

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Logopedická intervence u dětí a žáků s ADHD
Speech therapy for children and pupils with ADHD

Petra Humlová

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

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Logopedická intervence u dětí a žáků s ADHD potvrzuji, že jsem ji 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 27. dubna 2020

Touto cestou bych ráda poděkovala paní doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, ochotu a vstřícný přístup.

Dále děkuji také klinické logopedce za možnost provedení výzkumného šetření právě v její ambulanci. Velké díky patří také všem respondentům a jejich rodičům za ochotné zapojení do výzkumné části práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Logopedická intervence u dětí a žáků s ADHD se zabývá logopedickou intervencí u jedinců, kterým bylo diagnostikováno ADHD nebo mají značné projevy tohoto syndromu. Teoretická část se věnuje vysvětlením pojmu syndrom ADHD, příčinami jeho vzniku a specifickými přístupy k jedincům s ADHD. Dále se teoretická část věnuje projevům ADHD v různých věkových obdobích a tím, jak tento syndrom ovlivňuje vývoj jazyka a řeči. V poslední části je popsán vývoj řeči, logopedická intervence a její specifika u jedinců s ADHD. Praktická část popisuje kvalitativní výzkumné šetření. Cílem práce je popsat logopedické postupy u dětí a žáků s ADHD. Výzkumné šetření bylo realizováno metodou pozorování a tvorby případových studií dívky předškolního a dvou chlapců školního věku. Dílčí výzkumné otázky se detailněji zabývají průběhem terapie u jedinců se syndromem ADHD, rozvojem nejvíce narušených jazykových rovin u dětí a žáků s ADHD a tím, zda specifický přístup k těmto jedincům podpoří jejich pracovní výkony během logopedické terapie.

KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD, hyperkinetická porucha, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost

ABSTRACT

The bachelor thesis called Speech therapy for children and pupils with ADHD deals with speech therapy for individuals who have been diagnosed with ADHD or have significant symptoms of this syndrome. The theoretical part is devoted to the explanation of the concept of ADHD, the causes of its development and specific approaches to individuals with ADHD. Furthermore, the theoretical part deals with the manifestations of ADHD in different age periods and how this syndrome affects the development of language and speech. The last part is devoted to speech development, speech therapy and its specifics for individuals with ADHD. The practical part describes qualitative research. The main aim of this work is to describe speech therapy procedures in children and pupils with ADHD. The research was realized by the method of observation and creation of case studies of a pre-school girl and two boys of school age. Partial research questions addressed in detail the course of therapy in individuals with ADHD, the development of the most disturbed language levels in children and ADHD pupils, and whether a specific approach to these individuals would support their work performance during speech therapy.

KEYWORDS

ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, speech therapy, communicative disability

Obsah

Úvod.....	6
1 Syndrom ADHD.....	8
1.1 Vymezení pojmu ADHD.....	8
1.2 Příčiny vzniku	9
1.3 Přístup k jedinci s ADHD.....	10
2 Projevy ADHD u dětí a žáků	13
2.1 ADHD v různých věkových obdobích.....	16
2.2 Ovlivnění vývoje jazyka a řeči ADHD	18
3 Možnosti logopedické intervence u dětí a žáků s ADHD	20
3.1 Stadia ontogeneze řeči	20
3.2 Logopedická intervence.....	23
3.3 Logopedická intervence u jedinců s ADHD.....	24
4 Výzkumné šetření	26
4.1 Cíle práce, metodologie	26
4.2 Charakteristika výzkumného souboru a místa šetření.....	27
4.3 Vlastní výzkum.....	28
4.4 Závěry výzkumného šetření.....	40
4.5 Doporučení pro praxi	42
Závěr.....	44
Seznam použitých informačních zdrojů	45
Seznam příloh	48

Úvod

Hyperkinetická porucha (dále jen ADHD) se v dnešní době objevuje stále častěji, a to v jak v diagnostikované, tak nediagnostikované podobě. Jedná se o neurovývojovou poruchu, která se řadí mezi specifické poruchy chování, jejíž typické projevy jsou deficit pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, které značně ovlivňují život jedince. Nejedná se však o jediné příznaky, kterými je dítě již od narození ovlivněno. Narušena je také oblast vývoje motoriky, myšlení a řeči. U některých případů se následně může objevit agresivní chování či jiné problémové chování, někteří autoři zmiňují také poruchy příjmu potravy. V průběhu let se ADHD dostává stále více do popředí. Jelikož je charakterizováno souhrou několika příznaků, často je označováno za syndrom.

Pro práci s dětmi a žáky mající zmíněnou poruchu bylo vytvořeno několik metodických rad a postupů, které doporučují, jak s těmito jedinci správně pracovat. Jsou adresovány především rodičům a učitelům, některé z nich by však mohly být aplikovány i na půdě ambulancí klinických logopedů, aby bylo podpořeno například soustředění a motivace dítěte. Publikace, která by se zaměřovala pouze na problematiku logopedické intervence u jedinců s ADHD není zatím na našem území k nalezení.

Bakalářská práce s názvem Logopedická intervence u dětí a žáků s ADHD se zabývá oblastí jazyka a řeči v souvislosti nápravy komunikačních schopností u jedinců s ADHD. Obsah je členěn na dvě části, a to teoretickou a praktickou část, které jsou dále rozděleny na jednotlivé kapitoly. Teoretická část se věnuje problematice syndromu ADHD, a to jak vymezení pojmu, projevům ADHD, tak jeho příčinám vzniku. Zmíněno je ovlivnění vývoje jazyka a řeči syndromem ADHD a v neposlední řadě je popsána logopedická intervence se zaměřením na děti a žáky s ADHD, která úzce souvisí s praktickou částí této práce.

Hlavním cílem výzkumného šetření, jež je kvalitativního typu, je popsat, jaké jsou logopedické postupy u klientů s ADHD, které jsou v péči klinického logopeda. Dílčí cíle se pak detailněji zabývají průběhem logopedických intervencí u pozorovaných jedinců. Jako hlavní výzkumná metoda bylo zvoleno pozorování celkem třech respondentů, z nichž dva jsou školního věku a jeden věku předškolního. Pro vytvoření komplexního náhledu na vybrané jednotlivce byly vytvořeny případové studie zobrazující osobní, zdravotní a

rodinnou anamnézu zúčastněných. Pozorování probíhalo vždy jedenkrát do měsíce v ambulanci klinické logopedie. Veškerá získaná data jsou analyzována v závěrečné kapitole.

1 Syndrom ADHD

ADHD představuje neurovývojovou poruchu, pro niž je charakteristická triáda symptomů – hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti, které se projevují dlouhodobě a v různé míře (Drtílková, Šerý, 2007). V České republice se počty osob s ADHD neustále zvyšují. Dle článku ADHD od dětství do dospělosti se tato porucha vyskytuje přibližně u 4,5-5,5 % české populace (Theiner, 2012, online).

1.1 Vymezení pojmu ADHD

Termíny syndrom ADHD, syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou, hyperkinetická porucha či jen ADHD (z anglického originálu attention deficit hyperactivity disorder) dnes označují v České republice dlouho užívaný pojem lehká mozková dysfunkce (LMD), (Ptáček, Ptáčková, 2018).

Mimo termínu lehká mozková dysfunkce byly také užívány pojmy jako lehká dětská encefalopatie (LDE) nebo minimální či malá mozková dysfunkce (MMD) (Matějček, 1993).

Pugnerová a Kvintová (2016) řadí výše zmíněný syndrom do skupiny specifických poruch chování, kdy ADHD je jednou z nejvíce diagnostikovaných poruch chování na celém světě. Paclt (2007) uvádí, že na tři až pět dětí připadá jedno dítě s ADHD.

Nejčastěji se dnes v České republice užívají pro dřívější lehkou mozkovou dysfunkci dvě označení. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je v mezinárodní klasifikaci nemocí desáté revize (MKN-10) uveden pojem hyperkinetické poruchy (specifika budou upřesněna dále) a podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV nebo DSM-V) hovoříme o pojmu ADHD, který je v dnešní společnosti užíván čím dál častěji (Ptáček, Ptáčková, 2018). Vymezení těchto pojmů není však zcela totožné. Drtílková a Šerý (2007) popisují drobné rozdíly mezi poruchami definovanými MKN-10 a termínem ADHD dle DSM-IV. Pro upřesnění je zde uvedena klasifikace zmíněných poruch včetně odlišností od ADHD.

Hyperkinetické poruchy členíme na poruchu aktivity a pozornosti (F90.0) a hyperkinetickou poruchu chování (F90.1). Aby mohla být stanovena diagnóza poruchy aktivity a pozornosti, musí být přítomny všechny symptomy typické pro tuto poruchu

(hyperaktivita, porucha pozornosti, impulzivita), a to jak v mateřské/základní škole, tak i v domácím prostředí. V případě, že se mimo triády příznaků objevuje i agresivita či jiné poruchy chování, jedná se o hyperkinetickou poruchu chování. Na rozdíl od ADHD hyperkinetické poruchy nevyčleňují typ, u kterého by převládala především porucha pozornosti. Pro běžnou praxi však můžeme tyto nepatrné rozdíly opomenout, proto se do popředí dostává především zkratka ADHD, která je v této problematice zastřešujícím a výstižným termínem (Paclt, 2007).

Syndrom ADHD je rozdělen do tří podtypů, a to na typ s poruchou pozornosti, typ hyperaktivně impulzivní a kombinovaný typ. Do těchto subtypů není zahrnuta porucha chování, pokud je však přítomna, hovoříme o zvláštní diagnóze (Drtílková, Šerý, 2007). „ADHD je diagnostikováno vždy, pokud se vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti nebo hyperaktivita a/nebo impulzivita). Stačí, aby se tato porucha vyskytovala buď ve škole, nebo v domácím prostředí“ (Paclt, 2007, str. 15).

1.2 Příčiny vzniku

„Hyperaktivní děti zde vždy byly, jen byly označovány různými termíny. Nejsou tedy pouze „produktem současné doby“, jak bývá někdy laicky podsouváno“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, str. 7).

Již ve dvacátém století se objevily příznaky hyperkinetické poruchy. Přibližně dvacet dětí z rodin poskytující „vhodné výchovné prostředí“ bylo součástí studie doktora G. F. Stilla, který na základě projevů hyperaktivity, problémů s učením a nesoustředěností uvedl, že se jedná o příčiny na biologické bázi, jelikož se záměrně vyhýbal rodinám, které, dle něho, netvořily přijatelné prostředí pro výchovu. I přesto se však několik let objevovaly názory, že dnešní specifické poruchy chování u dětí jsou výsledkem nedůsledné výchovy a vadami charakteru u rodičů (Drtílková, Šerý a kol., 2007).

„Je stále více zřejmé, že na vzniku onemocnění se podílí více faktorů, mezi nimiž převažují genetické příčiny.“ „Dnes vycházíme z toho, že děti přicházejí na svět s různě velkou náchylností (vulnerabilitou) ke vzniku hyperkinetické poruchy (nebo ADHD), která je naprogramovaná geneticky“ (Drtílková, 2007, str. 47).

Je tedy pravděpodobné, že pokud bylo ADHD diagnostikováno otci, zdědí tuto poruchu i dítě. U matek již taková pravděpodobnost být nemusí (Train, 1997).

Na vzniku ADHD syndromu se však v prenatálním období nepodílí jen dědičnost, ale také například kouření a užívání návykových látek matkou během těhotenství, infekční onemocnění (neštovice, zarděnky, spalničky), vyšší věk obou rodičů či nadměrná psychická zátěž u matky. Perinatální příčiny pak zahrnují komplikace během porodu, nízkou porodní hmotnost a nezralost nebo naopak přenášení dítěte (Pugnerová, Kvintová, 2016). Opomenut nesmí být ani nedostatek kyslíku a krvácení do mozku způsobené často klešťovým porodem, který vede k odumírání či poškození buněk mozkových (Jucovičová, Žáčková, 2010, Pugnerová, Kvintová 2016).

Pugnerová, Kvintová (2016) v souvislosti s mozkovou funkcí uvádějí neuroanatomické faktory zapříčiňující chybné fungování oblastí mozku regulující pozornost a chování a neurochemické faktory, které souvisí s dopaminem a noradrenalinem, což jsou chemické látky (neurotransmitery) přenášející informace mezi nervovými buňkami neboli neurony. Train (1997) zmiňuje, že oba tyto faktory mohou být jednou z příčin problémového chování, které, pokud se ani po zavedení speciálních výchovně-vzdělávacích procesů nezmiňuje, doporučuje léčit pomocí farmakoterapie, jež pozitivně působí na více než polovinu jedinců s ADHD.

1.3 Přístup k jedinci s ADHD

Jucovičová, Žáčková (2007) uvádějí hlavní zásady důležité pro výchovu dětí s ADHD. Dodržování těchto doporučení může zmírnit projevy jedinců s ADHD a podpořit tak jejich pracovní výkony. Rodičům, učitelům a jiným odborníkům, kteří s dětmi a žáky s ADHD pracují, je dle Jucovičové, Žáčkové (2007) doporučeno následující:

Vytvoření klidného a příjemného prostředí, ve kterém bude dítěti ukázáno, že je přijímáno takové, jaké je. Důležité je zachovat klid i v napjatých situacích, aby dítě vidělo, že není nutné nepříznivé situace řešit afektivně.

Stanovení jasného řádu, dodržování určitých pravidel, které budou platit mezi dítětem a dospělým. Jejich respektování poskytne dítěti pocit jistoty a opory, protože náhlé změny tito jedinci nesnáší příliš dobře.

Důslednost je dalším důležitým bodem, který je třeba dodržovat. Pokud je dítěti zadán úkol, vždy by měl dospělý dohlédnout na jeho splnění. Takto pak může být docíleno toho, že je dítě důsledné samo k sobě.

Sjednocení přístupu úzce souvisí s předchozím bodem. Je podstatné, aby všechny osoby ve výchovně-vzdělávacím procesu jedince s ADHD dodržovaly stejné přístupy. Platí to jak mezi rodiči a rodinnými příslušníky, tak mezi rodiči a školou či jinými odborníky. Pokud by tomu tak nebylo, dítě snadno vycítí „slabší autoritu“, která by dítětem nemusela být respektována.

Soustředění se na kladné stránky osobnosti jedince s ADHD může značně posílit jeho výkony. Pokud se dítě setkává s řadou prožitých neúspěchů, je důležité dát mu možnost prožívat i drobné úspěchy, kterých může být docíleno povzbuzováním dítěte, motivací a chválou za každý dílčí pokrok. Pravidelná, především pozitivní zpětná vazba může vést dle Paclta (2007) k značným změnám v chování dítěte. Neméně důležitá je také důvěra dospělého v daného jedince. Oceněna by měla být i pouhá snaha či chvíle, kdy jedinec vydržel být v klidu. Pokud to lze, reakce na negativní chování by měla zůstat stranou, nahrazena pochvalou za chvíle, kdy se dítě chovalo vhodně.

Usměrnění aktivity, ne však její potlačení, aby se zvýšená aktivita neprojevila později ve větší míře. Autorky zmiňují, například situaci, kdy dítě čte: *„Soustředit se na čtení a nekárat dítě za to, že nesedí v klidu, vrtí se, kope nohama atp. Dítě se dokáže soustředit v tuto chvíli na jednu věc a tou je čtení, které je v tuto chvíli důležité; kdyby se soustředilo na ovládnutí pohybů těla, bylo by to na úkor kvality činnosti, kterou dítě právě provádí (v tomto případě čtení)“* (Jucovičová, Žáčková, 2007, str. 15). Následně je nutné dát dítěti možnost volného pohybu. Pokud si lze povšimnout, že má jedinec určité záliby, je vhodné je podporovat a využít jich jako motivaci či jako odměnu (Pugnerová, Kvintová, 2016).

U těžších forem této poruchy je pro zmírnění projevů v mnoha případech nastavena medikace, která může jedince někdy až příliš utlumit nebo naopak zvýšit míru afektivního chování. Je proto důležitá komunikace mezi všemi odborníky, kteří se dítěti věnují a nastavení určité rovnováhy mezi tlumením projevů medikací a zároveň různými nelékovými terapiemi. Lze využít prvky z muzikoterapie, kdy rychlá hudba umožní vybití energie a pomalá vede k následnému zklidnění. Dítě tak může zároveň pochopit, co

znamenají pojmy klid a neklid. Dramaterapie pak může pomoci v odbourání stresu, napětí a pomocí nácviku rozvíjet pozitivní vzorce chování (Jucovičová, Žáčková, 2007). Severský autor Skrodski (2008) uvádí jako další možný způsob pro zklidnění a prodloužení doby soustředění u jedinců s ADHD terapii pomocí Snoezelen místnosti. Důležité je však nepřehltit účastníky této terapie mnoha podněty, ale zároveň stimuly pravidelně střídat, aby se nezačala vytrácet pozornost.

2 Projevy ADHD u dětí a žáků

Základními projevy syndromu ADHD jsou, jak již bylo zmíněno, hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti, které se významně promítají do vzorců chování těchto jedinců.

Škrdlíková (2015) uvádí charakteristiky projevů poruchy pozornosti, impulzivity a hyperaktivity.

Porucha pozornosti je charakterizována problémy s udržení pozornosti ve všech možných situacích v mateřské či základní škole i v domácím prostředí. Jedná se například o nesoustředěnost při plnění zadaných úkolů, ale také při hraní her. Pokud má jedinec za úkol splnit zadanou, pro něho často nudnou a nezáživnou práci, většinou ji nedokončí. Naopak pokud vykonává činnost pro něho zajímavou, doba udržení pozornosti se prodlužuje (Jucovičová, Žáčková, 2010). Z důvodu nepozornosti se často stává, že i v malém množství plněných úkolů je spousta chyb. Okolí může na dítě či žáka s ADHD pohlížet jako by byl duchem nepřítomen, nevěděl, co je mu sdělováno nebo dokonce jako by vůbec neposlouchal. Velice často se stává, že opouští rozdělané úlohy a rozpracovávají jiné, nové. S poruchou pozornosti je spojeno také zapomínání a problém s dodržováním pravidel. Pokud mají v blízkosti rušivé elementy, velice snadno se jimi nechají rozptýlit, proto je dobré, aby žáci s ADHD neseděli ve třídách hned u okna, ale zároveň ani u dveří. Při konverzacích často odbíhají od tématu a celkově se projevují velice zbrkle. Pugnerová, Kvintová (2016) doplňují, že udržení pozornosti u dítěte s ADHD trvá maximálně deset minut. Je tedy vhodné připravit pro dítě/žáka více činností, které se budou střídat, přičemž mezi jednotlivými úkoly je vhodné poskytnout také chvíli relaxace (Jucovičová, Žáčková, 2007).

Impulzivita, projevující se především netrpělivostí, může být také příčinou nehod a úrazů. Často se setkáváme s tím, že děti zakopávají, narážejí do všeho kolem sebe a padají. Zároveň je snížen pud sebezáchovy, jelikož se pouštějí do činů, aniž by si uvědomovaly možné následky. V souvislosti s impulzivitou se objevují problémy, kdy děti či žáci neovládají schopnost čekat, často překřikují ostatní a skáčou jim do řeči. Se sníženým pudem sebezáchovy může být spojeno také sahání na horká kamna, žehličku a jiné předměty, většinou z důvodu neuposlechnutí rodiče či osoby z blízkého okolí. Často jsou

označování termínem „velká voda“. U starších žáků se můžeme setkat s vulgaritou ve slovním projevu.

Hyperaktivita označuje neklid, který se v případě tohoto syndromu projevuje neustále a není závislý na okolnostech. Prekopová a Schweitzerová (1994) in Škrdlíková (2015) popisují projevy hyperaktivity takto:

Jedinci s ADHD jsou neustále v pohybu, často berou bezúčelně do ruky předměty, které mají k dispozici. Pokud mají sedět, vrtí se, houpají se na židli či se válí po stole a nevydrží být v poklidu příliš dlouho. Snadno se nechají rozptýlit a podráždit. Místo klidné chůze po většinu času běhají, poskakují, objevuje se i stereotypní kývání nebo třeba luskání. Při komunikaci s okolím spíše křičí. Mají tendence se podceňovat, proto by měl být u těchto dětí i žáků kladen důraz na motivaci.

Černá (1999) doplňuje triádu symptomů také o další projevy ADHD, a to o poruchy percepčně motorických funkcí, poruchy paměti, poruchy myšlení a řeči, emoční poruchy a poruchy chování.

Poruchy percepčně motorických funkcí se vyznačují těžkostmi v hrubé i jemné motorice. Často jsou tak jedinci s ADHD považováni za nešikovné či nemotorné, čehož si lze všimnout například při tělesné výchově. Objevují se také problémy v sebeobsluze, která je závislá především na jemné motorice. Zavazování tkaniček, zapínání knoflíků či jezení příborem se tak může jevit jako poměrně náročný úkol. S poruchami percepčně motorických funkcí úzce souvisí také specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie), jejichž vznik je dán právě narušeným zrakovým i sluchovým vnímáním, které se projevují například potížemi v rozlišení podobně znějících hlásek či podobně vypadajících tvarů. Dále pak vznik specifických poruch učení souvisí s narušením jemné motoriky, myšlení, pozornosti a paměti (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Co se týče **poruch paměti**, bývají pro děti a žáky s ADHD typické poruchy paměti krátkodobé, často spojované se rčením: „jedním uchem tam, druhým ven“. Nejčastěji totiž bývá narušena sluchová paměť, se kterou se obvykle pojí neplnění požadovaných pokynů nebo nezapamatování si získaných informací ve škole, ať už se jedná o nabytí nových vědomostí nebo zapamatování si domácího úkolu. Dále se narušená krátkodobá paměť

projevuje častým ztrácením a hledáním nejrůznějších předmětů, což může jak na rodiče, tak učitele působit jako nepořádnost či lajdáctví (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Poruchy myšlení nejsou v souvislosti s ADHD označením pro snížený intelekt, ale jedná se o nerovnoměrný či odlišný vývoj myšlení způsobený nestejným zráním centrální nervové soustavy. Pro jedince s ADHD je charakteristické, že ulpívají na určité myšlenky, od kterých se nemohou odpoutat. Stává se však, že při myšlení zohledňují naopak i několik příčin, na jejichž základě si domýšlí následek. Mohou být tedy vlastně velice tvůrčí a originální oproti svým vrstevníkům, kteří se drží jedné příčiny, jež má následek daný. Problémem může být také přechod od konkrétních pojmů k pojmům abstraktním nebo pochopení pojmů a vnímání posloupnosti (Jucovičová, Žáčková, 2007).

Emoční poruchy se objevují u nemalého počtu jedinců s ADHD. Lze pozorovat časté výkyvy nálad, pro které jsou charakteristické rychlé přechody od pláče k smíchu a naopak. Zhoršené jsou reakce na změny, které mohou vést až k agresivitě. Jednání zkrátka neodpovídá mentálnímu věku jedince. Citové rozpoložení ovlivňuje celkovou výkonnost, proto je běžné, že pokud je žák dobře naladěný, je úspěšný, to se však ze dne na den může změnit a úspěch je nahrazen několikadenním neúspěchem i v učivu, které by předtím žák bez obtíží zvládl (Jucovičová, Žáčková, 2010). Děti a žáci s ADHD bývají proto leckdy hodnoceni jako nadaní, avšak líní (Paclt, 2007).

Poruchy chování jsou dle Drtílkové, Šerého (2007) termínem označující řadu nevhodných vystupování u jedinců s ADHD. Řadí sem výbuchy zlosti, nerespektování autorit, agresivní jednání, lhaní, záškoláctví, krádeže, útoky z domova a mnohé další. Především u chlapců bývá pravděpodobné, že tyto problémy budou přetrvávat až do dospělosti a mohou přejít až k delikvenci, antisociálnímu jednání nebo i závislosti na drogách. „*Riziko pro závislost na tabáku, alkoholu a marihuaně výrazně stoupá při kombinaci ADHD a poruch chování*“ (Paclt, 2007, str. 144). Jucovičová, Žáčková (2010) rozděluje poruchy chování (reaktivní poruchy představující nevhodné reakce spolu s agresivitou) u hyperaktivních jedinců do tří kategorií:

- disociální chování označující neposlušnost, lhaní, podvádění,
- asociální chování, které zahrnuje záškoláctví, útoky,

- antisociální chování představující trestné činy jako jsou krádeže, závislostní chování a agresivní chování vůči ostatním.

Ve školních kolektivech mají nezřídka sklony k šikaně „slabších“ spolužáků nebo alespoň jejich fyzické či slovní napadání.

Paclt (2007) oproti Černé (1999) považuje ostatní z poruch za přidružené k základní triádě příznaků a zvláště je nevyčleňuje.

Všechny výše zmíněné symptomy se samozřejmě nemusí projevit u všech jedinců s ADHD. Někteří mohou mít obtíže pouze v charakteristické triádě symptomů hyperkinetické poruchy, u jiných se může spolu s nimi vyskytovat i jiný z přidružených projevů, a to v různé míře.

Poruchy řeči jsou u dětí a žáků s ADHD důležitým příznakem, proto je tato problematika analyzována v kapitole 2.2 „Ovlivnění vývoje jazyka a řeči ADHD“.

2.1 ADHD v různých věkových obdobích

Poruchy hyperkinetického typu se objevují ve všech věkových obdobích, zejména však po nástupu dítěte do základní školy. Mohou se projevit již v raném věku dítěte, ale pro rodiče nemusí být snadné je rozpoznat. Matky se mohou cítit vyčerpaně a zklamaně z důvodu, že nedokážou ukojit potřeby svého dítěte, i když o něho stále pečují (Jucovičová, Žáčková, 2010).

V **kojeneckém období** je dítě více neklidné oproti ostatním dětem – pláče bez důvodu, křičí a je podrážděné. Charakteristickým projevem jsou také poruchy bdění a spánku, kdy dítě v noci bdí a ve dne spí, přičemž po usnutí se rychle probouzí a s opětovným usnutím má problémy. Z důvodu zhoršené schopnosti sání, která pak může negativně ovlivnit rozvoj řeči, jsou matky často nuceny sáhnout po příkrmech, aby bylo dítě dostatečně živeno (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Dítě v **batolecím období** začíná samo objevovat prostor kolem sebe, k čemuž užívá svůj pohyb. Právě zvýšená pohyblivost je jedním z charakteristických znaků ADHD. Fáze lezení je většinou vynechána a rovnou nastupuje chůze, jež je často doprovázena různými úrazy. Při hraní her si lze všimnout potíží se soustředěním a neohrabaností. Vývoj řeči je

často opožděn. Neúspěch začíná dítě řešit zlostně, a to například ubližováním ostatním. Dítě může být nazýváno slovním spojením „motorová myš“, které se pro nadměrně živé děti leckdy užívá, a právě díky těmto zpětným vazbám od okolí si mohou rodiče uvědomit, že není vše, jak má být. Doporučuje se tedy, aby již v tomto věku byla zavedena jednotná výchova a pevný řád (Jucovičová, Žáčková, 2010).

Předškolní věk představuje období, kdy dítě nastupuje do mateřské školy, s čímž souvisí také akceptování nastolených pravidel a plnění úkolů. V případě, že dítě nedělá činnost, která je pro něho zajímavá, nelze si již nevšimnout obtíží v oblasti soustředění. Ve srovnání s kolektivem jsou patrné nedostatky v sebeobsluze (např. neustále si obléká triko opačně) a socializaci (např. pití polévky z talíře namísto užití lžice, jezení rukama). Objevit se také může přímo odmítnutí plnit zadanou práci. „*Děti, které mají obtíže v grafomotorice, nerady kreslí, podobně děti, které mají problémy v oblasti zrakové percepce a krátkodobé paměti, nerady hrají pexeso*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 25). Porucha motoriky společně s impulzivitou jsou i v předškolním věku následkem úrazovosti. Poruchy řeči, sociální nezralost či jiné důvody týkající se zdravotního stavu dítěte jsou často příčinou odložené školní docházky, a to na jeden, nebo i více roků. Nastávají ale také situace, kdy se mateřská škola snaží, aby ji dítě opustilo co nejdříve, což může zapříčinit, díky nezralosti centrální nervové soustavy, vznik specifických poruch učení (Pugnerová, Kvintová, 2016).

Školní věk může být pro žáky s ADHD velmi náročný. Opět se typicky projevuje porucha koncentrace pozornosti, pokud je zadán úkol, který je pro žáka nudný. Projevy se objevují i pokud má žák pocit, že hodina je příliš dlouhá a stejnorodá. Zpočátku mohou nastat problémy se schopností respektovat druhé spolužáky a samotného vyučujícího. V první řadě je důležité, aby fungovala spolupráce mezi rodinou žáka a dané školy. To je však někdy problém, a proto dochází ke změně školy, což také žákovi situaci neulehčuje (Jucovičová, Žáčková, 2010). Projevy žáků s ADHD bývají vnímány jako nevychovanost či drzost, ne však jako celkově oslabený vývoj jedince, který může být nesprávným přístupem ze strany pedagogů ještě více narušen (Paclt, 2007).

U jedince, který jedná impulzivně se také nezdívka objevují poznámky v žákovské knížce nejčastěji z důvodu vykřikování, ale také zapomínání, což je pro osobnost žáka

s ADHD typické. Na základě toho pak mohou vzniknout psychické problémy (např. úzkostné stavy), (Melicheríková in Gavendová, 2011, online).

2.2 Ovlivnění vývoje jazyka a řeči ADHD

Jazyk je systém zvukových a sekundárních dorozumívacích prostředků znakové povahy (Klenková, 2006). Umožňuje komunikaci, spočívající ve sdělování a přijímání informací (Diderot in Hádková, 2016).

Klenková (2006) charakterizuje řeč jako lidskou schopnost vědomého užívání jazyka, jakožto souboru znaků a symbolů, která umožňuje lidem sdělovat jejich pocity, myšlenky a touhy. Schopnost užívat řeč se rozvíjí na základě slovní interakce s okolím, tudíž se nejedná o schopnost vrozenou.

Komunikace je termínem označující sdělování, přenos či výměnu informací za pomoci výrazových prostředků. Komunikace je důležitá pro rozvoj osobnosti a utváření mezilidských vztahů. Pokud je oslabena některá ze složek komunikačního procesu, je nutné zajištění odborné péče, aby se daný jedinec mohl přiměřeně vyvíjet (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Vágnerová (1995) rozděluje poruchy řečového projevu u jedinců s ADHD do dvou okruhů. První okruh tvoří **poruchy v porozumění řeči**, které mohou být následkem mírných poruch v sluchovém rozlišování, ale také v nepochopení významů některých slov. Velkou roli hraje nepozornost, protože se jedinci často nedostatečně soustředí na to, co kdo říká. Druhým okruhem jsou **poruchy aktivní řeči** představující obtíže s artikulací a rytmem řeči. Neobratnost motoriky mluvidel se projevuje mnohdy dyslalií, kdy dítě vyslovuje chybně jednu nebo více hlásek, přičemž nejčastěji se jedná o tupé a ostré sykavky a hlásky L, R, Ř.

Dnes lze u dětí s ADHD nejčastěji zpozorovat opožděný vývoj řeči, kdy jedinec začíná mluvit, v porovnání s jeho vrstevníky, o nějaký čas déle a jeho řečový projev je chudší, jednodušší, spojený s nesprávným tvořením určitého počtu hlásek (Jucovičová, Žáčková, 2007).

Charakteristickými poruchami výslovnosti u dětí s ADHD jsou artikulační neobratnost a specifické asimilace. Artikulační neobratnost označuje takové potíže ve

výslovnosti, kdy dítě tvoří jednotlivé hlásky i slova, avšak artikulace je neobratná a řeč je nesnáze srozumitelná. Typické jsou obtíže s vyslovením delších slov, ve kterých se objevuje shluk souhlásek jako je kupříkladu slovo lokomotiva, dobrodružství. O specifické asimilaci hovoříme v případě, že dítě nedokáže vyslovit taková slova, která obsahují zvukově i artikulačně podobné hlásky, i přesto, že dané hlásky samostatně tvoří bezchybně. Příkladem může být například slovo žízeň, které dítě vysloví např. jako žízeň nebo sušenka – šušenka (Vágnerová, 1995, Jucovičová, Žáčková, 2007).

Nezřídka se objevují situace, kdy dítě, žák s ADHD vypráví dlouhé příběhy, produkuje mnoho slov, ale ve skutečnosti je jeho mluva chudá a slovní zásoba je omezena, což může vést nejen k neporozumění mezi komunikačními partnery, ale nepochopení sdělovaného může přivodit komunikační neúspěch, na jehož základě pak mohou vzniknout poruchy chování (Kutálková, 1996, Jucovičová, Žáčková, 2010).

V některých případech je možné se setkat se závažnějšími obtížemi, vzniklých na bázi nerovnoměrného dozrávání centrálního nervového systému, a to s vývojovou dysfázií (Kutálková, 2011).

O vývojové dysfázii hovoříme tehdy, není-li jedinec schopen verbálně komunikovat, nebo je tato schopnost omezena, i přes vyloučené psychiatrické a neurologické nálezy závažného charakteru, snížené intelektové schopnosti, poruchy sluchu a nestimulující prostředí. Narušení se projevuje v expresivní či receptivní složce řeči, nebo také v obou současně (Klenková in Pipeková, ed., 2006). Řeč je sluchem vnímána bez obtíží, ale nedochází k jejímu správnému zpracování, proto vznikají obtíže s porozuměním a zároveň s produkcí řeči. Postihuje slovní zásobu, výslovnost, osvojování gramatických pravidel, také rozvoj motoriky a grafomotoriky. Jedná se o nerovnoměrný vývoj osobnosti jako celku (Klenková, 2006).

Veškeré tyto obtíže (opožděný vývoj řeči, dyslalie, vývojová dysfázie a artikulační neobratnost) se promítají do všech složek osobnosti jedince, a také do školních výsledků. Proto je vhodné, aby byla u dítěte s ADHD zahájena co nejdříve logopedická intervence, která může vady a poruchy řeči odstranit nebo alespoň zmírnit (Jucovičová, Žáčková, 2010).

3 Možnosti logopedické intervence u dětí a žáků s ADHD

3.1 Stadia ontogeneze řeči

Po narození se každý jedinec začíná nějakým způsobem vyvíjet v několika oblastech – zrakové, sluchové, psychické, motorické a samozřejmě i řečové. Všechny tyto složky se navzájem ovlivňují a jejich správnou stimulací dochází k celkovému rozvoji dítěte. Nejedná se tedy o proces, který by probíhal samostatně (Klenková, 2006). V surdopedických publikacích je tato součinnost mezi jednotlivými druhy vnímání popsána právě v souvislosti s rozvojem řeči a to tak, že „*na základě sluchu se utvořila řeč jako sluchový reflex*“ (Hádková, 2016).

Vývojem řeči se již zabývalo mnoho odborníků, přičemž většina z nich se shoduje na skutečnosti, že vývoj dětské řeči je rozdělen do dvou stadií. Jedná se o stadium přípravné (období předřečové) a vlastní vývoj řeči (Klenková, 2006).

Sovák (1972) vyčleňuje řadu třech období před samotným vývojem řeči, která se navzájem prolínají a objevují se již po narození dítěte. Jedná se o období křiku, období žvatlání, období rozumění řeči, a poté vlastní vývoj řeči. Do vlastního vývoje řeči zařazuje čtyři stadia, která na sebe navazují – stadium emocionálně-volní, stadium asociačně-reprodukční, stadium logických pojmů a stadium intelektualizace řeči.

Lechta (1995) uvádí fáze vývoje řeči, dle typických projevů v daných fázích, takto:

- období pragmatizace,
- období sémantizace,
- období lexémizace,
- období gramatizace,
- období intelektualizace.

Přípravná stadia vývoje řeči lze pozorovat přibližně do jednoho roku dítěte a lze je rozdělit na dva druhy. Jedná se o projevy neverbální a projevy předverbální. Neverbální aktivity mohou být zvukové i nezvukové, kdy nezvukové označují například tělesnou komunikaci nebo zrakový kontakt. V průběhu života se pak tyto aktivity mohou jevit jako prostředky neverbální komunikace. Pro pozdější rozvoj mluvené řeči jsou významné

projevy předverbální, z nichž některé začínají již v nitroděložním vývoji dítěte – polykání, vnímání zvuků. Později se jedná o zvládnutí přijímat potravu sáním, žvýkáním a polykáním (Klenková, 2006).

Prvním projevem dítěte po jeho narození je křik jako odpověď na náhlou změnu prostředí. Poté následuje období křiku, ve kterém se křikem projevují určité nespokojenosti ze strany novorozence a obvykle mají tvrdý hlasový začátek. Postupem času, přibližně mezi druhým a třetím měsícem, dochází také k vyjadřování spokojenosti, které již předchází hlasový začátek měkký (Bytešníková, 2012). Na základě různých zvuků je hlasový projev kojence označován za broukání, na které navazují počátky žvatlání, jež je označováno za pudové, jelikož dítě hýbe ústy podobně jako při příjmu potravy a současně jsou pohyby doprovázeny hlasem. Vznikají tak náhodně vytvořené zvuky, které se podobají některým hláskám a slabikám (Bytešníková, 2012).

Před dovršením prvního roku života se díky zrakové a sluchové kontrole dítě všímá pohybů mluvních orgánů blízkých osob a snaží se napodobit slyšené hlásky. Proces napodobování obnáší mnoho opakování, proto je nazýván fyziologickou echolálií. Toto období je označováno za žvatlání napodobující (Klenková, 2006). U dítěte se začíná zvyšovat zájem o kontakt s okolím a zvukové projevy jsou doprovázeny pohybem. Ze strany blízkých by mělo docházet k časté interakci s dítětem a podněcování dítěte k těmto aktivitám, aby nedošlo k jejich úpadku. Pakliže se tak stane, může být negativně ovlivněn počátek užívání prvních slov a vět (Čížková a kol. in Bytešníková, 2012).

Poslední fází v předřečovém stadiu vývoje řeči je období rozumění řeči, nejde však o porozumění řeči jako takové. Většinou motorické odpovědi, které dítě provádí, jsou reakcemi ne na obsah slov, ale pouze na melodii řeči, mimiku a gestikulaci, které se neustále opakují v určitých situacích (Klenková, 2006). V této fázi lze také zpozorovat počátky slovního pojmenování předmětů, které jsou dítěti blízké (Bytešníková, 2012).

O **vlastním vývoji řeči** lze hovořit přibližně v jednom roce života dítěte. Je členěn do čtyř po sobě následujících etap. Prvním stadiem je stadium emocionálně-volní, ve kterém dítě vyjadřuje svými prvními jednoslovnými větami svá přání, radost i nespokojenost. Stále jsou ale počáteční slovní výrazy doplňovány žvatláním, pláčem nebo jinými neverbálními projevy (Klenková, 2006).

Ve druhém stadiu, které je nazýváno asociačně-reprodukční začínají být pojmenování určitých, prozatím konkrétních jevů přenášeny na jevy podobné. Na přelomu druhého a třetího roku se řeč rozvíjí velmi rychle a postupně je pochopena její funkce vedoucí k dosažení jistých záměrů (Klenková, 2006).

Lechta (1990), Klenková (2006) považují za důležité stadium logických pojmů, které nastává přibližně ve třech letech života. Jedná se o dobu, kdy dítě začíná chápat, že pojem, který dříve označoval pouze jeden konkrétní předmět může být označením všeobecným. „Pipi“ už tedy nepředstavuje pouze slepici na obrázku, ale také kosy, které potká venku při procházce nebo plastovou kachničku do vany (Kutálková, 1996). Jelikož se jedná o náročné myšlenkové procesy, může se stát, že řečový projev bude neplynulý nebo bude docházet k opakování hlásek, slabik (Klenková, 2006).

Mezi třetím a čtvrtým rokem již dítě dokáže vyjádřit vše, co chce sdělit. Dochází k rozvoji slovní zásoby a zlepšování řečového projevu nejen z hlediska gramatiky. Jedná se o období intelektualizace řeči, které přetrvává až do dospělosti (Klenková, 2006).

Ve vývoji řeči lze vymezit čtyři jazykové roviny – rovinu morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou. Tyto roviny se prolínají a vyvíjejí současně. Klenková, Bočková, Bytešníková (2012) uvádějí charakteristiky jednotlivých jazykových rovin následovně:

Morfologicko-syntaktická rovina zahrnuje užívání gramatických pravidel mateřského jazyka v řečovém projevu. Jde o užívání různých slovních druhů, správného skloňování podstatných jmen, správnou skladbu věty aj. Tato pravidla si dítě osvojuje nápodobou slyšeného nejčastěji od svých nejbližších a aplikuje je do vlastního mluvního projevu.

Lexikálně-sémantická rovina úzce souvisí s rovinou předchozí. Zahrnuje aktivní i pasivní slovní zásobu a celkové porozumění významu slov. Nejvíce slov si dítě osvojí během prvních třech let života, kdy by jeho slovní zásoba měla být tvořena přibližně tisícem slov. Poté je každým rokem slovní zásoba rozšiřována o několik stovek slov. Rozvoj této jazykové roviny není ohraničen věkovou hranicí.

Foneticko-fonologická rovina zahrnuje veškeré spojitosti týkající se zvukové stránky řeči jako je správná výslovnost, rozlišování zvukově rozdílných či stejných slov, tempo řeči, hlasitost mluvy a mnoho dalšího. Tato rovina lze ve vývoji řeči dítěte zkoumat nejdříve, jelikož vývoj probíhá od zvukově nejjednodušších projevů. Nejprve jsou artikulovány samohlásky, poté postupně dochází k osvojování souhlásek.

Pragmatická rovina se zaměřuje na samotný proces komunikace, což představuje schopnost přijímat a sdělovat informace, vést dialog na určité téma a chápat a reagovat na neverbální projevy.

3.2 Logopedická intervence

Logopedická intervence je zastřešujícím pojmem pro různorodý soubor činností, které jsou náplní práce logopeda. Jedná se o aktivity prováděné za určitými cíli, a to identifikovat, zmírnit, odstranit či překonat nebo předejít narušené komunikační schopnosti. Pro dosažení těchto cílů je logopedická intervence prováděna na třech úrovních, které se vzájemně prolínají (Lechta, 2005).

Lechta (2005) uvádí logopedickou prevenci, diagnostiku a terapii. Prevence může být primární, sekundární nebo terciární, přičemž primární prevence má za cíl předcházet vzniku narušené komunikační schopnosti. Sekundární prevence se zaměřuje na skupiny, kterým hrozí riziko vzniku určité poruchy. Konkrétně lze hovořit o prevenci poruch hlasu u zpěváků, herců. Terciární prevence má pak za cíl pracovat s jedinci, u kterých se již narušená komunikační schopnost vyskytuje, a co nejvíce pomoci těmto jedincům k plnohodnotnému začlenění do společnosti (Klenková, 2006).

Logopedická diagnostika sloužící ke stanovení diagnózy spočívá ve zjištění příčiny vzniku, stupně a druhu narušené komunikační schopnosti, a to včetně specifikace jejího průběhu a prognózy (Klenková, 2006). Lechta (2005) popisuje tři úrovně vyšetření logopedické diagnostiky. Prvním vyšetřením je vyšetření orientační, které zjišťuje, zda se u vyšetřované osoby vyskytuje narušená komunikační schopnost či ne. Druhou úroveň představuje vyšetření základní, díky němuž lze odhalit konkrétní druh narušené komunikační schopnosti. Ve třetí úrovni, kterou je speciální vyšetření, jde o co nejpřesnější identifikaci narušené komunikační schopnosti – příčiny, stupeň, následky. Pro co

nejpřesnější diagnostiku je vyžadováno komplexní vyšetření, které provádí tým lékařských i nelékařských odborníků (Klenková, 2006). Na diagnostiku dále navazuje terapie, ale mnohdy se tyto dvě oblasti mohou prolínat. Většinou jde o závažnější případy narušené komunikační schopnosti, kdy se diagnostika stává přesnější právě až v průběhu terapií (Lechta, 2005).

Logopedickou terapii Lechta (2005) rozděluje na stimulující, korigující a reedukující. Stimulující terapie slouží k terapii narušeného vývoje řeči, korigující terapie ke korigování vadných řečových funkcí (dyslalie) a reedukující terapie se využívá například u terapie afázie, kdy došlo ke ztrátě nebo určitému narušení v oblasti porozumění či produkce řeči.

„Logopedickou terapii v tak širokém smyslu lze charakterizovat jako specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami, ve specifické situaci záměrného učení“ (Lechta, 2005, str. 22).

3.3 Logopedická intervence u jedinců s ADHD

ADHD je jednou z nejčastějších diagnóz, která se objevuje mezi dětmi předškolního a školního věku. Mimo základních projevů způsobující jisté obtíže ve vývoji jedinců s ADHD, je třeba věnovat pozornost také ostatním přidruženým problémům (Theiner, 2012 online). Jedním z těchto problémů jsou již výše zmiňované poruchy či vady řeči, kterým však dle Lechty (2011) není věnována příliš velká pozornost, i přesto, že se souběh syndromu ADHD a poruch řeči objevuje ve většině případů a v pozdějším věku se negativně promítá do školních dovedností těchto jedinců. Munden, Arcelus (2002) a Heyer, online (1995) považují klinického logopeda za důležitého člena v týmu odborníků podílejících se na stanovení diagnózy syndromu ADHD, s čímž také souvisí nastavení včasné logopedické intervence.

U jedinců s ADHD lze pozorovat charakteristické projevy, které většinou negativně ovlivňují jejich pracovní výkony, proto bylo vytvořeno nemálo publikací, které se snaží učitelům, rodičům a jiným odborníkům poradit, jak nejlépe ovlivnit projevy ADHD a dosáhnout tak lepší spolupráce s daným dítětem/žákem (Jucovičová, Žáčková, 2010). Je tedy patrné, že průběh logopedické intervence u jedince s ADHD také pravděpodobně vyžaduje jistá specifika, která jsou alespoň okrajově popsána v několika publikacích.

Lechta (2011), Kutálková (1996) a Heyer, online (1995) se shodují na nutnosti úpravy prostředí, ve kterém bude logoped s jedincem s ADHD pracovat. Jde především o odstranění rušivých elementů, které by mohly jedince rozptylovat v průběhu terapie a snižovat tak jeho pozornost. Neméně důležité je navazování a udržování očního kontaktu, díky kterému se logoped může ujistit, že dítě/žák s ADHD je připraven přijímat informace, které mu chce sdělit (Lechta, 2011, Jucovičová, Žáčková, 2010, Laver-Bradbury, 2010, online). Stejně jako časté střídání činností během pobytu v mateřské či základní škole, je vhodné, aby aktivity pro rozvoj komunikace a zmírnění poruch řeči byly členěny na více úkolů různého typu (Kutálková, 1996, Jucovičová, Žáčková, 2007). Jelikož mají jedinci s ADHD obtíže nejen s chybnou artikulací hlásek, ale také například se sluchovým a zrakovým vnímáním, je nutné, aby jednotlivé činnosti rozvíjely co nejvíce smyslů současně a docházelo také k rozvoji všech narušených jazykových rovin (Kutálková, 1996).

Reifová (2007) doporučuje využití vizualizace pro lepší pochopení abstraktních pojmů, s čímž mívají jedinci s ADHD potíže. Zároveň považuje za nezbytnou spolupráci mezi logopedem a rodinou, která by se rozvoji komunikačních dovedností jedince s ADHD měla intenzivně věnovat i v domácím prostředí, stejně tak jako pedagogičtí pracovníci ve vzdělávacích institucích. Veškerá tato doporučení by měla být doplněna o pozitivní motivaci jedince s ADHD ze strany logopeda, která může zabránit kupříkladu podceňování či nedůvěře v sám sebe (Lechta, 2011).

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíle práce, metodologie

Hyperkinetickou poruchou neboli syndromem ADHD v kombinaci s poruchami a vadami řeči se nezabývá příliš mnoho publikací, což také potvrdila analýza vybrané odborné literatury, která byla využita ke zpracování teoretické části bakalářské práce. Pro zjištění určitých specifik v logopedické intervenci u jedinců s ADHD bylo **hlavním cílem** bakalářské práce popsat logopedické postupy u dětí a žáků s ADHD.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno metodou zúčastněného pozorování, které probíhalo vždy jedenkrát do měsíce v ambulanci klinické logopedie. Během pozorování byla věnována pozornost průběhu terapie jako celku, jednalo se o nestrukturované pozorování, tudíž byly zaznamenávány veškeré momenty probíhající terapie. Výzkumného šetření se zúčastnili celkem tři respondenti, jejichž návštěva logopedické ambulance byla pozorována celkem třikrát, vždy jednou za měsíc. Výzkumné šetření tak probíhalo od listopadu 2019 do března 2020.

Na základě pozorování, analýzy odborné literatury a dokumentů obsahující osobní a rodinnou anamnézu respondentů, a také analýzy dokumentů z jednotlivých vyšetření účastníků (pedagogicko-psychologická poradna, neurologie, foniatrie aj.) byly zpracovány případové studie.

Pro dosažení hlavního cíle práce byly vytyčeny dílčí cíle, které se zabývají projevy syndromu ADHD při průběhu logopedické terapie a rozvojem komunikačních dovedností u dětí a žáků s ADHD. K dosažení těchto cílů byly vytvořeny následující výzkumné otázky:

- „Jakým způsobem ovlivňují projevy syndromu ADHD průběh logopedické terapie?“
- „Které z jazykových rovin je třeba u dětí a žáků s ADHD nejvíce posilovat?“ – posouzení teoretických poznatků v praxi
- „Podpoří pracovní výkony dětí a žáků s ADHD využívání doporučených specifických přístupů k jedinci s ADHD v průběhu logopedické terapie?“

4.2 Charakteristika výzkumného souboru a místa šetření

Výzkumné šetření probíhalo v logopedické ambulanci sídlící v nemocnici. Je zde neutrální prostředí vhodné pro dětské i dospělé klienty. Veškeré pomůcky jsou umístěny v úložných prostorech, pouze logopedického zrcadla a jiných větších pomůcek je možné si všimnout ihned po vstupu do ordinace. Jedná se o zatím provizorní prostory, ve kterých se střídají lékař dětské neurologie a klinický logoped.

Výzkumný soubor tvořili celkem tři respondenti. Dívka předškolního věku a dva chlapci školního věku. Oba chlapci mají diagnózu ADHD, dívka má potvrzené projevy této diagnózy. Zúčastněné pozorování probíhalo jedenkrát měsíčně v ambulanci klinické logopedie přibližně dvacet až dvacet pět minut. Proběhla celkem tři pozorování u každého z respondentů, a to za přítomnosti dítěte/žáka, klinické logopedky a zákonného zástupce. Před zahájením výzkumu bylo autorce umožněno nahlédnutí do dokumentace zúčastněných pro doplnění potřebných údajů týkajících se prodělaných vyšetření, osobní a rodinné anamnézy.

	Věk	Diagnóza
Chlapec M.	12,7 let	Hyperkinetická porucha chování, expresivní porucha řeči, epilepsie, emoční poruchy.
Chlapec V.	7,8 let	Hyperkinetická porucha chování, opožděný vývoj řeči.
Dívka A.	5,6 let	Symptomy ADHD, expresivní porucha řeči, receptivní porucha řeči.

Tabulka 1 - výzkumný soubor

4.3 Vlastní výzkum

Případové studie

Případová studie č. 1

Chlapec M.

Věk: 12,7 let

Osobní anamnéza:

M. se narodil jako poslední ze tří sourozenců, přičemž porod proběhl bez komplikací. Jeho porodní hmotnost se pohybovala kolem čtyř kilogramů. Kojen byl do devátého měsíce. Fáze lezení nebyla vynechána a přibližně ve třinácti měsících byla nahrazena chůzí bez potřebné opory. První slova v podobě citoslovcí začal užívat kolem dvanáctého měsíce a ve čtyřech letech začal užívat krátké věty.

Po nástupu do mateřské školy, ve čtyřech letech věku, probíhala pomalejší adaptace na nové prostředí. Zpočátku si hrál sám, neprobíhaly interakce mezi ostatními dětmi. Celkově byl velice neklidný a mnohdy odmítal plnit pokyny pedagogů v mateřské škole. Na základě projevů chlapcova chování bylo rodičům doporučeno podstoupit s ním několik vyšetření. Viz níže.

Základní školu začal navštěvovat po ročním odkladu. Učivo zvládá s dopomocí asistenta pedagoga poměrně dobře. Jeho pobyt ve škole je však značně ovlivněn hyperkinetickou poruchou chování, jejíž projevy jsou již mírněny medikací. M. se tedy po dobu vyučování dokáže přiměřeně soustředit, avšak mnohdy během vyučování vyrušuje. Potřebná je dopomoc a dohled asistenta pedagoga, s nímž také chlapec během vyučování může relaxovat. Vše záleží na celkovém rozpoložení chlapce, jehož výkony jsou mimo jiné značně ovlivněny antiepileptiky, které způsobují únavu a mají vliv na chlapcovu celkovou koncentraci.

Přehled vyšetření:

Logopedie: V pěti letech byla u chlapce, na doporučení pediatra, zahájena logopedická intervence v soukromé ambulanci klinické logopedky z důvodu opoždění celkového řečového vývoje. Řeč byla celkově nesrozumitelná, narušena oblast produkce

řeči. Chlapcovo vyjadřování bylo pod úroveň jeho mentálního věku a veškeré projevy odpovídaly specifické vývojové poruše řeči a jazyka, přesněji expresivní poruše řeči F80.1 (MKN-10, online).

V péči soukromé logopedky byl M. přibližně pět let, nyní dochází již druhým rokem do ambulance klinické logopedie sídlící v nemocnici, kde probíhá intervence přibližně jednou měsíčně.

Foniatric: Přibližně v šestém roce bylo u chlapce na doporučení klinické logopedky provedeno foniatrické vyšetření pro doplnění komplexní diagnostiky, které u M. potvrdilo diagnózu expresivní poruchy řeči.

Speciálně pedagogické centrum: Pro narušenou komunikační schopnost a celkovou nezralost chlapce byl v jeho šesti letech uložen na základě vyšetření v SPC pro vady řeči odklad školní docházky. Před nástupem do běžné základní školy bylo dále doporučeno vzdělávání dle individuálně vzdělávacího plánu společně s využitím asistenta pedagoga z důvodu hyperkinetické poruchy chování a expresivní poruchy řeči. M. je v péči pracovníků ze speciálně pedagogického centra dodnes.

Neurologie: Již v dětství se u chlapce projevoval silný neklid, obtíže se soustředěním a občasné vzdorovité a impulzivní chování. Tyto symptomy se po nástupu do základní školy začaly stupňovat, proto M. podstoupil těsně před dovršením osmého roku věku neurologické vyšetření, které prokázalo typické projevy syndromu ADHD. Dále bylo, po řadě epileptických záchvatů, potvrzeno onemocnění epilepsií, pro které neurolog nastavil medikaci ke zmírnění záchvatů. Nyní chlapec užívá lék Sertralin, po kterém je však více unavený, nebo má naopak problémy s nočním spánkem.

Pedopsychiatrie: Pro stupňující se neklid, časté narušování hodin, ale také agresivní chování podstoupil M. v deseti letech psychiatrické vyšetření, které potvrdilo diagnózu hyperkinetické poruchy chování F90.1 (MKN-10, online). Pro zmírnění projevů užívá lék Strattera. Současně byla chlapci diagnostikována emoční porucha (přesný typ diagnózy autorce není znám) a smíšené poruchy školních dovedností, které jsou v úzkém spojení se všemi chlapcovými obtížemi.

Klinická psychologie: Na doporučení dětského psychiatra absolvoval chlapec ve svých deseti letech vyšetření odhalující projevy poruch autistického spektra v Nemocnici Motol. Screening však tento typ poruch nepotvrdil a další doporučené, podrobnější testy odhalující PAS, prováděné v Národním ústavu pro autismus, M. nepodstoupil.

Rodinná anamnéza:

M., nejmladší ze třech sourozenců, žije v domě společně s matkou (44 let) a dvěma dalšími sourozenci – setra (23 let), bratr (20 let). Otec (45 let) žije v jiném městě a s M. se stýká minimálně. Veškerou výchovu chlapce tedy zastává matka, která pomáhá chlapci se zvládnutím povinné školní docházky.

Matka ani otec nemají vadu řeči, stejně jako nejstarší ze sourozenců. Chlapcův starší bratr (20 let) v dětství navštěvoval klinického logopeda z důvodu vícečetné dyslalie. K obtížím s vadnou artikulací několika hlásek se po nástupu do základní školy přidružily specifické poruchy učení – dyslexie, dysgrafie a dysortografie.

Žádné jiné obtíže týkající se vad a poruch řeči, vývojových poruch či závažných onemocnění se v rodině doposud neobjevily.

Případová studie č. 2

Chlapec V.

Věk: 7,8 let

Osobní anamnéza:

V. se narodil jako prvorozený syn s porodní hmotností přibližně 3 700 gramů. Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Kojen byl do třetího měsíce. V chlapcově vývoji bylo vynecháno lezení, chůze bez opory byla matkou zaznamenána v třináctém měsíci. První slova a zároveň i věty začal V. užívat kolem třetího roku. Chlapec byl výrazně hypotonický a jeho psychomotorický i řečový vývoj byl celkově opožděn.

Již od narození je V. vůči svému biologickému věku poměrně většího vzrůstu, s čímž souvisely určité obtíže po nástupu do mateřské školy. I přesto, že se jevil jako velice neklidný, měl záchvaty vzteku a choval se agresivně vůči sám sobě, na ostatní děti nikdy neútočil se záměrem ublížit. Přicházely však situace, kdy pouhé jeho postrčení vedlo

k pádům či lehčím úrazům dětí, díky čemuž nebyl V. kolektivem příliš přijímaný. Celkově se jevil jako velice nesoustředěný, nerespektoval daný řád a autority, jak v mateřské škole, tak v domácím prostředí. Nadále přetrvávalo motorické opoždění, v řečovém projevu užíval krátké věty doplněné o vyluzování neartikulovaných zvuků.

Do základní školy nastoupil s ročním odkladem z důvodu celkové nezralosti. Hlavními obtížemi jsou především celkové motorické opoždění, opožděný vývoj řeči s nesprávnou artikulací mnoha hlásek, neklid, nesoustředěnost, impulzivní a občasné agresivní chování. V. je vzděláván dle individuálně vzdělávacího plánu zatím bez asistenta pedagoga. Během vyučování nedokáže sedět v lavici, často vstává, chodí po třídě a odmítá spolupracovat. Má velice nízké sebevědomí. Podceňuje se, je lítostivý, mnohdy užívá nadávky na vlastní osobu a má strach zkoušet nové věci z důvodu obav z neúspěchu, zvyšuje se také míra lhaní.

Přehled vyšetření:

Logopedie: U V. byla zahájena logopedická intervence ve čtyřech letech na doporučení pediatra. Řečový projev neodpovídal chlapcově věku. Vývoj řeči byl opožděný, V. užíval krátké věty a v souvislosti s výraznou hypotonií mluvních orgánů měl obtíže s artikulací. Na základě těchto projevů a vyloučení jiných obtíží byla klinickou logopedkou stanovena diagnóza R62.0 Opožděný vývoj řeči (MKN-10, online). Chlapec doposud dochází do ambulance klinické logopedie, a to jednou měsíčně.

Pedagogicko-psychologická poradna: Na základě vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně byl chlapci, v jeho šesti letech, uložen odklad školní docházky z důvodu školní nezralosti. Mimo opožděného vývoje řeči, podezření na ADHD a celkového psychomotorického opoždění bylo na základě výsledků psychologické diagnostiky v PPP uvedeno podezření na poruchy autistického spektra. V souvislosti s těmito závěry bylo doporučeno vyšetření na neurologii a pedopsychiatrii.

V. je sledován v pedagogicko-psychologické poradně dodnes z důvodu vzdělávání dle individuálně vzdělávacího plánu, na jehož tvorbě se PPP podílí.

Neurologie: Neurolog provedl z důvodu podezření na ADHD EEG vyšetření, které proběhlo pouze po krátký časový úsek z důvodu chlapcovy nespolupráce. I přesto však

byly u chlapce, v jeho sedmi letech, potvrzeny symptomy syndromu ADHD. Jelikož se chování s postupným věkem spíše zhoršuje, doporučil neurolog doplňující vyšetření u dětského psychiatra, který případně nastaví vhodnou medikaci.

Pedopsychiatrie: Chlapec podstoupil psychiatrické vyšetření ve svých necelých osmi letech, které potvrdilo hyperkinetickou poruchu chování F90.1 (MKN-10, online). Pro zmírnění projevů byla nastavena medikace lékem Ritalin, díky němuž se chlapcovo chování výrazně zlepšilo z hlediska zklidnění. V jednání je nyní nastavení medikace pro zmírnění projevů agrese.

Rodinná anamnéza:

V. se narodil jako prvorozený a dále již nemá žádné sourozence. Žije v domácnosti pouze se svou matkou (36 let). Otec (46 let) s rodinou nežije, ale o syna má, dle matky, zájem a pravidelně se s ním stýká o víkendech v intervalu jednou za dva týdny.

Výchova chlapce je tedy závislá především na matce, která se V. snaží co nejvíce věnovat a pracovat s obtížemi, které ho doprovází.

Co se týče obtíží týkajících se vad a poruch řeči, vývojových poruch či jiných onemocnění, nejsou v rodinném kruhu zaznamenány.

Případová studie č. 3

Dívka A.

Věk: 5,6 let

Osobní anamnéza:

Během těhotenství se u matky projevil gestační diabetes. Dívka se narodila jako první ze dvou sourozenců po vyvolávaném porodu. Její porodní hmotnost byla 3 780 gramů. Při hodnocení fyziologických funkcí dle Apgarové byl součet bodů nižší, než jsou hodnoty normy a dívka byla přibližně dva dny umístěna v inkubátoru. Kojena byla třináct měsíců. V pozdějším vývoji nevynechala fázi lezení a následně ji nahradila chůzí bez opory přibližně ve čtrnácti měsících. První slova se objevila přibližně ve dvou letech, poté však vývoj řeči příliš nepostupoval a tvoření krátkých vět bylo zpozorováno ve čtvrtém roce života. Již od raného věku se u A. objevovaly obtíže s udržení pozornosti.

Adaptace na prostředí v mateřské škole trvala déle, A. zpočátku nechtěla spolupracovat, což se ale postupem času zlepšilo. Co se týče začlenění se do kolektivu, upřednostňovala spíše menší počet dětí, což stále přetrvává. V případě, že má dívka kolem sebe velké množství dětí, většinou se straní. Udržení pozornosti je závislé na druhu činnosti, kterou dívka vykonává. Pokud se jedná o zajímavé činnosti, které má A. ráda, jako například malování, skládání puzzle nebo stavebnice Lego, dokáže se soustředit delší dobu.

Přehled vyšetření:

Logopedie: Logopedická intervence byla u dívky zahájena, na základě doporučení od pediatra, ve třech letech z důvodu opožděného řečového vývoje a celkově nesrozumitelného řečového projevu, který tvořilo přibližně dvacet slov. Dívka měla značné obtíže s porozuměním a pochopením sdělovaných informací, současně také s vlastním vyjadřováním. Na základě těchto projevů byla dívce diagnostikována specifická vývojová porucha jazyka a řeči – expresivní porucha řeči F80.1 a receptivní porucha řeči F80.2 (MKN-10, online), přičemž více je narušena složka receptivní. Dívka je v péči klinické logopedky, ke které dochází jednou měsíčně. Obě složky řeči – expresivní i receptivní byly logopedickou péčí značně posíleny.

Pedagogicko-psychologická poradna: Diagnostické vyšetření v PPP podstoupila dívka ve svých čtyřech letech na doporučení pedagogů z mateřské školy. Z výsledků vyšetření jsou patrné projevy smíšené vývojové dysfázie, projevy syndromu ADHD z důvodu poruch koncentrace pozornosti a zvýšeného neklidu a zároveň podezření na poruchy autistického spektra. Poradna A. doporučila vzdělávání dle individuálně vzdělávacího plánu, společně s využitím asistenta pedagoga, a také vyšetření v speciálně pedagogickém centru pro vady řeči, pro nastavení co nejvhodnějších opatření odpovídajících dívčím potřebám.

Speciálně pedagogické centrum: Výsledky testových baterií z SPC pro vady řeči se shodují s výsledky z pedagogicko-psychologické poradny, znovu se tedy u dívky potvrdily jasné projevy smíšené vývojové dysfázie společně se syndromem ADHD a mírnými projevy poruch autistického spektra. Z důvodu závažné poruchy řeči byla jako další

vzdělávací instituce doporučena Základní škola logopedická, do které dívka nastoupí pravděpodobně s ročním odkladem.

Foniatrie: Na doporučení klinického logopeda bylo A. provedeno doplňující foniatrické vyšetření, které proběhlo v jejích čtyřech letech. Byla potvrzena diagnóza vývojové dysfázie smíšené s převažujícími obtížemi ve složce receptivní.

Neurologie: Téměř v pěti letech se dívka podrobila vyšetření na neurologii, které potvrdilo projevy syndromu ADHD.

Klinická psychologie: Návštěva klinické psychologie proběhla v dívčiných pěti letech. Zpráva z vyšetření vylučuje podezření na poruchy autistického spektra. Autistické rysy v dívčině chování byly tedy pravděpodobně způsobeny obtížemi v rozumění a produkci řeči, které se s postupem věku zmírňují a dívka se více zapojuje do sociálních interakcí. Těžší forma smíšené vývojové dysfázie však potvrzena byla, stejně jako projevy poruchy pozornosti s (diskrétní) hyperaktivitou.

Rodinná anamnéza:

A. se narodila jako první ze dvou sourozenců. Žije v úplné rodině s matkou (39), otcem (40) a bratrem (3).

U matky se v dětství neobjevily žádné vady či poruchy řeči, vývojové poruchy nebo jiné obtíže. Otec je dyslektik. Dívčin mladší bratr vykazuje značné známky řečové poruchy, jelikož ve věku tří let zatím verbálně nekomunikuje. Před pár měsíci začala rodina spolupracovat s pracovníky z rané péče, která se věnuje oběma sourozencům.

A. má s rodiči dobré vztahy, spolupracuje jak s matkou, tak také s otcem. Mladšího bratra se snaží ochraňovat a pomáhat mu.

Vlastní pozorování

Chlapec M.

Chlapci byla diagnostikována expresivní porucha řeči – expresivní vývojová dysfázie. Řečový projev je obtížně srozumitelný, poměrně dlouho již přetrvávají obtíže s hláskami Č, Š, Ž, L, R a Ř. Všechny tyto hlásky již byly u chlapce vyvozovány, avšak stále se nedaří jejich úplná fixace. Tupé sykavky jsou zaměňovány za ostré, hlásku L chlapec

tvoří, ale musí se na svůj projev soustředit, stejně je tomu u hlásky Ř. Největší obtíže má chlapec s tvořením hlásky R, která se mu zatím nedaří vyvodit. Slovní zásoba je omezena, při tvorbě vět se někdy objevuje nesprávný slovosled, vynechání zvratných zájmen, zřídka špatné užití předložky. Celkově je velice upovídaný, spolupracuje podle nálady.

Vlastní pozorování č. 1 (listopad)

Chlapec přichází do ordinace v doprovodu své matky. Zdá se, že je v dobré náladě. Pro naladění se na práci s logopedem má chlapec za úkol hledat protiklady na podobných obrázcích, které má komentovat celou větou. Tento úkol je pro M. zjevně jednoduchý, proto ho s libostí dokončuje. S užitím celých vět nemá chlapec potíže, avšak někdy raději řekne „nevím“, než aby větu utvořil. Logopedka se snaží chlapce podpořit, aby nadále pokračoval a trvá na dokončení činnosti.

Zadáním druhého úkolu jsou Lotto obrázky pro procvičení hlásky L, kterou M. potřebuje dostatečně fixovat. Jeho úkolem je pojmenovat obrázky, které vidí, čímž tak trénuje hlásku L a zároveň rozvíjí slovní zásobu. Nyní se začínají projevovat první příznaky neklidu. Chlapce rozptyluje otvor pro průchod kabelů na pracovním stole, do kterého strká ruku a zároveň láhev s pitím, kterou matka nechala v chlapcově blízkosti. Protože M. chce mít úkol rychle za sebou, předměty na obrázcích se snaží pojmenovat co nejrychleji, aby mohl přejít k dalšímu úkolu.

Posledním úkolem je rozhýbání mluvidel, aby mohlo být zahájeno vyvozování hlásky R mechanickou metodou. V této chvíli se již M. začíná pokládat na stůl a odmítá spolupracovat. Sedí se zavřenýma očima, což by mohlo být pokládáno za určitý způsob relaxace. Po navrženém kompromisu logopedky, že „zadrnčí“ jazykem ještě pětkrát a půjde, se rozhodl úkol splnit, poté se však ihned zvedá a opouští ordinaci bez ohledu na matku, která vyslýchá informace od logopedky a sjednává další návštěvu.

Vlastní pozorování č. 2 (leden)

Chlapec opět přichází do ordinace se svou matkou. Již při příchodu si lze povšimnout, že je poněkud roztěkaný. Pro začátek je M. prvním úkolem práce s obrázky, které má popsat celými větami. Hlavní důraz je kladen na užívání zvratných zájmen, správných předložek a správnou skladbu vět. Již od prvního úkolu M. klepe do stolu, ale

úkol plní až do jeho konce. Klepání do stolu zřejmě podporuje jeho udržení koncentrace na zadaný úkol.

Před mechanickým vyvozováním hlásky R má chlapec pojmenovat obrázky, jejichž názvy obsahují tuto hlásku. Pro rozhýbání jazyka a trénink jeho správné polohy byla hlásky R ve slovech nahrazena substituční hláskou D. Jelikož je chlapci známo, že úkoly musí dokončit, i tentokrát se snažil splnit úkol co nejdříve a dělal zbytečné chyby.

Stejně jako při předchozí návštěvě, i dnes se logopedka snaží, aby chlapec drnkal jazykem za pomoci prstu a jazyk se tak lépe dostal do správné polohy. M. opět nechce spolupracovat, několikrát po sobě skočil logopedce do řeči zvoláním „nope“ a pokládal se na stůl. Po několika výzvěch a vidinou, že po splnění úkolu bude moci odejít, začíná chlapec na chvíli spolupracovat. Jelikož ale nedokáže pohyby prstu a jazyka správně zkoordinovat, správný zvuk se zatím nedaří vyvodit. Chlapec je z toho nervózní a začíná se projevovat různými výlevy, které se matka snaží krotit. M. však na matku nereaguje, začíná se po ní válet, a jelikož je velice nesoustředěný a projevuje se impulzivně, terapie je ukončena asi po patnácti minutách.

Vlastní pozorování č. 3 (únor)

Poslední pozorování bylo celkově nejkratší ze všech provedených pozorování. Již při vstupu chlapce a jeho matky do ordinace je patrné, že v M. vládne roztržitost. Po usednutí ihned sbírá ze stolu plastovou kostku, se kterou si začíná hrát. Pro začátek má za úkol obrázkové čtení na procvičení stále nezafixovaných hlásek Č, Š, Ž. Chlapec sám čte věty a následně má doplnit z výběru obrázků hodící se podstatné jméno, kterému má přiřadit správnou koncovku, což mu dělá potíže. Hlásky Č i Š již dokáže při pozornosti artikulovat správně, avšak Ž nahrazuje „DŽ“. V průběhu práce si neustále hraje s kostkou a po chvíli začne schválně chybovat i ve slovech, které předtím řekl správně. Logopedka trvá na dokončení úkolu, na což M. reaguje hlasitými výkřiky, střídavě tenkým a hrubým hlasem, doplněným o grimasy a chce ordinaci opustit.

Následně měl být opět zahájen mechanický způsob vyvozování hlásky R za pomoci jazyka a prstu, což však chlapec prováděl velice rychle a tudíž chybně. I přes motivaci, že

po splnění úkolu bude moci odejít z ordinace, chlapec odmítá spolupracovat, vrtí se na židli a přibližně po deseti minutách v ordinaci tento prostor opouští.

Chlapec V.

U chlapce je patrný opožděný vývoj řeči, který se postupnými návštěvami logopedické ambulance začal napravit. Celkově se jevil hypotonicky, s čímž souvisely obtíže s artikulací několika hlásek. T, D, N byly tvořeny nesprávným způsobem, K, G, CH nebyly tvořeny vůbec. Během logopedické intervence proběhlo vyvození těchto hlásek, spolu s tupými a ostrými sykavkami, které je třeba řádně zafixovat. Nyní probíhá také fixace písmena R a Ř. Řečový projev je již poměrně dobře srozumitelný, je však nutná oprava nezafixovaných hlásek a rozvoj slovní zásoby, která je slabší. Chlapec není příliš komunikativní, ale spolupracuje velmi dobře.

Vlastní pozorování č. 1 (listopad)

V. přichází do ordinace sám, matka čeká po dobu terapie v čekárně. Na začátek terapie je připravena hra – domino, které obsahuje obrázky, ve kterých převažuje hláska Ř. Chlapec se poměrně dobře soustředí, ale po pár minutách se začíná vrtět na židli. Úkol s několika opravami dokončil a začíná polehávat po stole. Vypadá unavený, ale neváhá se pustit do další činnosti, kterou je obrázkové čtení na procvičení hlásky C. Chlapec čte věty a doplňuje do nich vhodná slova. Se skladbou věty či skloňováním podstatným jmen nemá potíže.

Pro procvičení krátkodobé zrakové paměti má V. za úkol určit vždy jeden obrázek z původní řady několika obrázků, který chybí, s čímž také nemá problém. Začíná se však více vrtět, protahovat a logopedka ho ujišťuje, že již zbývá jen chvíle do konce jeho návštěvy.

V poslední části terapie dostává chlapec k procvičení tvorby vět a zároveň hlásky C rozdíly, které má odhalit a komentovat je celými větami. Při zjištění, že rozdílů má být celkem osm se začíná podceňovat se slovy: „To je moc těžké, to nezvládnou.“ I přesto však díky podpoře logopedky dobře spolupracuje, snaží se však být brzo hotov, aby již mohl ordinaci opustit. Po příchodu matky do ordinace, která vyslychala rady od logopedky pro domácí přípravu ji chlapec tahá a snaží se ji přimět k odchodu.

Vlastní pozorování č. 2 (leden)

Chlapec přichází do ordinace opět bez doprovodu. Na první pohled se projevuje klidně. Terapie je zahájena obrázky pro trénink hlásky Ř, na které navazuje obrázkové čtení a bludiště s hláskami, kde také dominuje hláska Ř.

Při přechodu k zadání nové práce, kterou je vyprávění pomocí obrázků s předměty a činnostmi obsahující především hlásku C, si začíná chlapec postupně podpírat hlavu, lehat si na stůl a snaží se, aby úkol splnil, jak nejrychleji to půjde. Logopedka však trvá ještě na procvičení hlásky S, a to pomocí Lotto obrázků, na což se již chlapec příliš nesoustředí, proto svolila k dokončení úkolu doma, pokud pojmenuje bezchybně aspoň pět obrázků.

Ještě, než matka vyslechne úkoly k procvičení na doma a oblasti, které je nutno u chlapce více posilovat, se V. obléká a odchází.

Vlastní pozorování č. 3 (únor)

Chlapec přichází do ordinace, matka čeká, jako obvykle, v čekárně před ordinací. V. usedá ke stolu, kde na něho čeká první aktivita, kterou je desková hra určená pro procvičení hlásek R a Ř. Současně trénuje také ostré sykavky, které artikuluje téměř bez obtíží, ale při jejich tvoření se musí opravdu soustředit. Po chvíli si začíná podpírat hlavu, ale dále pracuje a věnuje se tvoření celých vět podle obrázků sloužících k procvičení hlásky S.

Hláska Ř bude potřebovat pravděpodobně více pozornosti, proto se logopedka znovu věnuje správnému tvoření této hlásky samostatně, a poté ji zapojuje do slov. Chlapec je celkem dobře soustředěný, své končetiny má však neustále v pohybu. Rukama bere ze stolu kostku, která byla součástí deskové hry na začátku terapie a nohama se odsouvá od stolu.

Při plnění posledního úkolu se snaží být hotov co nejdříve, avšak díky tomu spíše chybuje, nevěří si a je zklamaný.

Dívka A.

Dívce byla diagnostikována smíšená porucha řeči – smíšená vývojová dysfázie. V produkci řeči má obtíže tvořit gramaticky správné věty, užívat správné předložky,

zvrtná zájmena a skloňovat podstatná jména. Slovní zásoba není příliš rozvinuta. Její řečový projev je obtížně srozumitelný, zároveň má dívka potíže v oblasti porozumění. Logopedická intervence je zaměřena především na rozvoj slovní zásoby, správnou tvorbu věty, sluchové a zrakové vnímání. Jeví se poměrně klidně, dobře spolupracuje, ale snadno se nechá od práce vyrušit.

Vlastní pozorování č. 1 (prosinec)

Dívka přichází do ordinace s matkou a mladším sourozencem. Vypadá dobře naladěna, avšak stydlivě, což je pravděpodobně důsledkem přítomnosti pozorovatelky, na kterou dívka není zvyklá. Její spolupráci to však nenarušilo a dívka se věnuje obrázkům, na kterých má pojmenovat různé činnosti a rozvíjet tak slovní zásobu. Po pojmenování každého obrázku se dívka otáčí k matce, aby se přesvědčila, že vše dělá správně a pokračuje dále.

Pro rozvoj zrakového vnímání se A. věnuje rozlišování obrázků v řadě, kde vždy jeden byl něčím odlišný. Dívce je vždy odkryt jeden řádek, se kterým právě pracuje, aby ji ostatní řádky nerozptylovaly. I takto se často otáčí za svým bratrem a nechá se snadno vyrušit.

Další částí terapie je trénink stavby věty pomocí vizualizace kostkami, což vede k lepšímu pochopení počtu a pořadí slov ve větě. Dívka působí poměrně klidně, až na občasné kopání nohama a otáčení se za slyšenými zvuky, které ji rozptylují a snižují její pozornost. Po dokončení poslední činnosti ihned odchází.

Vlastní pozorování č. 2 (leden)

A. přichází opět se svou matkou a mladším bratrem. Jako první úkol dostává kartičky, na kterých jsou dvojice obrázků s drobnými rozdíly vztahující se k užívání protikladných přídavných jmen (smutný kluk x veselá dívka). Hledání dvojic obrázků trvalo déle, ale přídavná jména A. užívá většinou správně. Z důvodů zhoršeného porozumění však odpověděla několikrát na obtížnější otázky typu: „Je velký nebo malý?“, zcela jiným přívlastkem.

Další činností, kterou je třeba u dívky trénovat je tvoření věty, dnes za pomoci vytleskávání, aby si A. lépe uvědomila slova ve větě. Je vidět, že vytleskávání dívku baví,

občas však došlo k užití nesprávného slovesa, a věta tak nedávala smysl. Logopedka ji však povzbuzuje a oceňuje dívčinu velkou snahu. Předchozí úkoly byly pravděpodobně náročnější a dívka začíná ztrácet koncentraci. Vstává ze židle, sleduje věci okolo sebe. Zaměřuje se na zvuky zvenčí, které odvádí její pozornost od práce. Z tohoto důvodu je terapie ukončena.

Vlastní pozorování č. 3

Poslední ze třech pozorování bohužel nemohlo být provedeno z důvodu dívčiny nemoci a následného uzavření, později omezení provozu ambulance klinické logopedie.

4.4 Závěry výzkumného šetření

Pro dosažení hlavního cíle bakalářské práce, jímž bylo popsání logopedických postupů u dětí a žáků s ADHD byly stanoveny doplňující výzkumné otázky. Na základě analýzy záznamů z provedených pozorování jsou níže představeny výsledné informace výzkumného šetření vycházející z případových studií a pozorování vybraných účastníků. Vzhledem k nevelkému počtu respondentů není možné výsledné odpovědi zobecňovat.

Výzkumná otázka č. 1: „Jakým způsobem ovlivňují projevy syndromu ADHD průběh logopedické terapie?“

U vybraných respondentů nejvíce znesnadňovala průběh terapie charakteristická triáda projevů syndromu ADHD – porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. U všech pozorovaných bylo možné sledovat **snadné rozptýlení okolím**. Zvuky zvenčí, kterým věnovali pozornost během své práce, přítomnost mladšího sourozence v ordinaci či rozptýlení okolními předměty snadno dívku i oba chlapce vyrušily, protože tyto **rušivé elementy nedokáží vytěsnit**. Svou pozornost tak přenášeli na několik podnětů současně, díky čemuž se snadněji **unavili** nebo **více chybovali**. Častější výskyt chyb byl také mnohdy způsoben **uspěchaností**, a to především v případě chlapců. Ve všech případech byl viditelný **zvýšený neklid** v podobě klepání do stolu, kopání do nohou židli nebo vrtění se na židli, které se střídaly s chvilkovými relaxacemi, kdy si respondenti nejčastěji lehali na stůl či si podpírali hlavu. K **odmítání spolupráce** z důvodu neklidu a impulzivního chování došlo pouze u chlapce M., což vedlo k **předčasnému ukončení terapie**. I u dívky byla terapie v jednom případě ukončena dříve kvůli výrazně snížené pozornosti. Délka

terapie vždy záležela na rozpoložení respondentů. Šlo tedy spíše o zhodnocení aktuálních komunikačních schopností a následné doporučení a rady pro rodiče, jak s potomky pracovat v domácím prostředí.

Výzkumná otázka č. 2: „Které z jazykových rovin je třeba u dětí a žáků s ADHD nejvíce posilovat?“ – posouzení teoretických poznatků v praxi

Dle literatury věnující se syndromu ADHD a k němu přidruženým poruchám jazyka a řeči je možné říci, že největší obtíže se u jedinců s ADHD objevují v rovině lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické a pragmatické. Některé publikace zmiňují také rovinu morfologicko-syntaktickou. Výsledky plynoucí z výzkumného šetření potvrzují značné narušení právě v rovinách foneticko-fonologické a lexikálně-sémantické, které je nezbytné u všech respondentů posilovat. Nejvíce si lze povšimnout narušení v oblasti artikulace, a to u všech pozorovaných. U dívky a chlapce M. je třeba posilovat také sluchovou percepci, která je oslabena. Značné omezení lze pozorovat v případě slovní zásoby, díky čemuž jsou řečové projevy všech respondentů chudší. Nejde však o posílení lexikálně-sémantické roviny jen v oblasti rozvoje slovní zásoby, ale také o posílení celkového využívání řeči ke sdělování a příjmu informací, ať slovních či psaných, a jejich chápání. Dívka A. a chlapec V. se příliš do sociálních interakcí nepouštěli, chlapec M. naopak skákal logopedce do řeči a často odbíhal od tématu. Rozvíjení pragmatické roviny bude pravděpodobně také nezbytné, avšak z důvodu přítomnosti pozorovatelky se mohly projevy respondentů v ambulanci lišit od projevů v přirozeném prostředí, proto nebylo snadné tuto rovinu posoudit. Po gramatické stránce řeči se bylo možné setkat s potížemi ve správné stavbě věty, užívání správných předložek či skloňování, a to u dívky A. a chlapce M. Tyto nedostatky však byly hodnoceny spíše jako důsledek vývojové dysfázie, protože chlapec V. neměl s gramatickými pravidly obtíže. Vzhledem k častému výskytu specifických poruch učení u jedinců s ADHD je nezbytné rozvíjet u všech respondentů všechny čtyři jazykové roviny, zvláště u dívky a chlapce M., u kterých byl potvrzen specificky narušený vývoj jazyka a řeči. Při posouzení nejvíce narušených oblastí, které bylo možné pozorovat u všech respondentů bez ohledu na druh narušené komunikační schopnosti je možné potvrdit, že nejvíce potřebný je rozvoj roviny **foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické**, a při zohlednění využívání komunikace pozorovaných během logopedické

terapie, v přítomnosti pozorovatelky, také roviny **pragmatické**.

Výzkumná otázka č. 3: „Podporí pracovní výkony dětí a žáků s ADHD využívání doporučených specifických přístupů k jedinci s ADHD v průběhu logopedické terapie?“

Při sledování průběhu logopedické terapie bylo možné zaznamenat, že jistá specifika v přístupu k pozorovaným jejich práci v průběhu logopedické terapie rozhodně podporují. Hlavním činitelem, který pozitivně ovlivňoval průběh terapií byl **přátelský vztah** mezi respondenty a logopedkou, díky čemuž bylo v ordinaci vytvořeno **klidné prostředí**. Spolupráci pozorovaných jednotlivců také ovlivňovala **motivace** a **pochvaly** ze strany logopedky, a to především v případě chlapce V., který se mnohdy podceňoval a tvrdil, že úkol nezvládne. Pro lepší komunikaci s dívkou i oběma chlapci byl kladen důraz na **oční kontakt**, který zajistil úplné soustředění při zadávání instrukcí a zároveň jejich lepší zpracování. Během průběhu terapie však udržování očního kontaktu ze strany pozorovaných vázlo. Z důvodu neklidu a postupného snižování pozornosti byla velice důležitá **důslednost** a trvání na **dokončení úkolů**, což se dívka i chlapci snažili respektovat. Logopedka ve většině případů vedla terapii s **využitím her**, které střídala s pracovními listy a během chvíle tak **rozvíjela více oblastí současně**. Oba chlapci i dívka během návštěvy ordinace vyhledávali předměty, které by mohli vzít do ruky, kopali do stolu či se vrtěli na židli, proto jim byl pro uvolnění **umožněn pohyb**, kdy si mohli jít např. umýt ruce, vyhodit kapesník do koše či v případě chlapce V. dojít pro svou matku do čekárny a trochu se tak uvolnit.

4.5 Doporučení pro praxi

Logopedická intervence je nezbytnou součástí v rozvoji dětí a žáků s ADHD. Práce s nimi je však znesnadňována projevy této poruchy a vyžaduje jistá opatření, která mohou negativní vlivy syndromu ADHD alespoň trochu zmírnit. Nejdůležitější je osobnost klinického logopeda, který by měl respektovat projevy této poruchy a dle individuálních projevů nastavit průběh logopedické intervence a především terapie. Ta by měla být co nejvíce rozvíjející, doplněna o motivaci a podporu. Pro eliminaci rušivých podnětů by měla být v ambulanci zavřená okna, zatažené žaluzie a pokud by to bylo možné, tak také odhlučněné dveře. Pracovní plocha by měla obsahovat pouze hry či listy, se kterými daný

jedinec pracuje, aby nepřenašel zbytečně svou pozornost a neunavil se. Jelikož je možné setkat se u mnoha dětí a žáků s ADHD se zbrklým pracovním tempem, mohlo by pomoci ujištění, že nikam nemusí spěchat a vyhne se tak zbytečným chybám. Délka úkolů by však měla odpovídat době, po kterou se tito jedinci dokáží přiměřeně soustředit, aby zvládli svou práci dokončit, případně započít úkol jiný, a poté se vrátit k přechozímu a ten následně dokončit. Vhodné by bylo zařazení oddechových chviliek, což ale vzhledem k délce terapií pravděpodobně není možné, avšak přispět ke zklidnění by mohla například dechová cvičení.

Závěr

Bakalářská práce zabývající se logopedickou intervencí u dětí a žáků s ADHD shrnuje poznatky z oblasti specifických poruch chování, logopedické intervence a zvláštností, které logopedickou intervencí u jedinců se specifickými poruchami chování, přesněji se syndromem ADHD, ovlivňují. Propojení těchto dvou oblastí v praxi se stalo předmětem výzkumného šetření, které je popsáno v praktické části práce.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola popisuje hyperkinetickou poruchu, její příčiny vzniku a doporučené přístupy k jedincům s touto poruchou ve výchovně-vzdělávacím procesu. Druhá kapitola je zaměřena na typické projevy ADHD v různých věkových obdobích a na ovlivnění vývoje jazyka a řeči zmíněným syndromem. Stadia ontogeneze řeči, logopedická intervence a možnosti logopedické intervence u jedinců s ADHD jsou obsaženy v kapitole třetí.

Praktická, empirická část práce představuje vlastní výzkumné šetření, kterého se zúčastnila dívka předškolního věku a dva chlapci školního věku. Informace o výzkumném souboru obsahující osobní, zdravotní a rodinnou anamnézu jsou obsaženy v případových studiích, které byly podkladem pro další metodu sběru dat. Jednalo se o zúčastněné pozorování vybraných respondentů při průběhu logopedické terapie u klinického logopeda. Jednotlivá pozorování jsou v této části práce detailně popsána.

Hlavním cílem práce bylo popsat logopedické postupy u dětí a žáků s ADHD, které byly detailněji zaměřeny na rozvoj jazykových rovin u těchto klientů, ovlivnění pracovních výkonů využitím specifických přístupů k dětem a žákům s ADHD a celkové ovlivnění logopedické terapie hyperkinetickou poruchou. Hlavního cíle bylo dosaženo a výsledky jsou shrnuty v předposlední kapitole empirické části práce.

Jelikož se diagnóza hyperkinetické poruchy v dnešní době objevuje mezi dětmi a žáky ve stále větším množství, je velmi pravděpodobné, že bude přibývat i klientů s ADHD v logopedických ambulancích. Práce umožňuje vhled do této problematiky, která by mohla být v budoucnu námětem k vytvoření publikace, jež se bude právě souběhem neurovývojové poruchy ADHD a narušené komunikační schopnosti zabývat detailněji.

Seznam použitých informačních zdrojů

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.

ČERNÁ, Marie, Jaroslav ŠTUMA, Olga ZELINKOVÁ, Pavel STRNAD a Zdeněk ŽLAB. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha, 1999. ISBN 80-7184-880-8.

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě: vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. Praha, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.

GAVENDOVÁ, Nora. *Korekční program pro děti s ADHD: Rozvoj kompetencí učitelů související s reformou CZ.1.07/1.3.05/11.0006* [online]. Opava, 2011 [cit. 2020-03-05]. ISBN 978-80-7248-647-2.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha, 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.

HEYER, Judith L. *RESPONSIBILITIES OF SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGISTS TOWARD CHILDREN WITH ADHD. SEMINARS IN SPEECH AND LANGUAGE* [online]. 1995 [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8574916>

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?: metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha, 2007. ISBN 978-80-903869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.

KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha, 1996. ISBN 80-7178-115-0.

LAVÉR-BRADBURY, Keith. *Step by Step Help for Children with ADHD : A Self-Help Manual for Parents* [online]. Philadelphia, 2010 [cit. 2020-03-13]. ISBN 978-08-5700-235-8. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzM1Mjg3N19fQU41?sid=b4726ccd-e171-4980-8e26-736eea8ed5b8@sessionmgr103&vid=0&format=EB&rid=1>

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium*. Bratislava, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie: specifické poruchy čtení*. Jinočany, 1993. ISBN 80-85467-56-9.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018[online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2020-03-03]. ISBN ISBN:978-80-7472-168-7.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: [přehled současných poznatků a přístupu pro rodiče a odborníky]*. Praha, 2002. ISBN 80-717-8625-X.

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PTÁČEK, Radek a Hana PTÁČKOVÁ. *ADHD – variabilita v dětství a dospělosti*. Praha, 2018. ISBN 978-80-246-2930-8.

- PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.
- RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha, 2010. ISBN 978-80-7367-728-2.
- SKRODZKI, Klaus. *ADHS and mental disabilities Is Snoezelen a therapy option?*
In: *DOCPLAYER* [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1815827-Adhd-a-mentalni-postizeni-je-snoezelen-terapeutickou-moznosti.html>
- SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. Praha, 1978.
- ŠKRDLÍKOVÁ, Petra. *Hyperaktivní předškoláci: výchova a vzdělávání dětí s ADHD*. Praha, 2015. ISBN 978-80-262-0928-7.
- THEINER, Pavel. *ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatrie pro praxi*[online]. 2012 [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>
- TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
- TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
- TŘESOHLAVÁ, Zdeňka. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku*. Praha, 1986.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha, 1995.

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas (chlapec M.)

Příloha 2 – Informovaný souhlas (chlapec V.)

Příloha 3 – Informovaný souhlas (dívka A.)

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Výzkumný soubor

Příloha 1 – Informovaný souhlas (chlapec M.)

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název projektu: Logopedická intervence u dětí a žáků s ADHD

Řešitel projektu: Petra Humlová

Název pracoviště: Katedra speciální pedagogiky Univerzity Karlovy v Praze

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

Popis výzkumu: Cílem práce je popsat průběh logopedické intervence u dětí a žáků s ADHD, které navštěvují ambulanci klinické logopedie v H¹, a to formou pozorování klientů při návštěvě této ambulance.

S Vaším souhlasem bude pozorování doplněno o informace týkající se rodinné a osobní anamnézy Vaší dcery/Vašeho syna, přičemž veškeré záznamy nebudou sdíleny nikým jiným než studentem a vedoucím práce a po dokončení práce budou znehodnoceny. Získané informace uvedené v bakalářské práci budou vždy užity anonymně, včetně užití pseudonymů. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama/sám chtít. Vždy můžete od výzkumného šetření odstoupit.

27. 11. 2019 Petra Humlová
.....
datum a podpis řešitele projektu

¹ Všeobecnou deklaraci lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu, a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu, a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas, resp. mého dítěte, kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení účastníka: M. Datum narození: 2007

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka:

Jméno a příjmení zákonného zástupce: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště zákonného zástupce:

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi: MATKA

Podpis zákonného zástupce: M.

Příloha 2 – Informovaný souhlas (chlapec V.)

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název projektu: Logopedická intervence u dětí a žáků s ADHD

Řešitel projektu: Petra Humlová

Název pracoviště: Katedra speciální pedagogiky Univerzity Karlovy v Praze
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Popis výzkumu: Cílem práce je popsat průběh logopedické intervence u dětí a žáků s ADHD, které navštěvují ambulanci klinické logopedie v H , a to formou pozorování klientů při návštěvě této ambulance.

S Vaším souhlasem bude pozorování doplněno o informace týkající se rodinné a osobní anamnézy Vaší dcery/Vašeho syna, přičemž veškeré záznamy nebudou sdíleny nikým jiným než studentem a vedoucím práce a po dokončení práce budou znehodnoceny. Získané informace uvedené v bakalářské práci budou vždy užity anonymně, včetně užití pseudonymů. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama/sám chtít. Vždy můžete od výzkumného šetření odstoupit.

27. 11. 2019 Petra Humlová
.....
datum a podpis řešitele projektu

¹ Všeobecnou deklaraci lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu, a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu, a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas, resp. mého dítěte, kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení účastníka: *V. ...* Datum narození: *2012*

Adresa trvalého bydliště účastníka: *...*

Podpis účastníka: *...*

Jméno a příjmení zákonného zástupce: *...* Datum narození: *...*

Adresa trvalého bydliště zákonného zástupce: *...*

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi: *MATKA*

Podpis zákonného zástupce: *...*

Příloha 3 – Informovaný souhlas (dívka A.)

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název projektu: Logopedická intervence u dětí a žáků s ADHD

Řešitel projektu: Petra Humlová,

Název pracoviště: Katedra speciální pedagogiky Univerzity Karlovy v Praze

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

Popis výzkumu: Cílem práce je popsat průběh logopedické intervence u dětí a žáků s ADHD, které navštěvují ambulanci klinické logopedie v H , a to formou pozorování klientů při návštěvě této ambulance.

S Vaším souhlasem bude pozorování doplněno o informace týkající se rodinné a osobní anamnézy Vaší dcery/Vašeho syna, přičemž veškeré záznamy nebudou sdíleny nikým jiným než studentem a vedoucím práce a po dokončení práce budou znehodnoceny. Získané informace uvedené v bakalářské práci budou vždy užity anonymně, včetně užití pseudonymů. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama/sám chtít. Vždy můžete od výzkumného šetření odstoupit.

12. 12. 2019 Humlová

.....
datum a podpis řešitele projektu

¹ Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu, a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu, a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas, resp. mého dítěte, kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení účastníka: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka:

Jméno a příjmení zákonného zástupce: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště zákonného zástupce:

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi: MATKA

Podpis zákonného zástupce: 