

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

**Participace rodiny na logopedické terapii
dítěte s dysfázií**

**Family Participation on logopaedics Therapy of Child with
Dysphasia**

Veronika Kotinská

Katedra speciální pedagogiky

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lucie Durdilová

Studijní program: Speciální pedagogika

2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Participace rodiny na logopedické terapii dítěte s dysfázií vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím, aby byla práce uložena v knihovně Pedagogické fakulty UK a zpřístupněna ke studijním účelům.

Datum:

.....
Podpis

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Durdilové za veškerou pomoc, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat PaedDr. Daniele Portychové za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů.

.....

Podpis

NÁZEV:

Participace rodiny na logopedické terapii dítěte s dysfázií

AUTOR:

Veronika Kotinská

KATEDRA (ÚSTAV)

Katedra speciální pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Lucii Durdilová

ANOTACE:

Bakalářská práce s názvem Participace rodiny na logopedické terapii dítěte s dysfázií si klade za cíl v teoretické části vymezit hlavní vztahy a pojmy z oblasti terminologie, etiologie, symptomatologie a terapie. Praktická část vychází z dotazníkového šetření a zaměřuje se na způsoby, jakými se rodiče podílejí na logopedické terapii. Dále na rodinnou a osobní anamnézu a také na reaktivní postoj rodičů a dítěte.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Opožděný vývoj řeči, vývojové poruchy řeči, vývojová dysfázie, logopedická terapie, rodina.

TITLE:

Family Participation on logopaedics Therapy of Child with Disphasia

AUTHOR:

Veronika Kotinská

DEPARTMENT:

Department of Special Pedagogy

SUPERVISOR:

Mgr. Lucii Durdilová

ANNOTATION:

The bachelor thesis with name, Family Participation on logopaedics Therapy of Child with Dysphasia, makes an aim in theoretic part define main relations and conceptions on field of terminology, etiology, symptomatology and therapy. Practical part started from inquiry inrestigation and aimind to methods which parents participate on logopedic therapy. Also to family and personal anamnesis and reactive attitude parents and child.

KEYWORDS:

Delayed speech development, specific language impairment, developmental dysphasia, logopedic therapy, family.

Obsah

Úvod

1. Narušená komunikační schopnost versus běžný vývoj	9
1.1. Kritéria fyziologického vývoje řeči	9
1.2. Fyziologická nemluvnost	10
1.3. Prodloužená fyziologická nemluvnost	10
1.4. První slovo a fáze vět	10
2. Opožděný vývoj řeči	12
2.1. Etiologie	12
2.1.1. Patologie prostředí	12
2.1.1.1. Psychická deprivace	12
2.1.1.2. Nedostatek mluvního kontaktu	13
2.1.1.3. Hospitalismus	13
2.1.2. OVŘ způsobené biologickými vlivy	14
2.1.2.1. Dědičnost	14
2.1.2.2. Nedonošenost	14
2.1.2.3. Symptomatické poruchy řeči	14
2.2. Symptomatologie	15
2.3. Terapie	15
2.4. Prognóza	15
3. Vývojová dysfázie	17
3.1. Terminologie	17
3.2. Definice	17
3.3. Výskyt	18
3.4. Dědičnost	18
3.5. Etiologie	19
3.6. Klasifikace	19
3.7. Symptomatologie	19
3.7.1. Receptivní (percepční), sensorická vývojová dysfázie	21
3.7.2. Expresivní, motorická vývojová dysfázie	22
3.7.3. Smíšené formy vývojové dysfázie	22
3.8. Terapie	23
3.8.1. Postup vytváření terapeutického plánu	23
3.8.2. Zaměření logopedické intervence	24
3.8.2.1. Rozvoj zrakového vnímání	25
3.8.2.2. Rozvoj sluchového vnímání	26
3.8.2.3. Rozvoj myšlení	26

3.8.2.4.	Rozvoj paměti a pozornosti	26
3.8.2.5.	Rozvoj motoriky	27
3.8.2.6.	Rozvoj schopnosti orientace	27
3.8.2.7.	Rozvoj grafomotoriky	28
3.8.2.8.	Rozvoj řeči	28
3.8.3.	Typy logopedické terapie.....	29
3.8.3.1.	Individuální logopedická terapie	29
3.8.3.2.	Skupinová logopedická terapie	30
3.8.3.3.	Skupinová a individuální logopedická terapie na specializovaném pracovišti.....	30
3.8.4.	Netradiční metody v terapii vývojové dysfázie	31
3.8.5.	Cíl.....	32
3.8.6.	Doporučení.....	32
3.8.7.	Prognóza	32
3.9.	Prevence.....	33
3.10.	Prognóza	33
4.	Výzkumné šetření	34
4.1.	Metodologie	34
4.2.	Charakteristika dotazníku	35
4.3.	Zpracované výsledky šetření	35
4.3.1.	Věk dětí (probandů)	35
4.3.2.	Dědičnost	36
4.3.3.	Těhotenství, porod	37
4.3.4.	Počátky řečového vývoje	37
4.3.5.	Vliv hospitalizace na vznik opožděného vývoje řeči.....	38
4.4.	Participace rodiny na logopedické terapii dítěte s dysfázií.....	39
4.4.1.	Oblast rodiny.....	39
4.4.2.	Oblast volnočasových aktivit.....	41
4.4.3.	Oblast terapie	42
4.5.	Závěry šetření.....	51

Závěr

Literatura

Přílohy

Úvod

Řeč je nejdůležitější formou mezilidské komunikace. Umožňuje předávat zkušenosti, uchovat a sdělovat abstraktní představy. (Trojan, 2003). Už starý Cicerův citát poukazuje na důležitost řeči v pochopení projevů druhého jedince. „*Řeč totiž obyčejně prozrazuje mravy a odkrývá tajemství duše*“ (Cicero, In Plachetka, 2008, s. 338).

Postupně, jak se vyvíjela lidská společnost, rozvíjela se také potřeba dorozumívání, která přímo reagovala na nároky dané doby. Celkem můžeme charakterizovat pět období „komunikační revoluce“, sdělovacích prostředků. První období je spojeno se vznikem řeči, druhé se vznikem písma, další pak s objevem knihtisku. Čtvrté souvisí s vynálezem na poli elektrotechniky a současná nastupující etapa je érou komunikace v meziplanetárním prostoru. (Trojan, 2003)

Člověk už tedy ze své podstaty existence nemůže nekomunikovat. Dokazuje to i fakt, že každý jedinec o sobě nepřetržitě vysílá velké množství informací a to i tehdy, když zrovna nemluví. Šíří je tím, že existuje. Svým bytím, chováním a postoji působí na okolní osoby, které ho vidí samostatným, specifickým způsobem. (Škodová, 2007)

Vzájemnou interakcí získáváme nezbytné signály, které nám pomáhají orientovat se v okolním světě i v sobě samém. Jak už bylo zmíněno výše, ze všech komunikačních forem je stále nejdůležitější řeč. Bohužel, může se stát, že se vytvoří bariéra v podobě narušené komunikační schopnosti.

1. Narušená komunikační schopnost versus běžný vývoj

Abychom mohli zvolit tu nejlepší možnou terapii, musíme nejdříve pochopit souvislosti mezi příčinami a projevy patologické stránky daného narušení. V tomto nám pomáhá obor speciální pedagogiky – logopedie, který se dále zabývá výchovou, vzděláváním a komplexní péčí o jedince s narušenou komunikační schopností. Aby byly poznatky co nejkomplexnější, tak logopedie spolupracuje s psychologií, lékařskými obory a jazykovědnými obory. (Vítková, 1998)

A protože jakákoli terapie začíná ve chvíli, kdy se někdo o daný problém začne zajímat a řešit ho, (Pöthe, 2011) v našem případě se jedná o vývojovou dysfázii, tak je pro jeho pochopení důležité definovat si pár pojmů.

Narušená komunikační schopnost, dále (NKS) je pokládána za základní stavební kámen celé moderní logopedie. Tento pojem v sobě skrývá, širokou škálu možných narušení. Do NKS patří nemluvnosti a všechny poruchy řeči a hlasu, které nejsou fyziologické a tudíž se sami spontánně nespraví. (Škodová, 2007). Z časového hlediska může být NKS přechodná nebo trvalá a může se projevovat jako vrozená či získaná porucha řeči. (Lechta, 2008) Logopedická intervence o jedince s NKS se neomezuje pouze na zvukovou stránku jazyka, ale zahrnuje v sobě péči o všechny roviny (foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmaticko-komunikační) jazykových projevů člověka. (Lechta, 2011, Vítková, 1998). Z toho vyplývá, že: *„komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru“*. (Lechta, 2003, s. 17)

1.1. Kritéria fyziologického vývoje řeči

Jaká jsou tedy kritéria fyziologického vývoje řeči? Zaprvé, musí být v pořádku anatomicko-funkční vztahy v oblasti krku a hlavy, tedy ve fonačním a řečovém ústrojí a ve vývoji CNS. Za druhé, adekvátní sluch a rozumové schopnosti. A za třetí, přiměřeně stimulující sociální prostředí. (Dlouhá, 2012)

A jaké projevy můžeme ještě považovat za fyziologické?

Je dobré vědět, že v raném věku dítěte existuje období fyziologické nemluvnosti a prodloužené fyziologické nemluvnosti. Tyto znalosti nám v některých případech mohou pomoci odhalit, jestli řečový vývoj probíhá, tak jak má.

1.2. Fyziologická nemluvnost

S fyziologickou nemluvností se setkáváme u zdravého kojence. Ten nemluví, protože k tomu ještě nemá fyziologické předpoklady. Je to doba, kdy se řeč připravuje a prochází několika předřečovými stádii (obdobím novorozeneckého či kojeneckého křiku, obdobím broukání, žvatlání a porozumění řeči). Všechna tato předřečová stádia se uskuteční do jednoho roku věku a teprve pak začíná vlastní vývoj řeči. (Bacus, 2003; Klenková, 2000; Lechta in Škodová 2007; Sovák in Škodová, 2007) Existuje ještě jedna varianta, která může nastat - prodloužená fyziologická nemluvnost.

1.3. Prodloužená fyziologická nemluvnost

Zde se jedná o stav, kdy dítě do konce třetího roku věku nezačalo mluvit, přestože kritéria fyziologického vývoje řeči (viz výše) nebyla porušena. Nejedná se tedy ještě o vývojovou poruchu řeči. Častěji se s tímto fenoménem setkáváme u chlapců nežli u dívek. A platí, že pokud se vyskytne, je už nutná konzultace s příslušnými odborníky, kteří ji v lepším případě potvrdí anebo vyvrátí. (Klenková, 2000; Sovák, Lechta in Škodová, 2007).

Dalším možným vodítkem při pátrání po příznacích vývojové dysfázie může být i doba, kdy dítě vyslovilo své první slovo a větu. (Kutálková, 2005) A protože si myslím, že je obtížné odušit, co se za první slovo a větu považuje, tak je lepší si je definovat.

1.4. První slovo a fáze vět

Za první slovo je pokládán výraz, nebo také zvuk, jehož význam je jasně spjat s určitou situací, věcí nebo osobou. Slovo může být i značně zkomolené. Po vyslovení prvního slova začíná vlastní období rozvíjení aktivního slovníku. Nastupuje zhruba mezi 9. a 14. měsícem a trvá po celý život. (Dlouhá, 2012; Kutálková, 2005; Trojan, 2003). V rozmezí mezi 9. až 14. měsícem však dítě ještě netvoří víceslovné věty. Ke

svému vyjadřování mu zatím stačí jen jednotlivá slova anebo i intonace, kterou lze vyjádřit také dost. (Bacus, 2003)

Je velice zajímavé, že první věta může být i jednoslovná, avšak musí být doplněná gestem. Za větu se například považuje slovo *tam*. Je ale třeba ho vyslovit společně s nějakým posunkem nebo pohybem ruky, který ukazuje na nějaký předmět nebo situaci. Jednoslovné první věty se objevují již ve 13. měsíci života dítěte. S dvouslovnými větami se můžeme setkat v 18. měsíci věku dítěte. Je to například sousloví *táta tam*, ale na ty víceslovné věty si budeme muset počkat až do 30. měsíce. Celková data o vývoji řeči shrnuje tabulka (Tab. 1) v příloze 1. (Trojan, 2003; Škodová, 2007)

2. Opožděný vývoj řeči

Hned na začátku je třeba zmínit, že „*opožděný vývoj řeči, dále (OVR) chápeme jako symptom, ne jako samostatnou diagnózu*“ (Dlouhá, 2012, s. 33). Může se vyskytovat společně s dalšími příznaky, nebo může být převládajícím příznakem klinického obrazu konkrétní diagnózy. V našem případě se jedná o OVR u vývojových poruch řeči – vývojové dysfázie. (Dlouhá, 2012; Škodová, 2007) Pouze tehdy je-li OVR hlavním příznakem poruchy, tak se o něm dá uvažovat jako o samostatné nozologické jednotce. (Škodová, 2007)

Celkový výskyt OVR v dětské populaci je udáván mezi 5-7%. (Dlouhá, 2012)

2.1. Etiologie

Vzhledem k velkému množství příčin, které mohou OVR způsobit (Kutálková, 2005), je terminologie v tomto směru nejednotná a dále zde nebude rozebírána. Podstatné je, že se všechny příčiny OVR dají rozdělit na dvě skupiny a to podle faktorů biologických a sociálních. Tento systém, který je dodnes používán, vytvořil Sovák již v roce 1978. (Škodová, 2007) Do kategorie dle sociálních faktorů řadíme patologii výchovného a sociálního prostředí, patří tam například psychická deprivace a nedostatek mluvního kontaktu. Druhá skupina v sobě zahrnuje větší variabilitu možných příčin. Jsou to dědičnost, závažná neurologická onemocnění, postižení vývoje rozumových schopností. Dále OVR při vadách a poruchách řeči, sluchu a někdy i při tělesném postižení. (Dlouhá, 2012; Kutálková, 2009; Škodová, 2007)

2.1.1. Patologie prostředí

2.1.1.1. Psychická deprivace

Vliv prostředí na jedince je nezanedbatelný. Vždyť když vezmeme v úvahu tu nejzazší možnou situaci patologie sociálního prostředí, tedy psychickou deprivaci, tak teprve tehdy si uvědomíme, jak velký vliv může mít tato situace na rozvoj jedince.

Nejznámější je asi v tomto směru příběh dvou izolovaných vlčích dětí Amali a Kamali. (Langmeier, Matějček, 1974)

Psychická deprivace se vyskytuje v mnoha formách, ale nás bude zajímat citová deprivace. Vývoj řeči se totiž může opozdit z důvodu nedostatku citových vazeb. Takové dítě jen těžko bude uplatňovat svoji přirozenou zvědavost k získávání informací a k napodobování. (Klenková, 2000; Kutálková, 2005; Langmeier, Matějček, 1974)

2.1.1.2. Nedostatek mluvního kontaktu

„Rodina je dominujícím prostředím, které nejvýznamněji ovlivňuje rozvoj všech vlastností dítěte“. (Dlouhá, 2012, s. 37) Takže pokud dítě vyrůstá v prostředí, které ho dostatečně nestimuluje, dochází opět k opoždování vývoje řeči. (Klenková, 2000) Takováto situace může nastat v rodinách s nízkou sociální úrovní. Vliv na rozvoj řeči může mít tedy i postoj rodičů k výchově dětí. Dále tam, kde se podceňuje nutnost rozvíjení mluvního apetitu a motivace k mluvení. Opoždění rovněž nastává u dětí, které jsou celé hodiny odkázané sami na sebe nebo u dětí, které znají od okolí jen několik vazeb spojení, které užívají stereotypně. (Dlouhá, 2012; Klenková, 2000; Kutálková, 2005)

Jindy nedostatkem mluvního kontaktu trpí děti neslyšících, mentálně postižených rodičů, nebo děti, které vychovávají velmi staří, málomluvní prarodiče. (Klenková, 2000)

Terapií v tomto směru může být zařazení mezi vrstevníky, například nástup do mateřské školy. Jestliže dítě nebude schopno navázat a udržet kontakt, nebude umět komunikovat a spolupracovat, tak na něj bude vyvíjen tlak od ostatních dětí. Dokud se dítě nepřizpůsobí, skupina ho nepřijme. (Vágnerová, 2000)

2.1.1.3. Hospitalismus

Hospitalizace může představovat další nebezpečí pro zdravý vývoj dítěte. Pro tuto situaci se používá termín hospitalismus, ale také ještě navíc označuje deprivaci způsobenou ústavní a kolektivní výchovou. V nemocničním prostředí je zpravidla dítě ochuzené o určité množství podnětů, podmínky pro učení a potřebu společenských vztahů. Naštěstí je působení těchto činitelů ryze individuální, protože každé dítě se bude

v obdobných situacích chovat jinak a odnese si také i jiné případné následky. (Langmeier, Matějček, 1974)

2.1.2. OVŘ způsobené biologickými vlivy

2.1.2.1. Dědičnost

Nejnovější klinické poznatky z této oblasti potvrzují, že se dědičnost podílí velkou měrou na vzniku OVŘ, (Dlouhá in Škodová, 2007) nejméně však jednou třetinou. (Kutálková, 2005) Většinou se v rodinách projevuje u mužských potomků. (Klenková, 2000)

2.1.2.2. Nedonošenost

V české republice se ročně narodí až 6,5% dětí s nízkou porodní hmotností. Z této části jedno procento připadá na extrémně nezralé novorozence. Jsou to děti, které mají porodní hmotnost nižší než 1500g a rodí se ve 24. až 28. týdnu těhotenství. Je to důležitá a zároveň kritická doba pro zrání plodu. Vyvíjejí se hlavně plíce, srdce a mozek. Může se také objevit absence křiku hned po narození, která je způsobena vrozenou anomálií respiračního ústrojí. V tomto případě se dítěti musí zajistit životní funkce a to ve specializovaném perinatologickém centru. (Dlouhá, 2012) U nedonošených dětí, všeobecně platí, že jsou nezralé, slabé a mívají chudou až opožděnou řeč. (Kutálková, 2005)

2.1.2.3. Symptomatické poruchy řeči

Tímto termínem Lechta označuje stav, kdy NKS - OVŘ je symptomem jiného dominujícího postižení či poruchy. OVŘ tvoří součást klinického obrazu u dětí s mentálním postižením, dětskou mozkovou obrnou, při poruchách a vadách sluchu, zraku a také při tělesném postižení. (Lechta, 2008; Škodová, 2007)

2.2. Symptomatologie

Projevy OVŘ můžeme charakterizovat z řady hledisek – z hlediska průběhu vývoje řeči, z hlediska věku, stupně poruchy a etiologie. (Škodová, 2007) Ale za hlavní ukazatel opožděného vývoje řeči je považována skutečnost, že dítě okolo tří let nemluví, nebo mluví méně než jeho vrstevníci. (Klenková, 2000; Vítková, 1998)

Věk okolo třetích narozenin se stává jakýmsi mezníkem, kdy jedna etapa v životě dítěte končí a další začíná. (Kutálková, 2005) Je to předěl mezi batolecím a předškolním věkem dítěte, (Vágnerová, 2000) a proto se na dítě kladou větší nároky z hlediska řeči. (Škodová, 2007) Dále je toto období charakteristické bouřlivějším vývojem, (Lazzari, 2013) dítě se osamostatňuje a proniká do světa, Erikson dobu od jednoho do tří let nazval velmi příznačně – obdobím autonomie. (Vágnerová, 2000)

2.3. Terapie

Protože existuje velké množství příčin OVŘ, neexistuje univerzální terapie OVŘ, která by vyhovovala všem. K nalezení konkrétní a vhodné terapie se vždy vychází z individuálních symptomů, které se u klienta projevují. (Dlouhá, 2012) Podle Sováka by měl být správný terapeutický postup vyvážený z hlediska vnitřních a vnějších faktorů, které jsou nezbytné pro správný vývoj řeči. (Škodová, 2007) Obecně však lze říci, že by rodina měla svému dítěti poskytovat přiměřené množství řečových podnětů. Pokud jich bude nadbytek, může dojít k neurotizaci dítěte a při nedostatku se řeč zase může opožďovat. Dále by se mělo dbát na správný řečový vzor, který je důležitým faktorem pro vývoj řeči. „*Správný řečový vzor musí odpovídat zvukovým, artikulačním a gramatickým normám jazyka*“ (Škodová, 2007, s. 104), pokud bude jiný, dítě ho napodobí i se všemi jeho chybami. (Škodová, 2007; Vítková, 1998)

2.4. Prognóza

Existuje zde dobrá prognóza, která poukazuje na skutečnost, že se řečový vývoj může spontánně vyrovnat. (Kutálková, 2009) Jindy je však nutné lékařské vyšetření, logopedická péče a spolupráce rodičů, logopeda a učitelů. Přesto se i zde může vývoj řeči zcela srovnat s normou. (Klenková, 2000) V horším případě přetrvává rozsáhlá dyslalie nebo se může rozvinout koktavost. Stává se to v případech, kdy se objeví

následný a velmi bouřlivý vývoj řeči, který se snaží dohnat předchozí zpoždění.
(Kutálková, 2005) Bohužel může také dojít k potvrzení diagnózy vývojové dysfázie.
(Klenková, 2000)

3. Vývojová dysfázie

3.1. Terminologie

Termínem vývojová dysfázie se v současné české logopedii označuje specificky narušený vývoj řeči. Tento termín nebyl a stále ještě není jednotný, u nás i v zahraničí. (Škodová, 2007)

Slovo dysfázie pochází z řečtiny a je složeno z předpony *dys*, která označuje poruchu vývoje a přípony *fázie*. Druhá část slova vznikla z řeckého výrazu *femi* a dá se přeložit, jako vypravuji. Znamená to, že se jedná o poruchu, která postihuje vypravování, tedy řeč jako celek. (Kutálková, 2005)

Než se tento název ustálil, prošel několika změnami. Hlavně ve starší české i zahraniční odborné literatuře se můžeme setkat s termíny jako: *sluchoněmota* - *audimutitas*, *alalie*, *afemie*. Tyto pojmy označovaly různé druhy dětské nemluvnosti, a tudíž pojímaly i dnešní vývojovou dysfázii. Nejednotnost byla dána tím, že termíny vznikaly nezávisle na sobě v různých časových obdobích a to jak v lékařských, tak i nelékařských oborech. (Škodová, 2007).

Při prostudování anglosaské literatury zjistíme, že je terminologie opět nejednotná, můžeme se setkat s názvy jako: *Developmental speech disorders*, což se překládá jako vývojové poruchy řeči. *Developmental language disorders*, který znamená vývojové poruchy jazykových schopností. (Mikulajová, 1993) A někteří ji označují i jako *Specific language impairment – SLI*. (Dlouhá, 2003)

3.2. Definice

Zde jsem vybrala několik definic vývojové dysfázie z období let 1998 až 2012.

- „*Porucha řečového vývoje způsobená poruchou percepce řeči různého stupně, která se vyskytuje v různých formách.*“ (Dlouhá, 2012, str. 38)
- „*Porucha tvorby a porozumění řeči v důsledku poruchy funkce mozku.*“ (Vokurka, 2007, str. 98)

- „*Strukturní a systémové narušení jedné či většího počtu, příp. i všech oblastí vývoje řeči (osvojování mateřského jazyka) vzhledem k chronologickému věku dítěte*“ (Lechta, 2003, str. 61)
- „*Částečná až úplná neschopnost užívat řeč jako komunikační prostředek ve fyziologicky vymezeném čase.*“ (Klenková, 2000, str. 20)
- „*Specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené*“ (Dvořák, 1998, str. 44)

3.3. Výskyt

Aby se udělal co nejpřesnější odhad výskytu vývojové dysfázie musí se brát v potaz skutečnost, že ne všechny děti s touto diagnózou byly rozpoznány. V tomto případě je nejlepší postupovat epidemiologicky a nespoléhat se pouze na klinické vzorky. Asi nejdůkladnější data výskytu vývojové dysfázie podali Tomblin et al. v roce 1997. Jejich výzkum byl věrohodný, protože vyšetřili reprezentativní vzorek populace, který obsahoval i děti, které logopedickou péčí nepodstoupily. Soubor obsahoval děti ve věku pěti a šesti let. Prevalence byla stanovena na 7,4%. (Smolík, 2009) Ke stejnému procentu rovněž dospěl Laurence a dodává, že děti s vývojovou dysfázií budou mít pravděpodobně rodiče, kteří měli nebo mají obdobné potíže. (Laurence, 2000)

Výskyt v české populaci je udáván mezi 5-7%, incidence je větší u chlapců. (Dlouhá, 2012) Zde ale bohužel nebyl uveden způsob získávání dat.

3.4. Dědičnost

Odborníci se dlouho zabývali otázkou, jaký je vliv dědičnosti. Výzkumy, které provedli, potvrzují, že u vývojových poruch řeči a u opožděného vývoje řeči dědičnost sehrává svoji roli. Ukázalo se, že převládají chlapci a to zhruba v poměru 4:1 a proto je toto narušení nejnapadnější v rodové linii otec, syn. Dále bylo zjištěno, že pokud má dítě řečové obtíže tak se v jeho příbuzenstvu najde dalších 20-50% jedinců, kteří budou mít obdobné potíže. To znamená, že pravděpodobnost dalšího výskytu, přenesení této poruchy je 25%. (Dlouhá, 2003; Dlouhá, 2012; Kutálková, 2009; Škodová, Jedlička in Škodová, 2012)

3.5. Etiologie

V současnosti je snaha užšího vymezení vývojové dysfázie. Má se za to, že hlavním důvodem je porucha centrálního zpracování řečového signálu. „*Postižení je tím lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center*“ (Škodová, 2007, s. 111) Neurologický nález ovšem není ložiskový. Předpokládá se, že se jedná o difuzní postižení centrální nervové soustavy, dále (CNS). Je tedy v podstatě postižena celá centrální korová oblast. (Škodová, 2007). Jedná se tudíž o dvojí patofyziologii řečového postižení:

- 1) Specifickou centrální sluchovou poruchu
- 2) Všeobecnou nespecifickou korovou poruchu

(Dlouhá, 2003)

Další odborníci poukazují na skutečnost, že se v anamnézách těchto dětí často objevují údaje o rizikovém těhotenství, nedonošenosti, komplikacích kolem porodu, nízké porodní hmotnosti a celkové nevyzrálosti. (Kutálková, 2005) Právě potíže během těhotenství, nedonošenost a nízká porodní hmotnost se považují za významné rizikové faktory vzniku vývojové dysfázie. (Wolraich, 2008)

3.6. Klasifikace

Vývojovou dysfázií můžeme třídit podle jejích forem. Na základě různých symptomů se totiž u vývojové dysfázie můžeme setkat s formou receptivní, expresivní a smíšenou. Mezi nejčastěji se vyskytující patří expresivní a smíšené formy vývojové dysfázie. (Dlouhá, 2012) Dle aktualizované verze 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí dále (MKN) ke dni 1. 1. 2013, se ale vyčleňují pouze dva její typy. Expresivní a receptivní typ. (www.uzis.cz)

Ale také jí můžeme členit z hlediska jejích stupňů – od nejlehčího po nejtěžší jsou to: dysfatické rysy, vývojová dysfázie, těžká vývojová dysfázie, nemluvnost. (Kutálková, 2011)

3.7. Symptomatologie

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha příznaky, ale první co se stane nápadným, bude skutečnost, že dítě v porovnání s ostatními vrstevníky bude mluvit méně,

jednodušeji nebo vůbec. Opožděný vývoj řeči je totiž dominujícím symptomem vývojové dysfázie. Její další příznaky se budou objevovat postupně s přibývajícím věkem dítěte. (Kutálková, 2005)

Z řečového hlediska se symptomy projevují v hloubkové i povrchové struktuře řeči. Vývojová dysfázie může v hloubkové struktuře řeči zasahovat do oblasti sémantiky, syntaxe a gramatiky. Typickými projevy jsou zde nesprávný slovosled, chudá slovní zásoba, špatné skloňování, vynechávání slov ve větách a tvoření dvouslovných, nebo i jednoslovných vět. V povrchové struktuře se pak setkáváme s poruchami fonologického systému. Projevuje se to například poruchou diferenciací znělosti-neznělosti. Řeč se zdá být patlavá až zcela nesrozumitelná. (Škodová, 2007)

Vývojová dysfázie se tedy může projevovat v oblastech řečových, ale i jiných. Dalším typickým příznakem je například nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. Zde je výčet dalších symptomů z různých oblastí: „*diskrepance mezi verbálními a neverbálními schopnostmi, narušení zrakového a sluchového vnímání, narušení motorických funkcí, nevhodný typ laterality, narušení orientace v čase i prostoru a paměťových funkcí*“ (Škodová, 2007, s. 112) Avšak podle Tonnquista a dalších odborníků jsou pro další řečový vývoj nejdůležitější právě kognitivní funkce – myšlení jako nejvyšší forma poznávání, paměť, představivost a vnímání. (Tonnquist-Uhlen in Dlouhá, 2003; Říčan, 2005)

V našem případě je dále důležité vědět, že když je verbální faktor dítěte výrazně opožděn a přidá se k tomu ještě nedostatečná stimulace řečového vývoje, tak se může objevit sekundární symptom v podobě zhoršených rozumových schopností. (Škodová, 2007) Platí totiž „*že řeč ovlivňuje myšlení a myšlení ovlivňuje řeč*“ - (Pokorný in Trojan, 2003, s. 707) v určitém období, asi ve věku dvou let se vývoj myšlení protíná s vývojem řeči. Myšlení se pak stává verbální a řeč intelektuální. (Pokorný in Trojan, 2003; Vygotskij in Lechta 2008).

Expresivní, percepční a smíšené formy se projevují každá svými typickými symptomy, které budou rozebrány níže. Dohromady však lze o nich říci, že jsou vždy spojeny s výrazným nebo méně výrazným opožděným vývojem řeči. (Škodová, 2007)

Z hlediska symptomů se tedy setkáváme se čtyřmi stupni vývojové dysfázie. Nejtěžším je nemluvnost, kdy dítě opravdu nemluví a vyjadřuje se například jen za pomoci gest a pohybu. Pokud dítě s tímto stupněm poruchy trpí percepčním typem vývojové dysfázie, tak se často chová jako dítě, které má autismus. Pokud ale má expresivní typ vývojové dysfázie, tak je zde velká šance, že se řeč bude rozvíjet na

úrovni vnitřní řeči. Pak bychom totiž mohli s tímto dítětem komunikovat prostřednictvím alternativní a augmentativní komunikace. (Kutálková, 2011)

Dalším stupněm je těžká vývojová dysfázie, kdy řečový vývoj postupně prochází všemi vývojovými etapami – bohužel je poměrně zdlouhavý. Terapie většinou trvá i několik let. Může se také stát, že se řečový vývoj zastaví v některé fázi a dál už nepostupuje. Předposledním stupněm je vývojová dysfázie. Pro tento stupeň je charakteristické, že dítěti neznemožňuje běžné dorozumívání. Nedostatky jsou především v gramatice, slovní zásobě a ve výslovnosti. Terapie je opět zdlouhavá. (Kutálková, 2011)

Nejlehčím stupněm jsou takzvané dysfatické rysy. Znamená to, že se vývojová dysfázie projevuje jen některými příznaky a to z důvodu nezralosti jen některých z funkcí. Často se stává, že dysfatické rysy řeči, které se nutně nemusí projevovat opožděným vývojem řeči, bývají tedy zaměňované za poruchu výslovnosti. (Klenková, 2000; Kutálková, 2011) To jak se jednotlivé příznaky budou projevovat, tedy závisí na hloubce postižení. (Škodová, 2007)

3.7.1. Receptivní (percepční), senzorycká vývojová dysfázie

Při této formě převládají těžkosti v receptivní oblasti řeči, tedy v oblastech sluchového zpracování informace a to jak verbální tak i neverbální. Znamená to, že děti budou mít potíže v rozlišení a interpretaci sluchového vjemu, dále nebudou schopni rozpoznat obsah, smysl a souvislosti slov. Je to pro ně totiž jakýsi sled zvukových podnětů, který nedokáží identifikovat. (Dlouhá, 2012; Škodová, 2007) „*Dítě slyší, ale nerozumí*“ (Klenková, 2000, s. 20) Jako první si toho všiml v roce 1968 Eisenson. Popsal, že dysfatické děti správně vnímají izolované hlásky, ale už je nespojí do fonetického celku. (Mikulajová, 1993) Dále se u receptivní dysfázie vyskytují poruchy sluchové paměti, opoždění abstraktního a symbolického myšlení. Například porucha krátkodobé (pracovní) paměti má za následek nedokonalou fixaci řečových vzorů. Protože se u dětí objevuje deficit jak ve sluchové, tak i zrakové percepci, tak se až z 70% mohou u těchto dětí vyskytnout vývojové poruchy učení, jako například dyslexie a dysortografie. (Dlouhá, 2012; Škodová, 2007).

Je obvyklé, že slovník u toho typu vývojové dysfázie nemusí být ani chudý, potíž je ale v tom, že dítě výrazům nerozumí. Často se také setkáváme s tím, že si dítě vytvoří

zcela specifický slovník, viz příloha 1 (Tab. 2). Řeč se díky tomu bohužel stává téměř nesrozumitelnou. (Škodová, 2007)

V některých případech nemusí být dokonce ani řečový vývoj výrazně opožděn. Svě první slovo mohou děti vyslovit už kolem jednoho roku, ale pak „vývoj *ustrne na několika slovech a poměrně dlouho dál nepokračuje*“ (Škodová, 2007; Kutálková, 2005, s. 131)

3.7.2. Expresivní, motorická vývojová dysfázie

Dětem s touto formou dysfázie dělá největší problém správné vyjadřování neboli řečová exprese. Je to proto, že mají problémy v oromotorické oblasti – nedostatečně ovládají svaly mluvidel. Dalšími znaky jsou: opožděný vývoj řeči, vlastní slovník, často agramatická a nesrozumitelná řeč. Problémy také dělá syntéza slabik do slov a slova vět. Dále je typické, že ačkoli porozumění řeči není výrazně porušeno, tak se aktivní slovní zásoba rozvíjí velmi pomalu a dítě spíše používá neverbální způsoby komunikace. Celkově jsou tyto děti často nešikovné a neobratné. (Dlouhá, 2012, Kutálková, 2011, Škodová, 2007)

3.7.3. Smíšené formy vývojové dysfázie

Na dětech s tímto typem vývojové dysfázie budou patrné obtíže z obou předcházejících typů, tedy jak ve vyjadřovacích schopnostech, tak i v porozumění řeči. (Dlouhá, 2012)

3.8. Terapie

Terapií NKS se zabývá foniatrie, neurologie, psychiatrie, psychologie atd. Avšak cíleně a komplexně, v teorii i praxi, se jí nejvíce věnuje logopedie. (Lechta, 2011)

Obecně se v logopedické terapii NKS setkáváme s několika cíli, které můžeme charakterizovat ve čtyřech bodech. Platí, že ne všechny cíle jsou uskutečnitelné pro všechny klienty. V nejlepším možném případě se snažíme o úplnou eliminaci příčiny. Bohužel právě tento cíl se stává pro většinu klientů nedosažitelný. Reálný je například u dětí, kterým byla diagnostikována lehká sluchová vada v raném dětství. Další možností je modifikovat, tedy upravit poruchu. Tato strategie je vhodná pro děti trpící autismem, mentální retardací a vývojovou dysfázií. Dalším možným cílem je naučit dítě používat kompenzační strategie. Toto se většinou stanovuje u klientů, kteří mají těžkou poruchu aktualizace slov z paměti, ale zároveň mají dobrou kognitivní úroveň. Posledním a velmi důležitým cílem je zaměření na rodinu a okolí dítěte. Pokud mají být tři výše zmíněné cíle co nejefektivnější, měly by být vždy spojeny s tímto čtvrtým cílem. (Lechta, 2011)

Ze všeho nejdůležitější je však vytvoření co nejpřesnější diagnostiky - závisí na tom úspěšnost nebo neúspěšnost terapie. Na základě diagnostiky se totiž sestavuje terapeutický plán. (Klenková, 2012; Lechta, 2011) Dalším důležitým bodem, který determinuje úspěšnost terapie je týmová spolupráce. Kooperace by měla probíhat mezi: klinickým logopedem, lékařem (foniatrem, neurologem, pediatrem), klinickým psychologem, dále mezi pedagogem z (mateřských, základních, zvláštních nebo speciálních škol), pracovníky speciálně-pedagogických center (SPC) a také mezi rodinou - což je ta nejdůležitější jednotka. (Škodová, 2007)

3.8.1. Postup vytváření terapeutického plánu

Jako první se provádí diferenciální diagnostika, která vyloučí „*vývojovou dysartrii, vadu nebo poruch sluchu, opožděný vývoj řeči, opožděný vývoj řeči při mentálním postižení, těžkou dyslalií*“ (Škodová, 2007, s. 120) Dále pak „*autismus, mutismus a syndrom Landauův-Kleffnerův – tzv. epileptickou afázií*“ (Klenková, 2012, s. 82, Klenková, 2006 s. 72) Opožděný vývoj řeči se vylučuje kvůli tomu, že na rozdíl od vývojové dysfázie nenarušuje celou osobnost dítěte. Při vytváření diferenciální

diagnostiky spolu spolupracují jednotliví odborníci. Jsou to „*pediatr, neurolog, foniatr a psycholog*“ (Škodová, 2007; Klenková, 2012, s. 81)

Teprve když je hotová diferenciální diagnostika, může logoped provést komplexní logopedickou diagnostiku. Tou prověřuje úroveň všech jazykových rovin. Nakonec na základě výsledků stanoví typ a hloubku poruchy. (Klenková, 2012)

Posledním bodem je vytvoření terapeutického plánu, který vychází z výsledků diagnostiky. Protože se každé dítě projevuje jinými symptomy a má také jiný stupeň narušení, znamená to, že každý terapeutický plán bude originální a individuální. (Klenková, 2012) Z tohoto důvodu tedy neexistuje univerzální terapie, která by byla vhodná pro všechny děti s touto diagnózou.

3.8.2. Zaměření logopedické intervence

Lze tedy říci, že za úspěchem logopedické terapie stojí precizní diagnostika, týmová spolupráce a individuální přístup. (Klenková, 2006; Škodová, 2007) Existuje však ještě jedna skutečnost, která ovlivňuje úspěch terapie a která byla v dřívějších dobách opomíjena – zaměření logopedické intervence na celkový rozvoj osobnosti dítěte. V minulosti se totiž odborníci zaměřili často jen na stimulaci zvukové (formální) stránky jazyka. Řečový projev se tak sice dostal na úroveň normy – byl poměrně dobře srozumitelný, ale stalo se tak na úkor všech ostatních oblastí, které se musely také rozvíjet (kvůli dosažení školní zralosti). Tato maximální orientace na výslovnost měla však své důsledky, téměř u jedné třetiny dětí se ještě objevila koktavost. Dnes už je naštěstí situace zcela jiná. (Novák in Škodová, 2007)

Logopedická péče je tedy komplexní - rozvíjí řečové a další oblasti, které jsou důležité ve vývoji celé osobnosti dítěte. V řečových oblastech je to obsahová stránka řeči, „*kteřá zahrnuje rozvoj lexikálně-sémantické (pasivní a aktivní slovní zásoba) a morfologicko-syntaktické roviny řeči (gramatická pravidla, větná skladba)*“ (Klenková, 2012, s. 83) A ve formální stránce jazyka je rozvíjena foneticko-fonologická rovina řeči. (Klenková, 2012)

V ostatních oblastech se stimuluje: „*zrakové vnímání, sluchové vnímání, myšlení, paměť a pozornost, motorika, schopnost orientace a grafomotorika (kresba)*“ (Klenková, 2006, s. 75)

Pro terapii vývojové dysfázie platí několik zásad:

- Aby byl rozvoj jednotlivých schopností dítěte co nejefektivnější, tak by se neměli stimulovat izolovaně.
- Při logopedické intervenci by se měli využívat kombinace všech reedukačních, edukačních i reedukačních postupů.
- Terapie vývojové dysfázie by měla vycházet z principu „co nejvíce využij toho, co již umíš“

(Klenková, 2006, Škodová, 2007)

Dále se zaměříme na oblasti, které je zapotřebí rozvíjet v rámci komplexního terapeutického působení.

3.8.2.1. Rozvoj zrakového vnímání

Hned od začátku terapie, by měla být rozvíjena zraková percepce – kvůli její možné opožděné zralosti. Dítě totiž potřebuje umět rozlišit detail směrem nahoru a dolů a poté zprava a zleva, aby se mohlo naučit číst a psát. Toto narušení však není způsobené zrakovou vadou, ale poruchou centrálního zpracování příslušného vjemu. (Škodová, 2007)

Zrakové vnímání můžeme velmi dobře stimulovat pomocí různých úloh, které jsou zaměřené na tvary, barvy a koordinaci ruka – vjem. K nácviku zrakové percepce lze použít úkoly ze subtestů Vývojového testu zrakového vnímání od M. Frostigové. (Škodová, 2007) Tento test se skládá z pěti subtestů. První je zaměřen na vizomotorickou koordinaci – dítě má například spojit jeden bod s druhým nebo nakreslit nepřerušovanou linii. Druhý je zaměřen na rozeznávání figury a pozadí. Ve třetím subtestu má pak dítě rozeznávat tvary, které se od sebe navzájem liší barvou, odstínem, velikostí atd. Čtvrtý subtest je zase zaměřen na polohu v prostoru. Dítě má rozlišovat pozici tvaru – jestli jsou nějaké tvary otočené. A poslední subtest procvičuje prostorové vztahy – úkolem je například pospojovat tečky, které pak vytvoří nějaký tvar. (Valenta, 2012)

3.8.2.2. *Rozvoj sluchového vnímání*

Dětem s vývojovou dysfázií způsobuje porucha akusticko-verbálních procesů problémy s percepcí, rozlišováním a zpracováním slovních podnětů. Další potíže pak mají s vybavením, uchováním a paměťovým učením těchto podnětů a s časovým zpracováním sluchových signálů. (Dlouhá, 2003; Škodová, 2007)

Porucha fonemického sluchu se zase promítá do všech jazykových rovin. Děti například nedokáží rozlišit znělé a neznělé hlásky, dělají chyby v řazení slabik za sebou, dále nejsou schopné udržet dějovou linii příběhu atd. Kvůli narušení fonologické (pracovní) paměti nedokáží například zopakovat kombinaci několika slabik. (Dlouhá, 2003)

Sluchovou percepci rozvíjíme s pomocí speciálních sluchových cvičení, která se například zaměřují na fonemický sluch. Nebo také využíváme diskriminačních typů sluchových cvičení. (Škodová, 2007) Vhodnou metodou na rozvíjení sluchového vnímání jsou také slovní hry – slovní fotbal, tichá pošta atd. (Pešová, 2006)

3.8.2.3. *Rozvoj myšlení*

Rozvoj myšlení jde ruku v ruce s rozvojem obsahové stránky. Dokonce je na tomto principu založena výuka ve školách. Aby se stimulovalo myšlení, tak je důležité dodržovat komplexní přístup v terapii vývojové dysfázie. Když toto pravidlo nedodržíme a budeme se orientovat jen na formální stránku jazyka tak tím můžeme sekundárně zhoršovat rozumové schopnosti dítěte. (Škodová, 2007)

3.8.2.4. *Rozvoj paměti a pozornosti*

Stimulace paměti a pozornosti je neoddělitelnou součástí terapie dítěte s vývojovou dysfázií. Proto tento typ cvičení postupně zařazujeme do všech ostatních postupů k rozvoji dalších složek. Vybíráme vždy takové metody, které respektují výsledky vyšetření, individuální schopnosti a celkovou úroveň paměti a pozornosti dítěte. Nejdůležitějším prvkem pro další vývoj dítěte se pak stává opakování - všeho, co mu pomáhá v učení konkrétní činnosti. (Škodová, 2007)

3.8.2.5. Rozvoj motoriky

Při rozvíjení motoriky dítěte se zaměříme na hrubou a jemnou motoriku a také na motoriku mluvidel. (Škodová, 2007)

Existují cvičení, která jsou vhodná pro stimulaci určitých pohybových složek. Například k rozvoji motoriky rukou používáme kostky, skládačky, které mají různou velikost, tvar, povrch a materiál. Cvičení a hry, které jsou pohybově rytmické, využíváme zase k dynamické organizaci pohybů dítěte. Cviky na prostorovou orientaci jsou vhodné k pochopení prostorových vztahů – dítě má například pomocí různých materiálů napodobovat předložený obraz, tvar. Pro rozvíjení komplexní praxe rukou využíváme metodu opakování - přesné a cílené pohyby nacvičujeme opakováním pracovního postupu nějaké činnosti. (Škodová, 2007)

Uvolňovací cviky ruky jsou vhodné k rozvíjení jemné motoriky. Později jsou velmi dobře využitelné při odbourávání neohrabanosti při psaní. Na její rozvoj používáme některé hry a činnosti. Například manipulaci s drobnými předměty a dále pak ruční práce – navlékání korálků, šití, vyšívání, zatloukání, šroubování, vrtání, utahování matic atd. (Pešová, 2006)

Při rozvoji motoriky mluvidel dbáme na to, abychom jsme vždy vybrali alespoň jedno cvičení, které dítě bezpečně zvládne. Nácvič motoriky mluvidel provádíme klidně, pečlivě a z počátku pomalu. Zaměřujeme se na jazyk, rty a tváře. U jazyka je vhodné vyplazování, zvedání za horní řezáky, olizování rtů a zubů atd. Rty procvičujeme usmíváním, špulením atd. A s tvářemi můžeme cvičit střídavě. Nejdříve s levou a pak s pravou nebo současně s oběma najednou. To pak zkusíme různé nafukování a vyfukování vzduchu z tváří, účinné je také například pití z brček a foukání do horké polévky. (Škodová, 2007)

3.8.2.6. Rozvoj schopnosti orientace

Dětem s vývojovou dysfázií dělají největší potíže časové vztahy a pravo-levá orientace. Pro rozvíjení orientace v prostoru se využívá kresby, která je složená ze dvou až čtyř jednoduchých prvků (čára, kruh, elipsa). Úkolem je přenesení, napodobení vzoru kresby v prostoru s pomocí nejrůznějších materiálů - provázků, špejlí atd. Děti s tím ale mívají velké problémy. Potíže s časovou orientací se zmírňují díky terapii zaměřené na řeč. (Škodová, 2007)

3.8.2.7. Rozvoj grafomotoriky

Kreslení se považuje za nejdůležitější součást stimulace komunikačních dovedností a je také základním diagnostickým ukazatelem. Kresebný projev dětí s vývojovou dysfázií je totiž velmi nápadný. Kresba je deformovaná, často nelze poznat, co představuje. Dále je i nápadné její rozložení a sklon v prostoru. (Škodová, 2007)

Kresby se využívá hned na začátku terapie, logoped totiž s její pomocí snadněji navazuje kontakt se svým klientem. Děti se většinou této činnosti nebojí a zároveň jim slouží jako uvolňovací cvik jemné motoriky. Při nácvičení kreslení postupujeme pozvolna, od těch nejméně složitých tvarů k těm složitějším. Využívá se obtahování a obkreslování. (Škodová, 2007)

3.8.2.8. Rozvoj řeči

Na důležitost terapie řečových dovedností poukazuje už skutečnost, že se s jejich pomocí začleňujeme do společnosti, vytváříme si nové vztahy a jsou jedním z předpokladů emancipace. Dítě, které začalo komunikovat má totiž najednou více možností, jak se zapojit do okolního dění - není jen pasivně receptivním, ale stává se už aktivním spoluúčastníkem. (Vágnerová, 2000)

Pro terapii vývojové dysfázie platí několik zásad. První zásadou je imitace normálního vývoje řeči. Znamená to, že se má řečový vývoj rozvíjet postupně, podle jednotlivých ontogenetických etap řeči. Druhou zásadou je provokování ke spontánnímu řečovému projevu. Tím se má namyslet, že se dítěti mají vytvořit takové podmínky, které ho stimulují ke komunikaci. Třetím principem je pak zásada preferování obsahové stránky řeči před výslovností. Poslední metodou je zásada komentování. Dospělý má dítěti okomentovat situace a činnosti, ve kterých se dítě nalézá. Mají se v těchto situacích používat pořád stejná slova a jednoduché věty. (Klenková, 2012)

Dále je zde uvedeno několik speciálně pedagogických principů, které se doporučují dodržovat při nácvičení nových prvků v řeči. (Škodová, 1996)

- Řeč začínáme rozvíjet tím nejméně náročným způsobem - ze základního zvukového projevu. Je to například smích a pláč. Dále by dítě mělo ve svém okolí slyšet zvuky, které už může samo napodobit. Je to kvůli tomu, aby si

zafixovalo sluchový vjem spolu s pohybem – svalovým napětím. (Škodová, 1996, 2007)

- S nacvičováním nového prvku začínáme tehdy, když se upevní prvek předešlý. (Škodová, 1996)
- Nejprve rozvíjíme porozumění (percepci) řeči – je to důležitý předpoklad pro rozvoj komunikačních dovedností a teprve pak rehabilitujeme všechny ostatní úrovně jazyka. (Dlouhá, 2012; Škodová, 2007)

3.8.3. Typy logopedické terapie

U dětí s vývojovou dysfázií se můžeme setkat s individuální a kolektivní terapií. (Škodová, 1996) Nejčastěji se však můžeme setkat s individuální ambulantní logopedickou péčí. (Škodová, 2007)

3.8.3.1. Individuální logopedická terapie

Při ambulantní individuální logopedické terapii je uplatňována zásada individuálního přístupu. Počátek terapie je určován u každého dítěte věkem a stupněm vývoje řeči. Výhody této logopedické intervence spočívají v individuální péči, klidu pracovní – kde se dítě může maximálně soustředit a rodiče zase ocení u tohoto typu terapie, že se přímo mohou zeptat na své dotazy. Další výhodou je, že logoped může rodičům konkrétně předvést, jak s dítětem mají doma pracovat a také na ně může cíleně působit, například, aby vytvořili prostředí, které bude stimulovat řečový vývoj jejich dítěte. V rámci ambulantní individuální logopedické terapie logoped připravuje pro každé dítě individuální terapeutický plán. (Kutálková, 2011; Škodová, 2007) Logoped pak v jednotlivých setkáních: *„procvičuje rozumění řeči; rozvíjí motoriku (mluvidel, jemnou a podle možnosti i hrubou motoriku); nacvičuje nové prvky řeči; rozvíjí a cvičí sluchovou a zrakovou percepci; rozvíjí a nacvičuje základní grafomotorické dovednosti; půjčuje a zajišťuje pomůcky k domácí práci dítěte s matkou; využívá nejrůznějších technik a dostupných technických pomůcek, zejména audiovizuálních (podle technického vybavení pracoviště); používá podle možnosti speciální počítačové programy; pořizuje ve spolupráci s dalšími členy týmu zvukové záznamy, případně videozáznamy (k jejich prezentaci je nutný souhlas rodičů); podílí se s lékařem a psychologem na vedení kompletní dokumentace; před nástupem do školy se podílí na*

celkovém zhodnocení průběžných výsledků rehabilitace a navržení školního zařazení; informuje rodiče o typech speciálních škol, pomáhá zprostředkovat kontakt rodiny se školou nebo speciálně-pedagogickými centry – SPC, bude-li dítě integrováno v běžné ZŠ'' (Škodová, 2007, s. 134)

3.8.3.2. Skupinová logopedická terapie

Skupinová logopedická péče se uplatňuje v denních stacionářích zřizovaných ve zdravotnictví, lůžkových odděleních foniatrických, neurologických a psychiatrických pracovišť, v léčebnách pro děti, které mají vícečetná postižení, dále pak v resortu školství - ve speciálních mateřských školách a ve speciálních základních školách (Škodová, 1996; Škodová 2007) Je prospěšné, aby se tato kolektivní péče uskutečňovala v malých skupinkách o maximálním počtu šesti dětí. (Škodová, 2007)

Skupinové pohybové programy pomáhají dětem s rozvojem jemné a hrubé motoriky, koordinací a harmonizací pohybu a dále s upevněním pohybových stereotypů. Tím, že jsou děti ve skupině, tak na sebe navzájem působí a stimulují se k nejrůznějším aktivitám. Dále je tímto způsobem podporován mluvní apetit – dítě cítí potřebu komunikovat. Zlepšení také nastává ve zrakové a sluchové percepci, orientaci v prostoru, grafomotorice, melodii i rytmu řeči. Celkově se tedy díky tomuto programu zlepšuje srozumitelnost řečového projevu. (Škodová, 1996; Škodová 2007)

Vhodným přístupem k dětem s vývojovou dysfázií je také kombinace individuální ambulantní péče s pobytem dětí v kolektivu – kolektivní terapií. (Kutálková, 2011)

3.8.3.3. Skupinová a individuální logopedická terapie na specializovaném pracovišti

Tato kombinace byla systematicky vedena od roku 1985 1. LF UK a Foniatickou klinikou Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Na pracovišti se pracuje se dvěma skupinami dětí, pro které je připraven speciální skupinový rehabilitační program – slouží nejen k terapii, ale i diagnostice a diferenciací diagnostice. (Škodová, 1996; Škodová 2007)

První - heterogenní skupina zahrnuje děti, které jsou hospitalizované na lůžkovém oddělení kliniky s různými diagnózami. Druhou skupinu - homogenní tvoří děti, které

docházejí denně po dobu jednoho měsíce do denního stacionáře. Jsou to děti, které mají stejnou diagnózu a přibližně stejný věk, proto homogenní. (Škodová, 1996; Škodová 2007)

V heterogenní skupině se nacházejí předškolní děti a školní začátečníci, kteří jsou většinou do tohoto programu zařazovány kvůli malým pokrokům v řečovém vývoji. V homogenní skupině jsou zase děti, které docházejí do denního stacionáře na doporučení ambulance kliniky nebo klinického logopeda. (Škodová, 1996; Škodová 2007)

Výhody heterogenní skupiny spočívají ve využívání všech metodických postupů. Další výhodou je, že se díky rozdílným diagnózám setkávají děti, kterým jdou určité činnosti lépe než ostatním – například děti, které lépe kreslí, se pak stávají vzorem pro ostatní klienty, které nemají tak rozvinutou grafomotoriku. Nevýhoda je pak viděna v častém střídání dětí ve skupině – terapeutické programy mají tedy menší návaznost. (Škodová, 2007)

Výhodou homogenní skupiny je věk a přibližně stejná úroveň dětí. Kvůli tomu může skupina plnit stejné nebo podobné úkoly. Nevýhodou se pak stává každodenní dojíždění do denního stacionáře. (Škodová, 2007)

3.8.4. Netradiční metody v terapii vývojové dysfázie

Neveklovský vypracoval zajímavou techniku – metodu kontroly obrázkem, kterou používal při rozvoji řečových dovedností, čtení a počítání. Cvičení vypadá tak, že dítě pracuje s kartičkami, na kterých má napsaná jednotlivá slova, číslice atd. Úkolem je pak například s pomocí těchto kartiček sestavit slova do vět – jakmile má dítě úlohu splněnou, otočí kartičky na rub. Při správně vypracovaném úkolu se na rubu objeví obrázek a dítě se pak tímto hezkým způsobem učí i sebekontrolu. (Škodová, 2007)

Další originální metodu, která rozvíjí řečové dovednosti, popisuje Valerie E. Boyer. Tato technika je založena na principu hry s živými zvířaty nebo hračkami. Dosavadní výzkumy a experimenty totiž ukázaly, že tato terapie ovlivňuje jednání dětí a že také zvyšuje příležitosti k sociální komunikaci mezi dětmi. V této experimentální léčbě je dále doporučovaný kontakt dětí s vývojovou dysfázií s jejich vrstevníky, kteří nemají žádné jazykové narušení. (Boyer, 2006)

3.8.5. Cíl

Cílem terapie by tedy měla být nejen eliminace řečových i dalších obtíží dítěte s vývojovou dysfázií, ale také jeho integrace do běžného typu škol. (Dlouhá, 2012)

3.8.6. Doporučení

V souvislosti s terapií vývojové dysfázie je dobré vědět, že v prvním momentu, kdy se Vám, jako rodiči začne zdát, že něco není v pořádku s Vaším dítětem, tak že je lepší na nic nečekat a pro jistotu zajít k nějakému odborníkovi. A nezáleží na tom, co říkají ostatní. Důležitý je Váš názor a měl by být akceptován. Ke zlepšení totiž nemusí dojít a může se tak akorát propást ten nevhodnější čas k zahájení logopedické terapie. Jestliže se nic nepotvrdí, budete mít alespoň jistotu, že vše probíhá tak jak má a že jste nic nezanedbali. (Kutálková, 2005)

3.8.7. Prognóza

Předpokládá se, že jednou porozumíme principům vývojových poruch řeči do takové míry, že budeme schopní vyvinout preventivní postupy. (Laurence, 2000)

3.9. Prevence

„Prevence se uplatní tam, kde se na vzniku poruchy značnou měrou podílí společenské a kulturní klima rodiny“ (Kutálková, 2011, s. 140) Například u malého dítěte může prevence vypadat jako podpora řečového vývoje za pomoci pozitivní zpětné vazby (radost, úsměv, nadšení). Tímto způsobem totiž rodiče podporují mluvní apetit dítěte - dávají mu tak najevo, že je pro ně jeho sdělení důležité a smysluplné. Pokud se dítě ještě nachází v předřečových stádiích vývoje řeči, tak je dobré, aby rodiče sdělení dítěte zopakovali a dali je do souvislostí. Fungují tím jako takové zrcadlo, které dává dítěti zpětnou vazbu a pomáhá mu v učení. Velmi důležité je také, aby dítě slyšelo v dostatečném množství mluvený projev. (Vágnerová, 2000) Tam, kde se předpokládá, že by vývojová dysfázie mohla vzniknout, například z důvodu dědičnosti, komplikací kolem porodu, nezralosti – tam se preventivně doporučuje rozvíjet fonemický sluch za pomoci nejrůznějších her. (Kutálková, 2011)

3.10. Prognóza

U dysfatických rysů existuje velká pravděpodobnost, že se je podaří eliminovat ještě před nástupem do školy. Ale dále je obvyklé, že se u těžších stupňů vývojové dysfázie téměř vždy využívá možnosti odkladu školní docházky. A také, že reedukace pokračuje i během školní docházky - kde se ale komunikační dovednosti u většiny dětí dostanou do přijatelné podoby. Závěrem lze tedy říci, nevzdávat se a bojovat. (Kutálková, 2011)

4. Výzkumné šetření

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem se rodiče podílejí na logopedické terapii u dětí s vývojovou dysfázií.

Dílčí cíle pak zkoumaly motorický vývoj dětí s vývojovou dysfázií, možný vliv dědičnosti a komplikací kolem porodu na vznik vývojové dysfázie. Dále zjišťovaly, jestli se na vzniku opožděného vývoje řeči mohla podílet hospitalizace.

4.1. Metodologie

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím dotazníku, viz příloha 2 (Tab. 3). Ten jsem rozesílala dvěma skupinám rodičů dětí s vývojovou dysfázií. V první skupině se nacházeli probandi, kteří stále ještě navštěvují ambulanci klinické logopedie a jsou ve věku od čtyř do devíti let. Druhou skupinu formují dva bývalí klienti ambulance klinické logopedie, kteří jsou ve věku jedenácti a devatenácti let.

První skupině dotazovaných jsem předávala dotazníky v tištěné podobě osobně nebo prostřednictvím paní logopedky z ambulance klinické logopedie. Když měli rodiče zájem, zasílala jsem jim dotazníky také prostřednictvím emailu.

Druhou skupinu dotazovaných jsem oslovila pouze prostřednictvím emailu.

Otázky v dotazníkovém šetření vyplňovali rodiče dětí s vývojovou dysfázií – forma otázek je proto asimilována. Dá se říci, že jsem získala individuální a subjektivní odpovědi. Odpovědi respondentů, které jsem použila v praktické části, jsem převáděla do spisovného tvaru. Pro lepší přehlednost získaných dat jsem v některých případech použila také číselné zpracování.

Celkem jsem rozeslala 18 dotazníků a 17 se mi jich vrátilo vyplněných. Považuji to za úspěch, protože jak vyplynulo z výzkumného šetření, tak většina rodičů všechen svůj volný čas věnuje dětem, práci a chodu domácnosti.

Také jsem byla ráda, že se mi podařilo s pomocí paní logopedky najít tak početnou skupinu dětí s potvrzenou diagnózou vývojové dysfázie.

4.2. Charakteristika dotazníku

Dotazník obsahuje celkem 46 otázek (Tab. 4). Zaměřuje se na osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, rodinné prostředí, školní prostředí a výchovu. Dále pak na reaktivní postoj rodiny a dítěte. Také se v něm vyskytují otázky, které pátrají po tom, jak se rodina podílí na logopedické terapii.

Tab. 4: Počet a typ otázek

	Osobní anamnéza	Rodinná anamnéza	Rodinné prostředí	Školní prostředí	Výchova	Reaktivní postoj rodiny	Reaktivní postoj dítěte	Terapie
Počet otázek	11	1	2	5	2	12	1	12

Zdroj: Výzkumné šetření

4.3. Zpracované výsledky šetření

4.3.1. Věk dětí (probandů)

Celkem jsem vyhodnotila data o 20 dětech a to ve věku od 4 do 19 let (Tab. 5).

Tab. 5: Celkový počet a věk dětí

Věk dětí	4	5	6	7	8	9	11	19
Počet dětí	1x	3x	4x	4x	3x	3x	1x	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ve třech rodinách byla diagnostikována vývojová dysfázie u všech sourozenců. V prvním případě to byla pětiletá dvojčata, ve druhém tři sourozenci, kteří jsou ve věku šesti, osmi a devíti let. Ve třetím pak dva

sourozenci ve věku jedenáct a devatenáct let (tyto dva probandi tvořili druhou skupinu dotazovaných). Zde se ukazuje možný vliv dědičnosti, na kterou jsem se zaměřila níže.

Dále z celkového množství 20 dětí má ještě 10 těchto dětí další sourozence, kteří ovšem vývojovou dysfázií netrpí.

4.3.2. Dědičnost

V dotaznících jsem také pátrala po možném vlivu dědičnosti na výskyt vývojové dysfázie. Z výsledků je patrné a potvrdilo se, že chlapci s touto diagnózou mají větší incidenci nežli děvčata a to zhruba v poměru 3:1. Ovšem toto číslo se neshoduje s výsledky průzkumů jiných odborníků. Tam je většinou uváděn poměr 4:1 (viz výše). Podle mě je to způsobeno, malým vzorkem zkoumaných. Ale i zde je patrné, že jasně převažují chlapci (Tab. 6).

Tab. 6: *Výskyt vývojové dysfázie u chlapců a dívek*

Chlapci	14
Dívky	6

Zdroj: Výzkumné šetření

Dále jsem se snažila objasnit skutečnost, zda i ostatní členové rodiny netrpí obdobnými problémy (Tab. 7). Potvrdilo se, že v jedenácti rodinách ze sedmnácti, se skutečně nějaké podobné potíže vyskytly. V pěti případech se objevila přímá linie praotec, otec, syn. Ve dvou případech dotazníkového šetření rodiče uvedli, že v dětství chodili na logopedii se srovnatelnými obtížemi. Pouze v jediném případě byla nositelka žena. Zde se opět projevuje dominance diagnózy v mužské populaci.

Zajímavé zjištění se vyskytlo ve třech příbuzenských liniích, kde byly diagnostikované se srovnatelnými potížemi pouze ženy – babička, nevlastní sestra a starší dcera. Bohužel z těchto údajů nemohu udělat závěr, protože pokud vím, podrobnější výzkumy zatím nebyly provedeny.

Pouze v jednom případě respondent neodpověděl.

Tab. 7: *Obdobná diagnóza v rodině*

	Jen otec	Jen matka	Oba rodiče	Jiný příbuzný	Neměli problémy v rodině	Respondent neodpověděl
Počet	5x	1x	2x	3x	5x	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

4.3.3. Těhotenství, porod

Protože OVŘ (potažmo vývojová dysfázie) může souviset s nedonošeností (viz výše), zaměřila jsem se v dotaznících i na tuto oblast (Tab. 8)

V případě mého šetření se toto tvrzení nepotvrdilo. Z dvaceti těhotenství pouze jedno bylo rizikové, bez následků.

Tab. 8: *Průběh těhotenství*

Průběh těhotenství	Obvyklý	Před termínem	Císařským řezem	Po termínu	Rizikové
Počet	10x	2x	3x	4x	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

4.3.4. Počátky řečového vývoje

Z údajů, které vyplnili rodiče dětí, vyplynulo, že přesně jedna polovina všech dětí řekla své první slovo okolo jednoho roku (Tab. 9). Je však zajímavé, že u jednoho probanda se první slovo objevilo již v osmém měsíci, v tomto případě jde jen těžko říci, zda se jednalo opravdu o cílený mluvní projev. Ačkoliv se u první poloviny dětí řečový vývoj začal rozvíjet v obvyklém termínu (mezi devátým až čtrnáctým měsícem věku) potom ale dál nepokračoval a stagnoval.

Druhou polovinu vzorku, tvoří děti, které začaly mluvit okolo druhého až třetího roku. Tento stav je pokládán za klasičtější projev vývojové dysfázie.

Z výsledků šetření je zřejmé, že více než jedna polovina všech probandů vyslovila své první věty s určitým zpožděním – i několikaročním (Tab. 9). Rodiče v dotazníku

neuváděli, o jaký typ věty se jednalo – jestli byla jednoslovná, dvouslovná či víceslovná. Když ale vezmu v úvahu, že jednoslovné věty se objevují ve třináctém měsíci věku dítěte, dvouslovné v roce a půl a ty víceslovné ve dvou a půl letech (viz výše), tak lze s určitostí říci, že u dvanácti dětí z dvaceti skutečně došlo k opoždění řečového vývoje v oblasti vyslovení první věty.

V sedmi případech bylo jako první slovo vysloveno *mama*, v dalších třech se objevil výraz *baba*. Dále jsem zaznamenala slova jako *tata*, *hami*, *brm* a *auto* (Tab. 9). V odpovědích se také objevily výrazy, které lze zařadit do atypického slovníku dítěte s vývojovou dysfázií - *agr*, *kugu*. Další specifická pojmenování nabízí (Tab. 2) viz příloha 1. Protože se v anamnézách většinou ptáme na motorický vývoj dítěte, tak jsem se zaměřila i na tuto oblast. Výsledky šetření ukazují pozitivní korelaci mezi počátky chůze a vyslovením prvního slova dítěte.

Tab. 9: První řečový projev, počátek chůze

Počátek chůze (věk: měsíc)		1. slovo (věk: měsíc, rok)		1. věta (věk: rok)		První slovo bylo	
9. M	5x	8. M	1x	2. R	8x	mama	7x
10. M	1x	9. M	1x	3. R	6x	baba	3x
11. M	3x	10. M	1x	3,5 R	3x	tata	2x
12. M	2x	1 R	7x	4. R	1x	hami	2x
13. M	4x	1,5 R	5x	4,5 R	1x	brm	2x
14. M	4x	2 R	2x	5 R	1x	auto	1x
16. M	1x	2,5 R	2x			enge	1x
		3 R	1x			kagu	1x
						agr	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

4.3.5. Vliv hospitalizace na vznik opožděného vývoje řeči

Z 20 dětí byly pouze tři hospitalizovány. Jsou to děti, které prošly opožděným vývojem řeči. V prvním případě se jednalo o zápal plic, délka pobytu v nemocnici byla jeden týden. Ve druhém případě byl respondent hospitalizován kvůli odstranění vývojové anomálie (hypospadie). Hospitalizace trvala více než jeden měsíc. Ve třetím

případě byl klient opakovaně hospitalizován (4x do roka), kvůli bronchitidám a to od deseti dnů do jednoho měsíce. V dotazníkovém šetření bylo uvedeno, že veškeré hospitalizace probíhaly bez komplikací - matky byly vždy se svým dítětem po celou dobu jeho hospitalizace.

Nebylo tudíž potvrzeno, že by v tomto případě mohl za vznik opožděného vývoje řeči bezprostředně hospitalismus (viz výše), protože u žádného z dětí nebyl rodiči po návratu z nemocnice zaznamenán odlišný vývoj, než jaký probíhal doposud. Žádné z dětí rovněž neprodělalo otřes, životní změnu, která by zapříčinila změnu ve vývoji.

4.4. Participace rodiny na logopedické terapie dítěte s dysfázií

V dotazníkovém šetření jsem se také ptala na informace, které se týkají terapie vývojové dysfázie. Zde vyberu jen některé otázky z výzkumného šetření, které se vyskytují v oblastech zaměřených na: rodinu, volnočasové aktivity, vlastní terapii a rady rodičů.

4.4.1. Oblast rodiny

Otázka č. 1: *Jak přijímá rodina NKS (narušenou komunikační schopnost) u Vašeho dítěte? Pomáhají - respektují to – dělají jako by žádný problém nebyl?*

Více než jedna polovina rodičů uvedla, že s terapií vývojové dysfázie pomáhá celá rodina. Ve čtyřech případech u dítěte toto narušení rodina respektuje. A v dalších čtyřech pak respondenti uváděli, že jim rodinní příslušníci nepomáhají, staví se k problému zády nebo doporučují problém neřešit, neboť každé dítě se přeci naučí mluvit samo (Tab. 10).

Tab. 10: *Přístup rodiny*

Pomáhají	9x
Respektují to	4x
Dělají jako by žádný problém nebyl	4x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 2: *Kdo z Vaší rodiny cvičí s Vaším dítětem nejvíce?*

Dvanáct respondentů uvedlo, že nejvíce se věnuje logopedické péči o dítě matka. Ve třech případech se pak o plnění terapeutických doporučení dělili oba rodiče. A první ze dvou zbývajících respondentů napsal, že logopedická cvičení provádí pouze otec a druhý respondent uvedl, že se celá rodina zaměřuje na logopedickou péči stejnou měrou (Tab. 11).

Tab. 11: *Podílení se rodiny na terapii*

	Matka	Matka a otec	Otec	Všichni
Počet	12	3	1	1

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 3: *Čtete dítěti před spaním? Jak často a co čtete Vašemu dítěti?*

Osm dotazovaných uvedlo, že svému dítěti čte každý den před spaním. Tři rodiče napsali, že svému dítěti čtou jenom občas (2x-3x do týdne) a to z důvodu, nedostatku času. Tři další respondenti uvedli, že svým dětem nečtou vůbec z důvodu věku jejich dítěte a nedostatku času. Ve třech případech respondent neodpověděl (Tab. 12). Všech jedenáct rodičů, kteří odpověděli na otázku dotazníkového šetření, čte svým dětem pohádky. Jako čtecí alternativy pak rodiče uváděli komiksy a dokonce sportovní tabulky.

Tab. 12: *Frekvence čtení*

Frekvence čtení	Každý den před spaním	2x-3x do týdne	Vůbec	Respondent neodpověděl
Počet rodičů	8x	3x	3x	3x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 4: *Kolik času denně strávíte s dítětem při společné hře?*

Z výsledků šetření vyplývá, že pět rodičů ze sedmnácti si hraje se svými dětmi jednu hodinu denně a dalších pět jen pokud jim zbyde čas. Dvě hodiny denně tráví při společné hře s dítětem jen jeden respondent. Skoro celý den si hrají se svými dětmi dva rodiče a další dva asi půl hodiny denně. Dvě děti si hrají se svými rodiči jen o víkendech (Tab. 13).

Protože předškolní děti tráví hrou většinu svého času, proto se doporučuje v tomto období plnit terapeutická doporučení tak, aby dítě vůbec nepoznalo, že něco takového dělá. Školní děti totiž velkou část své pozornosti věnují přípravě do školy a na samostatnou hru jim už tedy nezbývá tolik volného času jako dřív.

Tab. 13: *Frekvence společného hraní*

Frekvence společného hraní	Skoro celý den	2 hodiny denně	1 hodinu denně	Půl hodiny denně	Pouze když mám čas	Jen o víkendech
Počet rodičů	2x	1x	5x	2x	5x	2x

Zdroj: Výzkumné šetření

4.4.2. Oblast volnočasových aktivit

Otázka č. 5: *Chodí Vaše dítě na nějaké zájmové kroužky? ANO-NE*

Na jaké?

Třináct dětí ze dvaceti se věnuje nějaké volnočasové aktivitě. Dále sedm z těchto třinácti dětí dochází na více než jednu volnočasovou činnost. Zde následuje výčet rozmanitých aktivit dětí, které rodiče uvedli v dotazníkovém šetření. Jsou řazeny sestupně – podle počtu dětí, které na tyto volnočasové aktivity docházejí: keramika 4x, plavání 3x, florbal 2x, fotbal 2x, tance 2x, tenis 2x, angličtina 1x, hasičský kroužek 1x, házená 1x, hip hop 1x, kung fu 1x, míčové hry 1x, sportovní hry 1x. Sedm dětí se nevěnuje žádné zájmové činnosti. A jen u dvou z těchto dětí byl uveden důvod. Prvním byla plachost a druhým nedostatečná trpělivost vydržet u dané činnosti (Tab. 14).

Volnočasové aktivity, které rozvíjejí jemnou a hrubou motoriku (dále i motoriku mluvidel), jsou přitom nesmírně důležité pro celkový vývoj dítěte (viz výše).

Tab. 14: *Volnočasové aktivity*

Volnočasová aktivity	ANO	NE
Počet dětí	13x	7x

Zdroj: Výzkumné šetření

4.4.3. Oblast terapie

Otázka č. 6: *Kdy a při čem jste si poprvé všiml/a, že něco není v pořádku?*

Sedm respondentů uvedlo, že prvně zaznamenali odlišný vývoj v řečových dovednostech svého dítěte v rozmezí od dvou a půl až tří let dítěte. Další dva rodiče si nerovnoměrného řečového vývoje všimli před čtvrtým rokem věku dítěte. Osm rodičů ze sedmnácti napsalo, že si přesně nevybavují, kdy si poprvé všimli narušené komunikační schopnosti (Tab. 15).

Respondenti také uváděli situace, ve kterých poprvé zaregistrovali rozdílné řečové dovednosti dítěte. Zde vyberu některé z nich:

- Na pískovišti při srovnání se stejně starými dětmi.
- Když nedokázal zopakovat říkanky.
- Když špatně vyslovoval a po opravě nebyl schopen to správně zopakovat

Tab. 15: *První zaznamenání NKS*

Věk dítěte při zaznamenání NKS	Ve 2,5-3 letech	Před 4 rokem	Neví
Počet rodičů	7x	2x	8x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 7: *Jak jste to řešil/a?*

Výsledky šetření ukazují, že šest rodičů se objednalo přímo na logopedii. Dalších šest rodičů zašlo nejdříve za pediatrem, kde následně dostali doporučení k různým odborníkům. Tři respondenti uvedli, že se radili s odborníky jinými než je logoped, například neurologem, foniatrem atd. V jednom případě se rodič snažil o nápravu vlastními silami: pomocí zpívání a jazykových cvičení, které prováděl společně s dítětem před zrcadlem. Další respondent uvedl, že danou situaci neřešil, protože v dětském věku měl obdobné potíže s řečí a ty prý u něj spontánně vymizely, takže se domníval, že u jeho dítěte to bude také tak (Tab. 16).

Tab. 16: *Způsob řešení*

Řešení	Logopedie	Pediatr	Odborníci	Vlastní náprava	Neřešil/a
Počet rodičů	6x	6x	3x	1x	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 8: *U kterých odborníků jste to řešila?*

Respondenti uváděli tyto specialisty: logopeda, dětského neurologa, foniatra, psychologa a oftalmologa.

Otázka č. 9: *Jak jste si na začátku logopedické terapie myslel/a, že bude logopedická terapie vypadat, dlouho trvat?*

Poměr odpovědí (očekával/a – neočekával/a) byl totožný. Přesně osm respondentů očekávalo dlouhodobost logopedické terapie. Uváděli, že si představovali několikaroční logopedickou intervenci. Mysleli si, že do ambulance klinické logopedie budou docházet asi až do konce 1. stupně ZŠ - že to bude běh na dlouhou trať. Dalších osm rodičů předpokládalo, že náprava vývojové dysfázie je kratší záležitost - napsali například:

- Domnívala jsem se, že do nástupu na ZŠ bude vše v pořádku.
- Soudila jsem, že logopedická terapie bude trvat nejdéle půl roku.
- Myslela jsem si, že je to tak problém na jeden rok a my vše hned zvládneme.

(Tab. 17)

Tab. 17: *Očekávání dlouhodobosti terapie*

Překvapila Vás dlouhodobost terapie	Překvapila	Nepřekvapila	Nepřemýšlel/a jsem o tom
Počet rodičů	8x	8x	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 10: *Jak dlouho a v jakém časovém intervalu navštěvujete ambulanci klinické logopedie.*

Deset respondentů uvedlo, že ambulanci klinické logopedie navštěvuje se svým dítětem jedenkrát za měsíc. Další rodiče pak uváděli časové intervaly jedenkrát za čtrnáct dnů a jedenkrát za tři týdny. Ve dvou případech respondent neodpověděl (Tab. 18). Dále respondenti odpovídali na otázku, jak dlouho už docházejí na logopedickou péči. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že jeden rodič se svým dítětem dochází na logopedickou terapii pátým rokem a další dva dotazovaní čtvrtým rokem. Poslední respondent, který otázku zodpověděl, uvedl, že nyní již ambulanci klinické logopedie nenavštěvuje a že celková doba trvání logopedické intervence s oběma syny dohromady byla dvanáct let.

Tab. 18: *Časový interval v návštěvě ambulance klinické logopedie*

Časový interval	1x za 14 dnů	1x za 3 týdny	1x za měsíc	Respondent neodpověděl
Počet rodičů	2x	3x	10x	2x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 11: *Jaká jsou Vaše očekávání ohledně logopedické terapie?*

Všichni dotazovaní doufají ve zlepšení komunikačních dovedností a uvádějí, že na konci logopedické terapie očekávají:

- velký pokrok
- zvládnutí správné výslovnosti
- že se dítě díky pokroku v řečovém vývoji bezproblémově zařadí mezi ostatní vrstevníky

Otázka č. 12: *Co pro Vás bylo nejtěžší?*

Rodiče uváděli nejrůznější situace – zde následuje výčet některých odpovědí:

- Vyrovnat se s tím, že syn je trochu jiný v řečovém projevu než ostatní děti.
- Pouze částečná zpětná vazba od syna.
- Přijmutí faktu, že dcera má problém a přimět ji spolupracovat.
- Motivovat a zaujmout dceru při nácviu logopedických postupů.

- Naučit se vysvětlit, jak to má vyslovovat.
- Vzít na vědomí, že řečový vývoj bude náročnější a dlouhodobý.
- Že měl syn problémy i v běžném typu MŠ.
- Najít čas a energii na provádění logopedických cvičení.
- Zvolit nejvhodnější cestu pro plnění terapeutických doporučení, která nebude syna stresovat.
- Mravenčí pokroky.
- Že se po dlouhém nácviku logopedických postupů pořád nedostavoval úspěch.
- Tvrzení okolí, že je vše v pořádku.
- Překážka ze strany rodiny: Jak to, že to dítě zase nemluví?

Shrnutí: pro rodiče bylo nejtěžší přijmout skutečnost, že jejich dítě má diagnostikovanou vývojovou dysfázi. Dále určitou překážkou v provádění logopedických cvičení se pro ně stal nedostatek času a v některých případech i energie. Těžkosti také nastávali přímo při nácviku logopedických postupů – špatné rady a neinformovanost v okruhu rodiny a okolí. Pro některé se stala překážkou malá soustředěnost a vytrvalost dítěte.

Otázka č. 13: *Kde jste sháněl/a informace o daném problému?*

Všech sedmnáct dotazovaných uvedlo, že si první informace, týkající se vývojové dysfázie hledalo na internetu. Teprve pak přišli na řadu logopedi, foniatři, psychologové. Zde vidím nebezpečí ve zkreslení informací, protože nevíme, které z webových stránek byly využity. Měla by proto existovat webová stránka, která se zabývá pouze touto problematikou a která je spravovaná příslušnými odborníky například: (logopedy, psychology, foniatry, neurology). Tato webová stránka by pak poskytovala potřebné a spolehlivé informace o vývojové dysfázii. Někteří pak dále uváděli, že se pokoušeli zkontaktovat rodiče dětí, které mají rovněž diagnostikovanou vývojovou dysfázi - ve snaze získat nějaké užitečné rady (Tab. 19).

Tab. 19: *První informace o vývojové dysfázii*

První informace o vývojové dysfázii jsme získali	Internet
Počet rodičů	17x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 14: *Jak se podílíte na logopedické terapii?*

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina rodičů postupuje podle doporučených rad odborníků a zejména pak klinické logopedky. Svůj vliv na průběh terapie vidí pouze v dodržování doporučených postupů. Tím, že pořád dokola s dítětem opakují - písmena, slova, básničky. Podle mě ale dělají mnohem více, než že neustále provádějí s dítětem logopedická cvičení. Podle mého mínění dodávají dítěti odvalu v zápolení s vývojovou dysfázií, ujišťují ho - že se problém v budoucnosti zlepší, dále ho dokáží motivovat a zaujmout a hlavně věnovat mu svůj čas. Když se něco nedaří, tak mu ukáží, že jsou tu pro něho a že ho mají rádi i když je v něčem odlišné než ostatní děti. Toto můžu tvrdit z vlastní zkušenosti. Protože, kdyby to tak nebylo, vůbec by do logopedické ambulance nepřišli, nezajímali by se o daný problém a nevěnovali by dítěti tolik času.

Otázka č. 15: *Kde a kdy nejčastěji provádíte s Vaším dítětem logopedická cvičení?*

Víc než jedna polovina dotazovaných uvedla, že s dítětem nacvičuje logopedické postupy doma. Jeden respondent uvedl, že plní terapeutická doporučení všude tam, kde to jde a hlavně, když dítě má chuť spolupracovat. A jeden rodič uvádí, že nejčastěji vede logopedickou péči venku. Ve třech případech respondent neodpověděl (Tab. 20).

Dále z výsledků šetření vyplývá, že jeden respondent plní terapeutická doporučení se svým dítětem dopoledne a další dva rodiče odpoledne. Pak čtyři rodiče uvádějí, že bohužel provádí logopedická cvičení večer, z důvodu dlouhé pracovní doby a konstatují, že děti bývají často už unavené a nesoustředěné. Sedm rodičů pak píše, že se logopedické péči věnuje během dne, kdykoli mají čas. Tři respondenti neodpověděli (Tab. 21).

Tab. 20: *Kde se rodiče nejčastěji věnují terapii dítěte s dysfázií*

Místo	Doma	Venku	Všude, kde je to možné	Respondent neodpověděl
Počet rodičů	12x	1x	1x	3x

Zdroj: Výzkumné šetření

Tab. 21: *Kdy se rodiče nejčastěji věnují terapii dítěte s dysfázií*

Denní doba	Dopoledne	Odpoledne	Večer	V průběhu dne	Respondent neodpověděl
Počet rodičů	1x	2x	4x	7x	3x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 16: *Kde a kdy je podle Vás nejlepší nacvičovat logopedické postupy?*

Jedenáct rodičů se shodlo na tom, že nejlepším místem pro plnění terapeutických doporučení je domácí prostředí. Respondenti uváděli jako hlavní důvod skutečnost, že dítě prostředí dobře zná, nemá z něj strach a ví, co od něj může čekat. Čtyři dotazovaní pak doporučují cvičit logopedické postupy kdekoli, kde je klid. Jeden respondent navrhoval vést logopedickou péči mimo domov. Poslední dotazovaný neodpověděl na otázku (Tab. 22).

Sedm rodičů považuje za optimální dobu nácvičku logopedických cvičení dopoledne, protože děti nejsou unavené a dobře se soustředí. Dalších sedm respondentů pokládá za nejvhodnější provádět logopedická cvičení kdykoli, kdy je klid. Dva dotazovaní doporučovali odpolední hodiny, kvůli tomu, že se podle nich děti v tuto dobu lépe soustředí. V jednom případě respondent neodpověděl (Tab. 23)

Tab. 22: *Kde je podle rodičů nejlepší provádět logopedická cvičení*

Místo	Doma	Venku	Kdekoli, kde je klid	Respondent neodpověděl
Počet rodičů	11x	1x	4x	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

Tab. 23: *Kdy je podle rodičů nejlepší provádět logopedická cvičení*

Denní doba	Dopoledne	Odpoledne	Kdykoliv, kdy je klid	Respondent neodpověděl
Počet rodičů	7x	2x	7x	1x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 17: *Hledáte si úkoly ještě navíc, než ty, které dostáváte od logopeda?*

Jen ve třech případech ze sedmnácti si respondenti nehledají další úkoly navíc. Jako důvod uvádějí nedostatek času. Jinak všech zbývajících čtrnáct dotazovaných si hledá pro své děti další básničky, logopedické hry a jiné úkoly. Psali, že to dělají hlavně kvůli tomu, aby dítě nácvik logopedických postupů bavil (Tab. 24).

Tab. 24: *Vyhledávají si rodiče další nové úkoly?*

Vyhledáváte si nové úkoly	Ano	Ne
Počet rodičů	14x	3x

Zdroj: Výzkumné šetření

Otázka č. 18: *Co Vám chybělo, chybí jako rodiči dítěte s dysfázií?*

Na otázku odpovědělo deset dotazovaných. Zde jsou vypsány některé jejich odpovědi:

- Flexibilní přístup běžných typů škol.
- Více specializovaných MŠ, protože na plnění terapeutických doporučení je po práci velmi málo času.
- Pomoc rodiny.
- Klid na provádění logopedických cvičení.
- Že se svým dítětem zatím nemůžu komunikovat běžným způsobem.
- Že se svým dítětem nemůžu ve vypjatých chvílích komunikovat.
- Mě naštěstí nic, ale někomu mohou vadit pohledy lidí, že Vaše dítě nemluví, protože se mu nevěnujete.

Shrnutí: z odpovědí dotazníkového šetření vyplývá, že někomu chybí klid a čas na nácvik logopedických postupů. Dalším rodičům například vadí, že není více

specializovaných mateřských škol. A další respondenti například postrádají pomoc rodiny.

Otázka č. 19: *Co se Vám osvědčilo při logopedické terapii? (cokoli)*

Otázku zodpovědělo všech sedmnáct dotazovaných. Uváděli některé osvědčené hry a postupy:

- Často měnit činnosti a hry, aby nevznikl stereotyp, například cestou do školy hrát s dětmi slovní kopanou.
- Obrázkové pexeso, kdy se musí správně vyslovit to, co je na obrázku.
- Puzzle, pexeso, člověče nezlob se.
- Zpívat písničky, rytmizovat básničky.
- Převyprávění části pohádky.
- Hra s diktafonem – namlouvání pohádek.
- Navlékání korálků.
- Dělat s dětmi činnost, která jim jde a z jaké mají radost.
- Dodržovat doporučené postupy.
- Nechtít vše hned.
- Provádět logopedická cvičení pořád dokola – nevzdávat se.
- Hra na doplňování slov, která je zajímavá, a proto bych stručnou formou popsala, jak se hraje:

Tato hra procvičuje pozornost a je také vhodná k upevnování slovních spojení a rozšiřování slovní zásoby. Někdo z rodičů řekne část věty a pak přestane mluvit – na řadu přichází dítě, které, když dávalo pozor, tak na vynechané místo může doplnit vhodné slovo: Šel jsem nakoupit a měl jsem velkou ...

Otázka č. 20: *Máte nějakou radu, doporučení, která by pomohla ostatním rodičům dětí s vývojovou dysfázií?*

Zde je opět výčet odpovědí, které jsem získala zpracováním údajů dotazníkového šetření:

- Vydržet, být trpělivá.
- Nepanikařit a trvat na doporučení od praktické dětské lékařky, jakmile se Vám něco nezdá v pořádku. Maximálně se dozvíte, že jste úzkostlivá matka.

- Nebrat kritiku příbuzných a známých moc vážně, hodit ji za hlavu a říkat si, že to zvládnete a to stále trpělivě dokola.
- Nebrat to jako nějaký velký problém.
- Hlavně trpělivost a porozumění.
- Nečekat na to, až dítě začne samo mluvit a zajít raději k nějakému odborníkovi.
- Co nejdříve se odevzdat do rukou logopeda.
- Vyhledat co nejdříve pomoc a hlavně dítě hodně chválit.
- Najít si čas a být trpělivý a rychle přijít na to čím dítě zaujmout.
- Udělat si čas a věnovat ho dítěti, brát vše formou hry a zábavy – hlavně u těch menších dětí. U velkých je dobré postupovat taktikou motivačních her.
- Vyřídít si individuální vzdělávací plán na běžné základní škole a doma se s dětmi hodně doučovat.

4.5. Závěry šetření

Z výsledků dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo dvacet dysfatických dětí ze sedmnácti rodin, vzešla tato zjištění: Dědičnost má vliv na vznik vývojové dysfázie, protože se v jedenácti rodinách ze sedmnácti vyskytly obdobné potíže, jako u dětí, kterým byla diagnostikována vývojová dysfázie. Dále se prokázala větší incidence výskytu této diagnózy u chlapců než u dívek a to v poměru 3:1. V mém šetření se nepotvrdilo, že by nedonošenost nebo hospitalismus byly přímými faktory vzniku opožděného vývoje řeči.

Dále se ukázalo, že doba vyslovení prvního slova dítěte nemusí být jasným ukazatelem počátku vývojové dysfázie, protože deset dětí s vývojovou dysfázií řeklo své první slovo okolo jednoho roku věku a pak se řečový vývoj zastavil. U dalších deseti probandů, kteří tvořili vyšetřovaný vzorek, zazněla první slova v rozmezí od roku a půl do tří let. Tato zjištění mě překvapila, protože jsem si myslela, že dětí, které začaly mluvit okolo jednoho roku, bude daleko méně, než těch, které začaly mluvit okolo třetího roku svého věku.

Co se týče participace rodiny, v devíti případech rodičům dětí s vývojovou dysfázií pomáhala při terapii celá rodina. Ve čtyřech rodinách pak tuto diagnózu respektují, ale už se nepodílejí na její léčbě a v dalších čtyřech rodinách problémy zcela podceňují. Dále z výsledků šetření vyplynulo, že se logopedické péči nejvíce věnuje matka dítěte.

Všichni dotazovaní dále uvedli, že si se svým dítětem hrají, ale už jenom jedenáct rodičů potvrdilo, že svým dětem čte. Ve třech případech respondent sdělil, že svému dítěti nečte z důvodu nedostatku času a vyššího věku dítěte. Dle mého názoru je však čtení pro děti velice prospěšné, protože rozvíjí slovní zásobu, komunikační dovednosti i fantazii. Třináct dětí ze dvaceti se pak věnuje nějaké volnočasové aktivitě. Z devadesáti procent se jedná o činnosti, které rozvíjejí motoriku dítěte.

Rodiče v sedmi případech poprvé zaregistrovali odlišný řečový vývoj svého dítěte v rozmezí od dvou a půl do tří let jeho věku. Šest rodičů řešilo tuto situaci přímým objednáním dítěte na logopedii a dalších šest šlo s dítětem za pediatrem a v jednom případě konzultoval jeho stav s oftalmologem. Respondenti dále spolupracovali s neurology, foniatry a psychology. A dále všichni dotazovaní uvedli, že si své první informace o vývojové dysfázii vyhledali na internetu.

Přesně padesát procent rodičů bylo překvapeno délkou trvání logopedické terapie, většinou si mysleli, že jde o roční záležitost. Dle mého názoru toto může souviset s obecně nízkou informovaností rodičů o diagnóze vývojové dysfázie. Z dotazníkového šetření dále vyplývá, že nejfrekventovanější časový interval mezi jednotlivými návštěvami ambulance klinické logopedie je jeden měsíc. A všichni dotazovaní očekávají od logopedické intervence zlepšení komunikačních dovedností.

Pro rodiče bylo dále nejtěžší vyrovnat se se skutečností, že jejich dítě má nějaký problém – vývojovou dysfázi. V některých případech se překážkou v plnění terapeutických doporučení stal nedostatek času.

Zajímavým výsledkem šetření byla skutečnost, že na otázku, jak se respondenti podílejí na logopedické terapii, tak většina dotazovaných uvedla, že svojí hlavní úlohu vidí v neustálém opakování a dodržování terapeutických postupů.

Dále z výsledků vyplynulo, že dvanáct respondentů ze sedmnácti nacvičuje logopedické postupy v prostředí domova. Jedenáct z nich pak prostředí domova považuje za nejvhodnější, protože se děti mohou lépe soustředit. Dalších sedm rodičů vidí jako nejlepší denní dobu pro provádění logopedických cvičení dopoledne – kvůli tomu, že děti nejsou unavené a mohou se lépe soustředit. Avšak jen jeden respondent uvedl, že se mu daří v tuto dobu plnit terapeutická doporučení na sto procent. Čtrnáct rodičů ze sedmnácti si hledá logopedické úkoly navíc, kvůli tomu, aby dítě nácvik logopedických postupů bavil.

Jako minus někteří rodiče uváděli, že jim při provádění logopedických cvičení chybí klid na nácvik nebo pomoc rodiny.

Všichni oslovení pak uváděli, že mají své osvědčené postupy a hry, které používají při plnění terapeutických doporučení. Dle mého názoru jsou různá zpestření při provádění logopedických cvičení ze strany rodičů velice vhodná.

Hlavní rada a doporučení těchto respondentů pro ostatní rodiče dětí s vývojovou dysfázií zní: vydržet, být trpělivý a nepanikařit.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá participací rodiny na logopedické terapii dítěte s dysfázií. Je členěna na praktickou a teoretickou část. Teoretická část pojednává o narušené komunikační schopnosti, opožděném vývoji řeči a vývojové dysfázii. Kapitola Vývojová dysfázie shrnuje poznatky z oblasti terminologie, etiologie, symptomatologie a terapie této diagnózy. Praktická část byla vytvořena na základě sedmnácti dotazníků, které byly podkladem výzkumného šetření. Zároveň se snaží zmapovat, jak rodina participuje na logopedické terapii u dítěte s dysfázií. Tato část také předkládá doporučení a rady od rodičů dětí s vývojovou dysfázií, vztahující se k terapii, dalším rodičům, kteří mají děti se stejnou diagnózou.

Literatura

- BACUS, A. Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let. Praha, Portál 2003.
- BACUS, A. Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let. Praha, Portál 2009.
- DLOUHÁ, O. Foniatrie. Praha, Karolinum 2012.
- DLOUHÁ, O. Vývojové poruchy řeči (Vztah centrálních poruch řeči a sluchu). Praha, Alexej Novák 2003.
- DVOŘÁK, J. Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou, Logopedické centrum 1998.
- KLENKOVÁ, J. Kapitoly pro studenty logopedie. Brno, Paido 2012.
- KLENKOVÁ, J. Kapitoly z logopedie I. Brno, Paido 2000.
- KLENKOVÁ, J. Logopedie. Praha, Grada 2006.
- KUTÁLKOVÁ, D. Budu správně mluvit (Chodíme na logopedii). Praha, Grada 2011.
- KUTÁLKOVÁ, D. Logopedická prevence. Praha, Portál 2005.
- KUTÁLKOVÁ, D. Průvodce vývojem dětské řeči. Galén 2009.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. Psychická deprivace v dětství. Praha, Avicenum 1974.
- LAZZARI, S. Vývoj dítěte v 1. - 3. roce. Praha, Grada 2013.
- LECHTA, V. a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha, Portál 2003.
- LECHTA, V. a kol. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha, Portál 2011.
- LECHTA, V. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Praha, Portál 2008.
- PEŠOVÁ, I. Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha, Grada 2006.
- PLACHETKA, J. Velká encyklopedie citátů a přísloví. Praha, KMa 2008.
- PÖTHE, P. Psychoterapie dítěte. Praha, Grada 2011.
- ŘÍČAN, P. Psychologie. Praha, Portál 2005.
- SMOLÍK, F. Vývojová dysfázie a struktura raných jazykových schopností. *Československá psychologie*, 1, 2009, s. 40-54.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. Klinická logopedie. Praha, Portál 2007.
- ŠKODOVÁ, E. Vývojová dysfázie z hlediska klinického logopeda. *Speciální pedagogika*, 4, 1996, s. 23-27.
- TROJAN, S. a kol. Lékařská fyziologie. Praha, Grada 2003.
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha, Portál 2000.

VALENTA, M. Mentální postižení. Praha, Grada 2012.

VÍTEK, J. Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy. Brno, Paido 2007.

VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika. Brno, Paido 1998.

VOKURKA, M., HUGO, J. Praktický slovník medicíny. Praha, MAXDORF 2007.

Zahraniční literatura:

LAURENCE, B. L. Children with specific language impairment. Massachusetts, Institute of Technology 2000.

MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. Vývinová dysfázia, špecificky narušený vývin reči. Bratislava, S.N. 1993

BOYER, V. E. Animal-assisted Therapy in Speech-language Pathology. Southern Illinois University Carbondale 2006.

WOLRAICH, M. Developmental – Behavioral Pediatrics. Philadelphia, Mosby 2008.

Webové odkazy:

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>

Přílohy

Přílohy 1

Tab. 1: *Data vývoje řeči*

Vývojový prvek	Postnatální věk
Novorozenecký křik	Reflexní; až 3. týden
Signální křičení	4. týden (hlad, nekomfort)
Broukání	6. týden; kontrola sluchem, napodobování slyšeného
Žvatláni	4. měsíc; kontrola sluchem + slyšení předříkaného
První slovo s významem	9. měsíc
2 slova	12. měsíc
1slovné věty s gesty	13. měsíc (tam)
2slovné věty	18. měsíc (máma tam)
300 slov, jednoduché věty	24. měsíc
Užití osobních zájmen	24. měsíc (já, ty, mě)
Vyslovení svého jména	30. měsíc
Víceslovné věty	30. měsíc
1000 slov, větná skladba	36. měsíc
2500 slov	6 let
7000 slov	12 let
10 000-60 000 slov	dospělost

Zdroj: (TROJAN, S. a kol., 2003, s. 708)

Tab. 2: *Originální slovník dysfatického dítěte*

baba	vlak	jeje	ježek
bau	mňau	kagu	auto
bebe	táta	kaku	máma
ďuďu	medvěd	pff	rybka
íí	já	rara	brouk
ííí	myš	ťuťu	medvěd

Zdroj: Výzkumné šetření

Přílohy 2

Dotazník

Věk Vašeho dítěte

první syn 19let a druhý 11 let

Těhotenství, porod

- Jak probíhalo Vaše těhotenství, porod? (normálně, bylo rizikové, v termínu ...)

...vše v pořádku...

Motorický vývoj

- Kdy Vaše dítě začalo chodit?

...9 měsíců...

- Kdy Vaše dítě začalo užívat první slova, kdy začalo tvořit první věty?

...1. rok..., větu kolem 3 let.....

- Jaké bylo jeho/její první slovo?

.....máma.....

Rodina

- Bylo Vaše dítě, jako malé častěji nemocné než ostatní děti? ANO NE
Jaká onemocnění Vaše dítě prodělalo?

NE

- Bylo někdy Vaše dítě delší dobu v nemocnici? ANO NE
Jak dlouho a prodělalo Vaše dítě tento pobyt v nemocnici samo nebo za přítomnosti rodiče?

operace hypospadie – 1 měsíc, celou dobu v nemocnici jsem byla hospitalizovaná se synem a vše proběhlo v pořádku.

- Prodělalo Vaše dítě nějaké silné trauma, otřesení, například smrt v rodině, autonehodu...? ANO NE

NE

- Měl případný pobyt v nemocnici nebo trauma vliv na dosavadní vývoj řeči?
ANO NE

Jak se to projevilo?

NE

- Jak přijímá rodina NKS (narušenou komunikační schopnost) u Vašeho dítěte?
pomáhají
respektují to
dělají jako by žádný problém nebyl

respektovali a snažili se pomáhat.....

- Kdo z Vaší rodiny cvičí s Vaším dítětem nejvíce?

.....já matka...

- Měl někdo další ve Vaší rodině obdobné potíže s řečí, jako Vaše dítě?
ANO NE

O koho a jaké potíže se jednalo?

Já jsem navštěvovala logopedii, ale jen krátce.

V rodině

- Uvědomuje si Vaše dítě, že má nějaký problém?
Stydí, bojí se kvůli němu komunikovat s ostatními lidmi?
ANO NE

...NE, syn měl skvělé kamarády, kteří s ním chodili do školky a pak začali chodit i do první třídy, a jelikož byl oblíbený, nikdy jsme neřešili, že by se mu někdo posmíval a když šlo o někoho cizího, tak s ním se syn nebavil...

- Kolik času denně strávíte s dítětem při společné hře?

Velmi často jsme si hráli, mám moc ráda děti a s manželem jsme si se syny hráli opravdu hodně a myslím, že i teď si často zahrajeme společenské hry a moc mě potěší, když syn, kterému je dnes 19 let řekne, že si rád s námi zahraje!!! To je pro mě největší odměna :-)

- Čtete dítěti před spaním?
Jak často a co čtete Vašemu dítěti?
ANO NE

ANO, četla jsem jim každý den pohádky a vše co je bavilo a co si vybrali, někdy dokonce i sportovní tabulky s výsledky, jelikož mají oba rádi sport.

- Má Vaše dítě nějakého sourozence?
Jakým způsobem spolu komunikují?
ANO NE

ANO, má bratra o 8let mladšího, kterého má velmi rád.

- Změnila se nějak řeč Vašeho dítěte po narození sourozence? ANO NE

Myslím, že ne....

Ve škole

- Do jakého typu ZŠ/MŠ chodí Vaše dítě?

ZŠ Vladivostocká (ukončil ji se samými jedničkami), nyní Gymnázium Voděradská- letos maturuje a chce pokračovat na vysokou školu.

- Jste s výběrem školy spokojený/á, chtěl/a byste něco změnit?

ANO, byla jsem spokojená.

- Jak Vaše dítě ZŠ/MŠ přijala? (škola, učitelka, třídní kolektiv)

velmi dobře...

- Jak Vaše dítě zvládá školní předměty, co Vašemu dítěti jde nejlépe/nejhůře?

velmi dobře...

...nejlépe matematika, trochu problémy měl v českém jazyce

- Kolik času Vaše dítě stráví samostatným učením? ...**20-30 minut denně**
Učením společně s Vámi? ...**pomáhám a dohlížím...**

Volnočasové aktivity

- Chodí Vaše dítě na nějaké zájmové kroužky? ANO NE
Na jaké?

fotbal, florbal...

Program dne, víkendu

- Jak vypadá běžný den Vašeho dítěte?

V kolik hodin vstává?

Kdy procvičuje logopedická cvičení?

Kdy dělá úkoly do školy?

Kdy si hraje a jak dlouho?

V kolik hodin jde spát?

v 7 hodin

formou hry během dne

odpoledne

během odpoledne, jak kdy

jako malý chodil kolem 20-21 hodin

- Věnujete logopedii prostor i o víkendu? ANO NE

Terapie

- Kdy a při čem jste si poprvé všiml/a, že něco není v pořádku?

...špatně vyslovoval a po opravě nebyl schopen to správně zopakovat...

- Jak jste to řešil/a?

...zašla jsem na logopedii, snažila jsem se mu porozumět a ostatním jsem jeho požadavky překládala a snažila se aby neměl pocit, že se něco děje!

- Řešil/a jste to u odborníků?
U kterých odborníků?

ANO NE

...PaedDr. Daniela Portychová

- Co pro Vás bylo nejtěžší?

...nebrala jsem to jako tragédii a věděla, že je Míša velmi bystrý a šikovný, že se řeč brzylepší, že to určitě zvládneme!!!!

- Co, kdo Vám nejvíce pomohl?

Manžel, rodina a přátelé.....

- Co Vám chybělo, chybí jako rodiči dítěte s dysfázií?

Mě naštěstí nic, ale někomu můžou vadit pohledy lidí, že vaše dítě nemluví, protože se mu nevěnujete a podobně!...

- Co byste navrhoval/a, jako zlepšení?

Nikoho neodsuzovat, ale naopak povzbudit, že láskou a péčí se dá mnoho věcí vyřešit, vytvořit hlavně dítěti pohodu a nedat mu znát, že je něco v nepořádku!!! Formou hry mu pomáhat a zlepšovat jeho řeč a moc a moc chválit a povzbuzovat!

- Kde jste sháněl/a informace o daném problému?

na internetu, logopedii...

- Jak dlouho a v jakém časovém intervalu navštěvujete ambulanci klinické logopedie?

Na naší logopedii u paní PaedDr. D. Portychové jsme se cítili jako inventář :-), chodila jsem tam s oběma syny a byla naprosto spokojená s péčí a při ukončení jsem byla až smutná, že se neuvídíme :-), kluci moc rádi vzpomínají a vždy se tam těšili!!!! Úžasná a milá spolupráce na kterou nikdy

nezapomenu!!!!!!Řekla bych že jsme tam celkem chodili dohromady s oběma syny asi 12let.

- Jak jste si na začátku logopedické terapie myslel/a, že bude logopedická terapie vypadat, dlouho trvat?

nepřemýšlela jsem o tom....

- Jaká jsou Vaše očekávání ohledně logopedické terapie?

pomoc, pochopit, poradit a povzbudit – vše nám bylo dopřáno...

- Jak se podílíte na logopedické terapii?

...pomáhala jsem při cvičení, abych co nejvíce pomohla.....

- Kde a kdy nejčastěji provádíte s Vaším dítětem logopedická cvičení?

doma

- Hledáte si úkoly ještě navíc, než ty, které dostáváte od logopeda?

ANO NE

- Jak Vaše dítě motivujete, podporujete?

...chválím a chválím každou jeho snahu i když se nepovede, při neúspěchu je dobré povzbudit

- Jak se Vám zdá, že probíhá zlepšení řeči u Vašeho dítěte? (pozvolna, skokově, jinak)

...probíhala pozvolna, ale do úspěšného konce a u obou mých synů

Postoj

- Jaké Vaše dítě je?

hodné, mám štěstí, oba kluci jsou hodní a citliví

- Za co byste své dítě pochválil/a?

...za to že se snaží...

Rady pro ostatní rodiče

- Kde a kdy je podle Vás nejlepší nacvičovat logopedické postupy

Doma, hlavně v klidu a bez nátlaku, jako malé by měli mít pocit, že necvičí a jen si s vámi hrajou, to se mi osvědčilo nejlépe!!!

- Co se Vám osvědčilo při logopedické terapii? (cokoli)

...hra a pohoda...

- Máte nějakou radu, doporučení, která by pomohla ostatním rodičům dětí s vývojovou dysfázií?

Nebrat to jako nějaký velký problém, myslím, že tohle je věc, která se dá hodně zlepšit nebo dokonce úplně odstranit!!! Jsou na světě horší věci a kdyby to naše děťátko mělo potkat jenom tohle, tak by to byla výhra!!!!Nedávat mu hlavně znát, že je jinej a zlobit se na něj, že správně nevyslovuje!!!!!!A hlavně v klidu a s láskou!!!

Já měla štěstí na pochopení v okolí, na dobré učitelky ve škole a hlavně na výbornou paní logopedku PaedDr. Danielu Portychovou, kterou strašně moc děkuji. Moji kluci jsou příkladem, že se dá dysfázie úplně překonat, i když je to běh na dlouhou trať, ale mě ta snaha stála za to, starší syn v současné době maturuje na Gymnáziu Voděradská, kde má slušné výsledky a má zájem pokračovat na vysokou školu. Mladší syn dostal vloni přihlášku na 8leté gymnázium, protože má též samé jedničky, ale nechtěl opustit své kamarády, tak zůstává na Základní škole Eden, kde má taky krásné výsledky. Logopedii už nenavštěvujeme, ale moc rádi na ní vzpomínáme!

Děkuji za Váš čas