas, a že jsou špatnými rodiči. Někteří zmiňovali, že i od nejbližších rodinných příslušníků zažívali tento pocit nepochopení. Pouze **27 %** rodičů tento postoj od okolí nepocíťovalo.

4.2.2 Grounded theory

Poslední tři otázky dotazníkového šetření byly vypracovány metodou Grounded Theory (zakotvená teorie), která rozděluje jednotlivé odpovědi do kategorií. Definují ji Strauss, Corbinová (1999, s. 1): „*Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují.*“

Ze získaných dat bylo zajímavé zjistit, zda jednotlivé odpovědi respondentů z posledních tří otázek dotazníkového šetření budou mít určité rysy, které je budou spojovat. Po fázi seskupování odpovědí respondentů do závěrečných kategorií, byly tyto, výstupy opět kvantifikovány. Následným kvantifikováním jednotlivých odpovědí byla zjištěna velikost bublin (kategorií).

Respondenti měli v posledních třech otázkách dotazníkového šetření vlastními slovy odpovědět na otevřené otázky. Celkově bylo odpovědí 256. Pro zpracování výsledků bylo použito otevřené kódování, všechny odpovědi respondentů byly seskupeny do tematických shluků a byly pro ně vytvořeny tematické kategorie kruhy. Čím větší byla bublina (kategorie), tím více respondentů uvedlo tuto odpověď. Jednotlivé kategorie jsou dále složeny z tematických jednotek.

První obrázek (Obrázek 1: Grounded Theory – **nepřínosnější rada rodičům** – otázka 16) zobrazuje výsledky nepřínosnějších rad, které rodiče dostávali od okolí. Z obrázku je patrné, že nepřínosnější radou byly rady týkající se trpělivosti.

Na druhém obrázku (Obrázek 2: Grounded Theory – **pocity po sdělení diagnózy** – otázka 17) je patrné, že nejčastěji rodiče prožívali smutek ze sdělení diagnózy, následoval strach a poté úleva.

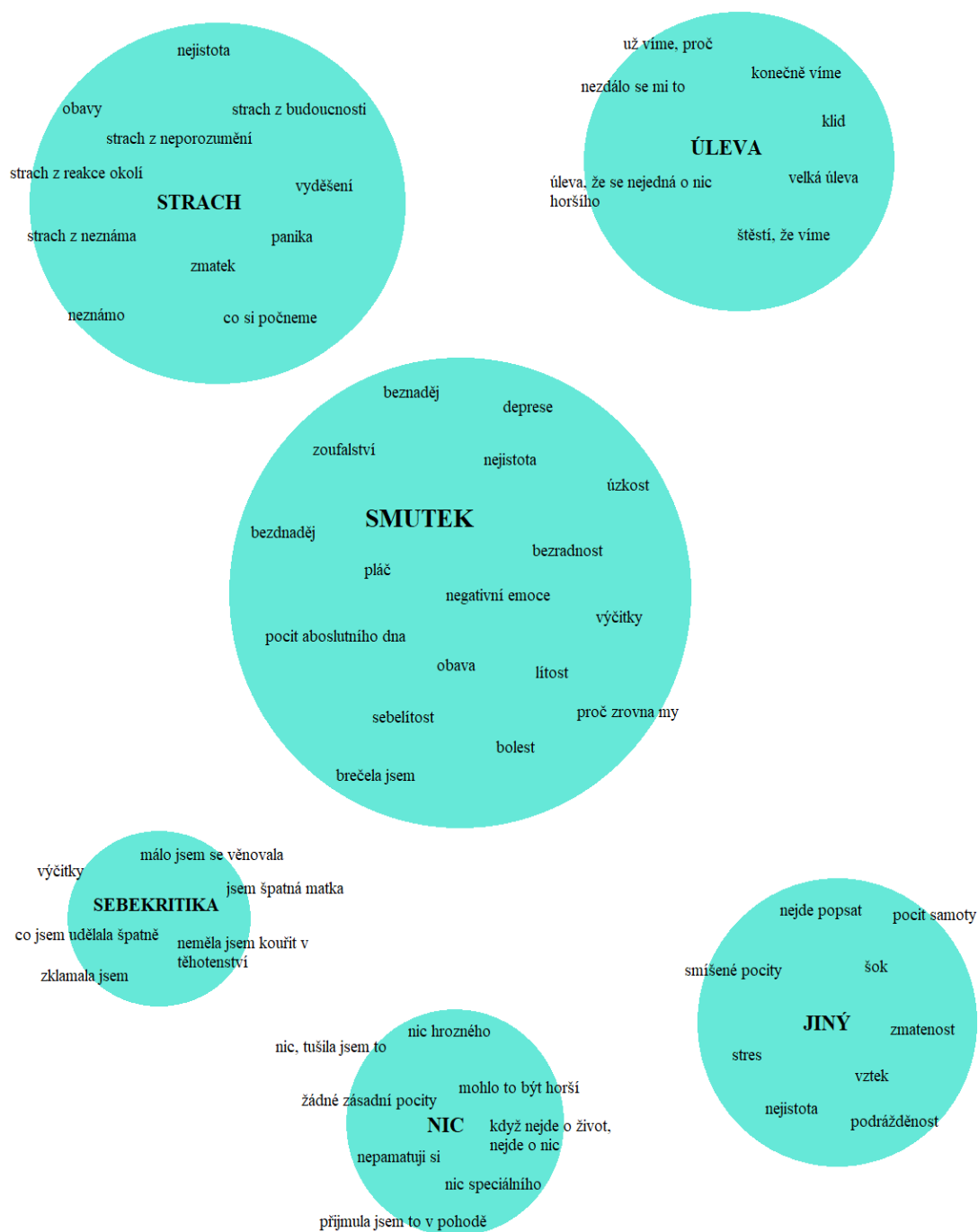
Třetí obrázek (Obrázek 3: Grounded Theory – **radý rodičům, kteří si právě vyslechli diagnózu** – otázka 18) zobrazuje, že sami rodiče by nejčastěji dalším rodičům, kteří si právě vyslechli diagnózu, poskytli podporu.

Obrázek 1 – Grounded Theory – nejprínosnější rada rodičům – otázka 16



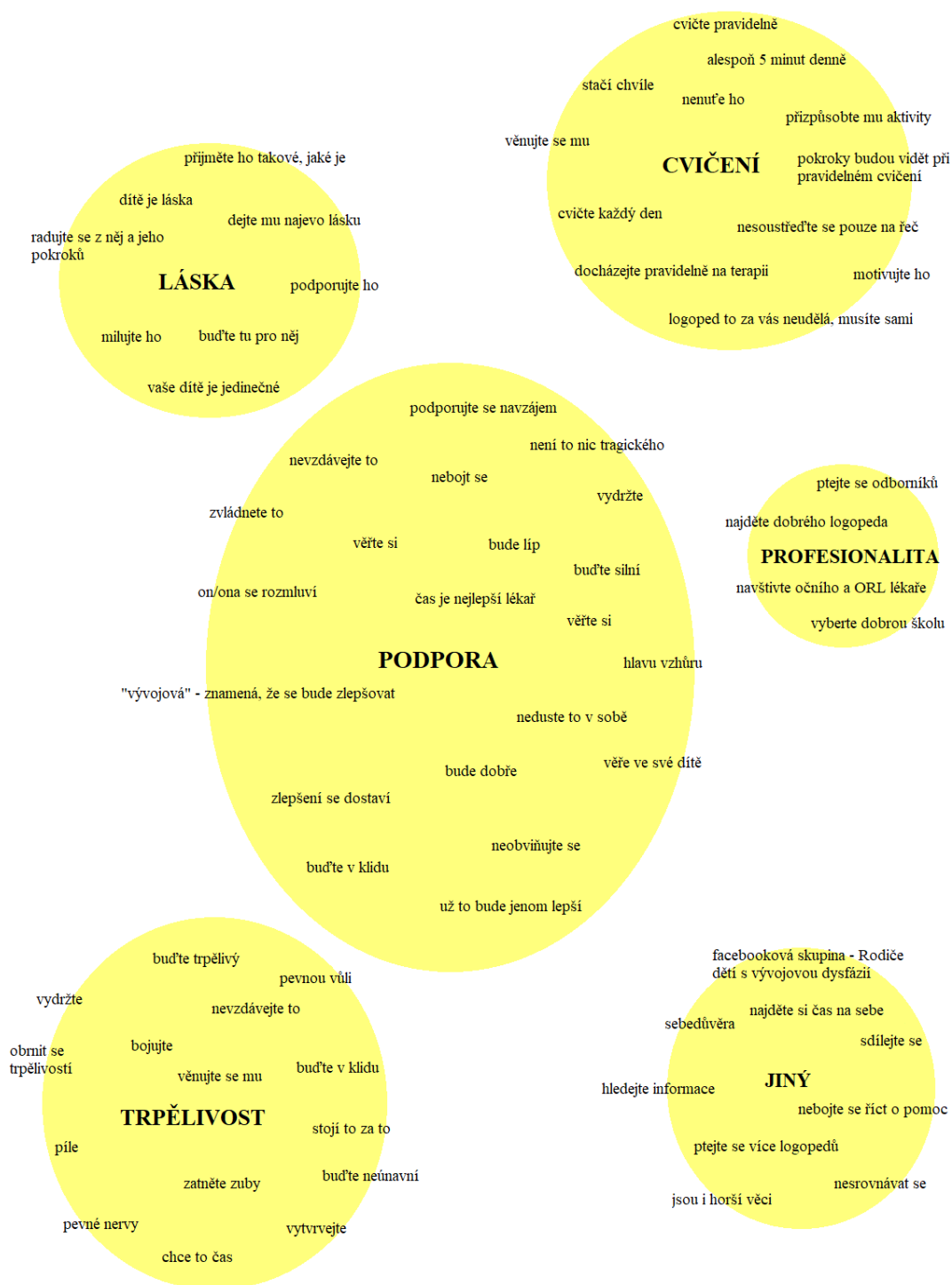
Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 2 – Grounded Theory – pocity po sdělení diagnózy – otázka 17



Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 3 – Grounded Theory – rady rodičům, kteří si právě vyslechli diagnózu – otázka 18



Zdroj: Vlastní zpracování

4.2.3 Zhodnocení výsledků kvantitativního výzkumu

Na začátku výzkumného šetření kvantitativní části byl stanoven cíl této části. **Cílem kvantitativní části výzkumu** bylo díky dotazníku potvrdit čtyři stanovené hypotézy. Cíl byl naplněn na základě dotazníkového šetření rodičů dětí s vývojovou dysfázií.

Hypotéza H1, *sami rodiče si všimli neobvyklých potíží ve vývoji dítěte dříve, než je na ně upozornilo okolí*, byla **potvrzena**.

Rodiče si sami všimli, že ve vývoji jejich dítěte se objevují neobvyklé potíže, dříve, než je na to upozornil kdokoliv jiný. Celkem tomu tak bylo v **84 %** případech (viz Graf 2).

Hypotéza H2, *rodiče se po zpozorování potíží ve vývoji dítěte obracejí častěji na dětského lékaře než na logopeda*, byla **potvrzena**.

Poté, co si rodiče všimli potíží ve vývoji dítěte byl častěji odborníkem, na kterého se rodiče častěji obrátili dětský lékař než logoped. Rodiče se na dětského lékaře obrátili celkem ve **48%** situacích, na rozdíl od logopeda, na kterého se rodiče obrátili ve **32 %** případů (viz Graf 5).

Hypotéza H3, *po diagnostice vývojové dysfázie dítěte bylo rodičům nejvíce informací poskytnuto z internetu než z jiných zdrojů*, byla **potvrzena**.

Rodiče nejčastěji informace o vývojové dysfázii hledali na internetu, celkem tomu tak bylo v **59 %** dotázaných (viz Graf 8).

Hypotéza H4, *většina rodičů pocítovala, že na ně okolí nahlíží jako na rodiče, kteří se málo věnují svým dětem, než aby na ně okolí nereagovalo*, byla **potvrzena**.

Celkem **73 %** dotázaných rodičů zažilo někdy pocit, že na ně okolí nahlíží jako na ty rodiče, kteří se málo věnují svým dětem (viz Graf 15).

4.3 Kvalitativní výzkum

V této části výzkumu budou představeny 2 polostrukturované rozhovory s matkami, jejichž dítě má diagnostikovanou vývojovou dysfázií. Dle Švaříčka (2007, s. 160) „*polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek.*“

Výhodou však je, že kromě zmíněného okruhu otázek je možné také použít otázky, které reflektují individuální podobu rozhovoru. Některé otázky poté nemusí být položeny, pokud na ně respondent odpoví v jiné otázce. V takovém rozhovoru je možné rozlišit otázky primární, které jsou předem připraveny, a otázky sekundární, které vznikají v průběhu konkrétního rozhovoru s cílem získat detailnější odpověď (Sedláková, 2014). Všem dotazovaným byly položeny stejné otázky, k nimž bylo možné v průběhu rozhovoru klást doplňující dotazy.

Tyto osobní rozhovory rozšiřují dosavadní získané znalosti a poznatky, které se vyskytují v teoretické části práce. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí na neutrálním místě v podobě kavárny. Důležité bylo během rozhovoru ubezpečit rodiče o anonymitě jejich příběhu, díky čemuž byly rozhovory důvěrnější. Je tedy důležité zmínit, že jména v rozhovorech jsou fiktivní, aby byla zajištěna zmíněná anonymita těchto rodin. Respondenti byli během rozhovoru seznámeni s cílem výzkumu a jeho použitím. Před samotným rozhovorem byly stanoveny výzkumné otázky s tím, že v průběhu rozhovoru byly kladeny doplňující otázky. Některé otázky v rozhovoru byly stejné nebo podobné jako v dotazníku a to i z důvodu, aby bylo možné případně doplnit odpovědi. V závěru rozhovoru měli respondenti možnost doplnit informace, které jim připadali podstatné a které zmíněny v průběhu rozhovoru. Oba rozhovory trvaly zhruba hodinu.

Příběhy rodičů se nedají zobecňovat, ale mohou sloužit jako jednotlivé pohledy na danou problematiku rodičovství dětí s touto diagnózou. Na začátku každého rozhovoru je vždy vypracována tabulka pro přehled základních informací o rodině.

4.3.1 Příběh rodiny A

Tabulka 3 – Přehled informací o rodině A

Rodina	Úplná, čtyřčlenná
Dítě	Prvorozený syn Matyáš
Vztah vůči dítěti	Matka
Vývojová dysfázie	Smíšená vývojová dysfázie s převahou v receptivní složce
Aktuální stav dítěte	3. třída běžné základní školy s asistentem pedagoga

Zdroj: Vlastní zpracování

Rodina A je čtyřčlenná rodina žijící v malé vesnici u Prahy. První syn se narodil dva roky po svatbě a právě o něm jsme s maminkou povídaly během rozhovoru. „*Vše to začalo 27. října v osm hodin večer, kdy se náš syn narodil*“. Matka dítě přenášela celkem týden a šest dní. Porod chlapce byl vyvolávaný a velmi komplikovaný. „*Porod byl opravdu hodně náročný, v poslední porodní době jsem měla velmi vysoký krevní tlak. Porodní asistentka mi tlačila na břicho. Po porodu měl apgar² skóre 8, po deseti minutách skóre bylo 10.*“

Chlapec měl potíže s kojením, prý poté nepřestával plakat. „*Po nakojení usnul na pár minut, vzbudil se a plakal celé hodiny, dny a noci.*“ Po šesti týdnech od porodu, kdy chlapec stále plakal a minimálně spal, matka se rozhodla poradit se s laktační poradkyní, která jí řekla, že ohledně kojení je vše v pořádku. Když chlapcovi byly dva měsíce, matka požádala dětského lékaře o žádanku na neurologii, kterou nedostala s odůvodněním, že prý vyšetření u neurologa není nutné. „*Po třech měsících začal konečně trošku spát. Nebyla to žádná sláva, vydržel to maximálně tři hodiny v kuse. Potom se budil zhruba po hodině, někdy usnul a někdy zase ne.*“

² Dle Vokurky a kol. (2015, s. 71) je apgar skóre: „*metoda umožňující rychlé a srovnatelné zhodnocení stavu novorozence těsně po porodu, popř. opakovaně. Hodnotí se po 1,5 a 10 minutách pět základních funkcí (srdeční frekvence, dýchání, svalové napětí, reakce na podněty, barva kůže).*“

Když chlapci bylo půl roku, spaní se nezlepšilo. „*Nejlíp spal v kočárku, dokonce i dvě hodiny v kuse, ale nesměla jsem zastavit.*“ Chlapec se velmi bál hlasitých zvuků. „*Jednou soused vrtal asi dvě minuty a náš Maty dvě hodiny plakal, nešel vůbec zastavit.*“ Maminka chlapce udává, že si poprvé všimla, že je něco s chlapcem jinak, bylo mu okolo jeho devíti měsíců. „*Často jsme se vídali s vrstevníky Matyáška, on byl proti nim takový miminko ještě. Pak se také hodně vztekal. Třeba, když jsme mu koupili boty, tak se hrozně rozčiloval a odmítal je nosit, skoro jak kdyby se jich bál. Svě první boty - sněhule, byl ochoten about až po dvou týdnech. V létě nechtěl novou kšiltovku, pořád vyžadoval svoji zimní čepici. Stále někam lezl, čím výš, tím lépe.*“ Matka o chlapcových potížích řekla dětské lékařce, která se k mamince dle jejích slov chovala jako k neschopné matce. Ve dvou a půl letech chlapec stále říkal pouze „mama“, slova opakoval zkomoleně. „*Housenka byla tuňaňa, sluníčko bylo kuk.*“

Když Matyášovi byly 2 roky a 11 měsíců, absolvoval první vyšetření u dětské klinické psychologičky, dle které byl v pořádku. „*Řekla nám, že řeč není tak důležitá, že některé děti mluví dýl, obzvlášť chlapci. Je podle ní hyperaktivní, tak náš Maty dostal diagnózu ADHD.*³ Když chlapci byly tři roky, narodil se mu mladší bratříček.

Stále rodina docházela na kontroly ke klinické psychologičce, která ji uklidňovala, že je Matyášek v pořádku. „*Ale mně se to s tou řečí pořád nezdálo, byly mu už skoro čtyři a pořád téměř nemluvil. Přišlo mi, že nás vůbec nevnímal. Pár minut vydržel sledovat televizi, ale hned ho to přestalo bavit. Nejraději měl animované pohádky, ve kterých se nemluví.*“ Matka si i přesto, že paní psychologička tvrdila, že je vše v pořádku, našla klinickou logopedku. „*Učili jsme se básničky. Maty měl výbornou paměť. Nechácala jsem, jak je může zopakovat tak dobře, ale v běžné řeči nic z toho nepoužije. Paní logopedka Matymu diagnostikovala v pěti letech a měsíci vývojovou dysfázii s převahou v receptivní složce.*“ Zpočátku matka nevěděla, co to vývojová dysfázie je, ale velmi ráda vzpomíná na paní logopedku, která jí všechny potřebné informace sdělila. „*Když jsem odcházela od logopedky, cítila jsem se smutně, zmateně a vůbec byla to taková směs emocí.*“ Maminka chtěla začít rychle jednat, proto se rozhodla vyhledat i další odbornou

³ Dle Zelinkové (2003, s.189) je „ADHD je zkratkou anglických slov Attention Deficit Hyperactivity Disorder a do češtiny ji přeložíme jako poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou.“

péči – neurologa, foniatra a fyzioterapeuta. Informace matka hledala na internetu, v knihách

a často se prý sama doptávala odborníků. Následně mnoho informací získala i díky studiu speciální pedagogiky. Maty dělal při pravidelné logopedické péči velké pokroky. *„Na logopedii jsme chodili pravidelně jednou za dva týdny.“* Největší podporou byl matce její manžel. *„Taky mi moc pomohlo, když jsem se setkala s matkou, která měla syna také s receptivní dysfázií.“*

Každý den využívala chvíle, když měl dobrou náladu. Kreslili si, prohlíželi knížky a zpívali písničky. Maminka byla nejvíce unavená z chlapcova vztekání a hyperaktivity. *„Vztekání bylo tak únavné, ale snad ještě víc vyčerpávající byla jeho hyperaktivita. Jednou jsme šli ke kamarádce a náš Maty tehdy tak řádl. Byl všude – na skříní, ve skříní, na parapetu a prostě úplně všude. Nakonec si vlezl pod celoplošný koberec. Tehdy večer to na mě dopadlo a já nemohla přestat plakat.“*

Chlapcova maminka má pocit, že chybí psychologická podpora pro rodiče, kteří mají dítě s postižením. Sama by ostatním rodičům doporučila trpělivost. *„Je důležité, aby si uvědomili, že pravidelnou prací doma dle toho, co říká logoped, udělají mnoho. Nemůžou být moc pohodlní a říkat si, že to dítě dožene samo. Zároveň na něj neklást velké nároky. Dále bych ještě doporučila opravdu dobrého logopeda.“*

Maminka se díky chlapcovi rozhodla studovat speciální pedagogiku. Matyáš aktuálně dochází do běžné základní školy, ve třídě je asistent pedagoga. Nyní má ve škole třetí stupeň podpory. Chlapec má samé jedničky, jeho školní výsledky jsou dle matky závislé na důsledné domácí školní přípravě.

4.3.2 Příběh rodiny B

Tabulka 4 – Přehled informací o rodině B

Rodina	Úplná, pětičlenná
dítě	Dcera Anna, nejmladší ze tří dětí
Vztah vůči dítěti	Matka
Vývojová dysfázie	Smíšená vývojová dysfázie s převahou v expresivní složce
Aktuální stav dítěte	2. třída běžné základní školy s asistentem pedagoga

Zdroj: Vlastní zpracování

Dívka se narodila v březnu, její porod byl plánovaný. „*Doktor mi řekl, že musím jít na císařský řez, protože miminko není otočené hlavičkou dolů.*“ Matka prý byla velmi nervózní, ale vše proběhlo v pořádku bez komplikací. „*První dny a měsíce hodně plakala oproti starším dětem. Brzy jí zjistili alergii na laktózu, tak možná to bylo tím. Přestala jsem jíst mléčné výrobky a trochu se to zlepšilo.*“

Anička většinu času trávila se staršími sourozenci, kteří Aničku mezi sebe velmi hezky přijali. „*Nejspokojenější byla, když ji vzali mezi sebe, nemuseli si s ní hrát, hlavně, že byla s nimi.*“ Dívka byla aktivnější miminko, které stále něco podnikalo, někde lezlo a šmejdilo. Odmítala být v postýlce nebo v ohrádce, stále musela něco podnikat, nejlépe se svými sourozenci.

Dívka neodpovídala tabulkám dětského vývoje, převážně v oblasti motoriky. „*Nejvíce jsem pozorovala potíže v psychomotorickém vývoji Aničky. Když jí byl jeden rok, zeptala jsem se dětské doktorky, která mi řekla, ať to zatím neřeším, že některé děti jsou prostě trošku pomalejší.*“ Tak se maminka Aničky uklidnila a vše se vrátilo do starých kolejí. Děti dle matky byly často dost hlučné, nejvíce z nich právě Anička. „*Nejvíce nám to*

dával najevo soused, stále měl nemístné poznámky, že se jim málo věnuju, že jich mám až nad hlavu. Bydlíme v řadovce a jemu vadilo, když děti křičely na zahradě.“

Ve třech letech dívka stále dle matky nemluvila, proto se rozhodla znovu se obrátit na paní doktorku, která je odeslala na logopedii, když dívce byly tři roky a dva měsíce. *„Paní logopedka nám moc nesesdla, Anička s ní odmítala pracovat, tak jsme po půl roce snažení zkusila hledat novou paní logopedku.“*

K nové paní logopedce matka s dcerou šly, až když holčičce byly čtyři roky a měsíc. Tentokrát se Aničce u paní logopedky líbilo. Po několika měsících pravidelné terapie, kdy probíhaly i různé testy, logopedka mamince řekla, že se dle ní jedná s největší pravděpodobností o vývojovou dysfázií s převahou v expresivní složce řeči. Aničce tehdy byly 4 roky a 8 měsíců. Maminka vůbec neměla tušení, co to vývojová dysfázie je. *„Paní logopedka mi řekla pár vět o dysfázii a tvrdila, ať hlavně trénujeme doma. Chodili jsme na logopedii pravidelně, vždycky já, manžel to nestíhal. Paní logopedka už potom o dysfázii během terapie nemluvila. Vždycky s Aničkou fakt hezky pracovala, dala nám úkoly na doma a rozloučily jsme se. Mně pořád něco říkalo, ať se ještě objednáme k dětskému psychologovi, což jsme také udělali.“* Dětský psycholog diagnózu dívky potvrdil.

Matka se cítila po vyslechnutí diagnózy velmi zmateně. *„Trošku se mi i ulevilo, že konečně víme, co je špatně a můžeme na tom pracovat.“* Většinu informací si maminka hledala na internetu, kde zjistila, co to je vývojová dysfázie a co je čeká. *„Nejvíc ze všeho mě podporoval manžel. Často jsem nevěděla jak dál. On sice hodně pracoval, ale věděla jsem, že se na něj mohu kdykoliv obrátit.“*

Maminka dělala, co mohla, každý den se dívce věnovala, četly si, malovaly, prohlížely knížky, procvičovaly motorické dovednosti. Přesto že se dívce věnovala podle pokynů logopeda a různých informací, které si sama dohledávala, zažívala nepříjemné situace. *„Jednou mi moje tchýně řekla, že na ní mám víc mluvit, že kdybych víc s malou mluvila a nepouštěla jí pořád pohádky, že je na tom mnohem líp.“* Toto bylo pro matku dítěte velmi bolestivé, dle jejích slov tchýni odpustila, ale stále ji to, co řekla, trápí. Manželé museli neustále dokola okolí vysvětlovat, co to je ta vývojová dysfázie, což je

často velmi unavovalo. Setkávali se s nepochopením, nikdo v okolí tuto diagnózu nikdy předtím neslyšel, což jim situaci neulehčovalo.

Nejvíce maminku podporoval její manžel, otec dívky. Otec bohužel vzhledem k časově náročné práci s dívkou neměl čas doma pracovat, tak většinu času se dívce věnovala její matka a jednou týdně babička. *„Kromě manžela a jeho podpory mi nejvíc pomohla skupina na Facebooku – Rodiče dětí s vývojovou dysfázií, kde jsem si našla i kamarádky, s kterými se pravidelně scházíme a probíráme všechno možné.“* Maminku také velmi podporovala její maminka, bývala paní učitelka mateřské školy. Babička dívku jednou týdně vyzvedávala ze školky a individuálně se jí celé odpoledne věnovala. *„Manžel má sice hodně práce, ale já díky tomu, že nás užíví, mohu být doma a plně se věnovat všem dětem, což je podle mě velká výhoda.“*

Ostatním rodičům by maminka doporučila, ať berou věci takové. Dále doporučuje mnoho trpělivosti a lásky k dítěti.

Nyní Anička chodí do 2. třídy běžné základní školy, kde mají asistenta pedagoga. *„Ve třídě mají více dětí s různými lehkými postiženími, tak se asistentka nevěnuje jenom jí.“* Do kolektivu se zařadila velmi dobře. Potíže se čtením a psaním doposud zvládá, i když si všimá, že to jde ostatním spolužákům často lépe a rychleji.

4.3.3 Shrnutí kvalitativních výsledků

Před samotnými rozhovory byly stanoveny výzkumné otázky, jejichž odpovědi jsou v této podkapitole shrnuty. Cílem kvalitativní části výzkumu bylo přiblížit příběhy dvou rodin, a to metodou polostrukturovaných rozhovorů. Stanoveno bylo celkem 7 výzkumných otázek.

Otázka č.1 - Kdy jste si poprvé všiml/a, že je ve vývoji Vašeho dítěte něco špatně, a jakých složek vývoje se to týkalo?

V obou případech si všimly samy matky, že ve vývoji jejich dítěte není vše v pořádku. Matka první rodiny (rodiny A) si všimla sama poprvé již kolem 9 měsíců věku chlapce, kdy matka udává, že: *„byl proti nim takový miminko ještě. Pak se také hodně vztekal.“* Oproti tomu matka v rodině B si sice také všimla sama, ale potíže se týkaly

psychomotorického vývoje a oblasti řeči. Matka udává, že „*když jí byl jeden rok, zeptala jsem se dětské doktorky, která mi řekla, ať to zatím neřeším, že některé děti jsou prostě trošku pomalejší.*“ Dívka ale ve třech letech stále nemluvila, proto byla odeslána dětskou lékařkou na logopedii.

Z rozhovorů plyne fakt, že obě matky si všimly, že ve vývoji jejich dětí je něco „jinak“ samy. V obou případech přišlo matkám něco podezřelého již okolo prvního roku věku dítěte.

Otázka č. 2 - V kolika letech dítěti byla diagnostikována vývojová dysfázie a kdo ji dítěti diagnostikoval?

Obě matky si poprvé vyslechly diagnózu vývojová dysfázie od logopedek, ke kterým s dítětem chodily. V případě rodina A k prvnímu vyřčení diagnózy došlo, když chlapcovi bylo 5 let a 2 měsíce. Rodina B si vyslechla verdikt o něco dřív, a to když holčičce byly 4 roky a 8 měsíců.

Otázka č. 3 - Jak jste se cítil/a po stanovení diagnózy?

V případě první rodiny (rodiny A) matka popisovala, že se cítila smutně, zmateně a celkově, že prožívala dle jejích slov směs emocí. Zároveň si uvědomovala fakt, že musí začít rychle jednat a vyhledat další odborníky. Matka rodiny B měla tušení, že něco není v pořádku, proto kromě zmatku cítila i úlevu, že konečně ví, co je špatně. I když vůbec nevěděla, co je čeká.

Obě matky se tedy shodly, že po sdělení diagnózy se cítily zmateně, obě předem věděly, že ve vývoji jejich dítěte je něco v nepořádku.

Otázka č. 4 - Co/kdo Vám nejvíce pomohlo v této situaci?

Obě matky se shodly, že největší oporou jim byli jejich manželé. I když třeba neměli čas s dítětem pracovat, jejich přítomnost a pocit, že nejsou na všechno samy, byl pro ně velmi důležitý. Maminkám také velice pomohlo setkání s rodičem, který má dítě se stejnou diagnózou. Maminka rodiny B uvedla konkrétně skupinku na Facebooku – Rodiče dětí s vývojovou dysfázií, kde stále nachází podporu, pochopení a případné rady. Velkou

podporu našla matka rodin B také ve své matce, tedy babičce dítěte, která byla dříve učitelkou v mateřské škole a dívce se jedno odpoledne v týdnu věnovala.

Podpora je pro rodiče velmi důležitá i vzhledem k tomu, že se často setkávají s nepochopením a nepochopením.

Otázka č. 5 – Kdo Vám poskytl nejvíce informací?

Obě matky shodně odpověděly, že často informace nejvíce hledaly různě na internetu.

Matka rodiny A si hledala informace kromě internetu také v knihách a často se dle jejích slov doptávala různých odborníků, kterých během chlapcova dětství navštívili mnoho. Maminka se i díky chlapcově diagnóze rozhodla následně studovat speciální pedagogiku, během jejíhož studia si rozšířila obzory. Matka B uvedla, že většinu informací získala na internetu a méně od paní logopedky.

Vzhledem k tomu, že se obě matky cítily po sdělení diagnózy zmateně, by bylo žádoucí, aby jim odborník, který dítěti dysfázii diagnostikoval, o ní poskytl dostatek informací. Rodiče by tak nemuseli zažívat pocity zmatenosti a strachu.

Otázka č. 6 - Jakou radu byste dal/a ostatním rodičům, jejichž dítěti je diagnostikována vývojová dysfázie?

Maminka Matyáše (rodina A) má pocit, že chybí psychologická podpora pro rodiče, kteří mají dítě s postižením, sama tvrdí, že by tuto podporu zpětně využila. Sama by ostatním rodičům doporučila trpělivost. „*Je důležité, aby si uvědomili, že pravidelnou prací doma dle toho, co říká logoped, udělají mnoho. Nemůžou být moc pohodlní a říkat si, že to dítě dožene samo. Zároveň na něj neklást velké nároky. Dále bych ještě doporučila opravdu dobrého logopeda.*“ Matka rodiny B doporučuje: „*Berte to tak, jak to je. Mějte hodně trpělivosti a lásky k dítěti.*”

Otázka č. 7 - Jaký je aktuální stav vašeho dítěte?

Matyáš (rodina A) chodí do 3. třídy běžné základní školy, ve třídě mají asistenta pedagoga. Stupeň podpory 3. Chlapec má samé jedničky, jeho školní výsledky jsou dle

matky závislé na důsledné domácí školní přípravě. Matka dodává, že se synem pracuje pravidelně každý den a plní společně školní povinnosti.

Anička (rodina B) je žačkou 2. třídy běžné základní školy, ve třídě je asistent pedagoga. Do kolektivu se zařadila velmi dobře. Potíže s psaním a počítáním doposud zvládá, i když si všímá, že to jde ostatním spolužákům často lépe a rychleji. „*Největší problémy jí dělá čtení a psaní.*“

4.4 Diskuze a doporučení pro praxi

V teoretické části nebylo zcela jednoduché propojit rodičovství dětí s vývojovou dysfázií s rodičovstvím dětí s postižením vzhledem k tomu, že většina odborné literatury je zaměřena na jiné typy postižení. V odborné literatuře bylo obtížné vyhledat více informací o rodičích dětí s vývojovou dysfázií. Mnoho je napsáno o rodičovství a mnoho o vývojové dysfázií, ale propojení těchto dvou problematik je v literatuře minimální.

Kvalitativní části výzkumu, která probíhala formou polostrukturovaného dotazníku, se zúčastnilo 256 respondentů. Respondenti byli velmi ochotní a dotazník vyplnili s určitou mírou nadšení. Mnoho z nich autorce vyjádřilo dík, že se „někdo konečně zajímá“ o problematiku rodičovství dětí s vývojovou dysfázií. Určitě je velmi pozoruhodné podívat se na danou problematiku z perspektivy rodičů. Našlo se několik respondentů, kteří byli skeptičtí k tomu, že i když dotazník vyplní, tak nikoho nadále jejich problematika zajímat nebude. Celkově rodiče reagovali na dotazník velmi pozitivně a měli o něj velký zájem. Autorka práce velmi ocenila i zpětnou vazbu od rodičů, kteří se sami aktivně nabízeli k případné další spolupráci.

Celkem dotazník vyplnilo 249 matek, které se jevíly „otevřenější“ než jejich partneři. Dotazník vyplnilo pouze 5 otců a jejich odpovědi v otevřených otázkách byly často velmi strohé. Důvodem, proč drtivá většina respondentů byly ženy, může být i fakt, že Facebooková skupina Rodiče dětí s vývojovou dysfázií má mezi členy mnohonásobně více žen než mužů. Pro budoucí výzkumy by bylo vhodnější získat větší zastoupení otců dětí. Tím by bylo možné získat i pohled na problematiku ze strany otců.

Autorka práce následovně konzultovala výsledky z dotazníkového šetření se dvěma klinickými logopedkami, které měly na danou problematiku odlišný úhel pohledu než

respondenti. Obě se shodly v tom, že výsledky dotazníkového šetření vyšly optimističtěji, než je podle nich reálná situace v praxi. Dotazované logopedky měly pocit, že se rodiče snažili prezentovat sami sebe v „lepší světlo“. Příkladem může být výstup z dotazníkového šetření v otázce, která se zajímala o domácí cvičení a jeho četnost, kdy odpovědělo 42 % respondentů, že takto pracují s dítětem každý den. Avšak s tímto tvrzením nesouhlasily obě paní logopedky, které vycházely ze svých zkušeností z praxe, kdy uvedly, že dle jejich názoru pouze velmi málo rodičů opravdu pracuje s dětmi každý den.

Kvalitativní část výzkumu probíhala formou polostrukturovaných rozhovorů se dvěma matkami, které byly velmi ochotné se sejít a o svém příběhu vyprávět. Volba polostrukturovaného rozhovoru se autorce jevila vhodná, vzhledem k tomu, že se mohla kdykoliv v průběhu rozhovoru doptat na cokoliv, či poprosit o doplnění odpovědi. Během rozhovoru často korespondovaly odpovědi matek s již potvrzenými hypotézami. Zajímavé je, že obě matky prožívaly podobné životní situace a oběma pomohlo poznat právě další rodiče dětí se stejnou diagnózou, kterými byly opět ostatní matky. Z toho vyplývá, že ženy – matky mají obecně větší potřebu sdílení svých pocitů a potřebují cítit pocit sounáležitosti. Muži možná nemají tak velkou potřebu sdílet své pocity a povídat si o svých dětech.

Dále lze tvrdit, vzhledem k vysokému počtu jedinců ve skupině na sociální síti Facebook, že rodičům velmi pomáhá sdílení své životní situace. Rodiče často sdílí videa úspěchů, fotografie výkresů, své pocity a komentují příspěvky těch ostatních členů. Někteří rodiče sdílí své pocity a mnohokrát očekávají podporu od ostatních, které se jim pod jejich příspěvkem dostává.

Tato diplomová práce nabízí určitý pohled na problematiku rodičovství dětí s vývojovou dysfázií a jejich podílení se na logopedické intervenci.

Doporučení pro praxi

Z průběhu i výsledků výzkumného šetření může být vyvozeno několik doporučení pro praxi, která by v případě dodržení mohla podpořit rodiče dětí s vývojovou dysfázií a jejich podíl na logopedické intervenci. učení jsou následující:

- Rodiče by ocenili, kdyby jim během sdělení diagnózy byl poskytnut dostatek informací o vývojové dysfázii. Pokud jim bude poskytnut dostatek informací, nebudou muset tolik hledat na internetu, kde mohou být informace irelevantní.
- Rodiče nejvíce oceňují radu, která spadá do oblasti trpělivosti.
- Vhodná by byla také osvěta intaktní společnosti, díky které by se rodiče nemuseli dostávat do nepříjemných situací, spojených s vysvětlováním a kritikou rodičů dítěte.
- Je vhodné přizpůsobit se individualitě dítěte během domácího cvičení a aktivity střídat.
- Logoped by měl rodičům předávat své zkušenosti a tipy, jak s dětmi pracovat.
- Sami rodiče by ocenili větší míru podpory a pochopení od okolí.

Závěr

Diplomová práce se zabývala **rodiči dětí s vývojovou dysfázií z hlediska logopedické intervence**. Výsledky diplomové práce ukázaly, že rodiče těchto dětí se často nacházeli v obtížných situacích, a to i vzhledem k tomu, že většina laické společnosti termín vývojová dysfázie nezná a toto postižení není na první pohled patrné. Práce se zaměřovala na to, jaké je to být rodičem těchto dětí s vývojovou dysfázií a jak se rodiče podílí na logopedické intervenci.

Práce byla realizována na základě teoretické a praktické části. **Teoretická část** práce poskytla třemi kapitolami základní informace vztahující se k dané problematice. Za využití odborných pramenů byla představena rodina, jakožto primární přirozené prostředí dítěte. V další kapitole byly uvedeny informace o vývojové dysfázii a její terminologii, klasifikaci, etiologii, symptomatologii, diagnostice a terapii. V poslední kapitole této části byla vymezena logopedická intervence u speciálně narušeného vývoje řeči.

Praktická část práce umožnila bližší vhled do dané problematiky. **Hlavním cílem** práce bylo představit problematiku rodičů dětí s vývojovou dysfázií. Cíl práce byl dosažen výzkumným šetřením. Byly zodpovězeny výzkumné otázky a potvrzeny pracovní hypotézy. Výzkumné šetření bylo naplněno skrze kvantitativní a kvalitativní výzkum. Cílem kvalitativní části výzkumu bylo potvrdit stanovené hypotézy na základě dotazníkového šetření. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 256 respondentů. Byly stanoveny čtyři hypotézy a všechny byly v praktické části potvrzeny. První potvrzenou hypotézu, že sami rodiče si všimli jako první neobvyklých potíží ve vývoji dítěte, potvrdily následně i obě matky během osobního rozhovoru. Zároveň obě matky potvrdily i druhou stanovenou hypotézu, že se po zpozorování potíží častěji rodiče obracejí na praktického lékaře než na logopeda. Třetí hypotéza potvrdila, že rodiče nacházejí nejvíce informací na internetu, což potvrdily i matky dětí během rozhovoru. Zároveň se obě matky během rozhovorů ztotožnily s poslední hypotézou, kdy většina dotazovaných rodičů měla pocit, že na ně okolí nahlíželo jako na rodiče, kteří se málo věnují svým dětem.

V diplomové práci byly odpovědi na otázky z dotazníkového šetření pro jejich větší přehlednost vypracovány graficky. Poslední tři otázky byly otevřené, a tak respondenti

mohli odpovědět vlastními slovy. Odpovědi na tyto tři otázky byly vypracovány pomocí Grounded Theory, neboli zakotvené teorie. Pomocí této teorie bylo zjištěno, že rodiče nejvíce ocenili radu, která se týkala trpělivosti. Dále se ukázalo, že rodiče nejčastěji po sdělení diagnózy prožívali smutek a sami by nejvíce vyjádřili podporu těm rodičům, u jejichž dětí byla právě diagnostikována vývojová dysfázie.

Kvalitativní výzkum byl uskutečněn skrze dva polostrukturované rozhovory s matkami dětí, které představovaly osobní příběhy a sloužily jako přiblížení neboli prohloubení dané problematiky. Před samotným rozhovorem bylo stanoveno celkem sedm výzkumných otázek, na které matky během rozhovoru odpovídaly.

Je důležité zdůraznit, že výsledky výzkumné části nelze generalizovat na všechny rodiče. Výsledky mohou být zkreslené vzhledem k tomu, že vzorek respondentů není tak obsáhlý (256 respondentů) a většinu respondentů (97,3 %) tvořily matky dětí. Polostrukturované rozhovory, které doplňují a obohacují dotazníkové šetření, probíhaly také s matkami dětí.

Závěrem lze říci, že rodičovství dětí s vývojovou dysfázií je náročné, rodiče často prožívají nelehké okamžiky. Rodiče by zajisté ocenili, kdyby jim bylo při sdělení diagnózy poskytnuto větší množství informací, tím pádem by informace nemuseli dohledávat na internetu, kde informace nemusí být vždy důvěryhodné. Rodiče by také zajisté ocenili, kdyby na ně okolí nenahlíželo jako na ty rodiče, kteří se málo věnují svým vlastním dětem. Být rodičem dítěte s vývojovou dysfázií s sebou přináší určitá úskalí, které tato diplomová práce popisuje. Práce nabízí náhled na danou problematiku z pohledu rodiče dítěte s vývojovou dysfázií a podíl rodiče na logopedické intervenci.

Seznam použité literatury

BENDO VÁ, P. ed. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

DLOUHÁ, O. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-314-2.

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

FITZNEROVÁ, I. *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-663-6.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.

JEDLIČKA, R. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.

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

KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

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

KOPECKÁ, I. *Psychologie 3. díl – Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: GRADA Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 8073150042.

- KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči. Dysfázie*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6
- KUTÁLKOVÁ, D. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.
- LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitório*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2000. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V.. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil J.KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LEJSKA, M.. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
- LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, H. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.
- LOVE, R. J., W. G. WEBB. *MozeK a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce, 2.vydání*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia: specificky narusený vývin reci*. Bratislava: S.N., 1993. ISBN 8090044506.

MIKULKOVÁ, G., ŠRAHŮLKOVÁ K. (eds.) et al. *Integrovaná síť školních a školských poradenských služeb postupy a doporučení jejího rozvoje. 1. vyd. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků*, 2014. ISBN 978-80-7481-061-9.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

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

OPATRŘILOVÁ, Dagmar, ed. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.

PLEVOVÁ, M. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4372-5.

SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3568-9.

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

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

SVOBODA, M., KREČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd.2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-566-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VESELÁ, R. a kol. *Rodina a rodinné právo historie, současnost a perspektivy*. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2003. ISBN 80-86432-48-3.

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství : základy, teorie, praxe*. 1. vyd. Brno : MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-X.

VOKURKA, M., a kol. *Velký lékařský slovník*. 4. Aktualizované vydání. Praha: Maxdort, 2004. ISBN 80-7345-037-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80- 7178-800-7.

Seznam zahraničních zdrojů

DAHMS, A., JAEGER, V. *Motorik und Sprache*. Limburg: Frankonius Verlag, 1978. ISBN 3-87-962-053-9.

DALTON, Peggy. *Counselling people with communication problems*. Thousand Oaks: Sage, 1994. ISBN 0-8039-8895-8.

WEIGEL, I., TSCHAIKNER, M. *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2002. ISBN 3-13-124111-X.

Internetové zdroje

Společnost pro ranou péči z.s. [online]. Copyright ©. [cit. 02.01.2020]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/>.

108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi – Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright ©. [cit. 19.01.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=ran%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De>.

Klinická logopedie [online]. Copyright ©. [cit. 02.02.2020]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--jak-se-stat-klinickym-logopedem>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií

Příloha č. 2 – Polostrukturované rozhovory s rodiči

Seznam grafů

Graf 1 – Vztah respondenta vůči dítěti

Graf 2 – Kdo první upozornil, že je něco „jinak“ ve vývoji dítěte

Graf 3 – Jakých oblastí se potíže ve vývoji dítěte týkaly

Graf 4 – V kolika letech byly zpozorovány první příznaky

Graf 5 – Odborník, na kterého se respondenti obrátili

Graf 6 – Kdo dítěti diagnostikoval vývojovou dysfázii

Graf 7 – Byl respondentům poskytnut dostatek informací při sdělení diagnózy

Graf 8 – Kdo respondentům poskytl nejvíce informací o vývojové dysfázii

Graf 9 – V kolika letech dítěte začali docházet na logopedické terapie

Graf 10 – Četnost domácího cvičení podle pokynů logopeda

Graf 11 – Oblasti vývoje, na které byla zaměřena domácí práce

Graf 12 – Pozorované pokroky při pravidelné logopedické péči

Graf 13 – Oblast, ve které respondenti pozorovali největší pokroky

Graf 14 – Kdo se zapojoval do podpory dítěte během domácího cvičení

Graf 15 – Pociťovali respondenti, že na ně okolí nahlíží jako na rodiče, kteří se málo věnují svému dítěti

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Grounded Theory – nejpřínosnější rada rodičům – otázka 16

Obrázek 2 – Grounded Theory – pocity po sdělení diagnózy – otázka 17

Obrázek 3 – Grounded Theory - rady rodičům, kteří si právě vyslechli diagnózu – otázka
18

Seznam tabulek

Tabulka 1- Vztah respondenta vůči dítěti

Tabulka 2 – Přehled odpovědí „jiný“ (doplnění k otázce číslo 8)

Tabulka 3 – Přehled informací o rodině A

Tabulka 4 – Přehled informací o rodině B

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Dvořáková, jsem studentkou speciální pedagogiky (zaměření logopedie/surdopedie) na Karlově univerzitě. Ráda bych vás požádala o vyplnění dotazníku. Získaná data budou použita výhradně pro moji diplomovou práci. Práce je zaměřena na problematiku rodičovství dětí s vývojovou dysfázií.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který obsahuje celkem 18 otázek. Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 10 minut.

Předem Vám moc děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Jaký je Váš vztah vůči dítěti?

- matka
- otec
- jiný (prosím, doplňte)

2. Kdo si první všiml, že se u dítěte vyskytují neobvyklé potíže v jeho vývoji?

- nikdo, všiml/a jsem si sám/sama
- partner/ka
- dětský lékař/ka
- učitel/ka v mateřské škole
- jiný rodinný příslušník
- jiný (prosím, doplňte)

3. Jaké oblasti se potíže týkaly? Zvolit můžete více odpovědí.

- zrak
- sluch
- myšlení
- paměť a pozornost
- motorika
- řeč
- jiný (prosím, doplňte)

4. V kolika letech dítěte bylo zpozorováno, že má potíže ve svém vývoji?

- 0-1 rok
- 1-2 roky
- 2-3 roky
- 3-4 roky
- 4-5 let
- 5-6 let

5. Na jakého odborníka jste se obrátili?

- dětský lékař/ka
- učitel/ka
- logoped/ka
- psycholog/psycholožka
- jiný (prosím, doplňte)

6. Který odborník diagnostikoval vývojovou dysfázii u dítěte? Zvolit můžete více odpovědí.

- logoped/ka
- psycholog/psycholožka
- neurolog/neuroložka
- lékař/ka na foniatrii
- jiný (prosím, doplňte)

7. Byl Vám při sdělení poskytnut dostatek informací?

- žádné
- velmi málo
- dostatečně
- všechny potřebné

8. Kdo Vám poskytl nejvíce informací o vývojové dysfázii?

- logoped/ka
- psycholog/psycholožka
- neurolog/neuroložka
- dětský/á lékař/ka
- internet
- literatura (knihy, časopisy)
- jiný (prosím, doplňte)

9. V kolika letech dítěte jste začali docházet na logopedické terapie?

- do 3 let
- 3 - 4 roky
- 4 – 5 let
- 5 – 6 let
- nechodili jsme

10. Jak často jste s dítětem pracovali podle pokynů logopeda?

- každý den
- alespoň 3x týdně
- 1-2x týdně
- nepracoval/a jsem, ale byl/a jsem poučen/a
- nedostal/a jsem dostatek podnětů pro domácí práci

11. Na které oblasti vývoje dítěte jste se při cvičení doma zaměřili nejvíce? *Zvolit můžete více odpovědí.*

- rozvoj zrakové percepce
- rozvoj sluchového vnímání
- rozvoj myšlení
- rozvoj motoriky (hrubé, jemné, grafomotoriky)
- motorika mluvidel
- řečová terapie
- domácí cvičení neprobíhalo
- jiný (prosím, doplňte)

12. Pozorovali jste pokroky při pravidelné logopedické péči?

- ano, velké
- ano, ale malé
- nedokážu posoudit
- k pokrokům podle mě nedocházelo
- jiný (prosím, doplňte)

13. V jaké oblasti jste pozorovali největší pokroky? *Zvolit můžete více odpovědí.*

- zraková percepce
- sluchové vnímání
- myšlení
- paměť a pozornost
- motorika
- řeč

- nepozoroval/a jsem pokroky

14. Kdo se zapojoval do podpory dítěte během domácího cvičení? Zvolit můžete více odpovědí.

- matka
- otec
- oba rodiče
- prarodiče
- sourozenec
- jiný (prosím, doplňte)

15. Pociťoval/a jste, že na Vás okolí nahlíží jako na rodiče, který se málo věnují svému dítěti?

- pociťoval/a jsem
- nepociťoval/a jsem

16. Jaká rada ohledně domácího cvičení pro Vás byla nepřínosnější? Vypište vlastními slovy.

17. Co jste prožíval/a po sdělení informace, že má Vaše dítě vývojovou dysfázii? Vypište vlastními slovy.

18. Jakou radu byste dal/a ostatním rodičům, kterým právě byla u jejich dítěte sdělena diagnóza vývojové dysfázie? Vypište vlastními slovy.

Příloha č.2: Polostrukturované rozhovory s rodiči

Rodina A – rozhovor

Autorka: *Kdy jste si poprvé všiml/a, že je ve vývoji dítěte něco špatně, a jakých složek vývoje se to týkalo*

Respondentka: „Povím Vám to od počátku. Vše to začalo 27. října v osm hodin večer, kdy se náš syn narodil. Na porod nevzpomínám ráda, ale ten pocit potom byl nádherný. Porod byl opravdu hodně náročný, v poslední porodě době jsem měla velmi vysoký krevní tlak. Porodní asistentka m tlačila na břicho. Já byla zmatená, moc si toho nepamatuji, manžel se mnou nemohl být. Po porodu měl apgar skóre 8, po deseti minutách skóre bylo 10. Nevím, jestli už tehdy bylo něco špatně. Začátky naše společného žití byly náročné. Po nakojení usnul na pár minut, vzbudil se a plakal celé hodiny, dny a noci. Byla jsem tak unavená, rozhodla jsem se poradit s laktační poradkyní a ta mi řekla, že ohledně kojení je všechno v pořádku. Když mu byli dva měsíce, vše jsem dětské doktorce řekla a požádala doktorku o žádanku na dětskou neurologii, kterou jsem nedostala. Paní doktorka mi tehdy řekla, že je vyšetření na neurologii není třeba. Potom se stav trochu zlepšil. Po třech měsících začal konečně trochu spát. Nebyla to žádná sláva, vydržel to maximálně tři hodiny v kuse. Potom se budil zhruba po hodině, někdy usnul a někdy zase ne. Pořád mi přišlo, že spí hrozně málo. Nejlíp spal v kočárku, dokonce i dvě hodiny v kuse, ale nesměla jsem zastavit. Když mu bylo půl roku, tak si pamatuji, že jednou souseď vrtal asi dvě minuty a náš Maty dvě hodiny plakal, nešel vůbec zastavit. Když mu bylo devět měsíců, byla jsem si skoro jistá, že je s naším synem něco špatně. Často jsme se vidali s vrstevníky Matyáška, on byl proti nim takový miminko ještě. Pak se také hodně vztekal. Třeba, když jsme mu koupili boty, tak se hrozně rozčiloval a odmítal je nosit, skoro jak kdyby se jich bál. Své první boty – sněhule, byl ochoten obout až po dvou týdnech. V létě nechtěl novou kšiltovku, pořád vyžadoval svoji zimní čepici. Stále někam lezl, čím výš, tím lépe.“

Autorka: Co jste dělala poté, kdy jste si byla jistá, že je něco špatně?

Respondentka A: „Řekla jsem to dětské doktorce, ale ta se mě dívala tak zvláště. Přišlo mi, že si myslí, že jsem neschopná matka. To mě hodně mrzelo, věnovala jsem se Matymu každou volnou chvíli, ale rozhodla jsem se to ještě nechat být, říkala jsem si, že jsem třeba až moc hysterická.“

Autorka: V kolika letech dítěti byla diagnostikována vývojová dysfázie a kdo ji dítěti diagnostikoval?

Respondentka A: „Cesta k diagnostice byla dost dlouhá. Maty skoro vůbec nemluvil. Ve dvou a půl letech říkal pouze mama. Hodně komolil, housenka byla tuňaňa, sluníčko bylo kuk. Pořád mi všichni říkali, že kluci jsou často pomalejší, že je to normální. Já jsem se ale rozhodla objednat nás ke klinické psycholožce. To byly Matymu 2 roky a 11 měsíců. Řekla nám, že řeč není tak důležitá, že některé děti mluví dýl, obzvlášť chlapci. Je podle ní hyperaktivní, tak náš Maty dostal diagnózu ADHD. Vzhledem k tomu, že jsem již předtím mnoho informací hledala na internetu, tak se mi i docela ulevilo. Chodili jsme na pravidelné kontroly. Paní psycholožka mě uklidňovala, že je Maty v pořádku. Ale mně se to s tou řečí pořád nezdálo, byly mu už skoro čtyři a pořád téměř nemluvil. Přišlo mi, že nás vůbec nevnímá. Pár minut vydržel sledovat televizi, ale hned ho to přestalo bavit. Nejraději měl animované pohádky, ve kterých se nemluví. To mluvení mě hodně trápilo, tak jsem se rozhodla vyhledat klinickou logopedku. Paní logopedka byla moc milá a Maty celkem dobře spolupracoval. Učili jsme se básničky. Maty měl výbornou paměť. Nechácala jsem, jak je může zopakovat tak dobře, ale v běžné řeči nic z toho nepoužije. Paní logopedka Matymu diagnostikovala v pěti letech a měsíci vývojovou dysfázii s převahou v receptivní složce.“

Autorka: Jak jste se cítila po stanovení diagnózy?

Respondentka: „Když jsem odcházela od logopedky, cítila jsem se smutně, zmateně a vůbec byla to taková směs emocí. Vůbec jsem nevěděla co dál. Rozhodla jsem se, že začnu hned jednat a objednala nás k neurologovi, foniatrovi a i fyzioterapeutce.“

Autorka: Pokračovali jste v docházení k paní logopedce?

Respondentka: „Ano, na terapie jsme chodili pravidelně jednou za dva týdny. Což bylo super, hodně se Maty zlepšoval. Já jsem s Matym pracovala každý den, hodně jsme si prohlíželi knížky, zpívali písničky a pracovali podle pokynů paní logopedky. S paní logopedkou jsme si sedly a jsme v kontaktu stále. To i díky ní jsem začala studovat speciální pedagogiku.“

Autorka: Měl chlapec i jiné projevy, než v řečové složce?

Respondentka: „Hyperaktivita a vztekání. Vztekání bylo tak únavné, ale snad ještě víc vyčerpávající byla jeho hyperaktivita. Jednou jsme šli ke kamarádce a náš Maty tehdy tak řádl. Byl všude – na skříni, ve skříni, na parapetu a prostě úplně všude. Nakonec si vlezl pod celoplošný koberec. Tehdy večer to na mě dopadlo a já nemohla přestat plakat.“

Autorka: Co/kdo vám nejvíce pomohlo v této situaci?

Respondentka: „Nejvíce mě podporoval a pořád podporuje můj manžel. Taky mi moc pomohlo, když jsem se setkala s matkou, která měla syna také s receptivní dysfázií. Často jsme si volaly, sdílely své zážitky a hodně jsme se podporovaly.“

Autorka: Kdo vám poskytl nejvíce informací?

Respondentka: „Nejvíce informací jsem hledala na internetu a v knížkách. Potom jsme si pořád něco nového sdělovaly s mojí kamarádkou, která má taky dítě s dysfázií. Potom jsem dokonce začala studovat speciální pedagogiku na vysoké škole.“

Autorka: Jakou radu byste dal/a ostatním rodičům, jejichž dítěti je diagnostikována vývojová dysfázie?

Respondentka: „Myslím, že rodiče by potřebovali psychologickou podporu. To mně osobně chybělo a moc bych podporu ocenila. Procházela jsem si těžkým obdobím, toto bych velmi ocenila. A ostatním rodičům bych doporučila hlavně trpělivost ve všech směrech. Je důležité, aby si uvědomili, že pravidelnou prací doma dle toho, co říká logoped, udělají mnoho. Nemůžou být moc pohodlní a říkat si, že to dítě dožene samo. Zároveň na něj neklást velké nároky. Dále bych ještě doporučila opravdu dobrého logopeda.“

Autorka: Jaký je aktuální stav vašeho dítěte?

Respondentka: „Maty je teď ve třetí třídě běžné základní školy. Ve třídě je asistent pedagoga. Má třetí stupeň podpory. Hodně s Matym pracujeme doma, sama jsem učitelka, tak mi to možná o to víc přijde důležité. Teď v pololetí měl samé jedničky.“

Rodina B – rozhovor

Autorka: *Kdy jste si poprvé všiml/a, že je ve vývoji dítěte něco špatně, a jakých složek vývoje se to týkalo?*

Respondentka: *„U dcery byl celkově pomalejší psychomotorický vývoj, dlouho nemluvila a ve třech letech nás pediatr poslal na logopedii.“*

Autorka: *Mohu se zeptat, jak probíhal porod a první měsíce dívky?*

Respondentka: *„Porod byl císařským řezem. Doktor mi řekl, že musím jít na císařský řez, protože miminko není otočené hlavičkou dolu. Z toho jsem byla docela překvapená, první dvě děti jsem rodina přirozeně. Měla jsem strach, ale když mi Aničku ukázali, byla jsem šťastná. Co se týká období, kdy byla miminko, tak to bylo celkem náročné. Doma jsem měla dvě malé děti a do toho Aničku, která často plakala. První dny a měsíce hodně plakala oproti starším dětem. Brzy jí zjistili alergii na laktózu, tak možná to bylo tím. Přestala jsem jíst mléčné výrobky a trochu se to zlepšilo. Celkově Anička byla aktivní miminko, pořád někam lezla a něco zkoumala. Nejlépe jí bylo s jejími sourozenci, to nevydržela ani v ohrádce a musela jsem ji vyndat.“*

Autorka: *Doma jste měla starší sourozence. Jak na sebe vzájemně reagovali?*

Respondentka: *„Všichni spolu byli skoro pořád. Anička má staršího brácha a ségru. Oba Aničku moc hezky přijali a vzali mezi sebe. Řekla bych, že to bylo takové dítě smečky. Nejspokojenější byla, když ji vzali mezi sebe, nemuseli si s ní hrát, hlavně, že byla s nimi. Děti byly často dost hlučné. Anička byla vždy nejhluchnější z dětí. Nejvíce nám to dával najevo souseď, stále měl nemístné poznámky, že se jim málo věnuju, že jich mám až nad hlavu. Bydlíme v řadovce a jemu vadilo, když děti křičely na zahradě. Tohle mě hodně trápilo, musela jsem mu pořád opakovat, že jsou to děti a ty, že bývají hlučné.“*

Autorka: *Kdy jste si tedy všímala potíží ve vývoji Aničky?*

Respondentka: *„Nejvíce jsem pozorovala potíže v psychomotorickém vývoji Aničky. Když jí byl jeden rok, zeptala jsem se dětské doktorky, která mi řekla, ať to zatím neřeším,*

že některé děti jsou prostě trošku pomalejší. Tak jsem to na chvíli přestala řešit, věřila jsem paní doktorce.“

Autorka: Kdy jste se rozhodla navštívit dalšího odborníka?

Respondentka: „Když Aničce byly tři roky a dva měsíce, pořád moc nemluvila, tak jsem se rozhodla zeptat se naší doktorky znova. Tenkrát nás poslala na logopedii. Jenže první paní logopedka nám moc nesesdla, Anička s ní odmítala pracovat, tak jsme po půl roce snažení zkusila hledat novou paní logopedku. Anička šla k paní nové paní logopedce, když jí byly čtyři roky a asi měsíc. Druhá paní logopedka se Aničce zalíbila a spolupráce byla mnohem lepší.“

Autorka: V kolika letech dítěti byla diagnostikována vývojová dysfázie a kdo ji dítěti diagnostikoval?

Respondentka: „Paní logopedka nám na základě i různých testů řekla, že si myslí, že to bude vývojová dysfázie s převahou v expresivní složce řeči. Aničce byly 4 roky a 8 měsíců. Paní logopedka mi řekla pár vět o dysfázii a tvrdila, ať hlavně trénujeme doma. Chodili jsme na logopedii pravidelně, vždycky já, manžel to nestíhal. Paní logopedka už potom o dysfázii během terapie nemluvila. Vždycky s Aničkou fakt hezky pracovala, dala nám úkoly na doma a rozloučily jsme se. Mně pořád něco říkalo, ať se ještě objednáme k dětskému psychologovi, což jsme také udělali. Tam nám definitivně diagnózu potvrdili.“

Autorka: Jak jste se cítila po stanovení diagnózy?

Respondentka: „V první chvíli jsem na paní logopedku koukala jako z jara. Byla jsem velmi zmatená, vůbec jsem nevěděla, co ty názvy znamenají. Pořád mi vrtalo hlavou, že Anička není jako moje starší děti. Trošku se mi i ulevilo, že konečně víme, co je špatně a můžeme na tom pracovat.“

Autorka: Kdo vám poskytl nejvíce informací?

Respondentka: „Určitě internet, tam jsem pořád něco hledala. Na internetu jsem našla i skupinu Rodiče dětí s vývojovou dysfázií.“

Autorka: Co/kdo vám nejvíce pomohlo v této situaci?

Respondentka: „Nejvíce ze všeho mě podporoval manžel. Často jsem nevěděla jak dál. On sice hodně pracoval, ale věděla jsem, že se na něj mohu kdykoliv obrátit. Kromě manžela a jeho podpory mi nejvíce pomohla skupinka na Facebooku – Rodiče dětí s vývojovou dysfázií, kde jsem si našla i kamarádky, s kterými se pravidelně scházíme a probíráme všechno možné. Abych nezapomněla, tak jednou týdně si brala Aničku moje maminka a pracovala s ní. Ona dřív učila ve školce, tak s ní dělala takové různé rozvojové činnosti.“

Autorka: Setkala jste se s negativním chováním okolí?

Respondentka: „Okolí jsem moc neřešila, byla jsem často s dětmi doma. Negativní vzpomínku mám na moji tchýni. Jednou mi moje tchýně řekla, že na ní mám víc mluvit, že kdybych víc s malou mluvila a nepouštěla jí pořád pohádky, že je na tom mnohem líp. To mě tehdy fakt hodně mrzelo. Aničce jsem se věnovala každý den, pořád jsme něco četly, vyráběly, povídaly, cvičily a tak. Už se na ní nezlobím, ale tehdy to bylo od ní opravdu nevhodné. Náročné bylo to, že jsme museli pořád všem vysvětlovat, co to je vývojová dysfázie. Každý zná autismus a podobně, ale nikdo neznal dysfázi.“

Autorka: Jakou radu byste dal/a ostatním rodičům, jejichž dítěti je diagnostikována vývojová dysfázie?

Respondentka: „Berte to tak, jak to je. Mějte hodně trpělivosti a lásky k dítěti.“

Autorka: Jaký je aktuální stav vašeho dítěte?

Respondentka: „Anička chodí do 2. třídy základní školy, kde mají asistenta pedagoga. Ve třídě mají více dětí s různými lehkými postiženími, tak se asistentka nevěnuje jenom jí. V kolektivu dětí nemá žádný problém, má tam pár kamarádek. Největší problémy jí dělá čtení a psaní. Pořád to zvládá, ale všimá si, že ostatním dětem to jde líp než jí, tak ji často podporuju. Já jsem doma, tak hned když přijde Anička ze školy, jsem tu pro ni. Manžel má sice hodně práce, ale já díky tomu, že nás uživí, mohu být doma a plně se věnovat všem dětem, což je podle mě velká výhoda.“