

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra Speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Logopedická intervence v rámci ústavní výchovy

Speech therapy intervention in institutional education

Bc. Petra Drdová

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Studijní program: Logopedie (N0915A190002)

Studijní obor: N LOGO (0915TA190002)

2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Logopedická intervence v rámci ústavní výchovy vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 8.7. 2022

.....

Podpis

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Miroslavě Kotkové, Ph.D. za odborné a vstřícné vedení mé práce, poskytnutí cenných rad a povzbuzení při zpracování diplomové práce. Ráda bych rovněž poděkovala všem osloveným zástupcům zařízení ústavní výchovy, kteří se s ochotou zúčastnili výzkumného šetření a poskytli tak potřebné informace pro zpracování práce. Poděkování patří i mé rodině za podporu poskytovanou v průběhu celého mého studia.

ABSTRAKT

Diplomová práce na téma „Logopedická intervence v rámci ústavní výchovy“ se věnuje problematice realizace logopedické intervence u dětí, vyrůstajících v zařízeních ústavní výchovy a vyžadujících logopedickou péči.

Teoretická část se v jednotlivých kapitolách věnuje řeči a její funkci, popisuje ontogenetický vývoj řeči, narušenou komunikační schopnost a stručně charakterizuje jednotlivé druhy narušení. Zabývá se logopedickou intervencí v celé její šíři, tedy diagnostikou, terapií i prevencí. Součástí je i krátký vhled do systému logopedické intervence v zahraničí. V neposlední řadě se teoretická část práce soustředí na oblast náhradní výchovné péče a popisuje její vliv na vývoj dítěte.

Cílem praktické části práce bylo zjistit poznatky o realizaci logopedické intervence ve vybraných zařízeních ústavní výchovy v Praze a ve Středočeském kraji. Výzkumné šetření bylo uskutečněno za využití kvalitativního a kvantitativního způsobu sběru dat – polostrukturovaný rozhovor a elektronické dotazníky. Závěr práce obsahuje odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky a zároveň jsou zde formulována doporučení pro pedagogickou praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Logopedie; logopedická intervence; narušená komunikační schopnost; náhradní péče; ústavní výchova

ABSTRACT

The diploma thesis on the topic “Speech therapy intervention in institutional education” deals with the issue of implementation of speech therapy intervention for children growing up in institutional education and requiring speech therapy.

The individual chapters of the theoretical part focus on speech and its functions; describe the ontogenetic development of speech, impaired communication ability, and briefly characterise different types of impairment. The theoretical part deals with the speech therapy intervention in its entirety, i.e. diagnostics, therapy, and prevention. It also includes a short insight into the speech therapy intervention system in other countries. Lastly, the theoretical part of the work focuses on the area of substitute educational care and describes its influence on the development of the child.

The practical part aimed to find out information about the implementation of speech therapy in selected institutional education facilities in Prague and the Central Bohemian Region. The research was carried out by using qualitative and quantitative data collection methods – semi-structured interviews and electronic questionnaires. The conclusion of the thesis provides answers to previously formulated research questions and at the same time, it includes recommendations for pedagogical practice.

KEYWORDS

Speech therapy; speech therapy intervention; impaired communication ability; substitute care; institutional education

Obsah

Úvod.....	8
1. Řeč a narušená komunikační schopnost.....	10
1.1. Vymezení a terminologie.....	10
1.2. Vývoj řeči	11
1.2.1. Ontogenetický vývoj řeči	12
1.2.2. Rizikové faktory vývoje řeči	15
1.3. Narušená komunikační schopnost	16
1.3.1. Druhy NKS u dětí a dospívajících.....	18
2. Logopedická intervence	22
2.1. Systém logopedické intervence v ČR	24
2.2. Systém logopedické intervence v zahraničí.....	26
2.2.1. Spojené státy americké (USA)	26
2.2.2. Rakousko	27
3. Ústavní výchova – náhradní výchovná péče	29
3.1. Vymezení a terminologie.....	29
3.1.1. Diagnostický ústav	30
3.1.2. Dětský domov.....	31
3.1.3. Výchovný ústav	31
3.1.4. Dětský domov se školou.....	32
3.2. Vliv náhradní péče na vývoj dítěte	32
3.2.1. Vliv náhradní péče na vývoj řeči.....	35
4. Logopedická intervence v rámci ústavní výchovy	37
4.1. Cíle praktické části.....	37
4.2. Metodologie výzkumu	37
4.3. Vlastní výzkumné šetření.....	39

4.3.1. Dotazníkové šetření	39
4.3.2. Rozhovor	51
4.4. Dílčí závěry šetření a doporučení pro praxi	66
Závěr	70
Seznam použitých informačních zdrojů	72
Literatura	72
Internetové zdroje	76
Seznam příloh	78

Úvod

„Umístění dítěte do náhradní péče s sebou přináší značný zásah do jeho života, který výrazně ovlivňuje jeho vývoj i budoucí život. Pravděpodobně nejdůležitější roli hraje narušení vztahů s biologickými rodiči, specifické traumatické zážitky, emocionální stres spojený s umístěním do náhradní péče a nutnost přizpůsobení se náhradnímu prostředí.“
(Ptáček a kol., 2015, s. 6)

Každé dítě si zaslouží vyrůstat v láskyplné náruči svých rodičů, v bezpečném a pečujícím prostředí své rodiny. Bohužel ne každé dítě má takovéto štěstí. Pokud se dítěti nedostává dostatečné péče v biologické rodině, ba naopak v ní zažívá traumatizující zážitky a zkušenosti, které negativně působí na jeho vývoj a osobnost, je zapotřebí, aby tyto negativní faktory byly eliminovány a nahrazeny těmi pozitivními. V takových chvílích je úkolem státu zasáhnout a nařídit potřebná opatření. V mnoha případech se touto cestou děti dostávají do zařízení ústavní výchovy, kde se o ně starají profesionální pracovníci a snaží se jim suplovat rodinu a její prostředí. Je jasné, že zcela nahradit rodiče a rodinu nelze. Úkolem pracovníků v zařízeních ústavní výchovy je pozitivně působit na vývoj dítěte ve všech jeho oblastech. Jednou z těchto oblastí je i řeč a komunikační schopnost dítěte. Řeč je jednou z oblastí, na které se může negativní rodinné prostředí významně podepsat a ovlivnit ji. V praxi tomu tak bývá velmi často. Avšak i u dětí, pobývajících v těchto zařízeních, se vyskytují poruchy řeči, které nemusí přímo souviset s jejich rodinnou situací, ale které i přesto je zapotřebí řešit a pracovat s nimi adekvátními způsoby.

Zaměření této diplomové práce vyplývá již ze samotného názvu práce „Logopedická intervence v rámci ústavní výchovy“. Návrh na téma práce vznikl, když se autorka zamyslela nad způsobem realizace logopedické péče právě v zařízeních ústavní výchovy. Záměrem autorky tedy bylo zjistit stav logopedické intervence v těchto zařízeních a způsoby, jakými je tato oblast řešena.

Teoretická část je členěna do tří kapitol. První kapitola se věnuje řeči a narušené komunikační schopnosti. Popisuje řeč a její funkci v rámci komunikačního procesu. Pozornost je soustředěna na správný řečový vývoj, na jednotlivá vývojová stadia a na rizikové faktory, které mohou proces řečového vývoje negativně ovlivnit. Je zde definován termín narušená komunikační schopnost (NKS), klasifikace NKS a stručná charakteristika

jejích vybraných druhů. Druhá kapitola popisuje logopedickou intervenci neboli náplň činnosti logopeda ve všech jejích složkách – diagnostika, terapie, prevence. Jsou zde představeny resorty, ve kterých je logopedická intervence v České republice realizována. Pro zajímavost je do této kapitoly zařazen i vhléd do systému logopedické intervence v zahraničí, konkrétně v USA a v Rakousku. Na závěr teoretické části je zařazena kapitola věnující se etopedické problematice ústavní výchovy. Popsána jsou jednotlivá zařízení pro výkon ústavní výchovy ve školských zařízeních v České republice. Práce rovněž popisuje možný vliv náhradní péče na celkový vývoj dítěte, a to nejen na řeč samotnou. Vliv nepříznivého rodinného prostředí, ale i nevhodné náhradní péče může ovlivňovat život jedince od útlého věku až do dospělosti.

Praktická část práce cílí na zařízení ústavní výchovy na území Středočeského kraje a hlavního města Prahy. Hlavním cílem bylo zjistit způsoby, jakými oslovené instituce ústavní výchovy realizují logopedickou intervenci u dětí, které ji vyžadují. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí elektronického dotazníku a zároveň byly uskutečněny čtyři polostrukturované rozhovory s vybranými zástupci oslovených zařízení.

1. Řeč a narušená komunikační schopnost

Komunikace a interakce s okolním prostředím je nedílnou součástí lidského bytí. Lidé mezi sebou určitým způsobem komunikují, i když se zrovna o žádnou komunikaci nesnaží. I taková řeč těla či způsob chování sděluje našemu okolí určité informace. Mluvená řeč neboli verbální způsob komunikace je pro člověka nejběžnější formou mezilidské komunikace, jak se dorozumívát a jak mezi sebou komunikovat. Avšak pro to, aby se řeč správně vyvíjela a byla správně užívána, musí být splněno velké množství aspektů a musí fungovat jejich vzájemná souhra. Pokud k jejich dosažení a vzájemné spolupráci nedojde nebo dojde k jejich narušení, dochází k narušení schopnosti komunikovat, a to jak verbálně, tak i v některých případech do určité míry neverbálně (Kejklíčková, 2016).

1.1. Vymezení a terminologie

„Mluva a řeč jsou asi těmi nejdůležitějšími prostředky lidské komunikace. Chodit do školy, učit se zvládat každodenní život a navazovat mezilidské vztahy, to všechno se realizuje hlavně prostřednictvím řeči, mluvením.“ (Hartmann, Lange, 2008, s.11)

Řeč a schopnost ji užívat je výsadou lidské rasy, avšak schopnost užívat řeč není člověku vrozená. Disponuje pouze určitými dispozicemi, které se ovšem rozvíjejí až na základě dostatečně podnětné interakce s okolním světem. Jedná se o schopnost vědomě užívat jazyk, který je tvořen složitým systémem znaků a symbolů, ve všech jeho formách. **Jazyk** je prostředek, který využíváme ke komunikaci, a především k vzájemnému porozumění sdělované informaci. Ke správnému porozumění v obou směrech je tedy zapotřebí užívat v konkrétní komunikaci stejný jazyk neboli stejný komunikační kód, a to jak na straně komunikátora – osoby sdělující informace, tak i na straně komunikanta – osoby, která sdělované informace přijímá (Klenková, 2006). Základní a zároveň první formou řeči a užití jazyka, které se lidé učí nejdříve v prvních letech života, je mluvená řeč neboli mluva. **Mluvená řeč** je charakteristická vytvářením informačních zvuků za pomoci mluvidel a výdechového proudu vzduchu vycházejícího z plic. Mluvenou řeč lze rozdělit buďto na zvučnou nebo šeptanou. Na tvorbě zvučné mluvy se významně podílí hlasové ústrojí uložené v hrtanu, kde dochází ke vzniku hlasu, a to rozkmitáním hlasivek pomocí výdechového proudu. Při šeptané mluvě se hlas nevyskytuje a zvuky jsou tvořeny pouze proudem dechu, který se tře o okraje v úžinách orofaciálního ústrojí. Základem artikulované řeči je hláska, jejíž zvuková podoba je vytvářena modifikací mluvidel a prostorem nacházejícím se nad

hrtanem. Z jednotlivých hlásek jsou následně vytvářena slova a z nich věty. S přibývajícím věkem a se zdokonalujícími schopnostmi se děti učí další formě řeči, kterou je písmo – grafický záznam řeči. Děti si postupně osvojují dovednost psát, ale i schopnost umět psaný text dekodovat a porozumět jeho sdělení. Díky schopnosti užívat řeč mají lidé možnost si navzájem sdělovat své myšlenky, pocity, přání ad. (Kejklíčková, 2016).

1.2. Vývoj řeči

Řeč jako motorická realizace jazyka, tak i jazykové schopnosti jedince se vyvíjí hned od narození a tento vývoj přetrvává až do dospělosti. Současné psycholingvistické poznatky dokonce poukazují na počátky vývoje řeči již v prenatálním období. Je prokázáno, že již v tomto období dochází k určité komunikaci mezi matkou a nenarozeným dítětem. Na základě výzkumů je dokázáno, že plod již v 6. měsíci je schopen reagovat na zvukové podněty jako je např. hudba nebo hlas matky. Některé výzkumy skutečně potvrdily přítomnost prenatálních komunikačních zkušeností, se kterými se dítě narodí. Jako příklad lze uvést zjištění, kdy tři dny staré děti jsou schopné rozpoznat hlas svých matek, ale hlasy svých otců nikoliv. Další výzkumy dokazují schopnost dítěte před narozením nejen rozpoznávat hlas jeho matky, ale rovněž na něj reagovat. Tyto a mnoho dalších poznatků prokazuje, že již prenatální období má významný vliv na vývoj řeči a komunikace dítěte (Průcha, 2011).

Většina autorů se zaměřuje na popis vývoje řeči z hlediska ontogenetického – popisují vývoj řeči v jednotlivých obdobích věku dítěte. Toto hledisko ale není podmínkou. Například Thorová (2015) se ve své publikaci „*Vývojová psychologie*“ věnuje vývoji řeči a komunikace a popisuje ho z hlediska organizačních rovin jazyka. Zaměřuje se tedy na fonetiku a fonologii, morfologii, syntax, lexikologii, sémantiku a pragmatiku.

Vývoj řeči má svá jednotlivá po sobě jdoucí stadia, jejichž délka trvání je u každého dítěte individuální, avšak která jsou pro správný řečový vývoj nezbytně nutná. Žádné ze stadií vývoje řeči nemůže být vynecháno. Pokud k takovému vynechání dojde, vývoj řeči již neodpovídá normě. Proto, aby došlo k adekvátnímu rozvoji řeči, je zapotřebí, aby dítě za podpory okolního světa rozvíjelo jednotlivé kompetence a dovednosti, které se na rozvoji řeči podílí a které jsou pro tento rozvoj nezbytné. Vývoj řeči a osvojování si jazykových

schopností se pojí s vývojem schopností poznávacích, s motorickým, senzorickým vývojem a rovněž se socializací jedince (Klenková, 2006).

1.2.1. Ontogenetický vývoj řeči

Vývoj řeči v jednotlivých vývojových fázích jedince je označován termínem ontogenetický vývoj řeči, který může být v odborných publikacích klasifikován odlišně. Klenková (2006) uvádí dělení jednotlivých vývojových stadií dle Sováka, který vývoj řeči rozdělil na předběžná stadia vývoje řeči – období křiku, žvatlání, období rozumění řeči a na vlastní vývoj řeči, jehož podstadia rozčlenil na stadium emocionálně-volní, asociačně-reprodukční, stadium logických pojmů a intelektualizaci řeči. Lechta (1995, 2002) naopak dělí jednotlivé vývojové fáze dle nejtypičtějších procesů, které zrovna v daném období probíhají a vrcholí. Lechta jako první použil pro daná období tato označení: období pragmatizace, sémantizace, lexémizace, gramatizace a období intelektualizace. Tato práce vychází z klasifikace vývoje řeči dle Sováka a charakterizuje období předběžného stadia vývoje řeči a vlastní vývoj řeči.

Předběžné stadium vývoje řeči lze rovněž označit za předřečové či preverbální období vývoje řeči. V tomto období, trvající přibližně 9 měsíců, dochází k rozvoji schopnosti rozlišovat základní řečové zvuky neboli tzv. fonémy – zvukové podoby hlásky. Dochází také k postupnému rozvoji vokalizace, kdy děti objevují způsoby jejího využití až do té míry, kdy tyto pokusy lze označit za první identifikovatelné a smysluplné výrazy (Vágnerová, 2012b).

Prvním komunikačním projevem dítěte, se kterým se lze setkat, je **novorozenecký křik**. Tento hlasový signál je charakterizován jako hlasový reflex, pomocí kterého dítě reaguje na změny ve svém okolí – změny teploty, prostředí či krevního oběhu (Bytešníková, 2012). Během prvního a druhého měsíce věku dítěte již křik není pouhý hlasový reflex. V tomto období začíná být křik ovládán centry v mozkové kůře a tato skutečnost se projevuje jak změnou jeho charakteru, tak i větší škálou zvukových projevů (Vágnerová, 2012b). Matka celkem brzy dokáže rozlišit různé druhy křiku. Postupem času nabývá na intenzitě a rozsahu, a mezi druhým a třetím měsícem jsme schopni rozlišit křik vyjadřující libé pocity či naopak ty nelibé. Během stejného období lze u dítěte pozorovat i výskyt různých hrdelních zvuků. Sekvence zvuků v tomto vývojovém období je často nazývána jako **broukání** (Bytešníková, 2012). Smolík (2014) broukání (*cooing*) definuje jako zvuky, připomínající hlásky *g* a *ch*, které jsou formovány především v hrdle a zadní části dutiny ústní. Červenková (2019) uvádí nástup broukání již mezi šestým až osmým týdnem věku dítěte a obvykle se u něj broukání

objevuje ve stavu spokojenosti, ale rovněž u některých specifických funkcí těla, např. při usilovné práci či při vyměšování. Ve třech měsících věku dítěte dochází k významnému milníku v rámci zrakové percepce a dítě začíná vnímat oběma očima současně. Dokáže sledovat pohybující se předměty ze strany na stranu, směřovat pohled z jednoho předmětu na druhý či sledovat pohyb očí rodiče vpravo i vlevo bez toho, aniž by rodič pohnul hlavou. S těmi to dovednostmi se začíná pojít i vokalizace dítěte. Mezi třetím a čtvrtým měsícem dítěte vokalizuje, když vidí pohybující se předmět, a to především předmět mající výrazné barvy či černě ohraničené vzory. Rovněž lze začínat pozorovat první střídání rolí v rámci komunikace.

Na křik s broukáním navazuje tzv. **pudové (instinktivní) žvatlaní**, které je charakteristické hrou s mluidly. Dítě vykonává podobné pohyby těm, které lze spatřit při příjmu potravy – sání, ale navíc k nim zapojuje své hlasové ústrojí. K postavení mluidel dochází náhodně a společně s hlasovým projevem vznikají zvuky, které nám mohou připomínat konkrétní hlásky, slabiky či dokonce i slova (Bytešníková, 2012). Pudové (instinktivní) žvatlaní je u všech dětí stejné bez ohledu na mateřský jazyk a rovněž je toto vývojové období přítomno u dětí neslyšících (Thorová, 2015). Od šestého měsíce věku dítěte lze být svědky experimentování s vokálními i nevokálními zvuky, s výškou hlasu a rytmem. Pudové žvatlaní se postupně mění na **žvatlaní napodobující** a v některých případech nám může připomínat skutečnou řeč. Lze mluvit o tzv. dětském žargonu, kdy dochází k realizaci delší promluvy obsahující pseudoslova nebo náhodně zvolená slova s prozodickými vlastnostmi (Červenková, 2019). Po osmém měsíci věku se u dítěte začínají objevovat zárodky exprese mateřského jazyka, během devátého a desátého měsíce dítě řadí a kombinuje slabiky z hlásek mateřského jazyka. Pomalu dochází ke ztrátě schopnosti rozlišovat hlásky cizích jazyků (Thorová, 2015). Přibližně kolem desátého měsíce začíná stadium rozumění řeči. První náznaky porozumění jednoduchému verbálnímu sdělení jsou patrné již mezi osmým a desátým měsícem. Děti začínají chápat význam jednoduchých slov jako „ne“, „nesmíš“, „dej“ apod. K porozumění dochází na základě pochopení opakovaných situací, které se pojí s konkrétními zvuky. V prvním roce života pasivní slovní zásoba dítěte tvoří minimálně 50 slov (Vágnerová, 2012b).

Od prvního roku života lze mluvit o tzv. **vlastním vývoji řeči**, kdy děti začínají k vlastnímu vyjádření užívat jednoslovných vět neboli tzv. holofrází. Slova, která dítě v tomto období produkuje, jsou spojována s konkrétním objektem či děním a význam jednoslovných sdělení

je odvozován z kontextu situace a z výkladu rodičů (Vágnerová, 2012b). Počáteční období vlastní produkce řeči je označováno **jako emocionálně – volní**, kdy dítě jednoslovné věty využívá k vyjadřování svých pocitů a přání. I přes to dítě nadále hojně využívá dorozumívání na preverbálně – neverbální úrovni jako jsou gesta, mimika, pláč apod. (Klenková, 2006). Kondáš (in Lechta, 1990) zařazuje mezi tato stadia ještě tzv. egocentrické stadium vývoje řeči, které se objevuje kolem 1,5 – 2 let věku a v rámci kterého je snahou dítěte napodobovat řeč dospělých. Opakuje si slova samo pro sebe, „hraje“ si s nimi a začíná objevovat řeč jako činnost. Postupně začíná užívat dvojslovné věty, ve kterých ještě nelze hledat adekvátní gramatickou strukturu. V tomto období lze rovněž zaznamenat tzv. první věk otázek, pro který jsou typické otázky typu „*Co je to?*“ a „*Kdo je to?*“ (Bytešníková, 2012). O následujícím stadiu mluvíme jako o **asociačně – reprodukčním**. Dítě začíná užívat první slova k označení konkrétních osob a jevů ve svém okolí a za využití transferu přenáší výrazy spojené s konkrétním jevem na jevy podobné. Dochází k jednoduchým asociacím, kdy řeč stále zůstává na prvosignální úrovni a výrazy jsou spojovány s jedním konkrétním jevem (Klenková, 2006).

Na přelomu druhého a třetího roku života dítěte Bytešníková (2012) popisuje stadium rozvoje komunikační řeči, pro které je typická snaha pomocí řeči dosáhnout různých drobných cílů. Okolo třetího roku začíná dítě pomocí abstrakce konkrétní výrazy zevšeobecňovat. Dané výrazy se stávají všeobecnými a lze mluvit již o slovech s určitým obsahem. Toto období nazýváme tzv. **stadium logických pojmů**, ve kterém lze rovněž pozorovat přechod z prvosignální úrovně řeči na druhsignální. Z výše uvedeného vyplývá, že dítě je ve fázi učení se náročným myšlenkovým operacím a není výjimkou, že v tomto období lze u dětí spatřit vývojové obtíže v řeči jako je např. opakování hlásek, slabik, zadržávání se v řeči apod. Je tedy potřeba dítěti v těchto obtížích pomoci těžkosti překonat, nikoliv na ně upozorňovat a vystavovat tak dítě stresovým situacím (Lechta, 1990). V tři a půl letech jsme svědky tzv. druhého věku otázek, kdy dítě zahrnuje své okolí otázkami typu „*Proč?*“ a „*Kdy?*“. Přibližně ve čtyřech letech nastává **stadium intelektualizace řeči**. Tato etapa se týká „*kvantitativní stránky osvojování nových slov, prohlubování a zpřesňování obsahu slov a gramatických forem, rozšiřování slovní zásoby*“ (Klenková, 2006, s. 37) a její dozrávání přesahuje až do dospělosti jedince (Klenková, 2006).

1.2.2. Rizikové faktory vývoje řeči

Rizikové faktory, které mohou potenciálně ovlivnit vývoj řeči dítěte, můžeme rozdělit na vrozené, se kterými se dítě již narodí, a na faktory vnější, které dítě obklopují a se kterými přichází dennodenně do kontaktu. Negativní vliv nejen na vývoj řeči, ale i na celkový vývoj dítěte může mít zajisté jeho celkový zdravotní stav. Je tedy zapotřebí, aby rodiče nezanedbávali pravidelné návštěvy pediatra a zabránili tak pozdnímu zachycení onemocnění či postižení. Pro intaktní řečový vývoj dítěte potřebuje být obklopeno adekvátně stimulujícím a interagujícím prostředím – stimulů musí být dostatek, ale rovněž nesmí docházet k přetěžování dítěte (Bytešníková, 2012). Je dokázáno, že určitou roli hraje i sociálněekonomický status rodiny, ve kterém dítě vyrůstá. Dítě vyrůstající v rodině s vyšším sociálněekonomickým statusem je vystaveno bohatšímu jazykovému prostředí. Uvádí se, že děti rodičů ze střední třídy slyší přibližně 2150 slov za hodinu. Naopak dítě z rodiny se slabou sociálněekonomickou situací je denně vystaveno mluvě méně frekventovaněji, slyší pouze okolo 620 slov za hodinu. Tento fakt ovlivňuje jazykové schopnosti jedince již v raném věku a pokud dítě nezačne být v rodinném prostředí vystavováno mluvené řeči frekventovaněji, značné rozdíly v jazykových schopnostech se neseřou ani během docházky do mateřské školy (Thorová, 2015). Vývoj řeči, ale například i emocí, je závislý na interakci matky a dítěte. V tomto procesu dochází ke stimulaci a k pozitivní reakci a ocenění snah a pokusů dítěte. Reakcí na předřečové projevy, ale i na dětské žvatlání, se dítě učí využívat tyto prostředky k upoutání pozornosti a navázání kontaktu (Vágnerová, 2012b). Rovněž je důležitý adekvátní vztah dítěte s otcem. Interakce dítěte s otcem je odlišná od té s matkou. Otcové se s dítětem věnují spíše fyzické hře, která je rychlejší, dochází při ní častěji k náhlejší a neočekávaným změnám. To u dětí vyvolává pozitivní emoce a rovněž během této sociální interakce dochází u dětí k lepšímu učení se emoční komunikaci (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Bytešníková (2012) zmiňuje především čtyři kritická období ve vývoji řeči, kterým by měla být věnována pozornost. Za první lze označit období 6. – 8. měsíce života, kdy dochází k přechodu z pudového žvatlání na napodobující. Tato schopnost se rozvíjí na základě vědomé zrakové a sluchové kontroly, a proto se nerozvine u dětí s nerozpoznanou sluchovou vadou. Další důležité období je kolem třetího roku dítěte. Dítě prochází náročným kognitivním a řečovým vývojem, během kterého se mohou vyskytnout fyziologické neplynulosti. Jako druh fyziologických dysfluencí Lechta (2010) uvádí vývojové

dysfluence, kterým během vývoje řeči přiřkládá přirozený charakter. Příznaky vývojových neplynulostí se vyskytují až u 80 % dětí a mají tendence ve většině případů spontánně odeznít. Avšak pokud dojde v tomto období k působení rizikových faktorů, mohou vývojové neplynulosti přerůst v dysfluence patologického charakteru a v tomto případě lze mluvit již o incipientní koktavosti.

Poslední 2 riziková období ve vývoji řeči Bytešníková (2012) zmiňuje nástup do mateřské školy a zahájení povinné školní docházky. Nástup do nového kolektivu a odloučení od matky či rodičů může mít na některé děti, např. citlivější povahy, negativní vliv, a to i v oblasti řeči a komunikace. Pro některé děti toto nové životní období může být spouštěčem např. koktavosti, či mohou nastartovat počátky vzniku elektivního mutismu. Zde je zapotřebí dostatečná informovanost a povědomí o těchto rizicích nejen u rodičů, ale i u pedagogů mateřských a základních škol.

1.3. Narušená komunikační schopnost

V současné odborné logopedické terminologii se setkáváme především s pojmem narušená komunikační schopnost (dále jen „NKS“). Tento termín a jeho význam v celé jeho šíři je předmětem, který vymezuje logopedii jako vědní obor. Dříve se hovořilo především o poruchách řeči či vadách řeči, a to ve smyslu patologie řeči jako motorické realizace, ale i patologie jazyka neboli užití jazykového kódu a jeho porozumění. Termín narušená komunikační schopnost směřuje svou pozornost na komunikaci jako takovou, a to v jejím nejširším slova smyslu (Klenková, 2006). Avšak nemluvíme pouze o mluvené řeči, i když se jedná o nejpoužívanější komunikační prostředek, ale rovněž o grafické formě řeči – písmu, neverbální stránce řeči či dalších pro nás leckdy netradičních formách komunikace (Slowík, 2016). Nejcitovanější definicí NKS v tuzemské a slovenské odborné literatuře je definice uváděná Lechtou, která zní následovně: „*Komunikační schopnost člověka je narušená tehdy, pokud některá rovina jeho jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.*“ (Lechta, 1995, 2002, s. 13)

V současné logopedii rozlišujeme 4 jazykové roviny, kdy jazykovou rovinu popisuje Dvořák (1998, s. 145) jako „*dílčí systém (subsystém) jazyka charakterizovaný specifickými základními jednotkami*“. Jedná se o rovinu foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou,

morfologicko-syntaktickou a rovinu pragmatickou. Rovina foneticko-fonologická zastupuje zvukovou stránku řeči, jejíž základ tvoří hlásky (fonémy). Lexikálně-sémantická rovina se zabývá aktivní, pasivní slovní zásobou a významy jednotlivých pojmů. Rovina morfologicko-syntaktická je subsystém, který je zodpovědný za správné užívání gramatických pravidel daného jazyka. Jedná se např. o správnou tvorbu slovosledu, užití správných tvarů jednotlivých slov z hlediska rodu, čísla, pádu ad. (Bytešníková, 2012). O rovině pragmatické mluvíme jako o schopnosti uplatnit komunikační dovednosti a záměry v sociálním prostředí. Lechta (1990, s. 43) tuto rovinu definuje jako „*sociální aplikace komunikační schopnosti*“, Dvořák (1998, s. 145) jako „*schopnost vyjádřit rozličné komunikační záměry*“. Dvořák (1998) uvádí konkrétní příklady užití této schopnosti, a to např. žádost o něco, vyjádření postoje a emocí či schopnost vést rozhovor a spontánně vyprávět.

Při posuzování komunikační schopnosti a jejího případného narušení je nutno brát v potaz všechny výše zmíněné jazykové roviny, ale i formy interindividuální komunikace – komunikace verbální či neverbální. Narušení se může rovněž projevit v expresivní či receptivní složce komunikačního procesu (Lechta, 1990). Pokud bychom chtěli klasifikovat NKS, lze na ni nahlížet z mnoha hledisek, a to např. z hlediska etiologického, časového, z hlediska geneze, způsobu (formy) komunikování či průběhu komunikačního procesu a mnoha dalších (Lechta, 2013). Lze tedy říci, že těžko můžeme najít jednotnou klasifikaci, uznávanou převážnou většinou odborníků. Avšak za nejčastěji zmiňovanou a uznávanou klasifikací NKS v tuzemsku lze označit klasifikaci dle Lechty (1990), ve které autor uplatňuje hledisko symptomatologické. Lechta NKS dělí na deset základní druhů:

- Vývojovou nemluvnost
- Získanou orgánovou nemluvnost
- Získanou psychogenní nemluvnost
- Narušení zvuku řeči
- Narušení fluence řeči
- Narušení článkování řeči
- Narušení grafické stránky řeči
- Symptomatické poruchy řeči
- Poruchy hlasu
- Kombinované vady a poruchy řeči

Odlišnou klasifikaci preferuje Neubauer (2018e), který místo termínu NKS užívá termín poruchy řečové komunikace a který užívá následující klasifikační systém, zaměřený na dominantní příčiny poruchy, odlišující poruchy na bázi postižení:

- percepce – vlivu percepční bariéry (poruchy řečové komunikace z důvodu sluchové či zrakové bariéry)
- primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, respirační insuficience působící na hlasitost a srozumitelnost řeči)
- motorických řečových mechanismů (dysartrie – centrální porucha koordinace řečových modalit)
- individuálního jazykového systému (vývojová dysfázie, afázie)
- kognitivně-komunikačních poruch (vliv kognitivních poruch při syndromu demence ad.)

Tyto kategorie nadále rozlišuje na vývojové poruchy řečové komunikace u dětí a na poruchy řečové komunikace u dospělých a stárnoucích osob.

Nutno v rámci této kapitoly zdůraznit, že lze se setkat se stavy, které se manifestují jako NKS, ale o skutečné narušení se nejedná. Jde především o stavy přechodného charakteru, které jsou běžnou součástí fyziologického vývoje dítěte. Mluvíme o tzv. fyziologickém dysgramatismu (cca do čtyř let věku dítěte), fyziologické dysfluenci (kolem 3. – 4. roku) či fyziologické dyslalii. Úlohou logopedického odborníka je posoudit, zda se jedná o vývojovou – fyziologickou záležitost nebo zda je již přítomná určitá patologie, která danou komunikační oblast negativně ovlivňuje (Klenková, 2006).

1.3.1. Druhy NKS u dětí a dospívajících

Opožděný vývoj řeči – „*Za opožděný vývoj řeči je považována absence jedné, více nebo všech složek v oblasti vývoje řeči vzhledem k chronologickému věku dítěte* (Lejska in Bytešníková, 2012, s. 35). Jedná se o stav, kdy u dítěte dochází k pozdějšímu nástupu užívání pojmenování i situačních stereotypů, než je běžné u dětí intaktních. Důležitým faktorem je snaha dítěte komunikovat (Bytešníková, 2012). Klenková (2006) uvádí pravděpodobnost přítomnosti opožděného vývoje řeči v případě, kdy dítě ve 3 letech nemluví nebo mluví méně než ostatní děti ve stejném věku. Zdůrazňuje nutnost hledání etiologické příčiny opoždění a provedení diferenciální diagnostiky, která vyloučí jiné primární poruchy, které

rovněž mohou ovlivňovat vývoj řeči. Opožděný vývoj mimo jiné může mít rovněž negativní dopad na psychickou i rozumovou stránku dítěte. Avšak pokud se jedná o opožděný vývoj prostý, v následujícím průběhu se ve většině případů řeč vyrovnává obvyklému průběhu (Bytešnicková, 2012).

Vývojová dysfázie – „*Vývojová dysfázie je definována jako komplexní, vrozená porucha osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností*“ (Pospíšilová, 2018, s. 284), kterou nelze vysvětlit jiným postižením či abnormalitami. U jedinců s vývojovou dysfázií je přítomen opožděný vývoj řeči, dochází ke komolení slov, vět i jednoduchých říkanek či básniček. Přítomné je výrazné narušení schopnosti sluchového rozlišování (fonematická diferenciacce), vnímání a rozumění řeči. U dětí s vývojovou dysfázií se vyskytují nápadné dysgramatismy, které přetrvávají poměrně dlouhou dobu. Přítomna mohou být i narušení neřečových oblastí jako např. narušení krátkodobé sluchové paměti, zrakového vnímání či časoprostorové orientace. Nápadnosti lze sledovat i v dětské kresbě (Doležalová, Chotěborová, 2021).

Dyslalie, v tuzemsku rovněž známá pod pojmem patlavost, je popisována jako neschopnost nebo porucha výslovnosti jednotlivé hlásky či celé skupiny hlásek v řečové komunikaci dle příslušných jazykových norem a zvyklostí (Gúthová, Šebiánová, 2011). Dle Nádvořnickové (1995, 2002) se termínem dyslalie označuje několik úrovní, které se vzájemně propojují. Jedná se především o úroveň fonetickou a fonologickou. Porucha na fonetické úrovni se projevuje např. vynecháváním, zaměňováním hlásek či nepřesnou výslovností hlásek v místě artikulace. Porucha na úrovni fonologické se projevuje již v plynulé řeči, kdy dochází k ovlivňování jednotlivých hlásek sousedními hláskami, které dané hlásce předcházejí či po ní následují. Jiný názor na užívání termínu dyslalie uvádí Neubauer (2018f), který termínem dyslalie označuje již plně fixovanou neintaktní výslovnost, a to na všech úrovních projevu. Přiklání se spíše k užívání termínů artikulační a fonologické poruchy.

Palatolalie a rinolalie jsou druhy NKS spadající do kategorie narušení zvuku řeči. Rinolalii Klenková (2006) popisuje jako stav, kdy dochází k narušení oronazální rovnováhy neboli ke zvýšené nazalitě (rezonanci dutiny nosní) při realizaci orálních hlásek, a naopak ke snížené při hláskách nosních. Jedná se tedy buďto o hypernazalitu, hyponazalitu nebo o kombinaci dvou předešlých stavů. Tento druh NKS postihuje jak zvuk, tak i artikulaci mluvené řeči.

Palatolalie je termín, který zastřešuje NKS způsobenou orofaciálními rozštěpy, a to v případě rozštěpu patra (Škodová, 2007). Tento druh NKS se projevuje především v poruchách rezonance – otevřená huhňavost, artikulace a v celkové srozumitelnosti řeči. Nedochozí k narušení pouze verbální složky řeči, ale v rámci snahy minimalizovat nápadnosti v řečové produkci dochází k narušení rovněž koverbálního chování, tedy neverbální interindividuální složky komunikace (Klenková, 2006). Výjimkou nejsou ani poruchy sluchu, naopak jejich koexistence s orofaciálními rozštěpy je velmi častá – a to až v 90 % případů (Škodová, 2007).

Koktavost a breptavost souvisí s plynulostí řeči a lze je tedy nalézt pod zastřešujícím názvem narušení či poruchy fluence řeči. Koktavost, rovněž známá pod pojmem balbuties, je označována za jeden z nejtěžších druhů NKS. Pospíšilová (2018) rozděluje koktavost na tři typy – vývojovou, neurogení a psychogení. Nejvíce pozornosti věnuje koktavosti vývojové a uvádí, že se vyznačuje „*perzistentním, častým nebo pervazivním narušením rytmického proudu řeči, neúmyslným prodlužováním, opakováním a pauzami.*“ (Pospíšilová, 2018, s. 373) Rovněž zdůrazňuje, že tyto symptomy nelze přičíst žádnému jinému onemocnění. Ačkoliv se koktavost primárně projevuje v nesymbolických procesech (fluence), sekundárně zasahuje i procesy symbolické (interferenční vliv na koncipování myšlenek či výskyt parafrází). Koktavost má nepříznivý vliv na osobnost jedince, jeho školní, pracovní, ale i sociální oblast života (Lechta, 2010). Breptavost se primárně vyznačuje nadměrnou rychlostí mluvy, ale tato NKS zasahuje rovněž jazykové a kognitivní schopnosti jedince. Na rozdíl od koktavosti jedinec s breptavostí si narušení neuvědomuje, a proto se do péče logopeda dostane většinou až v případě koexistence breptavosti s koktavostí (Neubauer, 2018a).

Dysartrie je druh NKS, „*kteřá vzniká v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy koordinace svalstva podílejícího se na tvorbě řeči a je neurologického původu.*“ (Darley, Aronson, Brown in Love, Webb, 2009) Jak uvádí Klenková (2006), jedná se o nejtypičtější NKS, která souvisí s poruchou artikulace. Porucha zasahuje všechny modalit, které se podílejí na motorické realizaci řeči – respirace, fonace, rezonance, artikulace a prozódie. Ke vzniku poškození, způsobující dysartrii, může dojít kdekoli na dráze od mozku po samotný sval a v jakémkoliv období života (Love, Webb, 2009). Může tedy jít o vady vrozené či způsobené perinatálním poškozením nervového systému – často u dětí s mozkovou obrnou, ale i získané později během života (Klenková, 2006).

Afázie u dětí – „Afázie jsou získané poruchy řeči (jazyka) na symbolické (kognitivní) úrovni v důsledku ložiskového postižení mozku.“ (Košťálová, Bednařík, Mechl, Voháňka, 2006)
U dětí jde o tzv. dětskou vývojovou afázii, kdy dochází k postižení ještě nehotové řeči (vývoj řeči nebyl završen). Poznatky o dětské afázii jsou v tuzemské literatuře minimální. O této problematice se zmiňuje např. Klenková (2006). Tento druh afázie u dětí vzniká především úrazy hlavy a mozku. U těchto dětí lze zaznamenat deficity v porozumění řeči, výběru adekvátních slov ze slovníku, formulacích, ve schopnosti vyprávět či v krátkodobé sluchové paměti. Porucha porozumění vede u dětí do 6 let ke ztrátě verbální komunikace, narušení expresivní složky je tedy významným symptomem bez ohledu na typ afázie (Klenková, 2006).

Mutismus neboli oněmění je druh NKS charakteristický ztrátou schopnosti verbálně komunikovat. V současnosti MKN-10 obsahuje pouze jednu formu mutismu, a to elektivní mutismus. Nejčastěji se setkáváme s elektivním mutismem u dětí předškolního a mladšího školního věku (Klenková, 2006). Jeho vznik nelze přikládat organickému postižení centrální nervové soustavy, jedná se o záležitost psychogenního charakteru. Důležitou roli zde hrají dispozice, typ výchovy, rodina a její zázemí, ale i mezilidské vztahy či prožitá traumata (Kejklíčková, 2016).

O **symptomatických poruchách řeči** mluvíme tehdy, pokud NKS doprovází jiné postižení, poruchu či onemocnění, mající dominující charakter. Řeč může být jedním z určujících symptomů, které mohou být klíčové v rámci diagnostiky dané poruchy či onemocnění. Symptomatické poruchy řeči lze pozorovat nejčastěji u jedinců s mozkovou obrnou, zrakovým, sluchovým postižením či s postižením mentálním. Vzhledem k různorodému a velmi individuálnímu klinickému obrazu každého jedince je nutná komplexní a profesionální péče, na které se podílejí odborníci z mnoha lékařských i nelékařských oborů (Lechta, 1999).

2. Logopedická intervence

Logopedie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá zákonitostmi vzniku, eliminace a prevence NKS. Jejím předmětem zkoumání je člověk s NKS se zaměřením na příčiny, projevy, důsledky, možnosti diagnostiky, terapie, prevence i prognózy NKS. Tento vědní obor kolísá na rozhraní více vědních oborů a nelze ho označit za vědní obor čistě lékařský či speciálně-pedagogický, i když jej oba tyto obory velmi ovlivňují. Logopedie využívá poznatků i z mnoha dalších oborů jako např. z psychologie, jazykovědy, pedagogiky ad. (Lechta, 2007b).

Působení poznatků z mnoha oborů se kromě ukotvení v poli vědních disciplín odráží rovněž v logopedické terminologii. V minulosti bylo mnoho snah nalézt jeden shrnující a zastřešující termín, který by vymezil a zahrnul širokou a velmi specifickou práci logopeda. V praxi i teorii byly užívány termíny jako *logopedická činnost, terapie, výchova* ad., které ovšem popisují pouze konkrétní aktivity, kterými se logoped zabývá. Vzhledem k obsahové nedostatečnosti zmíněných termínů se v praxi na příliš dlouhou dobu neuchytily. Jako termín dostatečně vystihující specifickou aktivitu v práci logopeda se začal užívat termín **logopedická intervence**, který se jeví jako adekvátní a po obsahové stránce vyhovující termín pro celou šíři činnosti logopeda (Lechta, 2011). Pokud bychom měli charakterizovat termín logopedická intervence, lze si vypůjčit definici od Lechty (2011, s.18): „*Logopedická intervence je v tomto pojetí specifická aktivita, kterou logoped uskutečňuje s cílem identifikovat; eliminovat, zmírnit či alespoň překonat NKS; anebo předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost).*“ Logopedická intervence je chápána jako multifaktoriální proces, který pro dosažení svých výše zmíněných cílů je realizován na těchto úrovních – logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence (Klenková, 2006).

Cílem **logopedické diagnostiky** je stanovení diagnózy. Avšak nelze logopedickou diagnózu chápat pouze jako určení patologie NKS. Logopedická diagnostika kromě určení druhu NKS má za úkol odhalit příčiny jejího vzniku, její průběh, závažnost, následky či vyskytující se specifické zvláštnosti. Svou roli v následné terapii a začleňování do běžného života hrají rovněž funkce, které narušeny nejsou a na kterých lze v terapii stavět. I tuto oblast logoped zjišťuje v rámci logopedické diagnostiky. Na tento proces navazuje zhotovení individuálního logopedického plánu intervence, dle kterého se postupuje v následné

terapeutické péči. S vyřčenou diagnózou se rovněž stanovuje prognóza (Klenková, 2006). Lechta (1995, 2002) uvádí 3 úrovně diagnostiky, a to orientační vyšetření, základní vyšetření a speciální vyšetření. Vyšetření orientační se provádí například v rámci depistáže a zjišťuje, zda jedinec NKS má či nikoli. Základní vyšetření již zjišťuje druh NKS a stanovuje základní diagnózu či diagnostickou hypotézu, která je potvrzena nebo vyvrácena vyšetřením speciálním. Speciální vyšetření má za cíl co nejpřesněji identifikovat a popsat druh NKS, jeho stupeň, příčinu, specifika, následky, a to pomocí specifických postupů (Lechta, 1995, 2002). Stanovení úspěšné diagnózy se odvíjí od komplexnosti vyšetření. Je nutné se zaměřit na verbální i neverbální složku komunikace, recepci a expresi řeči a náležitě vyšetřit i všechny jazykové roviny. Pro zhodnocení a posouzení všech výše zmíněných složek se v rámci logopedické diagnostiky využívá následujících metod: pozorování, explorační metody, diagnostické zkoušení, testové a kazuistické metody, rozbor výsledků činnosti či přístrojové a mechanické metody (Klenková, 2006). Pro dosažení všech výše zmíněných cílů je diagnostika často vázána na spolupráci s dalšími odborníky – foniatr, audiolog, neurolog ad. Mluvíme tedy o tzv. zásadě týmového přístupu, která je pro správnou diagnostiku významná a nezpochybnitelná (Lechta, 1995, 2002).

Postupy **logopedické terapie** vycházejí ze stanovené diagnózy a dalších poznatků o daném jedinci, které byly zjištěny během diagnostického procesu. Lechta (2011, s. 22) logopedickou terapii charakterizuje jako „...specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami, ve specifické situaci záměrného učení.“ Termín terapie je preferován převážně v klinickém kontextu, v kontextu edukačním je užíván termín učení či intervence (Hedge, Davis in Neubauer, 2018d). Cílem terapie je eliminace, zmírnění či překonání NKS. Nejlepším výsledkem by bylo úplné odstranění NKS a komunikační bariéry s ní spojené, ale v těch nejtěžších případech lze tohoto cíle málokdy dosáhnout i přes veškeré vynaložené úsilí. V takovém případě je snahou logopeda v rámci terapie NKS zmírnit, snížit jeho stupeň na minimum a překonat komunikační bariéru. Primárně se tedy logopedická terapie zaměřuje na komunikační schopnosti jedince a je logopedem vedena tak, aby během ní došlo ke zkvalitnění komunikačních kompetencí a k dosažení vyšší úrovně, než byla ta výchozí (Lechta, 2011). Lze hovořit o tzv. tréninkových postupech a funkcionálních trénincích, jejichž cílem je navození žádoucích dovedností, rozvoj či obnovování komunikačních funkcí nebo překonávání projevů komunikační poruchy. V rámci terapeutického přístupu je uplatňováno hned několik složek současně, a to složek rehabilitačních, pedagogických,

psychologických i poradenských (Neubauer, 2018d). Metody logopedické terapie lze rozdělit na metody stimulační, korigující a reedukující. Během logopedické terapie se velmi často využívají rovněž metody z oblasti všeobecné či speciální pedagogiky (Lechta, 1995, 2002). Neubauer (2018d) poukazuje na přínos kombinace individuální a skupinové formy terapie. Uznává, že se jedná o náročný koncept, avšak toto propojení shledává za velmi potřebné a mluví o tzv. výzvě v rámci zlepšování komplexnosti péče o osoby s projevy poruch řeči. Navozené situace během skupinové terapie pomáhají jedinci upevnit a uplatnit získané dovednosti a kompenzační strategie.

Logopedická prevence je dělená na prevenci primární, sekundární a terciární. Obecně lze prevenci popsat jako opatření, jejichž cílem je předejít a zamezit nežádoucím jevům, vyskytujících se v různých oblastech, a to u všech věkových kategorií (Hartl, Hartlová, 2015). Primární prevenci lze rozdělit na nespecifickou a specifickou. Nespecifická primární prevence podporuje žádoucí formy a způsoby chování. Specifická primární prevence se již zaměřuje na předejití vzniku konkrétního druhu NKS. Předmětem zájmu sekundární prevence je již určitá skupina, která je ohrožená negativním jevem, který by mohl způsobit vznik NKS. Jako příklad lze uvést hlasové profesionály, děti nacházející se v kojeneckých ústavech či děti s vývojovou řečovou neplynulostí. Terciální prevence je zaměřená na osoby, s již projevenou NKS a jejím záměrem je předejít dalším negativním důsledkům, které by na základě přítomnosti NKS mohly vzniknout (Lechta, 2007a).

2.1. Systém logopedické intervence v ČR

V České republice je logopedická intervence realizována ve spolupráci se třemi ministerskými resorty – ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), ministerstva zdravotnictví (MZ), ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). V rámci těchto sektorů se logopedická péče uskutečňuje v zařízeních státních, nestátních nebo soukromých. Mezi státní zařízení lze zařadit kliniky, nemocnice, státní polikliniky apod., pod nestátní spadají městská, okresní, církevní zařízení a soukromými zařízeními jsou myšleny privátní praxe klinických logopedů (Fukanová, 2007). Logopedická péče v jednotlivých sektorech se liší odlišnou obsazeností logopedických odborníků.

Logopedická péče uskutečňující se v **resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy** je nejčastěji realizována v rámci programů předškolního, základního

a speciálního školství nebo ve speciálně pedagogických centrech (SPC). V krajních případech v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) (Neubauer, 2018b). Mateřské a základní školy logopedické jsou zřizovány dle §16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb. a jejich účelem je propojovat vzdělávací činnost s logopedickou péčí (z. č. 561/2004 Sb.). Ve třídách je snížený počet žáků a dětem je poskytována skupinová, ale i individuální logopedická péče. Velká část těchto zařízení je stále internátního typu zajišťující celodenní výchovný program. Dle téhož paragrafu školského zákona jsou zřizovány další školy speciální např. pro děti se sluchovým postižením či pro děti s více vadami, ve kterých je logopedická péče realizována s účelem zabezpečit rozvoj komunikačních dovedností u svých žáků (Neubauer, 2018b). V rámci poskytování logopedické péče v tomto resortu se lze setkat s těmito pracovníky – speciální pedagog – logoped, logopedický asistent, logopedický preventista (Fukanová, 2007).

V **resortu zdravotnictví** je logopedická péče realizována nejčastěji v logopedických ambulancích (státních i soukromých) či na specializovaných logopedických pracovištích, která jsou součástí většího pracoviště. Jako příklad můžeme uvést lůžková oddělení foniatrická, pediatrická, neurologická ad., specializovaná pracoviště jako například jednotka intenzivní péče (JIP) či denní stacionáře při zdravotnických zařízeních (Fukanová, 2007). Tato pracoviště klinické logopedie mohou rovněž zabezpečovat ambulantní logopedické služby pro konkrétní region či realizovat dlouhodobou terapii u osob, které přecházejí z péče lůžkového zařízení do dlouhodobější následné ambulantní péče (Neubauer, 2018c). V systému zdravotní péče se setkáváme s klinickým logopedem nebo s logopedem, který je zařazen do specializační přípravy a pracuje pod supervizí klinického logopeda (Fukanová, 2007).

V **resortu ministerstva práce a sociálních věcí** se s logopedickou péčí můžeme setkat spíše v zařízeních pro děti a mládež s tělesným a mentálním postižením. V zařízeních pečujících o stárnoucí populaci se logopedická péče vyskytuje v menším měřítku. Jedná se o oblast, která je teprve ve vývoji. Pokud se v těchto zařízeních logopedická péče uskutečňuje, tak se děje především ve spolupráci s odbornými pracovníky ze zdravotnictví či se speciálními pedagogy. Tato spolupráce se odehrává převážně na externí bázi, kdy klinický logoped dochází do jednotlivých zařízení, kde s klienty provádí terapeutická sezení a následně instruuje pracovníky daného zařízení, kteří jsou s klienty v každodenním kontaktu. Lze sem rovněž zařadit sociální službu sociální prevence, a to konkrétně ranou péčí (Neubauer,

2018b). Raná péče je terénní služba, která je poskytována dítěti a rodičům dítěte do věku 7 let, které je zdravotně postižené nebo je jeho vývoj ohrožen z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Někteří poskytovatelé rané péče nabízejí i ambulantní formu péče. Služba se zaměřuje na podporu vývoje dítěte se zaměřením na jeho specifické potřeby a rovněž na podporu jeho rodiny. Služby rané péče jsou legislativně zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (ARP ČR, 2022).

2.2. Systém logopedické intervence v zahraničí

Pro tuto podkapitolu, zaměřující se na popis systému logopedické intervence v zahraničí, byly vybrány dvě země. Jde o jednu evropskou a jednu mimoevropskou zemi, konkrétně o Rakousko a Spojené státy americké (USA).

2.2.1. Spojené státy americké (USA)

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), americká národní organizace sdružující profesionály z řad audiologů, logopedů a vědeckých pracovníků věnujících se těmto oborům popisuje logopedy, anglicky *speech-language pathologist*, jako profesionály realizující svou činnost v oblasti komunikace a polykání. V oblasti komunikace se konkrétněji soustředí na produkci řeči, fluenci, jazykové schopnosti, kognici, hlas či sluch. Co se týče polykacího procesu, logoped se zabývá všemi jeho fázemi, ale rovněž i vztahem jedince k jídlu a stravování (ASHA, 2016). V tomto směru lze shledat totožný směr zaměření, jako je tomu v ČR. Američtí logopedi mohou působit ve zdravotnictví, školství, ale i dalších oblastech, kde je jejich činnost potřeba, např. v sociální péči.

Dle ASHA (ASHA, 2022) více jak třetina logopedů působí v resortu zdravotnictví, kde mohou svou činnost vykonávat v nemocnicích, na rehabilitačních pracovištích, v domovech s pečovatelskou službou (nursing homes), v ambulancích, privátních praxích či v rámci poskytování domácí zdravotnické péče. Ve zdravotnickém prostředí se logopedi setkávají s klienty po mrtvici, traumatech hlavy, s neurodegenerativním onemocněním jako Parkinsonova, Alzheimerova choroba či s pacienty s onkologickým onemocněním hlavy a krku.

Přes polovinu logopedických profesionálů poskytuje své služby ve školství, a to dětem téměř v každém věku – kojencům, batolatům, dětem předškolního, mladšího školního věku i dospívajícím. V rámci rané intervence se věnují poruchám polykání u kojenců a batolat,

radí a instruují rodiče v rámci správného vývoje řeči. Ale rovněž navštěvují zařízení, která pečují děti předškolního věku a vzdělávají je, kde poskytují intervenci dětem, které mají expresivní a receptivní poruchy jazyka. Dětem mladšího školního věku a dospívajícím poskytují logopedickou terapii, zaměřující se na produkci a rozumění řeči, dále spolupracují s učiteli v rámci rozvoje gramotnosti či rozvoje slovní zásoby. Mimo jiné rovněž pomáhají dětem s poruchou autistického spektra zlepšovat pracovní dovednosti při přechodu do pracovního prostředí.

Logopedi v USA mohou být zaměstnáni v privátních logopedických praxích, kde mohou vykonávat přímou klinickou péči a poskytovat konzultace, či vykonávat výzkumnou nebo pedagogickou činnost na vysokých školách a univerzitách, a podílet se tak na vzdělávání budoucích logopedů. Pro vykonávání profese logopeda je zapotřebí získat magisterský titul, k jehož zisku je zapotřebí dvouleté denní studium, absolvování akademických kurzů a klinické praxe (ASHA, 2022).

2.2.2. Rakousko

Logopedie je v Rakousku zákonem uznaná a právně regulovaná zdravotnická profese. Logopedickou činnost upravuje tzv. MTD zákon (*Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)*). Profesionální sdružení rakouských logopedů *Berufsverband der österreichischen Logopädinnen und Logopäden* ukotvuje činnost logopedů v těchto oblastech – prevence, diagnostika/vyšetření, terapie. Specifika všech těchto oblastí jsou popsány výše (viz kapitola Logopedická intervence). Zdůrazňuje rovněž důležitost a nutnost neustálého rozšiřování znalostí a dovedností logopedů v oboru. Neopomenuta je i oblast praktické i teoretické výuky budoucích logopedů či spolupráce na výzkumných projektech či odborných publikacích (*Logopädieaustria*, 2022). V Rakousku je studium logopedie od roku 2010 možné už pouze na šesti univerzitách, které nabízejí tříletý studijní program po jehož úspěšném absolvování student obdrží titul bakalář věd (*Bachelor of Science*). Pouze jedna z rakouských univerzit nabízí studium magisterského oboru logopedie, který úspěšně dokončí pouze nízký počet logopedů (*Bloder, Eikerling, Rinker, Lorusso*, 2021).

V Rakousku kvalifikovaný logoped působí ve zdravotnických, sociálních a školských zařízeních. Tedy v nemocnicích, ambulancích, rehabilitačních zařízeních, v domovech s pečovatelskou službou, ve školách a v dalších pomocných organizacích. Všechny

logopedické, audiologické i foniatrické služby musí být předepsány lékařem či zubním lékařem, dle pokynů příslušné zdravotní pojišťovny (Logopädieaustria, 2022). Pro zahájení logopedické péče je zapotřebí doporučení logopedické intervence od odborného lékaře (např. ORL lékař, pediatr, neurolog ad.). Předepsaná logopedická péče se vztahuje na konkrétní počet sezení. V případě potřeby navýšení terapeutických sezení je nutné dodat nové doporučení od příslušného lékaře. Logopedické služby mohou být částečně hrazeny zdravotními pojišťovnami, a to za podmínky doložení výše zmíněného lékařského doporučení. Zbylá část terapeutického sezení je doplácena samotnými klienty (uváděna je částka 30 – 60 €/sezení) (Bloder, Eikerling, Rinker, Lorusso, 2021).

3. Ústavní výchova – náhradní výchovná péče

3.1. Vymezení a terminologie

Ústavní výchova nebo také ústavní péče je náhradní forma péče, ke které se přistupuje v případech, kdy rodina dítěte z různých důvodů ve výchově a péči selhává a osvojení či pěstounská péče není vhodnou formou náhradní péče o dítě (Matějček, 1999). „*Jsou-li výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit, může soud jako nezbytné opatření také nařídit ústavní výchovu.*“ (z. č. 89/2012 Sb., § 971 odst. 1). Soud takto jedná především tehdy, pokud již dříve uskutečněná opatření nevedla k nápravě. Před nařízením ústavní výchovy je vždy zváženo, zda není možnost svěřit dítě do péče fyzické osoby. V rámci rozhodnutí vydaného soudem o nařízení ústavní výchovy je rovněž označen typ zařízení, do kterého má být dítě umístěno. Soud přihlíží k zájmům dítěte a k vyjádření OSPODu (orgán sociálně – právní ochrany dětí). Dítě by mělo být zařazeno do zařízení v blízkosti rodičů či jiných blízkých osob dítěte. Soud může nařídit ústavní výchovu nejdéle na tři roky. Po uplynutí od nařízení lze její trvání prodloužit, a to na základě přetrvávajících příčin jejího nařízení, avšak opět maximálně na délku 3 let (z. č. 89/2012 Sb.).

V České republice zařízení ústavní péče spadají pod tři resorty – ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství a ministerstvo práce a sociálních věcí. Pod ministerstvo zdravotnictví spadají zařízení poskytující péči dětem do věku tří let. Konkrétně se jedná o kojenecké ústavy a domovy pro děti do tří let věku. Pod ministerstvo práce a sociálních věcí řadíme domovy pro osoby se zdravotním postižením, které dětem a mládeži se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení poskytují potřebné sociální služby. Pod resort ministerstva školství a tělovýchovy spadají zařízení zabezpečující výchovnou péči dětem starším tří let, konkrétně se jedná o tato zařízení – dětský domov, dětský domov se školou, diagnostický ústav a výchovný ústav (Otevřená budoucnost, 2022). Výkon ústavní výchovy ošetřuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Účelem ústavní výchovy a zařízení pro tento účel zřízených je poskytnout nezletilému dítěti, zpravidla ve věku 3 – 18 let, adekvátní a dostatečné výchovné prostředí, které v jejich domácích podmínkách bylo nedostatečné či zcela chybělo (z. č. 109/2002 Sb.). V České

republiky jsou rovněž zřizována zařízení, která jsou zacílená na děti vyžadující okamžitou pomoc a rychlé umístění v době krize. Jedná se o zařízení typu Klokánek či Dětská centra, která se nacházejí po celé republice a jejich činnost nespadá pod žádný z výše zmíněných resortů, nevztahuje se na ně zákon o výkonu ústavní výchovy a jejich financování je realizováno ze systému dávek státní sociální podpory (Otevřená budoucnost, 2022).

3.1.1. Diagnostický ústav

Diagnostický ústav je typ zařízení přijímající děti, kterým bylo nařízeno předběžné opatření, ústavní výchova či uložena výchova ochranná (z. č. 109/2002 Sb.). Zařízení tohoto typu vykonávají široké spektrum činností – naplňují funkci diagnostickou, výchovně vzdělávací, organizační, metodickou, koncepční, ale i terapeutickou. Za umístění dětí do jednotlivých zařízení v rámci konkrétního regionu jsou odpovědná právě tato zařízení (Pilař, 2004). Diagnostické ústavy realizují tzv. výchovně-terapeutické pobyty, jejichž cílem je zpracovat komplexní diagnostiku osobnosti dítěte, určit jeho individuální výchovné a vzdělávací priority, a to včetně stanovení a doporučení specifických metod a postupů. Mimo jiné se snaží o stabilizaci přijatého dítěte a jeho adaptaci na pobyt a podmínky ústavní výchovy. Tato oblast zahrnuje mimo jiné např. ukotvení hygienických, režimových a výchovných návyků (Janský, 2009).

Diagnostický ústav také poskytuje péči dětem s nařízenou ústavní či ochrannou výchovou, které byly zadrženy na útěku. Zařízení, ve kterém je dané dítě umístěno, by si mělo dítě převzít do dvou dnů od přijetí oznámení o jeho zadržení. V diagnostických ústavech jsou v rámci komplexní diagnostiky dětí zřizovány nejméně tři výchovné skupiny. Pokud se v zařízení vyskytují děti, pro které je nezbytné zajistit dokončení studia, poskytování psychologických či speciálně pedagogických služeb či se vyskytují jiné skutečnosti, které nedovolují nebo nejsou vhodné pro přemístění dítěte do jiného zařízení, mohou být se souhlasem ministerstva zřízeny výchovné skupiny konkrétně pro tyto děti. Diagnostické ústavy či výchovné skupiny v nich zřizované mohou být děleny dle pohlaví či věku dítěte. Diagnostický ústav, který není určen pro jedno z pohlaví, takto ani nečlení své výchovné skupiny (z. č. 109/2002 Sb.).

Co se týče organizační funkce diagnostického ústavu, ta spočívá ve vedení evidence dětí, které jsou umístěny v zařízeních v územním obvodu daného diagnostického ústavu. Rovněž eviduje volná místa ve spádových zařízeních ústavní výchovy. Jeho povinností je minimálně

dvakrát ročně zajistit činnost odborného pracovníka ve spádových zařízeních, a to za účelem metodického vedení, koordinace a ověřování účelnosti postupů a výsledků vedené výchovné péče (z. č. 109/2012 Sb.).

3.1.2. Dětský domov

Dětský domov je druh zařízení ústavní výchovy, do kterého jsou umístovány děti, které nevykazují vážné poruchy chování. Péče o děti v dětských domovech je poskytována dle jejich individuálních potřeb. „*Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.*“ (z. č. 109/2002 Sb., §12 odst. 1) A to zpravidla dětem ve věku od 3 do 18 let. Zařízení mohou poskytovat svou péči i starším jedincům, již zletilým, avšak nezaopatřeným, kteří již nemají nařízenou ústavní či ochrannou výchovu a kteří setrvávají v přípravě na budoucí povolání. Věková hranice však nemůže překročit 26 let (z. č. 109/2002 Sb.). Základní organizační jednotku tvoří tzv. koedukovaná rodinná skupina, a to různého věku i pohlaví. Rodinnou skupinu tvoří 5, maximálně 8 jedinců, přičemž sourozenci bývají zařazováni do jedné rodinné skupiny, a to z důvodu udržení rodinných vazeb. Denní režim, systém komunikace či hospodaření s prostředky má být přizpůsoben co nejvíce obrazu běžné rodiny (Pilař, 2004). Janský (2009) uvádí, že velké procento dětí přichází do zařízení z rozpadlých rodin či přímo z kojeneckých ústavů. Rovněž poukazuje na fenomén, kdy se do dětských domovů dostávají děti z rodin, které nedokážou materiálně zabezpečit potřeby dítěte. K těmto sociálním problémům často bývají přidružené problémy osobnostní či výchovné.

3.1.3. Výchovný ústav

Výchovný ústav je zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy pečující primárně o děti starší 15 let, u nichž se vyskytují závažné poruchy chování. Avšak do zařízení výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, v případě že mu byla uložena ochranná výchova, ale jeho projevy v chování jsou natolik závažné, že ho nelze umístit do dětského domova se školou. Stejně tak děti starší 12 let s nařízenou ústavní výchovou v případě, kdy se u nich vyskytují zvláště závažné poruchy chování. Zařízení výchovných ústavů jsou zřizována odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou, pro děti s nařízenou ochrannou výchovou, pro nezletilé matky a pro jejich děti, či pro děti vyžadující výchovně léčebnou péči. V některých případech jsou pro jedince s potřebou výchovně léčebné péče zřizovány oddělené výchovné skupiny v rámci daného zařízení (z. č. 109/2002 Sb.). Základní jednotku

ve výchovném ústavu tvoří výchovná skupina v rozmezí 5 – 8 členů na základě jejich zdravotního či mentálního stavu nebo podle závažnosti jejich výchovných problémů (Pilař, 2004). Výchovné ústavy a dětské domovy se školou jsou často veřejnou společností označovány jako „pastřáky“ či „polepšovny“. Do těchto zařízení přicházejí děti se závažnými poruchami chování, často vykazující skutkovou podstatu trestného činu (Janský, 2009). Janský (2009) upozorňuje na skutečnost, že i tyto závažné problémy, které vedou k nařízení ústavní či ochranné výchovy, jsou téměř vždy symptomem dysfunkční rodiny.

3.1.4. Dětský domov se školou

Dětské domovy se školou jsou určeny dětem s nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování nebo které vyžadují potřebu výchovně léčebné péče z důvodu přechodné či trvalé duševní poruchy. Rovněž jsou do tohoto typu zařízení přijímány děti s uloženou ochrannou výchovou nebo nezletilé matky s dětmi, které splňují výše uvedené podmínky. S nezletilými matkami žijí v ústavu i jejich děti, které ovšem nemohou navštěvovat vzdělávací zařízení, které není součástí daného dětského domova se školou. Do těchto zařízení jsou umísťovány děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky (z. č. 109/2002 Sb.).

3.2. Vliv náhradní péče na vývoj dítěte

„Děti, které nemohou být vychovávány vlastními rodiči, jsou na cestě životem osamělé. Potřebují, aby je někdo vzal za ruku a řekl: „Pojď, půjdeme spolu.“ (Ptáček a kol., 2015, s. 3)

Prostředí, forma péče a výchovy mají zásadní vliv na vývoj dítěte. Tyto vlivy se mimo jiné promítají rovněž do celoživotní úspěšnosti jedince, ale podepisují se i na výskytu duševních či somatických onemocnění. Je dokázáno, že děti, které v raném věku, i přes jejich dobrou zdravotní kondici, vyrůstaly v ústavní péči, později selhávaly ve škole, zaměstnání či v oblasti partnerského života. Rovněž u nich byla zjištěna větší nemocnost a výskyt specifických zdravotních a psychických obtíží (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011).

Rodina a její členové jsou základními vzory, které ovlivňují způsob budoucího vnímání světa dítěte, jeho chápání ostatních lidí, sebe sama a celkově dítěti ukazují, jak funguje lidské společenství. Dítě vzorce chování svých blízkých napodobuje, osvojuje si je a ztotožňuje se s nimi. Učí se, jakým způsobem dávat najevo své pocity a názory, a touto formou se bude

projevovat i mimo svůj domov. Avšak to, že určité chování není žádoucí a vhodné pro něj samotného ani pro společnost, už neví a ani vědět nemůže, protože nic jiného nezná (Vágnerová, 2012a).

Významný český psycholog Zdeněk Matějček (1999) popsal několik základních psychických potřeb dítěte, které musí být uspokojeny, aby se dítě vyvíjelo ve zdravou osobnost. Jedná se o potřebu stimulace, smysluplného světa, životní jistoty, pozitivní identity a potřebu otevřené budoucnosti. Pokud tyto potřeby nejsou dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, výsledkem je psychický stav, pro který je užíván termín psychická deprivace. Všechny výše zmíněné psychické potřeby dítěte nedokáže uspokojit sebelepší ústavní zařízení, avšak ani rodina, ve které se o dítě nestarají, zanedbávají ho či mu dokonce ubližují. Lze tedy říct, že psychické deprivaci se nevyhnou jak děti ve vlastních rodinách, tak ani děti v zařízeních ústavní péče (Koluchová, 2002). Nedostatečné množství těchto natolik potřebných podnětů negativně působí na vývoj osobnosti dítěte, které strádá po stránce podnětové i citové. V tomto případě dochází ke změnám v jeho prožívání, uvažování i chování (Vágnerová, 2012a). Děti, které jsou umísťovány do zařízení náhradní výchovy, mají za sebou negativní zkušenosti buď již z období prenatálního vývoje, po narození z domácího prostředí či při příchodu do nového prostředí náhradní péče. Ve většině případů bývají u těchto dětí zpozorována narušení v emocionální a sociální oblasti (Škoviera, 2007).

U **děti do tří let** se tyto zkušenosti projevují opožděním celého psychomotorického vývoje. Přítomná je povrchnost, nediferenciovanost citů a sociálních vztahů, rozmrzelá nálada či nedětsky vážný výraz (Koluchová, 2002). Oblasti raného vývoje dítěte spolu významně souvisejí a navzájem se prolínají. Proto nedostatky ve vývoji jedné oblasti mají negativní dopady na ty zbylé. K intaktnímu vývoji ve všech oblastech je zapotřebí individuální a dostatečný kontakt s dospělou osobou (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011). *„Pro dítě je v období rané výchovy obzvláště důležitá individuální péče s možností navázání blízkého vztahu. Pokud je tato péče nebo interakce nedostatečná nebo chybí úplně a děti prožívají nevyhraněné a neosobní vztahy v ústavním prostředí, poruchy ve vývoji jsou již nenapravitelné.“* (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011, s. 15)

V rámci **somatického vývoje** mohou být patrné odchylky v oblasti růstu, imunitního systému, ale i ve vývoji některých mozkových struktur (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011).

Vágnerová (2012a) poukazuje na zjištění, které prokázalo vliv opakovaného emočního prožívání z uspokojivé interakce mezi matkou a dítětem v prvních 18 měsících života na rozvoj určité oblasti kůry čelního laloku. Narušení a nedostatečný vývoj **motorických schopností** se negativně promítá do vývoje kognitivních funkcí, které jsou zodpovědné za výši a kvalitu intelektu v dospělosti. Nejméně viditelnou, ale za to zásadní složkou raného vývoje je oblast **socioemočního vývoje** (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011). U dětí vyrůstajících v ústavní péči je obzvláště patrná absence silných osobních a navzájem uspokojivých vztahů mezi dítětem a dospělou osobou. Děti zažívají nárůst pocitů osamělosti, které v budoucnu vedou ke vzniku povrchních vztahů (Ptáček a kol., 2015). Děti psychicky deprivované mohou v pozdějším věku zažívat větší problémy v sociálních vztazích, potýkat se s vyšším výskytem duševních onemocnění či vykazovat nižší výkony v oblasti intelektu (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011). Dle dlouhodobé studie byly děti z dětských domovů v oblasti intelektových schopností nejslabší skupinou a dosahovaly rovněž nejmenšího posunu v parametrech intelektového výkonu (Ptáček a kol., 2015). Avšak ke snížení rozumových schopností nemusí dojít, pokud byly zavčas a dostatečně výchovně podchyceny a ovlivňovány. Problém se může objevit spíše v jejich efektivním a účelném využívání (Vágnerová, 2012a). Ptáček a kol. (2015) uvádí fakt, že pokud se děti z ústavní péče dostanou do náhradní rodinné péče, jejich rozumové schopnosti se zlepší. Ovšem toto zlepšení je patrné přibližně až po čtyřech letech v nové rodině.

V **období předškolního věku** je ve většině případů stále přítomná citová povrchnost. Děti mají velkou touhou někomu patřit – výrazně se vážou na vychovatelky či se dožadují „nové maminky“. Dochází i ke zkreslené představě o jejich vlastních rodičích, o jejich idealizaci, i přesto, že si je nepamatují nebo s nimi zažily nepěkné situace. U výrazně deprivovaných dětí je přítomno významné opoždění v řeči. Rovněž v mnoha případech nejsou děti zralé na vstup do první třídy a povinná školní docházka jim je minimálně o rok odložena (Koluchová, 2002). **Ve školních letech** vykazují téměř všechny deprivované děti horší prospěch, který ovšem nemusí vypovídat o jejich skutečných intelektových schopnostech. Tato skutečnost je patrná i u dětí, které jsou v rámci náhradní výchovy v péči pedagogických pracovníků i mimo školu. Přítomná je i snížená motivace k učení se a vzdělávání či nápadné odchylky v chování, především v sociálních styku. Rovněž se mohou u některých dětí vyskytovat neurotické obtíže, citová otupělost, agresivita a nedůvěra k lidem (Koluchová, 2002). Oproti běžné populaci se až 3 – krát častěji u dětí z dětských domovů vyskytuje porucha pozornosti

s hyperaktivitou – ADHD. Se zvyšujícím se věkem se školní schopnosti dětí z ústavní péče zlepšují, ale do 7. ročníku základní školy jsou stále v pásmu podprůměru (Škoviera, 2007). V **období dospívání** se mohou objevovat obtíže v kolektivu a sociálním začleňování. Vyskytuje se také zvýšené riziko závislostního chování (alkohol, drogy ad.) (Koluchová, 2002). Značné změny jsou sledovány ve vývoji vlastního sebehodnocení, které je podstatnou složkou v dalším sociálním vývoji a uplatnění. U dětí z dětských domovů během puberty bylo zaznamenáno nejvýraznější snižování vlastního sebehodnocení na rozdíl od dětí z pěstounských rodin, u kterých byl trend opačný (Ptáček a kol., 2015).

Důsledky negativního zážitku z dětství a z nich vzniklá psychická zátěž mohou přetrvávat **až do dospělosti**. Projevy lze spatřovat od problémů v partnerském životě, nejisté výchově vlastních dětí až po páchaní trestné činnosti (Koluchová, 2002). U dospělých osob, které během svého dětství měly zkušenost s náhradní formou péče, byl zaznamenán častější výskyt těchto psychologických rysů – depresivita, neuroticismus, impulzivita, sebenejistota či nedůvěřivost. Tito jedinci se potýkají s horší materiální životní úrovní, která je ovlivněna nižší vzdělaností i profesní úrovní. Jejich celková životní spokojenost je menší, mají méně stabilní vztahy a nižší sociální oporu. Avšak po negativních zkušenostech a situacích, kterými si dané osoby prošly během svého dětství, hodnotí své zkušenosti s ústavní či pěstounskou péčí relativně pozitivně (Ptáček a kol., 2015).

3.2.1. Vliv náhradní péče na vývoj řeči

Děti přicházející do ústavní výchovy mají za sebou ve většině případů negativní zkušenost z prostředí, ve kterém se doposud nacházely, a potýkají se s následky tzv. psychické deprivace. Mnoho autorů (např. Koluchová, 2002; Langmeier, Matějček, 2015; Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011) se shoduje, že velmi citlivým indikátorem psychické deprivace je řeč a její vývoj. V kapitole věnující se vývoji řeči jsme se mohli přesvědčit, o jak náročný a mnoha aspekty ovlivňovaný proces se jedná.

Lidská řeč, především řeč matky dítěte, je nejčastějším zvukovým podnětem, se kterým se dítě dennodenně setkává, a který si spojuje i s dalšími uspokojujícími podněty (přítomnost matky, jídlem ad.). Rozvoj řečových a jazykových schopností je záležitostí učení, na kterém se podílí především rodiče dítěte. Aby se tyto schopnosti dostatečně rozvíjely, dítě musí být mluvené řeči vystavováno pravidelně, musí se naučit diferenciovat jednotlivé zvuky, zapamatovat si je a pochopit jejich funkci (Vágnerová, 2012a). Koluchová (2002) rovněž

uvádí, že předpokladem normálního vývoje řeči je individuální kontakt s matkou, dále zmiňuje kladné citové ladění a smysluplnost okolního světa. Poukazuje na skutečnost, že tyto předpoklady, které mohou v některých rodinách zcela chybět, jsou i v ústavní péči omezeny. Dětem mimo jiné chybí i pozitivní emoční odezva na jejich komunikační a řečové pokusy, která je pro správný řečový, ale i emoční vývoj podstatná. Pokud v životě dítěte chybí důležitá osoba, se kterou chce komunikovat, dítě není ke komunikaci motivováno a tato potřeba se u něj ani nerozvíjí (Vágnerová, 2012a).

Langmeier s Matějčkem (2015) se shodují, že v obraze psychicky deprivovaného dítěte je přítomné výrazné opoždění ve vývoji řečových schopností. Řeč je patlavá, po syntaktické a sémantické stránce opožděná. Slovní zásoba je chudá a jsou patrné nedostatky v řazení slov vedle sebe na základě větné spojitosti. Děti si mnohem později a obtížněji osvojují schopnost vyjádřit děj a smysl obrázku, což poukazuje na opožděné chápání symbolické povahy grafického znaku. Tato opožděná schopnost se následně projevuje i v oblasti čtení a psaní. Vágnerová (2012a) dodává, že dětem chybí spontaneita v řečovém projevu, nedokážou správně vyjádřit své pocity a nápady a neumí adekvátně komunikovat s jinými lidmi.

Pro rozvoj řeči a jazykových dovedností jsou dle Vágnerové (2012a) zásadní především první dva roky života dítěte. Čím déle se dítě nachází v nepodnětném a nestimulujícím prostředí, tím horší a náročnější je náprava deficitů v řečovém vývoji.

4. Logopedická intervence v rámci ústavní výchovy

4.1. Cíle praktické části

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, jakými způsoby je realizována logopedická intervence u dětí vyrůstajících v zařízeních ústavní výchovy. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zařízení ústavní výchovy ve Středočeském kraji a v hlavním městě Praha.

V rámci výzkumné šetření bylo formulováno několik **dílčích cílů**, a to:

- Zjistit, s jakými odbornými pracovníky vybraná zařízení nejčastěji spolupracují v rámci logopedické intervence.
- Zjistit, nejčastěji se vyskytující druh narušené komunikační schopnosti u dětí ve vybraných zařízeních ústavní výchovy.
- Zjistit, kteří pracovníci vybraných zařízení se podílejí na logopedické intervenci.

K dosažení výše zmíněných cílů, hlavních i dílčích, byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: *Kteří pracovníci vybraných institucí ústavní výchovy se aktivně podílí na logopedické intervenci?*

Výzkumná otázka č. 2: *Kdo z odborných pracovníků se podílí na logopedické intervenci u dětí ve vybraných zařízeních ústavní výchovy?*

Výzkumná otázka č. 3: *Jaký druh narušené komunikační schopnosti, případně druhy NKS, se nejčastěji vyskytují u dětí ve vybraných institucích ústavní výchovy?*

Výzkumná otázka č. 4: *Jaké jsou podmínky pro realizaci logopedické intervence ve vybraných zařízeních ústavní výchovy?*

4.2. Metodologie výzkumu

K získání potřebných dat byla zvolena metoda smíšeného výzkumu – kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Z metod kvantitativního výzkumu bylo využito elektronického anonymního dotazníku, který byl vytvořen konkrétně pro toto výzkumné šetření. „Podstatou dotazníku je zjištění dat o respondentovi, ale i jeho názoru a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají.“ (Skutil a kol. 2011, s. 80) Dotazník tvořilo

celkem 24 otázek, které nabízely možnost zvolit jednu či více odpovědí. Do dotazníku byly rovněž zařazeny otázky s otevřenými odpověďmi. Finální podoba dotazníku je součástí příloh této práce (viz. Příloha A). Otázky č. 1 – 3 zjišťovaly základní informace o zařízeních, za které byly dotazníky vyplňovány. Otázky zjišťovaly typ zařízení ústavní výchovy, aktuální obsazenost zařízení a lokalitu, kde se nachází. Otázky č. 4 – 5 zjišťovaly informace o logopedické prevenci v daných zařízeních. Otázky č. 6 – 20 se již zabývaly výskytem NKS u dětí ve vybraných zařízeních a poskytování potřebné logopedické intervence. Na závěr byly položeny otázky (č. 21 – 24), které zjišťovaly, jaká je podpora logopedické intervence ze strany vedení vybraných zařízení a zda jsou s logopedickou intervencí v oslovených zařízeních spokojeni.

Zároveň byly realizovány 4 polostrukturované rozhovory se zástupci oslovených zařízení – metoda kvalitativního výzkumu. Švaříček (2007) popisuje rozhovor jako jednu z nejčastěji využívaných metod pro sběr dat v rámci kvalitativního výzkumu. Lze ho definovat jako „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ (Švaříček, 2007, s. 159) Za dva hlavní typy rozhovoru považuje rozhovor polostrukturovaný a nestrukturovaný. Polostrukturovaný rozhovor je charakteristický předem připraveným seznamem témat a otázek. Nestrukturovaný neboli také narativní typ rozhovoru může vycházet pouze z jedné připravené otázky (Švaříček, 2007). Podmínkou výběru informantů pro rozhovor bylo, aby oslovení informanti byli pracovníci ústavního zařízení ve Středočeském kraji či v Praze a současně měli povědomí o poskytované logopedické intervenci v jejich zařízení.

Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Jednotlivé rozhovory byly realizovány online formou přes platformu Microsoft Teams. Délka jednotlivých rozhovorů byla v rozmezí 20 – 40 minut. Na začátku rozhovoru byli všichni informanti seznámeni se záměrem rozhovoru a jeho cílem. Rozhovor nezačal dříve, než informanti souhlasili s nahráváním rozhovoru a s následným zpracováním získaných odpovědí do diplomové práce. Formulář informovaného souhlasu lze nalézt v přílohách práce (viz Příloha D). Podepsané informované souhlasy od jednotlivých informantů jsou uschovány u autorky práce. Jednotlivé rozhovory byly přepsány a následně anonymně vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování. Otázky k rozhovoru i vzorový přepis jednoho z rozhovorů jsou součástí příloh (viz Příloha B a příloha C). Ostatní přepisy rozhovorů jsou rovněž uloženy u autorky práce. Otázky byly rozděleny do čtyř oblastí, které se pojí s výzkumnými

otázkami. Odpovědi na otázky z jednotlivých oblastí byly pro lepší přehlednost zaznamenány do tabulek (tabulka č. 6 – 10).

4.3. Vlastní výzkumné šetření

4.3.1. Dotazníkové šetření

Cílem dotazníkového šetření bylo oslovit zástupce všech typů zařízení ústavní výchovy ve Středočeském kraji a v Praze, tedy diagnostické ústavy, výchovné ústavy, dětské domovy a dětské domovy se školou. Dotazníky byly rozeslány elektronickou formou vybraným zástupcům zařízení ústavní výchovy v Praze a Středočeském kraji.

Po prvotní elektronické korespondenci s několika zástupci diagnostických i výchovných ústavů, bylo na základě jejich odpovědí rozhodnuto zúžit pozornost v rámci výzkumného šetření pouze na dětské domovy a dětské domovy se školou. Několik zástupců diagnostických ústavů odpovědělo, že se na tuto oblast péče nezaměřují, vzhledem k časově ohraničeným diagnostickým pobytům. Výchovné ústavy se rovněž oblasti logopedické péče příliš nevěnují, a to z důvodu, že děti v jejich zařízeních již nejsou školou povinné nebo se potýkají s mnohem závažnějšími, především výchovnými problémy.

Původně tedy bylo osloveno celkem 34 zařízení ústavní výchovy v Praze a Středočeském kraji. Po zjištění výše uvedených informací byl tedy výzkumný vzorek zúžen pouze na zařízení typu dětský domov a dětský domov se školou. Těchto zařízení bylo osloveno celkem 27 ve stejném územním celku – v Praze a ve Středočeském kraji. Dotazník byl vyplněn celkem 13 vybranými zástupci konkrétních zařízení. Z toho tedy vyplývá návratnost dotazníků 48,1 %. Data byla získána v období měsíců duben až červen roku 2022. Otázky byly anonymně vyhodnoceny za pomoci grafů a tabulek.

Z 13 zařízení, která se zapojila do výzkumného šetření, bylo celkem 12 zařízení typu dětský domov a pouze 1 zařízení typu dětský domov se školou (viz. tabulka č. 1).

Tabulka č.1 – *Typy zařízení*

Typ zařízení	Počet respondentů	Vyjádřeno v %
Dětský domov	12	92,3 %
Dětský domov se školou	1	7,7 %

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Výzkumné šetření bylo zacíleno na zařízení působící ve Středočeském kraji a v Praze. Z tabulky č. 2 vyplývá, že ze zúčastněných respondentů se většina zařízení nachází na území Středočeského kraje, a to konkrétně 11 zařízení (84,6 %). Pouze 2 zapojená zařízení (15,4 %) se nachází v hlavním městě Praze.

Tabulka č. 2 – *Lokalita zařízení*

Kraj	Počet respondentů	Vyjádřeno v %
Středočeský kraj	11	84,6 %
Hlavní město Praha	2	15,4 %

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

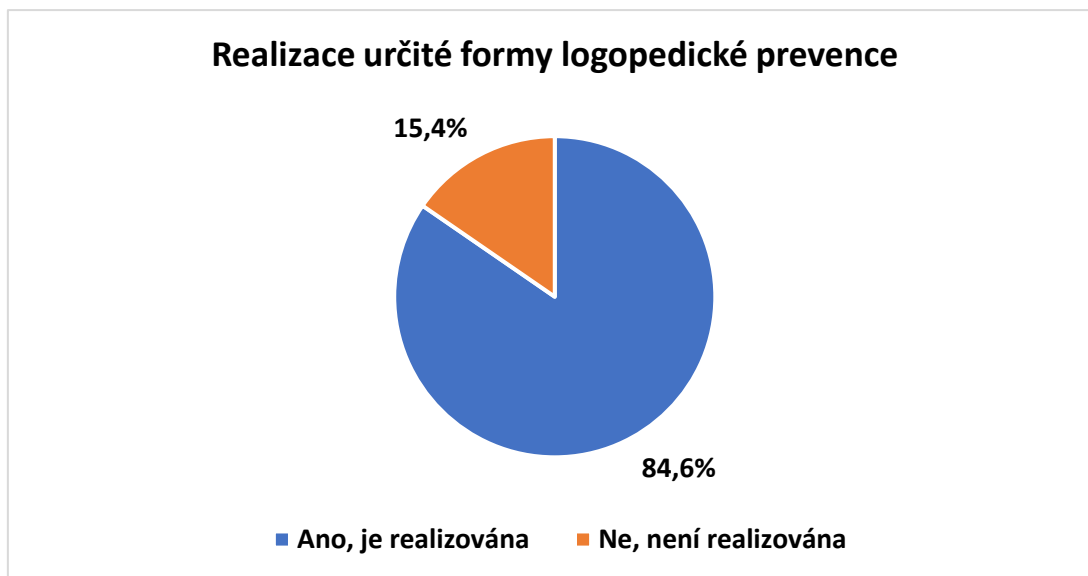
Velikost jednotlivých zařízení je velmi různorodá. Dotazníkového šetření se zúčastnili vybraní zástupci zařízení menšího typu, ale rovněž reprezentanti zařízení s větší kapacitou dětí. Počet dětí, které mají zařízení aktuálně ve své péči, se pohybuje v rozmezí 16 – 70 dětí na jedno zařízení. Aktuálně v oslovených zařízeních v Praze a Středočeském kraji pobývá celkem 414 dětí. Na jedno zařízení tak připadá průměrně 32 dětí.

Otázka č. 4 – 5 se zabývala oblastí logopedické prevence v jednotlivých zařízeních, která se zúčastnila dotazníkového šetření. Otázky měly za cíl zjistit, zda je logopedická prevence v jednotlivých zařízeních realizována, a pokud ano, tak jakým způsobem.

11 respondentů (84,6 %) odpovědělo, že v jejich zařízení dochází určitým způsobem k realizaci logopedické prevence. Nejčastější způsob, kterým je dle dotazovaných respondentů v jejich zařízeních logopedická prevence realizována, byla zmiňována návštěva logopedického pracovníka a spolupráce s ním. Dále respondenti uváděli následující formy logopedické prevence – rozvoj zrakového a sluchového vnímání, zaměření se na komunikaci s dětmi či využití říkadla. Dotazovaní rovněž uváděli, že vycházejí z předešlých zkušeností

a doporučení. V některých případech na potřebu logopedické péče upozorní psycholog či pracovník OSPODu – orgánu sociálně právní ochrany dětí. Dva respondenti (15,4 %) uvedli, že v jejich zařízení k logopedické prevenci nedochází.

Graf č. 1 – Realizace určité formy logopedické prevence

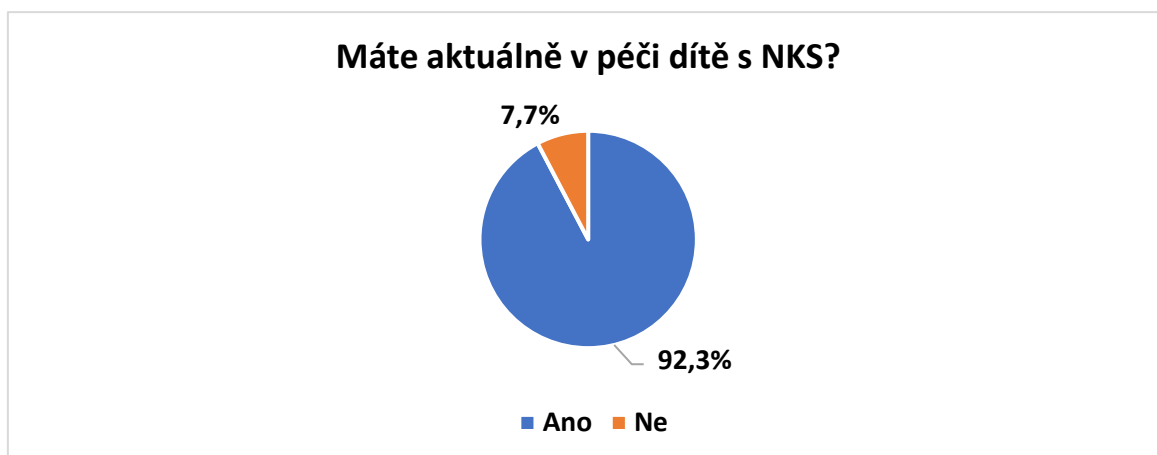


[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Otázky č. 6 – 10 zjišťovaly výskyt NKS u dětí v péči oslovených zařízení, věkové rozmezí dětí s NKS a podíl výskytu NKS u chlapců a dívek.

Z grafu č. 2 je patrné, že se téměř ve všech oslovených zařízeních nacházejí děti, u kterých se vyskytuje určitý druh NKS. Celkem 12 zařízení (92,3 %) uvedlo, že u nich aktuálně pobývají děti s NKS. Pouze jedno zařízení (7,7 %) v současné době neviduje žádné dítě s NKS (avšak z následných odpovědí lze usuzovat, že se některé děti v daném zařízení vyskytují či bylo na následné otázky odpovídáno na základě předešlých zkušeností s logopedickou intervencí v daném zařízení).

Graf č. 2 – Výskyt NKS v zařízeních

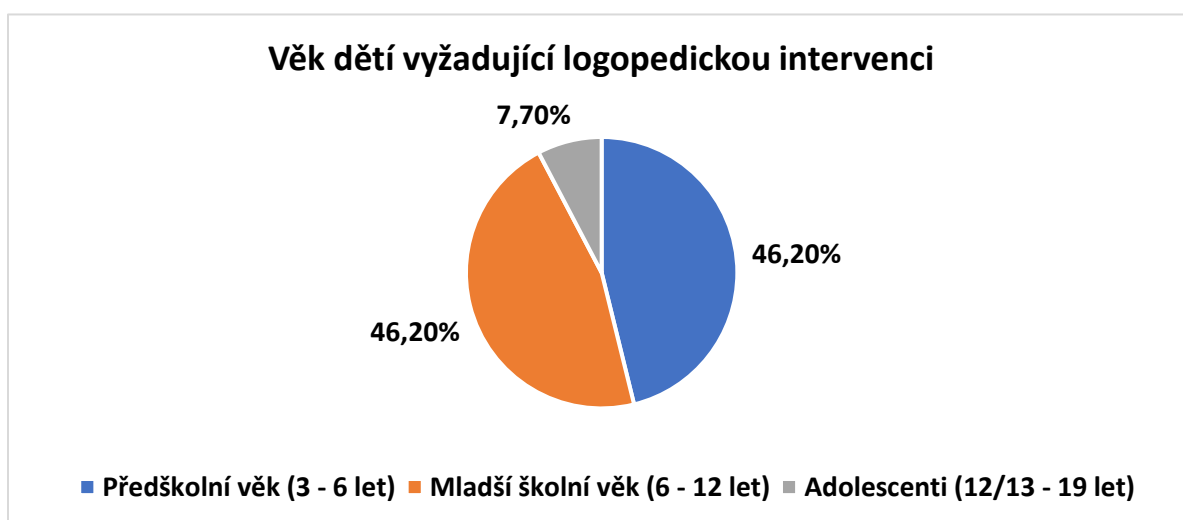


[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Výskyt NKS u dětí v oslovených zařízeních se pohybuje nejčastěji v řádu jednotek. Nejvyšší uvedený počet dětí s NKS v jednom zařízení bylo 11 dětí. V průměru se v jednom zařízení ve Středočeském kraji a v Praze nachází 5 dětí s NKS.

Na otázku ohledně věkového rozmezí dětí, u nichž se nejčastěji vyskytuje NKS a které vyžadují logopedickou intervenci, respondenti nejčastěji volili odpověď děti věku předškolního (46,2 %) a mladšího školního věku (46,2 %). Tyto dvě kategorie byly respondenty voleny ve stejném poměru. Pouze jeden z respondentů (7,7 %) uvedl, že je logopedická intervence nejvíce zapotřebí u adolescentů ve věku 12/13 – 19 let (viz. graf č. 3).

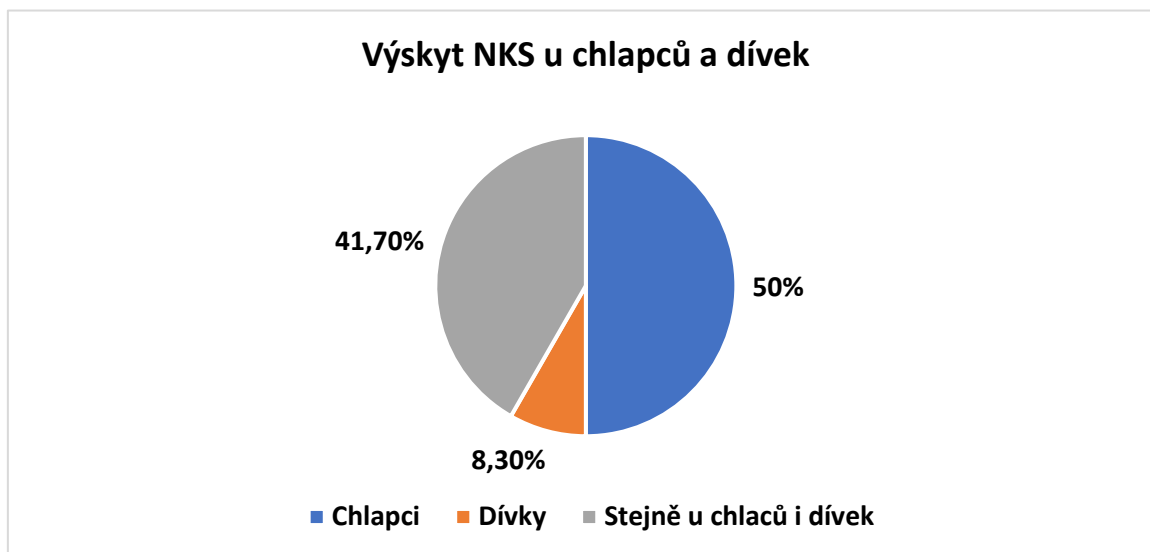
Graf č. 3 – Věk dětí vyžadující logopedickou intervenci



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Co se týče výskytu NKS u chlapců a dívek v oslovených zařízeních, z grafu č. 4 vyplývá, že 6 respondentů (50 %) uvedlo častější výskyt u chlapců, pouze 1 respondent (8,3 %) zvolil častější výskyt NKS u dívek v rámci jejich zařízení. Celkem 5 respondentů (41,7 %) uvedlo, že se NKS v jejich zařízení vyskytuje ve stejném poměru jak u chlapců, tak i u dívek. Jeden z respondentů na tuto otázku neodpověděl.

Graf č. 4 – Výskyt NKS u chlapců a dívek



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Otázka č. 10 měla za cíl zjistit nejčastěji se vyskytující druhy NKS u dětí vyrůstajících v oslovených institucích. Úkolem respondentů bylo seřadit druhy NKS od nejčastěji se vyskytující až po ty, které se u dětí v jejich zařízení téměř nevyskytují. Po vyhodnocení jednotlivých pořadí druhů NKS dle četnosti jejich výskytu v jednotlivých zařízeních vyšla jako nejčastěji se vyskytující druh NKS dyslalie (viz tabulka č. 3). V těsném závěsu za dyslalií následoval jako druhý nejčastěji se vyskytující druh NKS v oslovených zařízeních opožděný vývoj řeči. Za těmito nejčastějšími druhy NKS následovaly se stejnou četností výskytu na třetím místě koktavost a vývojová dysfázie. Naopak druhy NKS jako huhňavost (rinolalie), breptavost či symptomatické poruchy řeči byly respondenty řazeny až na poslední místa jako nejméně se vyskytující či vůbec.

Tabulka č. 3 – Průměrné pořadí výskytu druhů NKS ve vybraných zařízeních

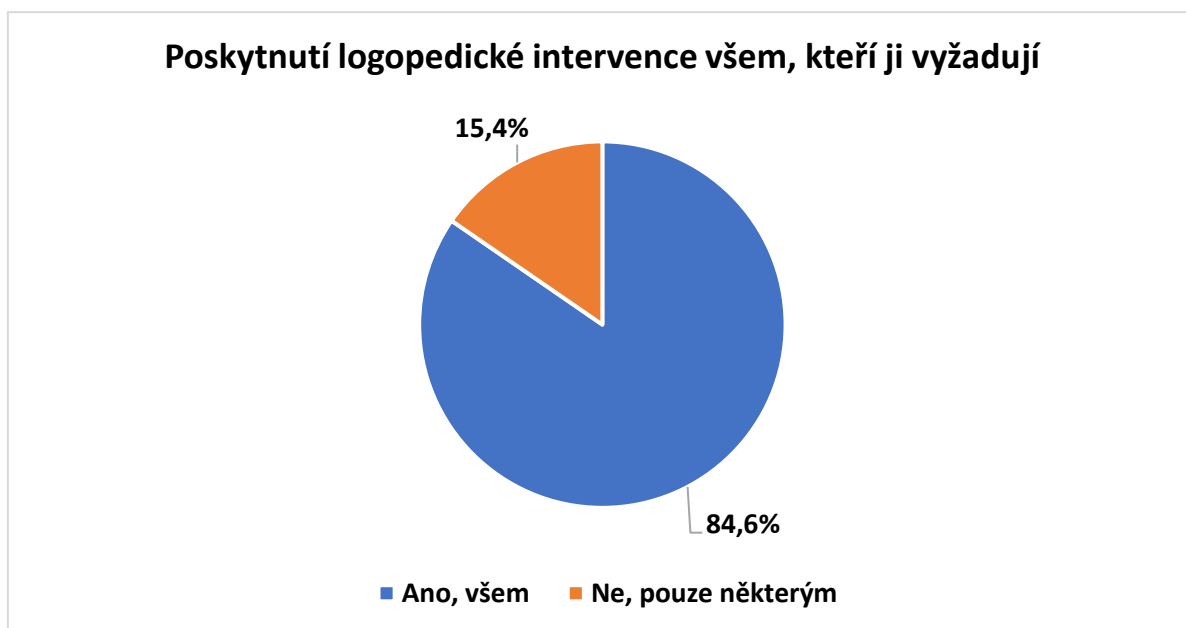
Průměrné pořadí	Druh NKS	Průměrná četnost pořadí
1.	Dyslalie	8,5
2.	Opožděný vývoj řeči	8,2
3.	Koktavost	5,5
4.	Vývojová dysfázie	5,5
5.	Dysartrie	4,5
6.	Palatolalie	4,3
7.	Symptomatické poruchy řeči	3,3
8.	Breptavost	3,2
9.	Huhňavost (rinolalie)	2

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Otázky č. 11 – 20 se již přímo zaměřovaly na logopedickou intervenci poskytovanou dětem v oslovených zařízeních ústavní výchovy.

Dle obdržných odpovědí téměř ve všech případech probíhá logopedická intervence u všech dětí ve vybraných institucích, které ji potřebují. Celkem 11 respondentů (84,6 %) uvedlo, že logopedická intervence probíhá u všech potřebných, pouze 2 respondenti (15,4 %) uvedli, že probíhá pouze u některých (viz. graf č. 5). Jeden z těchto respondentů svou odpověď rozvedl a uvedl, že u některých dětí logopedická intervence neprobíhá z důvodu příchodu do jejich zařízení v pozdějším věku, kdy ovlivnění řeči již není z velké části úspěšné. Poukazuje na fakt, že málo dětí k nim přijde ve věku, kdy je ovlivnění NKS ještě možné a úspěšné.

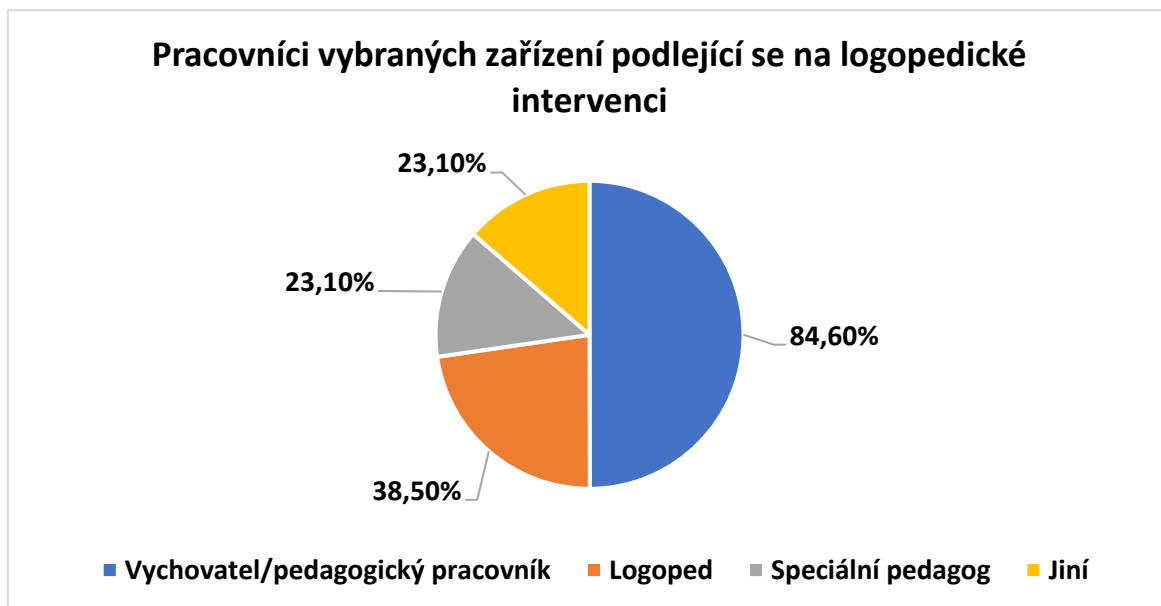
Graf č. 5 – Poskytnutí logopedické intervence všem potřebným dětem



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Graf č. 6 zobrazuje odpovědi na otázku, kdo všechno z pracovníků oslovených zařízení se podílí na logopedické intervenci. Nejčastěji byla volena odpověď vychovatelé/pedagogičtí pracovníci, a to konkrétně 11 respondenty (84,6 %). Pět respondentů (38,5 %) rovněž uvedlo pozici logopeda. Ve třech oslovených zařízeních (23,1 %) se na logopedické intervenci podílí také speciální pedagog. Tři respondenti (23,1 %) navíc uvedli další pracovníky jejich zařízení, kteří jsou součástí logopedické intervence. Zmiňovány byly tyto pracovní pozice – psycholog, sestra pro individuální výchovu či asistent pedagoga.

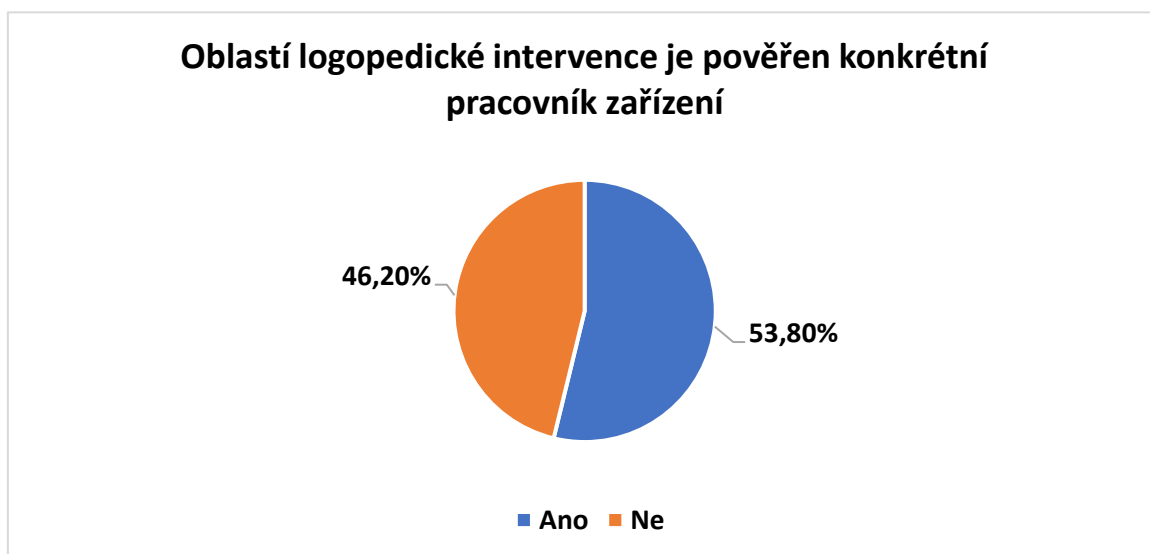
Graf č. 6 – Pracovníci vybraných zařízení podlejí se na logopedické intervenci



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

V 7 z 13 oslovených zařízení (53,8 %) je oblastí logopedické intervence pověřen konkrétní pracovník. Jedná se o pracovníky odlišných pracovních pozic. Uváděny byly tyto pozice – zástupce ředitele, vybraná vychovatelka zařízení, učitelka speciální školy, sestra pro individuální výchovnou péči, externí logoped či asistent pedagoga. Ostatní respondenti z oslovených zařízení (46,2 %) uvedli, že touto oblastí není v jejich zařízení pověřen konkrétní pracovník (viz. graf č. 7).

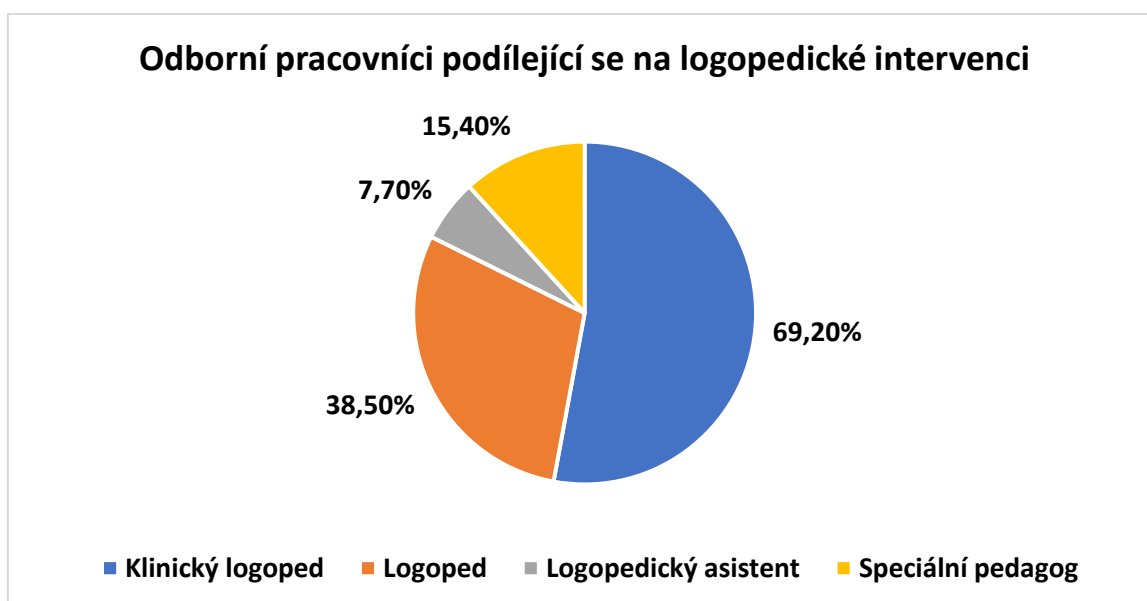
Graf č. 7 – Pracovník pověřen oblastí logopedické intervence



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Co se týče spolupráce oslovených zařízení s odbornými pracovníky v rámci logopedické intervence, dle odpovědí zaznamenaných v grafu č. 8, nejčastěji zařízení spolupracují s klinickými logopedy, a to až v 69,2 % případů (9 respondentů). Ke spolupráci s logopedy dochází v 38,5 % případů (tuto odpověď zvolilo 5 respondentů). Dále se dle dotazovaných na logopedické intervenci u dětí ve vybraných zařízeních podílejí rovněž speciální pedagogové, tuto možnost zvolili 2 respondenti (15,4 %), a v jednom případě (7,7 %) i logopedický asistent.

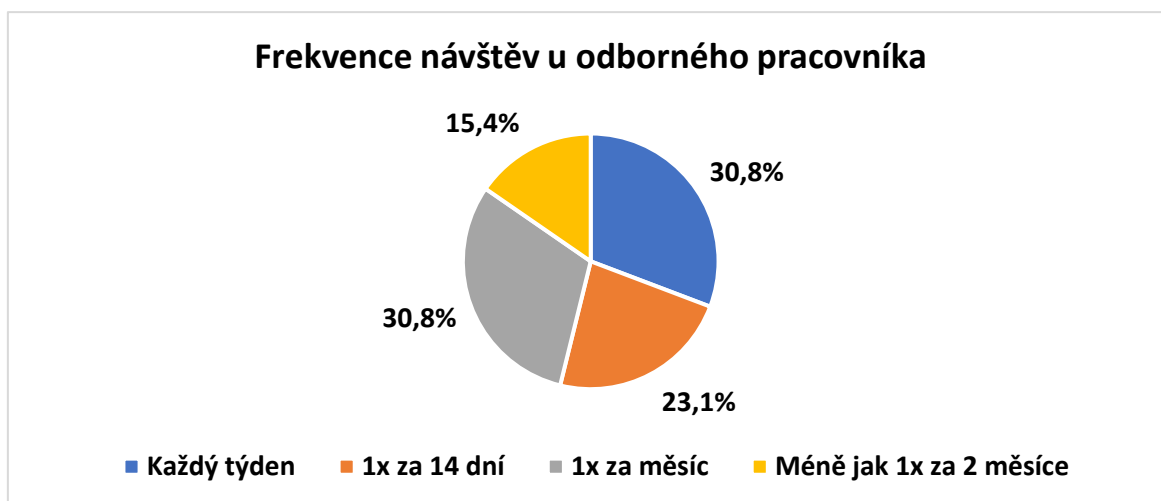
Graf č. 8 – Odborní pracovníci podílející se na logopedické intervenci



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Frekvence návštěv u odborných pracovníků, podílejících se na logopedické intervenci, probíhá v 30,8 % případů každý týden (4 respondenti). Stejně tak další 4 respondenti (30,8 %) uvedli časovou frekvenci návštěv jednou za měsíc. Tři respondenti (23,1 %) zvolili časové rozmezí návštěv jednou za 14 dní. Dva respondenti (15,4 %) dokonce uvedli, že k návštěvám dochází méně jak jednou za 2 měsíce (viz. graf č. 9). Jeden z respondentů navíc dodal, že dvě děti z jejich zařízení jsou zařazeny do logopedické třídy, kde je logopedická intervence provázena napříč celou výukou.

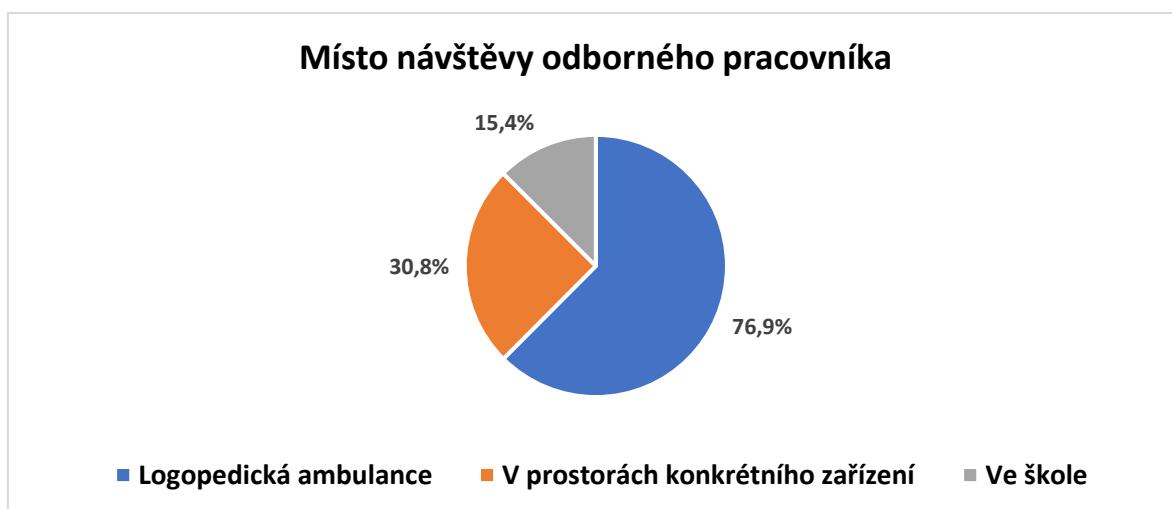
Graf č. 9 – Časová frekvence návštěv u odborného pracovníka



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

K logopedické intervenci u odborných pracovníků dochází nejčastěji v prostorách logopedické ambulance, kam pracovníci z jednotlivých zařízení se svými dětmi dochází. Možnost zvolilo 10 respondentů (76,9 %). Čtyři respondenti (30,8 %) uvedli, že k logopedické intervenci dochází v prostorách jejich zařízení, které odborník pravidelně navštěvuje a logopedická intervence je realizována přímo tam. Dva respondenti (15,4 %) uvedli, že k logopedické intervenci dochází rovněž v rámci školy, do které konkrétní dítě dochází (viz graf č. 10). V rámci této otázky mohli respondenti volit více odpovědí a této možnosti rovněž využívali, z čehož vyplývá, že dochází ke kombinaci míst, kde je logopedická intervence realizována.

Graf č. 10 – Místo návštěvy odborného pracovníka



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Logopedická intervence a působení na NKS není pouze o návštěvách odborného logopedického pracovníka, ale velmi významným faktorem je pravidelné domácí cvičení. Z odpovědí zaznamenaných v tabulce č. 4 vyplývá, že 8 respondentů (61,5 %) uvedlo, že k pravidelnému procvičování logopedie – úkoly a cvičení, které byly dětem zadány, dochází alespoň 3x do týdne. 5 respondentů (38,5 %) odpovědělo, že v jejich zařízení dochází k potřebnému procvičování logopedie každý den.

Tabulka č. 4 – *Frekvence domácího procvičování logopedie*

Frekvence domácího procvičování	Počet respondentů	Vyjádřeno v %
Každý den	5	61,5 %
Alespoň 3x týdně	8	38,5 %

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Většina respondentů se shodla na tom, že k pravidelnému domácímu cvičení využívají nejčastěji materiály, které jim doporučil či poskytnul sám logopedický pracovník, se kterým dané zařízení spolupracuje. Dále respondenti zmiňovali pracovní listy, didaktické materiály, zrcadlo, logopedické knihy a hry.

Otázky č. 21 – 24 se zabývaly podporou logopedické intervence ze strany vedení, spokojeností s poskytovanou logopedickou intervencí a případnými návrhy na zlepšení této oblasti.

Celkem 11 respondentů (84,6 %) odpovědělo, že vedení zařízení oblast logopedické intervence a rozvoje řeči u svých dětí podporuje. Uváděli, že tato oblast je v jejich zařízení podporována finančně i personálně – vyčlenění asistentů pedagoga či zaměstnání klinického logopeda. Dále byla některými respondenty zmiňována podpora způsobem možnosti dalšího vzdělávání či konzultací s odborníkem. Jeden z respondentů uvedl jako příklad podpory ze strany vedení poskytnutí a přípravu vhodných podmínek pro realizaci logopedické intervence. Z odpovědí respondentů lze usuzovat, že vedení jednotlivých zařízení považuje oblast logopedie a správného řečového rozvoje za podstatnou a provádí pro jejich zajištění konkrétní kroky – v některých případech více, v některých méně. Dva respondenti (15,4 %) se k oblasti podpory ze strany vedení nevyjádřili (viz. tabulka č. 5).

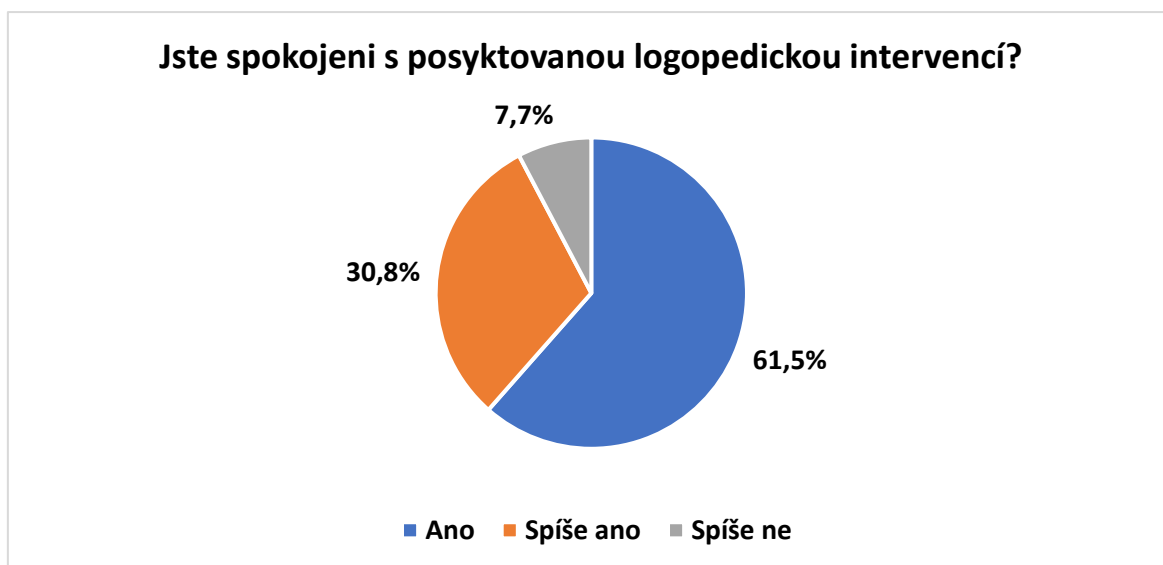
Tabulka č. 5 – Podpora ze strany vedení

Podpora od vedení	Počet respondentů	Vyjádřeno v %
Ano, podporuje	11	84,6 %
Ne, nepodporuje	0	0 %
Bez odpovědi	2	15,4 %

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Co se týče spokojenosti s poskytovanou logopedickou intervencí dětem v zařízeních jednotlivých respondentů, 8 respondentů (61,5 %) uvedlo, že jsou s aktuálně poskytovanou logopedickou péčí spokojeni. Čtyři respondenti (30,8 %) na otázku spokojenosti odpověděli spíše ano. Pouze jeden z respondentů (7,7 %) uvedl, že s logopedickou péčí poskytovanou dětem v jejich zařízení spokojeni spíše nejsou (viz. graf č. 11).

Graf č. 11 – Spokojenost s poskytovanou logopedickou intervencí



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Závěrečná otázka dotazníku (č. 24) zjišťovala, co by podle respondentů pomohlo zlepšit úroveň logopedické intervence poskytované dětem v jejich zařízení. Graf č. 12 zobrazuje, že podle tří respondentů (23,1 %) by byla potřeba frekventovanějších návštěv u logopedického odborníka, než ke kterým aktuálně dochází. Pět respondentů (38,5 %) odpovědělo, že dle jejich názoru je poskytovaná logopedická péče dostačující. Jsou s ní spokojeni a vděční za to, že k ní vůbec dochází v takovém rozsahu, který jim je aktuálně umožněn. Zbylí

respondenti (15,4 %) uváděli jiné návrhy jako například větší finanční podpora ze strany vedení, zmíněna byla i pečlivější příprava v rámci cvičení v zařízení či zaměstnání logopedického asistenta, který by se touto oblastí zabýval a měl by ji na starost. 3 respondenti (23,1 %) se k této otázce nevyjádřili.

Graf č. 12 – Návrhy na zlepšení logopedické péče ve vybraných zařízeních



[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

4.3.2. Rozhovor

Z oslovených zařízení ústavní výchovy se podařilo uskutečnit 4 rozhovory s pracovníky působících v dětských domovech ve Středočeském kraji. Jednalo se o jednoho muže a tři ženy, kteří působí v oblasti ústavní výchovy v rozsahu 5 – 24 let. Jejich pracovní pozice v zařízení jsou zástupce ředitele, kmenoví a vedoucí vychovatelé. Rozhovory s informanty byly realizovány v měsících květen a červen 2022.

Získaná data byla anonymně vyhodnocena dle jednotlivých okruhů a zaznamenána do tabulek (tab. č. 6 – 10).

Tabulka č. 6 – Základní informace o oslovených informantech

Informant	I1	I2	I3	I4
Pohlaví	muž	žena	žena	žena
Vzdělání	Vysokoškolské – speciální pedagogika	Vysokoškolské – speciální pedagogika; logopedický asistent	Vysokoškolské – speciální pedagogika	Vysokoškolské – speciální pedagogika
Typ a lokalita zařízení	Dětský domov, Středočeský kraj	Dětský domov, Středočeský kraj	Dětský domov, Středočeský kraj	Dětský domov, Středočeský kraj
Délka praxe	24 let	15 let	22 let	5 let

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

OKRUH Č. 1 – Zapojení pracovníků zařízení do logopedické intervence

Tento okruh se vztahuje k výzkumné otázce č. 1: *Kteří pracovníci vybraných institucí ústavní výchovy se aktivně podílí na logopedické intervenci?*

Okruh č. 1 vyhodnocuje odpovědi na otázky, které měly za cíl zjistit účast pracovníků zařízení ústavní výchovy v procesu logopedické intervence. Zda se v zařízení nachází osoba pověřená oblastí logopedie a logopedické intervence, kteří pracovníci zařízení se této intervenci podílejí, zda jsou v oboru logopedie proškoleni a zda mezi nimi dochází k vzájemné informovanosti o logopedické intervenci u jejich dětí.

Tabulka č. 7 – Zapojení pracovníků zařízení do logopedické intervence

Informant	I1	I2	I3	I4
Pověřený pracovník	Zástupce ředitele	Vyloženě určen není	Nemají	Kmenový vychovatel
Zúčastnění pracovníci	Vychovatelky	Denní vychovatelé, vedoucí vychovatelka sociální pracovnice	Všichni vychovatelé	Všichni vychovatelé
Proškolení v logopedické oblasti	Ne	Ne	Pouze v rámci studia speciální pedagogiky, jinak ne	Ne, pouze vzdělání v rámci speciální pedagogiky
Vzájemná informovanost	Dobrá	Skrze logopedické sešity z MŠ	Dobrá, shromažďování materiálů na jednom místě	Bez větších problémů

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Otázka č. 1: Je oblastí logopedické intervence pověřen konkrétní pracovník Vašeho zařízení? Případně jaká je jeho úloha?

Dva informanti na tuto otázku odpověděli, že oblast logopedické intervence má na starosti konkrétní pracovník jejich zařízení. V obou případech se jednalo přímo o samotné informanty. Konkrétně o informanta I1, který v zařízení zastává pozici zástupce ředitele: „No, vlastně jo. To zajišťuji svým způsobem já. Mým úkolem je zajistit a zorganizovat tu logopedickou intervenci.“ Avšak jak sám dále uvedl, již samotného procesu se neúčastní.

Jednalo se rovněž o informanta I4, který popsal svou úlohu následovně: *„Dojíždím tam pravidelně s momentálně 6 – 7 dětmi a starám se tedy vlastně o různé studijní podklady, různé natisknuté pracovní listy, které mi logoped dá. A následně to, co mi řekne logoped, tak já interpretuji ostatním vychovatelům, aby měli možnost pracovat s dětmi tak, jak logoped určí za vhodné.“*

Zbylí dva informanti uvedli, že oblastí logopedické intervence není v jejich zařízení přímo pověřen žádný konkrétní pracovník. Informant I2 uvedl, že i když tuto oblast nemá konkrétně na starost, vzhledem k jeho vzdělání to převážně řeší on. *„Tím, že já mám speciální pedagogiku, mám i logopedického asistenta, tak to spíš řeším já. Vyloženě, že bych tím byla pověřena, to nejsem, ale asi to řeším.“* Informant I3 uvedl: *„Ne, nemáme pověřeného pracovníka. My v podstatě žijeme jako rodiny, takže mají to na starost tety, které se o děti starají.“*

Otázka č. 2: Kdo z pracovníků Vašeho zařízení se podílí na logopedické intervenci u Vašich dětí?

Všichni dotazovaní se shodují ve svých odpovědích na tom, že na logopedické péči u dětí v jejich zařízení se podílí všichni vychovatelé daného zařízení, kteří jsou s daným dítětem v kontaktu. V rámci odpovědí nebyla jmenována konkrétní osoba, která by pracovala v rámci daného zařízení se všemi dětmi, které logopedickou péči vyžadují.

Informant I3 odpověděl takto: *„Všichni vychovatelé se podílejí na logopedické intervenci. My máme domov rozdělený do vlastně takových čtyř skupin. Každá ta rodinná skupina žije v jednom křídle té budovy, takže oni mají svůj program. Fungují jako jedna samostatná rodina.“* Informant I1 uvedl, že i když má na starost organizaci a zajištění logopedické intervence, přímo se již procesu samotného neúčastní. *„Já už se toho procesu u toho neúčastním. Maximálně když třeba ta logopedka řekne, hele já si úplně nejsem jistá, jestli by to ještě nechtělo konzultaci s neurologem nebo něco takového. Občas i jako dá podnět k nějaké psychologické intervenci nebo psychiatrické intervenci.“*

Informant I2 popsal zapojení pracovníků takto: *„Podílí se na ní dva denní vychovatele, kteří se tu střídají, nebo v zastoupení já anebo paní sociální pracovnice. To je v rámci té pracovní doby, nedá se to nastavit. K paní logopedce s dětmi dochází paní sociální pracovnice většinou nebo já. Dle našich pracovních možností.“*

Otázka č. 3: Vzdělávají se pracovníci Vašeho zařízení v oblasti logopedie či jsou v této oblasti školeni?

Vzdělávání či školení pracovníků oslovených zařízení v oblasti logopedie dle získaných odpovědí nedochází. A to jak z důvodů časových, kdy pracovníci mají mnoho jiných povinností, tak i z důvodu určitého nezájmu. Informant I2 popsal, že proškolení pracovníků v jejich zařízení v oblasti logopedie je téměř nulové, informant I4 dodal, že si myslí, že to ani do budoucna v plánu není. Z rozhovorů vyplynulo, že jediné vzdělání v oblasti logopedie má sám informant I2, který je logopedický asistent.

Informant I3 uvedl: *„Ne, nedochází k proškolení. Jenom jsme prošli studiem speciální pedagogiky, kde tedy jsme na logopedickou oblast byli zacílení. Ale nemáme nikoho vystudovaného v tomto oboru a ani jsme neměli seminář pro logopedické pracovníky.“*

Informant I1 se k této otázce vyjádřil takto: *„Ne. Máme tam spíše tety, které k tomu mají svým způsobem blíž a máme tam tety, které nechci říct, že je to nebaví, ale nemají k tomu takovou tu lásku. Ale samozřejmě tím nechci říct, že by to někdo dělal s nějakým odporem.“* Dále ještě dodal: *„Tam je jakoby spíš problém asi trošku v tom, že vlastně ti naši pracovníci jsou vystaveni neustále nějakým školením v různých oblastech, že už toho začíná být tolik, že když já jim řeknu, že je něco nového, tak oni už skoro omdlívají. Protože oni, když mají mít volno, tak se účastní nějakých seminářů a podobně.“*

Otázka č. 4: Dochází k vzájemné informovanosti mezi pracovníky Vašeho zařízení ohledně logopedické intervence?

K informovanosti mezi pracovníky oslovených zařízení se všichni informanti vyjadřovali kladně. Dle odpovědí ve všech zařízeních k vzájemné výměně informací o logopedické péči dětí dochází a informanti ji shledávají dobrou. Více se k této otázce vyjádřil informant I3, který odpověděl takto: *„Ano. Máme na té rodinné skupině vychovatelnu, kde se soustředí veškeré materiály o dětech, a samozřejmě, když vychovatelka navštíví s dítětem logopeda a dostane nějaká doporučení, jak s dítětem pracovat, co se má děcko naučit do příští schůzky, tak vše je tam tedy uloženo a ten druhý vychovatel, který vychovatele střídá, samozřejmě dále potom s tím materiálem pracuje, nebo s dítětem pracuje na základě toho materiálu, který tam je a který získáváme od paní logopedky klinické.“* Informant I4 uvedl, že vždy by to mohlo být lepší, ale že velký problém v této oblasti neshledává. *„Já se tedy*

snažím kontaktovat vždycky oba kmenové vychovatele na skupině, samozřejmě ne vždy se mi to podaří. A pokud se mi podaří alespoň jednoho toho kmenového vychovatele z těch dvou, tak oni si mezi sebou ty informace většinou předávají.“

OKRUH Č. 2 – Účast odborných pracovníků v procesu logopedické intervence

Okruh č. 2 se vztahuje k výzkumné otázce č. 2: *Kdo z odborných pracovníků se podílí na logopedické intervenci u dětí ve vybraných zařízeních ústavní výchovy?*

Okruh č. 2 se zabývá odbornými pracovníky, se kterými daná zařízení spolupracují v rámci logopedické intervence a jejich zapojením se v tomto procesu.

Tabulka č. 8 – *Účast odborných pracovníků v procesu logopedické intervence*

Informant	I1	I2	I3	I4
Spolupráce s odborníky	Klinický logoped, občas neurolog či PPP	Klinický logoped a logopedické asistentky ve speciální MŠ	Klinický logoped	Logoped
Činnost odborníka	Diagnostika i terapie	KL – diagnostika i terapie, LA – denní procvičování	Diagnostika a terapie	Diagnostika i terapie
Frekvence návštěv	1x za měsíc	U KL 1x týdně, logopedický asistent 3-4x týdně	1x za 14 dní/3 týdny	1 x 14 dní

Typ a místo pracoviště	KL dojíždí do zařízení	Speciální MŠ, cca 8 km od zařízení	Ambulance KL ve městě	Logopedická ambulance, cca 5 – 6 km od zařízení
------------------------	------------------------	------------------------------------	-----------------------	---

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Otázka č. 5: S jakými odborníky spolupracujete v rámci logopedické intervence?

Tři ze čtyř oslovených informantů odpověděli, že logopedickou intervenci u jejich dětí odborně provádí klinický logoped. Pouze informant I4 uvedl, že spolupracují s paní logopedkou, která není klinickou logopedkou. Všechna oslovená zařízení se ke odborným logopedickým pracovníkům, se kterými spolupracují, vyjadřovali velmi pozitivně. Z uvedených odpovědí vyplývá, že s těmito odborníky pracují již delší dobu a všechny děti, které potřebují logopedickou péči soustředí k jednomu logopedovi.

Informant I1 se k této otázce vyjádřil následovně: „*Máme paní, která je klinickou logopedkou a je tak hodná, že dojíždí k nám do zařízení. Vzhledem k tomu, že jich tam je 4 – 5, tak nám vyšla vstříc. Nejdříve si to dítě přezkouší a řekne jo, je to na logopedickou intervenci nebo řekne ne, ještě počkáme.*“ Informant I2 uvedl, že spolupracují s paní klinickou logopedkou v rámci mateřské školy speciální, kde se rovněž nachází i logopedičtí asistenti, kteří s dětmi rovněž pracují. „*V té mateřské škole je paní logopedka, takže ony tam chodí i v rámci té školky, protože je to speciální mateřská škola, kde mají i logopedické asistentky, které s nimi pravidelně pracují. Oni jim vedou takové sešity, logopedický sešit, který si holky odnáší domů a my tady s tím logopedickým sešitem pracujeme.*“

Informant I3 dodal, že pokud je to potřeba, spolupracují rovněž se speciálně-pedagogickým centrem či pedagogicko-psychologickou poradnou. Informant I1 navíc uvedl občasnou spolupráci s neurologem, kterou ovšem navrhne většinou paní klinická logopedka.

Otázka č. 6: Provádí logopedickou diagnostiku i terapii stejný logopedický pracovník?

Odpovědi na tuto otázku byly jednotné. Diagnostiku i terapii NKS u dětí z oslovených zařízení provádí týž logopedický pracovník, a to většinou klinický logoped. Informant I1 uvedl: „*Ano, provádí ji stejná klinická logopedka. Všechny děti dochází k jedné stejné*

logopedce.“ Pouze v jednom případě (informant I4) nebyl uveden logoped klinický ale pouze logoped (viz. výše).

Informant I2 v rámci rozhovoru zmínil, že dvě děti z jejich zařízení docházejí do speciální mateřské školy, kde se dětem věnují logopedičtí asistenti a pracují s nimi na potřebných oblastech.

Otázka č. 7: Jak často dochází děti na logopedickou terapii?

Dotazovaní informanti ve svých odpovědích uváděli různé časové frekvence návštěv u logopeda. Informant I1 zmínil frekvenci návštěv u paní logopedky jednou do měsíce. Informantem I4 byla uvedena frekvence jednou za 14 dní, stejnou frekvenci uvedl i informant I3, ale dodal, že občas se rozmezí mezi terapiemi prodlouží na 3 týdny, a to dle časových možností paní logopedky. Rovněž doplnil, že by bylo potřeba častějších a pravidelnějších návštěv u paní logopedky.

Informant I2 uvedl: *„Individuální návštěvu u paní logopedky tuším mají 1x týdně. 3 – 4x týdně s nimi pracuje logopedická asistentka.“*

Otázka č. 8: Na jaký typ pracoviště s dětmi docházíte? V jaké vzdálenosti se pracoviště nachází?

V odpovědích dotazovaných byla zmiňována návštěva jak ambulance klinického logopeda, prostředí mateřské školy speciální, tak i případ, kdy klinický logoped po domluvě dojíždí přímo do konkrétního zařízení.

Informant I1 zmínil, že vychovatelé z jejich zařízení nemusí s dětmi dojíždět za paní logopedkou, ale paní logopedka je tak ochotná, že dojíždí za dětmi přímo do jejich zařízení. Informant I2 uvedl, že děti dochází k paní klinické logopedce v rámci mateřské školy speciální. Za touto paní logopedkou docházeli i v minulosti s jinými dětmi, u kterých to bylo potřeba. *„Děti dochází k paní logopedce v mateřské škole, která je vzdálená od nás asi 8 km.“*

Informant I3 naopak uvedl, že dochází do ambulance klinického logopeda přímo ve městě. *„Klinický logoped dojíždí sem do města, má tady svou ambulanci, jednou týdně. My jsme malé městečko, takže my jsme rádi za to, že ten klinický logoped jsem vůbec dojíždí a s dětmi*

pracuje, protože ty možnosti my už potom máme jediné další okresní město, které je 30 km od nás nebo Praha.“ Informant I4 uvedl rovněž návštěvu logopedické ambulance, která je od jejich zařízení vzdálená přibližně 5 – 6 km.

OKRUH Č. 3 – Výskyt NKS v oslovených zařízeních

Tento okruh se vztahuje k výzkumné otázce č. 3: *Jaký druh narušené komunikační schopnosti, případně druhy NKS, se nejčastěji vyskytují u dětí ve vybraných institucích ústavní výchovy?*

Okruh č. 3 se zabývá samotnou narušenou komunikační schopností v oslovených zařízeních. Zaměřuje se na výskyt NKS u dětí v oslovených zařízeních a její odhalení.

Tabulka č. 9 – *Výskyt NKS v oslovených zařízeních*

Informant	I1	I2	I3	I4
Nejčastější NKS	Patlavost	Opožděný vývoj řeči	Dyslalie, opožděný vývoj řeči	Opožděný vývoj řeči, dyslalie
Indikace NKS	Vychovatelé, občas PPP	Předešlé zařízení, vychovatelé	Vychovatelé, pediatr	Vychovatelé
Zvyšující se výskyt NKS	Trochu ano	Nedokážu posoudit	Je to časté	Ano
Odborná depistáž NKS	Neprobíhá	Neprobíhá	Neprobíhá	Neprobíhá

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Otázka č. 9: Jaký druh NKS se u Vašich dětí vyskytuje nejčastěji?

Jako nejčastěji se vyskytující druh NKS u dětí v zařízeních oslovených informantů byla zmiňována dyslalie (patlavost) a opožděný vývoj řeči. Informant I3 uvedl: *„Je to hodně dyslalie, s tím potom souvisí hodně nepochopení. Pracujeme s nimi, aby pochopily nějaké souvislosti. Také opožděný vývoj řeči, to zaostání je tam opravdu velké.“* Informant I1 dodal: *„No, asi ta patlavost. A pak se občas jakoby jednou za nějakých 5,6 let v nějakém intervalu potýkáme s něčím mimořádným. Už je to ta vývojová dysfázie. Přišla holčička, která nemluvila vůbec.“*

Otázka č. 10: Kdo nejčastěji jako první indikuje návštěvu u logopedického odborníka?

První indikace pro návštěvy logopedického pracovníka přichází většinou ze strany pracovníků zařízení. Informanti rovněž uvedli, že pokud k nim dítě přichází již z předešlého zařízení a má udělanou dobrou diagnostiku, tak na jejím základě již ví, že bude potřeba logopedická intervence. Informant I1 tuto oblast popsal takto: *„Když přijde nějaké to nové dítě, tak buď už je to v jeho materiálech napsané, že nějakým způsobem je tam potřeba ta logopedická intervence. Ale to se stává jen v případě, pokud to dítě jde třeba přes diagnostický ústav nebo si toho náhodou vyloženě někdo všimne. Ale pochopitelně pak je tam 60 % dětí, které přes ten diagnostický ústav nejdou a ty jdou vlastně přímo z ulice, když to takhle řeknu. A tam vlastně dochází k tomu, že buď i ty tety vychovatelky nebo vlastně já, kdokoliv, si toho prostě všimáme po nějaké té adaptační fázi, že tam je potřeba nějaká ta logopedická intervence.“*

Informant I3 uvedl, že logopedická intervence je zahajována na doporučení pediatra, avšak na základě prvotního impulzu od vychovatelky. *„Docházíme k dětské lékařce, pediatrovi, který nám napíše doporučení a děti poté dochází ke klinickému logopedovi. Ale na doporučení té vychovatelky.“* O prvotním impulzu ze strany vychovatelů hovořil rovněž informant I4: *„V momentě, kdy zaslechneme nebo máme pocit, že to dítě špatně mluví, tak ho k té paní logopedce vezmeme a ona pak už řekne, jestli ano, jestli to ještě půjde napravit nebo už ne.“*

Otázka č. 11: Máte pocit, že děti s potřebou logopedické intervence ve Vašem zařízení přibývá?

Informant I3 uvedl, že výskyt NKS je častý hlavně u malých dětí a záleží i na věku, ve kterém děti do jejich zařízení přijdou. „*Těžko se na tuto otázku odpovídá, u nás záleží na tom, v jakém věku děti přijdou.*“ Dále dodal: „*V poslední době, co jsme přijímali, tak to byla čtyřčlenná, pětičlenná rodinná skupina, kde se vyskytovaly malé děti a starší děti, sourozenci, a u těch malých dětí jsme opravdu zaznamenali u všech nějaké poruchy řeči, takže u těch malých dětí opravdu je to časté. A opravdu ty děti, když k nám přijdou, tak k nám přijdou na základě velkého problému sociálního v té rodině, kdy s těmi dětmi není pracováno nebo na ně není čas, ale jsou opravdu zanedbané a ta řeč, u všech se vyskytuje to zaostání.*“

Informant I1 uvedl, že má pocit lehce zvyšující se tendence výskytu NKS u nově příchozích dětí. „*Já bych řekl, že trošku jo. Je tam hodně ta patlavost. Ne nějak zase jakoby moc. Ale asi jo. Dá se říct, že každé druhé dítě, co k nám přijde, tak to potřebuje tu logopedii. Samozřejmě pokud je v tom věku, kdy se to provádět dá.*“

Informant I2 nedokázal na tuto otázku odpovědět. Děti v jejich zařízení se příliš nemění a jejich pobyt v zařízení je poměrně dlouhý a stabilní. Naopak informant I4 uvedl, že logopedické problémy jsou dle jeho názoru zhoršující se, ale také dodal, že záleží, z jakého prostředí a s jakou minulostí do zařízení přichází.

Otázka č. 12: Probíhá ve Vašem zařízení logopedická depistáž? Kdo ji provádí?

Dle získaných odpovědí ani v jednom z oslovených zařízení nedochází k realizaci depistáže odborným logopedickým pracovníkem. Jak bylo uvedeno výše u otázky č. 10, většinou se jedná o vychovatele daného zařízení, kteří vysloví podezření na možnost výskytu NKS u dětí. Informant I2 v rámci rozhovoru uvedl: „*To už jako asi umíme poznat, že je něco v nepořádku a že potřebuje logopedickou péči.*“

OKRUH Č. 4 – Podmínky pro logopedickou intervenci v oslovených zařízeních a podpora ze strany vedení

Okruh č. 4 se vztahuje k výzkumné otázce č. 4: *Jaké jsou podmínky pro realizaci logopedické intervence ve vybraných zařízeních ústavní výchovy?*

Tento okruh shrnuje odpovědi, které poukazují na to, jaké podmínky jsou v oslovených zařízeních přítomny pro realizaci logopedické intervence.

Tabulka č. 10 – *Podmínky pro logopedickou intervenci v oslovených zařízeních a podpora ze strany vedení*

Informant	I1	I2	I3	I4
Časové a prostorové možnosti v zařízení	Na rodinné skupině, každý den	V pokojích dětí, dle časových možností, večer	Společenská místnost či pokoj dítěte, každý den	Na skupině, každý den
Pomůcky a materiály	Materiály od KL – obrázky, kartičky; špachtle, skládačky	Materiály od KL – pracovní listy, knihy, puzzle	Materiály od KL, pracovní listy, říkanky, pexesa ad.	Materiály a doporučení od paní logopedky
Podpora vedení	Určitě podporuje	Podporuje, považuje logopedii za důležitou	Podporuje, klade důraz na tuto oblast	Spíše podporuje
Návrh na změnu/zlepšení	Jeden pracovník, který by se věnoval všem dětem, kteří logopedii potřebují	Vzdělání zaměstnanců	Častější návštěvy u KL, logopedický asistent	Logoped dojíždějící do zařízení, vyšší časová dotace

Možnosti LI v ústavním zařízení	Děti nemají omezenější možnosti	Děti nemají omezenější možnosti	Možnosti stejné jako v běžných rodinách	Méně intenzivnější péče
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------

[zdroj dat: vlastní šetření, 2022]

Otázka č. 13: Jaké jsou časové a prostorové možnosti pro realizaci logopedické intervence ve Vašem zařízení?

Všichni informanti se shodli ve svých odpovědích na tom, že k procvičování logopedie dochází v rámci rodinných skupin, a tedy i v prostorách, ve kterých daná rodinná skupina pobývá. Zařízení nemají vyhrazenou konkrétní místnost určenou pro realizaci logopedické intervence. Informant I2 tento fakt zdůvodnil takto: *Žádnou místnost nemáme, my jsme opravdu malinký dětský domeček, tady ani pan ředitel nemá vlastní kancelář. To je takový velmi malý domeček jako doma, takže tady není moc kam zalézt, ale kolegové to dělají tak, že si s nimi zalezou do svých pokojíčku a tam na to mají klid. Žádnou místnost logopedickou nemáme, nemáme ani návštěvní místnost.* Informant I3 uvedl, že k logopedické intervenci v jejich zařízení dochází na společné místnosti a prostředí v rodinných skupinách popsal jako velmi komorní a tím pádem i pro práci s dětmi vhodné. *„Takže můžou s dětmi pracovat, jak na společné místnosti, kde tedy mají vymezený stoleček a mohou tam s nimi pracovat, tak často s nimi pracují i na pokojích, protože děti nám bydlí na pokojích po dvou. Mají tam teda stoleček svůj vlastní, svoji židličku, takže na tom pokoji s nimi pracují vychovatelé.“*

Co se týče časových možností v oslovených zařízeních, dle získaných odpovědí je snahou vychovatelů s dětmi realizovat logopedická cvičení denně. Avšak naskytnou se situace, které pravidelnost intervence naruší či jsou svým charakterem důležitější, a je potřeba jim dát přednost. Informant I1: *„Občas se stane o víkendu, že se to neudělá, ale to spíš z toho důvodu, že mají někde nějakou akci, kterých je strašně moc a potom už večer to s nimi dělat nechtějí, čemuž rozumím. Oni si všechno uklízejí a vaří, takže ono občas to tam vtěsnat, aby to mělo tu kvalitu...“* Informant I2 odpověděl, že se úspěšnost procvičování logopedie liší den ode dne. *„Ono je to každý den jiný, protože děti dojíždějí na různé koníčky, kam chodí, fotbal, aerobiky a většinou, co jsem si všimla je to v těch večerních hodinách, kdy už jsou ty děti takové zklidněné, mají hotové domácí úkoly, jsou vyběhané z venku, takže pak si je tady paní kolegyně odchytá a nějak s nimi pracuje.“* Informant I2 ještě dodal, že z hlediska

časových možností jim napomáhá paní, která do zařízení dochází na doučování. „K nám 4x, vlastně od pondělka do čtvrtka dochází paní, slečna na doučování, takže vlastně v tu chvíli jsou tady na skupině dva lidé a jeden se tady může individuálně věnovat.“

V případě příznivých podmínek se informant I4 snaží dětem věnovat i individuálně: „Je tady i možnost, ale povede se mi to jenom málokdy, že si ty děti postupně беру já. Vyhráním si nějaký prostor a postupně se těm dětem třeba 10 – 12 minutek věnuju a pracujeme s těmi pracovními listy od logopeda.“

Otázka č. 14: Jaké pomůcky a materiály využíváte v rámci logopedické intervence?

Nejvyužívanějšími materiály v rámci logopedické intervence jsou dle oslovených informantů materiály poskytnuté přímo logopedem, který logopedickou intervenci z odborného hlediska zajišťuje. Tato odpověď byla informanty preferována a uváděna jako první. Zmiňována byla rovněž odborná literatura či rozvojové pracovní listy. Informant I3 odpověděl: „Máme tady v pedagogické knihovně samozřejmě odbornou literaturu, pracovní listy na rozvoj zrakového, sluchového vnímání. Říkanky, máme i pexesa různá apod. A potom pracujeme s materiálem, který nám doporučí nebo i mnohdy předá logopedka. První je doporučení paní logopedky.“ Informant I1 uvedl, že v minulosti s některými dětmi pracovali rovněž se špachtlemi či sondami (informant použil termín „drátky“, lze usuzovat, že se jednalo o logopedické sondy). „U některých případů, ale to bylo minimum, se užívaly nějaké špachtličky a drátky byly, teď už si nevzpomenu, s čím to úplně souviselo.“ Naopak informant I4 uvedl, že vyloženě logopedické pomůcky a materiály se v jejich zařízení nenacházejí a pracují pouze s tím, co jim paní logopedka poskytne či doporučí.

Otázka č. 15: Klade vedení Vašeho zařízení důraz na oblast logopedické péče?

Ani jeden z vybraných informantů nevedl, že by vedení jejich zařízení nepodporovalo oblast logopedie. Naopak všichni informanti se k této otázce vyjádřili převážně kladně. Informanti uvedli, že vedení shledává řeč a její rozvoj za důležité. Informant I2: „Určitě považujeme řeč za důležitou, proto se snažíme docházet k logopedovi. Proto hledáme i varianty, když ty děti jsou hraniční, toho speciálního školství, protože v běžné školce, tam není prostor se těmto dětem věnovat. Ale určitě na logopedii jako takovou dbáme, protože je to důležitý potom pro ten vstup do té první třídy. Snažíme se to řešit.“

Informant I3 odpověděl na tuto otázku obdobně, a to: *Tak samozřejmě, že nám na tom záleží, protože potom děti začnou chodit do školy a narážely by na další problémy, na další neporozumění v různých předmětech, v těch naučných, tak snažíme se, aby opravdu děti s řečí pracovaly. Takže samozřejmě, že na to klademe důraz a nepodceňujeme to.*“

Dle informanta I4 vedení jejich zařízení tuto oblast zajímá, ale rovněž dodal: *„Na druhou stranu od té doby, co jezdím já, tak mi přijde, že už se o to nezajímá tolik. Spíš starejte se o to, je to vaše parketa. Ty informace si mezi sebou předáváme, je vidět, že o to zařízení asi stojí, jinak by toho logopeda samozřejmě už dávno zrušili, protože jsou to peníze...“*

Otázka č. 16: Je dle Vašeho názoru něco, co byste změnil/a či zlepšil/a v této oblasti péče?

V rámci této otázky informanti uváděli návrhy, které by dle jejich názoru napomohly k lepší a kvalitnější logopedické péči v rámci jejich zařízení. Informant I1 by ocenil pracovníka, který by se věnoval logopedii u všech dětí, které ji vyžadují. *„Kdyby to dělal jeden člověk, jak jsem říkal. Kdyby měl všechny ty děti, ale to je tak nereálný, že jednu dobu jsem měl i tu vizi, že bych to mohl dělat já, ale rychle mě to přešlo, protože ono vám to vydrží do té doby, než vás zase zasypou nějakými papíry a „kauzami“.* Pracovníka na pozici logopedického asistenta by ve svém zařízení přivítal informant I3: *„Potřebovali bychom pracovníka, který by vystudoval toho logopedického asistenta, který by vlastně i doplnil klinického logopeda.“* Logopedického pracovníka, který by dojížděl do zařízení, by ocenil i informant I4: *„Bylo by super mít logopeda externistu, který by k nám dojížděl. Že bychom si ponechali tohoto (pozn. autora – stávajícího logopeda) a jednou za 14 dní by byl někdo ochotný přijet, vzít si každé z těch dětí a říct tady je problém, tady není a my bychom to pak mohli formulovat u té naší logopedky.“* Naopak informant I2 zmínil mezery ve vzdělání a proškolení pracovníků zařízení, a to nejen v oblasti logopedie. *„Možná to vzdělání těch zaměstnanců. To je takový, co nás tíží a trápí. Ale to je asi takový všeobecný problém. Asi by se mi líbilo, kdyby oni měli větší zájem na nějaké vzdělávací akce nejen v oblasti logopedie.“*

Otázka č. 17: Myslíte si, že děti v zařízeních ústavní výchovy mají omezenější možnosti v rámci logopedické péče?

Odpovědi na tuto otázku byly převážně proti tvrzení, že by děti vyrůstající v zařízení ústavní výchovy měly omezenější možnosti v rámci logopedické péče než děti, které vyrůstají

v rodinách. Informant I2 vyjádřil svůj názor takto: „*No, to si nemyslím. Neboť jsem logopedii dělala, na speciální mateřské školce jsem taky pracovala. Tak mi přijde naopak, že tady se s těmi dětmi cvičí mnohem víc než kde jaký rodič. I se snažíme pravidelně docházet k logopedce, hodně komunikujeme s učitelem, s asistentkou logopedickou. Tím, jak jsme to zařízení a je to prostě naše práce, tak mi přijde, že oproti jiným, asi ne všem rodičům, myslím si, že to děláme v maximální možné míře.*“ Informant I1 dodal svou zkušenost z pedagogicko-psychologické poradny: „*Když se s těmi psychology nebo speciálními pedagogy bavíme, tak oni nám občas říkají, že máme ty děti hezky připravený do té první třídy. Půlka dětí, co prý přijdou do poradny, tak není připravená na vstup do první třídy, u dětí z rodin. Přijdou děti, které jsou nádherně připravený, ale 50 % prostě připravených není. A jsou to opravdu děti z těch rodin.*“ Informant I3 zhodnotil možnosti dětí ze zařízení ústavní výchovy stejné jako v běžných rodinách. „*V dnešní době se ty domovy snaží být otevřené všem iniciativám a vůbec vzdělávání. My nejsme žádná uzavřená jednotka. Snažíme se prostě děti začlenit co nejvíce do společnosti. Takže si myslím tam ty rozdíly nejsou oproti běžné rodině.*“ Na druhou stranu informant I4 přiznal, že rozložit pozornost a péči mezi více dětí, není vždy úplně jednoduché: „*Samozřejmě my, když máme 8 dětí, tak my se jim nemůže věnovat úplně naplno. Za což to dítě v normální rodině, i kdyby to byla rodina se dvěma dětmi, už tam jsou ty rodiče, které jsou s tím dítětem neustále, neustále ho mají pod svými ochrannými křídly, neustále se s nimi učí, pokud to rodiče jsou samozřejmě ochotný podstupovat.*“

4.4. Dílčí závěry šetření a doporučení pro praxi

Na základě výzkumného šetření, které bylo uskutečněno pomocí elektronického dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru se podařilo získat odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: *Kterí pracovníci vybraných institucí ústavní výchovy se aktivně podílí na logopedické intervenci?*

Jednoznačně nejaktivnějšími činiteli v logopedické intervenci u dětí vyrůstajících v zařízeních ústavní výchovy jsou jejich denní vychovatelé, kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu a jsou nedílnou součástí logopedického procesu. S dětmi pravidelně trénují, a to téměř denně. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že v některých zařízeních se na

logopedické péči podílejí i speciální pedagogové či dokonce logopedi, kteří jsou v daném zařízení na určitý úvazek zaměstnáni. Zmiňována byla například i spoluúčast psychologa, logopedického asistenta či sociálního pracovníka. Přes 50 % zúčastněných uvedlo, že oblastí logopedické péče je v jejich zařízení pověřen konkrétní pracovník. Jeho úloha je pak různorodá, některý pracovník logopedickou péči především zařizuje a organizuje, ale samotného procesu se již neúčastní. Naopak některý je ještě kromě celkové organizace navíc pověřen i samotnými návštěvami u logopedického pracovníka a následně i instruuje a informuje ostatní vychovatele o průběhu sezení a na co je třeba se v daném období zaměřit.

Někteří z dotazovaných, kteří pověřeného pracovníka ve svém zařízení nemají, v rámci odpovědí na otázky v rámci šetření uváděli, že pracovníka, který by tuto oblast celou ošetřoval a měl na starost, by velmi ocenili. Ještě více by přivítali pracovníka, který by měl vzdělání zaměřené na logopedii – např. logopedického asistenta.

Výzkumná otázka č. 2: *Kdo z odborných pracovníků se podílí na logopedické intervenci u dětí ve vybraných zařízeních ústavní výchovy?*

Logopedická intervence je nejčastěji realizována pod odborným vedením klinického logopeda. Na této skutečnosti se shodli jak respondenti z dotazníkového šetření (v 69,2 % případů), tak i informanti, kteří se zúčastnili rozhovoru – klinického logopeda uvedli 3 ze 4 informantů. Nelze však nezmínit i spolupráci zařízení s logopedy, kteří jsou ještě bez atestace (38,5 %) či se speciálními pedagogy (15,4 %). Uváděni byli i logopedičtí asistenti, a to jak v rámci dotazníků, tak i během rozhovorů, kteří doplňují práci logopeda. Děti ze zařízení ústavní výchovy většinou dochází do logopedických ambulancí, avšak jsou i zařízení, do kterých logopedický pracovník dojíždí a intervenci realizuje přímo v prostorách dané instituce. K logopedické péči pod odborným dohledem dochází nejčastěji jednou za týden či za 14 dní. V případě časové frekvence návštěv dětí u odborníka odpovědi respondentů a informantů celkem korespondují.

Výzkumná otázka č. 3: *Jaký druh narušené komunikační schopnosti, případně druhy NKS, se nejčastěji vyskytují u dětí ve vybraných institucích ústavní výchovy?*

Téměř ve všech oslovených zařízeních ústavní výchovy se aktuálně nachází děti, u kterých je přítomná NKS a které vyžadují pravidelnou logopedickou intervenci. Průměrně se v jednom zařízení ústavní výchovy v Praze a Středočeském kraji nachází 5 dětí s NKS a ve

většině případů je u všech těchto dětí logopedická intervence již zahájena a realizována. Jako nejčastěji se vyskytujícím druhem NKS v oslovených zařízeních ústavní výchovy byla zmiňována dyslalie (patlavost). Hned za ní, na druhém místě, byl uváděn opožděný vývoj řeči, a to jak v rámci dotazníkového šetření, tak i v rámci uskutečněných rozhovorů. Dle získaných dat se NKS vyskytují o něco častěji u chlapců (v 50 % případů), ale velmi často byl respondenty uváděn vyrovnaný výskyt NKS u chlapců i dívek v rámci zařízení, a to až u 41,7 % případů. Lze tedy shledat pouze nepatrně vyšší tendence výskytu NKS u chlapců v oslovených zařízeních.

Výzkumná otázka č. 4: *Jaké jsou podmínky pro realizaci logopedické intervence ve vybraných zařízeních ústavní výchovy?*

Oslovení zástupci zařízení ústavní výchovy neshledávají podmínky v rámci logopedické intervence v zařízeních tohoto typu omezenější než podmínky, které mají děti vyrůstající ve vlastních rodinách. Pracovníci v zařízeních se snaží dětem poskytovat maximálně možnou péči a pravidelně s dětmi pracují a věnují se jim. Co se týče průběhu logopedické intervence ve vybraných zařízeních, snahou vychovatelů je procvičovat s dětmi logopedii téměř denně či alespoň několikrát do týdne. K tomuto procvičování dochází hlavně v rodinných skupinách, buďto ve společné místnosti nebo ve vlastních dětských pokojích. V rámci tohoto procvičování jsou vychovateli využívány především materiály a pomůcky poskytnuté logopedickým pracovníkem – hlavně klinickým logopedem – či pořízené na jeho doporučení. Respondenti i informanti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, vyjádřili svými odpověďmi vděčnost za to, že vůbec mohou a mají kam s dětmi na logopedii docházet a že vedení jejich zařízení na tuto oblast dbá a podporuje ji, především finančně, ale v mnoha případech i personálně. Jak již bylo výše zmíněno, někteří ze zúčastněných by ocenili pověřeného pracovníka pro tuto oblast či větší proškolení pracovníků, a to nejen v oblasti logopedie. Často byla zmiňována i potřeba častějších návštěv u logopeda, avšak dotazovaní jsou si vědomi vytíženosti logopedů a jsou rádi za péči, která jim je aktuálně poskytována.

Doporučení pro praxi

Z dat získaných na základě dotazníkového šetření a rozhovorů je možné formulovat několik doporučení pro praxi, a to:

- Pověření konkrétní osoby oblastí logopedie a logopedické intervence (organizací, realizací, instruováním kolegů ad.) v daném zařízení.
- Zaměstnání logopedického asistenta, který by svou pozornost směřoval jak dětem, u kterých již byla nebo bude zahájena logopedická péče, tak i ostatním dětem v zařízení v rámci logopedické prevence a rozvoje komunikačních dovedností.
- Školení a další vzdělávání pracovníků v zařízeních ústavní výchovy v oblasti logopedie. NKS není u dětí v zařízeních ústavní výchovy výjimkou, ba naopak se u nich tato narušení vyskytují často, k čemuž mimo jiné přispívá i jejich minulost a negativní životní zážitky. Je důležité, aby pracovníci, kteří pracují s těmito dětmi, měli alespoň základní vhled do této problematiky.
- Větší vybavenost zařízení logopedickými materiály – pracovní sešity, odborná literatura, didaktické a edukativní aktivity, hry apod. Většina zařízení v rámci logopedických příprav pracují především s materiály, které obdrží od svého logopeda, některá pouze s ním. Pro větší pestrost a obohacení každodenního procvičování by bylo přínosné, aby vychovatelé měli k dispozici širší nabídku logopedických materiálů, didaktických her apod. Tyto prostředky by bylo možné využít i u ostatních dětí v rámci logopedické prevence a rozvojové činnosti.

Závěr

Diplomová práce se věnuje logopedicky zaměřené problematice, a to konkrétně tématu logopedické intervence v zařízeních ústavní výchovy. Cílem práce bylo zjistit způsob realizace logopedické intervence ve vybraných zařízeních ústavní výchovy v Praze a Středočeském kraji. Práce byla rozčleněna do dvou hlavních částí – teoretické a praktické.

Teoretická část práce se zabývala řečí, její funkcí a ontogenetickým vývojem řeči. Popsána byla narušená komunikační schopnost a stručně byly představeny konkrétní druhy narušení. V další kapitole této části byl rozebrán termín logopedická intervence, její systém v České republice a součástí byl rovněž krátký náhled na systém logopedické péče v zahraničí. Poslední, ale neméně významnou kapitolou bylo téma náhradní výchovné péče v zařízeních ústavní výchovy a vliv náhradní péče na vývoj dítěte, a to nejen řečový.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit způsoby realizace logopedické intervence u dětí vyrůstajících v zařízeních ústavní výchovy. Výzkumné šetření pro účely této práce bylo uskutečněno za využití elektronického dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnili vybraní zástupci zařízení ústavní výchovy v Praze a ve Středočeském kraji. Na začátku byly stanoveny výzkumné otázky, na které bylo na závěr praktické části odpovězeno.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že vybraná zařízení ústavní výchovy se snaží poskytovat potřebnou logopedickou péči všem dětem, které ji vyžadují. Ukázalo se, že všechna zařízení, která mají v péči dítě s NKS, provádějí potřebná opatření k úspěšné realizaci logopedické intervence, pokud je ovlivnění NKS u dětí ještě reálné. Opatření lze nalézt v organizační, personální i finanční podpoře daných zařízení. Stěžejními hybateli tohoto procesu jsou každodenně přítomní vychovatelé, kteří mají významný podíl na tom, že je logopedická péče u těchto dětí uskutečňována, a to jak pod odborným vedením, tak i v rámci každodenního logopedického procvičování. Nejen vedení zařízení, ale i samotní pedagogičtí pracovníci vnímají řeč a komunikaci za velmi důležitou oblast, která ovlivňuje a nadále bude ovlivňovat životy těchto dětí i po odchodu ze zařízení.

Na závěr práce bylo formulováno několik doporučení pro praxi, která by mohla napomoci ke zlepšení podmínek logopedické péče v zařízeních ústavní výchovy. Vzhledem k tomu, že se do zařízení tohoto typu často dostávají děti s negativní životní zkušeností, která se

v mnoha případech projevuje i v řeči, je důležité, aby logopedická péče v těchto zařízeních nebyla opomíjená a byla jí věnována dostatečná pozornost.

S přijetím určitých opatření a společným úsilím všech, kteří se podílejí na logopedické péči u dětí v zařízeních ústavní výchovy, by mohla být v budoucnu logopedická péče ještě na lepší úrovni, než je tomu teď. Pomocným faktorem by mohlo být zaměstnání např. logopedického asistenta či dokonce samotného logopeda, i když v některých zařízeních se již tak děje. Děti umístěné do těchto zařízení si v životě zažily již mnoho a často se nejednalo o nic příjemného a život obohacujícího. Pracovníci, kteří se o ně následně starají, se jim snaží poskytnout maximální možnou péči pro jejich následný vývoj a minimalizování následků způsobených jejich minulostí a za to jim patří velký obdiv a dík.

Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 236 s. ISBN 978-80-247-3008-0.

ČERVENKOVÁ, Barbora. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada, 2019. 216 s. ISBN 978-80-271-2054-3.

DOLEŽALOVÁ, Markéta a Michaela CHOTĚBOROVÁ. *Vývojová dysfázie*. Vyd. 1. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 2021. 87 s. ISBN 978-80-88429-11-1.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedická slovník*. Vyd. 1. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. 192 s. ISBN 80-902536-2-8.

FUKANOVÁ, Věra (2007). Koncepce logopedické péče. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6

GÚTHOVÁ, Marta a ŠEBIANOVÁ, Daniela (2011). Terapie dyslalie. In LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

HARTMANN, Boris a Michael LANGE. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-021-8.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2015. 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0

JANSKÝ, Pavel. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 2009. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Oddělení pro vědeckou činnost.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí. Návod pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2

KOLUCHOVÁ, Jarmila. Psychická deprivace a možnosti její nápravy. In MATĚJČEK, Zdeněk, ed. *Osvojení a pěstounská péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 152 s. ISBN 80-7178-637-3

KOŠŤÁLOVÁ, Milena, BEDNAŘÍK, Josef, MECHL Marek a Stanislav VOHÁŇKA. *Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí* [CD]. Brno: Masarykova univerzita, 2006.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍKOVÁ. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Vyd. 4. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-1983-5

LECHTA, Viktor. *Koktavost*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 336 s. ISBN 978-80-7367-643-8

LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium*. Vyd. 1. Bratislava: SPN, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9

LECHTA, Viktor (2011). Metody a techniky logopedické terapie, principy jejich aplikace. In LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor (2007a). Metody logopedické intervence. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN 978-80-7367-433-5.

LECHTA, Viktor (2013). Specifika diagnostiky narušené komunikační schopnosti u dospělých. In CSÉFALVAY, Zsolt, LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené*

komunikační schopnosti u dospělých. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 232 s. ISBN 978-80-262-0364-3

LECHTA, Viktor (2007b). Základní vymezení oboru logopedie. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6

LOVE, J. Russel a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč. Neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9

MATĚJČEK, Zdeněk (1999). Cizí dítě v cizí rodině. In MATĚJČEK, Zdeněk a kol. *Náhradní rodinná péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. 183 s. ISBN 80-7178-304-8.

NÁDVORNÍKOVÁ, Viera (1995, 2002). Diagnostika dyslálie. In LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd.1. Martin: Vydavatelstvo Osveta, 1995, 2002. 267 s. ISBN 80-88824-18-4.

NEUBAUER, Karel (2018a). Breptavost. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2018b). Legislativa a systém péče v resortu MŠMT a MPSV ve vztahu k profesi logopeda. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2018c). Pracoviště klinické logopedie a jeho vybavení. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2018d). Terapie poruch komunikace v klinické praxi. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2018e). Současná terminologická východiska oboru klinická logopedie. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel (2018f). Vývojové a přetrvávající poruchy artikulace a fonologického rozlišování. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

POSPÍŠILOVÁ, Lenka (2018). Vývojová dysfázie. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

POSPÍŠILOVÁ, Lenka. (2018). Vývojová koktavost. In NEUBAEUR, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace. Poznatky vývojové psycholingvistiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3603-7

PTÁČEK, Radek a kol. *Děti na cestě. Vliv náhradní rodinné péče na vývoj dětí a život dospělých*. Praha: Národní institut pro děti a rodinu, z.s., 2015. ISBN 987-80-87066-05-8

PTÁČEK, Radek, KUŽELOVÁ, Hana a Libuše ČELEDVÁ. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2011. 56 s. ISBN 978-80-7421-040-2

SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2016. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8

SMOLÍK, Filip a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ. *Vývoj jazykových schopností*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 248 s. ISBN 978-80-247-4240-3

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA (2007). Poruchy hlasu a řeči při vrozených anomáliích orofaciálního systému. In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6

ŠKOVIERA, Albína. *Dilemata náhradní výchovy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-318-6

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí do smrti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Vyd. 1. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, o.s., 2012a. ISBN 978-80-87455-14-2

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství a dospělost*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2012b. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1

Internetové zdroje

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2016). Scope of Practice in SpeechLanguage Pathology [Scope of Practice]. Dostupné z: www.asha.org/policy/

About Speech-Language Pathology Careers. *American Speech-Language-Hearing Association | ASHA* [online]. Copyright © 1997 – 2022 [cit. 19.05.2022]. Dostupné z: <https://www.asha.org/students/about-speech-language-pathology-careers/>

Asociace rané péče České republiky | ARP ČR . *Asociace rané péče České republiky | ARP ČR* [online]. Copyright © 2022 [cit. 19.05.2022]. Dostupné z: <https://www.arpcr.cz/>

Berufsprofil | logopädieaustria. *logopädieaustria | Rede dein Leben* [online]. Copyright © logopädieaustria 2022 [cit. 25.06.2022]. Dostupné z: <https://logopaediaustria.at/berufsprofil#berufsbind>

Bloder, T.; Eikerling, M.; Rinker, T.; Lorusso, M.L. Speech and Language Therapy Service for Multilingual Children: Attitudes and Approaches across Four European Countries. *Sustainability* 2021, 13, 12143. [cit. 25.06.2022] Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/>

ČESKO. Zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník – znění od 1. 7. 2021. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 10.06.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#f4578842>

ČESKO. Zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů – znění od 1. 1. 2014. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 10. 06. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109#f2299295>

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) – znění od 1. 2. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 03. 05. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#f2873533>

Otevřená budoucnost. *Otevřená budoucnost* [online]. Copyright © Copyright Otevřená budoucnost, z. s. [cit. 10.06.2022]. Dostupné z: <https://www.otevrenabudoucnost.cz/formy-nahradni-vychovy/>

Tätigkeitsfeld | logopädieaustria. *logopädieaustria | Rede dein Leben* [online]. Copyright © logopädieaustria 2022 [cit. 25.06.2022]. Dostupné z: <https://logopaediaustria.at/taetigkeitsfeld#wo-sind-wir-taetig>

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník.....	1
Příloha B – Otázky k rozhovoru.....	5
Příloha C – Vzorový přepis rozhovoru.....	7
Příloha D – Informovaný souhlas.....	13
Příloha E – Seznam grafů a tabulek.....	14