

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Komunikace u dítěte s opožděným vývojem řeči v institucionální péči

Communication of the child with delayed speech development in institutional
care

Bc. Barbora Šestáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Logopedie a surdopedie

2019

Odevzdáním této diplomové práce na téma Komunikace u dítěte s opožděným vývojem řeči v institucionální péči potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce

samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 8.4.2019

Ráda bych touto cestou poděkovala Doc. PhDr. Kateřině Hádkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její rady a trpělivost. Rovněž bych chtěla poděkovat PhDr. Bc. Blance Gruberové, Ph.D., Ing. Milanovi Brodníčkoví za pomoc s některými technickými záležitostmi a pracovníkům dětského domova, ve kterém výzkum probíhal za jejich vstřícnost a pomoc při získávání potřebných informací a dat k provedení praktické části diplomové práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na logopedické téma. Zabývá se problematikou opožděného vývoje řeči u dětí v předškolním věku, zvláště pak jejich slovní zásobou. Hlavní cíl práce spočívá v posouzení významu slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči a informovanosti o možnostech jejího obohacování a orientačního zhodnocení. Vlastní šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří jsou s těmito dětmi v každodenním kontaktu a tráví s nimi nejvíce času. Vzešlá zjištění by měla napomoci ke zvýšení efektivity logopedické intervence v oblasti obsahové stránky řeči u dětí s opožděným vývojem řeči. Výstupem práce je nově vytvořený materiál, který pomůže orientačně posoudit rozsah slovní zásoby u těchto dětí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Předškolní věk, řeč, opožděný vývoj řeči, slovní zásoba, hodnocení slovní zásoby, hodnocení slovní zásoby, lexikálně-sémantická jazyková rovina, opožděný vývoj řeči

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on the theme of speech therapy. The thesis deals with problems of delayed speech development in pre-school children, especially their vocabulary. The main aim of the thesis is the evaluation of vocabulary as well as evaluation of awareness about possibilities of enrichment and indicative range of evaluation of vocabulary. The main investigation was realized by means of half-structuralized interviews with respondents, who spend the most time and are in the daily contact with evaluated children. Arose findings should help to increase the effectiveness of speech therapy in the field of speech content of children with delayed language development. The output of this thesis is the newly created testing materials that will help assess the indicative range of vocabulary in these children.

Key-words

pre-school age, speech, delayed speech development, vocabulary, evaluation of vocabulary

Obsah

1	Úvod.....	10
2	Lexikálně sémantická jazyková rovina u dětí s opožděným vývojem řeči v institucionální péči 12	
2.1	Popis a vývoj lexikálně - sémantické jazykové roviny.....	12
	Zvláštnosti diagnostiky u dětí v útlém věku	23
3	Vývojové poruchy řeči.....	25
3.1	Opožděný vývoj řeči.....	25
	Etiologie, klasifikace a symptomatologie	25
	Opožděný vývoj řeči jako symptom poruch řeči	26
	Opožděný vývoj řeči při nedostatečně stimulujícím okolí	27
	Opožděný vývoj řeči prostý	27
	Klinicko logopedická terapie.....	29
3.2	Vývojová dysfázie	32
	Vývojová dysfázie a jazykový vývoj	33
	Vývojová dysfázie a centrální mechanismy zpracování zvuků	34
4	Institucionální prostředí	38
4.1	Rozvoj komunikačních schopností u dětí vyrůstajících v institucionální péči.....	43
5	Výzkumné šetření	48
5.1	Cíle, výzkumné otázky a předpoklady šetření.....	48
5.2	Kvalitativní část.....	48
	Metodika výzkumného šetření	48
	Popis výzkumného vzorku	49
	Analýza kvalitativní části výzkumného šetření	50
	Průběh a etické otázky výzkumného šetření	50
	Strategie sběru dat	50
5.3	Analýza dat a zhodnocení výzkumu	51
	Analýza.....	51
	Zhodnocení.....	52
5.4	Nově vytvořený materiál ke zhodnocení pasivní slovní zásoby.....	53

5.4.1	Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření	55
6	Zhodnocení výzkumu.....	57
7	Závěr	60
	Seznam použitých informačních zdrojů.....	62
	Seznam příloh.....	66

1 Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou opožděného vývoje řeči u předškolních dětí, konkrétně rozsahem slovní zásoby. Podnětem pro zpracování tohoto tématu byl stále narůstající počet dětí s opožděným vývojem řeči, u nichž se projevují deficity ve slovní zásobě. Ty jim poté často znemožňují účelně komunikovat a dorozumívat se s okolím. Slovní zásoba má důležité místo nejen v oblasti logopedické diagnostiky, ale také v oblasti terapie a prevence.

Teoretická část práce je rozdělena do tří velkých kapitol, na něž navazuje část praktická. První z nich se zabývá lexikálně sémantickou jazykovou rovinou, kterou považujeme za významnou v oblasti řeči a komunikace, ale také v celkovém vývoji člověka. Právě nedostatky v této jazykové rovině mohou být v předškolním věku snadno přehlédnuty. Následuje kapitola druhá, věnující se opožděnému vývoji řeči. V těchto dvou kapitolách pak blíže rozebíráme témata prognózy, diagnostiky a terapie. Poslední z nich je věnována institucionální prostředí a péči.

Praktická část popisuje metodiku výzkumného šetření a výsledky, které z něho vzešly. Zaměřuje se na posouzení významu slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči a zjišťuje, jaká je informovanost o možnostech jejího obohacování a orientačního zhodnocení. Dílčí cíle zahrnují zmapování povědomí o možnostech rozšiřování slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči, komparace názorů mezi respondenty a vytvoření materiálu, který by orientačně pomohl posoudit rozsah slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči a porovnat jej se stávajícím diagnostickým nástrojem. Výzkumné šetření probíhalo v prostředí dětského domova formou rozhovorů s respondenty, kteří jsou s dětmi v každodenním kontaktu a tráví s nimi nejvíce přímého času. V našem případě se jednalo o zdravotní sestry pracující v dětském domově. Analýza byla provedena na základě získaných dat z rozhovorů s respondenty. Poté byla aplikována metoda otevřeného kódování, konkrétně metoda papír a tužka díky čemuž došlo k získání důležitých informací a následně sběru dat. Na základě získaných zjištění byl vytvořen požadovaný orientační testový materiál k hodnocení pasivní slovní zásoby dětí, který byl následně prověřen skupinou 30 respondentů nacházejících se v dětském domově. Materiál byl vytvořen k účelům tohoto výzkumu vzhledem k nedostatku aktuálního českého diagnostického testového materiálu. Diplomová práce přináší rozšíření poznatků o pasivní slovní zásobě u dětí s opožděným vývojem řeči. Test pasivní slovní zásoby může sloužit jako screeningový

nástroj k zachycení deficitů v dané oblasti a může být rovněž využit jako terapeutický materiál především pro děti s opožděným vývojem řeči.

2 Lexikálně sémantická jazyková rovina u dětí s opožděným vývojem řeči v institucionální péči

2.1 Popis a vývoj lexikálně - sémantické jazykové roviny

Lexikálně sémantická jazyková rovina, se zabývá významem jazyka, tedy jeho obsahem. Zahrnuje porozumění řeči v okruhu běžného hovoru, zároveň i chápání instrukcí, výkladu, pojmů, sdělení, vyprávění. (1)

Obecně ji tvoří slovní zásoba dítěte spolu se složkou sémantickou tj. s porozuměním jednotlivým pojmům. Slovní zásobou se rozumějí všechna slova, slovní spojení a frazeologické výrazy, které mají pojmenovávací funkci. (2)

Hauser (1986) uvádí, že se výzkumem slovní zásoby zabývá lingvistická disciplína lexikologie. Hlavním předmětem zájmu tohoto vědního oboru je obsah, forma a funkce pojmenovávacích jednotek a jejich vzájemné vztahy. Primární pojmy této jazykové oblasti, jsou slovo, sousloví, význam slova, pojednává se o systémové povaze lexikálně – sémantické jazykové roviny a také se probírají otázky spojené s významovou a formální stránkou jazyka. Lexikální jazyková rovina je propojena se všemi ostatními jazykovými podsystemy. Slova jsou složena z fonémů a morfémů, jejichž prostřednictvím jsou zvukově, slovtvorně a tvaroslovně utvořena, zároveň se podílí jako stavební prvky na vzniku slovních spojení, vět a textů. (3)

Lexikologie je dělena na několik disciplín, které se zpravidla vyčleňují jako samostatné obory. První disciplínou je **sémantika** (nauka o významu), dále **onomaziologie** (nauka o pojmenování), **frazeologie** (nauka o frazeologických jednotkách), **etymologie** (nauka vysvětlující původ slov), **onomastika** (zabývá se vlastními jmény) a poslední je **lexikografie** (nauka o slovníku).

Základní jednotkou lexikální roviny je slovo = jazykový útvar celistvé povahy. Lém se používá k označení slova jako jednotky lexikálního systému. (Hauser, 1986). (3)

V rámci lexikálně - sémantické jazykové roviny můžeme sledovat tyto oblasti řeči:

- Porozumění řeči a instrukcím v okruhu běžného hovoru (zda dobře rozumí).
- Vzhledem k věku má přiměřenou slovní zásobu.
- Smysluplný popis obrázku.
- Poznává a pojmenuje nesmysl na obrázku.

- Interpretace pohádky, příběhu bez obrázku.
- Definice významu pojmu.
- Tvorba protikladů (antonym) s vizuální oporou.
- Tvorba protikladů (antonym) bez vizuální opory.
- Tvorba nadřazených pojmů s vizuální podporou.
- Tvorba nadřazených pojmů bez vizuální podpory.
- Tvorba slov podobného významu (synonym). (1)

Vývoj a osvojování

Spolu s celkovým vývojem řeči probíhá také vývoj a osvojování slovní zásoby. Obvykle právě úroveň lexikálně – sémantické jazykové roviny upozorní rodiče či odborníky na to, že řečový vývoj nemusí být zcela v normě.

Nejdříve, v raném věku dítěte, probíhá osvojování pasivní složky slovní zásoby, děje se tak zhruba kolem 10. měsíce života. Postupně dítě začíná chápat smysl jednotlivých slovních pojmů a reaguje na jednotlivé výrazy, které se opakují. (4)

V prvním roce života dítěte je celkově řečová produkce nepřesná. Svá první slova dítě používá obecně. Spolu s přibývajícím věkem dochází k významové diferenciaci. K aktivní produkci pak dochází kolem 12. – 18. měsíce života dítěte. Porozumění řeči se tak vyvíjí rychleji než samotná produkce. (5) V tomto období je dorozumívání dítěte stále ještě převážně na úrovni pohledů, gest, mimiky, pláče, křiku a pohybů celého těla. Postupně dochází ke zdokonalování slovníku. Největší růst slovní zásoby pak můžeme zaznamenat zhruba kolem 3. Roku. (6)

Rovněž je důležité zmínit význam harmonického vztahu mezi dítětem a jeho okolím, protože také kvalita a stabilita citových pout a vazeb se zřetelně podílí na schopnosti osvojování slovní zásoby v dětském věku. Při samotném rozvoji lexikálně – sémantické jazykové roviny v raném věku dítěte není důležité pouze to, zda rodiče nebo jiní rodinní příslušníci na dítě mluví, ale také především to, jakým způsobem na něj mluví. (7)

Rodiče svoji mluvu dokážou zjednodušit, vhodně ji doplňovat bohatými neverbálními projevy a tím ji dítě srozumitelněji pochopí. Mnozí autoři zmiňují, že počet a délka vzájemných interakcí mezi rodičem a dítětem v raném věku ovlivňuje pozdější aktivní řečovou produkci dítěte. U dětí, se znaky narušené komunikační schopnosti, mohou

projevit již před třetím rokem života. To pak můžeme často sledovat méně zmíněných interakcí, než tomu je u dětí, s běžným vývojem řeči.

Pro vývoj slovní zásoby je klíčová zpětná reakce rodičů na dětské projevy. Rodiče by tak měli pozitivně reagovat na předřečové pokusy dítěte o navázání komunikace. Tím je pak dítě více motivované k řeči, ujasňuje si pojmy, jevy a situace. Neustálým komentováním a opakováním slov si dítě spojuje souvislosti a posouvá se v celkovém poznávání a učení. (8)

Ve vývoji lexikálně – sémantické jazykové roviny nacházíme určité mezníky, které však slouží spíše orientačně. Souvisí s celkovým vývojem osobnosti dítěte, s rozvojem motorických, kognitivních funkcí a s procesem socializace. Výrazný slovní nárůst můžeme pozorovat zhruba kolem třetího až pátého roku věku dítěte a úzce se pojí s progresem myšlení. (4)

Při formování slovní zásoby dítě prochází tzv. prvním a druhým věkem otázek. To pomáhá k pochopení nejrozličnějších pojmů a k osvojení dalších slovních druhů. Vlivem opakovaného dotazování přechází některá slova z pasivní složky do aktivní. Dítě opakuje to, co si předtím ověřilo. První období otázek nastupuje okolo 1,5 roku, charakteristické jsou formulace: *Co je to? Kdo je to?* Slovní zásoba se tím rozšiřuje hlavně o podstatná jména, případně přídavná jména. Druhé období otázek nastává kolem 3,5 roku věku, tady převažují tázací vazby: *Proč? Kdy?* (9)

Kutálková (1996) také zdůrazňuje, že přechod slova z pasivní dětské slovní zásoby do té aktivní souvisí s jeho zvukovou podobou a emočním kontextem, které dítě danému slovu přisuzuje. (10)

V průběhu předškolního věku dochází u dítěte skrze rozvoj kognice k rozšiřování lexikálně – sémantické jazykové roviny. Dítě je schopno diferencovat slova, používat všechny slovní druhy, vytvářet nové tvary. Okolo šestého roku by mělo docházet k pozvolnému ukončování vlastního vývoje řeči. Dítě by již mělo mít dostatečnou slovní zásobu, která mu umožní zařazení do vzdělávacího procesu. Jeho komunikační schopnost by měla odpovídat požadavkům prvního ročníku základní školy.

Kvantifikace lexikálně – sémantické jazykové roviny

Není mnoho studií, které by dokládaly kvantitu (a kvalitu) slovníku dítěte v předškolním věku, většina má původ v 60. – 80. letech 20. Století. Lexikálně – sémantická jazyková rovina se rozvíjí poměrně rychlým tempem, studie z 80. Let, nám mohou poskytnout

relevantní informace o slovní zásobě současných předškoláků. Nesmíme však opomínat proměnlivost a nestabilitu dětské řeči. Při kvantitativním ohledu mnohdy chybí rozdělení slovní zásoby na aktivní a pasivní složku, což může údaje znejasňovat. (11), (12)

Kvalitativní vývoj lexikálně – sémantické jazykové roviny v raném a předškolním věku

Logopedi a jiní odborníci se zaměřují také na kvalitativní složku lexikálně – sémantické jazykové roviny tj. na to, které slovní druhy dítě používá, dále jak pojmům rozumí. Mnozí autoři se shodují, že první slovník dítěte obsahuje citoslovce. Jejich užívání vychází především z nápodoby zvířat a věcí. Citoslovce, dítě užívá i jako přímé označení objektu, tzn. že plní funkci podstatného jména. První slova jsou mnohovýznamová (částečně proměnlivá). (13)

Dítě často svoji ranou komunikaci doprovází pohyby, neverbální složkou tak dochází u upřesňování informací, kterou chce sdělit.

V rané fázi užívá pojmy nepřesně, postupně prostřednictvím uvědomování si skutečnosti, jevů a vztahů dochází k lepšímu porozumění. V 1. roce si nejlépe osvojuje podstatná jména, ty mají většinou svoji neměnnost a trvalost. (4)

Ve vývoji slovní zásoby sledujeme jevy, kterými jsou hypergeneralizace a hyperdiferenciace, kdy první stádium přechází k druhému. Hypergeneralizace znamená, že dítě užívá jedno slovní označení pro více skutečností. S dalším vývojem sledujeme opačnou tendenci označovanou jako hyperdiferenciaci, kdy se slovní označení vztahuje k jedné osobě či věci. Vágnerová (2012) zmiňuje, že se v případě obou výše uvedených jevů se jedná o projev nedostatečné zkušenosti, kterou lze poměrně snadno překonat. (14), (8)

S rozšiřováním lexikálně – sémantické roviny souvisí i vytváření dětských novotvarů (neologismů). Na podstatná jména navazuje osvojení přídavných jmen, opět od těch konkrétních po abstraktní. Kolem druhého roku věku, by dítě mělo užívat slovesa, obvykle jde o označení činností (př. Jíst, spát). Jejich počet narůstá, na konci druhého roku dochází tak k tvorbě dvouslovných vět. Kolem 3. A 4. Roku, přibírá dítě do svého slovníku ostatní slovní druhy, tento proces je spojen se stádiem logických pojmů a intelektualizací řeči. To pomáhá dítěti k snazšímu vyjadřování. Je třeba podotknout, že slovní zásoba je v průběhu života velice individuální a variabilní.

Je velice složité hodnotit receptivní složku lexikálně – sémantické jazykové roviny. Je důležité sledovat pasivní části slovníku, neboť aktivní produkce nemusí zcela odrážet jazykové znalosti, kterými dítě disponuje. Při expresi řeči musí dítě zapojovat další kognitivní funkce a také sociální kompetence. Pasivní složku můžeme nejlépe mapovat v oblasti podstatných jmen, zbylé slovní druhy se poměrně obtížně převádějí do obrazové podoby. Jejich hodnocení je u mladších dětí tak komplikované.

(15), (4), (8), (12)

Diagnostika lexikálně – sémantické jazykové roviny

„Diagnostika obecně, je poznávacím procesem, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí“ (16 str. 10).

Diagnostika klienta se řídí jistými principy, které jsou obecně platné, a jejich dodržování předurčuje spolehlivost získaných výsledků. Jedná se o následující principy:

- Princip komplexnosti - týmová spolupráce při stanovení komplexní diagnózy.
- Princip všestrannosti - vyšetření zdůrazňuje potřebu zachycení všech podstatných vlastností a znaků v globální diagnostice.
- Princip dynamičnosti - nevyšetřují se pouze aktuální schopnosti ale hlavně potencionální a perspektivní možnosti jedince.
- Princip modifikace - vychází z toho, že aplikace každé diagnostické metody vyžaduje jistou modifikaci, tzn. Přizpůsobení diagnostické metody druhu a stupni postižení vyšetřovaného. (17)

Logopedickou diagnostiku lze dělit na komplexní a parciální. Komplexní neboli globální, znamená vyšetření sociálního prostředí a všech základních systémů (anamnéza, sluch, intelekt, osobnost, motorika, laterálita, mluvidla, atd.). Naopak parciální je zaměřená jen na určité subsystémy. Pro účely práce tedy důkladné vyšetření lexikálně-sémantické jazykové roviny. (18)

Vyšetření lexikálně-sémantické jazykové roviny

Za klíčové, je při opožděném vývoji řeči považováno vyšetření řečové produkce a všech jejích jednotlivých složek, což následně vede ke správnému plánu a průběhu adekvátní terapie. (19)

Sémantická složka zahrnuje hlavně rozsah a kvalitu slovní zásoby, aktivní a pasivní slovník a lexikální diferenciaci, tj. rozlišování různých druhů slov. Sémantická diferenciacie závisí na spolupráci několika oblastí mozku, levostranné čelní a spánkové kůry včetně Brocova centra. Lexikální diferenciacie závisí zejména na činnosti levého spánkového laloku. Funkční specializace mozku pro zmíněné aktivity je značná. Dle Koukolíka (20), se dokonce na rozlišování podstatných jmen a sloves podílejí jiné korové systémy. Slyšená slova jsou zpracována jinou oblastí mozku než slova psaná apod. Levostranná kůra čelních mozkových laloků je významná pro sémantickou pracovní paměť, tj. pro zpracování podnětů tohoto druhu, bez ohledu na způsob prezentace. Opožděný vývoj v obsahové stránce řeči je nejpatrnější u dětí s těžkým mentálním nebo sluchovým postižením.

- slovní zásoba je malá, pasivní slovník výrazně převažuje nad aktivním (dítě více rozumí, než produkuje)
- užívání slov často není adekvátní vzhledem k jejich obsahu i situaci (dítě chápe nesprávně význam jednotlivých slov)
- Některé z dětí mají menší slovní zásobu, postrádají verbální pohotovost, obratnost. Odpovídají s latencemi, stručně s patrnou nejistotou a potřebují více času na odpověď. Je pro ně velice těžké definovat význam pojmu, rychle najít adekvátní výraz, výstižně a jasně vyjádřit myšlenku, popisovat tematický obrázek, vyprávět na dané téma, na volné téma – je zapotřebí je povzbuzovat a průběžně klást naváděcí otázky. Někdy se tyto nedostatky mohou promítat do porozumění řeči.
- Děti mohou mít problémy s přenesenými významy, básnickou řečí a metaforami.

Možnosti diagnostiky lexikálně-sémantické jazykové roviny

Děti se liší bohatostí slovní zásoby, jejím rozsahem a schopností osvojovat si nová slova. Právě rozsah slovní zásoby je citlivým vývojovým ukazatelem. Při diagnostice lexikálně-sémantické jazykové roviny je v první řadě důležité rozlišení mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, tj. mezi měřítky expresivní a receptivní složky jazyka. Dále je možné rozlišovat hloubku, do níž je zvládnutí jednotlivých slov testováno – některé metody jsou citlivé již na povrchní znalost významu slov, jiné metody vyžadují schopnost detailního rozlišování. Zároveň lze rozlišovat metody přímo a metody založené na dotazování druhých osob, nejčastěji rodičů dítěte.(21)

Pasivní slovní zásoba

Slovní zásoba je obecně rozsáhlejší v porozumění než v produkci - rozumíme vždy více slovům, než kolik jich sami používáme. Diagnostika porozumění představuje odhalování do jisté míry ukrytých schopností. Ve skutečnosti je v mnoha ohledech snadnější a jednoznačnější než diagnostika produkce. Je tomu tak zejména proto, že examinátor si své materiály může připravit dopředu a kontrolovat jejich podobu. Dalším důležitým důvodem je skutečnost, že testy porozumění kladou na spolupráci respondenta většinou menší nároky než testy produkce. Z tohoto důvodu je snadnější testy administrovat i za situace, kdy jsou vyjadřovací schopnosti vyšetřovaných osob omezeny nějakými mimojazykovými obtížemi, jako jsou například poruchy řečové motoriky. Z vývojového hlediska je zvláště důležité, že testy porozumění usnadňují práci s dětmi v předškolním věku. Testy pro porozumění jsou tedy vhodné pro práci s dětmi a dovolují přitom objevit schopnosti, které nejsou z vlastní řečové produkce dětí zjevné.

Slovník

Popis metody:

Tato metoda z diagnostické baterie pro posouzení vývoje znalostí a dovedností dětí předškolního věku od Gabriely Saidlové, Málkové a Filipa Smolíka (21) používá formát běžný u rozšířených testů receptivní slovní zásoby, jako jsou Peabody picture vocabulary test (PPVT) nebo British picture vocabulary scale (BPVS). Examinátor ukáže dítěti podnětovou tabuli se čtyřmi obrázky a řekne jim slovo, na jehož vyobrazení mají ukázat. Zadanými slovy jsou většinou podstatná jména, najdeme zde však také slovesa a přídavná jména. Obtížnost položek je manipulována jak frekvencí, tj. četností výskytu zadaných slov, tak složitostí vyjadřovaných pojmů a volbou distraktorů (nástrojů). Frekvence slov souvisí s pravděpodobností, že se s těmito slovy dítě setká, stejně jako s jejich potřebností v běžném životě. Slova s vysokou četností výskytu jsou v průměru užitečnější a snadněji pochopitelná než slova, která se vyskytují vzácněji. Z tohoto důvodu jsou na začátku tohoto testu volena slova vysoce frekventovaná.

Další rozměr obtížnosti zařazených slov představuje jejich pojmový obsah. Na začátku jsou řazeny položky, které jsou významem testovaného slova na základní úrovni kategorizace, zpravidla se jedná o pojmy označující fyzické předměty nebo zvířata. Mezi náročnějšími položkami se pak objevují takové, které se dotazují na části složených předmětů, případně na části těla, vlastnosti, děje apod.

Další dimenze obtížnosti je dána výběrem distraktorů, tj. obrázků na podnětové tabuli, které jsou nesprávnými odpověďmi na danou položku. Čím podobnější jsou zobrazované předměty či jevy cílového pojmu, tím obtížnější je úloha.

Slovníková úloha v této baterii má dvě verze s různým stupněm obtížnosti. První verze je určena pro děti do čtyř let a šesti měsíců, druhá pak od čtyř a půl roku do pěti a půl roku. Pro obě dvě verze platí, že většina dětí z nich zvládá větší část položek. Obtížnost této úlohy považují autoři za nízkou z hlediska interpretace. To znamená, že úloha není příliš citlivá pro diagnostiku nadprůměrných a vysokých výkonů, měla by však důvěryhodně a bezpečně detekovat děti, jejichž výkon zaostává za očekáváním. (21)

Pokyny pro administraci testu:

Administrace testu probíhá prostřednictvím hry s poznáváním obrázků př. „Zahrajeme si hru s poznáváním různých obrázků“. Vždy ukážeme kartu se čtyřmi obrázky, dáme dítěti čas na jejich prohlédnutí a pak se zeptáme na jeden z vyobrazených obrázků, který se následně dítě pokusí najít. Ukáže-li správný obrázek, zapíšeme odpověď do záznamového archu, odpoví-li špatně nebo vůbec, ukážeme mu správnou odpověď.

Stejným způsobem probíhá administrace u druhé a třetí položky. Pokud dítě u těchto položek nereaguje, můžeme mu hledané slovo ještě jednou zopakovat. Pokud dítě ani po druhé výzvě nereaguje správně (neukazuje), správné řešení mu řekneme (ukážeme).

Od čtvrté položky dítěti neposkytujeme zpětnou vazbu, pouze jej za jeho práci a odpovědi chválíme. V případě, že dítě nereaguje po první výzvě, můžeme slovo ještě jednou opakovat (druhá výzva). Pokud dítě ani po druhé výzvě nereaguje, zaznačíme tuto skutečnost do záznamového archu a pokračujeme další položkou. Při práci s testem je důležité dítě chválit a povzbuzovat jej a to i v případě, kdy odpovídá chybně. Pokud respondent nereaguje vůbec, snažíme se jej vybízet a motivovat. Neodpoví-li dítě, nebo odpoví špatně na čtyři položky v řadě, administraci testu ukončíme a další položky hodnotíme nulou.

Pokyny pro vyhodnocení testu

Za každou správnou odpověď je dítěti udělen 1 bod, za chybné odpovědi nula bodů. Body jsou zapisovány do sloupce (rovněž kroužkujeme obrázek, na který dítě ukázalo). Obrázky jsou označeny jako „a-b-c-d“, podle umístění na kartě s obrázky: vlevo nahoře a, vpravo nahoře b, vlevo dole c, vpravo dole d. Správná odpověď je označena velkým písmenem.

Pokud dítě samo případnou chybu opraví, je jeho odpověď hodnocena jakou správná a je mu přidělen bod. Pokud dítě příslušnou položku opakuje, zapisujeme do poznámky „Z“. Pokud dítě nereaguje (neodpovídá, neukazuje), ptáme se ještě jednou a pokud ani pak neodpovídá, hodnotíme jeho odpověď nula body. (22)

▪ **PPVT**

K nejznámějším testům slovní zásoby patří test Peabody Picture Vocabulary, pocházející z USA. Jeho aktuální verze má označení PPVT-IV a jde tedy již o jeho čtvrtou verzi. Testování probíhá tak, že examinátor ukazuje testovanému podnětové karty a v každé položce se ptá na jedno určité slovo. Respondent má za úkol ukázat příslušný obrázek, který odpovídá zadanému slovu. Kromě cílového obrázku obsahuje každá podnětová karta další tři obrázky, přičemž jeden z nich obvykle spadá do stejné kategorie jako cílové slovo (př. zvířata atp.). Ukázáním na správný obrázek dává zkoušená osoba najevo, že zná obecný význam slova a dokáže ho odlišit také od významově spřízněných slov.

PPVT je standardizován pro velmi široké věkové rozmezí od dvou a půl roku po devadesát až devadesát devět let. To je jeho výjimečná vlastnost, díky které má zcela mimořádnou pozici mezi ostatními testy jazykového vývoje a výkonu. Je to také pravděpodobně důvodem, proč bývá někdy zmíněný test PPVT nabízen jako orientační měřítko verbální inteligence, (jelikož velikost slovníku v dospělosti koreluje s IQ). Vlastní manuál PPVT-V ale validitu neodvozuje z korelací s žádnými inteligenčními testy, ani takové korelace neuvádí.

PPVT a jemu podobné obrázkové testy receptivní slovní zásoby pro jiné jazyky lze považovat za základ jazykové diagnostiky. Jejich hlavní výhodou je poměrně snadná a jednoznačná administrace, která není pro respondenty náročná a většinou je pro děti i atraktivní a zajímavá. Slovníkové testy mohou sloužit jako dobrý ukazatel celkového jazykového vývoje, neboť mezi slovní zásobou a měřítky gramatické komplexnosti je vysoká korelace. (22)

▪ **Aktivní slovní zásoba**

Aktivní slovní zásoba bývá obsahem verbálních testů inteligence, k nim by však logoped neměl mít přístup, jelikož je může administrovat pouze psycholog. Existují však i nestandardizované diagnostické nástroje běžně využívané v logopedické praxi.

Obrázkově - slovníková zkouška

Tuto samostatnou slovníkovou zkoušku vytvořil Kondáš (23) a příručka vyšla v roce 1972 v Bratislavě. Metoda vychází ze Straitové revize testu Phenic Key Cards, kdy byly jednotlivé obrázky uzpůsobeny slovenské dětské populaci.

Popis metody:

Test obsahuje 30 barevných obrázků, na nichž jsou zobrazeny nejrůznější věci, zvířata nebo činnosti. (Např. pes, liška, strom, pán který se směje, skáče do vody atd.) Zkouška slouží k hodnocení kvality pasivního slovníku - znalostí názvu určitých konkrétních objektů či situací.

Administrace:

Instrukce k testu zní: "Ukážu ti malé album, ve kterém jsou obrázky, a ty mi povíš, co na nich je". V případě obrázků znázorňujících nějakou lidskou činnost dítě požádáme, aby nám řeklo, co postava na obrázku dělá. Užitečné je pak pozorovat, jak dítě na tuto situaci, resp. i na jednotlivé obrázky reaguje a jak se jeho chování mění v průběhu času. Zkouška není časově limitována a je značně individuální. Její administrace zabere obvykle pouze okolo 5 minut a je vhodná pro děti od 5 do 7 let, případně i pro starší děti trpící nějakou poruchou řeči nebo děti s mentálním postižením.

Hodnocení a interpretace:

Za každou správnou odpověď dítě získá 1 bod, u některých položek je možné použít k hodnocení polovinu bodu. Celkový součet bodů představuje hrubý skór, ten poté převedeme za pomoci percentilových tabulek na vážený skór. Pro kvalitativní hodnocení je vhodné analyzovat položky, které dítě nedokázalo pojmenovat, a všimnout si charakteru chyb.

Standardizace:

Standardizace byla provedena na slovenské populaci u dětí ve věku 5-7 let. Validita metody byla hodnocena srovnáním se školním prospěchem těchto dětí po jejich nástupu do první třídy s korelačním koeficientem 0,49. Reliabilita byla posuzována pomocí retestu v intervalu 21-30 dní a výsledky obou měření se ve značné míře shodovaly ($r = 0,83$).

Komentář:

Slovníkovou zkoušku lze použít jako součást testové baterie při hodnocení školní zralosti. Vhodná je také pro hodnocení slovní zásoby dětí výchovně zanedbaných, z odlišné jazykové oblasti, či dětí mentálně postižených. V takovém případě by bylo vhodné zkombinovat tuto zkoušku s další slovníkovou metodou (např. slovníkem S-B testu). (24)

▪ **Nepřímé nástroje: rodičovské dotazníky**

U mladších dětí je přímá diagnostika mnohdy obtížná a pro vyšetřujícího profesionála náročná, jelikož děti mezi prvním a třetím rokem života mají pouze omezenou schopnost spolupracovat. Jak jsme již zmiňovali, děti mají často obavy z cizích lidí a bojí se proto spolupracovat s examínátorem. Obzvláště u nejmladších dětí nelze očekávat, že budou hned ochotny verbálně komunikovat navzdory skutečnosti, že některé výrazy či slova znají.

Přestože existují vývojové škály představující standardizovaný nástroj pro hodnocení mentálního vývoje u dětí, jejich administrace je namáhavá a vhodná pouze v rámci komplexního vyšetření (je-li také indikováno). Vývojové škály také často neposkytují odhad vývoje jazykových, nebo komunikačních dovedností jako samostatně měřenou oblast. Jako jedno z možných řešení tohoto problému se od osmdesátých let minulého století jeví tvorba a rozvoj diagnostických nástrojů založených na informacích od rodičů, tedy v zásadě rodičovských dotazníků zjišťujících různé aspekty chování dětí. V oblasti jazykového vývoje se jedná především o Inventář komunikačního vývoje MacArthur – Batesové. Anglické značení této metody je MacArthur – Bates Communicative Development Inventories, přičemž zkratkou je CDI. (22)

▪ **CDI**

CDI má několik verzí pro americkou angličtinu a celou řadu adaptací pro různá prostředí a různé jazyky. V současnosti těchto adaptací existuje více než třicet a nacházejí se v různých stádiích rozpracovanosti. Základem všech verzí je dlouhý seznam několika stovek slov (často 400 – 600), jejichž znalost lze u dětí ve druhém a třetím roce života očekávat. Rodiče mají za úkol označit slova, která děti znají. Instrukce se liší podle jednotlivých verzí. Někdy mají rodiče vyznačit pouze slova, která dítě říká, jindy mají označit i to zda dítě danému slovu rozumí. Tato metoda se

tedy opírá o paměť rodičů a to nikoli o spontánní vybavení, ale o znovupoznání. Znovupoznání slov napomáhá rovněž způsob, jakým jsou položky prezentovány v inventáři. Slova jsou seskupena do tematických skupin (př. hračky, zvířata atp.). Inventář tak rodičům poskytuje vodítka pro vybavení co největšího počtu slov, která od dítěte slyšeli, nebo u nichž zaznamenali, že je dítě chápe. Kromě seznamu slov obsahují různé verze inventáře také další položky zaměřené na jiné projevy komunikačního chování, např. gestikulace či používání gramatiky. (25), (22)

Zvláštnosti diagnostiky u dětí v útlém věku

Diagnostika u dětí má svá specifika kdy se liší již v samotném přístupu. Stěžejní je navázání dobrého kontaktu, především je ale nutné ponechat dítěti dostatek času na to, aby se v neznámém prostředí zorientovalo, zvyklo si na nás a získalo pocit jistoty. Vhodné může být také provádění vyšetření v domácím prostředí dítěte. Nikdy se nesnažíme uspěchat navázání kontaktu s dítětem. Vyšetření obvykle začínáme rozhovorem s matkou, během něhož je dítě v matčině těsné blízkosti a má možnost si prostředí vyšetřovny dobře prohlédnout. Na stolek před dítě můžeme položit nějakou hračku, která není součástí testového materiálu. Teprve až dítě hračku přijme, můžeme se pokusit nabídnout mu první hračku z testového souboru. U obzvláště úzkostných dětí může někdy hračky dítěti nabízet jeho matka, tu však vhodně instruujeme. Při vyšetření je výhodné sedět na druhém konci stolu, tedy proti dítěti. Plocha stolu mezi námi dává dítěti větší jistotu, jakmile dítě přijme první hračku z našich rukou, většinou je dobře připraveno s námi spolupracovat. Dítě se tak postupně stává uvolněnější, aktivnější a spontánnější a ke konci vyšetření je již schopné dobře přijmout dané úkoly. K provedení diagnostických úkolů je zapotřebí větší blízkosti mezi námi a dítětem, dítě musí být ochotné plnit i aktivní, motorické instrukce. Jakmile nás dítě přijme, je nutné dbát na plynulý postup vyšetření a pořadí položek přizpůsobovat jeho okamžitým zájmům.

V průběhu druhého a třetího roku dítěte může být dalším a poměrně častým problémem silný, i když vývojově adekvátní negativismus dítěte. Dítě může všechny zadané úkoly odmítat a snažit se prosazovat vlastní způsob hry a interakce. Zvyšováním nátlaku odpor dítěte spíše zvýšíme, za vhodný tedy považujeme kooperativní přístup, kdy se vyšetřující nejdříve zapojuje do spontánní hry dítěte a postupně jej láká ke společné hře s (pro něj) atraktivními materiály. Pakliže dítě dál úkol odmítá, nesnažíme se mu jej vnutit, ale odložíme jeho provedení na jinou, vhodnější dobu během vyšetření. Je vhodné být

připraven úkol v případě potřeby poněkud pozměnit. Často také dochází k tomu, že se dítě odmítá při vyšetření některé z hraček vzdát. V takovém případě dítěti hračku neodebíráme násilím, (bráníme i rodičům, pokud to chtějí učinit) ale spoléháme na to, že při nabídnutí jiné, dostatečně atraktivní hračky se té původní vzdá samo.

Většina vývojových škál má doporučený postup, kdy se přizpůsobujeme stavu a okamžitému zájmu dítěte. Některá obecná doporučení jsou i přesto obecně platná:

Vyšetření začínáme obvykle nejdříve pozorováním spontánní hry dítěte, následně nabízíme klidnou, soustředěnou hru a teprve na konci vyšetření přistupujeme k položkám motorickým. Ty jsou poté dětmi snáze přijímány, jelikož schopnost klidného soustředění je v tomto věku malá a děti vítají možnost pohybového uvolnění.

Další zvláštností při vyšetření malých dětí je skutečnost, že vyšetření je téměř vždy prováděno v přítomnosti rodičů (nejčastěji matky). Rodiče mívají často tendenci do vyšetření zasahovat, je proto nutné je od přílišné pomoci dítěti přiměřeným způsobem odradit. Přitom však získáváme důležité informace (např. o tom, jak na podobné úkoly reaguje dítě doma apod.). U více úzkostných, nebo nedůvěřivých dětí lze někdy s úspěchem využít přímé pomoci matky a to zejména na začátku vyšetření, kdy dítě hračku od matky ochotně přijme a lépe vyhoví její instrukci. (24)

3 Vývojové poruchy řeči

3.1 Opožděný vývoj řeči

V případě, že dítě ve věku okolo tří let nemluví, či mluví výrazně méně než jeho vrstevníci, existuje možnost, že se jedná o opožděný vývoj řeči a je důležité hledat příčiny opoždění a provést odborná vyšetření a diferenciální diagnostiku.

Vývoj řeči je složitý, komplexní děj, probíhající v prvních letech života jedince, který vyžaduje normální anatomicko-fyziologické poměry a správné psychologické předpoklady jako jsou: Pud ke sdělování, normální emotivita, intelekt, vlohly a zevní předpoklady. Řeč má u dítěte vliv na rozvoj nejen jeho psychických schopností, ale také na rozvoj rozumové složky a myšlení.

Mimo výše zmíněného vlivu na vývoj psychických a rozumových schopností dítěte má opožděný vývoj řeči dopad také na formování osobnosti dítěte a to především v oblasti tvorby sociálních vztahů (rodina, škola, přátelé).

Podmínky ovlivňující vývoj řeči (např. schopnost vytváření multisenzoriálních spojů v mozku, koordinace jemné motoriky a tvorba motorických automatismů, stav zralosti mozkové kůry a podkorových oblastí, vnitřní stimulace k verbální komunikaci, nadání pro řeč, stav intelektu, smyslové funkce atd.) vytvářejí u každého člověka individuální základnu tohoto vývoje. Každé dítě je ve vývoji jiné a závažnost poruchy může být různá, každé dítě prodělává zcela vlastní, individuální „vývoj řeči“ a to z hlediska počátku, rychlosti vývoje, rozvoje jednotlivých složek atp. Opožděný vývoj řeči se může vyskytovat jako samostatná dominující jednotka klinického obrazu nebo jako součást jiných vývojových poruch. Některé děti nemluví skoro vůbec, a jelikož je opožděný vývoj řeči zpravidla provázen také poruchou výslovnosti, nerozumí jim mnohdy nikdo kromě maminky. Jiné děti mohou mluvit v kratších větách avšak gramaticky nesprávně, špatná výslovnost pak zhoršuje jejich srozumitelnost. Příčiny mohou být různé, z toho důvodu se následně liší i použitá terapie.

Etiologie, klasifikace a symptomatologie

V současnosti považujeme za možné příčiny opožděného vývoje řeči prostého dědičnost, opožděné dozrávání centrální nervové soustavy, negativní výchovné vlivy, lehkou poruchu sluchu apod. Hlavním symptomem je opoždění v oblasti řečového projevu. Toto opoždění

sice působí na vývoj celé osobnosti ale v pozdějším životě, jsou-li příznivé vnější podmínky, je řeč vyvíjena na úroveň odpovídající úrovni celkové. (19)

Opoždění ve vývoji řeči je tak mnohdy prvním příznakem vývojových abnormalit. Vývojová porucha je s největší pravděpodobností programována genovou odlišností, která se může projevit odlišnou stavbou a funkcí neuronů a konektomů. Neurovývojová porucha může vzniknout v případě, že je přítomno více rizikových faktorů. (20)

K vysoce rizikovým faktorům patří:

- potíže s porozuměním,
- nízká kapacita krátkodobé verbální paměti (zapamatovat si slovní instrukce nebo slova bez souvztažnosti),
- výskyt jazykových a specifických poruch učení u rodinných příslušníků,
- přetrvávání obtíží při zpracování potravy (s kousáním, v anamnéze se sáním),
- viditelná hypotonie v orofaciální oblasti (26)

Opožděný vývoj řeči jako symptom poruch řeči

Opožděný vývoj řeči je chápán jako symptom, nikoliv jako samostatná diagnóza. V zahraničí se uvádí jako termín jazykově zpožděný (language delay). Může být dominujícím příznakem klinického obrazu konkrétní diagnózy nebo součástí dalších příznaků. Výskyt je uváděn v rozmezí od 5 do 7 %, mívá různou etiologii a v důsledku toho i různorodou terapii. Klasifikovat jej můžeme následovně (Dlouhá, Černý, 2012, s. 33) (27):

- opožděný vývoj řeči prostý;
- opožděný vývoj řeči u vývojových poruch řeči;
- opožděný vývoj řeči při sluchových vadách;
- opožděný vývoj řeči při vadách zraku;
- opožděný vývoj řeči u morfologických vad mluvidel (např. rozštěpů);
- opožděný vývoj řeči u pervazivních poruch řeči;
- opožděný vývoj řeči u závažných neurologických onemocnění;
- opožděný vývoj řeči při postižení vývoje rozumových schopností;
- opožděný vývoj řeči při nedostatečně stimulujícím okolí. (17,33)

Rizikové děti z hlediska vývoje komunikační schopnosti rozlišuje Bytešníková (2017) (9).

Uvádí dvě kategorie dětí podle klasifikace L. M. Rossetti:

- **děti s identifikovatelným rizikem**, takový dětem by měla být poskytována logopedická intervence od narození, případně zjištění postižení či vývojového deficitu. Jedná se o děti, které bývají v pozdějším období diagnostikovány jako děti se specificky narušeným vývojem řeči. Spadají sem děti s genetickými poruchami, chromozomálními anomáliemi, s neurologickým onemocněním, vrozenými poruchami metabolismu, se sensorickými deficity, atypickými vývojovými poruchami, děti vystavené toxickým vlivům se závažným infekčním onemocněním a chronickým onemocněním v raném věku.
- **děti s tzv. potencionálním rizikem** ve vývoji řeči a jazykových schopností: a) u nichž se vyskytovaly závažné prenatální či perinatální komplikace, b) s porodní hmotností pod 1000 gramů; c) u jejichž rodiče či pečující osoby se vyskytuje mentální či jiné závažné postižení či onemocnění; d) jejichž rodiče vyjádřili vážné obavy z aspektu vývoje, výchovného stylu a interakce rodič - dítě; e) vyrůstající v rodině, v níž aktuálně probíhá krize; f) rodičů se čtyřmi či více dětmi předškolního věku; g) rodičů s drogovou závislostí; h) rodičů, jejichž vzdělání je nižší než základní; ch) nezletilých matek; i) vyrůstající v rodinách s fyzickou či sociální izolací.

Vzhledem k rozsahu problematiky a pro účely praktické části diplomové práce se dále budeme věnovat pouze vybraným oblastem - tj. opožděnému vývoji řeči prostému, opožděnému vývoji řeči u vývojových poruch řeči a opožděnému vývoji řeči při nedostatečně stimulujícím okolí.

Opožděný vývoj řeči při nedostatečně stimulujícím okolí

Úroveň sociálních vztahů a sociokulturního prostředí významně ovlivňuje vývoj řeči dítěte. Postoj rodičů k výchově a úroveň emocionálního prostředí mají vliv na prožívání dítěte a na možnosti stimulace řeči. Rodina má vliv na celkový rozvoj všech vlastností dítěte včetně jeho intelektu. (27 str. 37)

Opožděný vývoj řeči prostý

Jedná se o časově opožděný rozvoj řeči a jazyka bez anatomických a morfologických abnormalit řečových orgánů a centrální nervové soustavy, s normálním intelektem, zrakem, sluchem a stimulujícím rodinným prostředím.

Typické je, že děti mluvené řeči dobře rozumějí, ale začínají produkovat slova a věty až kolem 3. roku věku. Incidence je udávána okolo 2 %.

Akcelerace řečového vývoje nastupuje později s patrnou počáteční neplynulostí a převážně dochází k velmi rychlému rozvoji. Jazykové roviny jsou následně bez deficitů; dítě má později obtíže jen s realizací jednotlivých hlásek (dyslálie). Následná podrobná vyšetření neprokazují žádný patologický nález ve smyslu opoždění vývoje motoriky (hrubé, jemné motoriky či grafomotoriky) ani vnímání řeči. (28 str. 117), (27 str. 34)

Souhrnně, lze dle Lejsky (29) symptomy opožděného vývoje řeči popsat takto:

- Ve třech letech či později má dítě velice chudý slovník (používá jen několik slov nebo téměř nemluví)
- Dítě často používá vlastní slova nebo zvukové jednotky
- Porozumění řeči je zjevně neporušené
- Všechny podmínky pro vývoj řeči jsou splněné: intelekt, mluvidla, sluch, prostředí
- Dítě je ve všech ostatních oblastech vývoje na úrovni odpovídající jeho věku
- Výskyt opožděného vývoje řeči v rodině

Cílem je vyšetření a následné vyloučení všech poruch či vad dítěte, které by mohly být objektivní příčinou OVŘ. Vyšetřuje se:

Vlastní řeč (její stav)

- V oblasti receptivní - př. „Ukaž kde je“ ...Dítě zareaguje přesně
- V oblasti expresivní - popis slov či „řekni co to je“ podle obrázků

Stav funkcí somatických a stimulačních podmínek

- Vyšetření sluchu (Bera, OAF, tympanometrie)
- Vyšetření organického stavu mluvidel - palpací, pohledem
- Vyšetření jemné motoriky (mluvidla, ruce)
- Vyšetření pedagogicko-psychologické, psychologické
- Kontrola mluvních podmínek v okolí dítěte (v rodině)

Logopedickou diagnostiku lze dělit na komplexní a parciální. Komplexní neboli globální, znamená vyšetření sociálního prostředí a všech základních systémů (anamnéza, sluch, intelekt, osobnost, motorika, lateralita, mluvidla, atd.). Naopak parciální je zaměřená jen na

určité subsystemy. Pro účely práce tedy důkladné vyšetření lexikálně-sémantické jazykové roviny. (29)

Klinicko logopedická terapie

Pro správný vývoj řeči jsou v ideálním případě v jednotlivých etapách komunikace vnitřní i vnější faktory v rovnováze. Vzhledem k tomu, že opožděný vývoj řeči není diagnóza, ale v podstatě fyziologický jev, neléčí se. Volba vhodné terapie by se tak měla s touto zásadou shodovat.

Opožděný vývoj existuje, ale odborné prameny neposkytují poznání, jak rozsáhlý je jeho výskyt. Spíše se domníváme, že jde o variabilitu fyziologického vývoje, případně ovlivněnou krátkodobou deprivací či nezávažnou převodní nedoslýchavostí. V obou případech je tak klinicko logopedická terapie odůvodněna.

Také zde je třeba neopomínat, že přesná diagnóza vede ke zvolení vhodné terapie. Nesmíme proto zapomínat na vyšetření dalších vývojových oblastí, která vyloučí další rizika a případně diferenciatní diagnózy.

Na druhou stranu, podrobná diagnostika u závažnějších poruch může a měla by být prováděna souběžně s terapií. V úvahu by měli být brány reakce dítěte na terapeutické postupy.

Čím je dítě mladšího věku, tím více prostoru by mělo být věnováno poradenství rodičům. V raném věku je důležité a nezbytné doporučit vhodné komunikační strategie. Tyto postupy, by měly vycházet ze zjištěné vývojové úrovně dítěte a být mu „šité přímo na míru“.

Nesmíme zapomínat, že přirozené prostředí domova je pro terapii vhodnější než ambulance. Klíčové je tedy rodiče správně vést a zacvičit. Nejdůležitější je vzájemná komunikace. (26)

Společenské prostředí (zejména rodina) musí dítěti poskytovat dostatek přiměřených stimulů a dítě k řeči podněcovat. Právě nedostatek přiměřených řečových stimulů vývoj řeči zpomaluje, nadbytek jej pak může neurotizovat (může navodit i negativistické chování). Významným faktorem pro vývoj řeči je správný řečový vzor odpovídající zvukovým, artikulačním a gramatickým normám jazyka. Chybný řečový vzor dítě napodobuje i se všemi jeho chybami.

Důležitou podmínkou rozvoje komunikační schopnosti je **porozumění řeči**. Dříve než začne dítě ke komunikaci používat vlastního slovníku, rozumí již samo velkému množství slov. Na taková slova dítě reaguje neverbálním projevem (pohybem, smíchem atd.). V případě dětí s opožděným vývojem řeči je často neverbální komunikace jediným prostředkem dorozumívání se s okolím. Dítě tak začíná projevovat chuť komunikovat (mluvní apetit) a je třeba jej v tomto od začátku podporovat a jeho chuť udržovat. Na počátku terapie je tedy třeba věnovat pozornost taktéž neverbální projevům dítěte a ty pak využít k primární komunikaci.

Vlastní řečová produkce se začíná utvářet z elementárních zvukových projevů (smích, pláč). Dítě by mělo ze svého okolí slyšet zvláště takové zvuky, které je schopno samo napodobit a mohlo si tak upevnit spojení mezi sluchovým obrazem slyšeného zvuku a jeho pohybovou / svalovou podobou. Vedle těchto zvuků by dítě mělo slyšet jednoduchá slova jen o trošku artikulačně náročnější, než je jeho současná schopnost přesné výslovnosti. Na začátku vlastního vývoje mluvené řeči je dítě schopno v delším slově diferencovat nejvíce dvě slabiky, na které také slova zkracuje. Předříkávat dítěti delší, artikulačně náročná slova je tedy zbytečné, protože je není schopno správně opakovat.

Opakování má pro rozvoj řeči nenahraditelný význam, dítě nejprve opakuje jednoduché zvuky, později jednotlivé slabiky, slova a na závěr celé věty a složitější větné výrazy. Od počátku si opakováním osvojuje také melodii řeči a její intonaci, která má rovněž sdělovací charakter. Melodie řeči je první složkou, kterou dítě dle řeči svého okolí napodobí a jež si rychle osvojí. Samotné opakování je klíčovým principem výchovy - dítě opakuje to, co slyší i vidí.

Opožděný vývoj řeči prostý je charakterizován rychlou úpravou při volbě vhodného a správného terapeutického postupu. Je třeba podporovat rozvoj slovní zásoby, především její obsahové stránky a až sekundárně stránky formální (výslovnost). Je potřeba podporovat spontánní potřebu dítěte komunikovat, pojmenovávat věci, činnosti apod. Nejčastější chybou je snaha naučit dítě správně vyslovovat, přestože ještě nemá dostatečnou slovní zásobu ani dostačující schopnost koordinovat pohyby mluvidel. U dětí s malou slovní produkcí začínáme vždy s nácvikem porozumění řeči a nenásilnou podporou mluvního apetitu dítěte. Rozumění se cvičí pomocí stereotypů, vždy doprovázenými stejnými slovy, případně stejnými pohyby. U dítěte tak dochází ke spojení mluvního zvuku s předmětem, obrázkem, pohybem, osobou apod. (25)

Rozvíjení obsahové stránky řeči

Pro podporu rozvoje řeči používáme různé pomůcky, obrazové materiály, audiovizuální techniku a běžné i speciální počítačové programy. Jejich výběr se odvíjí od vybavenosti konkrétního pracoviště, stejně jako od odborných a osobních vlastností a schopností daného terapeuta.

K podpoře rozvoje obsahové stránky řeči se v praxi velmi osvědčil následující postup. Dle jednotlivých kroků lze postupovat systematicky od počátku vývoje řeči. Pakliže se do péče klinického logopeda dostane dítě s již částečně rozvinutou řečí, jejíž úroveň však neodpovídá chronologickému věku, lze začít tím stupněm tohoto programu, na nějž se již dítě vlastním vývojem dostalo.

Jednotlivé vývojové stupně:

- Utváření základního zvukového materiálu - tj. hlas, hlas obměňovaný citem, napodobování zvuků, modulační faktory, napodobování přírodních zvuků
- První jednoslabičná slova - většinou se jedná o citoslovce vznikající ze základního zvukového materiálu (haf, mňau)
- První dvouslabičná slova - vznikají reprodukcí základních slabik (mama, tata, baba, papa), postupně se přechází ke spojování slabik se dvěma různými samohláskami, souhláskami. Takto se slovní zásoba rozrůstá o dvouslabičná významová slova
- Vytváření základní části dětské slovní zásoby - podstatná jména konkrétní, základní slovesa
- Jednoslovná až dvouslovná věta - jednoduchá odpověď s ukazováním předmětu nebo situace
- Vytváření krátkých slovních spojení - jednoduché věty (dvou až tříslavné), Základní cvičení syntaxe je významným bodem edukace řeči (zejména u vývojové dysfázie). Syntax má determinující roli ve vztahu mezi zvukovým a významovým systémem a může výrazně měnit význam sdělování. Vzhledem k omezené slovní zásobě může dítě utvářet pouze omezený počet vět
- Víceslabičná slova, implementace víceslabičných slov do vět - další nárůst slovní zásoby (další slovní druhy), rozvíjení větných členů, odstraňování dysgramatismů, analogie

- Popis děje obrázku, vyprávění, sestavení jednoduchého děje podle série obrázků - stavba dějové a časové linie
- Obsah děje, reprodukce jednoduchého příběhu, pohádky, zážitku
- Hovorová řeč, postupná korekce výslovnosti. (25)

Rozvíjení formální stránky řeči

Správnou výslovnost (formální stránku řeči) upravujeme až tehdy, má-li dítě dostatečnou slovní zásobu, tvoří-li rozvinuté a gramaticky správné věty, udrží-li dějovou a časovou linii ve vlastním vyprávění i reprodukci a má-li na odpovídající úrovni fonematický sluch, tj. dovede sluchem přesně odlišit hlásky zvukově podobné. Pak takzvanou zbytkovou diagnózou opožděného vývoje řeči představuje patlavost (dyslalie). Při korekci výslovnosti se postupuje podle vypracovaných a osvědčených metodických postupů. (25)

3.2 Vývojová dysfázie

Ve světovém měřítku je značně nejednotná terminologie, přitom vymezení je základ správné diagnostiky a léčby. Česká verze MKN – 10 (2006) uvádí: expresivní poruchu řeči místo expresivní poruchy jazyka (expressive language disorders) a receptivní poruchu řeči namísto receptivní poruchy jazyka (receptive language disorders). Poruchy řeči mohou představovat pouze akustické aspekty komunikace, nikoli skutečnost, že se jedná o rozsáhlou poruchu systému jazykového vývoje. (26)

Česká klinická logopedie označuje termín vývojová dysfázie jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností či neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené (Škodová, Jedlička, 2007). (19)

Vývojová dysfázie (Developmental dysphasia) je standardní termín užívaný v mnoha neanglicky mluvících zemích. Je považovaný za termín medicínský a jeho příznivci poukazují na to, že vyrovnává význam onemocnění například s dyslexií, s dyspraxií atd. Kritizován je za přívlastek „vývojová“ ze stejných důvodů jako uvedený preferovaný termín WHO.

Současné poznatky z oblasti neurovědy a genetiky jsou natolik přesvědčivé, že obava z medializace není na místě. Je prokázáno, že jde o onemocnění neurálního systému. Někteří ze současných odborníků se domnívají, že by stačil termín „dysfázie“, protože

vývojový aspekt zahrnuje již svou předponu. Nezbytnost pak vidí v přehodnocení a stanovení diagnostických kritérií, jasné definici a standardizaci diagnostických postupů a léčebně terapeutických technik. (26)

Vývojová dysfázie (VD) je definována jako komplexní, vrozená porucha osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností, kterou nelze vysvětlit zpoždujícím vývojem, abnormalitou řečového aparátu, poruchou akustického spektra, získaným poškozením mozku, postižením sluchu, pohybovým postižením ani deprivacními nebo jinými vlivy prostředí.

Vývoj řeči, jazyka a komunikace zaostává, obvykle se však řeč rozvine a ve školním věku nemusí být nápadná. Dysfázie nadále trvá a projevuje se poruchami učení, obtížemi v chápání a zapamatování si pojmů, v pochopení slyšené řeči a čteného textu.

Obtíže, které z toho plynou, bývají zdrojem úzkostí v sociálních situacích, neadekvátního chování, neuposlechnutí pokynů či problémů s vrstevníky. Pakliže se dysfázie vyskytne u dětí s vícejazyčnou výchovou, porucha postihuje vývoj každého jazyka. (26)

Vývojová dysfázie a jazykový vývoj

Dysfatické děti i v případě dobrého slovníku mají velmi často dysnomii a nejsou schopny tvořit věty způsobem odpovídajícím jejich věku. Ty s nejmírnějším stupněm poruchy mohou mít před vstupem do školy syntax bez výrazných nápadností, lehce stížená nebo i bez nálezu může být artikulace izolovaných fonémů, avšak přítomna je nekonstantnost ve spontánní řeči z důvodu obtíží ve fonologickém uvědomování. Projevy alespoň lehké dysnomie, zvláště u abstraktních, vztahových pojmů (př. Včera – zítra, pravá – levá, později dělenec a dělitel atp.), přetrvávají. U lehkých stupňů bývá komplikované identifikovat nižší kvalitu morfologie a syntaxe u komorbidity dysfázie s ADHD impulzivního typu (skákání do řeči), kdy symptomy vývojové dysfázie zastíní typická logorea.

Česká studie zkoumala imitaci vět jako potencionální příznak vývojové dysfázie v češtině a jeho užití pro identifikaci gramatických obtíží. Imitace vět se potvrdila jako citlivý ukazatel vývojové dysfázie. Slovesa, krátké tvary zájmen a jednoslabičné tvary slovesa být jsou nejzranitelnější kategorie u českých dětí s vývojovou dysfázií.

Neporušená pragmatická rovina vede k dosažení komunikačních záměrů. Pakliže dítě nedokáže komunikovat s druhým, bude si hůře osvojovat celkové jazykové dovednosti. U

děti s dysfázií je přítomna diskrepance mezi lexikální a pragmatickou jazykovou úrovní. Delší dobu spíše označují, než komunikují s druhým, v menší míře pak dovedou vytvářet otázky a odpovídat na ně. Neverbální komunikace však v základním onemocnění není narušena. (26)

Vývojová dysfázie a centrální mechanismy zpracování zvuků

Centrální část sluchového systému rozeznává a třídí neverbální a verbální sluchové podněty. Mnoho z toho probíhá nevědomě, ale zároveň je ovlivněno pamětí, pozorností a učením. Ačkoli foniatrický výzkum potvrdil u dětí s vývojovou dysfázií symptom centrální poruchy sluchového zpracování řeči, přesná spojitost mezi dysfázií a sluchovým zpracováním doposud objasněna není. (26)

Vývojová dysfázie a paměť

Při porovnání dětí s dysfázií a dětí intaktních byly nalezeny významné rozdíly v úlohách slovní pracovní paměti a nebyly nalezeny rozdíly v úkolech vizuálně – prostorové pracovní paměti. Děti s dysfázií mají kapacitu slovní paměti nižší, což omezuje zpracování, ukládání informací a celkově vývoj jazykových dovedností. Verbální pracovní paměť je zapojena do široké škály jazykových dovedností, jakými jsou receptivní a expresivní slovní zásoba, slovní porozumění a syntaxe. Prokázána je rovněž silná korelace mezi verbální pracovní pamětí a porozuměním čtenému. Pracovní paměť je jednou z nejdůležitějších schopností, které se na porozumění čtenému podílí.

Učení je u dysfaticků narušeno v případě, že je prováděno přes slovní instrukce. Nedostatky jsou spíše rázu sníženého vnímání sekvenčních informací než obecně procedurálním učením. Deklarativní paměť se zdá neporušena tehdy, pokud je vazba mezi sluchovými a vizuálními informacemi. (26)

Vývojová dysfázie a intelekt

Vztah vývojové dysfázie a intelektu není tak nezávislý, jak se dříve jevílo. Již z důvodu spojitosti intelektu s verbálním usuzováním, které je jeho součástí. Je tedy více než zřejmé, že dysfázie ovlivňuje vývoj této kognitivní oblasti podobně jako u dítěte se sluchovým postižením. Předpokladem obrazu dysfázie je, že neverbální IQ bude vyšší než verbální. U závažného stupně receptivního či smíšeného typu může být diskrepance mezi oběma složkami značná. Téměř vždy jsou u vývojové dysfázie narušeny funkce řídicí -

exekutivní. Jedná se především o slovní pracovní paměť a další symptomatologii, která je typická pro ADHD.

V případě kvalitního neverbálního intelektu a lehkého stupně vývojové dysfázie je prognóza intervence i celkového pozdějšího fungování optimističtější. Můžeme zachytit dokonce i dysfatické dítě s naměřeným nadprůměrným IQ v obou oblastech, přičemž neverbální je vyšší. (26)

Etiologie

Většina odborníků se kloní k vymezení této diagnózy a označují ji za **následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu**. Postižení je lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center a to charakterem příznaků, nikoli jednoznačným ložiskovým nálezem v neurologickém smyslu. Příčinou je právě charakter neurologického postižení. U vývojové dysfázie je předpoklad, že typickou příčinou stavu je **difuzní**, nikoliv ložiskové postižení CNS. Zasahuje tedy celou centrální korovou oblast. Podle závažnosti postižení se pak manifestuje různou hloubkou příznaků.

Toto difuzní postižení nejvíce postihuje právě řeč, z toho vyplývají i jednotlivé, symptomy jež nás vedou k správné diagnostice – vývojové dysfázie.

Etiologie vzniku vývojových poruch řeči není zcela jasná, uvažuje se o postižení kognitivních funkcí vlivem pre-, peri- a postnatálního poškození mozku, dále pak o poškození mozku již v intrauterinním vývoji mozku, či vyvstává otázka vlivu dědičnosti. (19)

Symptomatologie

Vývojová dysfázie se projevuje mnoha různými příznaky včetně výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Nejnápadnější z nich je obvykle výrazné opoždění vývoje řeči, to také bývá hlavním důvodem k vyhledání klinického logopeda. (19)

Dle Smolíka (2014) jsou opožděny všechny oblasti jazyka, ale v některých je postižení znatelnější a celková synchronizace vývoje narušena. (21)

Příznaky v řeči

Obtíže v řeči zasahují jak povrchovou tak hloubkovou strukturu. Rozsah vnějších příznaků může být od výraznější „patlavosti“ přes nesrozumitelný projev až k nemluvnosti.

V hloubkové struktuře může zasahovat oblast sémantickou ale i gramatickou. Přehazování slovosledu, nesprávné koncovky při ohýbání slov, vynechávání některých slov, nesprávné užívání slovních druhů, omezení slovní zásoby nebo redukce stavby vět na jednoslovné či dvouslovné.

V povrchové struktuře řeči jsou hlavní poruchy fonologického systému na úrovni rozlišování distinktivních rysů hlásek. Obvykle je nejvíce postižena diferenciací znělosti - neznělosti, závěrovosti - nezávěrovosti, kompaktnosti - difuznosti. Řeč je patlavá a může být až zcela nesrozumitelná. Může docházet k redukci nebo záměnám hlásek či slabik ve slově, zvláště u delších slov. Někdy řečový projev dítěte dělá dojem plynulé produkce, je však zcela nesrozumitelný. (19)

Příznaky v dalších oblastech

- „Nerovnoměrný vývoj
- Diskrepance mezi verbálními a neverbálními schopnostmi
- Narušení zrakového vnímání (projevy zejména v kresbě)
- Narušení sluchového vnímání (porucha v časovém zpracování akustického signálu)
- Narušení paměťových funkcí
- Narušení orientace v čase a prostoru
- Narušení motorických funkcí (19)

Diagnostika

Při diagnostice vycházíme pouze z klinického obrazu. Při klinickém vyšetření se opíráme o

- pozorování dítěte a jeho interakce (mezi dítětem a rodiči, mezi ním a vyšetřujícím)
- rozhovor s rodiči (nejlépe s oběma), klíčové jsou anamnestické údaje
- samotné vyšetření pomocí porovnatelných testů a zkoušek

V současném odborném světě existuje shoda pouze na třech diagnostických kritériích:

- dítě má jazykové potíže, které narušují každodenní fungování a život či pokrok ve výuce
- jiné příčiny jsou vyloučeny
- výkon ve standardizovaných jazykových testech je nižší, než je věková úroveň (lépe řečeno mentální úroveň v neverbálních testech), toto kritérium je

kritizováno v souvislosti s formálností definice vývojové dysfázie v MKN-10, která vyžaduje znatelný a jasný rozdíl mezi verbální a neverbální oblastí a snižuje tak dostupnost léčby pro lehké stupně poruchy

Poruchu můžeme zachytit již v raném věku.

Komorbidity

Společným rysem neurovývojových poruch je jejich koexistence. Identifikace každé z poruch je předpokladem moderní a účinné léčby.

- „ADHD
- SPU
- Dyspraxie
- Úzkostné poruchy. Kórtavost. Neorganická enuréza. Elektivní mutismus.
- Pavděpodobně PAS“ (26 stránky 302 - 303)

Vývojová dysfázie může být také komorbiditou a komplikací u dětí s těžkou ztrátou sluchu.

Diferenciální diagnostika

- „Artikulační porucha
- Sluchová vada
- Mentální retardace
- Porucha autistického spektra
- Genetická onemocnění s podobnou symptomatikou (např. Klinefelterův syndrom. Angelmanův syndrom).
- Získaná porucha řeči s epilepsií – Landauův – Kleffenerův syndrom.
- Podněťová nebo emoční deprivace.“ (26 str. 303)

Principy diagnostiky vývojové dysfázie

- Podrobná znalost psychomotorického vývoje.
- Znalost diagnózy a komorbidních poruch.
- Bez správného stanovení diagnózy a stavu psychomotorického vývoje nelze léčit.
- Týmový přístup. Pomáhá zejména v případě diferenciální diagnostiky - neurolog, foniatr, dětský psycholog, dětský psychiatr.

- Multidisciplinární hodnocení je klíčem k určení silných a slabých stránek u každého dítěte a cílené léčby. Rodič dostává ucelenější diagnostickou informaci. (26)

Klinicko logopedická terapie

Terapeutických směrů, metod a technik je mnoho. Důležité je metody kombinovat, nesetrvávat u jednoho modelu či celého konceptu. Ideálně je terapie „ušitá“ na míru. Nezbytností je vycházet z přesné a měřitelné diagnostiky, kterou lze kontrolně opakovat. Z toho dochází ke stanovení a později aktualizování plánu terapie s možností zahrnutí i dalších specialistů.

Vzhledem k překrývání neurovývojových poruch je vyloučené se zaměřovat pouze na vývojovou dysfázii. Je důležitá rovněž znalost ostatních neurovývojových poruch. Důležité je také sledovat klinický obraz a kontrolní nálezy všech odborníků.

Snažíme se upřednostňovat vývojový přístup, je nezbytné vycházet z vývojové úrovně jednotlivých oblastí psychomotorického vývoje, narušených i nenarušených. Slabé oblasti vývoje stimulujeme pomocí silných, z toho plyne známý přístup zvýšené vizualizace. Tradičně pojíme slyšené, viděné i taktilně přijímané. Přínosné je vycházet z neuropsychologického zhodnocení psychomotorického vývoje a stimulovat od vývojově naměřené úrovně u každé oblasti o vývojový milník výše.

Je třeba zmínit samozřejmost, že odlišné přístupy volíme k dítěti raného, předškolního a školního věku a jiné k adolescentovi. Ovšem důležitější než kalendářní věk je věk mentální, ten vyplývá z neurologicko-psychologického zhodnocení psychomotorického vývoje.

V neposlední řadě je třeba neopomenout, že efektivita logopedické terapie také závisí na schopnosti logopeda vysvětlit podstatu a prognózu diagnózy, komplexnost péče a cílené stimulace. Snahou logopedické terapie by mělo být zapojení rodičů v co nejširším rozsahu. Právě rodiče mají rozhodující roli v řečovém/jazykové/komunikačním rozvoji dítěte. (26)

4 Institucionální prostředí

V ústavní péči jsou děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, které byly soudem svěřeny do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a dále děti, které byly do péče zařízení svěřeny rodiči resp. osobami odpovědnými za výchovu dítěte.

Ústavní výchova je výchovné opatření, které soud nařídí v případě, že je výchova dítěte ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit. Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí či rodinnou péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které mají přednost před výchovou ústavní.

Ústavní výchova by měla trvat po dobu nezbytně nutnou (co nejkratší). Lze ji nařídít nejdéle po dobu 3 let, před dovršením této doby může být prodloužena v případě, že důvody pro její nařízení stále trvají. Trvání ústavní výchovy lze prodloužit opakovaně, vždy ale nejdéle na dobu 3 let. V případě, že bylo nařízeno výchovné opatření spočívající v nařízení ústavní péče nebo svěřeni dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou péči, je soud povinen nejméně jednou za 6 měsíců přezkoumat, zda trvají důvody pro nařízení tohoto opatření nebo zda není možné zajistit dítěti náhradní rodinnou péči.

(30)

V České republice má mít ze zákona vždy přednost život dítěte v rodině před péčí ústavní, s následující prioritou

1. „Rodina biologická (vlastní)
2. Rodina náhradní příbuzná nebo blízká dítěti
3. Rodina náhradní zprostředkována úředně
4. Péče institucionální (ústavní).“

Institucionální péče v podmínkách ČR spadá pod tři ministerstva:

▪ **Ministerstvo zdravotnictví**

Od narození do 3 let věku. Jestliže se žádným způsobem nepodaří zajistit rodinnou péči, dítě je svěřeno do péče ústavů nejčastěji v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR (kojenecké ústavy, dětské domovy, dětská centra).

Pobyt v zařízení by měl být co možná nejkratší. Smyslem pobytu dětí v těchto zařízeních by mělo být stanovení diagnózy a prognózy, se snahou co nejrychleji dítě umístit do rodinné péče.

Zařízení v gesci MZ ČR:

- **Kojenecké ústavy** – jsou sem umisťovány nejmladší děti, novorozenci či kojenci do 1 roku věku, často bývají spojené s dětským domovem pro děti ve věku 0 – 3 let. Macháčková (18) (2000 in Dvořák, 2007) uvádí, že dříve byly do kojeneckých ústavů umisťovány děti ze zdravotních důvodů, zatímco dnes spíše převažují důvody sociální.
 - **Dětské domovy pro děti ve věku 0 -3 let** - denní a stravovací režim musí být přizpůsoben věku dětí a jejich individuálním potřebám
 - **Dětská centra** - nabízející dětem ohroženým komplexnější péči, včetně ambulantních služeb
- **Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy**

Děti starší 3 let bývají nejčastěji umisťovány v zařízeních, která jsou v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Tato zařízení jsou rozlišena dle účelu, který mají plnit.

Dělí se na:

- **Dětské diagnostické ústavy** – Sem jsou děti zpravidla ve věku 3 – 18 let po nařízení ústavní výchovy umisťovány za účelem komplexního vyšetření. Diagnostický pobyt trvá 8 týdnů, poté jsou děti umisťovány do dětských domovů, dětských domovů se školou či výchovných ústavů.
- **Dětské domovy** – děti jsou zde od 3 do 18 let nebo do ukončení přípravy na povolání až do 26 let. Umisťovány jsou sem děti bez závažných poruch chování.
- **Dětské domovy se školou** – děti jsou zde od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Účelem těchto dětských domovů je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou se závažnými poruchami chování, vyžadující pro svou trvalou nebo přechodnou duševní poruchu výchovně léčebnou péči nebo mající nařízenou ochranou výchovu. Vzdělání pak probíhá nejčastěji ve škole, která je součástí zařízení.
- **Dětské výchovné ústavy** – jsou zde děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u kterých byla nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Zde může být umístěno dítě starší 12 let, v jehož chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou. Výchovné ústavy jsou zřízené odděleně a to pro děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou.

Obecnou snahou je, aby převládala zařízení rodinného typu, aby se jejich režim co nejvíce přibližoval rodině, byli zde stálí vychovatelé (ženy i muži), malé a věkově smíšené skupiny a podobně. **Přesto je třeba stále zdůrazňovat, že děti by v těchto zařízeních měly pobývat jen nezbytnou dobu a jen v případě, že není možné zajistit jejich rodinnou péči.**

- **Ministerstvo práce a sociálních věcí**

Zařízení v gesci MPSV:

Domov pro osoby (děti) se zdravotním postižením – do domovů pro osoby se zdravotním postižením, jsou umístovány děti, jejichž zdravotní (tělesný, smyslový, mentální nebo kombinovaný) handicap vyžaduje speciální odbornou péči, které nemohou být z různých důvodů poskytnuty v domácí péči.

- **Zařízení pro děti vyžadující okamžitou péči (ZDVOP)** – zařízení pro děti od 0 do 18 let, které se ocitly bez jakékoliv péče - přiměřené jejich věku. Pro ty, kteří jsou v ohrožení života, zdraví, vývoje, jejichž základní práva jsou ohrožena a děti týrané či zneužívané. Děti jsou přijaty na základě soudního rozhodnutí, žádosti OSPODU, žádosti rodičů nebo samotného dítěte. Délka pobytu dítěte je zde omezena na 3 měsíce, a pokud to zájem dítěte vyžaduje, může být do 6 měsíců prodloužena, maximálně však na celkovou dobu pobytu 12 měsíců. (30)

V současnosti je problematika práv dítěte a problematika ústavní péče silně medializována a rovněž podléhá politickým tlakům. Dle Sobotkové (2008) (31) rozdělení ústavní výchovy mezi tři resorty - ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstvo práce a sociálních věcí – není zásadní překážkou v optimalizaci ústavní výchovy. Případná reorganizace v podobě vytvoření jednoho ministerstva „pro děti a rodinu“ by byla zřejmě velmi zatěžující po organizační, personální, administrativní i finanční stránce. Při rozdělení ústavní výchovy do kompetence tří ministerstev lze zlepšovat ústavní péči koordinovaným, seriózním úsilím, které vychází z vědeckých poznatků a z potřeb praxe. Předpokladem všech změn je však intenzivní působení všech zainteresovaných odborníků.

Dnešní dětské domovy jsou jiné než ty domovy, které počátkem šedesátých let navštěvoval Zdeněk Matějček se spolupracovníky a v nichž byla v podmínkách kolektivní výchovy

studována psychická deprivace. Sobotková (2008) (31) zmiňuje, že dnes jsou prakticky všechny dětské domovy rodinného typu. Jsou zde utvářeny skupinky 6 – 8 dětí mající své stálé vychovatele a dle možností i oddělené bydlení. Děti se zde učí domácím povinnostem jako je praní, vaření, žehlení a jiné.

Zároveň však podotýká na mnohé rezervy ústavní péče a zdůrazňuje, že ústavní péče se nikdy nemůže rovnat s péčí o dítě ve funkční rodině. Systém ústavní péče a málo rozvinutý institut náhradní rodinné péče, především pěstounství, který existuje v současné době v Česku je pro většinu rozvinutých zemí dvacet či třicet let starou historií. Mnozí odborníci, zabývající se touto problematikou zmíněnou skutečnost připisují komunismu.

Dále je důležité zmínit, že existují ústavní zařízení vzhledem k potřebám dětí lepší a horší. Rozdíly jsou někdy velké, hodně záleží na osobnostech ředitelů daných zařízení. Celkově je v médiích tendence ústavní výchovu očerňovat. Je nepopíratelné, že děti „zde umístěné jsou ohroženy psychickou deprivací. „*Psychická deprivace je psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu*“ (Matějček, 2005, s. 198). (32) Brown (2009) popisuje, že institucionální péče je pro vývoj dítěte škodlivá, negativně ovlivňuje nervovou soustavu a působí sociální a emocionální deficity. Sobotková je toho názoru, že ne všechny děti, které prošly dětským domovem, jsou vždy trvale a nenapravitelně poškozeny, jak je mnohdy veřejně mediálně prezentováno. Dle Koluchové (2002) (33) však nemohou být psychické potřeby uspokojovány ani v tom nejlepším dětském domově, to ovšem není zajištěno ani v mnohých rodinách, kde rodiče své děti zanedbávají či dokonce týrají. Proto také může psychická deprivace nastat nejen u dětí z ústavů, ale i u dětí v některých rodinách. Zdůrazňuje, že v ústavní péči je riziko větší.

Aby děti v ústavech nezůstávaly zbytečně, je třeba především zdokonalit legislativu a posílit prevenci – předcházet selhání biologických rodičů. Je nutné organizačně, finančně a odborně zajistit jak programy prevence, tak sankce ohrožených rodin. Je nezbytné, zkvalitnit terénní sociální práci. Není pochyb o tom, že nejlepším prostředím pro vývoj dítěte je funkční, zdravá rodina. Nemá ale smysl vracet děti z ústavního zařízení do nefunkčních a nespolupracujících rodin, jejichž prostředí vývoj a mnohdy bohužel i život dítěte ohrožuje.

V budoucnu by mohly být vhodnou alternativou ústavů, zvláště pro starší děti, nové formy přechodné nebo podpůrné rodinné péče a to za předpokladu, že jejich původní rodina bude spolupracovat a bude mít zájem na vyřešení krizové situace. Pro děti mladší, které se k náhradním rodičům silně citově fixují, v případě nespolupracující biologické rodiny je pak nejvhodnější varianta osvědčené dlouhodobé pěstounské péče.

Mnohdy, se poukazuje také na to, že ústavní výchova „produkuje delikvenci“. Toto tvrzení je však velmi zjednodušené a dosti zavádějící. Děti vychovávané v ústavním zařízení jsou náchylnější a rizikovější k rozvoji sociálně – patologických jevů ale nesmíme opomínat, s jakými dispozicemi už do ústavní výchovy přicházejí. Jedná se o zatěžující genetické a biologické dispozice z nefunkčních rodin, v nichž se vyskytovaly sociálně - patologické jevy, z rodin s psychiatrickou zátěží atd.

Mnozí ředitelé dětských domovů a zejména diagnostických ústavů, se shodují na tom, že mnohé děti k nim přicházejí s vážnými problémy, psychicky deprivované z vlastních nefunkčních rodin. Situace v ústavní výchově u nás je především důsledkem nedostatečné preventivní a sanační práce s biologickými rodinami. Některé nestátní organizace se o sanaci rodin snaží, je jich však stále málo a nemohou pokrýt potřebu sanace rodin v terénu. (Sobotková, 2008) (31), (33), (32)

4.1 Rozvoj komunikačních schopností u dětí vyrůstajících institucionální péči

Rodina je obvykle to nejcennější co máme. Je místem, kde se nám dostává lásky, porozumění i povzbuzení. Je také místem, kde si osvojujeme naše dovednosti a zdokonalujeme schopnosti. Toto tvrzení však můžeme uplatnit pouze v případě, kdy jsou základní funkce rodiny plněny.

Je-li rodina nefunkční, má mnohdy fatální dopady na celkovou osobnost dítěte, včetně jeho komunikační schopnosti. V takovém případě nastupuje náhradní péče o dítě. Bohužel, ne všechny děti mají možnost vyrůstat v úplné funkční rodině, která jim poskytne lásku, jistotu a bezpečí. Najednou se tak můžeme setkat s dětmi, které jsou v ústavních zařízeních celé dětství. Přestože zmiňovaná ústavní péče nemůže nahradit harmonickou péči rodiny, je její význam v některých případech nenahraditelný. Pro mnoho dětí představuje nezřídka jedinou možnost, kde mohou prožít dětství.

Jak již bylo zmíněno, většina dětí v institucionální péči pochází z velice rizikového prostředí nebo má mnohdy kombinované postižení. V anamnéze se vyskytují nejrůznější pre- a perinatální rizika, jako například užívání návykových látek u rodičů, nevhodná výživa, komplikovaný porod či nízká porodní hmotnost. Působí však i postnatální faktory, jako například snížená péče o dítě, zanedbávání fyzických i psychických potřeb a mnoho dalších.

Na základě predispozic získaných od rodičů se stále častěji setkáváme s dětmi s nejrůznějším postižením – ať už se jedná o mentální, tělesné, smyslové, kombinované vady či poruchy chování. Krom vlivů endogenních zde působí také vlivy exogenní tj. vlivy sociálního prostředí. Děti v ústavní péči mají často zkušenost se zanedbáváním, nedostatkem řečové stimulace nebo nedostatkem herních zkušeností. Je třeba zdůraznit, že kvalitní interakce dospělého s dítětem je pro sociální rozvoj a tedy i komunikační dovednosti zásadní.

Je známo, že nevhodné prostředí může poškodit kognitivní, behaviorální, emocionální a sociální vývoj malých dětí. Naopak v dobrých výchovných podmínkách při vhodné stimulaci dochází k harmonickému vývoji osobnosti dítěte, včetně jeho komunikačních schopností. Úlohu tohoto žádoucího prostředí nejlépe, nejsnáze a nejpřirozeněji splní dobře fungující rodina.

V ústavních zařízeních můžeme pozorovat odlišnou úroveň schopností, včetně komunikačních. Přestože odborný personál nemůže nahradit plně funkční rodinu, měl by tuto roli v co největší míře převzít. Posláním personálu je snaha „zaplnit mezery“, které se vyskytují mezi dětmi žijícími ve funkční rodině a dětmi z institucionálních zařízení. Cílem by mělo být co nejvíce tyto počáteční rozdíly vyrovnat tak aby ti, kteří vykazují zpoždění, či jiné odchylky, nebyli v takovém ohrožení a aby jejich start do další etapy života byl pokud možno co nejvíce vyrovnaný s jejich vrstevníky. Je proto dobré začlenit do režimu dne velké množství stimulačních aktivit, které by rozvoji pomohly. Nezbytná je vzájemná spolupráce všech participujících účastníků při výchově a vzdělání dítěte. Spolupráce multidisciplinárního týmu je tedy nezbytná.

Vlivů, které působí na komunikační schopnost dítěte v institucionální péči, existuje celá řada. Může sem zařadit například:

- *„Charakteristiky samotného dítěte (genetické predispozice, působení prenatálních rizikových faktorů, osobnost dítěte)*

- *Pobyt v zařízení (věk dítěte v době umístění do zařízení, doba strávená v instituci)*
- *Personál (odbornost, kvalita vztahu mezi dítětem a personálem)*
- *Nastavený režim v zařízení (zařazení vhodných edukačních a volnočasových aktivit) a mnohé jiné“*

U většiny dětí vyrůstajících od dětství v ústavních zařízeních můžeme nalézt výrazné kvalitativní i kvantitativní odchylky v komunikaci. U těchto dětí bývá narušení komunikační schopnosti patrné v obsahové i formální stránce. Narušeny bývají rovněž všechny jazykové roviny: rovina foneticko – fonologická, lexikálně – sémantická, morfologicko – syntaktická i pragmatická.

Právě rovina pragmatická by se měla dostávat do středu pozornosti. Tato rovina představuje sociální uplatnění osvojených řečových dovedností. (34). V rámci roviny pragmatické je klíčová schopnost jedince aktivně se účastnit konverzace a přitom zachovat pravidla dialogu, dále schopnost postihnout a přiměřeně reagovat na neverbální podněty, schopnost aktivně používat nonverbální komunikaci, schopnost udržet téma rozhovoru, užívat přiměřené komunikační styly a způsoby chování vzhledem k různým komunikačním partnerům.

The American-Speech-Language-Hearing Association (zkr. ASHA) uvádí, že ne každé dítě ví, jak správně používat jazyk v různých sociálních situacích. Artikulace hlásek může být správná, dítě může používat složitá větná spojení se správnou gramatikou, přesto se však u nich problém v mezilidské komunikaci vyskytuje – a to v případě, že si neosvojily pravidla pro sociální komunikaci.

Pragmatika zahrnuje tři hlavní komunikační dovednosti (ASHA):

- *Používání jazyka pro různé účely, jako je:*
 - *pozdrav (např.: Ahoj! Nashledanou!)*
 - *informování (např.: Jdu si dát čaj.)*
 - *žádost (např.: Dej mi čaj.)*
 - *slib (např.: Dám ti čaj.)*
 - *prosba (např. Mohu si dát čaj, prosím?)*
- *Změna jazyka podle potřeb posluchače a situace, jako je:*
 - *o odlišná mluva k dospělému, odlišná k dítěti*

- *o odlišná mluva s odborníkem, odlišná s neobeznámeným posluchačem*
- *o odlišná mluva ve škole, odlišná venku*
- *Pravidla pro konverzaci a vyprávění příběhů, jako je:*
 - *o střídání se během rozhovoru*
 - *o uvedení tématu k rozhovoru*
 - *o udržení daného tématu*
 - *o přeformulování myšlenky v případě, že komunikační partner nerozumí*
 - *o užívání verbálních a neverbálních signálů*
 - *o proxemika (vzdálenost mezi komunikačními partnery)*
 - *o mimika (používání výrazů obličeje) a oční kontakt*

Není výjimečné, když se u dětí občasné problémy v oblasti pragmatiky vyskytnou. Při pohledu na děti vyrůstající v institucionální péči jsou ale potíže v sociálním užívání jazyka velmi časté. Oblast pragmatiky však není jedinou oblastí, kde můžeme pozorovat značné odlišnosti – odlišnosti nelze přehlédnout také v rámci dalších rovin jazyka. Je proto nezbytně nutné zařazovat nenásilným způsobem do denního režimu aktivity pro rozvoj sociální komunikační schopnosti.

Podstatná je při stimulaci řeči dítěte také podmínka přirozenosti prostředí. Důležité je zapojovat dítě co nejvíce do každodenních aktivit a během jejich vykonávání s ním hovořit (např. při úklidu, stlání postelí, vaření večeře apod.). Je nezbytné vzít dítě do obchodu s potravinami, diskutovat s ním odkud se dané potraviny získávají, kde se vyrábějí, jak chutnají, byť se to může zdát být banální a stereotypní. Významné je také poskytnutí dostatečného prostoru pro hru – ať už se jedná o hry pohybové, senzomotorické, paměťové, konstrukční či námětové. Zvláště hry námětové (např. hra na obchod, na lékaře atd.) jsou velmi důležité z hlediska schopnosti verbalizovat svoje potřeby a přání přiměřené komunikační situaci.

Časté výlety do přírody, vesnice či města by měly být doprovázeny vyprávěním o rostlinách a živočiších, o životním prostředí. Děti by se měly naučit mluvit o svých pocitech a my bychom jim měli věnovat náležitou pozornost. Měli bychom se jim naučit správně naslouchat a dávat pozor když dítě mluví a zejména o čem mluví.

Gruberová, Klugerová (36) za nejvhodnější stimulační aktivitu považují zlepšení kvantity a kvality každodenní interakce mezi dospělým a dítětem. Problém může nastat obzvlášť u

děti s nejrůznějšími speciálními potřebami. Dětem bez zjevného fyzického handicapu se často může od dospělých dostat více pozornosti než ostatním. Stejně je to mnohdy i u dětí, které jsou dovednější nebo u těch, které projevují více zájmu o předložené aktivity. Děti, které jsou pomalejší, však obzvláště vyžadují naši pozornost. Uspokojování jejich individuálních potřeb je pro rodiče daleko složitější a obtížnější než u dětí, které nevykazují speciální vzdělávací potřeby či zdravotní postižení. Komunikační stimulace však není ideální ani u dětí z běžné, fungující rodiny. Rodiče mají na děti stále méně času a to zejména z důvodu velkého pracovního vytížení a upřednostňování svých zájmů a koníčků. Rodiče často dětem nakoupí mnoho hraček, elektronických přístrojů a pomůcek, ale opomínají či nechtějí si s dětmi povídat. I to může být důvodem, proč děti v pozdějším věku ztrácí potřebu komunikovat a uchylují se do imaginárního světa bez orální komunikace.

Rozvinutá komunikační schopnost je základem pro úspěchy nejen ve škole, ale i v pozdějším životě. Je důležitá pro vzdělávání i zapojení do sociálního prostředí. Je nezbytná při účasti při výběrových řízeních či hledání pracovního uplatnění. Nejzávažnějším proviněním je izolace dětí z hlediska sociálního i komunikačního, ke kterému může docházet zvláště v ústavních zařízeních. Snahou výchovně-vzdělávacích pracovníků by mělo být děti umístěné v institucionálních zařízeních co nejvíce socializovat tak, aby jejich vstup do života byl co nejsnazší. Jen takto můžeme u těchto dětí docílit co nejvíce přirozeného vývoje osobnosti, včetně jeho komunikační schopnosti. Umístění dětí v náhradní rodině ještě nemusí mít automaticky pozitivní vliv na jejich rozvoj komunikační schopnosti, lze to ale předpokládat. (9), (34), (35), (36), (38)

5 Výzkumné šetření

5.1 Cíle, výzkumné otázky a předpoklady šetření

Podnětem pro realizaci výzkumu je stále narůstající počet dětí s opožděným vývojem řeči (viz Ústav zdravotnických informací a statistiky). Hlavním cílem diplomové práce je posouzení významu slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči a míry informovanosti o možnostech jejího obohacování a orientačního zhodnocení. Zmíněný cíl je rozšířen následujícími dílčími cíli:

- zmapovat povědomí o možnostech rozšiřování slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči;
- komparovat názory mezi respondenty;
- vytvořit materiál, který by orientačně pomohl posoudit rozsah slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči a porovnat jej se stávajícím diagnostickým nástrojem.

Pro výzkumné šetření byly stanoveny výzkumné otázky:

- Jak hodnotí respondenti rozsah aktivní i pasivní slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči?
- Jaká je informovanost o možnostech rozšiřování slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči?
- Jaký je rozdíl v názorech na rozšiřování slovní zásoby mezi respondenty?
- Jak by respondenti uvítali možnost mít k dispozici materiál, který by mapoval pasivní slovní zásobu dětí?

5.2 Kvalitativní část

Metodika výzkumného šetření

K dosažení požadovaného cíle jsme použili kvalitativní výzkumné šetření. Dle Švaříčka (37), je podstatou kvalitativního výzkumu do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné či hypotézy. Hlavní metodou pak je polostrukturovaný rozhovor. Tato osnova otázek je doplňována dalšími dotazy dle situace a možností respondenta odpovědět.

Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získání podrobných a komplexních informací o studovaném jevu (kvalitativní přístup), zatímco cílem standardizovaného strukturovaného rozhovoru je klást všem respondentům několik totožných otázek ve stejném pořadí (kvantitativní přístup). (37 str. 13)

Popis výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl zvolen ve dvou fázích.

V první fázi bylo vybráno zařízení, v němž lze nalézt děti s identifikovatelnými a potenciaálními riziky pro vývoj komunikačních schopností. Autorka práce zvolila pro sběr dat dětský domov, v němž probíhala její praxe a jehož prostředí zná.

Jedná se zařízení o kapacitě 35 lůžek, zaměřující se na poskytování zdravotní, výchovné a ústavní péče dětem ve věku od 1 do 6 let, přičemž je tuto hranici možné v případě sourozeneckých skupin posunout až na 10 let. Přijímány jsou zejména děti pocházející ze sociálně rizikového prostředí s různým stupněm ohrožení nebo, děti se zdravotními obtížemi.

Dětský domov poskytuje komplexní odbornou, preventivní a zdravotní péči, stejně jako péči rehabilitační a výchovnou. V neposlední řadě pak svým klientům zajišťuje také sociálně právní ochranu.

Ve druhé fázi byli vybráni samotní respondenti výzkumného šetření. Pro jejich výběr byla stanovena následující kritéria:

- zaměstnanec dětského domova;
- pracovní zařazení zdravotní sestry;
- délka praxe min. 5 let.

Výběr výzkumného souboru má svá specifická pravidla. Cílem není, aby reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém. Není tedy vybrán náhodně, ale záměrně. (37 str. 73)

Ze všech zaměstnanců dětského domova byly vybrány zdravotní sestry, které jsou s dětmi jako jediné v přímém každodenním kontaktu. Stanovením minimálně pětileté délky praxe byla snaha eliminovat promítnutí nedostatku zkušeností. Na základě stanovených kritérií byli vybráni 3 pracovníci, kteří měli odpovídat na předem připravené otázky. Kontakt s potenciaálními respondenty byl navázán v rámci praxe v dětském domově.

Analýza kvalitativní části výzkumného šetření

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5	Respondent 6
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena
Věk	28 let	48 let	28 let	42 let	47 let	45 let
Délka praxe v dětském domově	6 let	30 let	8 let	17 let	19 let	15 let
Dosažené vzdělání	Vysokoškolské (Bc.)	Středoškolské	Vyšší odborné (Dis.)	Vysokoškolské (Bc.)	Středoškolské	Středoškolské

Tabulka 1. - Výzkumný soubor

Průběh a etické otázky výzkumného šetření

Samotné rozhovory probíhaly po vzájemné dohodě v předem určený den a čas. Vše bylo nahráváno na diktafon a následně na počítači přepsáno do textové podoby.

Pro jakoukoliv práci s daty je nutný přesný přepis nahrávek rozhovorů, díky němuž dojde k uchování nasbíraných dat. Co nejpřesnější přepis zároveň vede k tomu, aby si výzkumník mohl vzpomenout na intonaci či ironii. (37 str. 41)

V rámci každého výzkumného šetření je potřeba vyřešit určité etické otázky. Všichni respondenti byli poučeni o důvěrnosti odpovědí, tj. že nebudou zveřejněna žádná data, která by je umožnila identifikovat. Byl sepsán informovaný souhlas, v němž byly specifikovány všechny údaje o výzkumném šetření (viz Příloha č. 3). Výsledky výzkumného šetření byly nabídnuty jednotlivých respondentům.

Strategie sběru dat

Data byla postupně sbírána prostřednictvím rozhovorů do té doby, než byl vzorek považován za teoreticky nasycený, následně bylo šetření ukončeno. Nešlo tedy o to postihnout ve vzorku charakteristiky určité populace, nýbrž charakteristiky problému který je studován. (37 str. 89)

Před vlastním rozhovorem se tazatelka seznámila podrobně s prostředím dětského domova v rámci své praxe. Byla zjištěna specifika průběhu dne, týdne i delšího časového období.

Předem byly definovány oblasti, vycházející z hlavních výzkumných otázek:

- Názor na aktuální úroveň vyjadřování dětí umístěných v dětském domově;
- Nedostatky z hlediska slovní zásoby dětí;
- Postřehy na zlepšení komunikace dětí v dětském domově;
- Možnosti zjišťování rozsahu slovní zásoby;
- Možnosti dalšího vzdělávání v oblasti rozvoje komunikační schopnosti;
- Základní údaje o respondentovi (věk, vzdělání, délka praxe, doba působení v dětském domově).

Na úvod došlo k představení výzkumníka a každému z respondentů byly podány základní údaje o diplomové práci. Každý respondent byl ujistěn o anonymitě a byl požádán o souhlas k participaci na výzkumu a souhlas s nahráváním rozhovoru. Následně byly položeny úvodní otázky zaměřené na navození příjemné, uvolněné atmosféry. Následovalo položení hlavních otázek tvořících jádro celého výzkumného šetření.

5.3 Analýza dat a zhodnocení výzkumu

Analýza

Při analýze dat byla použita technika otevřeného kódování, díky které byly získány efektivní informace. Při této operaci dochází k rozebrání a konceptualizování informací, které jsou pak následně nově složeny. Při otevřeném kódování jsou informace nejprve rozbity na jednotky a následně nově označeny. S tímto novým označením, čili pojmenováním výzkumník dále pracuje. Jednotky pak může představovat slovo, sekvence slov, věta nebo odstavec. Při volbě klíčových jednotek, doporučujeme mít na zřeteli hlavně jejich význam. Každé zvolené jednotce je přidělen kód, tedy označení či jméno, které vystihuje nejlépe určitý typ informace. Při kódování byla použita metoda v ruce, označená jako papír a tužka.

Použity byly následující kódy:

Délka praxe v dětském domově, celkově kladný vztah k práci, pracovní zázemí, negativa v práci, individuální práce s dětmi, záznam vývoje dítěte, úroveň vyjadřování dětí v dětském domově, úroveň vyjadřování mladších dětí v dětském domově, vyjadřování potřeb a vzájemné dorozumívání, nedostatky ve slovní zásobě, zlepšování procesu komunikace, prostředky pro rozšiřování slovní zásoby dětí v dětském domově, konkrétní činnosti a aktivity, způsob zjišťování a hodnocení, materiál k hodnocení, odborník v dětském domově na danou problematiku.

Zhodnocení

Výzkum byl zaměřen na posouzení významu slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči v dětském domově a míry informovanosti o možnostech jejího obohacování a orientačního zhodnocení. Tyto informace byly zjištěny z rozhovorů se zdravotními sestrami pracujícími v dětském domově, které jsou s dětmi v každodenním kontaktu. Rozhovory byly nahrávány a doslovně přepsány.

Nejdříve nás zajímala délka praxe respondentů, ta se pohybovala v rozmezí 6 - 30 let a je úzce spojena s věkem dotazovaných. Uvedené faktory však neměly podstatný vliv na hlavní cíl našeho šetření.

Všichni dotazovaní popsali kladný vztah k práci, k dětem i svému pracovišti. Jako negativum shodně vyhodnotily počet dětí, který je dle jejich názorů nepoměrný k počtu zdravotních sester (respondentů), pracujících v dětském domově. Některé z nich zmiňovaly také neúsporné využití prostor v budově, zároveň však všechny vyzdvihly kvalitní vybavení domova.

Dále bylo zjištěno, že v dětském domově kromě logopedické a psychologické intervence neprobíhá žádná individuální činnost, což však respondenti připisují velkým skupinkám dětí, se kterými zde pracují.

Klíčovou částí našeho šetření bylo dotazování respondentů na úroveň komunikace a vyjadřování dětí zde umístěných. Respondenti vždy upozornili na skutečnost, že kvalita vyjadřování souvisí s věkem dítěte a délkou pobytu v dětském domově.

Každý z respondentů došel k názoru, že hlavní problém dětí nejen v komunikaci má počátek v nevhodném, mnohdy až patologickém rodinném prostředí, v němž se dítě nacházelo před umístěním do péče dětského domova. Dále se pak shodují na tom, že celkový růst a úroveň dětí se zlepšuje spolu s délkou pobytu v zařízení. Reflektují skutečnost, že se zde děti umějí společně dorozumět a vyjadřovat své potřeby a to pomocí verbální či neverbální komunikace.

Slovní zásobu respondenti hodnotí na základě vlastního pozorování, případně po konzultaci s logopedem, kterou také využívají při záznamu vývojové škály dětí kde jednou z jejích složek je rovněž komunikace.

Respondenti hlavní nedostatky přisuzují již zmíněné rodině, dále pak nedostatečné motivaci dětí a občasné netrpělivosti z jejich strany.

Dotazované pokládají při procesu zlepšování komunikace dětí za důležité jejich vzájemnou hru a komunikaci uvnitř skupinky. Samy považují při rozšiřování slovní zásoby za potřebné používání určitých vhodných aktivit a činností. Respondenti za nejefektivnější metodu považují prohlížení obrázkových knih, poslouchání pohádek, zpívání písniček a říkání básniček. Pouze jeden z dotazovaných respondentů považoval za důležité neustálé komentování všech každodenních činností.

Všichni respondenti měli zájem o rozšíření poznatků v oblasti komunikace a velmi by uvítali nový materiál, který by jim pomohl v mapování slovní zásoby dětí.

5.4 Nově vytvořený materiál ke zhodnocení pasivní slovní zásoby

Na základě výsledků kvalitativního šetření byl vytvořen materiál hodnotící pasivní slovní zásobu dětí s opožděným vývojem řeči.

Ačkoli je v českém prostředí k dostání mnoho různých materiálů a pomůcek k logopedické intervenci, diagnostických materiálů je stále nedostatek. Význam testu se úzce váže na proces nástupu povinné školní docházky, jelikož nedostatky v oblasti slovní zásoby mohou mít negativní vliv na úspěšnost vzdělávání. Z tohoto důvodu je testový materiál zacílen na děti v období předškolního věku, tedy dobu, kdy dochází k výraznému vývoji jazykových schopností, zahrnující mimo jiné lexikálně-sémantickou oblast.

Vytvořený test byl porovnán se vzorovým (stávajícím testem). Jako vzor byl použit subtest z Diagnostiky jazykového vývoje. (21)

Ačkoliv jsme si vědomi, že vzorek dětských respondentů, na němž byl materiál testován, je velmi malý, pro účely výstupu diplomové práce je dostačující. V rámci ověřování materiálu jsme se zároveň orientačně zaměřili na komparaci dívek a chlapců, přičemž byl zohledněn jejich věk.

Pro statistické zpracování dat byly použity 2 statistické metody. Jednalo se o výpočet korelačního koeficientu a metodu lineární regrese, přičemž výpočet korelačního koeficientu stanovil míru lineárního vztahu mezi proměnnými.

Výsledky testu jsou i přes malý vzorek respondentů posuzovány především z hlediska kvantitativního, se zaměřením na rozsah pasivní slovní zásoby.

Samotný test je tvořen obrazovým materiálem obsahujícím celkem 50 položek (otázek), z nichž každá nabízí 4 možnosti odpovědi označené písmeny A, B, C, D, přičemž na danou

otázku existuje vždy pouze 1 správná odpověď. Úkolem testovaného respondenta je nalézt dotazovaný obrázek a označit jej.

Testové položky byly vybírány na základě několika kritérií. Především šlo o naplnění účelu, k němuž je test určen. Důležité bylo sestavit vhodný obrazový materiál odpovídající věku respondentů a zajistit návaznost testu na obsah předškolního vzdělávání stanoveného Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání.

Při samotném testování se používá jeden neměnný způsob dotazování, pro záznam a vyhodnocení testu jsou k dispozici záznamové archy.

Vzhledem k možnostem daným zvoleným sociálním zařízením (dětským domovem), ve kterém se testování odehrávalo, se věkové rozmezí respondentů pohybuje od 3,5 do 5,5 roku. Tato věková skupina odpovídá potřebám výzkumu.

Je důležité zdůraznit, že se jedná o test orientační povahy, který by rozhodně neměl být jediným použitým diagnostickým nástrojem při zjišťování rozsahu slovní zásoby dítěte. Jeho význam spočívá v možnosti upozornit na případné nedostatky v rozsahu pasivní slovní zásoby a může být podnětem k prozkoumání jazykových schopností dítěte.

Hodnocení odpovědí respondentů:

Data získaná na základě zjišťování stavu pasivní slovní zásoby respondentů pomocí vytvořeného testového materiálu byla převedena na body, z nichž se vypočítala procentuální úspěšnost. Celková hodnota rozsahu pasivní slovní zásoby je získávána součtem bodů ze všech položek testu. V testu (T1) i subtestu (S1) je ke každé správně zodpovězené položce přidělen jeden bod. Celkově tak z každého testu mohou respondenti získat padesát bodů, tj. dosáhnout 100 % úspěšnosti.

V případě testu (T1) je úroveň pasivní slovní zásoby hodnocena pro celý zkoumaný vzorek, dále je pak členěna v závislosti na věku a pohlaví respondentů.

V případě subtestu (S1) se jedná o zjišťování úrovně pasivní slovní zásoby a její vyhodnocení pro celou skupinu a v závislosti na věku a pohlaví respondentů. Za účelem porovnání byl subtest zkrácen z původního rozsahu 60 testovacích položek na 50 tak, aby jeho rozsah odpovídal rozsahu nového testu (T1).

Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření

Výzkumný soubor se skládá z celkem 30 respondentů ve věku od 3,5 do 5,5 roku. Jedná se o děti žijící v dětském domově. Kritériem pro výběr respondentů byl pouze věk. Děti sice v současnosti žijí ve stejném prostředí - dětském domově, ve výzkumu však není nijak zohledněno, z jakého prostředí do domova přišli. Celý soubor je tvořen 30 respondenty.

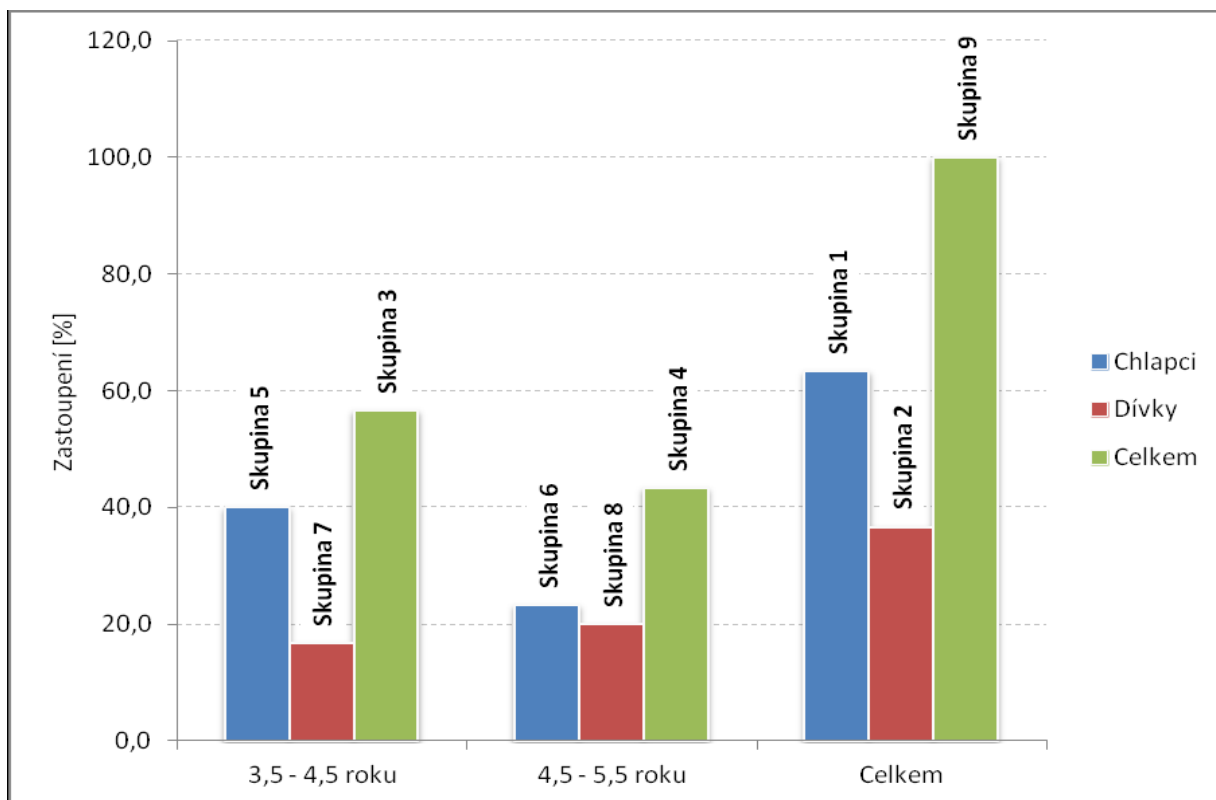
Pro účely vyhodnocení byli respondenti rozděleni do skupin podle věku a pohlaví viz. Tabulka 2.

Číslo skupiny	Popis
1. skupina	Chlapci ve věku od 3,5 do 5,5 roku
2. skupina	Dívky ve věku od 3,5 do 5,5 roku
3. skupina	Děti (chlapci a dívky) ve věku od 3,5 do 4,5 roku
4. skupina	Děti (chlapci a dívky) ve věku od 4,5 do 5,5 roku
5. skupina	Chlapci ve věku od 3,5 do 4,5 roku
6. skupina	Chlapci ve věku od 4,5 do 5,5 roku
7. skupina	Dívky ve věku od 3,5 do 4,5 roku
8. skupina	Dívky ve věku od 4,5 do 5,5 roku
9. skupina	Celý výzkumný soubor bez dalšího dělení

Tabulka 2. - Rozdělení respondentů do skupin

	Chlapci		Dívky		Celý soubor	
	počet	zastoupení v [%]	počet	zastoupení v [%]	počet	zastoupení v [%]
3,5 - 4,5 roku	12	40,0	5	16,7	17	56,7
4,5 - 5,5 roku	7	23,3	6	20,0	13	43,3
Celkem	19	63,3	11	36,7	30	100

Tabulka 3. - Rozdělení výzkumného souboru podle věku, pohlaví a celý soubor



Graf 1 - Rozdělení výzkumného souboru podle věku, pohlaví a celý soubor

Detailní analýza dat je dále uvedena v příloze číslo 3.

6 Zhodnocení výzkumu

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo vytvoření nového materiálu pro děti s opožděným vývojem řeči.

Výše zmíněný cíl byl dále rozvinut porovnáním vlastního, nově vytvořeného testu (T1) se subtestem (S1). K tomuto se váže otázka znějící: „Jaký je statistický rozdíl mezi výsledky dvou testů?“ Předpokládající, že dojde ke statisticky významnému rozdílu mezi testem (T1) a subtestem (S1). Naše šetření tuto otázku potvrdilo, neboť každá z porovnávaných skupin dosáhla lepších výsledků v případě subtestu (S1). Nejvyšší rozdíl je patrný v případě 5. skupiny, kdy chlapci (ve věku 3,5 až 4,5 roku) dosáhli v subtestu (S1) v průměru o 3,4 % lepších výsledků. Nejmenší rozdíl mezi oběma testy vykazují dvě skupiny, skupina 2. (dívky ve věku 3,5 – 5,5 roku) a skupina 7. (dívky ve věku 3,5 - 4,5 roku), v tomto případě dosáhly obě skupiny v případě subtestu (S1) o 0,8 % lepšího průměrného výsledku než v testu (T1). V případě testu (T1) a subtestu (S1) je patrné, že rozptyl hodnot testu (T1) je oproti subtestu (S1) větší. Rozdíl mezi průměrem a mediánem je v případě testu (T1) 1,2 % ve prospěch průměru, v případě subtestu (S1) je pak průměr o 0,8 % menší než medián. Průměrné hodnoty lze v obou případech považovat za relevantní.

V další části, jsme se zabývali komparací skupin dívek a chlapců v rámci testu (T1). Tento záměr korespondoval s otázkou „jaký je rozdíl mezi výsledky testů dívek a chlapců?“ Tato otázka vyjadřuje předpoklad, že dívky dosáhnou v testu lepších výsledků než chlapci. To se potvrdilo, z výsledků je patrná nejvyšší úspěšnost skupiny 8 (dívky ve věku 4,5 - 5,5 roku), dosahující celkem 85,3 % úspěšnosti, při porovnání této skupiny se stejně starými chlapci (skupina 6) je vidět o 1,4 % vyšší úspěšnost dívek. V případě porovnání skupiny 7 (dívky ve věku 3,5 – 4,5 roku) se stejně starými chlapci (skupina 5) dívky dosahují průměrně o 3,5 % lepších výsledků. Z grafu 1 lze dále vyčíst o 3,6 % vyšší úspěšnost celé skupiny dívek (bez rozdělení podle věku) v porovnání s chlapci. Z výše uvedeného lze jednoznačně vyčíst vyšší úspěšnost dívek. Ani jedna z pozorovaných skupin nevykazuje velký rozdíl mezi průměrem a mediánem, v případě chlapců je rozdíl 0,1 %, v případě dívek pak 1,5 % (vždy ve prospěch průměru) což vypovídá o tom, že lze průměrné hodnoty považovat v obou případech za relevantní.

V poslední části jsme se zabývali komparací dat testů (T1) a subtestu (S1) získaného z prvního a opakovaného testování. K tomuto se vztahovala otázka „jaký je rozdíl mezi výsledky testů (T1) a (S1) z prvního a opakovaného testování?“ Předpokládající, že

nedojde k výraznému statistickému rozdílu získaných dat z prvního a opakovaného testování. Došlo k potvrzení také této, poslední otázky a v rámci této komparace i k opětovnému potvrzení otázky 2 a testu (T1) a subtestu (S1).

V rámci porovnávání výsledků prvního a opakovaného testování u testu (T1) činí průměrná úspěšnost respondentů 82,9 %, z 50 otázek bylo v průměru 41 otázek zodpovězeno správně, 9 odpovědí pak bylo špatných.

V porovnání s prvním testováním lze pozorovat zlepšení o 1,7 %, průměrně byla každým respondentem zodpovězena jedna otázka navíc.

Největší zlepšení v případě chlapců vykazuje skupina 5 (chlapci ve věku 3,5 - 4,5 roku), kdy je rozdíl mezi prvním a druhým testováním 2,3 % ve prospěch testování druhého. Nejnižší rozdíl pak můžeme pozorovat u skupiny 6 (chlapci ve věku 4,5 - 5,5 roku), kde došlo dokonce k nepatrnému zhoršení, konkrétně o 0,2 %.

V případě dívek zůstaly výsledky skupiny 7 (dívkyně ve věku 3,5 - 4,5 roku) na stejné úrovni v případě obou testování, avšak skupina 8 (dívkyně ve věku 4,5 - 5,5 roku) vykazala při druhém testování nejlepší celkové zlepšení o 4%.

V komparaci výsledků subtestu (S1) z prvního a opakovaného testování rovněž došlo k potvrzení 3. otázky. V této části jsou popsány výsledky subtestu stejně jako v kapitole 6.1, následně jsou porovnány za účelem zjištění vývoje slovní zásoby.

Zhodnocení výsledků kompletního výzkumného souboru je zde prováděno bez ohledu na další aspekty, jako je věk či pohlaví respondentů.

Průměrná úspěšnost respondentů dosáhla v případě opakovaného testování 84,3 %, přičemž z celkového počtu 50 otázek bylo průměrně 42 zodpovězeno správně, 8 odpovědí pak špatně.

V porovnání s prvním testováním lze pozorovat zlepšení o 1 %.

Největší zlepšení je v případě chlapců = skupina 5 (ve věku 3,5 - 4,5 roku), rozdíl mezi prvním a druhým testováním zde činil 1,1 % ve prospěch opakovaného testování. Skupina 6 (chlapci ve věku 4,5 - 5,5 roku) vykazala rozdíl 0,3% ve prospěch druhého testování.

V případě dívek je největší rozdíl mezi oběma testováními u skupiny 8 (dívkyně ve věku 3,5 - 4,5 roku) vykazaly zlepšení o 0,8 %.

V grafu 14, shrnujícím výsledky bez ohledu na pohlaví, lze vidět, že v souhrnu došlo u obou věkových skupin, stejně jako v případě všech respondentů dohromady ke zlepšení v případě opakovaného testování.

Jak vyplývá z předchozího textu, naše šetření se podařilo naplnit. Na otázky bylo odpovězeno a všechny byly potvrzeny. Vytvořený testový materiál vypovídá nejen o rozsahu pasivní slovní zásoby ale také o celkových schopnostech, dovednostech a zralosti dítěte. Využívání tohoto testového materiálu ve speciálně - pedagogické praxi je možné v případě, že bude respektována jeho screeningová povaha - bude-li tedy vytvořený test sloužit jako nástroj upozorňující na případně nedostatky, zejména v řečové oblasti.

7 Závěr

Diplomová práce se zabývá pasivní slovní zásobou u dětí s opožděným vývojem řeči v předškolním věku. Právě slovní zásoba je nedílnou součástí komunikace a následné socializace dítěte. Případné nedostatky mohou dítěti způsobit izolaci či následnou deprivaci, ztížené vzdělávání a mnoho dalších zatěžujících faktorů. Je důležité zmínit, že rozsah slovní zásoby, stejně tak kvalita vyjadřování, souvisí s celkovou úrovní mentálního vývoje dítěte.

Hlavním cílem práce bylo posouzení slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči, dále posouzení jejího významu i míra informovanosti o možnostech obohacování a orientačního zhodnocení. Šetření bylo prováděno v dětském domově ve formě rozhovorů s respondenty, v našem případě zdravotními sestrami, které jsou s dětmi v každodenním kontaktu a tráví s nimi nejvíce přímého času.

Hlavní cíl byl rozšířen cíli dílčími, kde jsme se snažili zmapovat povědomí o možnostech rozšiřování slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči, dále komparovat názory mezi respondenty a vytvořit materiál, který by orientačně pomohl posoudit rozsah slovní zásoby u dětí s opožděným vývojem řeči a porovnat jej se stávajícím diagnostickým nástrojem. Dané cíle výzkumu se podařilo naplnit.

Ve výzkumné části diplomové práce se dospělo k následujícím závěrům:

Všichni respondenti, bez ohledu na věk a délku praxe vyjádřili kladný vztah k dětem, práci a svému pracovišti. Jako největší úskalí či negativum shodně vyhodnotili počet dětí, který je dle jejich názorů nepoměrný k počtu zdravotních sester (respondentů) pracujících v dětském domově. Někteří z nich zmiňovali rovněž neúsporné využití prostor budovy dětského domova, zároveň však všichni vyzdvihli jeho kvalitní vybavení.

Dále bylo zjištěno, že v dětském domově kromě logopedické a psychologické intervence neprobíhá žádná individuální činnost s dětmi, což respondenti připisují příliš velkým skupinkám dětí, s kterými zde pracují.

Klíčovou částí našeho šetření bylo dotazování respondentů na úroveň komunikace a vyjadřování dětí zde umístěných. Dotazování vždy upozornili, že kvalita komunikace a vyjadřování dětí souvisí s jejich věkem a délkou pobytu v dětském domově.

Každý z respondentů byl názoru, že hlavní problém dětí a to nejen v komunikaci má původ

v nevhodném, mnohdy až patologickém rodinném prostředí, ve kterém se děti nacházely před umístěním do péče dětského domova. Dále se shodli, že celkový růst a úroveň dětí se zlepšuje společně s délkou pobytu v zařízení. Reflektují, že se zde děti dorozumí a umějí vyjadřovat své potřeby a to jak pomocí verbální, tak neverbální komunikace.

Slovní zásoba dětí je v domově posuzována především pozorováním, dále pak konzultací s logopedem. Konzultace sestrám pomáhá při záznamu vývojové škály, kterou zde respondenti vyplňují a v níž je jedna ze složek zaměřena na komunikaci.

Dotazovaní připisovali hlavní nedostatky ve slovní zásobě zdejších dětí již zmíněné rodině, dále nedostatečné motivaci dětí a občasné netrpělivosti z jejich strany.

Respondenti považovali při zlepšování procesu komunikace u dětí za důležitou jejich vzájemnou hru a komunikaci uvnitř skupinky. Sami pak považují za potřebné při rozšiřování slovní zásoby používání/konání určitých konkrétních činností a aktivit. Za nejefektivnější považují prohlížení a četbu obrázkových knih, poslouchání pohádek, zpívání písniček a říkání básniček. Pouze jedna z respondentek zmínila důležitost neustálého komentování každodenních aktivit a činností.

Všichni dotazovaní vyjádřili zájem o rozšíření poznatků v oblasti komunikace a velmi by uvítali nový materiál, který by jim pomohl v mapování slovní zásoby u dětí. Tento materiál byl vytvořen a testován na 30 dětských respondentech ve zmiňovaném dětském domově. Podrobné informace a analýza tohoto testování je součástí příloh diplomové práce.

Diplomová práce přináší do speciálně - pedagogické praxe přínos v podobě nově vytvořeného materiálu. Ten může sloužit jako screeningový materiál, upozorňující na případné nedostatky zejména v oblasti lexikálně - sémantické. Obsah testu lze také využít pro terapeutické účely. V rámci logopedické terapie se jeví jako vhodný pro děti s opožděným vývojem řeči, ale také pro děti intaktní.

Seznam použitých informačních zdrojů

1. **Bednářová Jiřina, Vlasta Šmardová.** *Diagnostika dítěte předškolního věku: Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let, 2. vydání.* Brno : Edika, 2015. ISBN 978-80-266-0658-1.
2. **Kerekrétiová, Aurélia.** *Základy Logopedie.* Bratislava : Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
3. **Přemysl, Hauser.** *Nauka o slovní zásobě.* Praha : SPN, 1986.
4. **Klenková, Jiřina.** *Logopedie.* Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
5. **Čermák, František.** *Jazyk a jazykověda (přehled a slovníky).* Praha : Karolinum, 2011. 9788024619460.
6. **Lechta, Viktor.** *Logopedické repetitóriium: teoretické východisko súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou.* Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. 80-08-00447-9.
7. **Josef Langmeier, Dana Krejčíková.** *Vývojová psychologie. 2. aktualizované vydání.* Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 80-247-1284-9.
8. **Vágnerová, Marie.** *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání, 2. rozšířené a přepracované vydání.* Praha : Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
9. **Bytešníková, Iona.** *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku.* Brno : Masarykova Univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.
10. **Kutálková, Dana.** *Logopedická prevence: Průvodce vývojem dětské řeči.* Praha : Portál, 1996. 978-80-7262-598-7.
11. **Průcha, Jan.** *Dětská řeč a komunikace: Poznatky vývojové psycholinguistiky.* Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3603-7.
12. **Lucie Durdilová, Jiřina Klenková.** *Hodnocení slovní zásoby dětí před zahájením školní docházky.* Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2014. 978-80-7290-770-0.
13. **Kesselová, Jana.** *Sémantické kategórie v ranej ontogenéze reči dieťaťa. In Slančová, D.* Prešov : FF Prešovskej univerzity, 2008.
14. **Bočková, Barbora.** *Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči.* Brno : MU PedF, 2011.

15. **Smolík, Filip.** *Časná znalost jazyka: Vývoj receptivní znalosti jazyka v prvních dvou letech života.* místo neznámé : Československá psychologie. Roč. L, 2006, č. 3, s. 238 - 250, 2006.
16. **Přinosilová, Dagmar.** *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání.* Brno : Paido, 2007. 978-80-7315-157-7.
17. **Vašek, Štefan.** *peciálnopedagogická diagnostika.* Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1991. 80-08-00396-0.
18. **Dvořák, Josef.** *Logopedický slovník. 3. upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.*
19. **Eva Škodová, Ivan Jedlička.** *Klinická logopedie. 2. vydání.* Praha : portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
20. **Koukolík, František.** *Lidský mozek: Funkční systémy, Norma a poruchy. Třetí, přepracované a doplněné vydání.* Praha : Portál, 2002. ISBN 978-80-7262-771-4.
21. **Filip Smolík, Gabriela Saidlová Málková.** *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4240-3.
22. **Gabriela Sáidlová Málková, Filip Smolík.** *Diagnostika jazykového vývoje: diagnostická Diagnostická baterie pro posouzení vývoje jazykových znalostí a dovedností dětí předškolního věku: testová příručka.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4239-7.
23. **Kondáš, Ondřej.** *Obrázkově-slovníková zkouška. Psychodiagnostika.* Bratislava : autor neznámý, 1972.
24. **Mojmír Svoboda, Dana Krejčířová, Marie Vágnerová.** *Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Vydání třetí.* Praha : Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.
25. **Lechta, Viktor.** *Diagnostika narušené komunikační schopnost.* Praha : Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.
26. **Neubauer, Karel.** *Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha.* Praha : Portál, 2018. 978-80-262-1390-1.
27. **Olga Dlouhá, Libor Černý.** *Foniatrie.* Praha : Karolinum, 2012. 978-80246-2048-0.
28. **Dlouhá, Olga.** *Poruchy vývoje řeči.* Praha : Galén, 2017. 978-80-7492-314-2.

29. **Lejska, Mojmír.** *Poruchy verbální komunikace a foniatrie.* Brno : Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
30. **Vančáková, Martina.** Institucionální (ústavní) péče o dítě. *Virtuální knihovna RNP.* [Online] [Citace: 15. 1 2019.] <http://www.knihovnanrp.cz/nahradni-rodinna-pece/system-nahradni-rodinne-pece-v-cr/institucionalni-ustavni-pece-o-dite/>.
31. —. Institucionální (ústavní) péče o dítě. *Virtuální knihovna RNP.* [Online] Nadace J&T. [Citace: 15. 1 2019.] <http://www.knihovnanrp.cz/nahradni-rodinna-pece/system-nahradni-rodinne-pece-v-cr/institucionalni-ustavni-pece-o-dite/>.
32. **Sobotková, Irena.** *Poznámky současné situaci v ústavní výchově dětí. In Náhradní výchova dětí – možnosti a meze, sborník z kolokvia I.* Praha : Právnická fakulta Univerzity Karlovy, 2008.
33. **Matějček, Zdeněk.** *Teoretická úvaha nad pozdními následky psychické deprivace a subdeprivace.* místo neznámé : Československá psychologie, 40 (5), s. 369-375, 1996.
34. **Koluchová, Jarmila.** *Osvojení a pěstounská péče.* Praha : Portál, 2002. 80-7178-637-3.
35. **Vitásková, Kateřina.** *Fylogeneze a ontogeneze řeči.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 978-80-244-3717-0.
36. **Blanka Gruberová, Jarmila Klugerová.** *Příležitosti k rozvoji komunikační schopnosti u dětí vyrůstající od dětství v institucionální péči. In Ján HUČÍK a Viktor LECHTA. Aktuálne trendy v špeciálnejpedagogike.* Prešov : Prešovská univerzita v Prešově, 2012. stránky 102 - 109. ISBN 978-80-89535-10-1..
37. ASHA American Speech Language Association. *Social Communication.* [Online] 1999. [Citace: 15. 1 2019.] <https://www.asha.org/public/speech/development/Pragmatics.htm>.
38. ASHA American Language Hearing Association. *Scope of Practice in Speech-Language Pathology.* [Online] 2016. [Citace: 15. 1 2019.] https://www.asha.org/policy/SP2016-00343/?utm_source=asha&utm_medium.
39. **Roman, Švaříček a Klára, Šedřová.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha : Portál, 2014. 978-80-262-0644-6.

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha 2 – Doslovný přepis jednoho z rozhovorů

Příloha 3 – Analýza dat testu

Příloha 4 - Nově vytvořený orientační obrazový materiál

