

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Logopedická intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji

Speech therapy in children's homes in Královéhradecký region

Sandra Peterová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Korandová
Studijní program: Speciální pedagogika/Logopedie
Studijní obor: Speciální pedagogika/Logopedie

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Logopedická intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 2023

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Korandové za odborné vedení, za vstřícné jednání, cenné rady a připomínky. Zároveň bych ráda poděkovala dětským domovům a jejich konkrétním pracovníkům a dětem, kteří byli ochotni spolupracovat a poskytli mi informace pro zpracování empirické části.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na poskytování logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Bakalářská práce je rozdělena do třech kapitol, kde jsou dvě kapitoly teoretické a jedna kapitola empirická. V první kapitole teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy, jako jsou logopedie, komunikace, řeč, jazyk a narušená komunikační schopnost. Dále je první kapitola věnována vývoji řeči, jazyka a komunikace v rámci rovin a v poslední řadě popisuje dětské domovy a jejich fungování, roli vychovatele a dítěte a komunikační schopnosti dětí z dětských domovů. Druhá kapitola teoretické části je věnována logopedické intervenci, vymezení pojmu a jeho činnostem, postavení v rámci rezortů zdravotnictví a školství. Empirická část se zabývá dvěma dětskými domovy z Královéhradeckého kraje a jejich poskytováním logopedické intervence. V úvodu empirické části jsou stanoveny hlavní a dílčí cíle a výzkumné otázky, popsány metody a průběh výzkumného šetření. Za hlavní cíl byla určena analýza logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. První část výzkumného šetření je věnována dětskému domovu č. 1 a část druhá dětskému domovu č. 2, jejich charakteristice, fungování a poskytování logopedické intervence. Závěr výzkumného šetření je věnován zhodnocení splnění cílů, odpovědím na stanovené výzkumné otázky, doporučením pro praxi a porovnání se zahraničními zdroji. V závěru je shrnuta a zhodnocena celá práce a možnosti využití získaných poznatků.

KLÍČOVÁ SLOVA

Logopedická intervence, dětský domov, narušená komunikační schopnost, vychovatel

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on the provision of speech therapy intervention in children's homes in the Královéhradecký region. The bachelor thesis is divided into three chapters, two theoretical and one empirical chapter. In the first chapter of the theoretical part, basic concepts such as speech therapy, communication, speech, language and impaired communication ability are explained. Next, the first chapter is devoted to the development of speech, language and communication within the planes and lastly, it describes children's homes and their functioning, the role of the educator and the child and the communication skills of children from children's homes. The second chapter of the theoretical part is devoted to speech therapy intervention, the definition of the term and its activities, its position within the health and education departments. The empirical part deals with two children's homes from the Královéhradecký region and their provision of speech therapy intervention. In the introduction of the empirical part, the main and sub-objectives and research questions are set, the methods and the course of the research investigation are described. The main objective was determined to be the analysis of speech therapy intervention in children's homes in the Královéhradecký region. The first part of the research investigation is devoted to Children's Home No. 1 and the second part to Children's Home No. 2, their characteristics, functioning and provision of speech therapy intervention. The conclusion of the research investigation is devoted to the evaluation of the fulfilment of the objectives, answers to the research questions, recommendations for practice and comparison with foreign sources. In the conclusion, the whole work is summarized and evaluated and the possibilities of using the obtained findings are discussed.

KEYWORDS

Speech therapy intervention, children home, impaired communication ability, educator

Obsah

Úvod	6
1 Teoretická východiska	7
1.1 Základní pojmy	7
1.2 Vývoj řeči, jazyka a komunikace	10
1.2.1 Ontogeneze řeči, jazyka a komunikace	10
1.2.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči, jazyka a komunikace	13
1.3 Nejčastější druhy narušení komunikační schopnosti u dětí	15
1.4 Dětské domovy	19
1.4.1 Dítě v dětském domově	20
1.4.2 Vychovatel v dětském domově	21
1.4.3 Komunikační schopnosti dětí v dětském domově	22
2 Logopedická intervence	23
2.1 Logopedická intervence v ČR	24
2.1.1 Rezort zdravotnictví	24
2.1.2 Rezort školství	25
3 Analýza logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji ...	27
3.1 Cíle a metodika výzkumného šetření	27
3.2 Dětský domov číslo 1	29
3.3 Dětský domov číslo 2	34
3.4 Závěry výzkumného šetření	38
Závěr	42
Seznam použitých informačních zdrojů	44

Úvod

Práce se zabývá logopedickou intervencí v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Logopedická intervence je již z velké části objasněné téma, avšak definice se stále liší. Poskytování logopedické intervence v dětských domovech však úplně objasněno a známo není, a tak jí není věnována přílišná pozornost.

Na výběr tématu bakalářské práce měl vliv dětský domov, ve kterém probíhala má dobrovolnická činnost. V dětském domově bylo viditelné, jaká je úroveň komunikačních schopností dětí z tohoto zařízení. Narušení komunikačních schopností bylo velmi časté, to vedlo v souvislosti se studovaným oborem Speciální pedagogikou/Logopedií k zájmu o této problematice zjistit více. Kdo a jakým způsobem logopedickou intervencí poskytuje a jaká je jí věnována pozornost.

Cílem bakalářské práce je analýza logopedické intervence v dětských domovech. Snahou bakalářské práce je získat informace o poskytování logopedické intervence v dětských domovech, její dostatečnosti a přístupech vychovatelů a dětí.

Bakalářská práce je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole jsou vysvětleny základní pojmy a následně popsán vývoj řeči, jazyka a komunikace. V poslední části první kapitoly jsou zmíněny dětské domovy, role vychovatele a dítěte a komunikační schopnosti dětí z dětského domova.

Druhá kapitola se zabývá logopedickou intervencí. Samotnou definicí oboru, jeho postavením v České republice a jeho přístupům v rámci rezortů zdravotnictví a školství.

Třetí kapitola je empirická a zabývá se zpracováním informací získaných v dětských domovech a logopedickou intervencí v nich poskytovanou. Hlavním cílem práce je analýza logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Pozornost je věnována osobám, které logopedickou intervencí poskytují, dětem, kterým je poskytována a způsobům, které jsou v nich využívány. V závěru výzkumného šetření jsou odpovědi na stanovené výzkumné otázky, zhodnocení splnění cílů a doporučení pro praxi.

Celá práce je zakončena závěrem, ve kterém jsou znovu shrnuty kapitoly práce. Zmíněna témata, kterým je práce věnována. Nakonec následné využití poznatků získaných a popsanych v empirické části bakalářské práce.

1 Teoretická východiska

1.1 Základní pojmy

Logopedie

Výraz logopedie se skládá z řeckého slova logos – slovo a paidea – výchova. Pojem nalezneme i v jiných jazycích, v angličtině například jako Speech Therapy, či Speech Correction. Jedná se o vědní obor, který začal do podvědomí lidí pronikat až v první polovině 20. století, a z toho důvodu stále prochází mnoha změnami a rozvoji, které jsou viditelné na snahách vědeckých pracovníků definovat tento pojem. Například lékař – foniatr Fröschels v roce 1924 ve Vídni obor logopedie definoval jako lékařskou vědu. Oproti němu však později u nás lékař – foniatr Sovák logopedii definoval jako speciálně pedagogický obor. Podle Klenkové je logopedie obor speciální pedagogiky, který se zabývá osobami s narušenou komunikační schopností, a z důvodu tohoto znevýhodnění potřebují speciálně pedagogický přístup (Klenková, 2006). Kejkličková (2016) uvádí, že logopedie je obor, který nevede pouze k výchově řeči, ale také usiluje o vyšší kvalitu lidské komunikace. V dnešní době lze logopedii diferencovat na dva přístupy, které jsou označovány jako trend emancipační, který usiluje o splnění cíle uplatnění samostatného oboru v systému věd a trend prakticistický, který se zabývá užíváním možností v korekci narušené komunikační schopnosti (Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012). Dle Lechty (1990) se logopedie zabývá prevencí narušení komunikačních schopností, vzděláváním a výchovou jedince s tímto narušením. Logopedie toto narušení řeší z hlediska průběhu, četnosti výskytu, příčin, možnosti odstranění, následků, prevence a diagnostikování. Zabývá se také i možnostmi komunikační schopnosti rozvíjet. Logopedická péče má za hlavní úkol úpravu poruch řečové komunikace (Neubauer, 2007). Sovák (1965) logopedii definoval jako nauku o předcházení, odstraňování a výchově řeči.

Logopedie se neorientuje pouze na osoby dětského věku, ale na jedince všech věkových kategoriích, v dětském věku, v dospívání, v dospělosti i ve stáří. Běžně u nás logopedie patří do speciální pedagogiky a je v těsnosti s ostatními obory speciální pedagogiky, ať už je to surdopedie, somatopedie, psychopedie a další, protože u každého postižení je buď více či méně narušená komunikační schopnost. Narušení komunikačního procesu, na což se obor

logopedie primárně zaměřuje, určuje jeho vztah i k jiným oborům, jako jsou medicína, psychologie a jazykovědné obory (Klenková, 2006).

Obor logopedie byl výše popsán jako obor, který se zabývá osobami s narušenou komunikační schopností. Proto je důležité pro pochopení samotného oboru logopedie znát pojem **komunikace**. Kvůli velkému zájmu o komunikaci a využití v mnoha oborech nemá zcela jednotnou definici, ba naopak definic existuje hned několik (Bytešnicková, 2007). Pojem vychází z latinského *communicatio*, které lze chápat mnoha výrazy, jako jsou společenství, sdělování, přenos, spojování, participace. Jeho definici je možné popsat jako schopnost lidí pomocí výrazových prostředků utvářet, rozvíjet a udržovat mezilidské vztahy. Komunikace má velký vliv na vytváření a rozvoj osobnosti jedince, je významným prostředkem vztahů mezi lidmi. V obecném slova smyslu lze komunikaci vnímat jako spleť procesů výměny informací. Základ tohoto procesu tvoří čtyři stavební jednotky, které na sebe mají vzájemně vliv: je to komunikátor (původ informace, člověk, který novou informaci říká), komunikant (osoba, která danou informaci přijímá a vytváří na ni určitou reakci), komuniké (náplň sdělování), komunikační kanál (podmínka, která je nezbytná pro provedenou výměnu informace, tedy je důležité používat stejný předem dohodnutý kód, aby si strany vzájemně rozuměly) (Klenková, 2006). Naopak Čechová (1996) definuje komunikaci, jako způsob dorozumění, sociální kontakt s cílem osob účastnících se komunikace vyměnit si myšlenky.

Sovák (1980) rozlišuje tři druhy komunikace, první intraindividuální komunikaci, která se pojí s vnitřním prostředím, druhá extraindividuální, která se váže na prostředí přírodní, a třetí interindividuální, která se uskutečňuje ve společenském prostředí. Dále ji diferencuje do různých forem, ve kterých může probíhat, na komunikaci verbální, tedy slovní, nonverbální, tedy neslovní. K neverbální komunikaci se nepoužívají slova, ale je vyjadřována tělem, jeho pohyby a držetím, jedná se o gesta či mimiku, nebo další způsoby. Verbální komunikace je naopak vyjadřována mluvenou či psanou formou řeči.

K vymezení pojmu lidské komunikace je potřeba objasnit problematiku pojmů řeč a jazyk (Klenková, 2006). **Řeč** je možné chápat jako obecnou lidskou vlastnost, díky které lze předávat informaci za pomoci zvukových, psaných nebo jiných kódů (Novák, 1999). Klenková (2006) napsala, že řeč je vyjadřována třemi základními znaky. Nejprve

„sebezapomnění“, pod tímto výrazem je myšleno, že ji vůbec nevnímáme a nevšímáme si ji, protože se její pomocí soustředíme na to, co je řečené. Dospělý člověk si samotné řeči všimne, jen pokud narazí na nějaký zádrhel, který mu překazí hladký projev. Druhým podstatným znakem je, že řeč patří do „oblasti my“, to znamená, že je používána směrem k druhým a neváže se ke mně samému. Je prostředkem pro rozhovor a spojuje dvě osoby. Za třetí je charakterizována její univerzálností, vyjadřovat může a musí úplně všechno, není vázána na žádnou významovou oblast předem domluvenou. Základní funkce řeči dle Klenkové (2006) zní, že řeč slouží ke sdělování pocitů a přání je velmi podobná s myšlenkou Špačkové (2015), která funkci řeči popisuje jako dorozumivací a sdělující. Špačková (2015) definuje řeč, jako náš základní prostředek vyjadřování, jedinečnou lidskou schopnost, kterou máme danou biologicky. Z toho vyplývá, že lidé se dokáží řeči naučit ne z důvodu toho, že by byli nejinteligentnějšími, ale protože k řeči mají mozek speciálně utvořen. Mezi mozkové struktury uzpůsobené pouze pro řeč je Wernickeovo centrum, které slouží k rozumnění řeči a Brocovo centrum, které umožňuje tvorbu řeči.

Jak napsala Špačková (2015, s. 16) ve své knize: „*Ovšem tvořit řeč znamená vědomou práci s jazykem*“. Z toho důvodu je potřeba objasnit také pojem jazyk.

Jazyk je soubor zvukových a druhotných dorozumivacích způsobů znakové podoby, která je schopná dát najevo veškeré své vnitřní pocity, vědění a představy. Je schopností, kterou lze ovládat, řídit a užívat symbolický soubor, který slouží k vyjadřování, jako je čeština, angličtina, ale i znakový jazyk neslyšících. Je v úzkém spojení s řečí a jedno bez druhého by nefungovalo (Klenková, 2006). Jazyk považujeme jako jedinečnou schopnost konkrétní a přímo vymezené skupiny, která prostřednictvím zvukového, písemného či jiného kódu sděluje informace. Podléhá zákonům, které jsou platné jen pro jazyk příslušící dané etnické či jiné skupině, jedná se o sémantický, fonetický, fonologický a gramatický zákon (Bytešníková, 2012).

Předmětem zájmu oboru logopedie je **narušená komunikační schopnost**, a proto je potřeba ji následovně objasnit. Narušenou komunikační schopnost je velmi složité definovat, náročné je už rozlišení, jestli již můžeme mluvit o narušení, nebo zda se jedná o normu. Vždy když hodnotíme komunikační schopnost, tak je důležité myslet na to, v jakém jazykovém prostředí dotyčný žije, rozdíl je mezi Moravou, Prahou, Středními Čechy, a jaké

má vzdělání, pokud používá mluvu ke své práci, jako herec, pěvec, učitel, moderátor atd. Nemůžeme se věnovat pouze narušené oblasti, ale pozornost musí směřovat ke všem jazykovým rovinám. U dětí je třeba brát zřetel na to, co je fyziologickým jevem, a oproti tomu, co se již od normy odchyluje (Klenková, 2006). Podle Lechty (1990) o narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, pokud jedna z jazykových rovin, nebo více rovin najednou, ovlivňuje řeč jedince vzhledem k jeho úmyslu.

1.2 Vývoj řeči, jazyka a komunikace

Pro speciální pedagogy, logopedy, ale i pro pedagogické pracovníky působící na různých školách je velmi důležité znát problematiku vývoje řeči, jazyka a komunikace. Podrobně by tuto problematiku měli znát především pedagogové v mateřských školách a na prvních stupních základních škol. Vývoj se týká také rodičů, kteří by měli být v této problematice mnohem více znalí, než zatím bývají. Nadále však zůstává vývoj řeči, jazyka a komunikace v zájmech mnoha odborníků, ať už psychologů, logopedů, lingvistů, foniatrů, ale i neurologů (Bytešnicková, 2007). Fyziologický vývoj řeči, jazyka a komunikace závisí na rozumové schopnosti, adekvátním stimulujícím sociálním prostředí a na anatomicko-funkčních vztazích v oblastech hlavy a krku (stav řečových a fonačních ústrojí, vývoj CNS) (Dlouhá In Dlouhá et. al., 2017). Znalosti vývoje řeči, jazyka a komunikace u zdravých dětí jsou nesmírně důležité pro rozvoj komunikační schopností u dětí, u nichž se v oblasti komunikačních schopností vyskytují potíže. Tento vývoj neprobíhá samostatně, ale je ovlivněn vývojem jiných oblastí, motoriky, sensorického vnímání, myšlení apod. Problematikou vývoje řeči, jazyka a komunikace a motoriky, myšlení, zraku a sluchu se již zabývalo několik odborníků, například Zeller, Sovák, Damborská (Klenková, 2006).

1.2.1 Ontogeneze řeči, jazyka a komunikace

Vývoj a vznik řeči, jazyka a komunikace u člověka, tedy ontogeneze řeči, jazyka a komunikace, je proces velmi složitý a je ovlivňován několika faktory exogenními i endogenními. Průběh vývoje řeči, jazyka a komunikace dítěte je nutno sledovat zároveň s celkovým vývojem psychickým, i s ohledem k podmínkám, které jsou vytvářené vnějším prostředím. Bytešnicková (2007) dále uvádí, že v ontogenezi člověka, má vývoj této

schopnosti celkem prudký průběh. Za zlomové období je považován věk do šesti let dítěte a nejrychlejší tempo vývoje u intaktního dítěte je možné pozorovat ve třech až čtyřech letech. S Bytešníkovou (2007) se blízce shoduje i Lechta (2008), který uvádí, že vývoj řeči, jazyka a komunikace patří v ontogenezi člověka dokonce mezi nejprudší průběhy ze všech. A stejně tak uvádí, jako klíčové období do šesti let věku dítěte, a nejrychlejší rozvoj do třech až čtyř let. Vitásková a Peutelschmiedová (2005) uvádí, že by měl být ontogenetický vývoj ukončen v šesti až sedmi letech věku. Dále píše, že z řečového projevu dítěte můžeme vyvozovat stupeň vývoje motoriky, především jemné, která zahrnuje motoriku ruky a mluvidel, způsob myšlení, rozsah vědomostí a znalostí, osobnostní vývoj jedince, míru socializace a další. Bytešníková (2007) uvádí faktory, které ovlivňují charakter vývoj řeči, jazyka a komunikace, mezi které patří: intelektové schopnosti, centrální nervová soustava, zrakové a sluchové vnímání, schopnosti motorické, určitá úroveň vrozeného nadání pro verbální komunikaci, sociální prostředí, v němž dítě bývá apod. Je důležité vycházet z informace, že hlavní funkcí jazyka je funkce dorozumívací. Dialog existuje už i u dětí, a to nemusí být jen hlasové vyjadřování, ale i gesta a mimiku lze chápat, jako prostředek dorozumívání. Dítě začíná mluvit z důvodu potřeby se dorozumět s okolím, a právě tato potřeba se u dítěte objevuje dříve, než vlastní řeč. Klenková (2006) uvádí názor, se kterým se shodnou všichni autoři, zabývající se touto problematikou, a to, že je potřeba přistupovat k hodnocení vývoje řeči, jazyka a komunikace u každého jedince individuálně, a v každém období je nutno připouštět určitou časovou odchylku. Téměř všichni odborníci, touto problematikou se zabývající, se shodují na základním rozdělení vývoje na dvě části. První částí je přípravné (před řečové) období a druhé je období vlastní řeči. Jako přelom těchto dvou období bývá uváděno dovršení prvního roku věku dítěte, avšak je třeba dbát na to, že vývoj je záležitost čistě individuální, neexistují žádné normy (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

V období před řečové komunikace u kojenců dochází k prudkému rozvoji řeči, lidé přicházejí na svět s jedinečnou vrozenou dispozicí, a to osvojit si řeč (Bytešníková, 2007). V průběhu tohoto období dítě nabývá v oblasti zručnosti a návyků, na jejichž základech později vzniká skutečná řeč. Tyto aktivity jsou nazývány předverbální a neverbální. Větší vliv na pozdější zvukovou, slovní, mluvenou řeč dítěte mají předverbální projevy, mezi které řadíme například, broukání, křik a další. V průběhu vývoje jsou později nahrazovány verbálními projevy. Méně vázané na pozdější mluvenou řeč jsou neverbální projevy, jsou

to projevy nezvukové i zvukové, například zrakový kontakt apod. Tyto projevy zůstávají v určité míře a podobě po celý život. Předverbální projevy, které jsou přípravou ke skutečné řeči, jsou přítomné již před narozením dítěte, jedná se například o nitroděložní kvílení (Klenková, 2006). Vitásková a Peutelschmiedová (2005) zmiňuje, že prvním hlasovým projev dítěte je křik, nejprve za přítomnosti tvrdého hlasového začátku, který vyjadřuje nelibé pocity. Klenková (2006) křik definuje jako reflex, který vznikl při přechodu ze zásobování kyslíkem placentou na plicní dýchání podrážděním dýchacího centra. Okolo šestého týdne se začíná nelibí křik měnit za pomoci měkkého hlasového začátku na křik, který vyjadřuje libé pocity. O tomto období je hovořeno, jako o období broukání. Dítě vytváří různé zvuky, jako sykot, mlaskání, jedná se o zvukový materiál pro pozdější tvorbu řeči. Následné období se nazývá období pudového žvatlání, kde se dle Vitáskové a Peutelschmiedové (2005) uplatňují emoce. Následné období se nazývá období napodobivého žvatlání, začíná přibližně v polovině prvního roku života, mezi šestým a osmým měsícem. V tomto období se objevuje první zraková a sluchová kontrola. Zvuky žvatlání dítě připodobňuje k hláskám svého rodného jazyka, už si všímá i pohybů mluvidel, a tak začíná napodobovat hlásky mateřského jazyka (Klenková, 2006). Nejčastěji děti opakují takové slabiky, jejichž první hlásky jim jsou vizuálně nejlépe přístupné, jako jsou B, P a M. Dříve než začne dítě samotnou řeč produkovat, tak už ji dávno rozumí (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Kolem desátého měsíce věku dítěte nastává období, při kterém dochází k porozumění řeči, tedy stádium rozumění. Obsah slov chápán ještě není, ale spojuje si často slyšené zvuky s vjemem nebo představou konkrétní situace, která bývá často opakována. Rozumění dítě projevuje motoricky (Klenková, 2006).

Po dovršení jednoho roku nastává období vlastního vývoje řeči, jazyka a komunikace. Klenková (2006) ve své knize toto období rozděluje na čtyři stádia: emocionálně-volní, asociačně-reprodukční, logických pojmů a intelektualizace řeči. Oproti tomu Bytešníková (2007) období rozděluje hned na šest stádií: emocionálně-volní, egocentrické, asociačně-reprodukční, rozvoje komunikační řeči, logických pojmů a intelektualizace řeči. První období, tedy stádium emocionálně volní vysvětlují Bytešníková (2007) a Klenková (2006) velmi podobně. Jedná se o období, kdy děti začínají užívat první slova, které jsou nesklonná a vznikají spojením dvou slabik, jako například bába, mama a další. Tato slova plní funkci vět, vyjadřují pocity, přání, emoce, proto stádium emocionálně-volní (Bytešníková, 2007).

Dalším obdobím je období egocentrické, ke kterému se krátce vyjadřuje i Klenková (2006), která uvádí, že se jedná o období mezi rokem a půl až dvěma lety věku dítěte. V tomto období dítě začíná vnímat mluvení jako činnost, napodobuje dospělé a slova si samo opakuje. Bytešníková (2007) navíc také uvádí, že v tomto období přicházejí první otázky, co je to a kdo je to. Také začínají vznikat spojováním dvou jednoslovných vět věty dvojslovné. Následujícím obdobím je stádium asociačně-reprodukční, ve kterém dochází k pojmenovávací funkci slov, nejdříve dítě různými slovy označuje osoby a jevy ve svém okolí a později tato slova přenáší na věci podobné (Sovák, 1978). V období mezi druhým a třetím rokem přichází stádium rozvoje komunikační řeči. V tomto stádiu se dítě snaží za pomoci řeči dosahovat různých malých cílů, pomalu zjišťuje, že užíváním řeči může ovlivňovat lidi ve svém okolí. Okolo třetího roku věku dítěte nastává stádium logickým pojmů. V tomto období se slova, která byla doposud připojená ke konkrétním jevům, stávají za pomoci abstrakce všeobecnými pojmy. Slovní zásobu v tomto období tvoří přibližně tisíc slov, děti jsou schopné pojmenovat základní předměty pro denní potřebu, orientují se v čase den a noc (Bytešníková, 2007). Klenková (2006) uvádí, stejně tak i Bytešníková (2007), že v tomto období nastávají složité myšlenkové operace, a tak se často stává, že mají děti vývojové potíže v řeči, například opakují hlásky, slabiky, slova a další. Posledním stádiem, které nastává okolo čtvrtého roku dítěte a přetrvává až do dospělosti, je stádium intelektualizace. Dítě je schopno své myšlenky vyjadřovat formálně i obsahově dostatečně přesně. Je zaměřené na rozšiřování slovní zásoby, zpřesnění a prohloubení obsahu slov a gramatických forem (Klenková, 2006).

1.2.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči, jazyka a komunikace

Když charakterizujeme ontogenetický vývoj řeči, jazyka a komunikace, tak je potřeba se zmínit i o vývoji v ohledu na jazykové roviny. V řeči máme čtyři jazykové roviny, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou (Bytešníková, 2007). Během ontogeneze se tyto roviny prolínají, vyvíjejí se současně v jednotlivých časových úsecích (Klenková, 2006).

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Obsahuje užívání gramatických pravidel v mluvním projevu, ať je to slovosled, skloňování, rod, číslo, pád apod. Při vývoji dochází k postupnému osvojování gramatiky rodného jazyka,

nápodobou gramatického vzoru, ale zároveň dochází i k zapamatování toho, co slyšelo a přenáší to do toho, co chce říci (Bytešnicková, 2007). Tuto rovinu je možné sledovat až od jednoho roku věku dítěte. První slova dítěte jsou podstatná jména a slovesa, jsou to slova neohebná, takže slovesa jsou užívána v infinitivu (či v rozkazovacím způsobu nebo třetí osobě) a podstatná jména v prvním pádě. Používání jednoslovných vět končí přibližně v roce a půl až dvou letech, kdy spojováním dvou jednoslovných vět vznikají věty dvojslovné. Nejdříve jsou používána podstatná jména a poté slovesa (Klenková, 2006). Mezi druhým a třetím rokem věku dítěte dochází k prudkému rozvoji v oblasti využití slovních druhů, začínají být používána přídavná jména a osobní zájmena. Postupem času dítě začíná používat i zbytek slovních druhů, jako jsou číslovky, spojky a další. Po čtvrtém roce života by dítě mělo mít osvojené všechny slovní druhy (Bytešnicková, 2007). V rozmezí druhého a třetího roku dítě začíná také skloňovat, množné a jednotné číslo začíná užívat po dovršení třetího roku. Souvětí je schopno vytvářet v rozmezí třetího a čtvrtého roku života (Klenková, 2006).

Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Tato rovina se zaměřuje na aktivní a pasivní slovní zásobu a její vývoj. Počátky pasivní slovní zásoby je u dítěte možné sledovat okolo desátého měsíce věku a aktivní okolo dvanáctého měsíce věku, kdy začíná používat svá první slova, avšak nadále se dorozumívá převážně pomocí mimiky, pohledů apod. V souvislosti s prvními slovy hovoříme o takzvané hypergeneralizaci. Jedná se o zevšeobecňování slov, například vše, co má chlupy a čtyři nohy je pro dítě haf - haf. Po osvojení většího množství slov dochází k takzvané hyperdiferenciaci, kde naopak dochází k přiřazování slova pouze k jedné konkrétní věci, osobě (Klenková, 2006). Po prvním roce života a užívání prvních slov slovní zásoba nabývá a okolo druhého věku tvoří slovní zásobu 270 – 300 slov, poté přichází období prudkého rozvoje slovní zásoby, která vzroste a okolo třetího roku věku ji tvoří asi 1000 slov, poté ve čtyřech letech asi 1500 slov, asi 2000 slov v pěti letech a v šesti letech ji tvoří přibližně 2500 – 3000 slov (Bytešnicková, 2007).

Foneticko-fonologická jazyková rovina

Tato rovina se zaměřuje na zvukovou stránku řeči, kde základem jsou hlásky, neboli fonémy (Bytešnicková, 2007). Výzkumu rozvoje této jazykové roviny se věnovalo nejvíce odborníků, byla zkoumána již v blízké době po narození a pozornost byla věnována broukání

a dětskému křiku. Důležitý je věk dítěte od šestého do devátého měsíce, kdy dochází k přechodu ze žvatlání pudového na napodobující. Zvuky, které byly vytvářeny před tímto obdobím, nejsou pokládány za hlásky rodného jazyka (Klenková, 2006). Dítě začíná napodobovat hlásky, které slyší od okolí a postupně si je fixuje, tato doba je u každé hlásky jiná. Dětská výslovnost se vyvíjí od nejjednodušších hlásek až po ty nejsložitější. Nejprve dochází k osvojování samohlásek a později souhlásek (Bytešníková, 2007). Výslovnost se vyvíjí asi do pátého roku, ale vývoj se může prodloužit až do věku sedmého. Avšak tento vývoj je ovlivňován mnoha faktory, jako jsou motorika mluvidel, intelekt, fonemický sluch, mluvní vzor apod. Věk, kdy by měl být vývoj výslovnosti ukončen, není daný, mnozí odborníci se v názorech liší a neshodují, někteří říkají ve čtyřech letech, někteří v sedmi. Dnes je uváděna hranice pěti let (Klenková, 2006).

Pragmatická jazyková rovina

Pragmatická rovina je zaměřena na sociální a psychologické části komunikace. Při snaze definovat tuto rovinu lze uvést, že se jedná o část jazykových schopností, která obsahuje správnost využití jazyka v kontextu společenském (Bytešníková, 2007). Dítě ve dvou a třech letech je schopno pochopit, že je komunikační partner, a jak v dané situaci jednat a reagovat. Po dovršení třetího roku věku je znát snaha o komunikaci a navázání dialogu s dospělými osobami ve svém okolí. Okolo čtvrtého roku věku se stále zlepšuje zvolení komunikace vhodné dané situaci, v tomto období dítě využívá k regulování svého okolí řeč a zároveň je možné řeči regulovat i chování dítěte (Klenková, 2006).

1.3 Nejčastější druhy narušení komunikační schopnosti u dětí

U velké části dětí probíhá vývoj řeči, jazyka a komunikace přirozeně a v pořádku, ale existují však výjimky, u kterých tomu tak není. Opoždění nebo odlišnost ve vývoji může být v různém stupni závažnosti a může způsobit v určité míře i jiné potíže. Některé odlišnosti a obtíže ve vývinu jsou u některých jedinců přirozené, a samy časem zmizí bez následků, například špatná výslovnost některých hlásek, neplynulost řeči v krátkém časovém úseku apod. Avšak tomu tak není u poruch, které mají větší souvislosti s vývinem, například u vrozených poruch sluchu, dětské obrny apod. Také je možné, aby se dítě vyvíjelo normálně, ale zaostávalo pouze ve vývoji řeči, jazyka a komunikace (Horňáková, Kapalková & Mikulajová, 2005). Poruchy vývoje řeči, jazyka a komunikace jsou spojeny se zráním

centrální nervové soustavy a s vývojem schopností percepčních, motorických, jazykových a kognitivních (Neubauer, 2007).

Opožděný vývoj řeči

Opožděný vývoj řeči můžeme definovat, jako časově zpožděný vývoj řeči, jazyka a komunikace, kdy nejsou poškozené mluvní orgány ani centrální nervová soustava, a sluch, zrak, intelekt a stimulující prostředí jsou v normě. Děti s touto poruchou začínají užívat slova a věty až okolo třetího roku věku, ale s porozuměním problém nemají (Dlouhá et al., 2017). Nejčastější příčiny vzniku jsou genetická podmíněnost, citová deprivace, nedonošenost, lehká mozková odchylka, nestimulující prostředí (Klenková, 2006). Dnes je opoždění vývoj řeči pouze symptomem jiné poruchy či postižení, jako samostatná porucha se objevuje jen velmi zřídka.

Dysfázie

Opožděným či narušeným vývojem jazyka se definuje vývojová dysfázie (Smolík, 2009). Jeví se, i přes dostačující podmínky pro vývoj řeči, jazyka a komunikace zhoršenou schopností nebo úplnou neschopností učit se komunikovat verbálně (Dvořák, 1999). Mezi symptomy se řadí například nerovnoměrný vývoj celé osobnosti, výrazné opoždění jazykových schopností, nesrozumitelný projev, nemluvnost. Další pozorovatelné symptomy z oblastí syntaktické, sémantické a gramatické jsou přehazování slovosledu, při ohýbání slov nesprávné koncovky, vynechávání některých slov a podobně (Neubauer, 2007). Úroveň verbálního projevu je nižší, neodpovídající intelektu a neverbálním projevům jedince (Klenková, 2006). Zasahuje téměř celou centrální korovou oblast a dle vážnosti se pak rozlišuje různou hloubkou příznaků. Jedná se o poškození mozku, které může vznikat již v těhotenství, během porodu nebo brzy po porodu. Častěji se vyskytuje u mužského pohlaví (Neubauer, 2007). Terapie probíhá mezioborově, účastní se jí logopedi, foniatři, psychologové, neurologové a další. Terapie se nezaměřuje pouze na rozvoj řečové stránky, ale na rozvoj celé osobnosti. Rozvíjí se oblasti jako třeba zraková percepce, sluchová percepce, paměť a pozornost, motorika, myšlení, orientace a tedy i samotná řeč. (Klenková, 2006).

Balbuties

Jedná se o poruchu plynulosti řeči, při které dochází v důsledku křečí nebo záškubů svalstva mluvidel či fonačního ústrojí k přerušování řeči. Příčiny vzniku nebyly a stále nejsou zcela uspokojivě prokázány (Neubauer, 2007). Bytešníková (2007) za příčiny vzniku považuje dědičnost, orgánové odchylky, psychické procesy, jiné druhy narušené komunikační schopnosti, vliv sociálního prostředí a další příčiny, jako poruchy metabolismu apod. Vzhledem k tomu, že se na vzniku nepodílí pouze jedna příčina, ale většinou více, nelze kórtavost odstranit, ale lze pouze potlačit její příznaky (Klenková, 2006).

Tumultus sermonis

Tumultus sermonis, neboli breptavost, se projevu především nadměrným zrychlením tempa řeči, které způsobuje horší srozumitelnost řeči a může vést až k její nesrozumitelnosti (Neubauer, 2007). Příčiny vzniku nejsou zcela objasněny, ale je možné řadit mezi etiologické faktory dědičnost, charakter polyfaktoriální nebo neurotický a organické podklady. Jedinci s touto poruchou si sami neuvědomují tento nedostatek, hlavním krokem v terapii je docílit toho, aby se dotyčný slyšel a sám si poruchu uvědomil. Poté je logoped učí správně dýchat, tlumit rychlost, upravovat tempo a rytmus a jasně artikulovat (Klenková, 2006).

Rinolalie

Rinolalie, neboli huhňavost, je narušená komunikační schopnost, při které je narušena jak zvuková stránka řeči, tak i artikulace. Specifický zvuk hlasu těchto lidí je ovlivněn mírou nazální rezonance jedince. K narušení míry nosní a ústní rezonance dochází vrozenými orgánovými defekty v oblasti orofaryngeální nebo získaným narušením velofaryngeálního závěru. Projevuje se u jedince tak, že mluví hodně, nebo naopak málo takzvaně „přes nos“ (Klenková, 2006).

Palatolalie

Palatolalii je možné chápat, jako poruchu artikulace, která vzniká důsledkem rozštěpu v některé oblasti velofaryngeálního uzávěru (Neubauer, 2007). Palatolalie je způsobena obličejovými rozštěpy, avšak příčiny vzniku rozštěpů nejsou jasné. Může se jednat o dědičnost, prenatální infekce, choroby matky apod. Mezi nejčastější symptomy palatolalie

řadíme poruchu artikulace a zvuku řeči (Klenková, 2006). Při brzké diagnostice a chirurgickému zákroku, díky kterému se podaří dosáhnout dostatečnému velofaryngeálnímu uzávěru, může za pomoci logopedické péče dítě dosáhnout komunikačních schopností na potřebné úrovni nebo až v normě ještě před povinnou školní docházkou (Neubauer, 2007).

Dyslalie

Dyslálii definuje Lechta (1990, s. 16) jako „*neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem*“. Dyslalie je především v dětském věku nejvíce rozšířenou poruchou (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Mezi příčiny vzniku řadíme například poruchy sluchu, neuromotorické poruchy, nedostatečnou diskriminaci zvuků apod. Na vznik může mít vliv také dědičnost nebo prostředí a další (Klenková, 2006). Dyslalie se projevuje vadnou výslovností některé hlásky, vynecháváním některých hlásek, nahrazováním těžších hlásek hláskou jinou a podobně (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). V dnešní době je dyslalie zastaralý pojem, a tak se mu snažíme vyhnout. Nyní se využívá pojem narušení zvukové roviny řeči. Tento novější pojem zastřešuje více příčin vzniku této poruchy. Jsou pod ním ukryté artikulační poruchy, fonologické poruchy a verbální dyspraxie. Příčiny vzniku artikulačních poruch jsou orgánové a funkční. Orgánovými příčinami jsou myšleny anomálie mluvních orgánů. Pod funkčními příčinami to jsou orofaciální dysfunkce nebo myofunkční poruchy. Příčiny fonologických poruch mohou být nedostatečně rozvinuté fonemické uvědomování a další (Gúthová & Buntová, 2016).

Mutismus

Mutismus dle Neubauera (2007, s. 43) je „*typická náhlá ztráta schopnosti užívat mluvené řeči, bez ohledu na etiologii a terapii poruchy*“. Řadíme sem hlavně odmítání mluvné komunikace, útlum řeči ze strachu, mlčení ze studu nebo funkční ztrátu řeči. Jedinec by mluvit chtěl, ale nemůže v žádné situaci (Neubauer, 2007). Elektivní mutismus se projevuje ztrátou řeči, avšak v určitém prostředí, určité situaci nebo při kontaktu s určitou osobou. Ke vzniku mohou přispět osobnostní vlastnosti jedince, například přehnaná stydlivost, zvýšená zlostnost, a další. Také mohou přispět rodiče, kteří mají tendence udržet dítě na sebe závislé. Příčiny, které vznik bezprostředně způsobují, jsou agresivní chování mezi rodiči, ponižování

ze strany vrstevníků nebo dospělých či tělesné tresty. Do terapie mutismu i elektivního mutismu musí být zapojeno několik odborníků, jako logoped, foniatr, psycholog. Samotná terapie je velmi dlouhá a náročná na trpělivost (Klenková, 2006).

Dysartrie

Pod pojmem dysartrie chápeme poruchu motorické realizace řeči jako celku, která vzniká organickým poškozením centrální nervové soustavy (Klenková, 2006). Při této poruše jsou poškozeny v určité míře a rozsahu hlavní modalit motorické realizace řeči, a to respirace, rezonance, artikulace a fonace (Neubauer, 2007). Dysartrie může postihnout osoby v jakémkoli věku a může vznikat důsledkem různých neurologických poruch (Scholderle, a kol., 2022). V dětském věku je vznik vývojové dysartrie u dětí s neurologickými onemocněními, především u dětské mozkové obrny, spjat s celkovou tělesnou hybností, svalového a orofaciálního tonusu, uvolněním hybnosti páteře. V Dospělém věku bývá dysartrie spojena nejčastěji s úrazy hlavy, cévními mozkovými příhodami, onkologickým nebo infekčním onemocněním mozkové tkáně (Neubauer, 2007).

1.4 Dětské domovy

V České republice v systému náhradních péčí je dětský domov vždy na sekundární pozici, na prvním místě je rodina a snaha dítě do biologické rodiny vrátit (Bláhová, 2019). Rodina, její prostředí a vazby, které nelze nahradit, by měla být základem péče o dítě. Každá rodina, která je alespoň dostatečně dobrá, vytváří pro výchovu dítěte přirozenou atmosféru (Sychrová In Sychrová ed., 2014). Definic rodiny existuje velké množství z důvodu možnosti definovat ji z několika hledisek, ať už psychologické, sociologické apod. Kasanová a Tomka (2009, s. 10) rodinu definují: „*Tradiční rodina zůstává ideálem populace a také nejčastější formou domova. Každá rodina si vytváří své vlastní zvyky, rituály a tradice. Členové rodiny žijí ve společné domácnosti, kde jsou v každodenním kontaktu, ve kterém převažují osobní vztahy a citová pouta, která se nás osobně dotýkají*“.

Pro řízení ústavní výchovy, tedy i dětských domovů, je určující zákon č. 333/2012 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Podrobnosti a úpravy výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních jsou stanoveny ve vyhlášce č. 438/2006 Sb. Ve

vyhláše jsou zmíněny činnosti zařízení ústavní péče, přijímání do ústavní péče a její opouštění (vyhláška č. 438/2006 Sb. [online]).

V dětských domovech je péče poskytována takovým dětem, které nemají rodiče, rodiče je vychovávat nechtějí nebo nemohou, nebo nejsou způsobilí k jejich výchově. Jedná se o jednu z možností ústavní péče (Goldmann, 2001). Takovým dětem dětský domov zajišťuje péči výchovnou a sociální (Průcha, Walterová & Mareš, 2013). V minulosti služby dětských domovů poskytovaly i chudobince, špitály nebo specializované sirotčince. Způsob jejich chodu, přístupu a výchovy byl však zcela jiný než dnes, ale mají společnou hlavní funkci, a to, že se jedná o pobytová zařízení, ve kterých jsou děti na kratší či delší dobu ubytované (Bláhová, 2019).

Dnes jsou dětské domovy pod křídly Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Jsou zavázány s mezinárodními úmluvami o právech dítěte, lidských právech a základních svobodách k principům výchovy a vzdělávání. Je dbáno na vyrovnaný vývoj a jsou dodržovány všechny zásady, kterými je česká republika legislativně zavázána (Kovařík, 2003).

1.4.1 Dítě v dětském domově

Do skupiny dětí v dětských domovech patří děti batolecího, předškolního, školního období až po dospívání či až do brzké dospělosti. V závislosti na věku se liší potřeby různých dětí (Langmeier, Krejčíková, 2006). Dětský domov má naplňovat potřeby dítěte. Kromě biologických potřeb, jako jsou spánek a potrava, jsou to i potřeby psychické. Psychické potřeby autor dělí do kategorií, v první se jedná o naplňování vnějších stimulací, životních jistot a smysluplnosti světa. Důležitou oblastí je také utváření pozitivní identity člověka a potřeba otevřené budoucnosti (Langmaier, Matějček, 2011). Mezi hlavní principy ústavní výchovy Jánský (2014) řadí naplněnou potřebu bezpečí a pozitivních emočních prožitků s odstraňováním stresových podmínek. Děti, které vyrůstají v náhradní ústavní péči, mají obvykle obtíže v oblasti sebepojetí, sociální stability a v chápání své situace. U dětí v dětských domovech dochází, i přes spousty opatření, ke vzniku poruch chování (Vojtová, 2010).

Děti z dětských domovů docházejí do škol mimo dětský domov, děti v předškolním věku do škol mateřských. Žáci, pro které platí povinná školní docházka, docházejí do škol základních nebo speciálních a jsou zde vzdělávány společně s dětmi z běžných rodin. Když už jsou děti starší, vyberou si střední školu dle jejich zájmu, schopnosti a také dopravní dostupnosti. Při delší vzdálenosti od domova mohou být děti ubytované také na internátě. Pokud se studenti rozhodnou pro vysokou či vyšší odbornou školu, mohou v dětském domově zůstat po celou dobu studia (Bendl, 2015).

Ve společnosti Spojeného království jsou děti umísťované do dětských domovů z důvodu sociální péče považováni za nejvíce traumatizované a zanedbávané. Tyto děti jsou typické brzkou zkušeností s traumatem, zneužíváním, zanedbáváním, které vedlo k rizikovému chování, jako například útěky, agrese a podobně (Williams, Cummings, Forrester, Hodges, Warner & Wood, 2022).

1.4.2 Vychovatel v dětském domově

Funkce vychovatele je v těchto zařízeních velmi složitá. Vychovatel musí čelit dilematu, zda má či nemá nahrazovat rodiče. Jeho práce se pohybuje ve dvou oblastech, v první oblasti zastává spíše rodiče, dítěti doslova utírá nudle, ale v druhé oblasti s ním musí vést profesionální terapeutický dialog. Od vychovatele je očekáváno a požadováno z každé strany něco jiného například vedení zařízení od vychovatele očekává flexibilitu při plnění jejich úkolů, sám vychovatel chce realizovat své vize, zřizovatel stojí o vychovatele, který nemá plné vysokoškolské vzdělání, aby měl levnější pracovní sílu, děti zase stojí o vychovatele, který je zaujme a je jejich oporou (Škoviera, 2007). Dle Vágnerové (2000) je role vychovatele definována jako podstatná hlavně v rámci výchovy dítěte nebo mladistvého. Také poukazuje na rozdíl mezi učitelem a vychovatelem, kde uvádí, že vychovatel se na vzdělávání zaměřuje pouze při přípravě do školy. Škoviera (2007) poukazuje na důležitost navázání s dítětem harmonický, emocionální vztah a podporování ho při vyrovnávání se s nepříjemnou realitou, která nastala. Vychovatel pro mladistvého může být vnímán jako důvěrná osoba, nebo naopak jako nepřijímaná autorita, to může vést k emočně náročným situacím pro vychovatele. Z toho důvodu je poukazováno na důležitost

emoční odolnosti vychovatele. Je důležité, aby dokázal oddělit profesní život od soukromého (Vágnerová, 2000).

1.4.3 Komunikační schopnosti dětí v dětském domově

Dítě umístěné do ústavní péče zpravidla bývá, jak emocionálně, tak i sociálně narušené. Ještě v prenatálním období se tyto děti někdy setkávají s fyziologickým ohrožením, jako například alkohol a jiné návykové látky, nízká úroveň zdravotní péče apod. V důsledku těchto ohrožení zažívá dítě traumata již v období prenatálním, po narození, než je umístěno do náhradní péče, ale také při příchodu do náhradního prostředí. Ke zrychlení vývoje kognitivních i nekognitivních funkcí osobnosti dítěte dochází, pokud je dítě ve věku předškolním a mladším školním v prostředí emocionálně a intelektově podnětném (Škoviera, 2007). U dětí mladšího školního věku, které jsou v dětských domovech, jsou časté určité vývojové poruchy, kterými se od normy mladšího školního věku liší, někdy se až přibližují spíše věku předškolnímu. Na vznik těchto projevů může mít vliv nedostatek pozitivních podnětů v rodině, nedostatečná péče o dítě, chyby ve výchově a další. Výchovní pracovníci mohou svou výchovou a vzděláváním tyto nedostatky zmírnit či zcela odstranit. Pokud se u dětí mladšího školního věku v dětských domovech zaměříme na řeč, tak často spíše není na úrovni mladšího školního věku. Takové dítě má potíže primárně se souvislým vyjadřováním a má spíše chudší slovní zásobu. Při řeči dítě propojuje skutečný svět se světem fantazijním, a tak obsah řeči připomíná spíše projev předškoláka (Hrdličková, Pávková, 1987). Dle Langmeiera a Matějčka (2011) přicházejí do dětského domova děti, které často bývají psychicky deprimované z důvodu špatného zázemí rodiny, kde podmínky pro rozvoj dítěte byly celkově nekvalitní. Je možné, aby se tato deprivace promítla v různé závažnosti do jednotlivých složek vývoje dítěte. Běžným příkladem promítnutí psychické deprivace do vývoje je v opožděném vývoji řeči, jazyka a komunikace. V tomto případě většinou dojde k těžké dyslálii a především u skladby a obsahu je vidno opoždění. Slovní zásoba může obsahovat spíše nižší počet slov a její užívání na okolí působí spíše jako by bylo nacvičené než přirozené. U deprivovaných dětí se v obsahu mluvené řeči objevují odlišnosti hlavně v sociálním užití jazyka. Období otázek „Proč?“, které je pro dítě velmi významné, se u dětí v předškolním a batolecím věku v ústavní péči nevyskytuje. Jejich schopnost komunikovat s dospělými osobami většinou bývá na úrovni primitivní (Langmeier, Matějček, 2011).

2 Logopedická intervence

Základní pojmy týkající se oboru logopedie, již byly nastíněny výše, a tak je potřeba se ještě věnovat činnosti logopeda, kterou vykonává v oblasti narušené komunikační schopnosti. Vymezení činnosti logopeda není jednoduché, protože je používáno několik termínů, jako logopedická péče, terapie, rozvoj, výchova řeči, výchova a vzdělávání, apod. Často bývá ze strany rodičů, ale i ze strany logopedů používán termín „náprava řeči“, který však nelze považovat za zcela přijatelný. Ze zahraničí k nám dorazil nový termín, logopedická intervence, který se zdá být ideální a nejlépe vystihuje vše, co logoped vykonává (Klenková, 2006). Logopedická intervence ze začátku probíhala pouze v rámci foniatry, kde byl známí Sovák, Sedláček, či Seeman (Mikulajová, Rafajdusová, 1993). Logoped se snaží docílit těchto třech cílů: identifikovat, eliminovat, zlepšit nebo překonat narušenou komunikační schopnost, či třetí, a to předejít tomuto narušení. K dosažení těchto cílů vedou tři kroky, které logoped provádí. Prvním krokem je logopedická diagnostika, druhým logopedická terapie a třetím logopedická prevence. Tyto kroky se mezi sebou navzájem prolínají, doplňují a navazují na sebe, a tak jsou těžko rozlišitelné. Stanovení diagnózy je cílem logopedické diagnózy. Konkrétně cílem logopedické diagnostiky je co nejpřesněji identifikovat narušenou komunikační schopnost. Tedy určit příčiny vzniku, druh poruchy, průběh, stupeň závažnosti a možné následky. Poté, co je stanovena diagnóza, je utvořen plán logopedické intervence, podle kterého se ovlivňuje vývoj u dětí, nebo terapie u osob s narušenou komunikační schopností. Logopedická diagnostika probíhá týmovou prací, specialisti spolu navzájem spolupracují. Je utvořena z psychologické a lékařské diagnózy, například logoped po svém diagnostikování pošle jedince na lékařská vyšetření, jako například foniatrické, neurologické atd. Pouze na základě toho získáme kompletní posouzení narušení jeho komunikační schopnosti, na základě tohoto posouzení je vytvořena logopedická terapie, ve které se zvolí formy, metody, prostředky a postupy (Klenková, 2006). V logopedii jsou metody terapie děleny na stimulující, redukující a korigující. Stimulující stimulují nerozvinuté a opožděné řečové funkce, redukující redukují ztracené řečové funkce a korigující korigují vadné řečové funkce (Lechta In Lechta a kol., 2005).

2.1 Logopedická intervence v ČR

Logopedie je poskytována všem věkovým skupinám, dětem, dospělým i lidem ve stáří, kteří mají narušenou komunikační schopnost. Logopedickou intervenci poskytují odborníci, konkrétně logopedi. Působení logopedů se různě po světě liší, někde působí ve školství, někde ve zdravotnictví. V České republice logopedie působí ve třech rezortech, kvůli čemuž je její organizace složitá a nepřehledná. Osobám s narušenou komunikační schopností se věnují pracoviště rezortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, rezortu ministerstva zdravotnictví a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. Logopedii se věnují i nestátní organizace (Klenková, 2006).

2.1.1 Rezort zdravotnictví

Jedná se především o nestátní zařízení, která mají smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami. Existují tři druhy zařízení, a to logopedická ambulance, logopedické lůžkové zařízení a pracoviště klinické logopedie. Pracoviště ambulantní jsou často součástí jiných pracovišť, která jsou zřizovaná městy, občanskými sdruženími či organizacemi církevními. V okresních městech bývají ambulantní pracoviště jedno až tři, v krajských městech jich však bývá i více, záleží na počtu obyvatel. Lůžková pracoviště bývají v nemocnicích, léčebnách, specializovaných lůžkových zařízeních nebo rehabilitačních ústavech. Většina z nich bývá v kontaktu s ambulantními pracovišti, kvůli zabezpečení intervence po odchodu z lůžkového zařízení (Neubauer, 2007).

Ve zdravotnických zařízeních pracují pracovníci, kterým se říká kliničtí logopedi. K jeho plné kvalifikaci nestačí pouze vysokoškolské magisterské vzdělání ukončené státní závěrečnou zkouškou ze surdopedie a logopedie, ale také následné tříleté specializační studium zakončené atestační zkouškou z klinické logopedie. Po splnění těchto podmínek je klinický logoped oprávněn k diagnostice a terapii poruch komunikace v celé jejich šíři a ve všech věkových kategoriích (Neubauer, 2007). Mezi klienty se řadí osoby s přetrvávající dyslálií, dysartrií, afázií, dysfagií, Alzheimerovou chorobou, schizofrenií, poruchy plynulosti řeči, psychogenní poruchy a další (Klenková, 2006).

2.1.2 Rezort školství

Kvůli narušené komunikační schopnosti se u celkem spousty dětí objevují obtíže ve vzdělávání v mateřské i základní škole, mohou to být potíže objevující se v oblasti psychické a sociální. Pro děti, které mají narušenou komunikační schopnost v takové míře, že kvůli tomuto postižení nemohou navštěvovat mateřské a základní školy hlavního vzdělávacího proudu, jsou zřízeny mateřské školy logopedické, základní školy logopedické a logopedické třídy při mateřských školách. Do mateřské školy logopedické jsou řazeni jedinci s těžkým stupněm a typem postižení, dochází k poruše centrálních procesů řeči v okruhu zpracování, užívání a vnímání řeči. Do logopedické třídy při běžné mateřské škole jsou zařazeny děti, pro které je vhodnější přetrvávat v běžné mateřské škole, a tak udržet kvalitu sociálních vztahů. Základní školy logopedické umožňují vzdělávání dětí s narušenou komunikační schopností ve školním věku, jsou buď denního rázu, nebo internátní. Do těchto škol dochází žáci s narušenou komunikační schopností takovou, že je potřeba každodenní intenzivní logopedická péče, kterou nelze zajistit v daném místě ambulantně (Klenková, 2006). Ve třídách je menší počet žáků, cca sedm až čtrnáct, a výuka je obohacena o individuální logopedickou péči. Školy umožňují propojení dlouhodobé terapie s výukou a s celodenním výchovným programem (Neubauer, 2007).

Speciálně pedagogická centra

Založení speciálně pedagogických center bylo ještě do nedávna vnímáno pedagogicko-psychologickými poradnami nespokojeně z důvodu vnímání jich jako konkurence. Vymezením působností těchto pracovišť byl problém konkurence vyřešen. Centra vznikala většinou u speciálních pracovišť, podle jejichž zaměření byla pojmenována na speciálně pedagogická centra somatopedická, psychopedická, logopedická apod. Podpora je zaměřena především na jedince v předškolním věku, na integrované jedince do škol a školských zařízení, na jedince osvobozené od povinné školní docházky a na jedince v péči zařízeních sociálních a zdravotnických, nejčastěji ve věku od tří do devatenácti let (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Oproti tomu Klenková (2006) definuje poradenské služby určené rezortu školství jako odborné služby dětem, rodičům a pedagogickým pracovníkům, poskytované pomocí výchovného poradenství s cílem zabezpečení výchovně-vzdělávacího procesu, osobnostního rozvoje žáků a řešení problémů v oblasti školní práce, výchově

a vývoji. Speciálně pedagogická centra se velmi významně podílí na možnosti integrace žáků do hlavního vzdělávacího proudu.

Základem týmu speciálně pedagogického centra jsou odborníci, jako speciální pedagog (pokud je speciálně pedagogické centrum logopedické tak logoped), psycholog, sociální pracovníce, odborný lékař (v případě logopedického foniatr). Dalším článkem je tak zvaný terénní pracovník (v případě speciálně pedagogického centra logopedického logoped), který má velmi významnou funkci. Pravidelně objíždí rodiny dětí se speciálními potřebami a je jejich poradcem v jejich přirozeném prostředí (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

3 Analýza logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji

3.1 Cíle a metodika výzkumného šetření

Empirická část se zabývá problematikou logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Do mé práce byly vybrány dva dětské domovy, které byly dále zapojeny. Výzkumným problémem je poskytování logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Informace pro zpracování byly sbírány během roku 2022 a 2023.

Hlavní cíl

Hlavním cílem praktické části je analýza logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji

Dílčí cíle

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny dílčí cíle:

- Analýza způsobu poskytování logopedické intervence ve vybraných dětských domovech
- Analýza přístupu dětí využívajících a osob poskytujících logopedickou intervenci ve vybraných dětských domovech
- Analýza využívaných pomůcek a materiálů ve vybraných dětských domovech
- Analýza nejčastějších poruch ve vybraných dětských domovech

Výzkumné otázky

S návazností na stanovené dílčí cíle byly zvoleny následující výzkumné otázky:

- 1) Jakým způsobem je logopedická intervence ve vybraných dětských domovech poskytována?
- 2) Jak často je logopedická intervence ve vybraných dětských domovech poskytována?
- 3) Jaká je spokojenost a přístup dětí a vychovatelů k logopedické intervenci ve vybraných dětských domovech?
- 4) Jaké pomůcky a materiály využívají ve vybraných dětských domovech a kde je získávají?

- 5) Která narušení komunikačních schopností bývají řazená mezi nejčastěji postihující děti z dětského domova?

Metodika výzkumného šetření

Empirická část bakalářská práce byla vypracována z již zpracovaných poznatků teoretické části. Empirická část je kvalitativního charakteru, kde výstupem výzkumného šetření jsou případové studie týkající se daných dětských domovů. Získávání poznatků bylo prováděno sledováním procesu poskytování logopedické intervence ve vybraných dětských domovech, které bylo doplněné otázkami. Pro zpracování práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, které se využívá pro podrobnější popis či vysvětlení, bývá do něho zapojen menší počet respondentů, a tak nelze výsledky šetření zevšeobecnit. Tento typ výzkumného šetření byl pro zpracování bakalářské práce zvolen z důvodu získání většího množství informací a konkrétnějších poznatků o daných domovech. Poznatky byly získávány metodou pozorování doplněného o otázky. Metoda pozorování byla zvolena z důvodu vhodnosti pro tento výzkum, získání objektivních a autentických poznatků. Dále také díky možnosti delšímu přihlížení na logopedickou intervenci, a vnímání prostředí dětského domova. Doplnující otázky bylo potřeba využít z důvodu zjištění informací o fungování dětských domovů. Na základě získaných informací byly zpracované případové studie vybraných dětských domovů. Případové studie byly pro výzkumné šetření zvoleny z důvodu jejich detailnosti a konkrétnosti.

V úvodu praktické části byl určený hlavní cíl a následně cíle dílčí. Po určení cílů byly zvoleny výzkumné otázky, pro které byly dále zjišťované odpovědi. První část výzkumného šetření je věnována dětskému domovu číslo 1, jeho krátké charakteristice, popisu budovy a místa, kde se nachází. Zmíněné jsou také poskytované služby a možnosti studia dětí z dětského domova ve školských zařízeních. Dále se zabývá logopedickou intervencí v tomto dětském domově, kým je poskytována, s jakými odborníky spolupracují, jaké pomůcky využívají, a kde intervence probíhají. Velká část je věnována dětem, kterým je v tuto dobu logopedická intervence poskytována, jejich nejčastějším narušením a věku.

Druhá část je naopak zaměřena na dětský domov číslo 2. Pro přehledné čtení je zpracování dětského domova číslo 2 velmi podobné domovu číslo 1. Začátek je věnován jeho

charakteristice a fungování, druhá část pak logopedické intervenci a dětem, kterým je poskytována.

Sbírání informací probíhalo za pomoci osobního setkání, s pracovníky domova a dětmi, která byla předem telefonicky domluvena. Úvod setkání byl věnován prohlédnutí dětských domovů, jejich prostorů, získání informací o jejich fungování a o samotné logopedické intervenci. Následně postupně docházely děti, buď po jednom, nebo ve skupinách a začala samotná intervence. Jednotlivé intervence byly rozmanité z důvodu různosti poruch.

3.2 Dětský domov číslo 1

Charakteristika dětského domova

Dětský domov č. 1 se nachází na kraji městečka, v klidné části, kde je obklopený parky, jeden z parků patří tomuto zařízení a druhý je městský. Samotný domov je rodinného typu, a tudíž se snaží, co nejvíce přizpůsobit prostředí a přístup, tomu, co by děti prožívaly ve své rodině. Je rozdělený do dvou budov, které jsou spojené krytým nadzemním tunelem. V první budově, která je umístěna výše a blíže k silnici jsou tři byty, jídelna a kanceláře. V druhé budově jsou čtyři byty a speciální mateřská škola. V bytech v první budově bydlí starší, školní děti, byty jsou rozloženy po osmi osobách, a tak se celkem ve vrchní budově nachází dvacet čtyři dětí. Byty jsou zcela vybavené a moderně zařízené, mají je rozdělené na několik jednotlivých pokojů, po dvou až třech lidech, které mají společnou kuchyň a sociální zařízení. Dále je v horní budově místnost, ve které probíhá etopedie a místnost, ve které je poskytována logopedická intervence, tyto místnosti se nachází vedle sebe. Také se v této budově nacházejí kanceláře a skládek, ve kterém jsou schovaná kola a další věci pro děti.

V dolní budově jsou čtyři byty, které jsou provedené stejně, jako ty v horní budově, takže určené pro osm osob moderně a plně vybavené, tudíž se v dolní budově nachází třicet dva dětí. Zároveň se v dolní budově nacházejí vychovatelny a mateřská škola speciální. Mateřská škola je rozdělena na tři oddělení. Docházejí do ní děti z domova, ale i děti z okolí. Na jaře se provádí výběrové řízení, protože je školka určena pro děti se specifickými potřebami. Paní učitelka, která řízení provádí, si pozve rodiče s dětmi do zahradního altánku, kde společně sedí a povídají si. Mezitím komunikuje i s dětmi a hraje si s nimi, přičemž si zapisuje poznámky, na jejichž základě následně určí, zda je dítě vhodné či naopak nevhodné do

speciální mateřské školy zařadit. Speciální mateřskou školu navštěvují děti s autismem, dysfázií, Downovým syndromem a jinými mentálními retardacemi od lehčích řečových vad až po těžší. Děti z dětského domova bývají do této speciální mateřské školy zařazovány automaticky, protože je důležité se věnovat jejich rozvoji ve všech oblastech, který byl většinou do této doby zanedbán, tedy pokud jsou do dětského domova zařazeny během předškolního věku. Každé oddělení mají na starosti dvě paní učitelky, které mají asistentské kurzy a jedna paní asistentka. V jednom oddělení může být nejvíce patnáct dětí.

Každý byt v dětském domově má dva své kmenové vychovatele, kteří mají daný byt na starost, dále vychovatele noční a pak tak zvané střídače, kteří přebíhají mezi byty, jak je potřeba. Celkem je v domově přibližně kolem třiceti vychovatelů. Jedná se jak o muže, tak také ženy.

Dále je v rámci areálu velká zahrada. Na zahradě se nachází i takzvaná zahrada vnímání všemi smysly, kterou vymyslela paní učitelka z mateřské školy. Tato zahrada je speciálně utvořena k vnímání různých podnětů v rámci všech smyslů. Nachází se tam například hmatové chodníčky, které jsou utvořené z různého materiálu, například šišky, mech, a další, a děti se po nich procházejí bosy. Na zrakové vnímání tam jsou různá sklíčka, například červené, kterým si prohlíží okolní předměty.

Vzdělávání dětí z domova

Jak bylo výše řečeno, všechny děti, které do domova přijdou, již v předškolním věku, docházejí do tamní speciální mateřské školy. Následně mnoho dětí z tohoto dětského domova po mateřské škole dochází do blízké praktické základní školy. Některé děti bývají zařazené do základních škol běžného typu, ale většinou jsou později v průběhu let zařazené do škol speciálních. Ze začátku se během první a druhé třídy může zdát vše v pořádku a dítě může všechno zvládat bez problému, ale v průběhu třetí třídy se často stává, že se to zlomí a děti začínají mít problémy a ve škole se spíše trápit. Z tohoto důvodu nastává zařazení do škol speciálních, které je pro ně příjemnější. S některými dětmi se specifickými potřebami je docházeno do speciálně pedagogického centra, kvůli vytvoření podpůrných opatření a správnému zvolení vzdělávacího systému. Jedná se například o děti s dysfázií.

Komunikace s rodinami dětí

Rodiče si děti z dětského domova berou domů velmi zřídka. Jedná se o víkendy, svátky, či prázdniny. Děti z toho jsou tak unešené, že s nimi celý den není pořízení, pokud rodiče očekávají. Vyhlíží rodiče již od rána, i pokud mají přijít až večer. Nejhlavnějším motem domova je individuální přístup. Děti do dětského domova přicházejí z různých rodin, z různého důvodu, různého věku a s různými problémy, tak je důležité s nimi podle toho pracovat a dále se o ně starat.

Logopedická intervence

Logopedickou intervencí v dětském domově poskytuje paní vychovatelka, která má vystudovanou Univerzitu Hradec Králové obor rehabilitační a humanitární činnost se zaměřením na psychopedii a dále Masarykovu univerzitu v Brně obor Speciální pedagogika se zaměřením na logopedii a surdopedii. Absolvovala několik kurzů, ať už kurzy k funkci vychovatele v dětském domově nebo kurzy k funkci logopedické. K funkci vychovatele to jsou kurzy například metoda dobrého startu, agresivita dětí, co se týká logopedické péče, tak to jsou kurzy například jako Elkoninova metoda, metoda terapií různých poruch, například dyslalie, dysfázie, a spousta dalších. Kurzy absolvovala například pod logopedickým společenstvím Miloše Sováka. Nyní se v domově zajímají o kurz neurovývojové cviky, které by mohly pomoci dětem cítit se ve svém těle a vnímat ho, aby samy sobě rozuměly, s tím totiž tyto děti mají často problémy.

Oblíbená metoda

Elkoninova metoda je v dětském domově číslo 1 velmi oblíbená. U dětí, které touto metodou prošly, je znát velký úspěch. Elkoninova metoda je metoda, která se využívá k vytvoření základů pro budoucí čtení. Metoda vychází z několika východisek. Například, že se dítě nejdříve naučí mluvit, a až poté číst. Naučit se číst vyžaduje určité úsilí od jedince, které k mluvené řeči potřeba vyvinout není. Pro čtení je základem poznávání vztahu mezi hláskami a písmeny. Čtení je považováno za jazykový úkol. Odlišnost spočívá v tom, že se děti učí chápat pravidla, jak z hlásek vytvořit slova a jak se dají zapsat. Metodou jsou rozvíjeny poznávací schopnosti a myšlení dítěte.

V dětském domově je individuální logopedie poskytována třikrát týdně alespoň dvacet až třicet minut. Na logopedii dochází z dolní budovy, tedy z dětí mladších dvanáct dětí a z horní

budovy, tedy z dětí starších tří dětí. Nejvíce dětí je ve věku předškolním, ale pár jedinců i ve věku starším, nejstarší je patnácti letá dívka, která si o logopedickou péči sama požádala. V předškolním věku bývá četnost dívek a chlapců vyrovnána, avšak u starších převládají spíše dívky. Během dopoledne logopedie probíhá v rámci školky, a je určena dětem z mateřské školy, jak z dětského domova, tak i z okolí, především však dětem z okolí, protože děti z domova mohou na logopedickou péči docházet i odpoledne.

Místo poskytnutí logopedické intervence

Během dopoledne je logopedie poskytována v dolní budově v místnosti zvané vychovatelna. Jedná se o velkou příjemnou místnost, ve které je gauč, materiály vychovatelek a stůl se židlemi. Odpolední logopedie je určena pro děti z dětského domova, které již dochází do školy, a tak mají čas až odpoledne. Probíhá v horní budově, v malé místnosti, protože vychovatelna je odpoledne využívána vychovatelkami, tak by tam bylo příliš rušno. Malá místnost působí příjemně a útulně. Nachází se tam malý dětský stůl se třemi židličkami a pod oknem je školní lavice se dvěma velkými židlemi. Na zdi visí tabule, určená pro psaní fixami. Kvůli teplu zde v zimě musí být využíván přímotop. Tato místnost je prozatím provizorní, i když na mě působila velmi příjemně. Nachází se v klidné části budovy, a tak děti nejsou okolím rušeny.

Na logopedickou péči dochází děti buď po jednom, nebo ve skupinkách, které se skládají maximálně ze třech dětí, pokud je možné náplň jejich péče spojit. Pokud se jedná o těžší řečovou vadu, tak je na čase navštívit klinického logopeda, který provede odbornou diagnostiku a stanoví následnou terapii.

Nejčastější vady

Nejčastější vady, které děti v dětském domově postihují, jsou dyslalie a dysfázie. Dyslalie může být ovlivněna nedostatečnou zpětnou vazbou rodičů před nástupem do dětského domova. Dále se jedná o těžší vady, jako je například koktavost. Spouštěčem ke koktavosti může být právě nástup do dětského domova či stresové situace, které nastávají před nástupem do domova.

Spolupráce na logopedické péči

V dětském domově s logopedií pomáhají také ostatní vychovatelky a paní učitelky ze speciální mateřské školy. Paní učitelky v mateřské škole zapojují během rána různá logopedická cvičení. Posadí se do kruhu se všemi dětmi a provádí různá dechová cvičení, artikulační cvičení a např. cvičení jazyka. Věnují se tomu přibližně třicet až čtyřicet pět minut a snaží se této činnosti věnovat alespoň pár minut každý den. Paní vychovatelky dostávají různé úkoly a cvičení, které mají s dětmi plnit, a každé z dětí má svůj sešit, do kterého zaznamenávají, zda určitý úkol splnili či ne. Vychovatelky a paní učitelky jsou však velmi pilné, a tak úkoly plní, a tím dětem pomáhají a připravují je na pozdější práci a zároveň ulehčují práci paní vychovatelce, která poskytuje individuální logopedii.

Pokud se jedná o vadu těžší, tak docházejí ke klinickému logopedovi, kde získávají konkrétní diagnostiku, postupy a materiály pro následnou terapii. Dále některé děti docházejí ke klinickému logopedovi v rámci speciální školy, kterou navštěvují. Péče je poskytována v rámci školy, přibližně jednou za čtrnáct dní, a tak to ušetří práci paním vychovatelkám, které tak díky tomu nemusí s dětmi docházet na klinickou logopedii mimo zařízení. Výsledky, průběh a následovná péče je sdělována do dětského domova, aby věděli, jak do další prohlídky s dětmi pracovat.

Materiály a pomůcky

Paní vychovatelka čerpá materiály pro práci buď od klinického logopeda, z různých kurzů, které absolvovala, ale většinu si spíše sama hledá a vymýšlí. Jedná se o různé pracovní listy, ale i úkoly na tabuli či před logopedickým zrcadlem, také často zapojuje různé hry. Mezi používané pomůcky tedy nejčastěji patří pracovní listy, tabule a logopedické zrcadlo. Dále má paní vychovatelka vytvořené různé kartičky, koupené knihy či jiné fyzické pomůcky, jako jsou postavičky, a další. Za odměnu děti dostávají razítka a kartičky s obrázky, jako například se zvířaty a postavičkami z pohádek, které je motivují k lepším výkonům. Zároveň děti motivuje také paní vychovatelka, která je velmi chválí. Motivuje je větami typu, že jim to dnes velmi jde či, že se jedná už o poslední cvičení a pak bude konec.

Práce s nejmenšími dětmi, které na logopedii dochází, probíhá za pomoci postaviček a obrázků. Například používají nakreslenou housenku pro znázornění začátku a konce nebo háčkovanou postavičku, které říkají „Hlásulka“, pro ukázání pozic hlásek ve slově. Dále

například pana „Délku“ pro znázornění dlouhých a krátkých slabik. K terapii dysfázie využívají například metodu D. B. Elkonina, která je v tomto domově velmi oblíbená a chválená.

Pro uklidnění a lepší držení těla využívají dětské jógy. Jedná se o pár cviků nejprve ve stoje, pak vsedě a nakonec vleže. Rozvíjí se u ní i správné dýchání, na které je velmi dbáno. Všechny pozice jsou prodýchávány především do břicha. Po zklidnění a rozdýchání přichází následovná péče, opakování slov na jeden nádech, opakování rytmu,..

Domov také spolupracuje s psychology a psychiatry, ke kterým dojíždí především s dětmi s výchovnými potížemi. Tyto potíže nastávají z důvodu nevyplnění základní funkce dítěte, které by měly být v běžné rodině splňované. Terapie těchto potíží je za pomoci arteterapie, a podobných možností.

3.3 Dětský domov číslo 2

Charakteristika dětského domova

Dětský domov č. 2 sídlí ve vesnici blízko horských oblastí. Nejbližší město je vzdálené přibližně čtrnáct kilometrů. Dětský domov je rozložen v jedné budově v rámci dvou pater a půdy. Dále k dětskému domovu patří velká zahrada a poblíž se nachází obecní hřiště, cesta, kterou využívají k jízdě na kole a workout hřiště, na které velmi rádi docházejí. Během zimních měsíců využívají blízkou starou sjezdovku, na které jezdí buď na lyžích nebo pekáčích či sáňkách.

Na velké zahradě mají bazén, prolézačky, pískoviště s hračkami a ohniště, které je využíváno například i k opékání buřtů. Během léta děti jezdí na různé tábory, vodácké výlety, rybářské pobyty, ozdravné pobyty, domů k rodičům a mnoho dalších aktivit.

V přízemí dětského domova se nachází soukromá jídelna, kanceláře ředitelky a sekretářek. Druhé patro je určené dětem. Nachází se tam dětské pokoje, klubovny a sociální zařízení. Dále je tam vychovatelna, aby to vychovatelé neměli k dětem daleko, a tak je měli stále na očích. V dětském domově je celkem dvacet dva dětí a kapacita dětského domova je dvacet pět dětí. Děti jsou rozděleny do třech rodinných skupin a v každé z nich je mezi šesti až osmi dětmi. V první rodinné skupině jsou děti nejstarší, kde je věkové rozmezí mezi čtrnáctým rokem až rokem dvacátým druhým. Další dvě rodinné skupiny jsou podobně staré, v první

z nich, tedy celkově druhé naší rodinné skupině, jsou děti od třetího roku do třináctého a v druhé z nich, tedy ve třetí v našem pořadí, jsou děti od šestého roku do třináctého roku. Tato třetí rodinná skupina je tvořena sedmi sourozenci.

Každá rodinná skupina má své sociální zařízení, jednu koupelnu, jeden chlapecký záchod a jeden záchod dívčí. Dále má každá rodinná skupina svou klubovnu, která je podobná obývacímu pokoji. V klubovně je gauč, stůl, židle, počítač, televize, knihy hračky podle věku a spousta dalších věcí. Klubovna je využívána k plnění úkolů a věcí do školy, dále k trávení společného času hraním, díváním se na televizi, kreslením. Dva dětské pokoje jsou pro tři děti a zbytek pokojů pro děti dvě. Pouze dvě slečny jsou na pokoji samy, první z důvodu věku a druhá z důvodů citové deprivace a následným problémům.

V dětském domově je deset vychovatelů. Každá rodinná skupina má své dva kmenové vychovatele. Mají dvanácti hodinové směny, podle kterých se dělí na vychovatele noční a denní. Mezi vychovateli jsou muži i ženy, a dětmi jsou oslovováni tety a strejdové. Vychovatelé a ostatní pracovníci využívají aplikaci, do které si píší aktivity a úkoly, které je čekají nebo jsou potřeba splnit, a tak se nemusí vidět pro to, aby je vyřešili.

Komunikace s rodinami

Rodiče si děti berou jednou za čas na víkend, občas je jezdí navštívit do dětského domova či si je berou na delší prázdniny nebo svátky, bohužel však ne nijak často a pravidelně. Výjimkou jsou dvě sestry, které si matka bere jednou za čtrnáct dní na víkend.

Vzdělávání dětí z domova

Děti dojíždějí do mateřských škol, základních škol a škol středních do blízkých vesnic a měst. Ty nejmladší jsou rozvážené autem, ty starší už jezdí autobusem. Autobusová zastávka je v těsné blízkosti dětského domova. Většina z dětí dochází do škol speciálních, ale některé i do škol běžných. Stává se, že jsou některé děti nejprve zařazené do škol běžného typu, avšak později je to pro ně příliš náročné, a tak jsou na doporučení speciálně pedagogických center zařazeny do speciálních škol. Jako střední školy bývají většinou zvolena různě zaměřená učiliště.

S některými dětmi z dětského domova se dojíždí do nedalekého města do speciálně pedagogického centra. Dále do psychologických a psychiatrických oddělení, logopedické péče a spousty dalších odborných pracovišť. Spousta dětí dochází právě na psychologii.

Na kroužky většina z nich dochází v rámci školy, protože je příliš těžké časově pokrýt mimoškolní aktivity. Pouze jeden kluk dojíždí do blízkého města na fotbal, a nyní si jeden z vychovatelů společně s kluky z dětského domova koupili permanentku do posilovny, do které budou společně nějaký čas docházet. Dále mají děti zájem o tanec, který je nyní v řešení.

Velkou nevýhodou dětí z dětského domova je nemožnost trávit čas se svými kamarády mimo školská zařízení, a tím sníženou možnost si kamarády vůbec vytvořit. V tomto dětském domově je tato možnost ještě více snížena z důvodu sídlení na vesnici, ve které moc dětí se kterými by se mohly potkávat, bohužel nebydlí.

Logopedická intervence

V dětském domově číslo 2 logopedickou intervenci poskytuje klinický logoped z blízkého města a paní vychovatelka, která má k funkci vychovatele přidruženou také funkci zdravotníka. Vystudovala střední školu farmaceutickou a vysokou školu obor veřejná správa a sociální politika. Avšak problematika narušení komunikační schopnosti ji velmi zajímá a ráda se v tomto oboru vzdělává. Několik let pracovala na blízkém orgánu sociálně – právní ochrany dětí, kde měla na starost právě děti z tohoto dětského domova, takže s nimi byla v kontaktu již dříve. Na této pozici je nyní dva roky. Náplní práce je funkce vychovatele, ale zároveň i zdravotníka, což obnáší objednávání k lékařům a ostatním pracovníkům. Pravidelné objednávky k zubařovi, také objednání k psychologovi či logopedovi.

Děti z dětského domova dojíždějí ke klinickému logopedovi do nejbližšího města. Zdejší klinická logopedka spolupracuje také se zdejší speciální školou, do které několik dětí z dětského domova dochází. Znájí ji tak i ze školy, vždycky se na ní velmi těší. Také paní vychovatelky tuto klinickou logopedku chválí, jsou vděčné za její spolupráci a přístup. Mezi nejčastější poruchy, které děti postihují je dyslalie a dysfázie. Nyní na klinickou logopedii dochází pouze děti dvě, protože většina logopedickou intervenci ukončila během minulého roku. Jeden pětiletý chlapec a jeden chlapec devítiletý.

V tomto dětském domově je pro logopedickou intervenci těžké vybrat klidné místo, z tohoto důvodu probíhají intervence často na půdě. Na půdě je několik připravených pokojů, každá rodinná skupina tam má svůj jakýsi kamrlík, ve kterém má schované věci, a také místnost ve které jsou věci k výtvarné výchově. Dále je zde místnost, ve které dříve působila paní psychologka, tato místnost je stále vybavená. Na zemi je koberec, dále se tam nachází stůl a několik židlí. Děti se logopedii věnují moc rády, mají radost, že jim paní vychovatelka věnuje více času než ostatním, a že mají možnost s ní být samy.

Rozvíjeny jsou všechny oblasti vývoje, ať je to motorika a koordinace, zraková percepce, sluchová percepce,...Některé materiály dostává paní vychovatelka od klinické logopedky, některé si hledá sama, ať už na internetu, nebo v knihách, a také má nějaké od pracovníků z jiných oborů. Snaží se logopedii věnovat alespoň pár minut každý den, ať už pouze trénují jazyk či nějaké hlásky.

Spolupráce na logopedické intervenci

Paní vychovatelka, která má logopedickou intervenci v dětském domově na starost, tam však bohužel není každý den, a tak materiál poskytuje i ostatním vychovatelkám. Například materiál na trénink jazyka či dechová cvičení, často trénují a rozvíjejí i děti ostatní, které na klinickou logopedii nedochází. Pokud bylo dětí, které na logopedii docházely více, brala si je paní vychovatelka i například po třech či čtyřech, protože to pro ně bylo zábavnější a mohli zkusit nové aktivity.

Materiály a pomůcky

Nejčastěji jsou k intervenci využívány pracovní listy a papíry, kartičky vlastní výroby, využitelné k různým aktivitám, například pro rozvoj motoriky a koordinace, zrcadlo, bonbony a jiné pomůcky, které je zrovna napadnou. Každá tato intervence začíná tréninkem a rozcvičením jazyka. Různé pohyby, vypláznutí, opírání o zuby, a pro zpestření lze využít bonbonky s dírou, které lze navléknout na špičku jazyka a chvíli si s ním tak pohrát než ho sníme. Na rozvoj sluchu využívají například poznávání zvuků poslepu, zvuk papíru, zvuk ťukání,.. Dále využívají vnímání písmen, co nejvíce smysly, zrakem, sluchem a hmatem. Ke hmatovému vnímání využívají například modelínu, ze které písmena vymodelují.

Oblíbená metoda

Velmi oblíbenou metodou pro rozvoj koordinace, motoriky a vnímání vlastního těla je metoda, kterou paní vychovatelce doporučil pracovník otorinolaryngologie, ke kterému v případě potřeby docházejí. Děti z dětského domova mají problém s vnímáním vlastního těla a osy těla. První částí je vnímání osy vlastního těla. Dítě si lehne na zem a my opíšeme jeho tělo na papír, poté využíváme například čtyři kamínky, které dítě nejdříve pokládá na obrázek a poté i na své tělo. Druhou částí je rozvoj koordinace a pohybů vlastního těla. Dítě stojí na jakési houpačce, kde musí vyrovnávat stabilitu a následně plní úkoly, pokrčení nohy a ruky.

Velkým problémem dětí z dětského domova je také vnímání časových úseků, ne jen v rámci hodin, ale i v rámci částí dne, jako je ráno, večer, odpoledne. Velkou snahou je děti do této problematiky zasvětit. Například se snaží to, co v ten den dělali zařadit do časové osy, pomocí obrázků.

3.4 Závěry výzkumného šetření

Stěžejním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak probíhá logopedická intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Získané informace přiblížily poskytování logopedické intervence v dětských domovech, její průběh, přístup vychovatelů a dětí. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Určený hlavní cíl a cíle dílčí byly úspěšně splněny a na základě získaných informací byly zodpovězeny výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem je logopedická intervence ve vybraných dětských domovech poskytována?

V každém z dětských domovů je logopedická intervence určitým způsobem zajišťována, i když velmi odlišně. V obou ji zajišťují paní vychovatelky, ale každá z jiných studentských světů, ale i přes to se jejich zápal neliší. V dětském domově číslo 1 logopedickou intervencí poskytuje paní vychovatelka s vystudovaným oborem Speciální pedagogika se zaměřením na logopedii, ale s těžšími poruchami je dojížděno ke klinickému logopedovi. Z dětského domova číslo 2 s dětmi dojíždějí ke klinickému logopedovi do blízkého města. V dětském domově s logopedickou intervencí dále pokračuje paní vychovatelka s přidruženou funkcí

zdravotnice. Sice k logopedii nemá žádné studium ani kurz, ale o obor se ráda zajímá a vzdělává se samostatně. Instrukce získává od klinické logopedky, ke které dojíždějí.

Výzkumná otázka č. 2: Jak často je logopedická intervence poskytována ve vybraných dětských domovech?

Snahou obou dětských domovů je logopedické intervenci věnovat co nejvíce času je vůbec možné. V obou domovech věnují alespoň pár minut denně artikulačním a dechovým cvičením či cvičení jazyka a zadávají „úkoly“ pro ostatní vychovatelky. Samotná intervence s jedinci či skupinami probíhá v každém z domovů alespoň třikrát týdně po dobu dvaceti minut. V dětském domově číslo 1 mají dny na logopedickou intervenci přímo určené. V dětském domově číslo 2 se dny střídají podle pracovních směn a povinností paní vychovatelky.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je spokojenost a přístup dětí a vychovatelů ve vybraných dětských domovech k logopedické intervenci?

Děti logopedickou intervenci vnímají velmi pozitivně. Líbí se jim, že jim paní vychovatelky věnují více času a přímo pro ně, užívají si větší pozornosti. Spolupracují a snaží se, aby všechny úkoly co nejlépe splnily.

Paní vychovatelky svou práci mají velmi rády. Obor považují za velmi rozmanitý a různorodý, a tak stále objevují něco nového. Samy se dále vzdělávají a zdokonalují, hledají a vymýšlejí nové materiály.

Přístup od ostatních vychovatelů a učitelek je velmi přívětivý. Rádi pomáhají, pokud je to možné. S dětmi trénují úkoly a cvičení, které dostávají od vychovatelek a v dětském domově číslo 1 jejich úspěchy dokonce píší do sešitů dětí, aby paní vychovatelka, která poskytuje logopedickou intervenci, věděla, co stihli. Vychovatelky s dětmi pracují a trénují častěji a poctivěji, nežli velká část rodičů, kteří spoléhají spíše jen na práci logopedů.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké pomůcky a materiály využívají ve vybraných dětských domovech a kde je získávají?

Nejčastějšími pomůckami a materiály bývají pracovní listy, odborná literatura, logopedické zrcadlo, rotavibrátor a tabule s fixami, výukové karty, různé běžné předměty pro logopedii využitelné. Některé materiály jsou získávány od různých odborníků, jiné z odborné literatury

a internetových zdrojů, ale velká část bývá také vlastní výroby. Buď jsou pomůcky vyrobené zcela podle své iniciativy, nebo na motivy již nějakých pomůcek vzniklých.

Výzkumná otázka č. 5: Která narušení komunikační schopnosti bývají řazená mezi nejčastěji postižené děti z vybraných dětských domovů?

Mezi nejčastější poruchy, které děti z dětského domova postižují, jsou dyslalie a dysfázie. Na míru dyslalie může mít vliv nedostatečná pozornost rodičů, a tak zafixování špatné tvorby hlásek před nástupem do domova. Terapie záleží na věku, ve kterém jsou děti do dětského domova zařazené, ve starším věku je terapie složitější a pomalejší.

Další poruchou může být také koktavost, která může vzniknout právě při nástupu do dětského domova, nebo již při stresech před tím. Tato chvíle může být spouštěčem této poruchy. Následovná terapie je však velmi složitá a náročná.

Limity výzkumného šetření

Cíle výzkumného šetření byly úspěšně splněny, avšak není možné tyto výsledky zobecnit a přiřadit ke všem dětským domovům, protože do práce byly zapojeny pouze dva dětské domovy, což je velmi malé číslo na zevšeobecnění získaných informací. Vztahovat tyto výsledky na všechny domovy není možné ani z důvodu toho, že se i v každém z těchto dvou domovů liší.

Porovnání se zahraničními zdroji

Ve studii z Glasgow zabývající se logopedickou intervencí u dětí a mladistvých v ústavní péči bylo hlavním cílem zjištění, zda jsou narušení komunikačních schopností u těchto dětí a mladistvých častější, než u dětí v úplných rodinách. Výsledky tento předpoklad potvrdily, a z toho důvodu je v práci upozorněno na věnování více pozornosti této problematice (McCool, Stevens, 2011). Těchto poznatků, že jsou narušení komunikační schopnosti u dětí z dětských domovů častá, jsou si vědomi i pracovníci vybraných dětských domovů v bakalářské práci. Snaží se tak tuto problematiku, co nejpečlivěji řešit a především ji předcházet. Věnují velkou pozornost prevenci v podobě dechových cvičení, cvičení jazyka a rtů, artikulačním cvičením, rozvoji motoriky, zrakové a sluchové percepce a dalším oblastem.

Turecká studie byla zaměřena na podporu jazykového a kognitivního rozvoje batolat a malých dětí v dětských domovech. Studie spočívala v každodenním tréninku skupiny dětí po dobu dvou hodin, kde byla trénována motorika, řeč, dechová cvičení a spousta dalších oblastí. Výsledky studie ukazují, že zvýšená kvalita péče v dětských domovech podporuje rozvoj batolat a malých dětí (Berument, Sönmez & Eyüpoğlu, 2012). V porovnání s touto studií dětské domovy číslo 1 i 2 jsou na velmi dobré cestě ke kvalitní péči a snížení počtu poruch, nebo jejich zmírnění. Věnují se rozvoji všech částí, jedné části alespoň několikrát týdně po dobu pár minut.

Doporučení pro praxi

Na základě získaných informací z výzkumného šetření lze určit různá doporučení. Tato doporučení mohou nabídnout podněty k zamyšlení pro dětské domovy, ale i širokou veřejnost nad poskytováním logopedické intervence v dětských domovech a následně přispět k její úpravě a zlepšení.

Prvním základním doporučením je věnovat logopedii, ale i ostatním službám v dětských domovech větší pozornost a nebrat je na lehkou váhu. Zaměřit se na jejich úpravu a vylepšení, pro snazší poskytování, protože ne v každém dětském domově na to je brána dostatečná zřetel.

Mohl by existovat logopedický kurz určený pro vychovatele dětských domovů, který by je připravil na procvičování s dětmi a umožnil by větší kompetentnost a vzdělání v této oblasti. Nejednalo by se o možnost diagnostikování poruch či určení průběhu terapie, ale pouze o náměty na to, jak s těmito dětmi pracovat a na spousty příkladů k procvičování. Za spolupráce klinického logopeda by byla diagnostikována porucha a vychovatel, který by měl absolvovaný kurz, by mohl čerpat ze svých znalostí a dovedností k práci s dětmi a zároveň by své znalosti mohl uplatňovat i v rámci prevence narušené komunikační schopnosti, a tím snižovat počty dětí, které logopedii potřebují.

Dětským domovům by mohlo také ulehčit čas a práci, pokud by kvalifikovaný logoped dojížděl mezi několika dětskými domovy, alespoň jednou či dvakrát týdně do každého z domovů, kde by logopedickou intervenci poskytoval. Sám by diagnostikoval poruchy a dále by je pomocí terapií mírnil. Nebyla by tak potřeba žádná další spolupráce s logopedem a nebyl by tím zatížen některý z vychovatelů.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala poskytováním logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Obsah práce se skládal ze tří částí. První dvě kapitoly, sloužily jako teoretický podklad pro kapitolu třetí, a byly vytvořeny za pomoci zpracování odborných literárních a internetových zdrojů. Následná třetí část byla věnována samotnému výzkumnému šetření.

První kapitola byla věnována řeči, jejímu vývoji v rámci jazykových rovin, ale také nejčastějším narušením komunikační schopnosti. Byla zde zmiňována a dále více popsána například dysfázie, balbuties, tumultus sermonis, palatolalie, rinolalie a další. Ve druhé části první kapitoly byla pozornost věnována dětským domovům. Byly zde popsány role vychovatele a dítěte v dětském domově, a nakonec podkapitola zaměřena na komunikační schopnosti dětí z dětského domova. Druhá kapitola teoretické části popisovala logopedickou intervenci a její postavení v rezortu školství a zdravotnictví.

Poslední, a to třetí kapitola, byla praktického charakteru. Věnovala se tedy samotnému výzkumnému šetření. Tato část popisovala průběh zpracování empirické části, použité metody, její cíle a výzkumné otázky. První část byla věnována dětskému domovu číslo 1 a druhá část dětskému domovu číslo 2. V každé z těchto částí byla charakteristika daného dětského domova a jeho fungování, a také popis poskytované logopedické péče. V závěru výzkumného šetření byly zodpovězené stanovené výzkumné otázky. Informace pro zpracování praktické části byly získávány za pomoci pozorování a doplňujících otázek.

Hlavním cílem bakalářské práce byla analýza poskytování logopedické intervence v dětských domovech v Královéhradeckém kraji. Na základě hlavního cíle byly dále určeny i cíle dílčí. Všechny cíle, jak hlavní cíl, tak i cíle dílčí byly úspěšně splněné a zodpovězené v závěru empirické části. Všechny cíle bylo možné úspěšně analyzovat pozorováním či doplňujícími otázkami. Bylo zjištěno, že každé z těchto zařízení má svou klíčovou osobu, která má logopedickou intervence na starost, ale zároveň každý z těchto domovů spolupracuje, i když v odlišné míře, s klinickým logopedem. Snaží se o co nejčastější logopedickou intervenci a rozvíjení všech oblastí souvisejících s narušenou komunikační schopností.

V práci byly nabízené přínosné informace o poskytování logopedické intervence v dětských domovech. Tyto informace by mohly být klíčové k zamyšlení se nad touto problematikou a zhodnocením situace o poskytování odborných služeb v rezortu dětských domovů, zda je dostatečné či nikoli a je potřeba tuto situaci změnit. Práce by dále mohla být inspirativní pro ostatní dětské domovy a mohla by jim přinést nové možnosti, metody a přístupy a donutit je k zamyšlení dostatečnosti logopedické intervence právě v jejich domově.

Seznam použitých informačních zdrojů

BENDL, Stanislav. Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4248-9.

BERUMENT, Sibel K., D. SÖNMEZ a H. EYÜPOĞLU. Supporting language and cognitive development of infants and young children living in children's homes in Turkey. Child: Care, Health and Development [online]. 2012, 38(5), 743-752 [cit. 2023-04-10]. ISSN 03051862. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01314.x

BLÁHOVÁ, Petra Anna-Marie. Děti z dětského domova v prostředí základní školy [online]. Zlín, 2017 [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.ped.muni.cz/komensky/clanky/deti-z-detskeho-domova-v-prostredi-zakladni-skoly>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. Komunikace dětí předškolního věku. Praha: Grada, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3008-0.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8.

ČECHOVÁ, Marie. Čeština - řeč a jazyk. Praha: ISV, 1996. Jazykověda (Institut sociálních vztahů). ISBN 80-85866-12-9.

DLOUHÁ, Olga. Poruchy vývoje řeči. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-314-2.

DVOŘÁK, Josef. Slovní patlavost: verbální dyspraxie. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-0-1.

GOLDMANN, Radoslav. Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín. 2. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-244-0350-1.

GÚTHOVÁ, Marta a Dana BUNTOVÁ. Narušenie zvukovej roviny reči - artikulačná porucha, fonologická porucha. Logopédia. Bratislava: Komenského univerzita, 2016, 57-81.

HORŇÁKOVÁ, Katarína, Svetlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. Kniha o detskej reči. Slniečko, 2005. ISBN 9788096907434.

HRDLIČKOVÁ, Vlasta a Jiřina PÁVKOVÁ. Výchovně vzdělávací práce v dětských domovech. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. Metodické příručky (Státní pedagogické nakladatelství).

JANSKÝ, Pavel. Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-534-9.

KASANOVÁ, Anna a Milan TOMKA. Sociální práce s rodinou. Olomouc: Votobia, 2009, ISBN 978-80-7220-318-5

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Vady řeči u dětí: návody pro praxi. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.

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

KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.

KOVAŘÍK, Jan. Posuzování potřeb ohroženého dítěte. In Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. Psychická deprivace v dětství. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 577 s. ISBN 978-80-246-1983-5.

LECHTA, Viktor a kol. Logopedické repetitório: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou. Bratislava: Slov. pedagog. 1990. ISBN 80-08-00447-9.

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

LECHTA, Viktor a kol. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

MCCOOL, Susan a Irene C. STEVENS. Identifying speech, language and communication needs among children and young people in residential care. *International Journal of Language & Communication Disorders* [online]. 2011, 46(6), 665-674 [cit. 2023-04-09]. ISSN 13682822. Dostupné z: doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00037.x

MIKULAJOVÁ, Marína a Iris RAFAJDUSOVÁ. Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči. Bratislava: 1993. ISBN 80-900445-0-6.

NEUBAUER, Karel. Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky. 2., přeprac. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-093-6.

NOVÁK, Alexej. Vývoj dětské řeči: fyziologie, jeho poruchy, diagnostika a léčba. Praha: A. Novák, 1999. ISBN 80-238-5035-0.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. Pedagogický slovník. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.

SCHOLDERLE, Theresa a kol. "Dětská dysartrie: sluchově-percepční profily na pozadí typického vývoje motoriky řeči." *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, sv. 65, č.p. 6, 2022, s. 2114+. GaleAcademic OneFile link.gale.com/apps/doc/A707443427/AONE?u=karlova&sid=bookmark-AONE&xid=96b6fbb2. Zpřístupněno 29. listopadu 2022.

SMOLÍK, Filip. Vyvojová dysfázia a struktura raných jazykových schopností. *Československá psychologie* [online]. Praha: Academia, 2009, 53(1), 40 [cit. 2023-04-14]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: https://www.proquest.com/openview/dce39d084d8656203a4effe8fda37bd8/1?cbl=28548&fbclid=IwAR28raqt_qHgq4s6C5efJMC2h8FKH1TDXp0rqtBwy6YDwGx7nsV2rCRPhbA&pq-origsite=gscholar

SOVÁK, Miloš In Kolektiv autorů Logopedie a komunikace. Praha: Česká logopedická společnost, 1980.

SOVÁK, Miloš a kol. Logopedická péče ve zvláštní škole: Metodická příručka. Praha: SPN, 1965.

SOVÁK, Miloš. Logopedie. Praha: SPN, 1978. (2. vyd. 1981)

SYCHROVÁ, Adriana, ed. Ústavní péče v resocializačním kontextu. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-757-5.

ŠKOVIERA, Albín. Dilemata náhradní výchovy: [teorie a praxe výchovné péče o děti v rodině a v dětských domovech]. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.

ŠPAČKOVÁ, Alena. Trénink techniky řeči: naučte se mluvit barevně. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5578-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VOJTOVÁ, Věra. Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti. Brno: Masarykova univerzita, 2010.

Vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních [online]. ©2020 [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-438>.

WILLIAMS A., Aimee CUMMINGS, Donald FORRESTER, Helen HODGES, Nell WARNER & Sophie WOOD (2022) Even Secure Children's Homes Won't Take Me. Children Placed in Alternative Accommodation, Residential Treatment for Children & Youth, 39:4, 370-386, DOI: [10.1080/0886571X.2022.2044431](https://doi.org/10.1080/0886571X.2022.2044431)