

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Efektivní logopedické poradenství při terapii vývojové dysfázie a jeho
využití napříč obory

Effective speech therapy counseling in the treatment of developmental
dysphasia and its use across disciplines

Bc. Eva Veverková


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

Studijní program: Logopedie (N0915A190002)

Studijní obor: N LOGO (0915TA190002)

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Efektivní logopedické poradenství při terapii vývojové dysfázie a jeho využití napříč obory* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí 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 30. 3. 2022


.....

Bc. Veverková Eva

Poděkování

Při této příležitosti bych srdečně poděkovala paní docentce Klenkové za profesionální a vlídné vedení této diplomové práce. Veliké poděkování rovněž patří paní doktorce Hnízdové, jež mi svým cílevědomým, laskavým a upřímným přístupem pomohla v mém profesním rozvoji. V neposlední řadě mnohokrát děkuji jejím drahým pacientům za společně strávený čas, ochotu a upřímný zájem se mnou spolupracovat. Jen díky Vám mohla vzniknout tato práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na vhodný způsob vedení logopedického poradenství u klientů s vývojovou dysfázií a jejich rodiny. Zároveň se snaží o předání těchto základů mezi vybrané obory, a to otorinolaryngologii, foniatrii a psychologii. Teoretická část je zpracována formou literární rešerše a zabývá se rodinou, jež zajišťuje v poradenském procesu významného účastníka. Dále nabízí vhled do problematiky vývojové dysfázie, její etiologie, symptomatologie, diagnostiky a terapie. V neposlední řadě představuje východiska a metody vedení poradenského procesu, určuje základní předpoklady poradce, vymezuje hlavní zásady při práci s dětmi s vývojovou dysfázií a nabízí přehled poradenských zařízení a institucí. Výzkum má charakter smíšeného designu, tedy kombinace kvalitativní a kvantitativní metody, a probíhá ve dvou rovinách. První je kvantitativní část, jež je realizována formou dotazníkového šetření, která hodnotí průběh vyšetření u vybraných odborníků a míru informovanosti o diagnóze dítěte z pohledu rodičů. Kvalitativní část obsahuje rozhovory s foniatrem a psychologem o vhodných způsobech sdělování informací rodině k rozvoji svého dítěte. Výsledkem je odborná brožura pro rodiče, která nabízí základní přehled jak efektivně s dítětem pracovat. Cílem je zjistit, jak velké povědomí mají rodiče o specifických obtížích svého dítěte a zda jsou dostatečně informováni o možnostech rozvoje.

Práce primárně může sloužit jako inspirace logopedům a odborníkům, kteří pracují s rodinami dětí s vývojovou dysfázií, především pak pro foniatry a klinické psychology. Rovněž pomůže nalézt odpovědi rodinám, kterým byla v poslední době stanovena diagnóza. Může také představovat východisko pro další studie vědeckého charakteru se stejnou problematikou.

KLÍČOVÁ SLOVA

poradenství, logopedická terapie, vývojová dysfázie, narušená komunikační schopnost, rodinná spolupráce

ABSTRACT

The diploma thesis focuses on a suitable way of conducting speech therapy counseling for clients with developmental dysphasia and their families. At the same time, it seeks to transfer these foundations between selected disciplines, namely otorhinolaryngology, phoniatrics and psychology. The theoretical part is processed in the form of a literature search and deals with the family, which provides a significant participant in the counseling process. It also offers insight into the issues of developmental dysphasia, its etiology, symptomatology, diagnosis and therapy. Last but not least, it presents the starting points and methods of the counseling process, determines the basic preconditions of the counselor, defines the main principles in working with children with developmental dysphasia and offers an overview of counseling facilities and institutions. The research has the character of a mixed design, ie a combination of qualitative and quantitative methods, and takes place on two levels. The first is the quantitative part, which is carried out in the form of a questionnaire survey, which evaluates the course of the examination of selected experts and the level of awareness of the child's diagnosis from the parents' point of view. The qualitative part contains interviews with a phoniatrician and a psychologist about suitable ways of communicating information to the family for the development of their child. The result is a professional brochure for parents, which offers a basic overview of how to work effectively with the child. The aim is to find out how well parents are aware of their child's specific difficulties and whether they are sufficiently informed about development opportunities.

The work can primarily serve as inspiration for speech therapists and professionals who work with families of children with developmental dysphasia, especially for phoniatricians and clinical psychologists. It will also help find answers for families who have recently been diagnosed. It can also be a starting point for further studies of a scientific nature with the same issues.

KEYWORDS

counseling, speech therapy, developmental dysphasia, impaired communication ability, family cooperation

Obsah

Úvod.....	8
1. Rodina jako důležitý účastník logopedické intervence	9
1.1. Typy rodiny	10
1.2. Česká rodina v současnosti	11
1.3. Vztah rodiny k postižení jejich dítěte	12
1.4. Zapojení rodiny do terapeutického procesu	13
2. Neurovývojová porucha komunikace – vývojová dysfázie	16
2.1. Definice pojmu a vymezení v konceptu neurovývojových poruch	18
2.2. Souhrn etiologických faktorů	19
2.3. Klinický obraz v průběhu života jedince a symptomatologie	20
2.3.1. Narušené oblasti vývoje	21
2.3.2. Vývojová dysfázie napříč etapami vývoje jedince.....	21
2.4. Diagnostika a terapie	24
3. Poradenství jako cesta k lepšímu porozumění a jeho mezioborové propojení	27
3.1. Východiska a metody vedení poradenského procesu	28
3.1.1. Obecné principy a metody	29
3.1.2. Zásady a specifika vedení poradenského procesu.....	30
3.1.3. Kodex poradce	32
3.1.4. Metody	32
3.1.5. Cíle a vymezení základních poradenských otázek.....	34
3.2. Osobnostní předpoklady poradce	35
3.2.1. Etické zásady poradce	36
3.3. Hlavní zásady při práci s dětmi s vývojovou dysfázií	37
3.3.1. Nepřiměřené reakce	37
3.3.2. Zásady v terapii.....	38
3.3.3. Doporučené postupy k rozvoji klíčových oblastí.....	39
3.4. Poradenská zařízení a instituce.....	41
3.5. Spolupráce s lékařskými obory u jedinců s vývojovou dysfázií.....	44

3.5.1.	ORL a foniatrie	44
3.5.2.	Psychologie	44
4.	Praktická část	46
4.1.	Cíle výzkumu, metodologie	47
4.2.	Kvantitativní výzkum	48
4.2.1.	Dotazníkové šetření	49
4.2.2.	Shrnutí výsledků	62
4.3.	Kvalitativní výzkum	64
4.3.1.	Rozhovor s foniatrem	65
4.3.2.	Rozhovor s klinickým psychologem	67
4.3.3.	Hodnocení kvalitativních výsledků	69
4.4.	Informační brožura pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií	71
4.5.	Diskuze a doporučení pro praxi	72
	Závěr	73
	Seznam použitých informačních zdrojů	74
	Seznam grafů	79
	Seznam příloh	80

Úvod

O vývojové dysfázii bylo již napsáno mnohé. Odborná společnost disponuje řadou vědeckých studií o této diagnóze a jejích vybraných symptomech. Přesto do současné doby lze pozorovat velmi malé povědomí společnosti laické. Při položení otázky, co si pod daným pojmem veřejnost představuje, lze zjistit, že znalosti o syndromu vývojové dysfázie jsou u běžné populace nedostačující. V případě sdělení diagnózy rodině dítěte často dochází ke zkreslení představ a obavám o budoucnost. Velmi často získávají neadekvátní pohled na diagnózu vlivem posuzování a sledování druhých dětí s touto diagnózou, ať už přes internet či osobní přítomností. Je však na místě zdůraznit, že každé dítě (nejen) s vývojovou dysfázií je jiné a celkový obraz závisí na hloubce a typu postižení. Rodiče k tomuto poznání a seznámením se s diagnózou potřebují velmi často odbornou radu či pomoc. Z tohoto důvodu se autorka této práce zaměřila na vhodný způsob vedení logopedického poradenství u klientů s vývojovou dysfázií a jejich rodinami. Vzhledem ke skutečnosti, že u vývojové dysfázie jde o narušení hloubkových struktur jazyka, jakožto lingvistického systému, je třeba využít u diagnostiky multidisciplinární spolupráce. V optimálním případě by spolupráce měla probíhat s foniatrem a klinickým psychologem. Je proto žádoucí snaha o předání jistých základů mezi tyto obory.

Diplomová práce je rozčleněna na 4 kapitoly. První tři představují teoretickou část, čtvrtá poté praktický výzkum. V rámci první kapitoly je čtenáři stručně představen pohled na rodinu, jakožto důležitého a velmi významného účastníka logopedických intervencí. Seznamuje s konkrétními typy rodin, jak vypadá tradiční rodina 21. století, co se odehrává v rodinném prostředí po zjištění postižení jejich dítěte a jak efektivně zapojit rodinu do terapeutického procesu. Druhá kapitola představuje samotný pojem vývojová dysfázie a to nejen z hlediska terminologie, ale především po stránce symptomatické a etiologické. Popisuje měnící se klinický obraz jedince během jeho fyzického i psychického vývoje a popisuje specifika diagnostiky a terapií u této diagnózy. Ve třetí kapitole je podrobně rozebrán pohled na poradenství a jeho propojení napříč vybranými obory. Představuje metody a principy obecně užívané v poradenském procesu, dále se zaměřuje na osobnostní předpoklady poradce, popisuje hlavní zásady práce s klientem s vývojovou dysfázií a na závěr stručně shrnuje veškeré poradenské instituce.

Empirická část probíhá ve dvou částech pomocí metody smíšeného designu, tedy s využitím kvantitativní i kvalitativní metody. Kvantitativní výzkum je realizován dotazníkovým šetřením, které si klade za cíl zjistit míru informovanosti rodičů o diagnóze svého dítěte. Kvalitativní část nabízí dva rozhovory vedené s odborníky z řad foniatry a klinické psychologie o způsobech sdělování informací rodinám. Výsledkem práce je informační brožura pro rodiče se základními informacemi o diagnóze vývojové dysfázie.

1. Rodina jako důležitý účastník logopedické intervence

Rodina zaujímá ve společnosti zvláštní postavení a zaštiťuje mnoho funkcí, ať už z hlediska sociální či legislativní normy. V rodině lze naplnit její členy pocity bezpečí, lásky a porozumění. Ačkoli se u jiných autorů lze setkat s různými počty funkcí rodiny, nejčastěji jsou uváděny následující:

- **Biologicko-reprodukční** - význam této funkce je zcela zásadní, a to udržet život početím a narozením lidského jedince. Tato funkce může být uplatněna i mimo rodinu, nicméně v rodinném prostředí nabývá plnohodnotného významu a vytváří podmínky pro uplatnění dalších funkcí. Její smysl je nutno odlišit od pouhých sexuálních aktivit. Společnost i rodina potřebují stabilní reprodukční základnu. V současné době však dochází k celkovému úbytku narození dětí, oddalování mateřství žen, díky čemuž je význam této funkce více vyzdvihován, než v minulosti (Dunovský, 1999; Malina, 2009).
- **Socializačně-výchovná funkce** - dává členům základ pro výchovné modely, vzorce chování akceptované danou společností a naplňování rolí otce a matky. Díky rodině dochází k přípravě na následné začlenění do společnosti. K rozvoji této funkce přispívá škola jakožto výchovně-vzdělávací instituce, na kterou pak navazují další (například kroužky, vzdělávací instituce atd.). Funkce je často doplněna o složku ochrannou, tedy zajištění ochrany dětí před sociálně-patologickými jevy. Rodina podporuje osobnostní rozvoj jejích členů motivací, vymezením hranic, kladením cílů a připravuje je na dospělý "pracovní" život, nejlépe v partnerském duchu vedený na demokratickém diskusním přístupu (Matoušek, 1997).
- **Ochranná, zaopatřovací a pečovatelská** - zahrnuje skutečný zájem o členy rodiny. U dítěte jde o jeho výchovu a komplexní osobnostní rozvoj s ohledem na jeho fyzický a psychický stav. Dochází při ní k uspokojování základních životních potřeb a jejím cílem je zvolit nevhodnější výchovnou strategii s cílem co nejlepší průpravy do života (Havinger, Havigerová, Loudová, 2014; Dunovský, 1999).
- **Emocionální** – Malina (2009) prezentuje tuto složku navozením pocitu stability, bezpečí, jistoty v hlubokých a dlouhodobých citových vazbách k jednotlivým členům rodiny.
- **Ekonomická** - zabývá se finanční zabezpečeností rodiny, tedy o uspokojení základních potřeb, zajištění bydlení, oblečení, stravování a další práce spojené s vedením domácnosti jako například úklid, opravy atd. Zde v současnosti vyvstává problematika vzrůstající nezaměstnanosti a pokles sociálních jistot (Dunovský, 1999; Havinger, Havigerová, Loudová, 2014).

- **Relaxační a rekreační** - zajišťuje členům plnohodnotné trávení volného času, především pak jejím společným trávením, které je velmi důležité pro kvalitní vztah mezi členy. Míra trávení volného času společně závisí na věku dítěte, vzdělání rodičů a skutečnost, že se jedná o rodinu vícegenerační či ne (Havinger, Havigerová, Loudová, 2014).

1.1. Typy rodiny

Rodinu lze rozdělit dle konkrétních kritérií na typy z hlediska času, z hlediska složení rodiny a zastoupení jejích členů a na typy z hlediska stupňování.

U **typu z hlediska času** rozlišujeme takzvanou orientační rodinu, do které se jedinec narodí či je přijat adopcí či osvojením. Zde se dítě setkává s prvními sociálními zkušenostmi. Osvojuje si vzorce chování v závislosti na chování rodičů, případně okolí blízké rodiny. S tím souvisí i příprava na sexuální roli a sexuální chování k partnerovi opačného pohlaví. Z tohoto důvodu je velmi důležitá úplnost rodiny, tedy účast obou rodičů při výchově. Prokreační rodina je taková, kterou si jedinec jako dospělí založí. Je ovlivněna rodinou orientační a dochází v ní k předávání mezigeneračních vzorců chování. Jejím hlavním smyslem je reprodukce (Havinger, Havigerová, Loudová, 2014).

Zaměříme-li se na rodinu **z hlediska jejího složení a zastoupení členů** nabízí se nám několik typů. Nukleární, neboli úplná rodina, sestává z tradičního vzorce, tedy z manželského páru (rodičů) a dětí. Základním znakem je dvougenerační model. V tomto případě jsou rodiče vždy opačného pohlaví, bez pokrevní příbuznosti. Pojem rozšířená rodina vymezuje soužití více osob ve společné domácnosti, které jsou propojeny příbuzenským vztahem, např. rodiče, děti a prarodiče (tzv. vertikálně rozšířená rodina). Lze se setkat i s variantou horizontálně rozšířená rodiny a to v případě, kdy v jedné domácnosti žije několik sourozenců se svými rodinami. V neúplné rodině dochází k absenci jednoho z rodičů z důvodů smrti, rozvodu či jiných. Zde dochází často k negativním vlivům, nejčastěji pramenící z absence otce při výchově. Rekonstituovaná rodina je konstituovaná rodina, jež založil svobodný, rozvedený či ovdovělý rodič. Pod pojmem náhradní rodina pak nalézáme model, kdy ani jeden z rodičů není biologickým rodičem dítěte či dětí. Nejčastěji vzniká adopcí nebo osvojením (Havinger, Havigerová, Loudová, 2014).

Rodinu rovněž dělíme **na základě stupňování**. Za funkční rodinu je brána ta, která plní relativně dobře své funkce a vývoj jejích členů je intaktní. Problémová rodina je "narušena" díky její oslabené funkci. Toto oslabení však nenarušuje celkový rodinný systém ani normální vývoj dítěte. Pokud se v rodině vyskytuje více poruch jejich funkcí, jedná se o rodinu dysfunkční. Tato rodina ohrožuje příznivý vývoj dítěte a jako celek vyžaduje soustavnou péči pomocí intervence s odborníkem. Afunkční rodina má poruchy funkční natolik závažné, že

rodina vůči dítěti nedokáže plnit základní principy a ohrožuje jej v samotné existenci. V takovém případě dochází k vyjmutí dítěte z tohoto prostředí a následné přemístění do náhradní rodinné péče (Kvapilová, 1996; Dunovský, 1999).

1.2. Česká rodina v současnosti

Českou rodinu odlišují od všeobecně přijímaného pojetí rodiny pár znaků. Některé trendy jsou obecně platné, jiné jsou spíše domácího charakteru. V české rodině můžeme sledovat výraznou zaměřenost na zájem jednotlivce. Stále častěji dochází k absenci očekávání trvalosti vztahu, s čímž souvisí společenská tolerance vůči rozvodům. Bezprostřední kontakt mezi partnery a dětmi je především díky informačním technologiím stále více omezován. Dochází tak k nižší stabilitě rodiny. Stále více činností, které dříve obstarávala rodina, přebírá společnost. I u nás se objevuje trend odkládání rodičovství na pozdější věk. Oproti tomu je dnes téměř samozřejmá předmanželská zkušenost v oblasti sexu. Velký důraz je kladen na materiální stránku života jedince a jeho vysokou vzdělanost (Havinger, Havigerová, Loudová, 2014).

Rozdíly mezi tím, co muži a ženy od sebe navzájem chtějí a očekávají je dle Matouška (2003) vyšší než v jiných evropských zemích. Životní styl české rodiny se přibližuje západnímu modelu. Základem rodiny je zaměstnaná žena. Jde o ekonomickou nutnost, kdy rodině obvykle nestačí jeden příjem. Fungování rodiny se odvíjí do značné míry i funkční rolí otce v domácnosti. Sociologické průzkumy ukazují stále snižující se podíl autority muže související s krizí otců. V minulosti otec rodinu chránil před vnějšími vlivy, dnes se ochrana směřuje spíše dovnitř rodiny jako prevence před její dysfunkcí.

Při výchově dětí lze často sledovat vysoký tlak na jejich školní úspěšnost. Ačkoli se v současnosti situace lepší a rodiny dnes více s dětmi komunikují o jejich prospěchu, stále lze zaznamenat případy sebevražedných pokusů dětí na konci školního roku. Může rovněž docházet k trestům za špatné známky. Velmi často jsou však děti za své dobré výsledky hmotně odměňovány. Výchova v české rodině stále nese prvky autoritářství. Současná rodina je významným partnerem ve vzdělávací politice. Nejcennějším vkladem rodiny do nové generace již netvoří hlavně majetek či privilegia, ale především vzdělání dětí. Z tohoto důvodu lze sledovat často vyšší vědomosti a dovednosti u dětí před jejich vlastními rodiči (Kolláriková, Pupala, 2001).

V současnosti dochází v české rodině hlavně k posunu v oblasti reprodukce, změny ve vztazích mužů a žen, dětí i v přístupu k seniorům. Poměrně novým jevem je zvyšující se nezaměstnanost, úbytek založených rodin v manželském svazku, snížení porodnosti a izolovanost rodin od okolí. Stále více se lze setkat s jedinci v různém věkovém odvětví, kteří

prožívají osamělost. Rodiny často žijí spíše vedle sebe a nikoli spolu. Přitom klíčem k vyřešení mnoho problémů je právě sdílení s nejbližšími (Havinger, Havigerová, Loudová, 2014).

1.3. Vztah rodiny k postižení jejich dítěte

Za nemoc je považován stav, kdy dochází k omezování jedince v určité oblasti jeho lidské pohody. Mezi zdravím a nemocí existuje jen velmi úzká hranice. Někdy je přechod pozvolný, v jiných případech náhlý. Při zjištění obtíží lze pociťovat strach a ohrožení. Tato změna stavu může být vnímána jako výzva ke změně životního stylu a přehodnocení hodnotové orientace. Často dochází k jinému nahlížení na situace každodenního života. Tuto změnu pohledu na problematiku lze využít nejen ve svůj prospěch, ale i prospěch ostatních lidí. Vyrovnání se s postižením je vždy velmi složitý a individuální proces. Velmi záleží na temperamentu, charakteru i věku osoby s postižením. Nedílnou součástí je stav jeho rodinného zázemí a mnoho dalších skutečností. Přesto lze pozorovat určité společné rysy jedinců ve vztahu přijetí jejich postižení. Ve své postatě všichni autoři, kteří se touto problematikou zabývají, vychází ze zásadního díla Elisabeth Kubler-Rossovové, která jako první popsala jednotlivé fáze psychické odezvy na průběh onemocnění/postižení. Autorce se velmi přesně a přesvědčivě podařilo charakterizovat vybrané fáze procesu. Nemocného nevnímá izolovaně, naopak se zaměřuje na jeho sociální vztahy. Změna stavu totiž neovlivňuje pouze jedince samotného, ale i jeho rodinu a nejbližší (Jankovský, 2018).

Haškovcová (2015) ve své práci doplňuje nad rámec fází Elisabeth Kubler-Rossovové ještě tzv. nulovou fázi. Jedná se o stav, kdy se jedinec rozhoduje, zda má navštívit lékaře. Ví, že s ním není něco v pořádku. Uvažuje, zda ještě nemá počkat, zda stav odezní. V důsledku tohoto přístupu může dojít k zanedbání možnosti včasné diagnostiky a terapie.

Následující fáze jsou již popsány Elisabeth Kübler-Rossovou (1992). První fází je brán příchod vlastní nemoci. Jedinec jedná na situaci šokem, který má iniciální charakter. Je spojen se strachem a obavou. Dostavuje se tíseň a pokládání si otázky: „Proč se to stalo zrovna mně?“. Druhou fází je popření nemoci a snaha o izolaci od okolí. Jedinec usoudí, že se patrně jedná o omyl a vše se nakonec vysvětlí. Poté nastává období hněvu až agrese. Zloba je směřována na bezprostřední okolí jedince. Typické je sekýrování, výčitky. Verbální agrese je směřovaná především na empatické a úslužné jedince. V tomto stádiu je třeba mnoho trpělivosti a porozumění. Jedinec vnímá svůj stav jako nespravedlivý a neuvědomuje si, že svým jednáním se dopouští jiných nespravedlností. Jeho zlobu je třeba vnímat tímto úhlem pohledu. Je třeba naskytnout snahu o porozumění a reagovat na vše, pokud možno, profesionálně. Po tomto období nastupuje fáze smlouvání. Jedinec začne upravovat svůj žebříček hodnot a jako hlavní cíl je touha po uzdravení. Člověk je schopen podstoupit oběti ke zvrácení svého stavu. Často

shání drahé zahraniční léky, hledá řešení v alternativní medicíně, léčiteli atd. Následně smlouvá i sám se sebou a stanovuje si cíle, kterých chce dosáhnout. Na období smlouvání nastupuje deprese. Jedná se o typickou reakci na zátěž. Rychlé střídání nálad může mít původ i ve zdánlivých maličkostech, které naplní člověka novou nadějí. Strach z nové skutečnosti však na straně druhé může člověka emočně velmi vyčerpat a vyžaduje od okolí trpělivost a pochopení. Závěrečnou fází je akceptace pravdy. Tu lze přijmout dvojím způsobem, a to smířlivě a důstojně nebo stavem rezignace a zoufalství. Je třeba udělat maximum, aby proces vyrovnání se s postižením vyústil právě ve smíření a ne rezignaci. Ta je zpravidla výrazem osobní prohry.

Dle Svatošové (2012) je nutné si uvědomit, že veškerými výše uvedenými fázemi neprochází pouze sám člověk s postižením, ale i jeho nejbližší. Ti mohou v určitém životním období vyžadovat více pozornosti a pomoci než sám nemocný. Haškovcová (2015) rovněž podotýká, že průběh vyrovnávání se s postižením není lineární a jednotlivé fáze mohou mít různou délku trvání. Rovněž se mohou opakovat či chybět úplně. Doporučuje proto, aby byl proces od fáze zloby až po vnitřní přijetí označován jako období tápání. Toto období je náročné pro jedince i jeho nejbližší. V závěru tohoto období by měl být člověk připraven akceptovat pravdivé informace od lékaře a schopen spolupráce.

1.4. Zapojení rodiny do terapeutického procesu

Rodina je významným účastníkem každého postupu v terapii dětí s vývojovou dysfázií. Způsob, jak rodiče uvažují, cítí nebo jak se chovají, vytváří prostředí dítěte a ovlivňuje průběh jeho terapeutického postupu. Rodiče své dítě znají nejlépe a zpravidla chtějí dopřát dítěti to nejlepší v životě. Logoped by měl rodině věnovat dostatek času, naslouchat jí, soustředit se na jejich názory a ponořit se s nimi do problému, který je momentálně trápí. Zároveň by si měl udělat určitou analýzu všech členů rodiny, jejich postavení a názory, čímž získá další informace. Pro logopeda je důležité seznámit se s názory obou rodičů, proto je při terapii na místě účast matky i otce. Záměrem je přivést oba rodiče k pochopení významu jejich role v terapeutickém procesu a spolupráci při snaze o rozvoj, neboť nejlepší cesta ke zlepšení je přibližně stejná účast rodičů. Logoped především funguje jako kouč, rodina musí zajistit, aby terapeutický program byl v rodině realizován. Zejména začínající odborníci často opomíjejí účast prarodičů při práci s dětmi. Prarodiče mohou vyžadovat více času k pochopení diagnózy jejich vnoučete, zato jejich emoce spojené s obtížemi se nijak výrazně neliší od rodičovských. Vzhledem k úzkým vazbám a podílení se na životě vnoučat může mít svůj význam zapojit je do terapie, stejně jako naslouchat jejich obavám. Tím vším lze vystavět spolehlivé základy k vytvoření pozitivního vzájemného vztahu (Andrews, 1993; Hill Diane in Fraser, 2010).

Důvěrný vztah mezi rodiči s dětmi s vývojovou dysfázií a logopedem je základ pro poradenskou i terapeutickou činnost, což se odráží v řečovém chování dítěte. Rodina reaguje kladně v případě přesvědčení, že logoped s nimi jedná upřímně a má snahu jim naslouchat. Již během prvního kontaktu s rodiči je na místě dát najevo, že máme dostatek času k naslouchání jejich příběhu. Začínáme vždy otázkami, které jsou široce formulovány a nabízejí odpověď různými způsoby. Pokračujeme k povzbuzení vyjádření všeho, co se jich dotýká a trápí nejvíce. Zpočátku je vhodné se neukvapovat i hned radami, co dělat, ale spíše projevit co nejvíce pochopení a povzbuzení neverbálními projevy. Snažíme se o poskytnutí příjemného, přirozeného a zúčastněného prostředí. Vyvrátíme v rodině případné přesvědčení, že za řečové obtíže jejich dítěte mohou oni sami. Následně se snažíme přizpůsobit odborné informace k problematice, na kterou se rodiče tázali. Informace jsou prospěšnější, jestliže se blíží požadavkům, které rodiče chtějí vědět. Rodinu podporujeme v přesvědčení, že právě oni své dítě znají nejlépe a že jejich účast na terapeutickém procesu je nezastupitelná. K vytvoření dobrého vzájemného vztahu musí logoped prokázat svou spolehlivost a odbornost. To se v terapeutickém procesu projevuje neomezenou ochotou jednat s dítětem v souladu s potřebami rodiny. K dosažení důvěryhodnosti je nutné prokázat znalost problematiky, odborné informace jsou na patřičné úrovni. Nelze však informacemi rodinu zahltit, dochází tak ke zmatení. Na druhé straně je nutné otevřeně rodině přiznat, pokud nemám s danou problematikou dostatek zkušeností, a využijeme poznatků jiného odborníka. Rodiče často pokládají otázky, které vyžadují konkrétní odpověď. Informace, které při zodpovídání využíváme, by měly redukovat pocit bezradě a zmírnit zmatky z nedostatku informací. Je dobré rodinu odkázat na spolehlivé informace, vztahující se k jejich problematice (Luterman, 2001; Hill Diane in Fraser, 2010).

V terapeutickém procesu není vhodné i hned rodině předkládat seznam zjištěných faktů o jejich dítěti. Úspěšnější a efektivnější je zeptat se nejprve rodičů, co chtějí vědět. Rodiče, především matky, mohou trpět pocitem viny, že nevyhledali pomoc včas a problému nevěnovali dostatek pozornosti. Je nutné rodiče přivést k uvědomění, že nyní již začali jednat, což svědčí o jejich upřímném zájmu o dítě a snaze pomoci mu. Je nutné se zaměřit na přítomnost a nekoukat na minulost. Aktuální postoj rodiče k problému ovlivňuje pokrok dítěte a snižuje vzájemnou úzkost. Věnujeme při terapii čas na vysvětlení, jak s dítětem pracovat na rozvoji jeho schopností. Navazujeme diskuzi ohledně pozorování jejich dítěte, jeho chování a způsobu vyjadřování v odlišném prostředí. Mnoho rodičů vývojovou dysfázií u svého dítěte nepřijme, jejich specifika jsou pro ně bolestivá až trapná. Často se lze setkat s negativními projevy v chování rodičů ve vztahu k jejich dítěti jako například skákání dítěti do řeči či dokončování vět za něj z důvodu horšího vyjadřování. Rodiče si musí uvědomit tyto projevy dříve, než začnou pracovat na změnách ve svých postojích. Jestliže se zavedení změn nedaří, je nezbytné zdůraznit a ukázat rodičům, jak jsou tyto změny v interakci prospěšné pro rozvoj dítěte. Rodiče

se učí chápat terapeutické postupy. Současně jsou vedeni k realistickému náhledu na předpokládaný vývoj. Logoped jakožto poradce je průvodcem rodiny při jejich rozhodování v uskutečňování změn. Postupně by rodiče měli být vedeni k tomu, aby logopeda chápali jako svého konzultanta, tedy osobu, které svěřují své dotazy a postřehy. Logoped současně musí podporovat a posilovat samostatnost a nezávislost rodiny a to nastíněním dalšího možného vývoje dítěte a jak by mohli situace zvládat (Hill Diane in Fraser, 2010).

Rodiče dětí s vývojovou dysfázií ve snaze vypořádat se s obtížemi svého dítěte, mohou zažívat pocity osamocení či izolace. Mohou mít pocit, že v jejich okolí není nikdo s podobným problémem. Tyto myšlenky jen zesilují pocit viny. Z toho důvodu vzniká mnoho rodičovských skupin, které se pravidelně setkávají fyzicky či v online prostoru, čímž se seznámí mezi sebou rodiny, které řeší obdobné myšlenky. Tyto skupiny jsou nejlepším východiskem z pocitu osamělosti, protože zjišťují, že na své problémy nejsou sami. Rovněž si předávají rady a zkušenosti, které rodiče přivádí na nové způsoby poznání a řešení situací (Fraser, 2010).

2. Neurovývojová porucha komunikace – vývojová dysfázie

Pojem vývojová dysfázie označuje narušení vývoje fatických funkcí. Mezi fatické funkce řadíme vnímání, rozumění a tvorbu řeči, abstraktní myšlení, čtení, psaní a počítání. Je řazena mezi neurovývojové poruchy se syndromovým charakterem. V minulosti nebyla možnost ji s pomocí zobrazovacích metod mozku sledovat. Výzkumy byly proto cíleny primárně na popis klinického obrazu. V současnosti je možné potvrdit oslabení v oblastech centrálního sluchového zpracování řeči, pracovní slovní paměti, složitých jazykových systémů v mozku, současně s anatomickými odlišnostmi, a souvislost se specifickými poruchami učení či poruchami pozornosti (Pospíšilová, 2014).

Dvořák (2007) popisuje specificky narušený vývoj řeči projevy ztížené schopnosti až neschopnosti verbálně komunikovat. Již na první pohled je patrné, že je narušen vývoj tvorby řeči, není proto možno zúžit obsah termínu na pouhé narušení artikulace. Pod pojmem vývojová dysfázie, jak se toto synonymum nejčastěji užívá, se správně skrývá mnohem rozsáhlejší a hlubší problém. Vývojová je opakem získaného narušení řečových schopností. I takové poruchy lze u dětí zaznamenat. Jsou jimi například afázie či Landau-Kleffnerův syndrom (Pospíšilová, 2014).

Pojem řeč vyjadřuje schopnost užívat jazyk, jakožto sociálně sdílený systém znaků a symbolů s pravidly. Jde o nástroj k myšlení a dorozumívání. Dorozumívání probíhá pomocí komunikace, která může být verbální či neverbální (oční kontakt, mimika, pohyb rukou, hlavy, těla). Je realizována formou psané či mluvené řeči. Komunikace zajišťuje především sociální kontakt. Řeč, jakožto psychická funkce, je dělena na receptivní (příjem informací) a expresivní složku (tvorbu informací) (Pospíšilová, 2014).

V praxi je možné řečový projev jedince rozlišit na čtyři jazykové roviny. Jde o rovinu foneticko-fonologickou, která sleduje zvukovou podobu jazyka. Zabývá se sluchovou diferenciací hlásek mateřského jazyka a problematikou jejich výslovnosti. Míra rozvinutosti sluchové diferenciaci úzce souvisí s kvalitou výslovnosti hlásek. Pokud dítě sluchově nepozná rozdíl mezi správným a nesprávným zněním hlásky, pak lze jen obtížně pracovat na korekci jejich výslovnosti. Vývoj v rovině foneticko-fonologické by měl být z hlediska výslovnosti hlásek ukončen do 5 let věku dítěte. Pokud obtíže přetrvávají i ve vyšším věku, je považována výslovnost hlásek za patologickou a označujeme ji za dyslalii (Lechta, 2008).

Lexikálně-sémantická rovina jazyka se zabývá kvalitou aktivní a pasivní slovní zásoby jedince. Rovněž se zaměřuje na schopnost porozumět významu slov, realizovat rozhovor, chápat instrukce a orientovat se v užívaných pojmech. Zjišťuje, zda dítě rozumí kratším i

složitějším větným instrukcím, výkladu či vyprávění a hodnotí i schopnost sebereprezentace a samostatné vypravování jedince (Klenková, 2006).

Morfologicko-syntaktická rovina zkoumá gramatickou stránku řeči, zda jedinec správně užívá jednotlivé slovní druhy, skloňování a časování. Posuzuje se komunikace ve větách a souvětích, zda se v řeči objevují dysgramatismy a přiměřenost mluvního apetitu (Klenková, 2006).

Pragmatická rovina jazyka poté souvisí s využitím řeči v běžném sociálním prostředí. Sleduje, zda jedinec dokáže požádat o určitou informaci, vyjádřit své pocity, popsat nastalou situaci, tvořit a podílet se na dialogu, umí zapojit při komunikaci neverbální složku (zejména oční kontakt, mimiku a gesta) a zda prostřednictvím řeči dosahuje svého cíle (Klenková, 2006).

Dvořák (2007) zmiňuje, že vývojová dysfázie má systémový charakter a pokaždé zasahuje v různém stupni a obsáhlém spektru receptivní (senzorická) i expresivní (motorická) oblast ve všech jazykových rovinách. Ačkoli se v současnosti od klasického dělení vývojové dysfázie upouští, nadále v Mezinárodní klasifikaci nemocí (2018) nalezneme její dvě formy, do nichž patří **expresivní porucha řeči (F80.1)**. U tohoto typu převažují obtíže především v oblasti logomotoriky, slovní zásoba je nižší, než úroveň porozumění, patrný je výrazný nepoměr mezi verbální komunikací a neverbálním intelektem. Mezi charakteristické prvky patří opožděný vývoj řeči a spoléhání hlavně na neverbální komunikaci. Dítě si své nedostatky uvědomuje a často ztrácí zájem verbálně komunikovat. Naproti této diagnóze se staví **receptivní porucha řeči (F80.2)**, kdy se narušení manifestuje především narušením receptivní oblasti, tedy poruchou fonemického sluchu, sluchové paměti, obtíže v chápání slovům a větám. Vývoj řeči nemusí být opožděn, slovní zásoba často rovněž nebývá chudá. Projev je však často nesrozumitelný, dysgramatický. Mluvní apetit může být přiměřený.

2.1. Definice pojmu a vymezení v konceptu neurovývojových poruch

V odborné literatuře se lze setkat s různými výklady vymezující problematiku vývojové dysfázie. Škodová a Jedlička (2003) uvádějí, že se jedná o zhoršenou schopnost až neschopnost verbálně komunikovat, ačkoli podmínky pro rozvoj řeči jsou dostačující. Šlapák a Floriánová (1999) klinický obraz vývojové dysfázie definují především opožděným vývojem řeči, kdy je postižena hluboká i povrchová stránka řeči. Lejska (2003) zmiňuje, že vývojová dysfázie je porucha zpracování řečového signálu. Při osvojování řeči nejde ve většině případů o její úplné chybění, nýbrž o odchylky v rovině kvalitativní či kvantitativní. Postižený řeč slyší, nedostatečně jí však rozumí, z čehož se odvíjí i špatná tvorba vlastní řeči. Specifický obraz vývojové dysfázie nelze vysvětlit poruchou sluchu, intelektu, poruchou hybnosti, deprivacními či jinými vlivy prostředí. K rozvoji řeči nakonec většinou dochází a ve školním věku nemusí nést žádné nápadné prvky, nicméně dysfázie stále trvá a často se manifestuje do specifických poruch učení, především v oblasti čtení, psaní, logického uvažování a zapamatování si pojmů (Říčan, Krejčířová, 2006; Lejska, 2003, Neubauer, Pospíšilová, 2017).

Komárek s kolektivem (2014) ještě podotýkají, že jde o vrozený komplex osvojení řečových dovedností, který zasahuje do celé osobnosti člověka. Do této problematiky nelze řadit poruchu výslovnosti, sekundární narušení řeči plynoucí z poruchy sluchu či jiným postižením či onemocněním. Smolík a Málková (2014) následně zdůrazňují, že narušený vývoj jazykových dovedností není doprovázen narušením intelektových funkcí. Pro řadu odborníků nebyla vývojová dysfázie zřetelným onemocněním. Existují důkazy o genetických predispozicích, které zvyšují riziko jazykového postižení, ovšem zároveň jsou běžné v obecné populaci. Jde o multifaktoriální poruchu, k níž dochází kombinací více vlivů a to genetickými a environmentálními. Ačkoli je tedy vývojová dysfázie ovlivněna genetickými vlivy, nelze ji dosud diagnostikovat pomocí genetického testu. V současnosti je ovšem možné pomocí zobrazovacích metod mozku zachytit drobné strukturální a funkční odchylky (Newbury et. al., 2011; Bishop, 2009; Graham a Fisher, 2013).

Jestliže se vývojová dysfázie vyskytne u dítěte s bilingvní či vícejazyčnou výchovou, porucha postihuje vývoj každého jazyka. Prevalence výskytu dysfázie je závislá na kritériích diagnostických materiálů. Vzhledem k tomu, že neexistuje do současnosti objektivní způsob vyšetření zobrazovacími metodami, podléhá odhad výskytu také postoji diagnostiků. Například Dlouhá (2003) uvádí prevalenci 5,4% (2003), Smolík 7,4% , který vychází z epidemiologické situace Tomblina a jeho kolektivu (1997), kde byl vyšetřen velký reprezentativní vzorek populace stejnými testy, kde byly identifikovány i děti, u kterých do té doby nikdo diagnózu nezjistil, a byla vytvořena specifická prevalence u obou pohlaví - 6% dívky, 8% chlapci (Tomblin et. al., 1997, Smolík, Málková, 2014; Neubauer, Pospíšilová, 2017).

V minulosti byl užíván koncept lehké mozkové dysfunkce. Jednalo se o etiologickou definici, která předpokládala, že příznaky jako hyperaktivita, impulzivita, nepozornost, ale i dyslexie, dysgrafie, pomalé pracovní tempo, motorická neobratnost a další jsou způsobeny lehkým poškozením mozku v perinatálním období a připomínají jakousi velmi lehkou poruchu na úrovni dětské mozkové obrny. Později začaly být v psychiatrii etiologické definice pouštěny a diagnózy začaly být definovány popisně (Theiner, 2012).

Neubauer a Pospíšilová (2014) uvádějí, že výzkum a praxi v současné době ovlivňuje nejednotnost přístupů jednotlivých oborů - psychiatrie, neurologie, klinické psychologie, klinické logopedie, pediatrie a školského poradenství, kdy chybí základy medicínského vzdělání a odpovědnost za léčbu. Klinická logopedie má s psychiatrií společnou V. kapitolu v MKN-10 Poruchy psychického vývoje F80-89, kde jsou zahrnuty vývojová dysfázie, dyspraxie, jakožto vývojová porucha motorických funkcí, a dyslexie. Neurovývojové poruchy se v jistých oblastech překrývají - vývojová dysfázie jakožto specificky narušený vývoj řeči, jazyka a komunikace s dyslexií, dysfázie s poruchou pozornosti u ADHD, dyspraxie s dysfázií apod. (Hill, 2001; Beitchman, Brownlie, Inglis et al., 1996; Bishop and Snowling, 2004).

2.2. Souhrn etiologických faktorů

K vývoji řeči je vyžadován dostatečně zralý mozek. Drobné odchylky v procesu zrání mozkových funkcí vedou k celkovému opoždění vývoje dítěte a jeho řečových schopností. Přesná příčina vzniku vývojové dysfázie není dodnes jasná. Zcela jistě se ovšem jedná o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem vrozeného či raně získaného poškození mozku. Uznáván je vliv poškození během porodu, predilekce u chlapců i případná spojitost s dědičností. Mezi nejčastější jsou uváděné v prenatálním období infekční onemocnění matky v těhotenství. V perinatálním poté prodloužený porod či aspirace plodové vody. V postnatálním období těžká novorozenecká žloutenka, krevní nesnášenlivost. Výskyt vývojových poruch řeči v rodinách je spíše u mužských potomků. Počet chlapců a dívek se syndromem vývojové dysfázie je dán

poměrem 4:1. Často komplikuje vývoj dítěte, diagnostika vývojové dysfázie je ovšem dlouhodobým procesem s interdisciplinárním přesahem. To ztěžuje zařazení dítěte k této diagnostické jednotce (Lejska, 2003; Neubauer, Tübele, Neubauerová, 2016).

V současné době je preferováno pojetí difúzního, nikoli ložiskového poškození centrální nervové soustavy. Suspektně se rovněž předpokládá spojitost rozsahu postižené centrální korové oblasti a závažnost postižení, které se zjevuje velkou variabilitou příznaků. Zráním centrální nervové soustavy ve spojitosti s včasnou diagnostikou a vhodnou logopedickou terapií se úroveň jednotlivých osobnostních složek zlepšuje (Škodová, Jedlička, 2007; Neubauer, Tübele, Neubauerová, 2016).

2.3. Klinický obraz v průběhu života jedince a symptomatologie

Jedinec s vývojovou dysfázií zaostává za svými vrstevníky především v oblasti jazykového rozvoje. Dítě disponuje malou slovní zásobou, řeč vykazuje odchylky od frekvence jednotlivých druhů slov. Narušení řeči zasahuje i rovinu syntaktickou a gramatickou. Fonologický systém je narušen. Schopnost rozlišovat distinktivní rysy hlásek je nízká. Narušení lze pozorovat především v oblasti znělosti a neznělosti, kompaktnosti a difúznosti, závěrovosti a nezávěrovosti. Často je patrný motorický neklid, rychlá unavitelnost. Soustředění je krátkodobé. Vývoj jemné motoriky je u dětí nezřídka opožděn (Bishop, 2014; Šlapák, Floriánová, 1999).

Problémy se objevují v běžných každodenních situacích i školním výkonu. U žáků školního věku se vyskytují obtíže v porozumění psanému textu čtením. Vývojovou dysfázií nelze vysvětlit žádným onemocněním. Z nepochopení okolí se mohou u jedince vyskytnout problémy v chování, úzkost v sociálních interakcích, neadekvátní chování v kolektivu, nerespektování pokynů či konflikt s vrstevníky (Bishop, 2014).

Jedná se o velmi rozsáhlou a rozmanitou oblast. Míra projevů vývojové dysfázie je závislá na jejím typu a stupni, přítomnosti komorbidity, věku dítěte i charakterových vlastnostech jedince. Tato rozmanitost je dána rozsáhlostí a složitostí neuronální jazykové sítě ve vývoji. Dle Smolíka a Málkové (2014) se opoždějí všechny oblasti jazykového vývoje, ovšem v některých oblastech je postižení výraznější a celkový vývoj je poté narušen. Děti s vývojovou dysfázií se opoždějí ve slovní zásobě a především v gramatice. Z tohoto poznatku lze usuzovat, že tyto dva mechanismy jsou do jisté míry samostatné. Zde je otázkou, zda je přímá souvislost s tvrzením, že se intaktní děti pravidlům mateřského jazyka neučí, ale je vrozený a učí se pouze slova, na rozdíl od pozdějšího osvojování jazyka cizího? (Koukolík, 2012). Říčan, Krejčířová (2006) uvádí, že tyto děti mají v důsledku poruchy komunikace i další deficit v oblasti kognice.

2.3.1. Narušené oblasti vývoje

Vzhledem k provázanosti neurokognitivní sítě a psychických funkcí jsou různě zpožděny či narušeny následující oblasti:

Sluchová percepce: Neubauer a Pospíšilová (2017) píše, že obtíže nastávají v rozlišování podobně znějících hlásek či slov v řeči (bije x pije). Dále v identifikaci první hlásky ve slabice či slově a v auditivní analýze slova. Zhoršené je rovněž vnímání řečové sekvence, nejvíce pak dlouhých promluv v rychlém tempu řeči. Oslabení se týká i detekce sledu zvukových podnětů a rytmu.

Pozornost: Jak uvádí Říčan s Krejčířovou (2006), zhoršení lze zaznamenat u sluchových a především u řečových podnětů. Vnímání je krátkodobé a fluktuující, časté je přebíhání z jedné činnosti na druhou především u verbálních aktivit. Je patrný zvýšený zájem k činnostem neverbální povahy. Může se vyskytovat hyperaktivita a impulzivita.

Paměť: U krátkodobé verbální paměti je nižší kapacita fonologické smyčky. U dlouhodobé jsou problémy s vybavností pojmů, zejména abstraktních (Krejčířová, 2008).

Motorika: Zhoršení je v celkové koordinaci. U jemné motoriky především v oblasti ruky a mluvidel, např. typické paralelní pohyby mandibuly a jazyka (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

Exekutivní funkce: Krejčířová (2008) popisuje často se vyskytující rychlé změny v chování v reakci na změny v prostředí. Zhoršená je schopnost plánovat, rozhodovat se, realizovat vybrané pracovní postupy a řešit problémy.

Zrakové rozlišování: Zasaženo je nejvíce v oblasti rozlišování podobných tvarů (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

2.3.2. Vývojová dysfázie napříč etapami vývoje jedince

Projevy vývojové dysfázie se proměňují v průběhu života jedince. V následujícím výčtu bude představen typický klinický obraz během vývoje (Říčan, Krejčířová, 2006).

Raný věk: V prvním roce života není zpoždění ve vývoji příliš nápadné. Lze pozorovat nepatrné až výrazné zpoždění v oblasti motoriky, dítě může méně žvatlat, je možno si všimnout zvýšeného neklidu. Nástup prvních slov je často opožděn, více je však omezen jejich počet. Pro okolí je poté nápadnější pozdní nástup vět nebo jejich malý počet. Mnoho dětí s vývojovou dysfázií velmi užívá gesta, miminku, některé žargon. Porucha pozornosti v tomto období ještě nemusí být patrná, jelikož se děti v tomto období dobře orientují neverbálně. Často se lze setkat s podezřením na periferní poruchu sluchu, což bývá jedna z prvních příčin návštěvy ORL. Zhoršená možnost se verbálně domluvit často dítěti přináší pocit frustrace, hůře se prosazuje ve společnosti a prodlužuje se tak fáze negativismu, která je charakteristická pro batolecí věk (Neubauer, Pospíšilová, 2017; Říčan, Krejčířová, 2006).

V předškolním věku jsou nejvíce nápadnými příznaky v tomto období bývá zvýšené echolalické opakování či extrémně malá slovní zásoba. Objevuje se velmi často dysnomie, problémy na úrovni morfologie a syntaxu. Dochází ke zpomalování vývoje porozumění symbolům a abstraktním výrazům, děti si velmi špatně zapamatovávají názvy barev, jmen, obtížně si osvojují předložkové vazby. Pozornost je v tomto věku směřována především na děti, jejichž řeč je hůře či zcela nesrozumitelná (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

Kolem čtvrtého roku věku lze zaznamenat nárůst slovní zásoby, u dysfaticů s převažující expresivní složkou poruchy, artikulační obtíže však přetrvávají. Dysgramatismy v řeči jsou stále více patrné, zvýrazňují se rovněž problémy na úrovni syntaxu. Receptivní dysfatici bývají v tomto věku nápadní především v oblasti sociálního chování, pragmatice a obecnou šikovností u neverbální aktivit, které často preferují. Nezřídka jsou zaměňovány za děti s poruchou autistického spektra a to nejen rodiči, ale často i některými odborníky. Mohou mít až překvapivě dobře rozvinutou foneticko-fonologickou rovinu řeči, kdy artikulace může být bezchybná, díky čemuž unikají vyšetření fonetických funkcí (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

Fonologický deficit však většina dětí má a způsobuje jim nemalé obtíže. Spolu s dyspraxií mluvidel, jež doprovází dyspraxie ruky při grafomotorických cvičeních, způsobuje artikulační neobratnost. Objevuje se dysnomie, při které dochází k latencím ve vybavnosti výrazů z dlouhodobé paměti, především abstraktních. Spousta pojmů je pro dítě neznámých, neboť nedochází k jejich zachycení v krátkodobé paměti. Klinický obraz se zhoršuje i malou informovaností veřejnosti o způsobu komunikace s dysfatickými dětmi. Nález v morfologii a syntaxu je velmi častý, objevují se dysgramatické koncovky, špatné užívání předložkových vazeb, díky čemuž se zhoršuje porozumění gramatickým strukturám jazyka (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

Čím závažnější je oslabení vybraných složek, tím více je ovlivněna pragmatická rovina, kdy dochází k horšímu navazování kontaktu s vrstevníky. Některé děti nahrazují slova gesty, jiné přecházejí do pasivity a společné aktivity nevyhledávají. Děti si většinou v tomto věku své obtíže v komunikaci uvědomují (Kerekrétiová a kol., 2009).

Ve školním věku se klinický obraz vývojové dysfázie mění. Děti jsou schopny již formulovat své myšlenky tak, aby byly posluchačem pochopeny. Dochází k úbytku dysgramatismů. "U některých se výslovnost upravuje, i jiných porucha přetrvává." (Neubauer, Pospíšilová, 2017, str. 38) Obtíže způsobené zhoršenou auditivní analýzou slov a zpomaleném vybavování si názvů symbolů, často s obtížemi ve zrakovém rozlišování, ztěžuje nácvik čtení. V kombinaci s dyspraxií ruky, pak i psaní. Dochází tak k rozvinutí dyslexie, o něco později dysortografie, kdy je narušen pravopis a písemné vyjadřování. Dle stavu jemné motoriky pak lze diagnostikovat i dysgrafii (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

V okamžiku, kdy se dysfatické dítě naučí plynule číst slovo, jeho vrstevníci umí číst již věty. Když porozumí obsahu jedné věty, spolužáci reprodukuji celý text. Při psaní diktátu jsou patrné chyby především v oddělování slov. Další obtíže nastávají v osvojování gramatických pravidel a auditivního přijímání informací od učitele. V případě zhoršených komunikačních podmínek, jako např. hluk ve třídě, sezení v zadní lavici, se problémy umocňují. Trvalým problémem je omezená kapacita krátkodobé verbální paměti, jež významně ovlivňuje školní úspěšnost. Při slovních úlohách je pro dítě složité pojmout celé zadání na základě narušených exekutivních funkcí. Zapamatování a vybavování si odborných a cizích výrazů rovněž zůstává dlouhodobým problémem. Symptomy vývojové dysfázie ovlivňují takřka všechny předměty, ne pouze český jazyk. Vždy však záleží na typu a stupni postižení. Dlouhodobý tlak na výkon a přizpůsobivost pak často vede k vnitřním konfliktům a rozvoji deprese (Goetz et al., 2006; Neubauer, Pospíšilová, 2017).

Jedinci ***v období adolescence a následné dospělosti*** mají často čistou výslovnost. Čtení je bez větší námahy. Právě čtení se postupně mohlo stát hlavní zdroj informací a autostimulací fatických funkcí, anebo navzdory negativně ovlivnilo vzdělávání a kvalitu života. Je možné si všimnout menší komunikační jistoty, delších prodlev ve vybavnosti pojmů, zrychlené mluvy i impulzivního skákání do řeči. Časté jsou obtíže v percepci. Dospělí špatně rozumí delším řečovým instrukcím, zejména v rychlém a monotónním projevu. Vybavnost a zapamatování neznámých pojmů přetrvávají (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

2.4. Diagnostika a terapie

Do současné doby neexistuje žádný biologický test pro stanovení diagnózy vývojové dysfázie. Veškeré hodnocení závisí na posouzení klinického obrazu. Při vyšetření je nutno se opřít o pozorování dítěte a jeho počínání, rozhovor s rodiči a doplnění anamnestických dat a samotné vyšetření pomocí porovnatelných zkoušek a testových baterií. Zde dochází k diagnostickým úskalím, neboť většina baterií není ucelena z důvodu jejich obtížné standardizace pro každý jazyk a kulturu. Z důvodu nízkého počtu výzkumů stále nejsou stanovena konkrétní diagnostická kritéria (Pospíšilová in Neubauer, 2018).

Logopedická diagnostika pomáhá doplnit celkový klinický obraz schopností dítěte a zjišťuje míru opoždění v jeho vývoji. Podle Škodové, Jedličky (2007) je realizována kvalifikovaným klinickým logopedem a zaměřuje se na nejfrekventovanější deficity, jimiž jsou orientace v čase a prostoru, laterality, motorické funkce, motorika mluvidel, sluchové vnímání, zrakové vnímání, řeč, grafomotorika, paměť a pozornost.

Do ambulancí klinické logopedie se dostávají tyto děti nejčastěji ve věku 3-4 let s primární diagnózou „opožděný vývoj řeči“. Na základě doporučení pediatra, dětského neurologa nebo foniatra je hodnoceno suspektní podezření na vývojovou dysfázii. Potvrzení je provedeno následnou dlouhodobou spoluprací foniatrické, psychologické a neurologické diagnostiky (Neubauer, Tůbele, Neubauerová, 2016).

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba vývojovou dysfázii odlišit od vývojové dysartrie, jejíž obtíže plynou z neurologického postižení, a opožděného vývoje řeči, kde dochází pouze k opoždění řeči, nikoli dalších složek osobnosti. Dále lze vývojovou dysfázii zaměnit s vadou sluchu, kdy opět dochází k opoždění řečového vývoje, nikoli však dalších osobnostních složek. U dětí s mentálním postižením naopak dochází k opoždění celého vývoje osobnosti rovnoměrně a ve všech složkách. V případě těžké dyslalie dochází k nejčastější záměně, především laickou veřejností (Šlapák, Floriánová, 1999; Škodová, Jedlička, 2007).

Základem úspěšné terapie je týmová spolupráce, především klinického logopeda s lékařem (foniatr, neurolog, pediatr) a klinickým psychologem. Následně se spolupráce rozšiřuje o pedagogy (učitele v mateřských a základních školách) a pracovníky ve speciálně pedagogických centrech. Klíčovou složkou ale vždy zůstává rodinná péče. Podstatou rozvoje komunikačních dovedností u dětí s vývojovou dysfází je zaměření se na komplexní obraz osobnosti dítěte a rozvíjení jednotlivých schopností a dovedností. Ty ovšem nelze cvičit izolovaně. Vzhledem k nerovnoměrnému a individuálnímu vývoji dítěte s vývojovou dysfází je

nutno v terapii kombinovat postupy tak, aby dítě mohlo využít co nejvíce toho, co již umí (Škodová, Jedlička, 2007).

Dítě nemá primární obtíže pouze v komunikaci. Poruchy řeči jsou v tomto případě pouhým příznakem opožděnějšího zrání mozkových funkcí. Je proto silně nevhodné zaměřit terapii pouze na rehabilitaci řeči. Dostatek podnětů s využitím vjemů sluchových, zrakových, hmatových a pohybových vede k rychlejšímu dozrávání mozku jako celku (Lejska, 2003).

Bourbonus a Maihack (2000) uvádějí v klinicko-logopedické oblasti tyto formy terapií:

- **individuální** – jedná se o sezení s časovou dotací třicet, čtyřicet až šedesát minut dle druhu narušené komunikační schopnosti a věku klienta;
- **skupinová** – skupinu zde tvoří tři až šest lidí s podobnými obtížemi v oblasti komunikace;
- **intenzivní** – jde o sezení realizovaná i několikrát denně;
- **intervalová** – s odstupem několika týdnů až měsíců dochází k opakovanému aplikování terapie.

K podpoře rozvoje komunikačních a kognitivních schopností dítěte je třeba při terapii dodržovat následující strategie:

- V terapii primárně dochází ke stimulaci kognitivních funkcí. Ty ovlivňují vývoj funkcí řečových, přesněji oblast zrakové a sluchové diferenciaci a individuálního jazykového systému dítěte – aktivní a pasivní slovní zásobu a gramatiku v mluvě.
- Rozvoj artikulace probíhá na základě stimulace výše uvedených oblastí. Respektuje vývojové hledisko kognitivních schopností. Terapie se zaměřují na fonemický sluch, nejsou pouze úzce zaměřeny na jednu hlásku, ale dbají na rozvoj odlišení skupiny foneticky blízkých hlásek.
- Jestliže do terapie dojde k zapojení písma, stabilizuje a lépe se rozvíjí řečový výkon dětí s vývojovou dysfázií. Překážkou může být rozvoj dyslexie a dysgrafie. Z toho důvodu již v předškolním věku je dobré se zaměřit na oblast diferenciaci písmen, grafomotoriku a individuálně přínosný rozsah užití globálního čtení slov v kombinaci s obrázky.
- V terapii je tedy primárně třeba podpořit především rozvoj co nejsrozumitelnějšího řečového projevu, jazykových schopností dítěte, zrakového a sluchového rozlišování, grafomotoriky a jemné motoriky (Neubauer, 2014).

Při dlouhodobé logopedické intervenci u dětí s vývojovou dysfázií lze obecně zaznamenat určité klady a limity. Mezi významné součásti úspěšného rozvoje dítěte zcela nepochybně patří motivace rodiny k dlouhodobé spolupráci k zajištění prospěchu dítěte. Významnou roli hraje při terapii také důvěra k terapeutovi a vhodné vedení terapeutického

programu. Pokud to podmínky rodiny dovolí, je vhodné zařazení dítěte s vývojovou dysfázií do logopedické třídy či navázat spolupráci klinického logopeda s pedagogy mateřské školy, v případě školní docházky poté s třídním učitelem. Vzájemný kontakt podporuje výměnu informací o schopnostech dítěte a jeho obtížích. Rovněž poskytuje podporu obou složek o vhodném přístupu během vyučovací hodiny či logopedické intervence (Neubauer, Tůbele, Neubauerová, 2016).

Častá úskalí v terapii představuje využívání nevhodných metod při práci, často zaměřené na artikulační dril bez hlavního důrazu na rozvoj kognice a percepce dítěte. Zájem rodiny o pomoc dítěte často není trvalý a brzy naděje ke zlepšení rodině pohasíná. Jde o jednu z nejčastějších komplikací. Stále se lze rovněž setkat se snahami zařadit děti s vývojovou dysfázií do internátů škol pro děti a žáky s vadami řeči bez ohledu na výsledky dosavadní péče. Obtíže ve vývoji řečové komunikace spojené s rozvojem specifických poruch učení vytváří pro dítě s vývojovou dysfázií obtížně zvladatelnou situaci pro školní úspěšnost. Velmi nepříznivé pro dítě je v neposlední řadě neakceptování jeho stavu pedagogem, nezájem o prognózu vývoje a snahu o zařazení dítěte do jiného typu škol bez ohledu na doporučení klinického logopeda. (Neubauer, Tůbele, Neubauerová 2016). Podle Šlapáka, Florianové (1999) se prognóza odvíjí dle závažnosti narušené komunikační schopnosti, včasné diagnostiky a míře intelektu. Vývojová dysfázie má tendence přetrvávat do dospělosti. I když s přibývajícím věkem dochází ke zlepšování, existuje mnoho důkazů, že většina dětí má potíže i v období dospívání (Pospíšilová in Neubauer, 2018). Škodová, Jedlička (2007) zdůrazňují, terapie jsou většinou dlouhodobého charakteru. Vlivem zranění centrální nervové soustavy a adekvátní logopedickou terapií však prokazatelně dochází ke zlepšování jednotlivých složek osobnosti. Syndrom vývojové dysfázie zcela jistě překračuje rámec pouhé řečové patologie. Bez vhodně nastavené spolupráce s rodinou je výsledek vždy nejistý.

3. Poradenství jako cesta k lepšímu porozumění a jeho mezioborové propojení

Poradenská podpora osobám s narušenou komunikační schopností je důležitou součástí ucelené rehabilitace. Díky poradenství lze uplatňovat principy a metody rehabilitace při konkrétní práci s klientem. Bez týmové poradenské činnosti nelze zajistit provázanost, posloupnost a variabilitu terapií a docílit tak ucelenosti. Posláním poradenské činnosti je zmírnění, eliminování či kompenzování obtíží, plynoucích z narušené komunikační schopnosti a pomoci plnohodnotně začlenit jedince do společnosti (Novosad, 2000; Gabura, Pružinská, 1995).

Poradenská činnost je svým charakterem výrazně multidisciplinární. Tato skutečnost je daná tím, že diagnostikování a následné řešení obtíží klienta se týká nejrůznějších oblastí činnosti, nástrojů i metod, které lze při práci na jejich řešení využít. Práce s klientem má rozměr sociální, psychologický, právní, ekonomický, pedagogický a léčebný. Vybraná poradenská pomoc se odráží od charakteru poradce, jeho kompetencí a typu zařízení. Z toho důvodu je žádoucí, aby každý pracovník v poradenských službách plně využíval své profesní možnosti a spolupracoval s kolegy z jiných zařízení a resortů (Hrabal, Drapela, 1995; Novosad, 2000).

Poradenství začíná nasloucháním klientovi a akceptováním jeho stavu a pocitů, plynoucích ze zhoršeného způsobu komunikace. V průběhu celého terapeutického postupu je třeba tyto emoce zklidňovat. To rodině a klientovi samotnému pomáhá nalézt a formulovat souvislosti mezi emocemi a chováním (Fraser, 2010).

V praxi lze rozlišit následující formy poradenské pomoci, mezi níž řadíme **vedení**, **informování klienta** s cílem poskytnutí informací takovým způsobem, aby si klient dokázal poradit sám s vyřešením vlastní situace. Je často zaměřené na větší skupiny, například práce se školní třídou, s výchovnou skupinou. Jedná se spíše o jednosměrné předávání poznatků klientovi pomocí přednášky, instruktáže, odpovědí na dotaz klienta a svým charakterem se blíží vyučování. **Poradenství** ve své primární podstatě vede klienta k hlubšímu zamyšlení nad svými obtížemi, jejich příčinami a možnostmi řešení. Má spíše interaktivní charakter a je veden obousměrnou komunikací. Zahrnuje individuální diagnostiku a terapeutickou intervenci. Zajištěním odborné rady jinému odborníkovi v rámci péče o stejného klienta dochází k nabízení **konzultační činnosti** (Čálek, 1992; Novosad, 2000).

Jako další příklady lze jmenovat a krátce popsat základní oblasti poradenské činnosti. **Lékařské poradenství** se specializuje na zdravotní stav jedince, úpravu jeho životního stylu či životosprávy. **Psychologické poradenství** nabízí své specifické formy, jejichž účel spočívá v partnerském poradenství a rodinných terapiích, zaměřené na krize vztahu, situaci v rodině a mezilidské vztahy. Další oblastí je krizová intervence, která poskytuje akutní pomoc člověku v kritické životní situaci. **Pedagogicko-psychologické poradenství** se obecně zabývá problematikou školního prospěchu. Bývá s ním spojeno studijní poradenství, jež řeší otázky volby studijního oboru a jeho zvládnutí. Dále navazuje na výchovné poradenství, které má na starost poruchy chování a výchovné problémy. Případně spolupracuje se speciálněpedagogickým poradenstvím, které zabezpečuje výchovu a vzdělávání jedinců s jakýmkoli typem zdravotního postižení. **Profesní poradenství** je vztaženo na volbu následného zaměstnání s ohledem na specifika klienta a situaci na trhu pracovních příležitostí. Naproti tomu **sociálně-právní poradenství** řeší otázky sociální zabezpečení, bydlení, zaměstnání atd. **Technické poradenství** poté doporučuje a upravuje kompenzační pomůcky pro jejich uživatele, upravuje prostředí atd. (Novosad, 2000; Hrabal, Drapela, 1995).

3.1. Výhodiska a metody vedení poradenského procesu

Poradenská činnost, která se svou působností orientuje na osoby se zdravotním či sociálním znevýhodněním, musí respektovat vybrané společenské rysy, které se u této skupiny klientů objevují ve zvýšené míře. Patří mezi ně:

- citová a podmětová deprivace;
- obtíže spojené se zhoršenými možnostmi emancipace;
- problémy v sebepojetí a sebehodnocení;
- emoční nestabilita, neadekvátní prožívání;
- snížená sociabilita, komunikační bariéry, hrožené navazování sociálních vztahů;
- nedostatečná motivace, jež plyne z neujasněných životních perspektiv (Vágnerová, 2004).

Mezi jeden z nejvíce negativních faktorů, se kterým se lze setkat v poradenské praxi je sociální stigma. Stigmatizace je reakce okolí, společnosti, na odchylky od obecně platných norem. Zahrnuje názor pozorovatelů, jak má jedinec fungovat a chovat se v kolektivu, čeho má dosáhnout, jak má vypadat, komunikovat, pohybovat se či vnímat svět. Podcenění práce se stigmatem může vést k vývoji psychického či psychiatrického onemocnění. Speciální poradenství proto pomáhá osobám se zdravotním postižením lépe porozumět samo sobě a obtížím spojených s jejich stavem. Zde lze zařadit například schopnost uvědomění si předsudků a očekávání společnosti, nezapadnout do izolace a hledat zdroje podpory, dokázat efektivně sdílet své pocity a potřeby, umět požádat o pomoc a přijímat ji, vytvářet si pozitivní sebepojetí atd. (Novosad, 2000; Gabura, Pružinská, 1995).

Vlastní poradenská činnost se specializuje na práci:

- **s jednotlivcem** (dítětem, žákem, studentem, dospělým)
- **s rodinou**
- **se třídou, do které jedinec dochází**
- **se skupinou osob stejně zdravotně postižených** (Novosad, 2000).

Kromě práce se samotným klientem má poradce za úkol poskytovat i konzultační služby, které se uplatňují například ve spolupráci s vybranou institucí, která potřebuje odbornou radu a pomoc v oblasti zdravotního postižení jedince (školám, zaměstnavatelům atd.). Dále se angažují v osvětové činnosti, pořádají kampaně ovlivňující veřejné mínění a postoje ke zdravotnímu postižení. V neposlední řadě pomáhají ve vzdělávání a zácvičku dalších pracovníků, kteří přicházejí do styku s klientem (Novosad, 2000; Gabura, Pružinská, 1995).

3.1.1. Obecné principy a metody

Ačkoli speciální poradenství především respektuje individualitu klienta, využívá i obecných principů a metod z oblasti poradenství a sociální práce. Pro přehlednost budou uvedeny v následujících bodech:

- Klient přichází na základě vlastního rozhodnutí. Poradce mu poskytuje trpělivé a nenásilné vyslechnutí, s citem mu pomáhá identifikovat jeho problém a definovat příčiny krizové situace. Ačkoli přichází s obtížemi zpravidla sám, v případě dětí se zákonným zástupce, často je někým k využití této formy pomoci nasměrován. Jeho postoj k terapii proto může být zpočátku nedůvěřivý (Fraser, 2010).

- Klient sdělí potřebné informace s využitím zpráv od jiných odborníků, s využitím šetření v rodině a okolí. Rovněž se poradce zaměří na dosavadní zkušenosti klienta a společně s klientem zhodnotí jednotlivé možnosti řešení (Novosad, 2000).
- Informace z pozorování v průběhu práce s klientem zpracovává poradce do zpráv, které jsou podkladem pro sestavení anamnézy a případové studie – kazuistiky. Anamnéza je soubor zjištění, nálezů a sdělení, které lze získat při práci s klientem. Popis všech zjištěných okolností klientova případu řeší kazuistika. Ta mívá v sobě obsaženou i katamnézu, tedy sledování klienta po ukončení terapie (Novosad, 2000).
- Veškerá dokumentace, zachycující průběh sezení s klientem, má důvěrný charakter. K zefektivnění práce a dalšímu výzkumu či praktickému využití, je vždy potřeba písemný souhlas klienta a zachování jeho anonymity. Před žádostí o udělení souhlasu je nutné zhodnotit jeho psychický stav a celkový charakter vztahu mezi klientem a poradcem (Novák, Drinocká, 2006).
- Po domluvě s klientem, popřípadě s dalšími odborníky, poradce předkládá řešení, která jsou v dané situaci pro klienta optimální a objektivně reálná. Klient musí s navrženým řešením souhlasit a cítit vnitřní motivaci k vlastní účasti na tomto procesu (Novák, Drinocká, 2006).
- Vyžaduje-li řešení obtíží dlouhodobější spolupráci, je vhodné rozdělit společné snahy do posloupných etap. Jejich návaznost a zdánlivě snazší realizace budou klienta lépe motivovat a zároveň umožní pružnější volbu jiných možností řešení, zjistí-li se, že dosavadní postup je nedostatečně účinný (Novák, Drinocká, 2006).

3.1.2. Zásady a specifika vedení poradenského procesu

Zásady poradenské práce lze podle Novosada (2000, s. 70) zkráceně shrnout do následujícího postupu:

- „Navázání kontaktu
- Navázání spolupráce
- Důvěra, práce s perspektivou
- Realistický optimismus
- Porozumět znamená pomoci“.

Pro efektivní vedení poradenského procesu je třeba dodržovat základy správného jednání s lidmi. Veškerí aktéři sezení si musí vždy uvědomovat sami sebe a své slabiny, odhadnout své reakce v konkrétní situaci. Poradce musí umět si získat důvěru lidí a udržet si ji. Rovněž musí zvládat sebeovládání a nenechat se vyprovokovat negativistickým chováním druhých. Toto chování totiž často plyne z nevyrovnané náročné životní situace. Poradce musí mít přirozenou schopnost se přiměřeně prosadit. Jeho jednání nesmí být agresivní a nepřizpůsobivé, je třeba hledat kompromisy. Je na místě prosazovat vlastnosti, které usnadňují jednání s lidmi, a jimiž jsou autentičnost, bezprostřednost, emotivnost, schopnost empatie, iniciativnost, nezříkat se konfrontace, konkrétnost a otevřenost (Novák, Drinocká, 2006; Novosad, 2000).

Obvyklá délka konzultace je vymezena na jednu hodinu. Tento limit není striktní. Normou se uvádí 50-90 minut, dle zvoleného postupu a fáze pomoci. Čas sleduje sám poradce, a to nenápadně (Novák, 2006). V praxi lze narazit na chyby či zlovyky, které výrazně snižují efektivitu práce a snižují důvěru mezi klientem a poradcem. Patří mezi ně kupříkladu dogmatismus a dirigování. Klient rozhodně není v roli podřízeného, má právo vyjádřit svůj názor a pohled. Odborník nezastává funkci nejvyšší autority. Bleskové diagnózy jsou další častou chybou odborníků. Rychlé stanovení zdánlivě dokonalé diagnózy často znamená předčasné ukončení rozhovoru, kdy se často poradce ani nestihne dozvědět všechna potřebná fakta a tím plně nerozpozná jádro problému. Nachytávání klienta rovněž představuje překážku. Při jeho nedokonalé formulaci či rozporném výroku je silně nevhodné chytat se těchto slov a činit z nich neoprávněné závěry a podkládat klientovi irelevantní myšlenky. Zevšeobecňování a bagatelizace jsou velmi citlivými oblastmi. Poradce by neměl klientův případ stavět k mnoha jim podobných. Poradci nepřísluší zveličování svých zásluh, neměl by je přehnaně zdůrazňovat. Není na místě morálně hodnotit a kategorizovat klienta a jeho chování bez zohlednění jeho celkového kontextu. Monologizace, tedy rozhovor bez zpětné vazby, není komunikace. Preferování racionalizace před přirozenou emocionalitou není cesta k úspěchu. Klient není jen případ, ale především člověk. Poradce při své práci netransformuje do sezení své osobní zkušenosti a problémy. Komunikace v abstraktivních a odborných termínech není efektivní. Klient jim nerozumí a má pocit, že se jej netýkají. Odvádění rozhovoru na jiné téma, směřování pozornosti jinam vzbuzuje v klientovi pocit beznaděje a nabývá dojmu, že poradce si se situací neví sám rady. V případech všech těchto praktik se klient vždy uzavírá do sebe, může se cítit méněcenně, neschopně či poraženě. Dochází ke ztrátě důvěry v sebe i okolí a vážne nájemná komunikace. Výstupy těchto sezení lze označit za zkreslené a neadekvátní (Gabura, Pružinská, 1995; Novosad, 2000; Novák, Drinocká, 2006).

3.1.3. Kodex poradce

Pro ilustrování potřebnosti respektování profesního kodexu je v následujících řádcích popsáno dle Jankovského (2018) dvanáct praktických zásad v poradenské praxi:

1. Veškeré znalosti a zkušenosti jsou využity ve prospěch odborné i široké veřejnosti.
2. Úcta ke klientovi a zajištění jeho práv jsou základními atributy poradenské činnosti.
3. Poradce nedává najevo žádné předsudky a toleruje předsudky jiných, co se týče původu, kultury, etnika, vzdělání, sexuální orientace, věku, postižení, víry i společenského postavení klienta.
4. Cílem je podpora aktivity a samostatnosti klienta, podílení se na účasti rozhodování o vlastním životě.
5. Je na místě stálý zájem o klienta a to i v okamžiku, kdy mu není poradce schopen nalézt řešení.
6. Profesionální odpovědnost je důležitější než profesionální zájem.
7. Poradce nese odpovědnost za úroveň svých služeb skrz své vzdělání a výcvik.
8. Spolupráce s odborníky i okolím klienta je klíčové pro úspěšnost terapií.
9. Jasně jednání směrem k veřejnosti vede k větší osvětě.
10. Podpora etnických či kulturních odlišností klienta přispívá k jeho lepšímu sebehodnocení.
11. Informace o klientovi jsou sdělovány pouze s jeho výslovným souhlasem.
12. Tyto podmínky je třeba respektovat v každém zařízení, jež pracující s osobami v nepříznivé životní situaci.

3.1.4. Metody

Metody ve speciálně-pedagogickém poradenství ve svém jádru kopírují obecné metody ve speciální pedagogice. Jde o následující etapy činnosti, jimiž jsou **depistáž** (vyhledávání klientů v terénu), **primární prevence** (typy prevence budou popsány níže), **diagnostika** (popis příznaků a projevů), **sekundární prevence**, **terapie** (stanovení postupů), **terciární prevence** a **resocializace** (finální začlenění do společnosti) (Gabura, Pružinská, 1995; Novosad, 2000).

Efektivně lze využít řady aplikovaných výzkumných, poznávacích či diagnostických metod. Pro poradenské účely budou popsány metody anamnestické, analýzy výsledků činnosti, studia dokumentace, terapeutické a prevence (Novosad, 2000).

Metoda anamnestická má za úkol sběr informací a údajů o klientovi, jeho rodině a okolí. Zaměřuje se na kritické momenty či patologické odchylky a zkoumá okolnosti jejich vzniku. Anamnestickou metodu lze rozdělit na tři části a to na osobní anamnézu, která zkoumá vývoj jedince od narození do současnosti. Na jejím sestavení se podílejí lékaři, pedagogičtí pracovníci, sociální pracovníci a jiní odborníci. Další částí je rodinná anamnéza, jejíž podstatou jsou základní informace o rodině. Sleduje vliv dědičnosti obtíží a zjišťuje specifické charakterové vlastnosti, sklony, dovednosti a záliby, které se v rodině mohou vykytovat. Zaměřuje se také na vztahy mezi členy rodiny, postavení dítěte v rodině, úroveň celkové péče o dítě a jeho rozvoj, zdravotní stav a věk rodičů, atmosféru v rodině, zaměstnanost a vzdělání rodičů, přítomnost sociálně patologických jevů v rodině a právní statut rodiny (rodina úplná, neúplná, viz, kapitoly výše). Sociální anamnéza řeší vztahovou stránku života klienta. Sleduje atmosféru v rodině, ve škole, speciálním zařízení, na pracovišti, se sousedy, partnerem atd. Zkoumá rovněž životní styl klienta, kvalitu sociálních interakcí a komunikační schopnosti (Novosad, 2000).

Metoda analýzy výsledků činnosti se zabývá se rozbořem již hotových materiálů a nezachycuje průběh klientova případu. Výsledek či dílo, který klient výtvarně, hudebně či jinou prací v oblasti ergoterapie vytvořil, je výpovědí o jeho aktuálním stavu, dovednostech, schopnostech a přináší emoční prožitek. Tato analýza je vhodným doplňkem pro vstupní, průběžnou či výstupní diagnózu a dotváří obraz klientova případu. Vyžaduje však dostatečné množství podkladů a jejich odborné zpracování (Novosad, 2000).

Metoda studia dokumentace charakterizuje speciální instituci spolupracující s klientem i studium vlastní práce klienta přináší značné využití. Patří sem doklady o činnosti školy a dalších institucí, učební osnovy a plány, metodické pomůcky, materiály a postřehy učitelů či jiných pracovníků. Veškeré tyto podklady slouží ke zhodnocení současného stavu klienta (Novosad, 2000).

Metoda terapeutická bývá realizována na základě konkrétní diagnózy. Svou povahou ji lze rozdělit na metody reedukace, kompenzace a rehabilitace. **Metoda reedukace** cílí na zlepšení výkonu postižené funkce a jejím výsledkem je postupný, systematický rozvoj jedince. **Metoda kompenzace** zakládá svou činnost na nahrazování porušené, zaniklé či nevyvinuté funkce jinou funkcí. Soustavně zdokonaluje náhradní funkce a činnosti k nejlepšímu zastoupení dané oblasti. **Metoda rehabilitace** upravuje společenské vztahy a podílí se na seberealizaci klienta (Novosad, 2000).

Při **metodě prevence** se vychází z předpokladu, že při zanedbání odpovídající péče může primární obtíž negativně ovlivnit další složky osobnosti jedince. Má za cíl včas upozornit na riziko vzniku patologických jevů a umožnit nabídnout možné způsoby prevence (Novosad, 2000).

3.1.5. Cíle a vymezení základních poradenských otázek

V základní rovině je cílem poradenské služby zajištění klientova zdraví v závislosti na sociálním prostředí. Dle Světové zdravotnické organizace je zdraví "stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha (pohody) člověka" (2018) Kromě zdravotnického pohledu tedy pojem zdraví zahrnuje v konkrétní podobě i například stabilizaci a harmonizaci manželství, rozvoj osobnosti klienta, vytváření vhodných sociálních vztahů a hodnot a podporu seberealizace člověka ve fyzických, psychických i společenských rovinách (Novosad, 2000; Drapela, Hrabal, 1995).

V rovině speciálních cílů se usiluje o dosažení žádoucí změny v sociálním prostředí klienta. Tato změna napomáhá prevenci před nepříznivým vývojem jedince či pomoci dosavadní nepříznivý vývoj zastavit a a navodit stav příznivější. V tomto případě se využívá řada metod a postupů od rozhovoru, různé formy neverbální komunikace, přímá podpůrná opatření, organizační pomoc až po zprostředkování návazné péče (Novosad, 2000).

Novosad (2000, s. 65) píše, že u individuálních cílů se hovoří o konkrétních opatřeních, jež se vážou na určitého klienta. "Tato opatření vycházejí z působnosti poradce, jeho invence, psychosociální tvořivosti, flexibilita a schopnost improvizace jsou zárukou kvality poradenské činnosti."

Tyto roviny úzce souvisí s prevencí. V praxi je definována prevence na primární, sekundární a terciární:

- **Primární prevence:** Jedná se o opatření, která obecně přispívají k podpoře psychického a sociálního zdraví. Velký význam zde hraje dobrá informovanost, osvěta i výchova.
- **Sekundární prevence:** Zde je nutné co nejčasněji rozpoznat odchylky, poruchy, onemocnění či jiné obtíže klienta k následnému zavedení opatření, která zabrání možnému nepříznivému vývoji jedince.
- **Terciární prevence:** Jde o určitou nadstavbu sekundární prevence. Doporučenými metodami má již postiženého jedince chránit před prohloubením a fixací základního problému (Gabura, Pružinská; Novosad, 2000).

3.2. Osobnostní předpoklady poradce

Příprava na roli poradce je velmi dynamický a otevřený proces. Kvalita této profese se odráží od osobnostních předpokladů jedince, ale i jeho vzděláním, výcvikem a další odbornou přípravou. Jakákoli odborná činnost nabývá významu pouze ve vztahu k člověku, jeho identitě a individualitě. Tento vztah má komplexní charakter a každému odborníkovi musí být známy širší souvislosti své profese. V poradenské praxi se lze setkat s četnými diskuzemi, zda poradcem může být pouze odborník v daném oboru, například psycholog či psychiatr. Při hledání odpovědi je třeba zaměřit se na působnost a poslání poradce. Lze-li takto uvažovat o poradenské činnosti právě u logopeda, pak je rozsah jeho činností dán jeho kvalifikací. Logoped musí být schopen rozpoznat a diagnostikovat klientovy obtíže a musí vědět, na jakého dalšího odborníka se klient může obrátit a se kterým může spolupracovat (Kopřiva, 2016; Novosad, 2000).

Co se týče profesní přípravy poradce, samotné dosažení odborného (i vysokoškolského) vzdělání nestačí. Kromě neustálého sebevzdělávání by měl poradce navštěvovat rozvíjející profesní kurzy, které se zaměřují například na komunitní práci, rozvoj verbálních a neverbálních technik, psychoterapeutický výcvik, relaxační techniky atd. Spolupráce se staršími, zkušenějšími kolegy je pro začínajícího poradce zcela nezbytná. Pod odborným vedením tzv. supervizora si poradci navzájem předávají zkušenosti, které obohacují jejich další praxi (Novosad, 2000; Gabura, Pružinská, 1995; Fraser, 2010).

Vlivem rozvoje civilizace a rychlejšího životního tempa se ve větší míře objevuje u profesí, které jsou založené na práci s lidmi, stres. Nevyhýbá se ani poradenským profesím a jeho konečné stádium může vést k syndromu vyhoření. Ten se projevuje na základě symptomů, kdy se člověk necítí dobře fyzicky, psychicky i emocionálně. Dochází k pocitům marnosti, bezmoci, zmenšuje se chuť k práci. Radost ze života postupně mizí a úkoly jedinec plní spíše mechanicky. Syndrom vyhoření je výsledkem mnohaletého procesu. Nejprve cítí jedinec **nadšení**, velmi se angažuje ve své práci, má spoustu ideálů. **Stagnace** se dostavuje v případě, že realizace ideálů se nedaří dle představ. Požadavky spolupracovníků, vedoucích i klientů začínají jedince obtěžovat. Při **frustraci** dochází spíše k negativnímu vnímání klientů. Práce je pro jedince velké zklamání. Ve stádiu **apatie** je práce selektována pouze na to nejdůležitější, jedinec se vyhýbá jakýmkoli aktivitám navíc. Je-li k těmto aktivitám donucen, je nepřátelský. Konečným stavem je **syndrom vyhoření**, tedy stav úplného vyčerpání. Jako prevence proti syndromem vyhoření skvěle slouží různé relaxační programy, jež se svou povahou často specializují na ohrožené profesní skupiny. Nabízejí možnost odreagování, motivaci k dalším činnostem a učí dodržovat obecné principy duševní hygieny. Předtím je ovšem vhodné naslouchání signálům z okolí od kolegů, klientů, rodiny atd. Díky uvědomění si vlastního problému dochází ke kvalitnějšímu sebepoznání s následnou sebereflexí a kontrolou ve svém jednání (Novosad, 2000).

3.2.1. Etické zásady poradce

Tak jako v každé pomáhající profesi existují jisté etické zásady, i oblast poradenství při své práci respektuje následující:

- Poradce je kritický ke své profesi i vlastní osobě, umí využít schopnost sebereflexe. Je si vědom, že jeho kompetence, možnosti, vědomosti a schopnosti jsou omezené. Rizikovými faktory jsou přeceňování se a příliš velká víra ve vlastní schopnosti (Kopřiva, 2016).
- Obětavost je základem práce, má však své limity. Poradce si musí umět vymezit čas i na svůj odpočinek, duševní hygienu a osobní život. Nelze od něj očekávat maximální výkon po celý den. Dlouhodobé potlačování vlastních zájmů vede k syndromu vyhoření a duševnímu i fyzickému vyčerpání. V praxi se lze setkat i s tzv. „spasitelským komplexem“, který se vyskytuje především u začínajících odborníků. Na začátku své kariéry mají pocit, že jsou jediní na světě, kdo dokáže klientovi pomoci, čímž překračují zásadu sebekritičnosti, kdy se pouští do práce, která překračuje jejich kompetence i osobní možnosti (Kopřiva, 2016).

- Odborné zájmy jsou v souladu s osobními zájmy klienta. Někdy se tyto zájmy dostanou do rozporu, kdy je třeba se vyvarovat stavu, v němž terapeutův zájem přerůstá v uspokojování jeho vlastní zvědavosti. Rovněž je nežádoucí, aby se klient stal nástrojem touhy terapeuta po veřejném uznání a úspěchu. Tyto situace mohou klienta až psychicky poškodit (Novosad, 2000).
- Citové potřeby poradce i klienta je třeba zabezpečovat. Klient často přichází za odborníkem s citlivými tématy. Je proto třeba, aby při komunikaci s ním poradce zvolil citlivý verbální i neverbální projev, diferencovat své pocity a osobní sympatie či antipatie ke klientovi (Novosad, 2000).
- Kolegialita a otevřenost jsou základem poradenské péče. Vzájemná úcta a respektování zkušeností jsou základem profesionální solidarity. Neznamena to ovšem, že lze kolegiálně krýt chyby, kterých se odborník dopustil (Novosad, 2000).
- Důvěrné informace a údaje je třeba respektovat. Mlčenlivost o klientovi je základní předpoklad úspěchu práce. Ochrana osobních údajů je nejen legislativně zakotvena, ale především primární zájem klienta. Jestliže klient nesouhlasí se zveřejněním informací dalšímu subjektu, má plné právo na svou volbu (Novosad, 2000).

3.3. Hlavní zásady při práci s dětmi s vývojovou dysfázií

Úkolem speciálního pedagoga – logopeda je zajištění funkční komunikace. K nastavení efektivní spolupráce s klientem a nastavením vhodných postupů při terapii je třeba dle Peutelschmiedové (2009) zohlednit následující aspekty: věk klienta, pohlaví, úroveň prozodických faktorů a vliv předchozích zkušeností.

Vlivem narušené komunikační schopnosti klienta se často lze při sezení setkat s pocity studu a zahanbení ze špatného způsobu vyjadřování. Je proto na místě navodit klidnou a přátelskou atmosféru a dát klientovi najevo svůj zájem (Fraser, 2010).

3.3.1. Nepřiměřené reakce

Díky stálému tlaku z náročných situací dochází k jejich nepřiměřenému zvládnutí. Jedná se o:

- Únik, kdy se dítě snaží před svými problémy utéct často pod záminkou nemoci. Méně nápadný je únik do „vnitřního světa“, kdy jedinec utíká do vlastních představ a snů (Fraser, 2010).
- Regrese neboli krok zpátky. Dítě se začne chovat jako mnohem mladší dítě za účelem více lásky a méně nároků (Jucovičová, Žáčková, 2002).

- Popření neúspěchu nebývá vědomé. Dítě se jeví jako by si neuvědomovalo svůj neúspěch. Naopak zlehčování neúspěchu je stav vědomý (Jucovičová, Žáčková, 2002).
- Poutání pozornosti je v praxi velmi časté. Dítě často neví, jak daný úkol splnit a poutá pozornost předváděním se (Jucovičová, Žáčková, 2002).

3.3.2. Zásady v terapii

Při terapeutické činnosti s dětmi s vývojovou dysfázií je nutno dodržovat následující zásady. Je zapotřebí navodit klidné, vyrovnané a laskavé prostředí, vyvarovat se vypjatým situacím. Základem je stanovit jasný řád v rovnováze laskavým přístupem. Dítě se musí naučit sladit své osobní potřeby a někdy se podřídit nárokům ostatních lidí. Doporučuje se pravidelný, až stereotypní, režim dne, aby se dítě dokázalo rychleji zorientovat v základních denních situacích. Pravidla musí být jasně vymezena, aby dítě vědělo, kdy je překračuje a kdy ne. Svět dítěte musí být přehledný, jasně uspořádaný. Proto je na místě vybavit logopedickou ambulanci rovněž co nejvíce minimalisticky. Důslednost je dalším bodem, který je potřeba při práci s dítětem s vývojovou dysfázií dodržovat. Pravidla, která jsou stanovena, se musí dodržovat. Kontrola by měla být prováděna nenápadně, nedirektivně. Vyplatí se postupovat trpělivě a laskavě. Při zadání úkolu je třeba důsledně sledovat jeho plnění. Netrváme-li na splnění úkolu, je dítě uvedeno do zmatku. Tuto nedůslednost se poté dítě brzy učí využít. Častější a nenásilnou kontrolou si dítě požadovanou činnost zautomatizuje a později ji není třeba tolik kontrolovat. Sjednocení výchovy představuje významný prvek v terapeutické činnosti. V případě, že je jeden rodič důsledný a druhý ne, uvádí opět dítě ve zmatek a výsledkem je využívání „slabšího“ rodiče, případně ignorování obou rodičů. Tuto problematiku je třeba probrat i s širší rodinou a vzdělávací institucí dítěte. Je na místě probrat s rodiči postup práce s dítětem a výchovný styl. Soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte je klíčem k úspěchu v terapii. Umožnit dítěti prožít úspěch, když dosud zažívalo převážně neúspěch, má blahodárny účinek. Chválíme dítě i za malé, dílčí pokroky, povzbuzujeme je k dalším výkonům. Dáváme mu najevo důvěru, že dokáže daný úkol zvládnout. Jestliže dítě není tolik úspěšné ve školní práci, podporujeme jej v činnostech, ve kterých se mu daří. Negativní chování se snažíme, pokud je to možno, ignorovat. Je na místě pracovat více s pochvalami a odměnami, než tresty. Zásoba trestů se brzy vyčerpá a dítě si na ně zvykne natolik, že na něj nakonec nepůsobí. Usměrnování aktivit a přívod přiměřených podnětů je velmi důležité. Energii dítěte se nesnažíme násilně potlačovat. Při vhodných chvílích je na místě dát dítěti možnost co největšího volného pohybu. V dnešní době jsou děti zahlceny spousty podněty a množstvím příkazů, ve kterých má dítě chaos. Může dojít ke vzniku afektivních reakcí. Dětem s vývojovou dysfázií nejvíce vyhovují jednoduchá, jasně formulovaná pravidla, která při práci uplatňujeme (Jucovičová, Žáčková, 2002).

3.3.3. Doporučené postupy k rozvoji klíčových oblastí

Následující část stručně vymezi hlavní oblasti obtíží dětí s vývojovou dysfázií a představí doporučené postupy.

Oblast motoriky: Děti s vývojovou dysfázií jsou často rychle unavitelné. Jejich únava se projevuje zvýšeným neklidem. Nedoporučuje se nutit za každou cenu ke klidu. V případě, že se dítě bude soustředit na to, aby například v klidu sedělo, na důležitější činnost již není schopno plně vnímat. Dítě naopak potřebuje dostatek příležitostí k pohybovému uvolnění pomocí krátkého cvičení. Při práci umožníme měnit polohu, například ze sedu do stoje. Rovněž vybíráme aktivity tak, aby byly kratšího rázu a činnosti se tak mohly střídát. Většinou v intervalu 5 – 10 – 15 minut. V případě delší práce můžeme úkol přerušit a zařadit mezi něj kratší činnost, poté úkol dokončit. Využití relaxace má při terapii význam. Měla by být kratší, dětem příjemná. Relaxovat v logopedii lze dechovými cvičeními, která se postupně děti učí samy. Za zklidnění dítě pochválíme, drobný neklid ovlivňujeme zklidňující dotykem, například položením své ruky na rameno dítěte. Při zadávání pokynů se vždy díváme dítěti přímo do očí. Snažíme se, aby se na kontakt dítě soustředilo a kromě slovní instrukce vnímalo i mimiku. Kromě častého motorického neklidu mají často děti s vývojovou dysfázií poruchy jemné i hrubé motoriky a motorické koordinace. K nácviku jemné motorik užíváme různé pomůcky od stavění nejrůznějších typů stavebnic, mozaik, skládaček, modelování, navlékání korálků, vyšívání, stříhání, skládání, vymalovávání a kreslení. Zpočátku kreslíme na větší ploše v různých pozicích. Preferujeme křídly, prstové barvy či široké pastelky a štětce. Lze uplatnit různá grafomotorická cvičení. Činnosti, které mu dělají obtíže, rozfázujeme na jednoduché části a dle nich postupujeme. Je třeba myslet na to, že některé děti s vývojovou dysfázií mají obtíže s orientací v prostoru a dle toho cvičení bezpečnostně přizpůsobit. Při psaném projevu dítěte nehodnotíme neúhledné písmo. Nenecháváme dítě nic zbytečně přepisovat, postupně jeho výkon klesá, tudíž ke zlepšení psaní nedopomůže. Preferujeme spíše ústní formu ověřování znalostí dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2002).

Oblast vnímání: Narušena bývá oblast zrakového a sluchového vnímání. Dítě například vidí dobře, ale hůře si všímá rozdílů mezi obrázky. V případě sluchu zase například sluchově nerozliší jednotlivé hlásky ve shluku souhlásek, tudíž místo slovo kostka slyší koska, což také napíše do diktátu. Pomoc při cvičení oblasti zrakového vnímání můžeme nalézt v dětských časopisech, puzzlích či Kimových hrách. V případě sluchového vnímání hrajme hry, které se zaměřují na rozlišování zvuků, sluchovou orientaci, tvoření nových slov od poslední hlásky předchozího, analyticko-syntetickou schopnost skládání a rozkládání slov na jednotlivé hlásky a lokalizaci hlásek ve slově (Jucovičová, Žáčková, 2002).

Oblast emocí a chování: Z výše zmíněného vyplývá, že základem je vytvoření klidné atmosféry. Za impulzivní jednání dítě netrestáme. Naopak se snažíme afektivnímu jednání předcházet za pomoci příjemnějšího tónu řeči, odvedení pozornosti k jinému tématu, poskytnutí prostoru pro relaxaci či uvolnit napětí pohybem. Pokud afekt vznikl, je dobré jej nechat proběhnout a odeznít. Především zachovat klid a dítě svým dotykem zklidnit. Vhodné chování podporujeme odměnou a pochvalou (Jucovičová, Žáčková, 2002).

Oblast koncentrace pozornosti a paměti: Při práci by dítě nemělo být rušeno vedlejšími podněty. Na stole by měly být jen nezbytné pomůcky a nic navíc, co by odpoutalo pozornost. Při práci s dětmi s vývojovou dysfázií platí zásada: krátce, ale častěji. Častým střídáním pracovní polohy předejdeme únavě. Pokud dítě pracuje dobře, drobného psychomotorického neklidu si nevšímáme. Je dobré častěji střídat různé druhy aktivit. Pokyny opakujeme několikrát a v klidu. Někdy je vhodné předvést úkol fyzicky. Práci zadáváme po částech a průběžně kontrolujeme způsob plnění. Vždy si zkontrolujeme, zda dítě úkol pochopilo tím, že nám zadání vysvětlí. Úkoly na příště zadáváme pravidelně, zapisujeme je do speciálního sešitu a dohodneme se na systému kontroly s rodiči. Při práci se snažíme předcházet chybám. Neupozorňujeme na ni výrazy „špatně“ či „chyba“, ale volíme jemnější strategie jako „opatrně“ či „pozor“. Můžeme předem dítě upozornit na obtížnou část cvičení, čímž upoutáme jeho pozornost a snažíme se předejít chybě. Při učení používáme co nejvíce názorných pomůcek, jež pomáhají ke snazšímu zapamatování. Je ovšem třeba vše brát s mírou. Pracovní listy volíme co nejstručnější nebo pouze vybrané části. Do terapie také zařazujeme různé hry na rozvoj paměti (Jucovičová, Žáčková, 2002).

Oblast řeči a myšlení: Ve většině případů mají děti s vývojovou dysfázií poruchu řeči. Aby jejich řeč neovlivňovala školní výkon, je třeba podpořit její rozvoj již v předškolním věku. Jestliže vada přetrvává, je na místě intenzivní péče odborníka – logopeda ve spolupráce s rodinou, případně školou. Řeči je věnována pozornost především z toho důvodu, že porucha výslovnosti ovlivňuje významně výuku českého jazyka. V případě špatné artikulace hlásek, dochází k jejímu chybnému čtení, někdy i psaní. Dítě píše slova, jak je vyslovuje, což ovlivňuje výsledek i v ostatních předmětech, s nimiž se český jazyk prolíná. Patrná bývá artikulační neobratnost. Děti mají obtíže s vylovováním shluků souhlásek, delších nebo cizích slov. Existují různá artikulační a rytmicizující cvičení spojené s pohybem, vytleskáváním, využitím hudebních nástrojů či zpěvem. Děti mají problém nejen při hlasitém čtení, ale především v interakci s okolím. Některé děti svou vadu řeči neřeší, jiné se uzavírají do sebe a odmítají komunikaci. Děti mohou mít rovněž omezenou slovní zásobu. Používají stále stejná slova, jež přesně nevystihují situaci. Je na místě dítě neustále podněcovat k vyprávění a ne pouze klást otázky, na které dítě odpovídá „ano“ či „ne“. Obecným problémem dnešní doby je nedostatek komunikace vůbec. Produkci řeči podporujeme vyprávěním podle obrázků, dokončováním příběhů, vyprávěním

pohádek či příběhů. Další oblastí, která je u dětí s vývojovou dysfázií často narušena, je myšlení. To lze stimulovat jednoduchými dětskými hrami (např. „Všechno lítá, co peří má“, „Myslím si slovo na písmeno...“ nebo „Na co myslím“). Užitečné jsou i pantomimické hry, kdy dítě dle předváděného hádá, o co se jedná. K rozvoji logického myšlení vybíráme hry typu „Co sem nepatří“ (Jucovičová, Žáčková, 2002).

3.4. Poradenská zařízení a instituce

V rámci resortu školství, zdravotnictví a sociálních věcí může logoped využívat odborných služeb a konzultací poradenských zařízení, jejichž zaměření se často mohou velmi lišit, avšak z pohledu potřeb klienta a jeho obtíží se mohou vzájemně doplňovat. V následujících bodech budou představeny vybrané typy těchto zařízení:

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) jsou zcela jistě nejznámějším typem poradenského zařízení. Zaměřují se na problematiku výchovy a školního vzdělávání dětí a mládeže. Poradny mají ve svém týmu odborníky z řad psychologie, speciální pedagogiky, logopedie a sociální práce. O vyšetření v poradně mohou žádat zákonní zástupci žáka či sám zletilý žák. Doporučit vyšetření může příslušný pedagog, nejčastěji výchovný poradce, ředitel školy či třídní učitel. Výsledky vyšetření posuzují klientovi schopnosti, dovednosti, mentální, fyzickou úroveň atd. V pedagogicko-psychologických poradnách se lze setkat s vybranými a často frekventovanými problémy, jimiž jsou například vyšetření školní zralosti, zjišťování laterality, zajištění optimální výchovy a vzdělávání dětí a žáků se zdravotním postižením, posuzování integrace a zařazení do speciální školy, diagnostika a reedukace specifických poruch učení, poruch vývoje osobnosti, chování a komunikace, řešení volby povolání a problematiku školní neúspěšnosti (Ditrich, 1992; Novosad, 2000).

Speciálně pedagogická centra (SPC) definujeme jako speciální školská zařízení, která se specializují na určitý typ zdravotního postižení. SPC se tedy zaměřuje na klienty se smyslovým, mentálním, tělesným postižením, vadami řeči a kombinovaným postižením. Zpravidla jsou zřizovány při speciálních školách státního i nestátního typu. Centra nabízejí poradenské služby školám, školským zařízením, rodinám, orgánům státní správy i sdružením, podílejících se na péči o jedince se zdravotním postižením. PPP a SPC poji těsná spolupráce. Svou činností se však rovněž v mnohém odlišují. PPP se v praxi orientují spíše na diagnostiku bez návazné speciálněpedagogické péče, jež zajišťují právě SPC. SPC řeší úkoly především v oblastech zpracování kompletních podkladů k rozhodnutí o zařazení dítěte nebo žáka do integrace či speciálního zařízení, včetně průběžného sledování a vyhodnocování vhodnosti této volby. Vypracovávají návrhy na optimální podmínky vzdělávání a poskytují metodickou i konzultační pomoc. Kmenovými pracovníky jsou psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Tým

může poté doplnit logoped, moped, psychoterapeut, rehabilitační pracovník, pediatr, psychiatr, neurolog a další lékaři specialisté (Kubová, 1995; Novosad, 2000).

Poradny pro rodinu a mezilidské vztahy jsou spolu s PPP nejdostupnějšími institucemi. Je to především díky jejich četnosti a rozšíření prakticky v každém větším městě. Primárně se zabývají osobním, rodinným a partnerským poradenstvím. Pracují s manželstvími, která jsou ohrožena rozvodem, řeší problémy napříč generacemi a upravují vztahy rozvedených rodičů a jejich dětí. Poskytují své služby snoubencům, snaží se optimalizovat partnerské vztahy a snižují vznik rodinné patologie, např. alkoholismus v rodině, násilí, nadměrné odcizení atd. Úzce spolupracují s linkami důvěry, sociálními pracovníky, ostatními poradenskými zařízeními, výchovnými poradci a dalšími odborníky (Novák, 2006; Novosad, 2000).

Výchovní poradci na základních a středních školách nabízí často první poradenskou pomoc, na kterou se mohou učitelé, rodiče i sami žáci a studenti obrátit. Poradce řeší problémy spojené s prospěchem, kázní, rodinou a zdravím na základě podnětu třídního učitele. Jako poradce žáků funguje v situacích vztahových, citových a rodinných. Zprostředkovává kontakt na další odborníky, například z řad psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků či doporučuje vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně. Vyřizuje dotazy a stížnosti rodičů spojené s výchovnými obtížemi ve škole a poskytuje rady ohledně výchovy doma. Rovněž pomáhá řediteli školy se zjišťováním hrozící patologie v chování žáků a je oprávněn obrátit se na příslušné odborníky. Organizuje preventivní opatření prostřednictvím cílených přednášek na danou problematiku (např. drogy) (Novosad, 2000).

Střediska výchovné péče pro děti a mládež poskytují kromě ambulantní a internátní péče i poradenskou činnost a pomoc dětem, mladistvým a jejich rodičům, učitelům a vychovatelům. Usilují o podchycení prvotních signálů možných poruch chování u klientů a snaží se předcházet závažnějším problémům jako např. kriminalitě, alkoholismu a prostituci (Novosad, 2000; Čálek 1992).

Střediska pro poradenství a sociální rehabilitace se orientují na poradenství v praktických záležitostech, plynoucí ze života se zdravotním postižením. Jejich činnost je zaměřena jak na práci s jedincem, tak i s rodinou a veřejností. Poradenské aktivity zahrnují právní konzultace (bydlení, pracovně právní vztahy), sociálně-právní poradenství (žádost o příspěvky), pomoc při hledání zaměstnání, informační činnost (o konkrétních pomůckách, službách, zařízeních) a zprostředkování služeb osobní asistence, průvodce či tlumočnicka (Novosad, 2000).

Poradenské aktivity svépomocných sdružení vykonávají svou činnost na základě dobrovolnictví pro vybrané skupiny, např. diabetiků, paraplegiků atd., jejichž poradenská činnost se odráží od problémů života s daným typem postižení. Často dochází k předávání

vlastních zkušeností a rad ohledně pomůcek, výchovy, příspěvků, životosprávy či hygieny. Tyto skupiny také orientují své aktivity na prosazování svých práv, lepších podmínek a příležitostí ve společnosti (Novosad, 2000).

Zdravotnické instituce poskytují poradenství pouze doplňkově jako součást sociální práce v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních zařízeních. Spočívá především ve zjištění okolností dalšího života pacienta. Zkoumá rodinné zázemí, sociální vztahy, hmotné zabezpečení, bydlení, míru soběstačnosti klienta a jeho psychický stav. Povinností každého lékaře je posoudit stav pacienta komplexně, tedy v rovině psychické, somatické i sociální (Novosad, 2000).

3.4.1.1. Komunikace s pacientem

Pacient však není pouhý případ, ale především člověk. Je proto vhodné připomenout, jak lékaři s pacienty často komunikují a jak by měli správně zacházet v oblasti poradenství. Lékař při komunikaci často nadužívá odborné terminologie, jimž pacient nerozumí, a vyvolávají v něm obavy. Pokud si informace neobstará jinde, může získat zkreslený dojem o svém stavu a například se vnímat jako vážnější případ, než je tomu ve skutečnosti. Může také nastat stav, kdy lékař s pacientem nekomunikuje vůbec, s vyšetřovaným jedná jako s méněcennou, nesvéprávnou osobou, obavy pacienta odmítá či bagatelizuje. U jedinců se syndromem vývojové dysfázie se lze s tímto chováním často setkat. V případě návštěvy pacienta lékař hovoří pouze s touto osobou. Veškeré pokyny jsou sdělovány pacientovi přes prostředníka. Pacientovi je velmi často sdělena diagnóza bez dalšího vysvětlení a seznámením týkající se dalšího života s ní. Pacient se často nedozví, proč lékař zvolil určitý postup léčby, jeho rizika ani pozitivita. V opačném případě pacient může být lékařem nevhodně zahrnován soucitem či nadměrným optimismem ohledně jeho stavu. Následná reakce pak může ohrozit průběh terapie, kdy pacient může přestat spolupracovat, odklonit se od reálného světa či mít sebevražedné myšlenky. Komplexní předoperační příprava a pooperační péče jsou nezbytné k probrání s pacientem. Strach z bolesti či ze závislosti na pomoci druhých vede k přirozeným lidským emocím. Pacient by měl vědět, co se bude dít, kdo bude úkony vykonávat a měl by získat pocit, že lékař udělá pro jeho zlepšení zdravotního stavu maximum. V neposlední řadě by lékař měl umět pacienta vhodně motivovat a odkázat na další odborníky. Cenné je rovněž odkázání na občanská sdružení pro jedince, kteří mají stejné obtíže a řeší podobné problémy. Vztah mezi lékařem a pacientem by měl být vždy založen na důvěře a pravdě. Srozumitelná, sdělná komunikace a péče o psychiku klienta vede k úspěšnější lékařské péči (Novosad, 2000; Jesenský, 1995).

3.5. Spolupráce s lékařskými obory u jedinců s vývojovou dysfázií

3.5.1. ORL a foniatrie

Otorhinolaryngologie je lékařský obor, jehož výchozí problematikou je oblast hlavy, krku a zčásti i hrudníku. Foniatrie se poté jako speciální lékařský obor věnuje chorobami řeči a hlasu. Pro komplexní zvládnutí problematiky vývojové dysfázie je třeba úzké spolupráce s medicínskými obory. ORL a foniatrie zde zauímají významné postavení. Poruchy sluchu a hlasu jsou nejčastěji se vyskytující postižení a ve svých souvislostech se podílí na vývoji nejvyšších funkcí člověka, jež je samotný intelekt i společenské chování. Proto v rámci diferenciální diagnostiky je třeba vyloučit vadu sluchu (Šlapák, Floriánová, 1999).

Většinou mezi třetím až čtvrtým rokem života dítěte se dítě dostává do ordinace ORL lékaře pro posouzení centrálního nálezu ve sluchové percepci s podezřením na periferní sluchovou vadu, většinou s negativním výsledkem. Popřípadě s lehkou převodní nedoslýchavostí způsobenou četnými záněty horních cest dýchacích. (Neubauer, Pospíšilová, 2017) Ačkoli řeč dítěte s vývojovou dysfázií může svými prvky připomínat řeč jedince s nedoslýchavostí, jsou tato specifika daná narušeným fonologickým systémem. Vyšetření pomocí audiometru je v případě tónové audiometrie v normě. "Při vyšetření evokovaných sluchových potenciálů kmene (BERA) je jen mírně prodloužená latence, prodloužený interval mezi vlnou III a V. Při vyšetření korových odpovědí nejsou dopovědi na komplexní podněty (slovo). Odpovědi pro čisté tóny jsou normální." (Šlapák, Floriánová, 1999, s. 68).

Základem foniatického vyšetření je diferenciální diagnostika vývojové dysfázie od prostého opožděného vývoje řeči a vyloučení jiného organického postižení mozku. Posuzována je srozumitelnost řeči a dodržení segmentální struktury slov a vět. Jedince s vývojovou dysfázií vykazuje v obou oblastech potíže. Nepoměr mezi slyšením a rozuměním je patrný (Lejska, 2003).

3.5.2. Psychologie

Psychologie je empirická věda, která se zabývá zkušenostmi člověka. Psychopatologie se poté zabývá popisem abnormálních projevů lidské psychiky, která za adekvátních podmínek slouží k úspěšné adaptaci člověka na životní podmínky (Juklová, Skorunková, 2009).

Psychologický nálezu u dítěte s vývojovou dysfázií ukazuje na difúzní postižení centrální nervové soustavy se známkami organicity. Porucha intelektu není součástí klinického obrazu, a pokud je přítomna, hovoříme o ní jakožto o přidružené poruše, kdy se v podstatě jedná o

kombinované postižení. Intelekt může být nadprůměrný a to i u velmi těžkých forem dysfázie. Specifickým rysem je rozptyl výkonů vztahující se k vybraným intelektovým složkám, kterými jsou paměť, koncentrace pozornosti, způsob využívání energie atd. (Škodová, Jedlička, 2007).

Během třetího až čtvrtého roku věku dítěte mohou nastat obtíže v sociálním chování, koncentrací pozornosti a impulzivitou. Možné je podezření na poruchu pozornosti s hyperaktivitou. Dítě je tak indikováno k vyšetření u klinického psychologa (Neubauer, Pospíšilová, 2017).

4. Praktická část

Empirická část diplomové práce probíhá ve dvou rovinách, a to ve formě kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Jestliže dojde ke kombinaci obou uvedených metod, jde o metodu smíšeného designu, jež Hendl (2005, s. 60) popisuje jako „typ metody, ve kterém výzkumník využívá jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum uvnitř jednotlivých fází výzkumného procesu“.

Nejprve dojde k představení kvantitativního výzkumu, který je realizován pomocí dotazníkového šetření. Dotazník charakterizuje Chrátka (2007, s. 164) jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ Tyto dotazníky mají za úkol zhodnotit průběh vyšetření u vybraných odborníků a míru informovanosti o diagnóze dítěte z pohledu rodičů.

Následně dojde k prezentaci kvalitativního výzkumu, jež je zpracován formou strukturovaných rozhovorů s odborníky z řad foniatrie a klinické psychologie. Cílem je posouzení vhodných způsobů sdělování informací rodině k rozvoji svého dítěte a optimální spolupráce s klinickým logopedem, dle jejich odborného pohledu. Jedná se o explorativní metodu, u které nedochází k písemnému vyjádření respondenta, nýbrž vychází z ústní komunikace. Charakteristickým znakem je vycházení z předem připraveného souboru otázek, který je strukturovaný a nelze vybrané otázky přeskočit. Smyslem je získání odpovědí na předem nachystané otázky, které jsou pokládány celému souboru respondentů, kterými se výzkum zabývá. Tento typ rozhovoru je využíván při nutné minimalizaci variace otázek, které jsou dotazovanému pokládány, čímž dochází ke snížení pravděpodobnosti, že se získaná data v jednotlivých případech budou viditelně strukturně lišit (Pelikán, 2004).

Výsledkem výzkumné části je sestavení odborné brožury pro rodiče, která nabízí základní přehled, jak efektivně s dítětem pracovat. Jako hlavní cíl kvantitativního výzkumu je, za pomoci dotazníkového šetření, vyhodnotit, zda předem stanovené hypotézy je možno potvrdit či vyvrátit. Kvalitativní výzkum si poté klade za cíl nalezení vhodné strategie pro sdělování diagnózy rodině z multidisciplinárního pohledu.

4.1. Cíle výzkumu, metodologie

Jakožto hlavní cíl této diplomové práce se rozhodla autorka zjistit, jak velké povědomí mají rodiče o specifických obtížích svého dítěte a zda jsou dostatečně informováni o možnostech jeho rozvoje. Rovněž se práce zabývá vhodným způsobem sdělování informací rodině a optimálním seznámením s diagnózou jejich dítěte napříč obory klinické psychologie a foniatrie. Výzkum byl realizován formou smíšeného designu, tedy za využití kvantitativní a kvalitativní části výzkumu. Kvantitativní část si klade za cíl, pomoci dotazníkového šetření, díky němuž je výzkum prováděn, vyhodnotit, zda níže uvedené hypotézy lze objektivně, na základě výsledků, vyhodnotit jakou souhlasné či nesouhlasné. Jedná se o tyto teze:

Hypotéza H1: Odlišností ve vývoji svého dítěte si rodina všimá nejčastěji před jeho 3. rokem věku.

Hypotéza H2: Nejčastěji rodina vnímá jako specifickou oblast ve vývoji svého dítěte narušenou řeč.

Hypotéza H3: Nejvíce informací o vývojové dysfázií se rodiče dozvídají od logopeda.

Hypotéza H4: Na logopedii začíná rodina docházet nejdříve ve 3-4 letech věku dítěte.

Kvalitativní část, jež byla vedena formou strukturovaných rozhovorů foniatrem a klinickým psychologem, nese za cíl pomoc rodině z pohledu multidisciplinární spolupráce. Zjišťuje, jaké strategie je vhodné využít při sdělování diagnózy a prognózy rodině. Rovněž se snaží vyhodnotit, jaké je obecné povědomí většinové společnosti a zda je dostatečně s problematikou vývojové dysfázie seznámena. Výzkumné otázky byly definovány následovně:

1. Jak efektivně sdělit rodině diagnózu svého dítěte?
2. Je čas, který může odborník klientovi vyhradit ke sdělení diagnózy, dostačující?
3. Co očekává foniatr a klinický psycholog od spolupráce s klinickým logopedem?
4. Má většinová společnost alespoň základní informace o syndromu vývojové dysfázie?

Na základě těchto stanovených tezí a výzkumných otázek byla vyhotovena brožura, která obsahuje základní informace pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií. Stručně vysvětluje problematiku vývojové dysfázie, její typy, specifika vybraných oblastí vývoje a prognózu. Lze zde nalézt tipy a rady, jak podpořit vývoj dítěte, dále odkazy na vybrané webové stránky, online materiály, svépomocné i odborné skupiny na sociálních sítích a mobilní aplikace s popisem rozvíjejících oblastí. Rovněž poskytuje rodině pomoc s vyhledáním logopedické péče v okolí jejich bydliště.

4.2. Kvantitativní výzkum

První polovina empirické část, jež je realizována kvantitativním výzkumem, prezentuje výsledky dotazníkového šetření. Za cílovou skupinu byli vybráni rodiče, jejichž dítě má diagnostikovanou vývojovou dysfázií. Dotazník obsahoval celkem 17 otázek, z nichž 6 bylo zcela uzavřených, bez možnosti jakéhokoli doplnění informací. 9 otázek sice respondentovi vedla k volbě pouze jedné odpovědi, ale dala mu rovněž alternativní možnost odpovědi s pomocí kolonky „Jiný“, kam mohli uvést jinou skutečnost, která vedla k odpovědi na otázku. Zbylé 2 otázky nabídly respondentům výběr odpovědí s možností více odpovědí. Všechny použité otázky a zpracovaný formulář jsou výhradním dílem autorky této práce.

Následně došlo k vytištění dotazníků a postupnému sběru dat za pomoci osobního setkávání s rodinami ve foniatrické ambulanci polikliniky Jičín pod záštitou MUDr. Miroslavy Hnízdové. Dotazníkové šetření bylo průběžně prováděno od října 2021 do února 2022, kdy autorka této práce dostala příležitost se jeden pátek v měsíci účastnit vyšetření sluchu u dětí s diagnostikovanou vývojovou dysfázií. Pokaždé měla příležitost se za daný den seznámit se čtyřmi až pěti rodinami. Na počátku každého vyšetření došlo k požádání rodiny o spolupráci, kdy každý účastník sezení souhlasil. Následně byli respondenti podrobně seznámeni s účelem dotazníkového šetření, způsobem jeho plnění a oblastí zkoumání. Dotazník měl anonymní charakter dle platné legislativy v souladu „s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 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) známém jako „GDPR“.“ (Nezmar, 2017, s. 13).

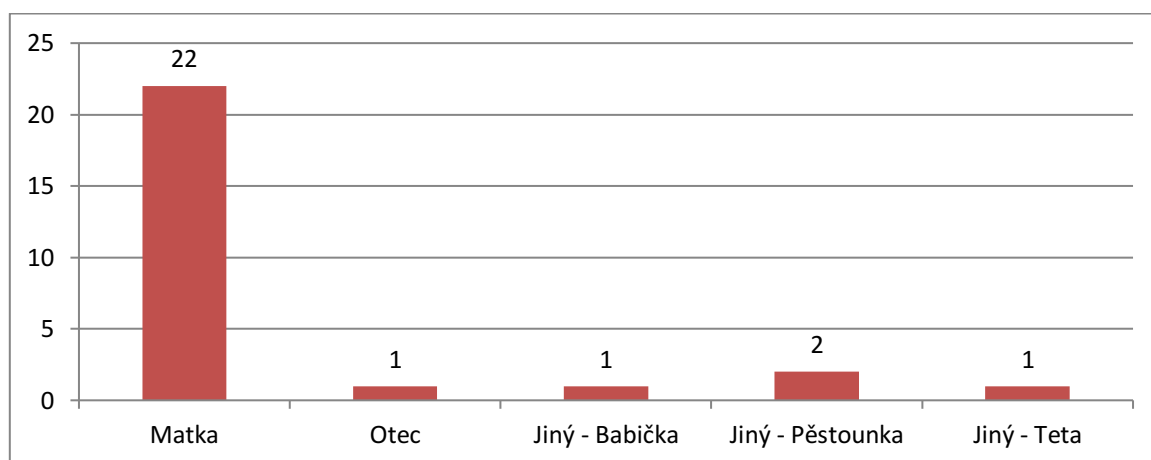
Celkově měla autorka možnost účastnit se vyšetření u 27 rodin, z nichž všechny souhlasily s vyplněním dotazníku. Po celou dobu jejich plnění, byla autorka práce přítomna a v případě potřeby i hned poskytla rodině doplňující informaci či pomohla rodině s volbou odpovědi. Ačkoli návratnost dotazníků byla u autorky 100%, jedná se o malý vzorek v porovnání s celkovým počtem dětí s vývojovou dysfázií na území České republiky. Tuto metodu sběru informací ovšem řešitelka projektu zvolila z důvodu preference osobního kontaktu s rodinou, orientačního posouzení, zda odpovědi v dotaznících jsou relevantní ve vztahu k dítěti, lepší pochopení problematiky rodičovství u dětí s vývojovou dysfázií a komplexní práce s celou rodinou. Veškeré výpovědi respondentů byly zpracovány manuálně, s absencí informačních technologií. Vzhledem k povaze sběru informací pomocí osobního setkání, se jednalo o způsob, který zajistil větší návratnost a lepší komunikaci s rodinou, než v případě zhotovení dotazníku v internetovém prostředí. Výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny v následujícím bodě. Dotazník v celém znění je možné nalézt v části „Seznam příloh“ pod názvem „Příloha A“.

4.2.1. Dotazníkové šetření

V rámci posouzení vhodnosti zvolených otázek v dotazníku, byl proveden předvýzkum, kterého se účastnilo 5 respondentů. Následně jeden pátek v měsíci, v období říjen 2021 – únor 2022, autorka požádala rodiny o vyplnění tohoto šetření. Celkově se dotazníkového šetření účastnilo 27 rodin dětí s vývojovou dysfázií. Z celkových 17 otázek bylo 15 povinných. Zbývající 2 dotazování vyplnili pouze v případě, že absolvovali v minulosti se svým dítětem psychologické a foniatrické vyšetření. Na veškeré otázky respondenti odpovídali, v případě nesnázi či nepochopení otázky, měli možnost i hned se obrátit na řešitelku projektu, která jim byla k dispozici. Na základě této skutečnosti nedošlo k nevyplnění některých z částí otázek. Dotazník díky tomu získal značnou variabilitu odpovědí a větší věrohodnost výpovědí.

Veškeré výpovědi na dané otázky jsou zpracovány formou grafu, který přehledně ukazuje výsledky zkoumání a početní obsazení daného výběru možnosti. Dále obsahuje slovní popis k vystižení detailů u vybraných výpovědí, které autorka měla možnost od rodičů osobně vyslechnout.

1. Jaký je Váš příbuzenský vztah k dítěti?



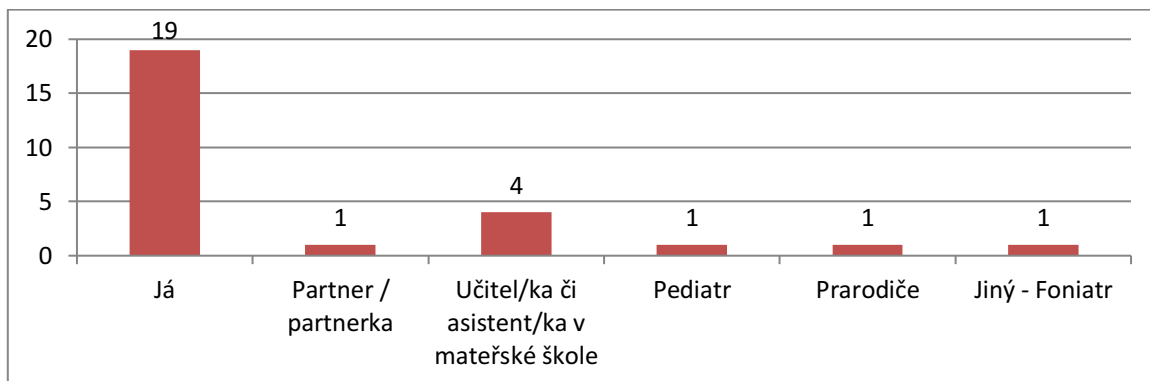
Graf 1

Otázka č. 1 hodnotila vztah respondenta vůči dítěti. Otázka obsahovala možnost dvou základních odpovědí, tedy matka a otec, a odpověď jiný, kde bylo požadováno do volného prostoru u odpovědi dopsat konkrétní příbuzenský vztah.

Z celkového počtu 27 respondentů se ve většině, jež je patrné z grafu, účastnilo dotazníku nejvíce matek, tedy 22, což v procentuelním zastoupení činí hodnotu 81,5%. Dále se šetření účastnily dvě ženy, jež jsou pěstovkami ve vztahu k daným dětem, a které tvoří 7,4%

zastoupení v celkovém počtu dotazovaných. Dotazník také vyplnil 1 otec, 1 babička a 1 teta, každý z nich tvoří procentuelní zastoupení po 3,7%.

2. Kdo si jako první všimnul odlišností ve vývoji Vašeho dítěte?

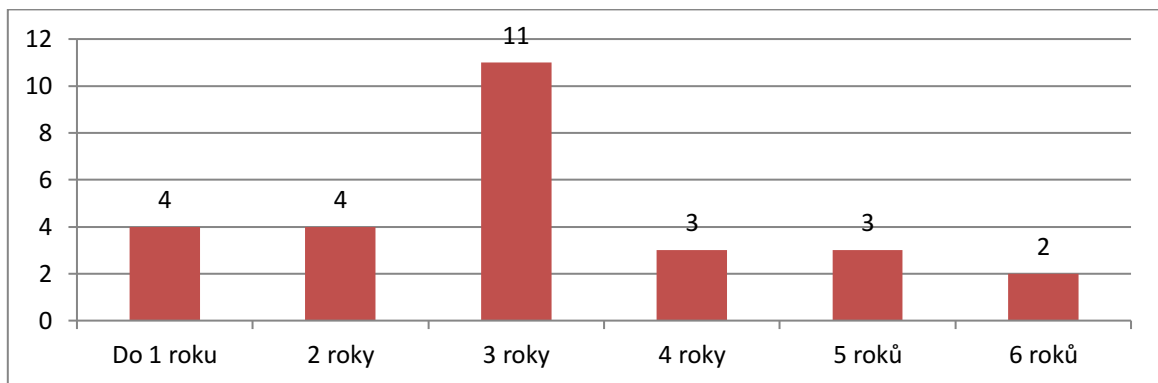


Graf 2

Otázka č. 2 zjišťovala, kdo si jako první uvědomil a povšimnul odlišností ve vývoji dítěte. Respondentovi byl představen výběr výše uvedených možností, popřípadě možnost volby jiného odborníka do kolonky „jiný“.

Již na první pohled je zřejmé, že nejčastěji si obtíží ve vývoji dítěte všimnul sám vypovídající rodič, tedy respondent. Z celkového počtu 19 takto vypovídajících, činí procentuelní hodnota 70,4%. Druhou osobou, jež jako první poukázala na specifika dítěte rodině, s nejčastější odpovědí, byla učitel/ka či asistent/ka v mateřské škole. Tuto možnost zvolili 4 respondenti, tedy 14,8% všech vypovídajících. Pediatr upozornil jako první rodinu pouze v 1 případě (3,7%). Stejně tak v jednom případě shledal jako první specifický vývoj u dítěte v 1 případě prarodič (3,7%) a taktéž v 1 případě partner či partnerka (3,7%). Kolonky „jiný“ využil 1 respondent (3,7%) k doplnění volby foniatra.

3. Jak staré bylo v té době Vaše dítě?

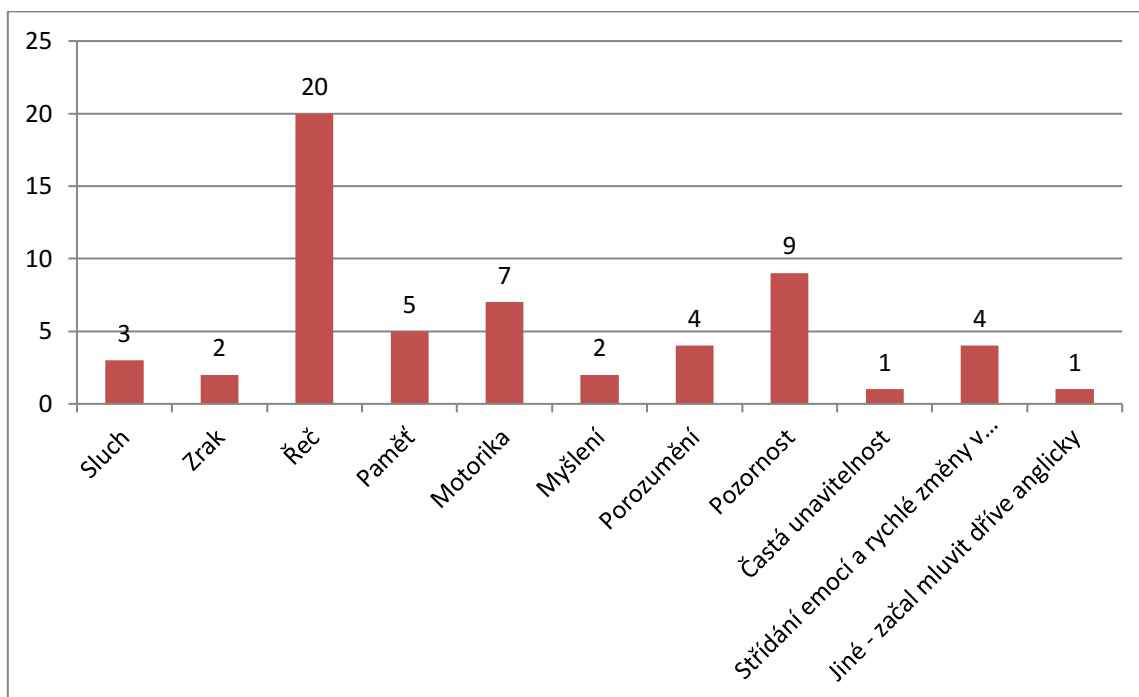


Graf 3

Otázka č. 3 se zabývala problematikou věku dítěte, kdy bylo u něj poukázáno na specifický vývoj. Respondenti byli vyzváni k výběru jedné z šesti možností odpovědi.

14,8% respondentů, tedy 4, uvedlo, že odlišnosti se objevovaly již před 1. rokem života dítěte. Další 2 respondenti (14,8%) uvádějí, že změny shledali ve 2. roce života. Nejvíce respondentů, celkem 11, tedy 40,7%, zaznamenalo jinakost ve 3 letech. Možnost 4 roky uvedli 3 respondenti (11,1%). Stejný počet výpovědí byl i u možnosti 5 let, tedy 3 respondenti (11,1%). Zbylí 2 respondenti (7,4%) zaznamenali odlišnosti u svého dítěte až po 6. roce života, čímž se jedná o nejméně častou odpověď.

4. V jakých oblastech byly odlišnosti patrné? *Je možnost více odpovědí.*

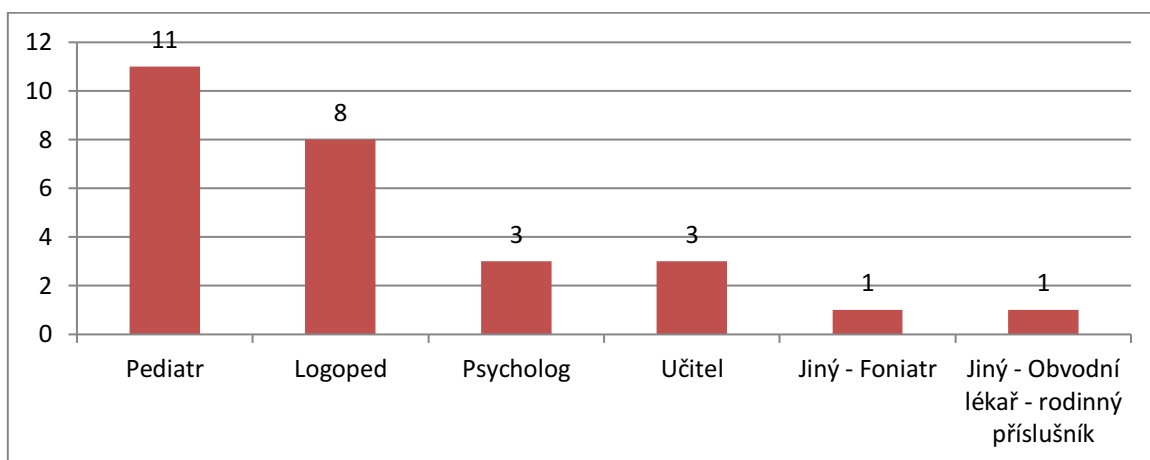


Graf 4

Otázka č. 4 požádala respondenty, aby z výše uvedených možností vybral dané oblasti, které byly u jeho dítěte zaznamenány se specifickým vývojem. V tomto případě byla možnost volby více odpovědí pro komplexní posouzení obtíží dítěte. Pro případné doplnění specifík u dítěte byla dotazovanému předložena možnost volby políčka „jiný“ pro doplnění své vlastní výpovědi.

Velké množství respondentů uvedlo, že jejich dítě mělo obtíže v řeči. Tuto možnost zvolilo 20 respondentů, což při celkovém počtu odpovědí, který činí hodnotu 58, tvoří 34,5%. Řeč je pro rodinu většinou první alarmující příznak, že vývoj jejich dítěte je odlišný. Druhou nejčastěji volenou výpovědí je obtíž s pozorností. Té si všimlo 9 vypovídajících, 15,5%. Obecně tématu poruch pozornosti je věnováno v současné době hodně prostoru a rodina je často znalá základní symptomatiky, tudíž i více sledují projevy svého dítěte v této oblasti. Problémy s motorikou vyhodnotilo jako další významnou odlišnost 7 vypovídajících, 12,1%. Obtíže s pamětí upozorovalo u svého dítěte 5 dotazovaných, 8,6%. 4 respondenti (6,9%) zaznamenali u svého dítěte problémy v porozumění mluvené řeči a stejný počet dotazovaných uvedlo časté střídání emocí a změny v chování (6,9%). Problematiku oslabeného sluchu či sluchového vnímání trápilo 3 respondenty (5,2%), naproti tomu zhoršenému zraku a zrakovému vnímání se zabývali 2 dotazovaní (3,4%). Celkově zhoršené myšlení sledovali 2 respondenti, 3,4%. Na častou unavitelnost svého dítěte si stěžoval pouze 1 respondent (1,7%). Pole „jiný“ využil 1 respondent (1,7%), který uvádí, že jako první jazyk si jeho dítě osvojilo je české, ale anglický jazyk.

5. Jakého odborníka jste vyhledal/a jako první?

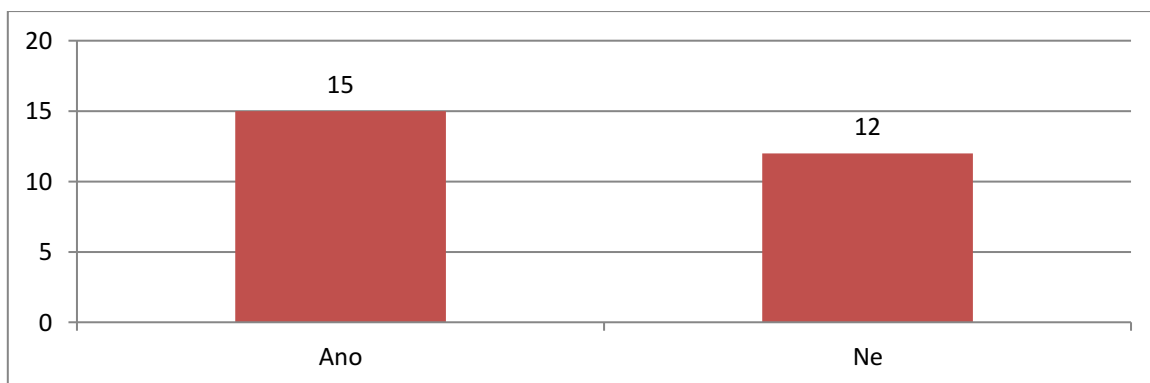


Graf 5

Otázka č. 5 respondenty vyzvala k odpovědi, jakého odborníka navštívili jaké první, poté, co si všimli odlišností u svého dítěte. Na výběr měli jednu ze čtyř výše uvedených možností, popřípadě mohli využít kolonku „jiný“, kam mohli uvést jiného odborníka.

Nejvíce zastoupenou odpovědí je první z možností odborníků, tedy pediatr. Obrátilo se k němu s první pomocí 11 vypovídajících, tedy 40,7%. Druhou nejčastější volbou byl pro respondenty logoped. Zvolilo jen 8 (29,6%) dotazovaných. Již méně respondentů se obrátilo na psychologa, pouze 11,1%, tedy 3. Stejný počet vypovídajících se obrátilo na učitele dítěte (11,1%, 3 respondenti). Kolonku „jiný“ vyplnili 2 dotazovaní – první (3,7%) se obrátil k foniatrovi, druhý (3,7%) k rodinnému příslušníkovi, který pracuje jako praktický lékař.

6. Podstoupil/a jste s dítětem psychologické vyšetření?

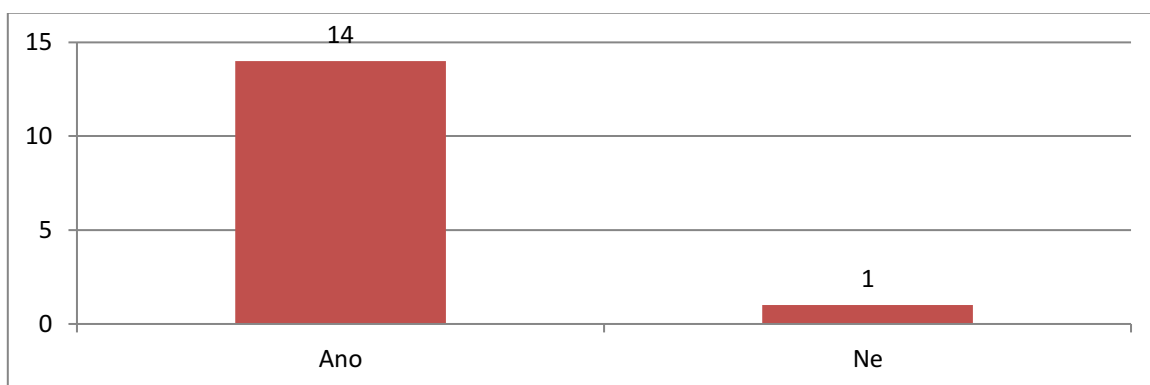


Graf 6

Otázka č. 6 se dotazovala respondentů, zda se svým dítětem v minulosti navštívili psychologa a bylo u nich realizováno psychologické vyšetření. V tomto případě byl možný výběrem pouze dvou možnostmi, a to odpovědi ano či ne.

15 (55,6%) vypovídajících potvrdilo absolvování vyšetření. Zbýlých 12 (44,4%) uvedlo, že psychologa do současné doby nenavštívili.

7. Pokud ano, byl pro Vás průběh tohoto vyšetření srozumitelný? Věděl/a jste jaké úkoly a za jakým účelem jsou u dítěte realizovány?

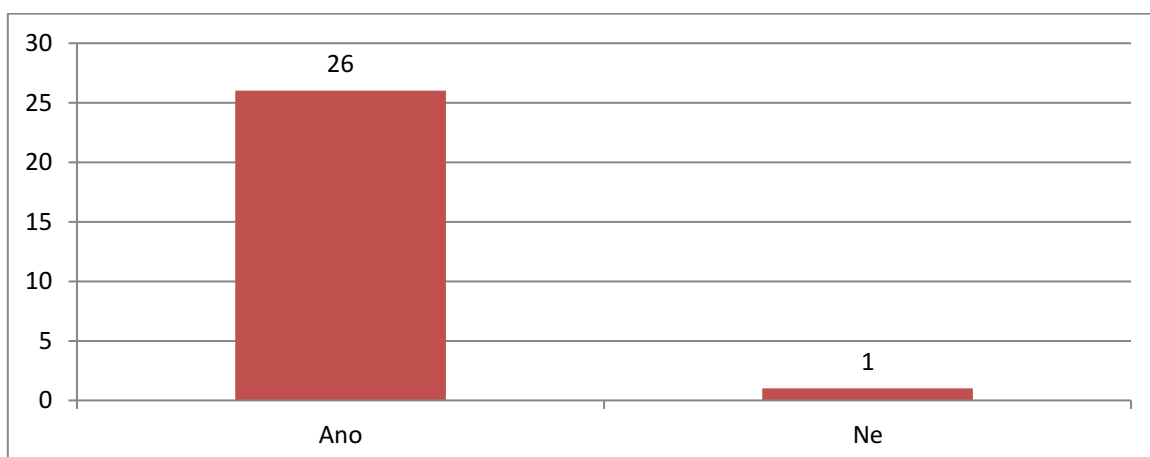


Graf 7

Otázka č. 7 byla směřována pouze respondentům, kteří se svým dítětem již psychologické sezení podstoupili. Cílem bylo zjistit, zda vyšetření u psychologa rozuměli, byl jim poskytnut prostor pro otázky a měli povědomí o tom, z jakého důvodu byly jednotlivé úkoly s dítětem prováděny. Opět byla možnost vázána na odpověď buď ano či ne.

Kladně odpověděla téměř většina vypovídajících. Jednalo se o 14 respondentů, což činí 93,3%. Negativní zkušenost měl pouze 1 vypovídající (6,7%), který měl ze sezení špatný pocit, psycholog z jeho osobního pohledu na něj kladl mnoho informací, kterým nerozuměl a neobdržel žádné pokyny, jak s dítětem pracovat.

8. Absolvoval/a jste s dítětem vyšetření u foniatra?

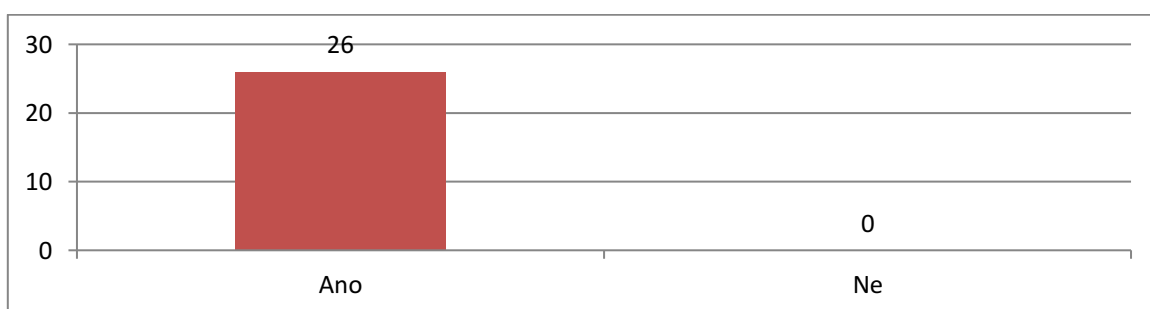


Graf 8

Otázka č. 8 zjišťovala, zda respondent se svým dítětem navštívil foniatra za účelem vyšetření sluchu a stavu řeči. Jako v případě otázky č. 6, i zde byla možnost volby omezena pouze na odpověď ano či ne.

V tomto případě však lze zaznamenat významně vyšší počet respondentů s absolvovaným vyšetřením u foniatra. Oproti návštěvě psychologa, zde bylo na sezení přítomno 26 respondentů, což činí 96,3% z celkového počtu. Pouze 1 respondent (3,7%) ještě foniatra nenavštívil.

9. Jak hodnotíte zde průběh vyšetření? Rozuměl/a jste jednotlivým úkolům a jejich významům?

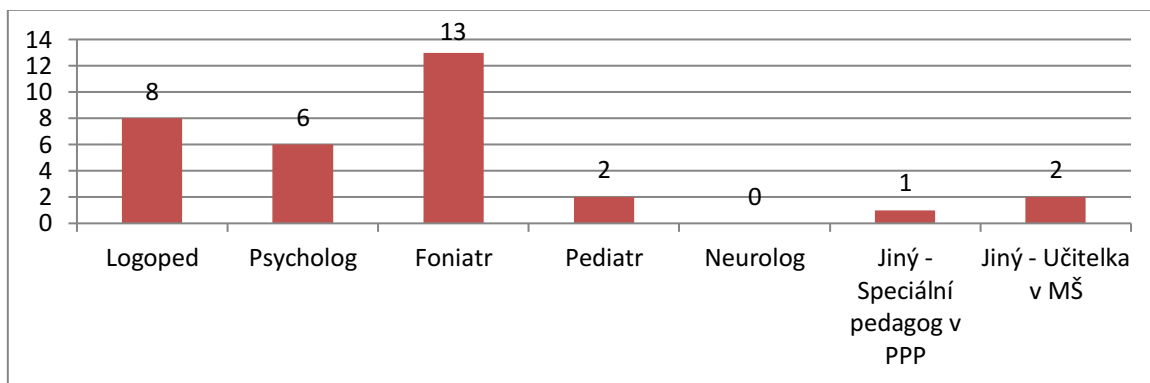


Graf 9

Otázka č. 9 se nesla v podobném duchu jako otázka č. 7. Dotazovaný měl za úkol sdělit, zda pro něj vyšetření u foniatra bylo srozumitelné a splnilo jeho očekávání. Opět byla možnost volby odpovědi ano či ne.

Již na první pohled je patrný nárůst počtu odpovědí oproti otázce č. 7, kde psychologa navštívilo mnohem méně vypovídajících. S průběhem foniatrického vyšetření byli spokojeni všichni dotazovaní, tedy 100% účastníků šetření. Lze tedy usuzovat, že foniatrické vyšetření je velmi přínosné pro rodinu dítěte s vývojovou dysfázií.

10. Kdo určil u Vašeho dítěte diagnózu vývojová dysfázie? Je možnost více odpovědí.

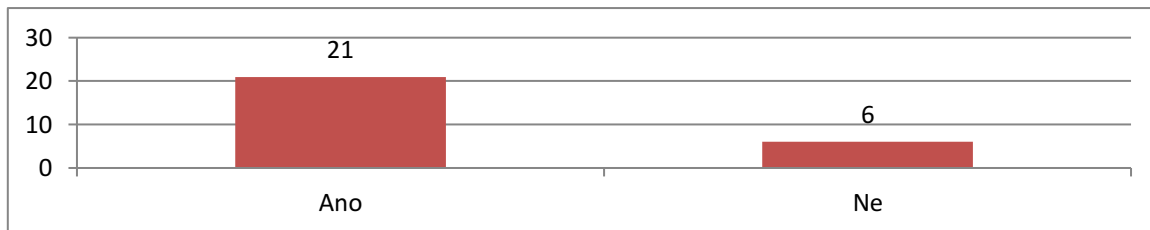


Graf 10

Otázka č. 10 požádala respondenty, aby uvedli, kdo z odborníků diagnostikoval u jejich dítěte syndrom vývojové dysfázie. Vzhledem k povaze otázky, byla zde možnost volby více odpovědí a nabídnuta kolonka „jiný“ pro případné doplnění vlastní odpovědi, jestliže odborník není uveden ve výše uvedeném výčtu.

Nejčastěji se u dítěte potvrzena vývojová dysfázie foniatrem. Takto vypovídalo 13 respondentů, tedy 40,6% z celkových 32 odpovědí. Druhý, velmi často zastoupený specialista, který určil u dítěte vývojovou dysfázií, je logoped. Toho uvedlo 8 dotazovaných (25%). Na třetím místě je psycholog, kterého vybralo 6 vypovídajících (18,8%). Diagnózu u 2 respondentů (6,3%) vyslovil rovněž pediater. Možnost neurologa neoznačil žádný respondent. Nejčastěji z toho důvodu, že do současné doby neabsolvovali s dítětem neurologické vyšetření. Kolonku „jiný“ využili 3 respondenti, kdy 1 (3,1%) uvádí vyslovení diagnózy speciálním pedagogem v pedagogicko-psychologické poradně. Zbylí 2 (6,3%) se zmiňují o učitelce v mateřské škole.

11. Byl Vám poskytnut při vyslovení diagnózy dostatek informací o vývojové dysfázii a jak s dítětem pracovat?

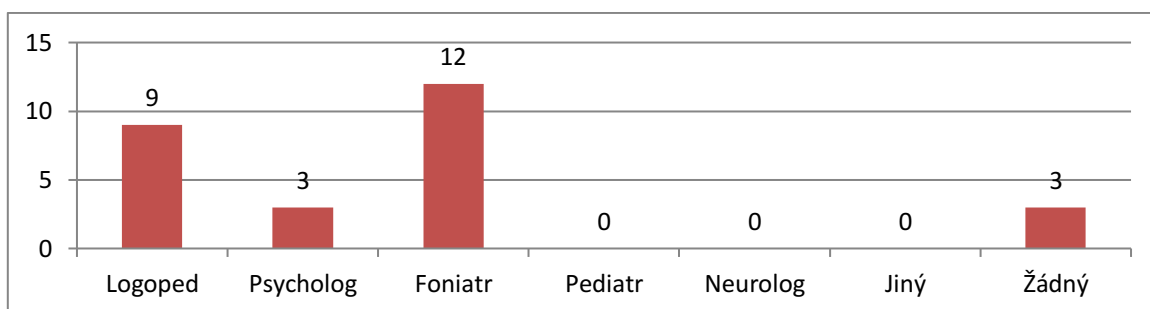


Graf 11

Otázka č. 11 se ptala respondentů, zda mají dojem, že jim bylo v minulosti, při vyslovení diagnózy jejich dítěte, poskytnuto dostatek informací o syndromu vývojové dysfázie a doporučeno, jak s dítětem pracovat pro co možná největší rozvoj? Možnost volby byla omezena na odpověď „ano“ a „ne“.

21 dotazovaných (77,8%) se domnívá, že získalo dostatek informací a pokynů k efektivní práci s jejich dítětem. Naproti tomu 6 (22,2%) vypovídajících uvádí, že po vyslovení diagnózy vůbec netušili o co se jedná, nebyl jim poskytnut dostatek času k seznámení se s problematikou, nedostali žádná doporučení, rady či odkazy a mnohdy nabyli dojmu, že jejich dítě má úplně jinou diagnózu.

12. Kdo z odborníků Vám informací poskytl nejvíce?



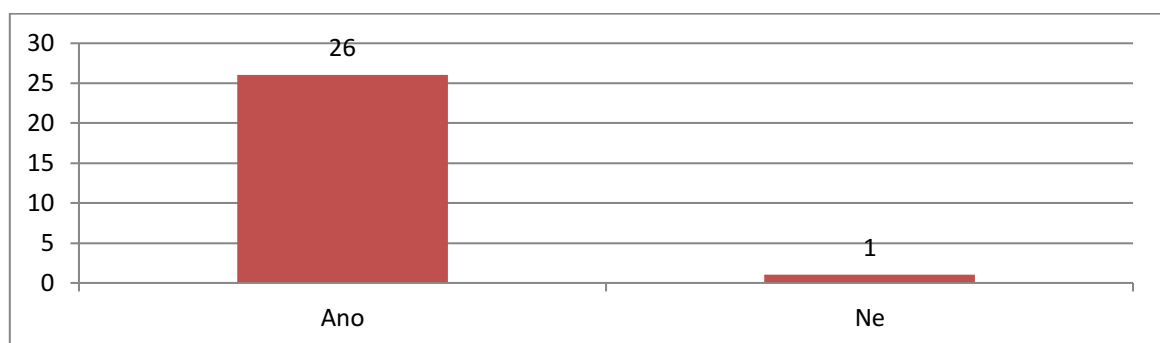
Graf 12

Otázka č. 12 mapuje, kdo z výše vybraných odborníků poskytl respondentům, po sdělení diagnózy jejich dítěte, nejvíce informací. Rovněž měli vypovídající možnost doplnit výpověď o jiného odborníka v kolonce „jiný“, nicméně nikdo z nich tuto příležitost nevyužil.

Nejvíce přínosných a kvalitních informací rodině přinesl foniatr. Tuto možnost zvolilo 12 dotazovaných (44,4%). Druhým odborníkem, který rodině pomohl se získáním informací o vývojové dysfázii, byl logoped. Tato volilo 9 respondentů (33,3%). Jako kvalitní pomoc se

ziskem informací byla 3 (11,1%) respondenty oceněna práce psychologa. Pediatra, neurologa ani jiného dalšího odborníka nevnímal žádný z respondentů jako nejvíce přínosného v oblasti zisku informací o diagnóze svého dítěte. Srovnáme-li výpovědi s otázkou č. 5, lze pozorovat, že právě pediatr je nejčastěji vyhledávaným odborníkem, za kterým rodina při zjištění abnormálního vývoje jejich dítěte, zajde. Je tedy překvapivé, že ani v jednom případě neposkytl rodině dostatek informací ke specifickému vývoji. V neposlední řadě 3 respondenti (11,1%) uvedli, že žádný odborník jim neposkytl potřebné informace a materiály. Byli proto odkázáni na svou iniciativu a pomoc hledat v literatuře, na internetu a komunikací s dalšími rodinami dětí s vývojovou dysfázií.

13. Uvítal/a byste možnost poradny pro rodiny dětí s vývojovou dysfázií?

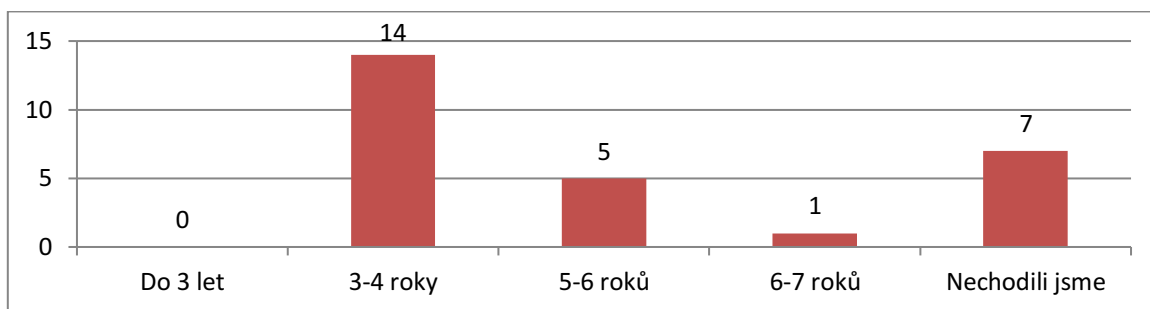


Graf 13

Otázka č. 13 požádala respondenty o odpověď, zda by sami osobně uvítali možnost poradny pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií? I zde byla možnost pouze odpovědi „ano“ či „ne“.

Kladně by tuto možnost přijalo 26 dotazovaných (96,3%). Jde tedy o většinu, která by uvítala poradnu, kde by dostávali odborné a aktuální informace k problematice jejich dítěte. Pouze 1 respondent (3,7%) vypověděl, že by potenciální zájem neměl, jelikož veškeré informace, dle jeho názoru je možné nalézt na internetu, svépomocných skupinách na sociálních sítích a u klinického logopeda.

14. V kolika letech jste začali chodit na logopedii?

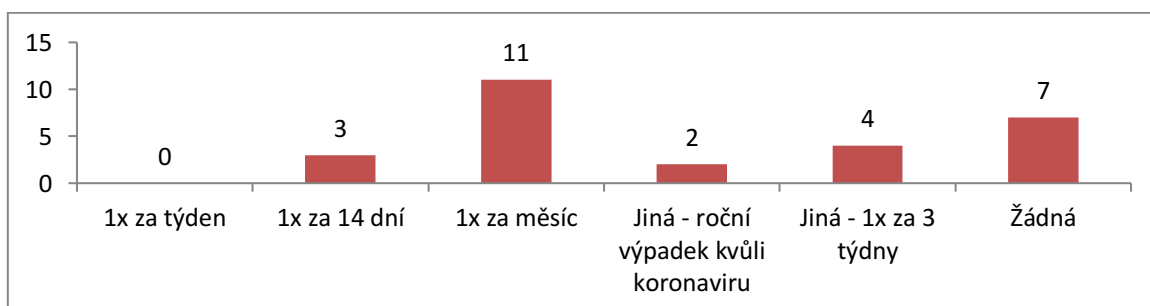


Graf 14

Otázka č. 14 se zabývala problematikou věku nástupu dítěte do logopedické péče. Respondenti dostali na výběr věkové rozmezí před 3. rokem života až po 7. rok. V případě, že na logopedii v minulosti nikdy nedocházeli, je zde možnost výpovědi „nechodili jsme“.

Nikdo z dotazovaných nezačal logopedickou péčí před 3. rokem života svého dítěte. Vzhledem k velkému počtu dětí s narušenou komunikační schopností je otázkou, zda na logopedii v tomto věku nedocházeli kvůli omezené kapacitě logopeda či z vlastní iniciativy, kdy čekali, zda dojde ke spontánnímu rozvoji dítěte, či si v této době ještě jeho obtíže neuvědomovali. Nejvíce vypovídajících odpovědělo, že s logopedií začali mezi 3-4 rokem věku dítěte. Tuto možnost zvolilo 51,9% dotazovaných, tedy 14. V období 5-6 roku dítěte zahájilo logopedickou péči 5 dotazovaných (18,5%). Pouze 1 respondent uvádí (3,7%), že k logopedovi nastoupili ve věku 6-7 let. Zbýlých 7 dotazovaných (25,9%) vypovědělo, že na logopedii do současné doby nikdy nechodili. Často se jednalo o respondenty s dětmi ve věku 3-4 let, kteří jsou již objednáni na 1. návštěvu k logopedovi. Rovněž se také jedná o jedince, kteří nikdy neměli dojem, že by jim chození na logopedii pomohlo a okolí na ně nevyvíjelo požadavky na zahájení terapií.

15. Jaká byla přibližná četnost terapií?

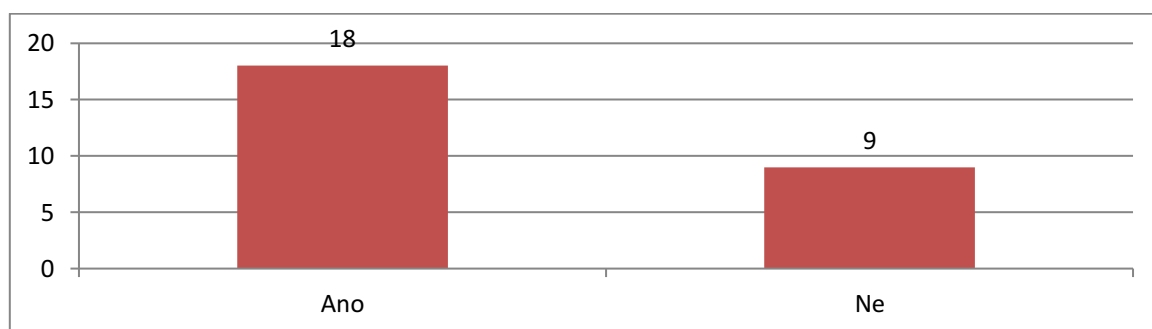


Graf 15

Otázka č. 15 se dotazovala respondentů v jak častém časovém rozmezí byly/jsou indikovány logopedické terapie. Z výčtu odpovědí byly nabídnuty tři základní modely, tedy 1x za týden, 1x za 14 dní a 1x za měsíc. Následně měli dotazovaní možnost využití kolonky „Jiná“ pro dopsání jiné odpovědi. V případě, že rodina na logopedii nikdy nedocházela, vyplnili možnost „Žádná“.

Na logopedii 1x za týden nedochází žádný z dotazovaných. Takto časté terapie často nejsou v kompetencích klinického logopeda či je dítě, vzhledem ke své diagnóze, nepotřebuje tak často. Možnost návštěvy logopeda 1x za 14 dní zvolili 3 vypovídající (11,1%), kteří jsou za tuto četnost vděční a vidí v ní přínos pro své dítě. 1x za měsíc logopeda navštíví 11 respondentů (40,7%). Ačkoli by si někteří přáli terapie častěji, nemohou být realizovány z časových důvodů logopeda či rodiny. Pole „Jiná“ zvolilo 6 respondentů, kdy 4 uvádějí (14,8%) frekvence terapií 1x za 3 týdny a 2 (7,4%) podotýkají, že v roce 2021 nebyli na logopedii ani jednou, vlivem koronavirové situace, kdy často onemocněla rodina či logoped a možnosti online terapií neměli. Zbylých 7 dotazovaných (25,9%) vybralo kolonku „Žádná“, neboť do současnosti nedochází k logopedovi. Nejčastější důvody byly uvedeny u otázky č. 14.

16. Víte jak v současné době s Vaším dítětem pracovat pro co možná největší rozvoj?

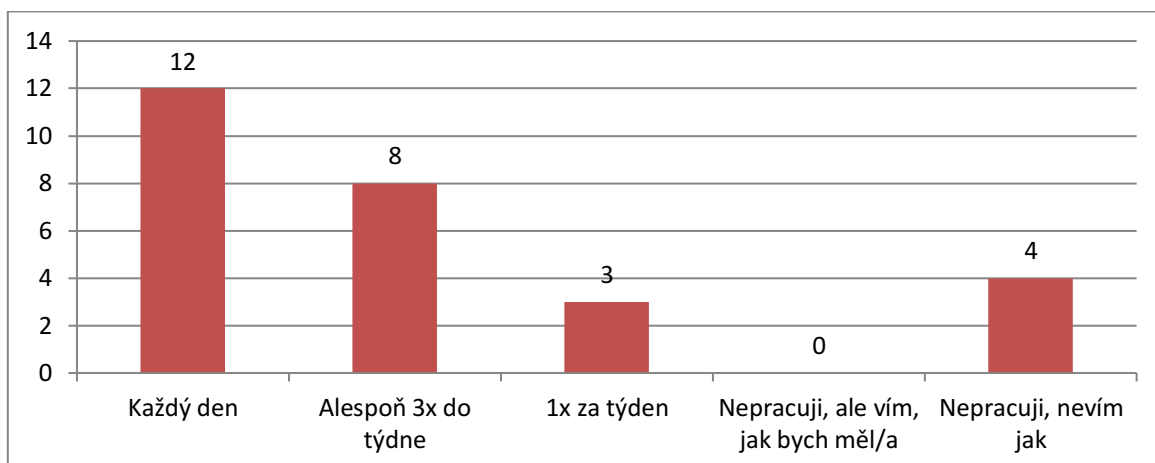


Graf 16

Otázka č. 16 žádala respondenty, aby zcela upřímně odpověděli, zda v současnosti jsou znalí postupů, jak se svým dítětem pracovat, aby došlo k co možná největšímu rozvoji? Otázka byla opět limitována odpovědí „ano“ a „ne“.

66,7% respondentů, tedy 18 z celkového počtu, se domnívá, že ví, jak s dítětem pracovat. Zbylých 33,3%, 9 dotazovaných, uvádí, že netuší a byli by rádi za jakoukoli pomoc a inspiraci.

17. Jak často doma trénujete?



Graf 17

Otázka č. 17 žádala respondenty, aby odpověděli, jak často v domácím prostředí s dítětem trénují. K výběru dostali 5 odpovědí, jejichž znění lze nalézt ve výše uvedeném grafu.

Nejčastěji dotazovaní uvedli, že se svým dítětem trénují každý den. Tuto možnost zvolilo 12 vypovídajících (44,4%). Minimálně 3x do týdne se snaží s dítětem trénovat 8 respondentů (29,6%), nejčastěji však 5x týdně po dobu všedních dnů a o víkendu následuje odpočinek. 1x za týden pracují s dítětem 3 dotazovaní (11,1%). V případě, že rodina nepracuje s dítětem vůbec, se naskytá otázka, zda je tomu z důvodu časové vytíženosti jejích členů či z nedostatečné znalosti problematiky a způsobu práce s dítětem. Žádný z respondentů nevedl, že by s dítětem nepracoval, i když si je vědom, jak by měl. Naproti tomu 4 zbylí vypovídající (14,8%) zdůrazňují, že nepracují s dítětem z toho důvodu, jelikož netuší jakým způsobem a rádi si nechají poradit. Oproti srovnání s otázkou č. 16 však můžeme pozorovat, že ačkoli 9 respondentů neví, jak s dítětem pracují, minimálně 5 z nich se snaží vyvinout určité úsilí pro své dítě.

4.2.2. Shrnutí výsledků

Výzkumné šetření si na samotném počátku kladlo za cíl, zda po obdržení výsledků od respondentů, dojde k potvrzení či vyvrácení čtyř předem stanovených hypotéz. Na základě výpovědí rodin s dětmi s vývojovou dysfázií byly hypotézy naplněny takto:

Hypotéza H1, odlišností ve vývoji svého dítěte si rodina všimá nejčastěji před jeho 3. rokem věku, byla **vyvrácena**.

Z celkového počtu výpovědí si všimlo odlišností ve vývoji svého dítěte nejvíce respondentů až po 3. roce života dítěte, celkem 70,4%. Pouze **29,6%** vypovídajících, tedy 8, uvedlo, že potíže zaznamenali dříve. Z toho 4 ve dvou letech věku a 4 do prvního roku života dítěte.

Hypotéza H2, nejčastěji rodina vnímá jako specifickou oblast ve vývoji svého dítěte narušenou řeč, byla **potvrzena**.

Nejvíce respondentů skutečně hodnotí narušení v oblasti řeči za odlišnost ve vývoji svého dítěte. **74,1%** dotazovaných ve svých výpovědích uvedlo problémy s řečí u jejich dítěte. Jedná se tedy tak o nejčastější odpověď.

Hypotéza H3, nejvíce informací o vývojové dysfázii se rodiče dozívají od logopeda, byla **vyvrácena**.

Rodinám byl, v oblasti získávání informací ohledně vývojové dysfázii, nejvíce nápomocen foniatr. Zvolilo jej 12 respondentů, tedy 44,4%. Logoped, vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření, poskytl v tomto případě pouze 9 respondentům, tedy **33,3%**, nejvíce informací. Jedná se ovšem hned o druhého nejčastěji voleného odborníka.

Hypotéza H4, na logopedii začíná rodina docházet nejdříve ve 3-4 letech věku dítěte, byla **potvrzena**.

Počátek logopedické péče skutečně většina rodin zahajuje mezi 3-4 rokem věku dítěte. Tuto možnost zvolilo **70%** případů, tedy 14 respondentů z celkových 20, kteří na logopedii v minulosti či do současnosti docházeli. Dříve, než v tomto věku nezapočal logopedii nikdo z dotazovaných, u 25% vypovídajících došlo k zahájení mezi 5-6 rokem a ve zbylých 5% až po 6. roce života.

Ze získaných výpovědí vyplývá, že nejčastěji **sami** rodiče si všimají prvních odlišností ve vývoji svého dítěte a to především v **období pozdně batolecím či předškolním**. Nejvíce vnímají zhoršenou **řeč** dítěte a pro první rady se nejčastěji uchylují k **pediatrovi**.

Co se týče absolvování psychologického vyšetření, zde jsou výsledky hodně těsné. Téměř polovina rodin, i přes stanovenou diagnózu, **neabsolvovalo sezení u psychologa**. Mnoho z nich na vyšetření, vzhledem k dlouhým objednávacím lhůtám, čeká či nedostali doporučení. Stále však lze říci, že větší polovina má vyšetření za sebou. S průběhem tohoto sezení jsou téměř všichni rodiče **spokojeni**, až na výjimku v případě jednoho rodiče. Oproti tomu **foniatrické vyšetření** absolvovaly téměř všechny rodiny, vyjma jedné, kterou sezení teprve čeká. Lze na základě tohoto výsledku sledovat, že i přes značný personální úbytek foniatrů na území České republiky, je stav sluchu u dětí vyšetřován rychle a pravidelně. S foniatrickým vyšetřením jsou **spokojeni** všichni rodiče.

Společně s **psychologem a logopedem**, pak často **foniatr**, na základě získaných výpovědí, **nejčastěji diagnostikoval** u dítěte vývojovou dysfázi. I přes absolvování vyšetření však **skoro 1/4 rodičů nedostala dostatečné informace o diagnóze** jejich dítěte a rady, jak s ním pracovat. Nejvíce podpůrných informací získala rodina skrz rozhovor s foniatrem a logopedem. Téměř všichni respondenti by uvítali možnost specializované poradny pro rodiče dětí s vývojovou dysfázi. Jestliže rodina začala docházet na logopedii, došlo k prvním terapiím mezi 3-4 rokem věku dítěte s nejčastější četností 1x za měsíc. **1/3 respondentů** poté uvádí, že do současné doby **netuší, jak se svým dítětem pracovat**, aby došlo k co největšímu rozvoji. Přesto **téměř polovina pracuje s dětmi denně**.

4.3. Kvalitativní výzkum

Druhá část výzkumu se zabývá strukturovanými rozhovory s odborníky z řad foniatrie a klinické psychologie. Rozhovor lze definovat jako interakční situaci, při které výzkumník pokládá otázky dotazovanému. Rozdíl mezi každodenním běžným rozhovorem spočívá v předem vymezeném odborném zaměření. Otázky jsou promyšlené a logicky uspořádané (Farkašová, 2006).

Hendl (2005) uvádí jako nevýhodu strukturovaného rozhovoru restrikcí na předem daná téma. V případě této práce se však restrikce ukazuje jako přínosná, vzhledem k povaze výzkumu, který si klade za cíl vyvrátit či potvrdit vybrané poznatky z předchozího dotazníkového šetření.

Primárním účelem výzkumu bylo hledání vhodných způsobů, jak sdělit klíčové informace rodině dětem s vývojovou dysfázií k zajištění co největšího možného rozvoje. Dále si rozhovory kladly za cíl ověřit si, zda z pohledu odborníků, má většinová společnost alespoň základní informace o syndromu vývojové dysfázie a jak hodnotí své zkušenosti se spoluprací s klinickým logopedem.

S vyplněním dotazníku ochotně souhlasily dvě odbornice z ambulance foniatrie a klinické psychologie, působící v Královéhradeckém kraji. Veškeré otázky k rozhovoru předem přichystala autorka této práce. V samém úvodu byli respondenty seznámeni za jakým účelem a cílem je rozhovor realizován. Rovněž byly ujištěny o anonymní povaze výzkumu a že získané informace budou využity pouze pro potřeby této práce a nebudou jakkoli zneužity. Rozhovory byly, za předchozího souhlasu respondentů, zaznamenávány na diktafon. Ke zvolení této techniky došlo z důvodu zachování důvěrnosti během vedení rozhovoru a rovněž za účelem zachování všech informací a nezkreslení některých částí. Jednotlivé záznamy lze nalézt v kapitolách 4. 3. 1. a 4. 3. 2.

Rozhovory proběhly v klidném nerušeném prostředí vlastních ambulancí odbornic v období leden – únor 2022. Délka jednoho rozhovoru byla zhruba půl hodiny. V tomto období měla autorka této práce již shromážděny výpovědi respondentů z dotazníkového šetření. Metoda strukturovaného rozhovoru se snažila uchopit problém, který vyplynul z dotazníkového šetření, kdy významné procento respondentů uvedlo, že nedostali od odborníků dostatečné informace o diagnóze svého dítěte a mnoho z nich netuší, jak se svým dítětem trénovat. Otázky v rozhovorech proto cílily na zabývání se problémem více do hloubky a nalezení určitého řešení, nejen ve vztahu odborník-rodíč, ale i v multidisciplinární rovině.

4.3.1. Rozhovor s foniatrem

1. Jak dlouho působíte ve foniatrické praxi?

➤ „Ve foniatrické praxi působím od roku 1993.“

2. Jaký je, dle Vašeho názoru, vhodný způsob sdělování informací rodině?

➤ „Vhodné je přímé sdělení rodině, pokud má na to dostatečné rozumové schopnosti. Velmi záleží na vzdělání. Zdravotní sestra se vždy na úvod ptá, jaké mají rodiče vzdělání. Pokud se jedná o základní či střední odborné, tam musíme velmi opatrně. Pokud jsou vysokoškolského vzdělání, snažím se na rovinu říct, že se jedná například o velmi těžkou vadu řeči, že to není jednoduché a práce s těmito dětmi je jiná než u „klasických patlavých“ dětí.“

3. Jakou osobně volíte strategii při sdělování diagnózy?

➤ „Opatrnou. Závisí hodně na emotivitě rodičů a také na tom, jak moc jim celkově na jejich dítěti záleží. Pokud na dítěti visí a lapají každé slovo, snažím se jim sdělit, že to nebude lehké. Ovšem pokud jsou to rodiče spíše realističtí, snažím se jim na rovinu říct, že jejich dítě má specifickou vadu řeči, čím dříve začneme pracovat, tím lépe atd.“

4. Jaké jsou nejčastější reakce rodiny?

➤ „Reakce rodiny jsou většinou překvapivé. Neznají nové diagnózy. Je pravdou, že od roku 1993 se struktura dětí změnila a vývojovou dysfázi vnímáme jako diagnózu rychle přibývajících. Snažím se hodně začít vyšetřením sluchu, které je nejméně obtížné. Je ale fakt, že se rodiče velmi špatně smiřují s tím, když jejich dítě špatně slyší. Pokud u těch 2-3 dětí za rok zjistíme, že hůře slyší, rodiče to nesou daleko hůře, než jakoukoli vadu řeči.“

5. Máte pocit, že přinesly tyto nové informace rodině dostatečný přínos?

➤ „Ani ne. Mám pocit, že obecně rodiče nemají na děti pořádně čas. I když je zaškolíme, dáme doporučení na rady na internetu, napíšu jim název diagnózy, nemám pocit, že by to přineslo velký užitek. Rodiče se často nevěnují dětem, jak by bylo potřeba, a nemá to tedy moc přínos.“

- 6. Kolik času můžete vyhradit rodině ke sdělení diagnózy? Je dle Vašeho názoru tento čas dostačující?**
- *„Čas rozhodně dostačující není. Ovšem v této době, kdy děti s vývojovou dysfázií přibývá, jsem ráda, když při 2-3 návštěvě, která je přibližně 20-30 minut, jsem schopna rodině sdělit, jaká je situace ohledně jejich dítěte.“*
- 7. Co očekáváte od spolupráce s klinickým logopedem?**
- *„Od spolupráce s klinickým logopedem očekávám, že bude důsledný a přímý k rodičům. Aby je dovedl k uvědomění, že je potřeba s dítětem doma cvičit. Nesmí dojít k situaci, kdy dítě chodí k logopedovi a rodič si myslí, že to je vše, co je potřeba a úkol je splněn. Logoped musí vyžadovat na rodičích nějaké výsledky. A pokud ti rodiče neprojevují dostatečnou spolupráci, nepracují doma, ať se jim logoped zbytečně nevěnuje, protože, bohužel, vše nemůžeme zastávat my.“*
- 8. Funguje z Vašeho osobního pohledu tato spolupráce v praxi?**
- *„S nadsázkou mohu říct, že „naštěstí“ již moc foniatrů není, takže dříve byla nejspíše ta spolupráce logoped-foniatr daleko užší. V této kapitalistické době jsem především šťastná, že vůbec logopedi jsou. A pokud vyšetřím sluch a zdá se dobrý, nechám další péči plně na logopedech, kdy jsem ráda za to, jak s dětmi pracují a mnohdy i za to, že s dětmi vůbec pracují. Myslím si, že toho mají ovšem také hodně, tudíž netrvám na nějaké velké spolupráci. Chci jen, aby se logoped staral o to dítě, vhodně instruoval terapii a přesvědčoval rodiče, aby s dítětem cvičili.“*
- 9. Navrhla byste nějaké zlepšení či změny ve spolupráci pro co největší rozvoj dítěte?**
- *„Důležité je, jací jsou ti rodiče. Někdy přijdou oba dva a snaží se oba dva. Ale když vidím, že dítě nedělá pokroky, například dnes jsem měla pětiletou holčičku, která u mne byla naposledy v říjnu a stále je na úrovni samohláskové řeči, matka neochotná, nepříjemná, tak jednoduše dořeším sluch a ostatní si musí maminka zařídit sama nebo vůbec.“*
- 10. Vnímáte povědomí společnosti o syndromu vývojové dysfázie za dostačující?**
- *„Ne, lidi obecně o tom nic nevědí a nikdo se o to moc celkově nestará, protože se začaly řešit více jiné diagnózy, např. ADHD. Ubylo hodně pořadů na toto téma, velmi povedený je cyklus Klíč, který se v nových dílech už dysfázií však také nezabývá. Člověk se dnes moc v televizi nedozví o různých obtížích dětí. Možná v cyklu Sama doma, který vysílají ve 12 hodin, něco matkám ukážou, ale rozhodně*

to není dostačující. A osvětou se opravdu nikdo moc nezabývá. Je to také všechno o penězích a čase. V této době, kdy se vše zdražuje, tak už vůbec mám pocit, že rodiče jsou skeptičtí k mým doporučením. Škola nejde pravidelně, spolupráce díky koronaviru se školou je zhoršená, distanční výuka je obecně velmi zvláštní, vše závisí na telefonech, sítích, takže když mám holčičku - dceru kosmetičky, kdy maminka pracuje, dítě umí perfektně s počítačem, ale nemluví, tak je to problém.“

4.3.2. Rozhovor s klinickým psychologem

1. Jak dlouho působíte v psychologické praxi?

➤ *„Téměř 6 let. Jsem zaměstnána ve velké fakultní nemocnici.“*

2. Jaký je, dle Vašeho názoru, vhodný způsob sdělování informací rodině?

➤ *„Hodně záleží na tom, jakých informací a kdo je rodina, jestli se jedná o rodiče nezletilých dětí, rodiče dospívajících dětí, partnery či „nové“ manželské protějšky rodiče dítěte. Sdělování by ideálně mělo probíhat na klidném místě, nevyrušovaně, což je samozřejmě v praxi zcela nerealizovatelné. Klient by měl být vždy informovaný. Např. u adolescentů je ideální, aby byl rozhovoru s rodiči přítomný, aby měl možnost slyšet a vyjádřit se k řečenému, čímž se buduje důvěra.“*

3. Jakou osobně volíte strategii při sdělování diagnózy?

➤ *„Pokud se jedná o sdělení výsledků psychologického vyšetření, tak u dětí preferuji přítomnost obou rodičů. Pokud se jedná o „banální“ vyšetření, sděluji výsledky i po telefonu, pokud se jedná o závažnější diagnostiku, sděluji osobně, spíše popisuji symptomy, hledáme cestu, jak k obtížím přistoupit a jak plánovat péči.“*

4. Jaké jsou nejčastější reakce rodiny?

➤ *„Asi hodně záleží, na tom, kdo je oním rodinným příslušníkem (matka, partner, teta...) a jaká je sdělovaná diagnóza. Proces reakce krásně vysvětluje model Kübler-Rossové (v angličtině akronym DABDA, proces je šok/popření-agrese-smlouvání-deprese-smíření), který sice dogmaticky nepopisuje proces, vyrovnávání se s náročnou situací/sdělením, ale ukazuje, co se může vyskytnout a pomáhá na to reagovat. Za mě osobně je dobré se ptát rodiny samotné, co se s nimi aktuálně děje, co prožívají, o čem přemýšlí. Tak můžeme pochopit, jakým směrem uvažují a být nápomocní. V případě mé praxe se často setkávám se smutkem. Hledáním viníka, hledáním alternativ. To je potom vhodné popsat, aby bylo možné s emocemi dále pracovat tak, aby z toho těžilo hlavně dítě a rozvíjelo se.“*

5. Máte pocit, že přinesly tyto nové informace rodině dostatečný přínos?

- *„Nejsem si jista, ptám se vždy konkrétní rodiny – co jim pomohlo, co pro ně bylo zbytečné, jaké informace by mohly ještě potřebovat atd. Obecně ale rodina na počátku otázky nemá, ty se dostávají až v domácím prostředí, kdy se uchylují k internetu, kde však mohou nalézt různé deziluze a zkreslené informace. Přeci jen každé dítě s vývojovou dysfázií je jiné.“*

6. Kolik času můžete vyhradit rodině ke sdělení diagnózy? Je dle Vašeho názoru tento čas přiměřený?

- *„To je velmi individuální, některé rodině stačí pár minut, jiná potřebuje hodiny a hodiny, aby správně uchopila, o co se jedná a jak s danou situací zacházet.“*

7. Co očekáváte od spolupráce s klinickým logopedem?

- *„V nemocnici máme 5 logopedek. Ráda s nimi spolupracuji. Zejména s jednou máme velmi blízký vztah a je to za mě skvělá spolupráce. Já bych očekávala zejména lidskost, nadšení pro obor, kreativitu a touhu společně diskutovat a hledat možnosti, jak klientům poskytnout komplexní péči. Od sebe bych očekávala větší pochopení toho, co vše logoped dělá a kde všude může být přínosem. Dlouho jsem netušila, že i obtíže s polykáním může logoped vyšetřit a intervenovat.“*

8. Funguje z Vašeho osobního pohledu tato spolupráce v praxi?

- *„Myslím, že u obou našich oborů (psychologie i logopedie) je potřeba, aby pronikly do povědomí lékařů somatických, abychom byli častěji voláni ke klientovi, který může z naší péče profitovat. Pokud jde konkrétně o naši spolupráci s klinickými logopedy, tak funguje výborně, o klienta je postaráno nad rámec očekávání.“*

9. Navrhla byste nějaké zlepšení či změny ve spolupráci pro co největší rozvoj dítěte?

- *„Obecně vidím větší přínos v terapii a intervencích, menší důraz pak na vyšetření. Zároveň širší paletu doplňkových nástrojů, které lze použít k rozvoji dítěte, a které by byly rodinám k zapůjčení.“*

10. Vnímáte povědomí společnosti o syndromu vývojové dysfázie za dostačující?

- *„Za mě je termín problematický, protože k nim logopedi a psychologové přistupují jinak, jinak dělíme vývojovou dysfázií, což třeba pro rodiče může být matoucí.“*

4.3.3. Hodnocení kvalitativních výsledků

Cílem kvalitativní části výzkumu bylo zjištění vhodných způsobů sdělování klíčových informací rodinám dětí s vývojovou dysfázií, osobní zhodnocení odborné spolupráce foniatra a klinického psychologa s klinickými logopedy a znalosti široké veřejnosti o syndromu vývojové dysfázie.

Na základě získaných výpovědí od odborníků lze odpovědět na předem dané výzkumné otázky:

1. Jak efektivně sdělit rodině diagnózu svého dítěte?

Obě dvě odbornice se shodují, že základem posouzení o jakou konkrétní rodinu se jedná. Paní foniatřička zdůrazňuje vliv rozumových schopností rodičů. Dle ní je klíčové vzdělání rodičů, emotivita a zájmu o dítě. Paní psychologka se naopak více zabývá samotným klientem. Řeší v jakém je věkovém období, jak dokáže dané informace vnímat a způsob předání informací přímo pro něj vzhledem k jeho věku. Rovněž zdůrazňuje, že na terapie stále častěji chodí noví partneři či manželské protějšky rodičů dítěte, kteří rovněž budou situaci vnímat jinak.

Paní foniatřička se snaží sdělovat diagnózu opatrně, pokud rodiče nejsou na její vyslovení připraveni. Jestliže však vnímá, že jsou spíše realistické povahy, mluví s nimi velmi otevřeně o rizicích, možnostech a projevech. Paní psychologka preferuje přítomnost obou rodičů. Spíše se snaží o popis symptomů, hledá s rodinou cestu, jak k diagnóze přistoupit a zajistit optimální péči.

Z výše uvedeného lze tedy obecně soudit, že při sdělování diagnózy je nutno brát v potaz emoční a rozumovou stránku rodičů. U sdělování je však zpravidla přítomno i samotné dítě, čas by se měl věnovat i přímo jemu, dle jeho věku a úrovně sdělit základní informace, pomoci mu se v diagnóze zorientovat a pochopit určité projevy, čímž se buduje důvěra nejen ve vztahu k odborníkovi, ale i mezi členy rodiny. Sdělování by mělo probíhat v klidném a nerušeném prostředí. Pokud je to možné, je vhodná přítomnost obou rodičů.

2. Je čas, který může odborník klientovi vyhradit ke sdělení diagnózy, dostačující?

Paní psychologka vnímá tuto otázku velmi individuálně. Dle jejích zkušeností stačí některé rodině pár minut, jiná by potřebovala čas z řádu hodin, což ale není v kompetenci odborníků. Spíše však hodnotí čas ke sdělení diagnózy, který je v rozmezí sezení od 30 do 50 minut, za dostačující.

S tím paní foniatřička však zásadně nesouhlasí. Dle jejího názoru čas zcela jistě dostačující není. Vzhledem k přibývajícím dětem s vývojovou dysfázií je ráda, když za 2 – 3 setkání s rodinou během 20-30 minut stihne sdělit alespoň základní informace.

Na první pohled je tedy patrné, že k poskytnutí základních informací o syndromu vývojové dysfázie je zapotřebí setkání, které je v časovém rozmezí okolo 45 minut. Setkání do 20 minut jsou k vytižení této problematiky nedostačující, v tomto případě je na místě nabídnout další setkání, která jsou však většinou s větším časovým odstupem a vytrácí se tak návaznost sezení. Při sdělování diagnózy má rodina často mnoho otázek, je proto vhodné vyhradit si čas delší.

3. Co očekává foniatr a klinický psycholog od spolupráce s klinickým logopedem?

Paní foniatřička žádá od klinických logopedů důsledné a přímé vedení rodiny, které povede k uvědomění, že pro rozvoj dítěte je třeba pravidelných domácích cvičení. Za žalostné považuje stav, kdy rodina nabude dojmu, že po zahájení logopedické péče mají problém vyřešený a logoped odvede za ně veškerou péči.

Paní psychologka očekává od klinických logopedů zejména zájem o obor, lidskost, kreativní myšlení a chuť společně diskutovat k hledání možností rozvoje klienta.

4. Má většinová společnost alespoň základní informace o syndromu vývojové dysfázie?

Po úvaze paní psychologka označuje obecně termín vývojová dysfázie za problematický pro širokou veřejnost za problematický. Logopedi i psychologové přistupují k této diagnóze po svém, vyzdvihují jiné projevy a aspekty, což může být pro společnost matoucí. Obecně však vnímá znalosti společnosti za nedostačující.

S tímto tvrzením paní foniatřička souhlasí. Domnívá se, že lidé nevědí o vývojové dysfázii téměř nic. Ovšem ne kvůli problematickému výkladu termínu, nýbrž z důvodu „utlačení“ této diagnózy na úkor diagnóz jiných (např. PAS, ADHD). Vnímá, že v médiích ubylo pořadů na téma dysfázií a celkově o různých obtížích dětí. Řízená osvěta, dle ní, o této diagnóze není a finanční situace v současnosti bude limitovat systematictější práci rodiny s dítětem. Vyzdvihuje také vliv distanční výuky v souvislosti s pandemií viru Covid-19, která dětem a žákům rovněž nepřinesla dostatečný rozvoj.

Z pohledu odborníků je tedy povědomí široké veřejnosti o syndromu vývojové dysfázie velmi nízké. Obě by uvítaly větší osvětu a snahu o edukaci společnosti v této oblasti.

4.4. Informační brožura pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií

Z výsledků praktické části této práce vyplývá, že široká veřejnost nemá téměř žádné znalosti o syndromu vývojové dysfázie. Při sdělování této diagnózy rodiče často netuší, co daná problematika zahrnuje a jak s vývojovou dysfázií pracovat. Z tohoto důvodu byla pro účely diplomové práce zhotovena „Informační brožura pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií“, kterou lze nalézt v přílohách jako „Příloha B“.

Tento materiál může sloužit jako prvotní zdroj informací pro rodinu. Dozví se zde, co je to vývojová dysfázie, jaké jsou její typy a projevy. Dále prezentuje přehledný soupis rad, jak přirozeně podporovat rozvoj řeči. Následně představuje vybrané mobilní aplikace k rozvoji dítěte a webové odkazy na materiály, pracovní listy a hry. Dále nabízí odkazy na poradenské skupiny, svépomocné skupiny rodičů dětí s vývojovou dysfázií a autorské příspěvky klinických logopedek, pojednávající o narušené komunikační schopnosti dětí. V neposlední řadě dává doporučení, kde vyhledat logopedickou pomoc z řad klinických logopedů i logopedů ve školství v okolí bydliště rodiny.

Brožura byla vytvořena v programu Word za pomoci přednastavené šablony pro tvorbu brožur. Využité obrázky rodiny na úvodní straně a otevřených úst na straně druhé jsou autorským dílem klinické logopedky Mgr. Martiny Kolmanové, jež pro účely této práce dala souhlas s využitím těchto obrázků do brožury. Zbylé obrázky, jež odkazují na mobilní aplikace, jsou převzaty z internetového obchodu Google Play. Veškeré obsažené informace vycházejí z příslušné literatury, uvedené v brožure, a osobní zkušenosti s webovými odkazy autorky této práce.

Tato brožura slouží pouze pro účely diplomové práce a zatím nebyla distribuována. Do budoucna by mohla přinést přínos rodičům dětí s vývojovou dysfázií, kterým byla diagnóza poprvé sdělena, a kteří mají minimální povědomí o této diagnóze.

4.5. Diskuze a doporučení pro praxi

Problematika efektivního multidisciplinárního poradenství pro rodiny dětí se syndromem vývojové dysfázie, vypracovaná v diplomové práci, přinesla mnoho zajímavých poznatků. Vzhledem k stále většímu počtu dětí s diagnostikovanou vývojovou dysfázií, delším sjednávacím lhůtám k odborníkům, velkého množství informací nejrůznějšího charakteru, spojené i s dezinformacemi, na internetu a nedostatkem odborné literatury, která by pojednávala o rodičovství dětí s vývojovou dysfázií, přináší toto téma mnoho otázek. Velké množství literatury se opírá o témata poradenství, spoustu toho bylo napsáno o vývojové dysfázii. Nicméně publikací, propojující tyto dvě velké oblasti, je minimálně.

Výsledky dotazníkového šetření prozradily skutečnost, že z celkem 27 dotazovaných rodin, téměř 1/4 nezískala dostatečné informace o diagnóze svého dítěte a 1/3 i přes absolvovaná vyšetření dodnes netuší, jak se svým dítětem pracovat. Všichni respondenti byli nadměru ochotni a těšili se na nové informace, které získají. Autorka této práce ocenila zpětné vazby respondentů a snahu o předávání vlastních zkušeností z pohledu rodičů. Jelikož na sezení přicházely většinou pouze ženy, nebylo možno v dotazníku zmapovat více odpovědí od mužů.

Na základě rozhovorů s odborníky z oblasti foniatry a klinické psychologie se potvrdilo, že obecné povědomí a znalosti o syndromu vývojové dysfázie je u většinové společnosti minimální. Je jen velmi málo materiálů, které by seznámily veřejnost s diagnózou, aniž by ji cíleně vyhledávala. Odborníci vnímají potřebu důkladného sdělení diagnózy rodině a poradenské péči. Diagnóza by měla být sdělována v klidném, příjemném prostředí. Komunikace by měla být přizpůsobena jejich rozumovým schopnostem, emotivitě. Rozhovor pak veden klidným tónem s ponecháním prostoru pro otázky či sdělení vlastních myšlenek. Prostor k vyjádření by mělo získat i dítě samotné. Diagnóza by se mu měla, vzhledem k jeho věku, vysvětlit. Ohledně časové dotace se odborníci rozcházejí, nelze obecně určit, kolik času je vhodné pro rodinu ke sdělení diagnózy vyhradit. Obě odbornice se však shodují, že rodina daleko lépe přijímá vady řeči oproti vadám sluchu či psychologickým diagnózám. Na druhou stranu paní foniatřička upozorňuje, že se zdánlivě lepším smířením se s vadou řeči, přichází mnohdy menší starost o budoucnost dítěte. Pokud má dítě vadu sluchu, rodina se často více angažuje k zajištění co možná největšího rozvoje svého dítěte. Jelikož vady řeči nelze vyšetřit přístrojovými metodami a vlivem stálého rozvoje centrální nervové soustavy, mají rodiče mnohdy pocit, že jejich dítě z této diagnózy „samo vyroste“ a nevěnují problematice dostatečnou vážnost. To je, dle jejího pohledu, důvod, proč rodiče během sdělování klíčových informací o diagnóze, nevěnují popisu dostatečnou pozornost. Je proto na místě se syndromu vývojové dysfázie více věnovat v oblasti osvěty, aby diagnóza nebyla zlehčována a brána za pouhou „patlavost“.

Závěr

Tato diplomová práce se věnovala problematice efektivního logopedického poradenství u klientů s vývojovou dysfázií s cílem vhodné edukace rodiny a multidisciplinární spolupráce s odborníky z řad foniatry a klinické psychologie. Na základě získaných výsledků bylo zjištěno, že rodiny těchto dětí často nezískali, po sdělení diagnózy, dostatečné informace k pochopení a základnímu obsažení této problematiky. Ukazuje se, že obecně je pro většinovou společnost syndrom vývojové dysfázie těžko uchopitelným tématem, a to především z důvodu neznalosti základní symptomatiky a skutečnosti, že se jedná o postižení, jež není na první pohled patrné. Z tohoto důvodu je nutné se zaměřit na způsob, jak předávat klíčové informace rodině pro zajištění rozvoje jejich dítěte a nezkrácení obrazu diagnózy. Výzkumná práce zdůraznila, že ačkoli na téma vývojové dysfázie existuje mnoho publikací, jen málokterá se zabývá tímto postižením ve vztahu k poradenství.

V teoretické části práce byly čtenáři nabídnuty tři kapitoly, jež prezentovaly základní informace k problematice výzkumného bádání. S pomocí odborných pramenů byl v první kapitole představen pojem rodina, došlo k jejímu rozdělení na vybrané typy, základnímu popisu rodiny 21. století, stručné shrnutí, co prožívá rodina při zjištění postižení u dítěte a jak rodinu zapojit do terapeutického dění. Druhá kapitola obsahovala základní informace o vývojové dysfázii s ohledem na její terminologii, etiologii a symptomatologii. Rovněž byl popsán průběh diagnostiky a terapií. Závěrečná kapitola teoretické části byla věnována poradenství, jež lze vnímat jako cestu k lepšímu porozumění diagnóze. Zaměřovala se na metody a principy vedení procesu v poradenství, nastínila osobnostní předpoklady poradce, popsala základní způsob práce s klientem s vývojovou dysfázií a představila poradenská zařízení.

Empirická část přinesla nový a bližší vhled do této problematiky. Cílem výzkumu bylo přijít ke zjištění, jak velké povědomí mají rodiče o diagnóze a specifických obtížích svého dítěte a zda jsou dostatečně informováni o možnostech podpory jejich rozvoje. Z výše uvedeného je patrné, že mnoho rodičů tyto znalosti nemají. Tyto informace přineslo výzkumné šetření, jež bylo realizováno za pomoci části kvantitativní a kvalitativní, tedy metodou smíšeného designu. S pomocí výzkumu byly zodpovězeny předem položené výzkumné otázky. Rovněž došlo k potvrzení i vyvrácení pracovních hypotéz. Kvantitativní část, jež byla realizována formou dotazníkového šetření, je v této práci doplněna o grafy pro zajištění větší přehlednosti. Kvalitativní výzkum byl poté uskutečněn za pomoci dvou strukturovaných rozhovorů s příslušnicemi oboru foniatry a klinické psychologie. Tyto rozhovory byly v práci představeny v plném znění pro prohloubení problematiky. Je na místě zdůraznit, že výsledky této diplomové práce nelze brát za obecně platné, a to jak z pozice rodičů, tak z odborníků. Může dojít ke zkrácení vzhledem k počtu respondentů a převaze žen ve výzkumu.

Seznam použitých informačních zdrojů

1. Andrews, Mary A., and James R. Andrews. "Family-Centered Techniques: Integrating Enablement into the IFSP Process." *Journal of Childhood Communication Disorders*, vol. 15, no. 1, May 1993, pp. 41–46, doi:10.1177/152574019301500107.
2. Beitchman JH, Brownlie EB, Inglis A, Wild J, Ferguson B, Schachter D, Lancee W, Wilson B, Mathews R. Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: psychiatric outcome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996 Nov;37(8).
3. BISHOP, D. (2009) Genes, cognition and communication: insights from neurodevelopmental disorders. In *The Year in Cognitive Neuroscience: Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156.
4. Bishop, D. (2014) Ten questions about terminology for children with unexplained language. In *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49, 4.
5. BISHOP., D, SNOWLING, M. (2004) Developmental dyslexia and specific language impairment: same or different? *Psychological Bulletin*, 130.
6. BÖHME, Gerhard. *Untersuchungsmethoden der Stimme und Sprache*. Leipzig, Barth, 1972.
7. Borbonus, T., Maihack, V.: Sprachtherapeutische Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und Organisationsformen. In: *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Kohlhammer, Stuttgart -- Berlin -- Köln 2000, s. 236--250.
8. ČÁLEK, Oldřich. *Možnosti poradenské pomoci při prevenci výchovných obtíží*. Praha: Karolinum, 1992.
9. DITTRICH, Pavel. *Pedagogicko-psychologická diagnostika*. Praha: H & H, 1992.
10. DLOUHÁ, Olga. *Vývojové poruchy řeči: [vztah centrálních poruch řeči a sluchu]*. V Praze: Alexej Novák, 2003. ISBN 80-239-1832-X.
11. DUNOVSKÝ, Jiří et al. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999.
12. DVORÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
13. FRASER, Jane H., ed. *Účinné poradenství při terapii kochtavosti*. Praha: Portál, 2010. *Speciální pedagogika (Portál)*. ISBN 978-80-7367-689-6.
14. FROSTIGOVÁ, M. *Vývojový test zrkového vnímání*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1972.
15. GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Série učebnic navržená ediční radou kateder sociální práce. ISBN 80-85850-10-9.

16. Goetz, T., Pekrun, R., Hall, N., & Haag, L. (2006). Academic Emotions from a Social-Cognitive Perspective: Antecedents and Domain Specificity of Students' Affect in the Context of Latin Instruction. *British Journal of Educational Psychology*, 76, 289-308.
17. GRAHAM, S., FISHER., E. (2013) Decoding the genetics of speech and language. In *Current Opinion of Neurobiology*, 20, 2.
18. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.
19. HAVIGER, Jiří, Jana Marie HAVIGEROVÁ a Irena LOUDOVÁ. Lexikální stopa pojmu rodina: využití analýzy sítí, frekvenční analýzy a otevřeného kódování pro výzkum implicitních teorií rodiny. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-429-8.
20. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
21. Hill, Elisabeth. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International journal of language & communication disorders* / Royal College of Speech & Language Therapists. 36. 149-71.
22. HRABAL, Vladimír a J. V. DRAPELA. Vybrané poradenské směry: teorie a strategie : [učební text pro posluchače pedagogické fakulty Univerzity Karlovy]. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-011-4.
23. CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
24. JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.
25. JESENSKÝ, Ján. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
26. JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ. Základy psychopatologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-815-4.
27. KEREKRÉTIOVÁ A. Základy logopedie. Bratislava: UK; v Bratislavě; 2009.
28. KLENKOVÁ, J. Logopedie. Praha: Grada Publishing, 2006. I. vyd. ISBN 80-247-1110-9.
29. KOLLÁRIKOVÁ, Zuzana a Branislav PUPALA, ed. Předškolní a primární pedagogika. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785857.
30. KOMÁREK, V.; VRÁNOVÁ, M.; KYNČL, M.; ŠANDA, J.; VYDROVÁ, R.: Specifické strukturální změny mozku u dětí s vývojovou dysfázií. In: Soubor anotací odborných sdělení konference XXII. Asociace klinických logopedů ČR. Hradec Králové, 2014, S. 5-6.
31. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.

32. KOUKOLÍK, František. Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-771-4.
33. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Hovory s umírajícími. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustroval Eva BUREŠOVÁ. [Nové Město nad Metují]: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
34. KUBOVÁ, Libuše. Speciálně pedagogická centra. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-42-6.
35. Kvapilová, Světa (1996). Kapitoly ze sociální pedagogiky. Olomouc: PF.
36. LECHTA, V. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Praha: Portál, 2008. II. vyd. ISBN 978-80-7367-433-5.
37. LEJSKA, Mojmír. Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
38. Loudová, Irena a Havingerová, Jana Marie (2014). Family as a Quality of Life Indicator. The Secondary School Learner's Perspective. The International Journal of Pedagogy and Curriculum, 20(4), 77-84.
39. LUTERMAN, David. Counseling persons with communication disorders and their families. 4th ed. Austin, Tex.: Pro-Ed, c2001. ISBN 9780890798768.
40. MALINA, Jaroslav a kol. Antropologický slovník, aneb, co by mohl o člověku vědět každý člověk. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2009.
41. Matoušek, Oldřich (2003). Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha, CZ: Slon.
42. MATOUŠEK, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha, 1997.
43. MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
44. NEUBAUER, Karel. Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
45. NEUBAUER, Karel. Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4.
46. NEUBAUER, Karel. Neurovývojové a neurodegenerativní příčiny poruch komunikace. Hradec Králové: Gaudamus, 2017. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-665-0.
47. NEWBURY, D. F., PARACCHINI, S., SCRRETI, T. S., WINCHESTER, L., RICHARDSON, A., WALTER, J., STEIN, J., TALCOTT J., MONACO, A. (2011) Investigation of dyslexia and SLI risk variants in reading and language-impaired subjects. In Behavior Genetics, 41.
48. NEZMAR, Luděk. GDPR: praktický průvodce implementací. Praha: Grada Publishing, 2017. Právo pro praxi. ISBN 978-80-271-0668-4.

49. NOVÁK, Tomáš a Hana DRINOCKÁ. Partnerské a rodinné poradenství: práce s klienty. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1526-0.
50. NOVÁK, Tomáš. Manželské a rodinné poradenství. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1316-0.
51. NOVOSAD, Libor. Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
52. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Logopedické poradenství: příklady a analýzy. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2666-3.
53. POSPÍŠILOVÁ, Lenka. Dysfatické syndromy. VOX PEDIATRIAE: ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST. 2014, 14(7), 23-26.
54. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
55. SEDLÁČEK, Karel a Alexej NOVÁK a kolektiv. Vývojová dysfázie – korelace foniatrických, neurologických, EEG a CT nálezů. 5. Mezinárodní sympozium dětské neurologie, Bratislava, 1982.
56. SMOLÍK, Filip a Gabriela MÁLKOVÁ. Vývoj jazykových schopností v předškolním věku. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4240-3.
57. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
58. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
59. ŠKODOVÁ, Eva, MICHEK, František, MORAVCOVÁ, Marie. Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí. Olomouc: Realia, 1995, 15 s.
60. ŠLAPÁK, Ivo a Pavla FLORIÁNOVÁ. Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-67-2.
61. ŠTRUMA, Jaroslav a Marie VÁGNEROVÁ. Kresba postavy. Bratislava: Psychodiagnostika, 1982.
62. THEINER, Pavel. ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatrie pro praxi. Olomouc: Solen, 2012, roč. 13, č. 4, s. 148-150. ISSN 1213-0508.
63. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. J Speech Lang Hear Res. 1997 Dec;40(6):1245-60.
64. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
65. WEPMAN, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. Zkouška sluchové diferenciacce. In Matějček, Zdeněk: Dyslexie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.

66. ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. Metody práce s dětmi s LMD - především pro rodiče a vychovatele. 5. vyd. Praha: D & H, 2002.
67. ŽLAB, Zdeněk a Zdeněk MATĚJČEK. Zkouška laterality. Bratislava: Psychodiagnostika, 1972.
68. PELIKÁN, J. Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80-7184-569-8.

Seznam grafů

Graf 1	49
Graf 2	50
Graf 3	51
Graf 4	52
Graf 5	53
Graf 6	53
Graf 7	54
Graf 8	55
Graf 9	55
Graf 10	56
Graf 11	57
Graf 12	57
Graf 13	58
Graf 14	59
Graf 15	59
Graf 16	60
Graf 17	61

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií

Příloha B – Informační brožura pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií

Příloha A – Dotazník pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií

Vážený rodiče,

jmenuji se Eva Veverková a jsem studentkou oboru Logopedie na Karlově univerzitě v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož údaje poslouží jako podklad k mé diplomové práci. Tématem mého zkoumání je efektivní logopedické poradenství při terapii vývojové dysfázie.

S laskavým svolením si dovoluji požádat o co nejpřesnější vyplnění tohoto krátkého dotazníku. Veškeré informace ve výzkumu obsažené jsou anonymní, dle platné legislativy EU o ochraně osobních údajů.

Předem Vám mockrát děkuji za spolupráci a vyplnění.

S pozdravem a přáním krásného dne,

Bc. Eva Veverková

1. Jaký je Váš příbuzenský vztah k dítěti?
 - a. Matka
 - b. Otec
 - c. Jiný: _____
2. Kdo si jako první všimnul odlišností ve vývoji Vašeho dítěte?
 - a. Já
 - b. Partner / partnerka
 - c. Učitel/ka či asistent/ka v mateřské škole
 - d. Pediatr
 - e. Prarodiče
 - f. Jiný: _____

3. Jak staré bylo v té době Vaše dítě?
- a. Do 1 roku
 - b. 2 roky
 - c. 3 roky
 - d. 4 roky
 - e. 5 roků
 - f. 6 roků
4. V jakých oblastech byly odlišnosti patrné? Je možnost více odpovědí.
- a. Sluch
 - b. Zrak
 - c. Řeč
 - d. Paměť
 - e. Motorika
 - f. Myšlení
 - g. Porozumění
 - h. Pozornost
 - i. Častá unavitelnost
 - j. Sřídání emocí a rychlé změny v chování
 - k. Jiné: _____
5. Jakého odborníka jste vyhledal/a jako první?
- a. Pediatr
 - b. Logoped
 - c. Psycholog
 - d. Učitel
 - e. Jiný: _____
6. Podstoupil/a jste s dítětem psychologické vyšetření?
- a. Ano
 - b. Ne
7. Byl pro Vás průběh tohoto vyšetření srozumitelný? Věděl/a jste jaké úkoly a za jakým účelem jsou u dítěte realizovány?
- a. Ano
 - b. Ne, důvod: _____

8. Absolvoval/a jste s dítětem vyšetření u foniatra?
- Ano
 - Ne
9. Jak hodnotíte zde průběh vyšetření? Rozuměl/a jste jednotlivým úkolům a jejich významům?
- Ano:
 - Ne, důvod: _____
10. Kdo určil u Vašeho dítěte diagnózu vývojová dysfázie? Je možnost více odpovědí.
- Logoped
 - Psycholog
 - Foniatr
 - Pediatr
 - Neurolog
 - Jiný: _____
11. Byl Vám poskytnut při vyslovení diagnózy dostatek informací o vývojové dysfázii a jak s dítětem pracovat?
- Ano
 - Ne
12. Kdo z odborníků Vám informací poskytl nejvíce?
- Logoped
 - Psycholog
 - Foniatr
 - Pediatr
 - Neurolog
 - Jiný: _____
 - Žádný
13. Uvítal/a byste možnost poradny pro rodiny dětí s vývojovou dysfázií?
- Ano
 - Ne, důvod: _____

14. V kolika letech jste začali chodit na logopedii?

- a. Do 3 let
- b. 3 – 4 roky
- c. 5- 6 roků
- d. 6 – 7 roků
- e. Nechodili jsme

15. Jaká byla přibližná četnost terapií?

- a. 1x za týden
- b. 1x za 14 dní
- c. 1x za měsíc
- d. Jiná: _____
- e. Žádná

16. Víte jak v současné době s Vaším dítětem pracovat pro co možná největší rozvoj?

- a. Ano
- b. Ne, důvod: _____

17. Jak často doma trénujete?

- a. Každý den
- b. Alespoň 3x do týdne
- c. 1x za týden
- d. Nepracuji, ale vím, jak bych měl/a.
- e. Nepracuji, nevím jak.

Příloha B – Informační brožura pro rodiče dětí s vývojovou dysfázií

Jaké mobilní aplikace lze využít při práci s Vaším dítětem?



Logopedie 1 : výslovnost (licence pro 1 uživatele)
RECENZOVANÉ: ANONYM ***** 11,8
Věk: 3-8
Více informací a screenshoty aplikace zde

- **Věková kategorie:** 4-12 let
- **Popis:** Aplikace je určena pro děti, které chodí na logopedii a učí se správnou výslovnost různých hlásek. Aby byla aplikace při procvičení účinná, je nutné, aby dítě umělo hlásku správně vyslovit. S prvotním nácvikem neboli vyvozením hlásky musí nejdříve pomoci logoped.



Hádejte zvuky
Dětem 3-8 let
RECENZOVANÉ: ANONYM ***** 11,8
Věk: 3-8
Více informací a screenshoty aplikace zde

- **Věková kategorie:** 3-8 let
- **Popis:** Děti mají za úkol hádat zvuky více než 140 melodií, jako jsou zvířata, nástroje, zvuky domácnosti a mnoho dalšího. Pro každý zvuk, který poslouchají, musí vybrat mezi 4 obrázky, co nebo kdo dává zvuk vydávat.



Výukové kartičky (licence pro 1 uživatele)
FREE SOFTWARE
RECENZOVANÉ: ANONYM ***** 11,8
Věk: 3-7
Více informací a screenshoty aplikace zde

- **Věková kategorie:** 3-7 let
- **Popis:** Aplikace nabízí sady kartiček s celkem 29 tématy (barvy, divoká zvířata, hudební nástroje, ovoce atd.). Obsahuje mluvící pesco a prohlášení všech kartiček. Je možné použít mikrofon pro zkoušení slov na obrázku.

Kde na internetu nalézt podporu, informace a další materiály zdarma?

Facebookové skupiny a stránky:

- **Rodiče dětí s vývojovou dysfázií** – svépomocná skupina pro rodiče ke sdílení nejněžnějších otázek a témat
- **Vývojová dysfázie - skupina pro rodiče**
- **Logopedie JINAK** - příspěvky pro rodiče od klinické logopedky
- **Řešitě** - články a typy klinické logopedky
- **Logopedie Harmoniko** - rady od klinické logopedky
- **Logosik** - materiály a pracovní listy
- **Speciální pomůcky, pracovní listy, bazár didaktických her a hraček** - mnoho materiálů a inspirace zdarma, prodej pomůcek z druhé ruky

Webové stránky plné aktivit a pracovních listů:

- www.vesela.chloupka.cz – např. sekce **Předškoláci bez zápisu**
- www.napadyprosmicku.cz
- www.pipsik.cz
- www.tvorimeprodeti.cz
- www.logopediususmevem.cz – např. hra Levá pravá nuka noha
- <https://verbael.cz/>

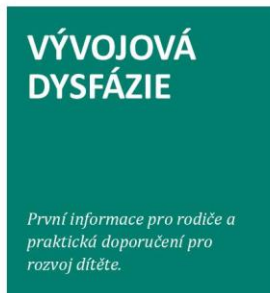
Jak vyhledat logopedickou pomoc v okolí bydliště?

- Na webových stránkách **Asociace klinických logopedů**, www.klinickalogopedie.cz, ve složce „Pro veřejnost“, je přehledný **adresář pracovišť klinické logopedie** podle krajů s kontakty. Neváhejte se na něj oběhovat!
- Rovněž se můžete obrátit na **logopedky ve školství**, které pracují při **speciálně pedagogických centrech pro děti a žáky s vadami řeči (SPC logopediků)**. Blíže informace můžete získat ve Vaší **materské škole** či vyhledáním na webu a zvolením si odpovídajícího regionu.

Pomůcka a doporučená literatura:

- KUTÁLKOVÁ, Dana. Průvodce vývojem dítěte řeči: logopedická prevence. 5., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-998-7.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. Opakovaný vývoj řeči: dysfázie: metoda reedukace. Druhé vydání. Praha: Septima, 2018. ISBN 978-80-7216-349-6.
- ŠKODOVÁ, Eva a Tom JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

Zdroje obrázků: Google Play, Mgr. Martina Kolmanová



Zpracovala: Bc. Eva Veverková

Co je to vývojová dysfázie?

- Jde o narušený vývoj řeči, kdy se dítě velmi špatně slovně vyjadřuje.
- **Inteligence je v normě, sluch není závažně poškozen.**
- Tato porucha se vyskytuje u dětí již od narození.
- **Velikost a rozsah poruchy se u každého dítěte liší. Každé dítě s vývojovou dysfázií je jiné!**

Jaké jsou typy dysfázií?

- Vývojová dysfázie se rozděluje na tři typy.
- První je vývojová dysfázie **RECEPTIVNÍ**. Děti slyší, ale **nedokážou zvuky spojit v jednotlivá slova**. Představte si, že jste v cizí zemi. Jazyku, kterým se v té zemi mluví, nerozumíte. Znáte tak tři nebo čtyři slova, ale snažíte se s lidmi, které požíváte, mluvit. Ale oni nerozumí vám a vy nerozumíte jim. Často od dítěte uslyšíte otázky „cože?“, „co?“, aby se znovu pokusilo porozumět tomu, co mu říkáme.
- Druhým typem je vývojová dysfázie **EXPRESIVNÍ**. Zde děti poměrně dobře rozumí, mluví často a hodně, většinou až zrychleně, ale „svou svařilštinou“, které nerozumíme - **nedovedou si totiž zapamatovat jaký pohyb jazyka patří k danému slovu**. Velmi špatně opakují to, co vidí a slyší. I přes velkou snahu slova komolí tak, že jsou pro nás nerozumitelná.
- Spojením těchto typů (problém v porozumění řeči a produkce řeči) máme **SMÍŠENOU** vývojovou dysfázií.



Jak se vývojová dysfázie projevuje?

- Typické potíže dětí s vývojovou dysfázií jsou v **mluvení a nedostatečném porozumění**.
- Dále se může objevit **porucha pozornosti**, kdy jsou problémy s krátkodobou pamětí. Děti nezvládají opakování delších slov, nezapamatují si krátkou říkanku či rytmus a slova písničky, nemají nakreslit jednoduchý obrázek podle hotoového vzoru.
- Poté **větší umavelnost**, plynoucí z větší vynaložení energie pro spolupráci s okolím.
- **Fyzická neobratnost** se projevuje například krátkou výdrží při stoji či poskokách na jedné noze, nezvládnutí házení míčkou do kose či zaloučení hřebíků.
- **Problémy v jemné motorice** jsou například při navlékání korálků, motání klubíčka, modelování. Děti mají potíže s prováděním běhů chůlů jako je například zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, zipů, manipulace s přiborem.
- V **grafomotorice** je kresba často chudá, úchop tužky je většinou špatný, písmo rozfřesné.
- Patrná je i častá změna v **chování a střídání emocí** (plynoucí z neporozumění okolí, co chce dítě říci, rychlá změna ze smíchu na pláč).
- Děti často neví, kde je správo, kde vlevo a neznají **prostorové vztahy** = kde je vedle, nad, pod, uprostřed atd.
- Dysfatickým dětem dělá největší obtíže naučit se hodiny, dny v týdnu a měsíce v roce.
- Časté jsou také problémy v **motorice mluvidel** - děti nepřesně nebo nedostatečně polybují jazykem, tváření nebo rty.
- Nezapomente však, že více se dá **pozitivně ovlivnit a pravidelným cvičením a podporou lze příznaky zmírnit**. Především mějte ke svým dětem **trpělivost**, pozorně jim **naslouchajte**, **zajímejte se o vše**, co se v jejich životě děje a **smlouvejte s nimi co nejvíce času**.

Jak přirozeně podpořit rozvoj řeči?

1. **Chodte s dětmi často na procházky a povídejte si o všem, co vidíte a slyšíte kolem sebe.**
2. **Zapojte se do hry dítěte.** Vymýšlejte různá témata hry, mluve skrz hračky. Zkuste s dítětem hry „na něčoho“ (např. stavitele).
3. **Zapojte děti do domácích prací.** Rozvíjejte jejich samostatnost.
4. **Prohlížejte si obrázkové knížky.** Vytvořte tak kladný vztah ke knihám, zlepšíte pozornost a rozšíříte slovní zásobu.
5. **Čtěte pohádky a příběhy.** Povídejte si současně s dítětem o tom, co právě čtete. Snažte se, aby čtení dítěti přinášelo příjemný zážitek.
6. **Naučte své děti nějaká říkadla, básničky a písničky.** Rozvíjíme tím u dětí hlavně sluchovou paměť, která je důležitá pro rozvoj řeči. Zkuste text spojit s pohybem.
7. **Podporujte je v malování.** Kresba velmi úzce souvisí s rozvojem řeči. Nabídněte dětem různé pracovní listy. Naučí se cíleně prací u stolu.
8. **Buďte pro ně správným mluvním vzorem** = nešípte, mluve přiměřeně nahlas, nezahčujte je příkazy.
9. **V rozumné míře využívejte televizi.** Pouštějte dětem pohádky české - kreslené i hrané. Děti se učí řeč sledováním úst, ne očí. Dabované postavy ze zahraničních pořadů mají jiné pohyby úst při mluvení.
10. **I na internetu můžeme nalézt pomoc.** Za chvíli si ukážeme některé příklady.
11. **Hodně chvalte své dítě a buďte trpěliví při jeho výkonu.**
12. **Zaměřte se s dětmi na trénink sluchu.** Naučte je poznávat předměty podle zvuku. Důležité je také osvojení rytmu vytleskáváním.
13. **U dětí předškolního věku rozšiřujte slovní zásobu vymýšlením společné co nejvíce slov na vybrané písmeno (např. A) nebo slabiku (BA).** Trénujte krátké a dlouhé slabiky s pomocí vytleskávání.