

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

**Psychomotorický a řečový vývoj tělesně  
postižených**

Markéta Dvořáková

Katedra speciální pedagogiky

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice, Speciální pedagogika a český  
jazyk se zaměřením na vzdělávání

2012

Charles University in Prague

College of education

Psychomotor and speech development physically  
handicapped persons

Markéta Dvořáková

Department of special education

Supervisor: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Study program: Specialization in pedagogy, Special education and Czech  
language for education

2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Psychomotorický a řečový vývoj tělesně postižených vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Datum

.....

podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za cenné rady při vedení mé bakalářské práce, Sdružení pro alternativní a augmentativní komunikaci, Jedličkovu ústavu a školám, Centru Kaňka o.s., MŠ a ZŠ ČSA 925, Tábor a respondentům za vyplnění dotazníku. Dále děkuji své rodině a přátelům za trpělivost a podporu během studia i psaní práce.

.....

podpis

**NÁZEV:**

Psychomotorický a řečový vývoj tělesně postižených

**AUTOR:**

Markéta Dvořáková

**KATEDRA:**

Katedra speciální pedagogiky

**VEDOUcí PRÁCE:**

doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

**ABSTRAKT:**

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou dětské mozkové obrny a odchylkami psychomotorického a řečového vývoje s tímto onemocněním spojenými. V teoretické části nejprve popíši psychomotorický a řečový vývoj intaktních dětí v období od věku novorozeneckého do školního věku, v její druhé části se věnuji psychomotorickým odchylkám a konkrétním řečovým poruchám v rámci forem dětské mozkové obrny dětí téhož věku. V praktické části jsem se zaměřila na průzkum možného vlivu postižení na přijetí do školského zařízení, zda symptomatické řečové poruchy při DMO ovlivňují školní výkon a zjištění názoru rodičů na budoucí pracovní uplatnění svých dětí.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

Dětská mozková obrna, psychomotorický vývoj, řečový vývoj

**TITLE:**

Psychomotor and speech development physically handicapped persons

**AUTHOR:**

Markéta Dvořáková

**DEPARTMENT:**

Department of special education

**SUPERVISOR:**

doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

**ABSTRACT:**

In my bachelor's thesis I focus on the issue of cerebral palsy and deviations of psychomotoric and speech development associated with this condition. First, I'll describe in theory psychomotoric and speech development of intact children aged from newborns to school age. In the second part I'll focus on psychomotoric deviations and particular forms of speech disorders compared with the children's peer group. In my practical part I focus on assessing the influence of the condition on the acceptance of the children to a school facility, whether the symptomatic speech disorders associated with cerebral palsy affect learning abilities, and finding out parent's opinions on their children's employment and future career.

**KEYWORDS:**

Cerebral palsy, psychomotoric development, speech development

## OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 Psychomotorický vývoj intaktních dětí .....	13
1.1 Psychomotorický vývoj v období novorozeneckém .....	13
1.2 Psychomotorický vývoj v období kojeneckém .....	14
1.3 Psychomotorický vývoj v období batolecím .....	15
1.4 Psychomotorický vývoj dítěte v předškolním věku .....	15
1.5 Psychomotorický vývoj dítěte školního věku .....	16
2 Řečový vývoj intaktních dětí .....	18
2.1 Předřečová stadia vývoje řeči .....	18
2.1.1 Období křiku .....	18
2.1.2 Období broukání .....	19
2.1.3 Období žvatlání .....	19
2.1.4 Stadium rozumění řeči .....	19
2.2 Vlastní vývoj řeči .....	19
2.2.1 Emocionálně-volní .....	20
2.2.2 Asociačně-reprodukční .....	20
2.2.3 Stadium logických pojmů .....	20
2.2.4 Stadium intelektualizace řeči .....	21
2.3 Jazykové roviny v ontogenezi řeči .....	21
2.3.1 Morfologicko-syntaktická rovina .....	21
2.3.2 Lexikálně-sémantická rovina .....	22
2.3.3 Foneticko-fonologická rovina .....	22
2.3.4 Pragmatická rovina .....	23
3 Tělesné postižení .....	24

3.1	Klasifikace tělesného postižení .....	24
3.1.1	Vrozené tělesné postižení.....	25
3.1.2	Získané tělesné postižení .....	26
4	Odchytky psychomotorického vývoje tělesně postižených dětí .....	27
4.1	Hodnocení stavu patologického motorického vývoje.....	28
4.2	Novorozenecké období .....	30
4.3	Období kojenecké .....	31
4.4	Období batolecí.....	34
4.5	Předškolní věk .....	36
4.6	Školní věk.....	37
5	Odchytky řečového vývoje tělesně postižených dětí .....	39
5.1	Dýchání .....	39
5.2	Fonace .....	40
5.3	Artikulace .....	40
5.4	Dělení řečových poruch u tělesného postižení .....	40
5.5	Jazykové roviny ve vývoji řeči tělesně postižených.....	42
5.6	Poruchy polykání.....	43
5.7	Vývoj řeči a problémy v raném věku.....	43
5.8	Nejčastější poruchy řeči vyskytující se u dětí s DMO.....	44
5.8.1	Dysartrie.....	44
5.8.2	Anartrie .....	46
5.8.3	Opožděný a omezený vývoj řeči .....	46
5.8.4	Koktavost .....	46
5.8.5	Palatolalie.....	47
5.8.6	Mutismus.....	47



5.8.7	Dyslalie .....	48
5.8.8	Agramatismus.....	48
PRAKTICKÁ ČÁST.....		49
6	Cíle a hypotézy .....	50
7	Metodika práce.....	51
7.1	Metoda průzkumu .....	51
7.1.1	Druhy otázek v dotazníku .....	51
7.2	Charakteristika zkoumaného vzorku .....	51
7.3	Organizace šetření a zpracování získaných dat .....	52
8	Výsledky průzkumného šetření.....	53
9	Závěr praktické části .....	70
10	Diskuze .....	72
11	Závěr.....	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....		76
SEZNAM GRAFŮ.....		79
SEZNAM PŘÍLOH.....		80

## ÚVOD

Ve své bakalářské práci se budu zabývat jedním z druhů tělesného postižení, u kterého lze vývoj psychomotoriky a řeči zachytit již od prvních měsíců života dítěte, problematikou dětské mozkové obrny (DMO). Dětská mozková obrna je onemocněním charakterizované poruchami hybnosti, které je podmíněné poruchami vývoje nebo poškozením motorických oblastí mozku během jeho vývoje. DMO postihuje nejen svalstvo řídicí hrubou a jemnou motoriku, ale také svalstvo podílející se na tvorbě řeči. Psychomotorické a řečové odchylky jsou v tomto případě ve vývoji dítěte zjevné a je důležité je pro budoucí úspěšný celkový vývoj dítěte pečlivě zaznamenat.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části, část teoretickou a část praktickou, která je koncipována jako průzkum mezi rodiči dětí s DMO.

V první kapitole teoretické části se budu zabývat psychomotorickým vývojem intaktních dětí v jednotlivých obdobích vývoje počínaje věkem novorozeneckým až do období školního věku dítěte.

Ve druhé kapitole teoretické části se zaměřuji na řečový vývoj intaktních dětí téhož věku jako v kapitole první, který zahrnuje předřečová stadia vývoje řeči, vlastní vývoj řeči a jazykové roviny ve vývoji řeči, které jsou také jeho nezanedbatelnou součástí.

Ve třetí kapitole teoretické části se věnuji stručné klasifikaci tělesného postižení.

Obsahem čtvrté kapitoly jsou odchylky psychomotorického vývoje tělesně postižených dětí, kdy se postupně dle vývojových období věnuji konkrétním formám DMO a odchylkám psychomotorického vývoje s nimi souvisejícími.

V páté kapitole se zabývám charakteristikou nejčastěji se vyskytujících řečových poruch u jednotlivých forem dětské mozkové obrny, též v posloupnosti vývojových období dítěte. Dále poruchami polykání, dýchání, fonace a artikulace, které s DMO také souvisí.

Praktická část je realizací samotného průzkumu. Zaměřila jsem se na průzkum prostřednictvím názoru rodičů dětí s DMO. Základními body je vliv DMO na přijetí do školského zařízení, zda ovlivňuje DMO a s ní spojené symptomatické poruchy řeči školní výkon a jakou vidí rodiče prognózu týkající se budoucího zaměstnání svých dětí. Uvádím

zde cíle, hypotézy a metody při průzkumu použité, charakteristiku vzorku respondentů, způsob zpracování dat a výsledky průzkumného šetření.

Cílem práce je postihnout co nejkomplexněji psychomotorické odchylky a řečové poruchy související s dětskou mozkovou obrnou a zjištění možného vlivu postižení souvisejícího se školní docházkou a budoucím zaměstnáním dětí s DMO.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 Psychomotorický vývoj intaktních dětí

Psychomotorický vývoj každého jedince je individuální a probíhá v jednotlivých etapách, které jsou vymezeny určitými mezníky. Ty informují o tom, jaké dítě dosáhlo úrovně schopností v oblasti pohybové, sociální, kognitivní a jazykové. Mohou se objevit drobné odchylky, ale to, že dítě neumí danou věc v přesně stanoveném období, ještě neznamená, že jeho psychomotorický vývoj je opožděný. Existuje zde tedy proto tolerance i několika měsíců.

*„Psychomotorika vznikla z řeckého psyché = duše a z latinského motorius = pohybový, je to souhrn pohybových projevů člověka, jeho volní i mimovolní pohybové činnosti, která odráží okamžitý psychický stav člověka“ (Opatřilová, 2005, s. 108).*

*„Pojmem „psychomotorika“ vyjadřujeme úzkou spojitost a vzájemný vliv motoriky a psychiky. Zahrnuje pohyby, které jsou odrazem a vyjádřením psychiky člověka“ (Szabová, 2001, s. 10).* Psychomotorika je zastřešujícím pojmem pro několik dalších oblastí, kterými jsou: neuromotorika, senzomotorika, psychomotorika v užším slova smyslu a sociomotorika, obsahuje také oblast materiální a společenskou, souvisí s prožíváním (Opatřilová, 2005). Psychomotorika zahrnuje také úzký vztah pohybu a řeči, který označuje pojem motorika řeči. Při mluvení dochází ke koordinovaným pohybům, na kterých se podílí orgány respirační, fonační a artikulační. Aby vznikala správně artikulovaná řeč, je důležitý hlavně pohyb částí hrtanu, rtů, jazyka, spodní čelisti a měkkého patra. Důležitý je i pohyb jako takový, právě díky němu dítě může získávat nové poznatky a zkušenosti a prozkoumávat tak své okolí. Při adekvátní podpoře psychomotorického vývoje nesmíme opomenout ani podmínky prostředí a stimulaci dítěte pomocí vhodných podnětů.

### 1.1 Psychomotorický vývoj v období novorozeneckém

Novorozenecké období začíná po porodu a trvá do 28. dne života dítěte. *„Psychomotorický vývoj probíhá v prvním roce života obzvlášť intenzivně. Fyziologickým podkladem je rychlý vývoj mozku, zrání jeho struktur a postupné vytváření podmíněných reflexů“ (Machová, 1989, s. 71).* Dítě se v krátkém čase přizpůsobuje novým podmínkám prostředí a musí samostatně obstarávat různé nové funkce. Novorozenec většinu času

prospí, budí se pouze, když mu něco schází nebo se necítí příjemně. V tomto období je velice zásadní uspokojovat veškeré potřeby dítěte. „*Donošený a zdravý novorozenec má vytvořeny základní reflexy (sací, polykací, kýchací, kašlací...)*. Po týdnu otáčí hlavu za světlem, reaguje na hluk a při rozbalení horní i dolní končetiny s trupem se bezděčně pohybují. *Palce horních končetin – rukou jsou uzavřeny v pěstích. Je zvýšený tonus – napětí svalstva zvláště dolních končetin*“ (Höllge, 1996, s. 9).

„*Důležité mezníky ve vývoji novorozence jsou*

- *V poloze na zádech: flekční držení končetin, zařáté pěsti, predilekční držení hlavy, jedna horní končetina natažená, druhá pokrčená (poloha šermíře), krátká fixace pohledem, reakce na zvuk, silné reflexní úchopy rukou.*
- *Posazování a sed: hlavička padá dozadu, pak dopředu, horní končetiny i dolní končetiny jsou ve flexi.*
- *Přetáčení a poloha na bříšku: dítě otáčí hlavičku na podložce, krátce se asymetricky vzpřimuje, má vystrčený zadeček, reflexní plazení.*
- *Vertikalizace (postavování): reflexní stoj (vzpřímený reflex), chůzový mechanismus“ (Vacušková, Vacuška, Ryšavá, 2003).*

## **1.2 Psychomotorický vývoj v období kojeneckém**

Kojenecké období začíná 28. dnem od narození dítěte a trvá do 1 roku. Do konce prvního roku dítě váží asi 10 kg a měří cca 75 cm. Prodlužuje se bdění, dochází k rozvoji smyslových orgánů. „*Svalový tonus je stále zvýšený. Na konci druhého měsíce je možno pozorovat úsměv, ve třech měsících kojeneček udrží hlavu v poloze na bříšku, ve čtvrtém až šestém měsíci se posazuje, v osmém leze, v devátém se pokouší o stoj, v desátém o chůzi, kterou do dvanáctého měsíce zdokonalí*“ (Höllge, 1996, s. 9). První zoubky se objevují kolem půl roku věku dítěte. Dochází k rozvoji nervového systému, díky tomu dítě provádí soustřednější a účelnější pohyby. K tomu napomáhá i rozvoj smyslových orgánů, nervového a svalového systému. Od pátého měsíce se mění poloha palce ruky – palec je v opozici, mimo sevřenou pěst. Řečí, kterou dítě rozvíjí opakováním slabik po matce, pohybem a stykem s okolím získává dítě nové zkušenosti a buduje si tak citové vazby a vztahy k okolí a ostatním členům rodiny (Höllge, 1996).

Vacušková, Vacuška, Ryšavá (2003) uvádějí tyto mezníky ve vývoji:

- 2. měsíc – sociální úsměv
- 3. měsíc – dítě zpozorní na zvuk, při přitahování do sedu drží hlavu v ose trupu, na břišku se opírá o předloktí a dolní polovinu hrudníku a dlaně má rozevřeny
- 4. měsíc – rozvinuta souhra oko-ruka
- 6. měsíc – dítě se převaluje ze zad na bříško, nejdříve přes jednu stranu, vzpřimuje se na natažených rukách o dlaně a oblast symfýzy
- 7. měsíc – rozvinuta souhra oko-ruka-ústa, převaluje se z bříška na záda
- 9. měsíc – dítě se dostává na čtyři, začíná lézt, samo se posadí
- 12. měsíc – obchází nábytek, chůze s přidržením za jednu ručku, začíná si stoupat v prostoru, objevují se první samostatné krůčky

### **1.3 Psychomotorický vývoj v období batolecím**

Batolecím obdobím nazýváme druhý až třetí rok věku dítěte. Zvyšuje se hmotnost dítěte, pokračuje tělesný růst, ale jeho tempo se v porovnání s kojencem zpomaluje. Dítě vyžívá po fyzické, psychické i smyslové stránce a zdokonaluje se. Začíná se snižovat svalový tonus, batole ovládá pohyby všech svalových oblastí. Dítě samostatně chodí, běhá, skáče, chůzi do schodů zvládá s oporou a střídá nohy. Ruka zvládá všechny základní manipulační pohyby a úchopy. Rozšiřuje se slovní zásoba, dítě začíná skloňovat a časovat. Tvoří jednoduché krátké věty. Zvládne si zapamatovat krátké rytmičné říkanky a melodie. Výrazný je tedy pokrok hrubé motoriky a hlavně jemné motoriky a řeči. Dítě si osvojuje základní hygienické návyky. V rámci sociálních vztahů si dítě vytváří hlubší vztahy k rodičům, sourozencům a okolnímu světu, dokáže výrazněji projevit své city. Dítě je zvědavé, zajímá se o své okolí a velice rádo je zkoumá (Höllge, 1996).

### **1.4 Psychomotorický vývoj dítěte v předškolním věku**

Předškolní období trvá od 4 do 6 let věku dítěte. Dítě roste pomalejším plynulým tempem, rozdíly ve výšce a hmotnosti chlapců a dívek nejsou v tomto období ještě tak

markantní. Mezi pátým a šestým rokem dochází k první změně proporcí těla dítěte, dítě je štíhlejší a vytáhlejší. V tomto období také dozrává mozek, dítě se zdokonaluje v dosud nabytých dovednostech a schopnostech. Díky tomu, že se pohyby stále zjemňují a zpřesňují, stává se dítě obratnějším a lépe dokáže koordinovat své pohyby. Dochází k rozvoji myšlení, paměti, fantazie a řeči, zlepšuje se koncentrace pozornosti. Obohacuje se slovní zásoba, krátké věty nahrazují věty delší. Zde je důležité vytrvat a trpělivě dítěti odpovídat na otázky, protože tak se nejlépe přirozeně rozvíjí řeč. Postupně dochází k dominanci jedné ruky, vytváří se povaha dítěte. Klíčová je také funkce rodiny (Machová, 1989).

*„Před vstupem do školy by dítě mělo být biologicky, rozumově a sociálně zralé, schopné se po určitou dobu soustředit, mít osvojené základní znalosti a návyky, samostatné v sebeobsluze, motivované“* (Vacušková, Vacuška, Ryšavá, 2003)

## **1.5 Psychomotorický vývoj dítěte školního věku**

Toto vývojové období trvá od 6 do 15 let věku dítěte. Školní věk se dělí na mladší školní věk (6-12 let) a starší školní věk (13-15 let).

Samotný vstup dítěte do školy představuje velkou změnu v jeho životě. Dítě si musí zvykat na nový režim a přizpůsobovat se novým podmínkám, což je pro něj mnohdy velmi náročné. Vývoj v tomto období je plynulý, objevují se pokroky ve všech oblastech. Škola vede dítě k realističtějšímu, analytickému a logickému myšlení. Je aktivní, pilné a ochotné spolupracovat (Vacušková, Vacuška, Ryšavá, 2003) *„Po fyzické stránce se harmonizují tělesné proporce a dítě v této době získává i poměrně velkou tělesnou výkonnost“* (Höllge, 1996, s. 10). Začínají se projevovat rozdíly v postavách chlapců a děvčat. Po těchto změnách mohou být pohyby dítěte zpočátku neobratné. V tomto období dítě snadno získává nové pohybové dovednosti. Zdokonalují se psychické činnosti, rozvíjí se myšlení, paměť, smyslové vnímání, pozornost a řeč. *„Výslovnost dítěte až do sedmého roku je neustálená. Do té doby se spontánně zlepšuje, a může se upravit pouhým výchovným působením a vzorem správné výslovnosti. Kolem sedmého roku se však způsob výslovnosti začíná fixovat, a to výslovnosti správné i nesprávné“* (Machová, 1989, s. 99).

První fáze puberty, která také ovlivňuje vývoj dítěte, přichází u dívek cca mezi 10. a 12. rokem a u chlapců mezi 11. a 13. rokem. V této době se výrazně urychluje růst, s tím



souvisí i další změny proporcí postavy, což se projevuje i v rozdílech postav chlapců a dívek. Prohlubuje se vývojová nevyrovnanost mezi chlapci a dívkami, která se ale postupně s nástupem puberty u chlapců vyrovnává. Rozumové schopnosti už jsou velmi vyspělé, je plně rozvinuto logické myšlení a paměť, schopnost analýzy a syntézy, myšlení se tedy už neliší od myšlení dospělých, ale je ovlivňováno nevyrovnanou osobností. Rozvoj hrubé motoriky probíhá v rámci tělesné výchovy, zejména při kolektivních hrách. Jemná motorika se cvičí při psaní, vytváří se a upevňuje se charakteristický rukopis dítěte. Pro toto období jsou typické výkyvy nálad, impulzivita, přecitlivělost, neklid, snížená schopnost koncentrace. Negativní emoce často provází vzpurnost, vzdor a hněv (Machová, 1989). V tomto období také *„roste mravní cítění, sílí smysl pro čest a objevuje se svědomí, jako subjektivně prožívaný vztah dítěte k normám společnosti“* (Höllge, 1996, s. 10).

## 2 Řečový vývoj intaktních dětí

*„Základním předpokladem pro komunikaci mluvenou řečí je dobré sluchové vnímání, správná funkce mozkových řečových center a nervových drah, funkční motorika mluvidel a dostatečná kapacita inteligence. Součástí mluvidel jsou přitom dýchací (respirační) orgány, hlasové (fonační) ústrojí a nakonec orgány artikulační (ústní dutina, jazyk, zuby, nosní dutina a hltan). Důležitou roli ve vývoji verbální komunikace hrají s řečí zdánlivě nesouvisející aktivity jako sání, polykání a správné dýchání.“* (Slowík, 2007, s. 86). *„U dětí podle Lechty (1985) může docházet k obdobím akcelerace nebo retardace ve vývoji, to však neznámá, že by mohla být některá stadia vynechána; individuální může být délka jejich trvání“* (Klenková, 2006, s. 32-33).

### 2.1 Předřečová stadia vývoje řeči

Jsou to přípravná období, která začínají hned po narození dítěte. Tato stadia nejsou přesně časově oddělena, vzájemně se prostupují a probíhají i současně vedle sebe. Probíhají přibližně do jednoho roku věku dítěte. Dítě si osvojuje dovednosti a návyky, na jejichž základě pak vzniká řeč. Tyto činnosti dělíme na:

- Předverbální aktivity – křik, broukání, které mají přímou vazbu na budoucí zvukovou řeč dítěte, tyto projevy začínají již před narozením dítěte
- Neverbální aktivity – zvukové, ale i nezvukové aktivity, jedná se zde například o zrakový kontakt nebo komunikaci na základě tělesného kontaktu

Předverbální aktivity jsou ve vývoji nahrazeny verbálními projevy, naopak neverbální komunikace zůstává po celý život (Klenková, 2000).

#### 2.1.1 Období křiku

Prvním projevem dítěte je křik. Ten je vyvolán podrážděním dýchacího centra přechodem z placentárního zásobování kyslíkem na plicní dýchání. Je považovaný za reflex. Zpočátku je tento křik monotónní, může nám připomínat samohlásku „a“ (Klenková, 2006).

### **2.1.2 Období broukání**

Kolem 6. Týdne života se začíná měnit charakter křiku. Křik dostává citové zabarvení. Nejdříve vyjadřuje nespokojenost, nepohodlí, tento křik začíná tvrdým hlasovým začátkem. Mezi 2. a 3. měsícem dítě začíná křikem vyjadřovat i pocity příjemné, začíná se objevovat měkký hlasový začátek, který nám může vzdáleně připomínat hlásku „h“ (Kutálková, 2005).

### **2.1.3 Období žvatlání**

*„Dítě si houká a při tom pohybuje mluvidly jako při sání nebo polykání, proud vzduchu rozráží sevřené rty nebo sliny nahromaděné v krku. Ozývají se pak různé zvuky, některé podobné hláskám či slabikám“* (Kutálková, 2005, s. 10). V tomto případě mluvíme o pudovém žvatlání, nejedná se zde zatím o vědomou činnost, ale o pudovou hru s mluvidly. Objevuje se větší rozmanitost zvuků, která souvisí s utvářením rezonančních dutin a dutiny ústní a hltanové (Klenková, 2000).

Napodobující žvatlání se začíná objevovat přibližně v 6.-8. měsíci života dítěte. Dítě začíná zvuky, které produkuje, připodobňovat k hláskám mateřského jazyka. Zde se již zapojuje vědomá zraková a sluchová kontrola, dítě pozoruje pohyby mluvidel nejbližších osob a začíná vědomě napodobovat hlásky. V tomto období se tedy objevuje fyziologická echolálie – dítě opakuje hlásky, rytmus, melodii a sílu řeči, tímto způsobem pak vyjadřuje své pocity a přání (Klenková, 2000).

### **2.1.4 Stadium rozumění řeči**

Toto stadium nastává okolo 10. měsíce života dítěte. Dítě sice ještě nechápe význam slov, ale slyšené zvuky si dokáže spojit s předměty či situacemi, se kterými se dané slovo pojí. Porozumění se projevuje v motorických reakcích dítěte (Kutálková, 2005).

## **2.2 Vlastní vývoj řeči**

Začíná okolo jednoho roku dítěte a Klenková (2006) jej dělí na 4 postupně navazující stadia:

### **2.2.1 Emocionálně-volní**

Dítě používá první jednoslabičná či vícetlábčn slova, která spojuje s konkrétními předměty a osobami. Své pocity, přání a prosby vyjadřuje pstednictvm jednoslovných vt. Tato slova mají význam věty. Například slovo „hař“ může znamenat: slymtkat psa nebo též to je pes. Ve stadiu emocionln-volnm týká petrvv zvatln a dítě stále poměrně často využívá předverbální-neverbln způsobu komunikace jako například plch nebo gesta.

Egocentricke stadium vývoje řeči se objevuje mezi 1,5 a 2 lety dítěte. V tomto období dítě objevuje mluven jako činnost, napodobuje dospělé a samo si opakuje jednotliv slova.

### **2.2.2 Asocian-reprodukční**

*„Ve stadiu asocian-reprodukčním podle Sováka (1972) nabvvaj prvotn slvka funkce pojmenovávací. Výrazy, které dítě slyšelo ve spojitosti s určitými jevy, pren na jevy podobne, reprodukuje tak jednoduch asociace. Jde o prenen (transfer) oznaen na jevy analogické. Řeč je ještě na prvosignln úrovni, zůstává spojen výrazu s konkrétním jevem“ (Klenková, 2006, s. 36). K prudkému rozvoji komunikačních dovedností dochází mezi 2. a 3. rokem. Dítě poznv, že pomocí řeči dochází k intenzivn interakci mezi ním a dospělými, a proto se s nimi snaží komunikovat co nejvíce. Zpravidla j mluv v jednoduchých větách, které ale často bývávají agramatické a mají špatn slovosled. Dítě si tvoří tvary analogicky na základě podobnosti a spoustu delších nebo obtznjch slov komol. Mnohdy týká vytváří vlastní nov slova, když jeho slovn zásoba na pojmenování daného předmětu nebo skutečnosti nestačí. V období kolem 2,5 roku dítěte se může objevit frustrace z neúspěšného pokusu o komunikaci.*

### **2.2.3 Stadium logických pojmů**

Nastv okolo 3. Roku dítěte. *„V tomto stadiu oznaen, dosud zce spjat s konkrétními jevy, se postupne pomocí abstrakce, zeveobecvn stvaj veobecnm oznaenm, ili slovem s uritm obsahem“ (Klenková, 2006, s. 37) Je to zaatek přechodu z 1. do 2. signální soustavy. Právě kvůli tmto nronm mylenkovm operacím může v období kolem 3. roku docházet k těžkostem v řeči – dítě opakuje hlásky, slabiky slova,*

„zadrhává“ v řeči. Může zde vzniknout koktavost. Dítě si chce povídat s dospělým, požaduje různá vysvětlení, odpovědi na otázky, právě díky tomuto dochází k přirozenému rozvoji slovní zásoby dítěte.

#### **2.2.4 Stadium intelektualizace řeči**

Přichází na přelomu 3. a 4. roku dítěte. Dítě již vyjadřuje své myšlenky převážně správně a přesně po obsahové i formální stránce řeči. Dochází k dalšímu rozvoji slovní zásoby, prohlubování a zpřesňování významu slov, upevňování gramatických forem. Toto období přetrvává až do dospělosti.

### **2.3 Jazykové roviny v ontogenezi řeči**

Jednotlivé jazykové roviny se při vývoji řeči navzájem prolínají.

#### **2.3.1 Morfologicko-syntaktická rovina**

Morfologicko-syntaktickou rovinu můžeme zkoumat až okolo 1. roku věku dítěte. První slova dítěte plní funkci vět a vznikají opakováním stejných slabik. Tato slova jsou neohebná, dítě je nečasuje ani neskloňuje. Podstatná jména se tedy nejčastěji vyskytují v prvním pádě a slovesa v infinitivu, méně často se objevují ve 3. osobě nebo v rozkazovacím způsobu. Projevy pomocí jednoslovných vět trvají asi do 1 a půl až 2 let, poté již dítě začíná tvořit věty dvouslovné. „*Gramatický systém v tomto období Lechta (1995) nazývá „pivotová gramatika“, v rámci níž jsou slovní druhy v pevné vazbě, například mama „pa-pá“, tata „pa-pá“, bába „pa-pá“ apod.* (Klenková, 2006, s. 37). Nejdříve začíná dítě používat podstatná jména, poté onomatopoická citoslovce a slovesa. Mezi druhým a třetím rokem začíná více používat přídavná jména a osobní zájmena. Jako poslední začíná používat číslovky, předložky a spojky, po 4. roce už zpravidla dítě používá všechny slovní druhy. Skloňovat dítě začíná mezi 2. a 3. rokem a přibližně ve stejné době užívá množné i jednotné číslo. Potíže dělá stupňování přídavných jmen. Slovo, které je pro dítě nějakým způsobem klíčové, většinou dítě staví na první místo věty. První souvětí začíná dítě tvořit mezi 3. a 4. rokem, nejprve tvoří souvětí slučovací, později i souvětí podřadná. Syntaktickým zákonitostem se dítě učí pomocí transferu – používá analogicky a přesně gramatické formy, které slyší ve svém okolí, i v jiných situacích. Do 4 let jde

o přirozený tzv. fyziologický dysgramatizmus, pokud tento jev přetrvává i po čtvrtém roce dítěte, může se jednat o narušený vývoj řeči (Klenková, 2006).

### 2.3.2 Lexikálně-sémantická rovina

Zahrnuje jak aktivní, tak pasivní slovní zásobu dítěte. Kolem 10. měsíce můžeme u dítěte pozorovat první rozvoj pasivní slovní zásoby, v tomto věku dítě začíná „rozumět“ řeči. Ve 12. měsících dítě začíná používat první slova, dochází zde tedy k rozvoji aktivní slovní zásoby. Komunikuje ale také neverbálně, pomocí pohybů, mimiky, pláče či pohledů. „První slova chápe všeobecně, například haf-haf je vše, co má čtyři nohy a je chlupaté, hovoříme o hypergeneralizaci. Když již umí více slov, pozorujeme opačnou tendenci – hyperdiferenciaci (dítě pokládá za názvy jen jediné, určité věci, osoby, např. táta je označení jen pro jeho otce)“ (Klenková, 2006, s. 38). Ve vývoji dětské řeči zaznamenáváme první věk otázek – období kolem 1 a půl roku, otázky „Co je to?“, „Kdo je to?“, „Kde je?“ a druhý věk otázek – okolo 3 a půl roku, otázky „Proč?“ a „Kdy?“. Okolo prvního roku je slovní zásoba dítěte 5-7 slov, okolo druhého roku je to již přibližně 200 slov, ve třech letech zná dítě téměř 1000 slov, ve čtyřech letech je to asi 1500 slov, v předškolním věku je slovní zásoba dítěte 2500-3000 slov. Můžeme tedy pozorovat obrovský nárůst slovní zásoby zejména okolo třetího roku věku dítěte. Ve třech letech dítě umí říci své jméno a příjmení, později, mezi 3. a 4. rokem, zná jméno svého sourozence, umí říci krátkou básničku, chápe i rozdíly „malý-velký“, „světlo-tma“. Ke konci předškolního věku dokáže plynule vyprávět o různých situacích, událostech a zážitcích jeho života, umí správně pronést i delší příkaz (Klenková, 2000).

### 2.3.3 Foneticko-fonologická rovina

Zvuky, které se vyskytují před 6. měsícem, nejsou považovány za hlásky mateřského jazyka. Stěžejním momentem v ontogenezi řeči je období mezi 6. a 9. měsícem věku dítěte, tj. období přechodu z pudového žvatlání do období napodobujícího žvatlání (Klenková, 2006).

Lechta (1990) uvádí dle Schulzeho jako názor na vyslovování hlásek pravidlo nejmenší námahy, kdy si dítě nejprve osvojuje hlásky, které vyžadují nejmenší námahu při jejich tvoření, až později vyváří hlásky artikulačně náročnější. Dítě tedy tvoří jako první samohlásky, potom retné souhlásky a postupně až hrdelní hlásky.

Žebrowská (Klenková, 2006) uvádí jako další názory Jakobsna a Hallera, kteří tvrdí, že fonemická stavba jazyka se začíná vyvíjet až po ukončení žvatláni. Toto stadium nazývají „labiální stadium“, kdy dítě využívá kontrast mezi samohláskami a souhláskami – P-A, dále následuje stadium opozice závěrové nosní a ústní souhlásky – M-P a opozice retného a dásňového prvku – P-T. Postupně dochází k rozdělení na samohláskový a souhláskový trojúhelník.

*„Nejdříve se v dětské řeči fixují samohlásky, v pořadí fixace souhlásek (konsonant) jsou to hlásky závěrové, úžinové jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření“ (Klenková, 2006, s. 40).*

Vývoj výslovnosti je ovlivněn mnoha faktory, jedná se o obratnost mluvidel, vzrátost fonemického sluchu, také zde hraje roli inteligence a společenské prostředí dítěte, mluvní vzory, míra řečové stimulace a nabízených podnětů. Výslovnost se ukotvuje kolem 5. roku dítěte, ale její vývoj může trvat až do 7. roku. V současnosti se jako hranice ukončení vývoje výslovnosti považuje věk 5 let, poté už můžeme nesprávnou výslovnost pokládat za patologický jev (Klenková, 2006).

### **2.3.4 Pragmatická rovina**

Lechta (1990) ji definuje jako rovinu sociální aplikace komunikace a sociálního uplatnění komunikačních schopností. Dítě se učí ovládnout jazyk jako systém různých znaků a pravidel, ale zároveň si také osvojuje mnohé komunikační vzorce, které uplatňuje v nejrůznějších komunikačních situacích. Již ve dvou letech dokáže dítě pochopit a naplnit roli komunikačního partnera adekvátní reakcí v různých situacích. Jedná se zde i o užívání mimojazykových a afektivních výrazových forem, díky pochopení tohoto může dítě reagovat mnohem dříve, než pochopí obsah a význam jednotlivých slov. Po 3. roce dítě začíná jevit snahu o komunikaci s dospělým, ve 4 letech již dokáže komunikovat adekvátně dané situaci a je možné ovlivňovat a usměrňovat chování dítěte pomocí řeči.

### 3 Tělesné postižení

*„Tělesná postižení jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Důvodem bývají změny na pohybovém aparátu. (...) Za tělesná postižení jsou považovány vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí“ (Renotiérová, Ludíková, 2006, s. 212). Dle Vítkové (2006, s. 39) „omezení výkonu vyplývá z různého obrazu poškození na ortopedickém, neurologickém a interním základě. (...) Omezení (snížení) motorického výkonu vzhledem k tělesnému postižení však může působit, a často také působí, na vývoj celé osobnosti. Schopnost výkonu a způsob chování vzhledem k okolí jsou určeny souhrnem všech tělesných a duševních vlastností a znaků organismu, konstitucí jedince.“ Milichovský (2010, s. 21) charakterizuje osoby s tělesným a zdravotním postižením jako děti, mladistvé a dospělé, „jejichž tělesné postižení spočívá ve vadě nosného a hybného ústrojí takového rozsahu, že dochází k poruše hybnosti způsobené tělesnou vadou. Tělesně postižení jsou též i jedinci, kteří trpí různými degenerativními, metabolickými, endokrinními a jinými poruchami, nebo např. srdečními vadami, chorobami dýchacího systému, revmatickými potížemi. Tělesná vada se projevuje v poruše hybnosti a s ní souvisejících poruchách fyziologických, psychických a sociálních, v kognitivní oblasti a ve vytváření sociálních vztahů“.*

#### 3.1 Klasifikace tělesného postižení

Tělesné postižení dělíme podle doby vzniku, může být vrozené nebo získané v průběhu života – úraz, nemoc. Je-li postiženo přímo hybné ústrojí, označujeme postižení za primární, jde-li o snížení hybnosti pohybového aparátu v důsledku poškození jiného orgánu, hovoříme o postižení sekundárním. Podle stupně pohyblivosti jedince dělíme tělesné postižení na lehké, kdy je jedinec schopný samostatného pohybu, střední, jedinec je schopný pohybu za pomoci ortopedických pomůcek a těžké, kdy jedinec není schopný samostatného pohybu (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

*„Současné pojetí zdravotního postižení podle WHO (mezinárodní zdravotnická organizace):*



- *Impairment = vada, poškození – postižení systému pohybového, podpůrného nebo jiných orgánů vedoucích k somatickým změnám*
- *Disability = omezení, snížení výkonu – kvantitativní změny vzhledem k normální výkonnosti*
- *Handicap = ztráta, znevýhodnění, omezení příležitostí jedince účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní“ (Milichovský, 2010, s. 22).*

### **3.1.1 Vrozené tělesné postižení**

Vrozené tělesné postižení vzniká během prenatálního období, příčinou mohou být poruchy vývoje zárodka, infekční onemocnění matky v době těhotenství, nedostatek vitamínů, rentgenové záření, intoxikace matky v průběhu těhotenství, dědičnost. Může ale také vzniknout v období perinatálním a raně postnatálním. Řadíme sem vrozené vady lebky, poruchy velikosti lebky, rozštěpy lebky, čelisti, rtů, patra, páteře. Dále sem řadíme růstové odchylky a vrozené vady končetin:

- Amélie – úplné nevyvinutí končetin
- Dysmélie – tvarová vývojová odchylka končetin
- Fokomélie – chybí paže a předloktí, ruce vyrůstají přímo z trupu
- Arachnodaktylie – mimořádně dlouhé a tenké prsty
- Syndaktylie – srůsty prstů na dolních nebo horních končetinách
- Polydaktylie – zmnožení prstů na horních nebo dolních končetinách
- Vrozená kososvislá noha – většinou doprovází rozštěpy páteře nebo vrozené vymknutí kyčlí
- Vrozená noha hákovitá – vystupuje pata, noha je v hlezenním kloubu zvednuta nahoru
- Vrozená noha kosá – přední úsek nohy je ohnutý směrem dovnitř
- Luxace – kloubní hlavice je trvale mimo jamku - vykloubení
- Subluxace – posunutí kloubní hlavice vůči jamce, které se alespoň dotýká

Dalšími z vrozených tělesných postižení jsou centrální a periferní obrny a dětská mozková obrna (Renotierová, Ludíková, 2006).

### **3.1.2 Získané tělesné postižení**

Příčinami získaného tělesného postižení mohou být úrazy hlavy, páteře či amputace a různé druhy nemocí. Řadíme sem deformace – neobvyklý tvar nějaké části těla. Příčinou bývá nesprávné držení těla, to souvisí s deformacemi páteře – hyperlordóza, hrudní kyfóza, plochá záda, bederní lordóza. Velmi závažná bývají úrazová onemocnění mozku a míchy, zlomeniny obratlů, závažné důsledky vyplývají i z úrazového poškození periferních nervů, kam můžeme zařadit:

- Neuropraxis – přechodná funkční blokáda, vzniká tupým poraněním periferního nervu
- Axonotmesis – dochází k přerušení celistvosti axonů = střední osově části nervu
- Neurotmesis – úplné přerušení nervu, oba konce jsou od sebe oddáleny
- Obrna pažní pleteně – vzniká přímým poškozením nervové pleteně tlakem nebo tahem při problematickém porodu
- Amputace – umělé oddělení části orgánu, končetiny nebo celé končetiny od těla

Tělesné postižení může být i důsledkem revmatismu, dětské infekční obrny, Perthesovy nemoci či myopatie (Renotierová, Ludíková, 2006).

Výše jsem ve zkratce nastínila základní druhy a charakteristiky tělesného postižení. Dále se ve své práci budu zabývat problematikou dětské mozkové obrny a odchylkami psychomotorického a řečového vývoje souvisejícími s tímto druhem postižení.

## 4 Odchytky psychomotorického vývoje tělesně postižených dětí

Při vyšetření dítěte srovnáváme vývoj postiženého a vývoj zdravého dítěte. Rozdíl mezi chronologickým věkem a vývojovým stadiem postiženého dítěte udává časovou odchylku mezi vývojem zdravého a postiženého dítěte. Důležité je tedy znát vývojové etapy, kterými prochází každé zdravé dítě (Klenková, 2000).

*„V přípravném období dítě nebo i dospělý člověk pozoruje pohybovou činnost, kterou se má naučit, a vytváří si projekci. Pohybová projekce je představa očekávaného průběhu pohybu vytvořená na základě určitých podmínek (situace) a určitých zkušeností. Tato představa zahrnuje účast určitých svalových skupin a předpokládané napětí svalů a šlach (tonus) a sílu svalů (kontrakci) potřebnou k vykonání určitého pohybu (...). K vytváření pohybové projekce jsou třeba určité pohybové dovednosti a zkušenosti i určitá inteligence, potřebná ke správnému odhadu celkové situace a k představě účelného řešení. Neschopnost vytvářet správnou pohybovou projekci a volit vhodné pohyby k určitým pohybovým nebo pracovním úkolům je příčinou pohybové neobratnosti a snížené schopnosti...“ (Kábele, 1988, s. 80-81).*

Při spastických a dyskinetických formách překáží osobám s DMO v nácviu správných pohybových dovedností zvýšená spasticita nebo nepotlačitelné mimovolní pohyby. Pohyby tak vykonávají s obrovským úsilím a nedokáží je plně zautomatizovat. Při hypotonické formě DMO nemají jedinci naopak dostatek volního úsilí, aby se dokázali přimět k učení pohybových dovedností. Nejčastěji se u dětí s DMO vyskytují poruchy motoriky, a to jak hrubé, tak jemné i mluvní. Tyto poruchy hybnosti se vyskytují v různých kombinacích a v různém stupni v jednotlivých formách DMO. Děti většinou začínají později sedět, stát, chodit i mluvit. Z hlediska neurologie uvádí Kábele (1988) tyto typy poruch hybnosti:

- Spasticita – pohyby jsou omezovány až znemožňovány trvale zvýšeným napětím svalstva
- Hypotonie – stav sníženého svalového tonu
- Dyskineze – projevuje se nepotlačitelnými mimovolními pohyby atetotickými (pomalé, červovité pohyby), choreatickými (prudké, trhané

malé pohyby), balistickými (velké pohyby, často celých končetin) nebo myoklonickými (drobné pohyby jednotlivých svalových snopců)

- Syndrom hypokinetický – vyznačuje se nedostatkem mimiky
- Syndrom atetotický – projevuje se hadovitými nebo červovitými pohyby, které vznikají jak spontánně, tak při každém podnětu
- Syndrom choreatický – projevuje se pohybovým neklidem, prudkými, trhavými, neuspořádanými intenzivními pohyby malého rozsahu
- Syndrom balistický – rychlé pohyby celých končetin
- Syndrom myoklonický – drobné trhavé záškuby svalstva

Snížená mobilita dítěti ztěžuje účast na různých pohybových aktivitách, to má negativní dopad jak na jeho tělesný, tak i duševní stav. Nedostatek pohybových možností a dovedností brání dítěti v dalším rozvoji hybnosti. To souvisí i s problémy v mnoha vyučovacích předmětech ve škole, omezená hybnost mu neumožňuje vykonávat některé pohyby, při kterých je nutná jejich přesnost. Dítě má tak potíže s psaním, kreslením, jen ztěženo se může zapojit v rámci tělesné výchovy. Dítě se tak nemůže účastnit mnoha dětských her, mimoškolních kolektivních pohybových aktivit, proto se hůře začleňuje do kolektivu vrstevníků. Tyto problémy také omezují, případně vylučují, přípravu na různá specifická povolání, dítě je omezeno ve výběru budoucího povolání (Kábele, 1988).

#### **4.1 Hodnocení stavu patologického motorického vývoje**

Kraus (2005) uvádí, že pro hodnocení využíváme hodnocení zralosti posturálních funkcí. Při posuzování motorického stavu vycházíme z kineziologických principů posturálního vývoje, kdy se zaměřujeme na hodnocení dosažené úrovně hrubé motoriky s přihlédnutím k úrovni mentální a úrovni jemné motoriky. Tato škála obsahuje celé období vývoje motoriky do 4 let věku zdravého dítěte a podle ní poté srovnáváme odlišný vývoj dítěte s DMO vypočítáním příslušného retardačního kvocientu (aktuální věk motorického vývoje se dá do poměru s věkem kalendářním), na základě výsledku se pak dále určuje vývojová prognóza. „*Jednotlivá lokomoční stadia:*

- *Stadium 0 – dítě je apedální. Nemůže se pohybovat vpřed pomocí rukou a nohou. Není schopno realizovat žádný kontakt (motoricky) otočením nebo*

*uchopením předmětu. U dítěte není vytvořena opěrná funkce. Dítě má hlavu v predilekčním postavení a jeho držení odpovídá novorozeneckému stadiu. Vývojový věk: novorozenecký*

- *Stadium 1 – dítě je apedální. Neumí se pohybovat vpřed, ale umí se otočit k předmětu, aby se jej dotklo nebo jej uchopilo. V poloze na břicho je schopno se opřít o lokty. V poloze na zádech je schopno zvednout dolní končetiny nad podložku. Dítě má k dispozici rovnovážné funkce. Při tomto vývojovém stadiu již nejsou vybavitelné reflexy vázané na novorozenecké období vývoje. Vývojový věk: 3-4 měsíce*
- *Stadium 2 – dítě je apedální. V pronační pozici umí užít horní končetiny jako opěrného a úchopového orgánu. V poloze na břicho je dítě schopno sáhnout po předmětu s tím, že druhá horní končetina umožňuje oporu. Dolní končetina se na straně uchopující ruky opírá o kondyl a druhá je natažená. Začíná se objevovat svalová diference. Na zádech je dítě schopno sáhnout po předmětu ze střední roviny. Zkouší se přiblížit k předmětu, ale neumí se pohybovat vpřed pomocí horních a dolních končetin. Vývojový věk: konec 4. a začátek 5. měsíce*
- *Stadium 3 – dítě se umí plazit. Jde o skutečnou lokomoci, dítě se spontánně pohybuje po místnosti z vlastní iniciativy pomocí plazení. Je také schopno se otočit ze zad na břicho. Dítě má k dispozici reciproční model nároku a opory, a to jak v ipsilaterálním, tak kontralaterálním provedení. Při lokomočním pohybu se aktivují oba šikmé břišní řetězce. Vývojový věk: 7. -8. měsíc*
- *Stadium 4 – dítě provádí „hopsání“ – poskoky po kolenou a rukách. Není schopno vychylovat těžiště cyklicky z osy ve frontální rovině. Opora na horních končetinách je abnormální a je tvořena o zápěstí či pěst. „Hopsání“ neobsahuje zkřížený vzor jako to vidíme u lezení, tj., je homologické. Tento typ lokomoce v normálním vývoji neexistuje. Jestliže dítě nemůže včas dosáhnout lezení, brzy se zcela vzdá lokomoce. Tento vzor je nadřazen plazení. Dítě v tomto lokomočním stadiu ještě nemá volní*

*schopnosti provádět pohyb v izolovaném segmentu (např. segmentální hybnost v hlezenním kloubu). Dítě je schopno dosáhnout vzpřímeného kleku a dostane se do šikmého sedu. Vývojový věk: 9. měsíc*

- *Stadium 5 – lezení. Tento lokomoční vzor je plně začleněn, když dítě s centrální parézou umí lézt přes celý byt z vlastní motivace. Součástí lokomoce je zkřížený vzor a opora je na otevřených rukách. Při lezení je k dispozici rotace páteře a její vychylování ve frontální rovině. V pozdější době každé lezoucí dítě může počítat s vertikalizací. Vývojový věk: 11 měsíců*
- *Stadium 6 – dítě se umí vytáhnout do stoje pomocí horních končetin, udrží se ve stoji. Je schopno se pohybovat pomocí horních končetin nejprve do strany. Jde o kvadrupedální lokomoci ve frontální rovině. V pozdější době tohoto lokomočního stadia nastupuje lokomoce v sagitální rovině s oporou. Důležité je, že tato lokomoce musí probíhat z vlastní motivace. Vývojový věk: 12.-13. měsíc*
- *Stadium 7 – dítě chodí nezávisle, samostatně, a to i mimo byt*
- *Stadium 8 – dítě vydrží stát na jedné noze 3 s. Toto musí být vyšetřováno ze stabilní stojné pozice. Objevuje se letová fáze kroku. Vývojový věk: 3 roky*
- *Stadium 9 – dítě vydrží stát na jedné noze více než 3 s a to na obou stranách. Vývojový věk: 4 roky“ (Kraus, 2005, s. 105-106)*

## **4.2 Novorozenecké období**

Omezení hybnosti lze pozorovat již v prvních měsících života. Reflexy charakteristické pro novorozenecké období jsou sníženy nebo úplně chybí. Sníženy jsou také reakce na podněty (Kábele, 1988). U novorozenců se nemění kvantita spontánní hybnosti, ale její kvalita. Využívají pouze všeobecné, nejčtetnější, komplexní pohyby, ty bývají chudé a křečovité synchronizované nebo naopak příliš rychlé a trhané (Kraus, 2005).

*„Prvním signálem dítěte po narození je křik, který se může objevit až za různé dlouhou dobu, je-li dítě křičeno, nebo může být velmi slabý. Varující je také absence sacího*

*nebo polykacího reflexu. V rozvoji hybnosti je patologickým projevem jak ochablost s minimálními pohyby končetin, případně s hlavou stočenou k jedné straně, tak nápadně nadměrná pohyblivost. Nejvýraznější rozdíly můžeme u dítěte pozorovat v poloze na bříšku, kdy dítě s poruchou hybnosti buď leží ochable, chybí „plazení“, nebo naopak zvedá hlavičku nápadně, až ji zaklání, současně však má končetiny natažené. Z této polohy se snaží převrátit na záda. Tento projev může být nesprávně chápán jako živost dítěte, ale příčinou je zvýšený svalový tonus, který brání normálnímu rozvoji hybnosti“ (Klenková, 2000, s. 34).*

U dětí, u kterých se v budoucnosti rozvine dyskineze nebo spasticita, pozorujeme nedostatek plynulých a elegantních všeobecných pohybů již od 1. týdne věku. U těchto dětí také chybí malé cirkulární a elegantní pohyby krku, trupu a končetin. Mírná diparetická a dyskinetická forma je však těžko definovatelná v takto raném věku. Novorozenci postižení dyskinetickou formou jsou většinou hypotoničtí. Taktéž hemiparézu můžeme jen vzácně diagnostikovat již u novorozence. Naopak akutní získaná hemiparéza se objevuje zpravidla v prvních třech týdnech. Projevuje se křečemi nebo bezvědomím a s maximem pseudochabé hemiparézy od počátku obtíží. U některých novorozenců s diparetickou formou DMO se již v tomto období vyskytuje hypotonie, apatie a problémy s výživou. U kvadraparetické formy DMO se vyskytují potíže s výživou a s kontrakturami (Kraus, 2005). Těžké kvadraparetické formy se vyznačují chyběním primárních reflexů – sací, polykací, otevření úst. Nápadné je také natažení dolních končetin, držení hlavy dozadu a ohnutí rukou. Spontánní hybnost je postižena hypertonií, která umožňuje pouze omezený repertoár pohybů po vzoru tonického šijového reflexu (Vítková, 2006).

### **4.3 Období kojenecké**

U postiženého kojence lze pozorovat krátkodobé nápadné zaklonění hlavy, které někdy doprovází nadzvednutý hrudník současně s prohnutím v bederní oblasti. Dítě nedokáže „pást hříbata“, neudrží hlavičku nad podložkou a neotáčí ji do stran. Ruce má buď natažené a sevřené v pěst nebo zapažené, nedokáže se na nich vzepřít. Koncem třetího měsíce se začíná projevovat charakter poruchy. Děti jsou buď ospalé, klidné až apatické, bez reakcí na podněty, s chudou hybností, chabým svalovým tonem nebo naopak neklidné,

vyznačují se také zvýšenou dráždivostí, mohou trpět i poruchou spánku. Netečnost dítěte může signalizovat mentální nebo smyslovou poruchu (Klenková, 2000).

Hemiparetická forma se začíná projevovat v období mezi 4. a 5. měsícem, kdy začneme pozorovat jednostranné pokusy o úchop. Dítě drží ruku v pěst, má ji ohnutou v lokti. Ještě mezi 4. a 6. měsícem přetrvávají asymetrické šíjové reflexy na hemiparetické straně, objevuje se predilekce hlavičky na zdravou stranu. Na postižené horní končetině přetrvává reflexní úchop, na dolní končetině předčasně vyhasíná (Kraus, 2005). Od 5. měsíce se dítě pokouší přes postiženou stranu převrátit do polohy na břicho. Pomáhá si při tom zdravou rukou, která provádí mocný otáčivý pohyb. Postižená ruka zůstává pokrčená pod bříškem, dítě se nevzpřimuje na loktech. Dítě se více opírá o zdravou polovinu těla, začíná se projevovat rozdíl ve vývoji zdravé a postižené strany těla. V 6 měsících dítě uchopuje nataženou zdravou rukou podávané předměty, tonus hemiparetické paže brání natažení proti gravitaci. Toto jednostranné uchopování bývá často nesprávně vykládáno jako předčasné praváctví nebo leváctví. Dítě se při plazení pohybuje asymetricky, zdravá paže je natažena vpřed a zdravá noha provádí plazivý pohyb, postiženou ruku dítě táhne pod tělem, noha zůstává natažená. Kvůli tomu dochází k chodidlové flexi. Hlava se stále přiklání ke zdravé straně. Aktivita, vnímání a vědomí spočívají na zdravé straně. U dětí s hemiparézou odpadá chození po čtyřech. Místo toho se děti podpírají pomocí zdravé ruky do sedu a pohybují se vpřed smýkavým pohybem (Vítková, 2006).

Při diparetické formě bývá v období prvních 6-12 měsíců latentní období. Poté následuje rozvoj hypotonie. *„Další je stadium „dystonie“, kdy se objevují mimovolní nepotlačitelné generalizované pohyby a difuzní zvýšení svalového tonu při jakékoliv změně polohy“* (Kraus, 2005, s. 77). Mezi 4.-6. měsícem se začíná opožďovat vývoj vzpřimování. Rozlišují se dvě formy: flekční s vývojovou úrovní novorozence a extenční s vývojem odpovídajícím 7.-9. měsíci. Přetrvává Moroův reflex, retroflexe hlavy, asymetrické tonické šíjové reflexy, na dolních končetinách vyhasíná předčasně reflexní úchop (Kraus, 2005). Pohybový vývoj dolních končetin zůstává na úrovni 4. měsíce vývoje zdravého dítěte. Kolem 6. měsíce se dítě pokouší převalovat tak, že tělo následuje hlavu a ramena. V tomto období lze již s jistotou zjistit, že se jedná o diparetický vývoj. Dítě si začíná sedat až



kolem 12 měsíců. Sed se vyznačuje zakloněnou hlavou a ohnutými zády s dorzální kyfózou (Vítková, 2006).

U kvadruparetické formy dominuje těžká retardace, mezi 4.-6. měsícem přetrvává nálezh novorozence s mikrocefalií. „*Jsou výrazně výbavné novorozenecké reflexy. Předčasně vyhasíná reflexní úchop na dolních končetinách. Na rukou je význačný tonický úchop*“ (Kraus, 2005, s. 79). Nález je zřetelnější na horních končetinách. Rozlišuje se typ hypertonický a hypotonický. Vyskytují se zde také poruchy oromotorických funkcí (Kraus, 2005). Dítě z polohy na bříšku nezvedne hlavu, držení hlavy je nesymetrické, ruce jsou nataženy dozadu podél těla, nohy a kyčle jsou ohnuté. Postavení zůstává jako v 1.-3. měsíci. Ve 3.-4. měsíci je již kvadruparetický vývoj patrný, dítě se nevzepře na předloktí. Pokud se vzpřímí z polohy na bříšku, prohýbá tělo dozadu a přepíná přímé zádové svaly (Vítková, 2006). „*Poloha na zádech je ovládána tonickým šijovým reflexem, přičemž zvláště asymetrický šijový reflex nutí hlavu do trvalého opistotonického natočení, zvláště když je hypertonie výraznější k jedné straně*“ (Vítková, 2006, s. 55).

U dyskinetické formy se příznaky zvýšení svalového tonu a abnormálních pohybů objevují až mezi 5.-10. měsícem. „*První projevy se podobají obrazu dystonického stadia u diparetické formy DMO a postihují především trup a dolní končetiny*“ (Kraus, 2005, s. 83). Prvním příznakem bývá dystonické nadměrné otevření úst a neschopnost výdrže v jedné poloze. Připojují se mimovolní pohyby končetin. „*Klidový svalový tonus je měnlivý, normální nebo lehce snížený. (...) Ve 2. polovině prvního roku se kromě dystonických atak objevuje akrálně na končetinách atetóza – dítě se pohybuje v šablonách ATŠR. Typická je výbavnost novorozeneckých reflexů: Babkinova, Galantova, chůzového reflexu či reflexních úchopů*“ (Kraus, 2005, s. 83).

Příznaky cerebelární formy jsou variabilní, nástup je plíživý. Přetrvává centrální hypotonický syndrom, porucha koordinace očních bulbů, dítě je apatické, opožděje se psychomotorický vývoj. Objevují se potíže při krmení, děti často zvrací. „*Při změně polohy dochází k extenzi a abdukci paží nebo předpažení se sepnutím rucek. Předčasně vyhasíná vzpěrný reflex. Střemhlavý reflex je opožděný a nedokonalý*“ (Kraus, 2005, s. 85).

„*Pro dítě s postižením pohybového aparátu (motoriky) existuje v uvedeném věkovém období dvojí nebezpečí:*

- *pro rozvoj poznávacích procesů, rozumových schopností – omezený a jednostranný přívod životně důležitých podnětů*
- *pro povahový vývoj – při nedostatečném přívodu podnětů zvenčí se dítě koncentruje příliš na sebe nebo se stává příliš „závislým“ na dospělých osobách“ (Milichovský, 2010, s. 23-24).*

U postiženého kojence můžeme sledovat retardaci motorického vývoje, odchylky svalového tonu. U dítěte je změněná aktivační úroveň, je odkázáno na přísun podnětů z okolí. Často absentují artikulační projevy, dítě má chudou mimiku a pantomimiku (Milichovský, 2010).

#### **4.4 Období batolecí**

Děti s diparézou se vzpřimují s oporou o předmět až do stoje. *„Nohy jsou addukované, rotované dovnitř v postavení na špičkách, později hmotnost těla tlačí nohy do pokrčení v kolenou, se zatížením na vnitřní straně kloubu přední části nohy. Natažení kyčlí chybí, protože vývoj dolních končetin skončil ještě před natažením kyčlí. Když pak chtějí děti samy chodit, musí vyrovnávat chybějící vzpřímení zakloněním trupu a ohnutím paží a hlavy.“ (Vítková, 2006, s. 52).* Děti dělají malé krůčky, chybí střídavé pohyby nohou a pohyby chodidla ze špičky na patu. Pažemi potřebují vyrovnávat vzpřímený stoj, nemohou jimi tedy pravidelně pohybovat (Vítková, 2006). Dítě chodí po špičkách, může se také stát, že při těžké formě vůbec chůze nedosáhne, protože nemá dostatečnou rovnováhu, má hypotonii trupového svalstva a kontraktury. Maximální postižení je na dolních končetinách, na horních končetinách se může objevit držení ruky ve flexi při chůzi (Kraus, 2005).

Při hemiparetické formě se děti snaží vytáhnout do stoje a vzpřímit se mezi 12.-18. měsícem. Dochází zde k poruchám koordinace, chůze proto nastává mezi 18. měsícem a třetím rokem věku dítěte. Flexivní hemiparéza se s růstem dítěte zhoršuje, při každém vzruchu, ať již negativním či pozitivním, se zvyšuje svalové napětí, což znesnadňuje vykonávání rychlých pohybů. Svalový tonus se zvyšuje jak u rukou, tak u celého těla, může docházet i k vedlejším pohybům, tyto pohyby pak narušují jemnou motoriku. Dítě začíná upřednostňovat místo ruky dominantní ruku funkčnější (Vítková, 2006). U mnohých dětí se nevyvine pinzetový úchop, převažuje postižení horní končetiny.

Hybnost tváře změněna nebývá. Bývá opožděný růst postižené poloviny těla (Kraus, 2005).

Když kvadruparetické dítě kolem 12. měsíce pasivně posadíme, neudrží aktivně hlavičku, při každém vnějším podnětu dochází v důsledku Moorovy reakce k odmrštění těla dozadu. Pokusy o otočení končí asymetrickým tonickým šíjovým reflexem, nelze aktivovat ohnutí hlavy nebo kyčle, aby se dítě mohlo otočit. Při hypertonii jsou znesnadněny všechny pohyby a otáčení do stran jak těla, tak hlavy. Možnost pohybu je velmi malá, dokud se dítě udrží v sedu jen ztěží, je narušena i jeho jemná motorika. K manipulaci s předměty dochází před hrudníkem, děti nemohou sledovat předmět očima. Uchopovací reflex vyhasíná kolem prvního roku, dítě však nedosáhne úchopu předmětů celou rukou. Preferuje určitý druh pinzetového úchopu, ruka zůstává vytočená směrem dolů a ven, je bez síly, není možný pevný stisk (Vítková, 2006).

U dyskinetické formy brání nedostatečná kontrola tonu trupu rozvoji stoje a chůze. Plně rozvinutý dyskinetický obraz se objevuje až mezi 1. a 3. rokem. *„Zvýrazňuje se atetóza na akrech horních i dolních končetin. Pro osovou instabilitu je chůze obtížná. Při emocích se dyskineze zvýrazňují. Mnohé děti jsou hypotrofické. Nemají časné fixní kontraktury (...) Jen malá část pacientů dosáhne schopnosti samostatné chůze“* (Kraus, 2005, s. 83). Při chůzi děti padají, nedokážou se zastavovat, stát vzpřímeně zvládnou s oporou (Kábele, 1988).

Manifestace cerebelární formy je zřejmá mezi 1. a 2. rokem. U dítěte převažuje *„hypotonie, ataxie trupu s poruchou koordinace, hypermetrie, intenční tremor, velká asynergie v balančních testech, typické lezení s rozšířenou bází, divergenci kolen, elevaci bérců nad podložku“* (Kraus, 2005, s. 85). Objevuje se porucha artikulace, reakce na zevní podněty se mohou vyskytovat ve formě dystonických atak. Ataxie končetin s dysmetrií a intenčním tremorem se také mohou objevit až mezi 2. a 3. rokem.

Porucha hybnosti omezuje schopnost samostatné lokomoce, to se projevuje i v oblasti stimulace a získávání nových zkušeností. Problémy v jemné motorice omezují rozvoj senzomotorické inteligence, sociálních i spontánních aktivit. Kvůli častému poškození motoriky mluvidel bývá dítě omezeno v kontaktu s jeho okolím, rozvíjejí se problémy s komunikací, což vede ke stagnaci rozvoje sociálních dovedností. Dítě s postižením hybného aparátu nemá možnost samostatného spontánního pohybu, omezuje

se oblast sebepoznání. Postižení jej udržuje v pasivitě a závislosti na jiné osobě. Většinou se tedy v tomto věku neobjevuje období negativismu jako známka osamostatňování a rozvoje vlastní identity jako u zdravých dětí (Klenková, 2000). Toto stadium je posunuto do pozdějšího věku, souvisí s rozvojem vlastního já (Milichovský, 2010).

#### 4.5 Předškolní věk

U diparetické formy chybí „*pro jistou chůzi flexibilita a vnitřní rotace mezi rameny a kyčlemi, ke které dochází v normálním případě v páteři*“ (Vítková, 2006, s. 52). Motorika těla zůstává ochablá, je omezena pouze na několik pohybů. Při včasném zahájení terapie se dítě naučí s určitým časovým opožděním statomotorickým vzpřimovacím fázím, jeho postižení tedy později nemusí být vůbec nápadné.

Děti s hemiparetickým vývojem se pohybují a cítí jednostranně. Často kreslí postavy jen s jednou rukou nebo jsou končetiny na jedné straně viditelně menší. „*U dětí s asymetrickým pohybovým chováním je postranní obraz vnímání těla a motorického vývoje posunutý. Posouvá se též obraz vnímání jinak konstantního středu těla, které je každému člověku dáno a které mu poskytuje jistotu*“ (Vítková, 2006, s. 54). Proto se děti těžko otáčí, uklání a často ztrácí rovnováhu. Stejná porucha je i v oblasti grafomotoriky. Narušeno je také vnímání polohy v prostoru zrakem.

U kvadraparetické formy je narušena schopnost verbální komunikace. „*Vnímání zůstává stejně jako motorika, nezpracované, velmi málo diferencované. Vzhledem ke snížené schopnosti spontánního pohybu chybí už od kojeneckého věku dostatečná vestibulární stimulace (...). Následkem je stále větší strach z pohybu a z prostoru. Uvědomění si vlastního těla a hlavy je omezeno jen na oblast hlavy a rukou*“ (Vítková, 2006, s. 57).

Děti s cerebelární formou DMO začínají chodit s četnými pády mezi 3. a 4. rokem věku. Pády jsou bez pokusů o vyrovnání nebo o obrannou reakci. Mají problémy s kontrolou posturálního tonu a rovnováhy ve stoji (Kraus, 2005).

U pohybově postižených dětí bývá hlavní překážkou adekvátního vývoje podnětová a zkušenostní deprivace. Na základě nedostatku podnětů způsobených malou pohyblivostí dítěte, bývají často sníženy rozumové schopnosti. Ty bývají sníženy i v důsledku mentálního postižení (Klenková, 2000). Z hlediska omezení hybnosti bývá snížené

i společenské uplatnění dítěte. Děti si začínají uvědomovat své postižení, protože pro ně musí být vytvořeny zvláštní podmínky výchovy. Dochází-li k dlouhodobému znemožnění možnosti uplatňování společenského postavení, může být dítě frustrováno (Milichovský 2010).

#### 4.6 Školní věk

Při hemiparetické formě je postižena horní i dolní končetina na stejné straně těla. Zpravidla bývá větší postižení horní končetiny. Ohnutí paže v lokti, spasticita, sevřené prsty a palec přitažený do dlaně činí problémy ve správném uchopení psacího náčiní (Kábele, 1988). Dítě má problémy s pravolevou orientací, zaměňuje zrcadlově písmena, objevuje se i deficit ve vnímání prostorových vztahů, množství a velikosti předmětů, což se může negativně odrazit v matematice (Vítková, 2006).

Při diparetické formě se objevují spastické obrny zpravidla dolních končetin. Pokud se objeví obrna všech čtyř končetin, větší postižení je vždy na končetinách dolních. Naučili se dítě chodit, během života se chůze zhoršuje (Kábele, 1988). Lehčí postižení horních končetin komplikuje používání ortopedických pomůcek. „*Výchova a vzdělávání těchto dětí by měly být srovnatelné se zdravými dětmi, pouze s přihlédnutím k sociální a psychické charakteristice nemoci*“ (Milichovský, 2010, s. 34).

Kvadruparetická forma DMO se projevuje spastickou obrnou všech čtyř končetin, kdy je větší postižení buď dolních nebo horních končetin, zahrnuje i poškození intelektu (Kábele, 1988). Pro dítě je při učení důležité, aby věci poznávalo rukama, ústy, pomocí všech smyslů. Dítě je odkázáno na dodávání podnětů zvenčí, jeho zkušenosti jsou omezeny pouze na distanční smysly, kterými jsou sluch a zrak. Ze svých zkušeností vyvozují málo závěrů, vnímání se děje bez následného učení. Verbální intelektový vývoj bývá vyšší než praktická inteligence. U dítěte chybí pokrok v pohybu a flexibilita myšlenkových procesů. Je odkázáno na zaběhnutý sled dějů, není připraveno na změny, uzavírá se před novými zkušenostmi. Díky tomu nám může připadat málo zvědavé (Vítková, 2006).

Při dyskinetické formě děti nejsou schopny provádět koordinované pohyby. To jim výrazně ztěžuje chůzi, pracovní výkon i řeč. Každý pokus o volní pohyb je rušen nepotlačitelnými mimovolnými pohyby. Čím více se dítě snaží, tím jsou nepotlačitelné pohyby silnější (Kábele, 1988). Mentální schopnosti bývají většinou v normě. Objevují se

poruchy jemné motoriky, zejména psaní (Kraus, 2005). To v některých případech není ani možné nacvičit. Potíže bývají i v oblasti řeči, které jsou způsobené nedostatečnou koordinací dýchacích svalů a mluvidel (Milichovský, 2010).

Děti s cerebelární formou DMO a lézí mozkových hemisfér začínají chodit až po 6. roce věku. U mnohých se objevuje těžká retardace nebo autistické rysy (Kraus, 2005).

Se vstupem do školy převládají pohybové hry, děti s poruchou hybnosti bývají z těchto her většinou vylučovány, hůře se sžívají s kolektivem, mají problémy v navazování nových kontaktů, protože mají omezenou účast na životě dětského kolektivu a všeho, co s sebou toto soužití přináší. V důsledku toho se začínají více objevovat například kázeňské přestupky nebo citová otupělost (Milichovský, 2010). Setkáváme se také s poruchami pozornosti, paměti, slabou koncentrací a snadnou a brzkou unavitelností dítěte. Často bývá poškozeno i zrakové a sluchové vnímání, děti zaostávají v myšlenkových operacích, špatně rozeznávají tvary a různé vlastnosti předmětů. Citové prožívání bývá infantilní, citové reakce neadekvátní situaci. Při určování školní zralosti se musí dbát na opožděný vývoj CNS (Klenková, 2000).

## 5 Odchytky řečového vývoje tělesně postižených dětí

Kábele (1988) uvádí, že při dětské mozkové obrně jsou oblasti dýchacího, fonačního, rezonančního a artikulačního ústrojí postiženy poruchami hybnosti, které se mohou kombinovat a mohou být různého druhu a charakteru. To se projevuje v plynulosti, znělosti, výšce, síle a barvě hlasu, v rytmu řeči a správnosti artikulace. Při současném snížení intelektu se objevují také problémy v oblasti analyticko-syntetické činnosti (rozlišování jednotlivých hlásek, skládání hlásek do slov a slov do vět). V případě mentální retardace se vyskytují také nedostatky v obsahové stránce řeči, snížená schopnost vnímání, pamatování, osvojování a reprodukce mluvního projevu.

*„Obsahová stránka myšlení a řeči je ochuzena následkem omezené možnosti pohybu, a tím i poznávání širšího prostředí, výrazová (formální) stránka je porušována trvale zvýšenou spastickou a opakovaně se vyskytujícími nepotlačitelnými mimovolními pohyby“* (Kábele, 1988, s. 59). Při rozvoji řeči se snažíme o dosažení srozumitelného a společensky přijatelného vyjadřování.

Při dyskinetických formách bývá narušeno tempo řeči, melodie, síla a přízvuk. V důsledku nepotlačitelných mimovolních pohybů jazyka, rtů a dolní čelisti vznikají poruchy artikulace, kdy největší potíže činí hlásky, u kterých je nutné zaokrouhlení nebo sevření rtů nebo rychlý pohyb jazyka.

U kvadruparetických forem je vývoj řeči ztížen chybějícím retním uzávěrem, který znesnadňuje výslovnost retných hlásek, nepohyblivým jazykem, což znesnadňuje vokalizaci. Držení hlavy dozadu narušuje výdechový proud potřebný k mluvení. Chudá mimika nemůže podpořit verbální komunikaci (Vítková, 2006). Objevují se potíže při artikulaci zubních hlásek, protože jazyk je v klidové poloze plochý a odsunutý od zubů. Rty jsou protažené v tenkou linii se svěšenými koutky, není tedy možné je našpulit při vyslovování hlásek o, u, uo (Kábele, 1988).

### 5.1 Dýchání

Při spastických formách DMO je dýchání křečovitě a mělké, vydechovaný vzduch nestačí k vytváření dostatečně znělé řeči. Při dyskinetických formách je dýchání neuspořádané, nepravidelné. V důsledku nepotlačitelných mimovolních projevů se střídá

spastické zadržení dechu a prudké nekoordinované vydechnutí. Kapacita krátkých a prudkých výdechů je malá, nedostačuje tedy také k vytváření dostatečně znělé řeči. U hypotonické formy DMO je celková kapacita dýchání malá a nedostačující. Rytmus řeči může být někdy nepravidelný, je narušován náhlými šubavými pohyby (Kábele, 1988).

## 5.2 Fonace

Postižena bývá i fonace, hlas je často změněný, může být afonický, dysfonický, tlačенý či nadměrně hlasitý a těžko ovladatelný. Chybí zvučnost a melodie. Děti s DMO většinou nemají zpěvný hlas, nemohou tedy zpívat. Zvuk hlasu může být měněn i extrapyramidovým huhňáním, hypostézie hrtanové a hltanové sliznice způsobují zvuk zahleněného hlasu. U hemiplegické formy bývá opoždění nebo omezení vývoje. Srozumitelnost řeči narušují i hrdelní spasmy, které vznikají během řeči (Kábele, 1988).

## 5.3 Artikulace

Artikulace bývá následkem poškození hybných funkcí svalstva všech artikulačních orgánů nesprávná u většiny hlásek. U hemiparetické formy se vyskytuje opožděný a omezený vývoj řeči, patlavost, huhňavost a agramatismus. U diparetické formy DMO je výraznější opoždění, objevuje se zpomalené tempo řeči, zpomalená a rozmazaná artikulace a vyrážení jednotlivých slabik (Kábele, 1988).

## 5.4 Dělení řečových poruch u tělesného postižení

B. Wellmitz dělí specifika řečových poruch daná tělesným postižením na tři skupiny:

- *„Symptomatické poruchy řeči – poruchy řeči, které vznikají jako symptom tělesného postižení, tzn. že je postižena nejen hrubá motorika, ale také motorika řeči (např. dysartrie, popř. anartrie).*
- *Poruchy řeči, které vznikají v důsledku nepřímého působení tělesného poškození, tzn. že motoricky podmíněný deficit zkušeností může postihnout také řeč (např. poruchy porozumění řeči a aktivní slovní zásoby apod.).*



- *Poruchy řeči, které vznikají v důsledku sociálních podmínek tělesně postiženého dítěte, tzn., že je zvláště postižena sociálně komunikační oblast“* (Klenková, 2000, s. 46).

Lechta ve svých pracích používá termín symptomatické poruchy řeči.

Lesný (1972) rozeznává:

- Poruchy mechanické – poruchy mechanismu vlastního efektoru mluvidel. Jsou to rozštěpy patra, rtů, poruchy vývoje zubů, anomálie čelisti, velká kazivost zubů.
- Inervační poruchy - prvotní inervační poruchy vedou k paréze artikulačního svalstva. Mezi ně řadíme bulbární syndrom, který se vyskytuje u diparetické formy, a syndrom pseudobulbární, který bývá nejčastější příčinou dysartrie u spastických forem DMO a u formy hypotonické. Druhotné dysartrie jsou způsobeny inkoordinací řeči. Jedná se o skandovanou cerebelární řeč a poruchu řeči při dyskinetické formě DMO, zejména atetóze.
- Druhosignální poruchy řeči – jsou to pravé dysfázie, které se nejčastěji vyskytují u hemiparetické formy DMO
  - Typ dyslalický, též vývojová dysfázie slovní – narušena tvorba slov, dítě nevysloví některé obtížnější souhlásky, ale vyslovování samohlásek narušeno není, řeč je na úrovni dvouletého dítěte, které se učí mluvit
  - Typ telegramatické řeči, též vývojová dysfázie větná – problémy s tvořením vět, se skloňováním, časováním a gramatikou, řeč je omezena na jednoduché, holé věty, řeč zůstává na úrovni tříletého dítěte
  - Vývojová amnestická (pojmová) dysfázie – ztíženo je zaznamenávání slov do kinestetické paměti a jejich vybavování, děti nemohou rozšiřovat svojí slovní zásobu, řeč tak zůstává na úrovni 4-5letého dítěte

- Poruchy sekundární – vznikají na podkladě mentální retardace, poruch sluchu, řeč se u dětí vůbec nevyvine nebo je nesrozumitelná, objevuje se zde tzv. ideoglosie – dítě si vytváří vlastní řeč, která ale nemá souvislost s řečí dospělých

## 5.5 Jazykové roviny ve vývoji řeči tělesně postižených

Lexikálně-sémantická rovina je také ovlivněna omezenými pohybovými možnostmi a s nimi souvisejícími omezenými možnostmi aktivního získávání poznatků o okolním prostředí. Dítě nemůže samostatně uchopovat a prohlížet si předměty a tak se s nimi seznamovat. V případech, kdy dítě nemůže zapojovat všechny smysly, je nepřesná tvorba pojmu a vzniká verbalismus – dítě vytváří pojmy nepřesně, zná je pouze z obrázků, a když je používá, často jim ani nerozumí. Poměrně úspěšně se vyvíjí pasivní slovní zásoba, která ale při těžké dysartrii začíná od 4. roku věku stagnovat (Lechta, 2002).

Vývoj foneticko-fonologické roviny je ovlivňován spasticitou nebo nepotlačitelnými pohyby jazyka, rtů a dolní čelisti, které zabraňují správnému tvoření hlásek. Bývá narušena schopnost automatizace řeči a vytváření mluvního celku. Dítě zvládne artikulaci samostatných písmen, slabik či slov, ale nedokáže je spojovat do vět. To se nejčastěji objevuje u spastických a dyskinetických forem DMO (Klenková, 2000).

*„Dostatečně se nevyvíjí ani fonemická diferenciacie. Porušením hybnosti dítě nemůže reagovat na slyšené zvuky např. otočením hlavy, proto obtížně vytváří asociace zvuku a jeho zdroje, což se projeví i ve fonemické diferenciaci“* (Klenková, 2000, s. 45).

Opožďuje se i vývoj morfologicko-syntaktické roviny, řeč spastických forem DMO dlouho zůstává při zvýšené spasticitě mluvních orgánů na úrovni jednoslovných vět. Tato rovina je nejvíce postižená u dětí, u kterých se k DMO přidružuje ještě mentální retardace (Lechta, 2002).

Z hlediska pragmatické roviny dochází v důsledku omezené motoriky a především oromotoriky ke ztížené možnosti až neschopnosti realizace komunikačního záměru. Komunikační bariéra vzniká aktuálně v dané situaci a má sekundární negativní dopad na rodinné vztahy, nejvíce na vztah matka-dítě, protože nedochází ke zpětné vazbě (Lechta, 2002).

## 5.6 Poruchy polykání

U dětí s DMO bývá často narušeno polykání v důsledku narušení polykacího reflexu. Vyskytuje se i s tímto související nadměrná salivace. U dětí se objevuje většinou nesprávný nebo nevytvořený ústní uzávěr. Děti nedokáží udržet spojené rty a zuby, jazyk a sliny se tak posouvají dopředu. Nadměrná salivace může mít i příčinu v tom, že těžce postižené dítě neudrží při sezení hlavu ve správné poloze, ústa jsou proto otevřená, jazyk je vystrčený ven a sliny tak vytékají z úst. Některé děti naopak nejsou zvyklé na zavřená ústa, polykací reflex se tak nemůže normálně vyvinout. Příčinou může být i takzvané tlačení jazyka = jazyk v klidové poloze tlačí na přední zuby nebo má svoji klidovou polohu mezi zuby. U dětí s atetózou a se spastickými formami bývá zkřížený skus, není možné dosáhnout normálního postavení zubů, což slinění ještě umocňuje (Klenková, 2000).

## 5.7 Vývoj řeči a problémy v raném věku

Odchytky ve vývoji řeči dětí s DMO můžeme sledovat už v období kojeneckém, kdy se projevují problémy při dýchání a sání. Pláč je slabý, dítě si zřídka brouká. Také chybí hra s mluidly, s končetinami a pudové žvatláni, které se objevuje až koncem prvního roku. První slova se začínají objevovat až kolem dvou let (Klenková, 2000). Některé orální reflexy zaostávají, jiné jsou naopak ještě výbavnější a přetrvávají déle, než je obvyklé (Kraus, 2005). Nezralé reflexy komplikují krmení dítěte. Asymetrický tonický krční reflex způsobuje potíže při držení hlavy zpříma a spínání rukou ve střední linii, Moorův reflex se projevuje šklubnutím celého těla při náhlém dotyku (Klenková, 2000). Nápadné znaky orálního vývoje dětí s DMO, které uvádí Gundermann (in Klenková, 2006, s. 188-189): „*zaostávání orálních reflexů, hypersenzibilita nebo hyposenzibilita v ústní oblasti, neschopnost realizovat při pití rytmické, sací a polykací pohyby, těžké narušení polykacích pohybů, narušená koordinace čelisti, rtů a jazyka při žvýkání a polykání, nápadná tvorba hlasu při vitálních funkcích, např. při křičení, pláči, smíchu – abnormálně vysoký a ostrý hlas nebo jen „fňukání“ bez patřičné síly.*“

„*Objevují se problémy s příjmem a zpracováním potravy – žvýkáním, polykáním, koordinací pohybů čelisti, rtů a jazyka. Začínají se vyvíjet nesprávné, abnormální pohybové vzory v orofaciální oblasti. Jejich dlouhodobým užíváním si je dítě plně zautomatizuje a fixuje.*“ (Kraus, 2005, s. 243).

Vývoj řeči dětí s DMO bývá celkově omezený nebo opožděný, děti začínají mluvit později než děti intaktní. Pojmotvorný proces je chudší důsledkem omezené možnosti pohybu a senzomotorického učení. Některé poznatky děti proto získávají jinou cestou nebo je mají pouze zprostředkované (Kraus, 2005).

## 5.8 Nejčastější poruchy řeči vyskytující se u dětí s DMO

Obvykle je uváděno, že téměř čtvrtina dětí s DMO má vývojovou dysartrii a to od lehkých poruch řeči až k úplné neschopnosti motoricky realizovat řeč (Kraus, 2005). Dále se můžeme setkat s anartrií, omezeným nebo opožděným vývojem řeči, koktavostí, huhňavostí, mutismem, dyslalií, agramatismem či palatolalií (Klenková, 2000).

### 5.8.1 Dysartrie

*„Za dysartrii považujeme poruchy motorické realizace řeči různého rozsahu, které vznikají na základě organického postižení CNS. Při dysartrii dochází k různě závažnému postižení respirace (dýchání), fonace (tvorba hlasu), rezonance (ozvučení v dutinách), prozodie (modulační faktory řeči – přízvuk, intonace, tempo, pauzy, hlasitost) a artikulace (výslovnost). Přidružené často bývají poruchy žvýkání a polykání, tedy dysfagie. (...) Patrná bývá porucha motoriky mluvidel, která je příčinou různě těžké poruchy artikulace. Jednotlivé hlásky jsou utvářeny s obtížemi v důsledku spasticky, mimovolních pohybů orofaciálního svalstva nebo hypotonie“ (Kraus, 2005, s. 243-244).*

Vývojová dysartrie se nejčastěji objevuje u atetoiků a spastických forem DMO, nejčastěji u kvadruplegie, Kraus (2005) rozděluje vývojovou dysartrii na typy:

- Spastická dysartrie (pyramidová) – provází spastické formy DMO. Dýchání je mělké a rychlé, doprovázené častými nádechy uprostřed slov a vět. Zvýšený tonus svalstva hrudníku a břicha může snižovat hloubku nádechu. Hlas je tvořený se zvýšenou námahou, tlačенý, bývá tichý, výše posazený. Při započetí mluvení se objevují tvrdé hlasové začátky. Omezená pohyblivost orofaciálního svalstva ovlivňuje artikulaci, v důsledku toho je narušena výslovnost hlásek, zvláště pak souhlásek. Tempo řeči je pomalé, protože jsou artikulační pohyby křečovitě, hlásky mohou splývat. Řeč je

těžkopádná, nerytmická, monotónní, pomalá, rušená častým frázováním. Může se objevit i zvýšená nosovost.

- Atetoidní dysartrie (extrapyramidová) – provází dyskinetické formy DMO. Dýchání je mělké, neuspořádané, rušené nekontrolovatelnými pohyby. Při nádechu dochází ke stažení hrudníku. Typické jsou tvrdé hlasové počátky, nestabilní hlas s proměnlivou silou a výškou. Nekontrolovatelné pohyby ruší i artikulaci, která je nezřetelná a neuspořádaná. Charakteristické jsou žmoulavé pohyby jazyka. Dostatečný rozsah pohybu mluvidel ovlivňují spazmy, některé hlásky jsou vyráženy, jiné zní naopak velmi slabě. Děti často vynechávají hlásky nebo celé slabiky, často na jeden nádech dokáží vyslovit pouze jednu slabiku. Řeč je pomalá, explozivní, kolísá rytmus a tempo, může se objevit i zvýšená nosovost.
- Ataktická dysartrie (cerebelární) – dýchání je mělké, vydechovaný proud bývá nepravidelný a silný. Hlas je v důsledku toho monotónní s proměnlivou silou, často definován jako mečivý. Tempo řeči je pomalé, artikulace je nepravidelně nepřesná, probíhá s přílišným důrazem, hlásky, slabiky, ale i slova tak mohou splývat. Dochází k protahování hlásek a prodlužování pauz. Řeč je pomalá, nerytmická s častými pauzami.
- Kortikální dysartrie (korová) – Řeč je skandovaná, tvořená těžkopádně, spastická. Dítě není schopno vyslovovat bez chyb víceslabičná, složitější slova, slovní spojení nebo delší věty.
- Smíšená dysartrie – vzniká kombinací předchozích typů vývojové dysartrie.

Klenková (2006) a Kraus (1988) uvádějí ještě:

- Dysartrie bulbární – porucha typu chabé částečné či úplné, jednostranné nebo oboustranné obrny. Porušena je výslovnost hlásek, které potřebují přesnou koordinaci artikulačního ústrojí a zvýšené svalové napětí. Hlas bývá dysfonický až afonický, objevuje se i otevřená huhňavost.

### 5.8.2 Anartrie

*„Jde o celkovou úplnou neschopnost artikulovat, a tedy verbálně komunikovat. Anartrie bývá často spjata s neschopností tvořit hlas, afonií. (...) ...závažnější postižení orofaciální motoriky v důsledku léze CNS“ (Kraus, 2005, s. 243). Anartrie je nejtěžším stupněm dysartrie, dítě může vyslovovat pouze stejné hrdelní neartikulované zvuky (Vítková, 2006).*

### 5.8.3 Opožděný a omezený vývoj řeči

Objevuje se jako příznak jiných vývojových poruch, je nazýván symptomatickou poruchou řeči (Klenková, 2006).

Důležitý je dosavadní vývoj dítěte, průběh těhotenství, nemoci matky, průběh porodu, těžké nemoci v novorozeneckém a kojeneckém období až do jednoho roku věku, výskyt opožděného vývoje řeči a mentální retardace v rodině, stav sluchu a rozumových schopností (Kábele, 1988).

Příčinou opožděného vývoje řeči může být dědičnost, opožděný vývoj CNS, nepodnětné prostředí, kdy se rodiče dítěti dostatečně nevěnují, s tím souvisí i nevhodný výchovný styl a výchovné metody. Při odborném lékařském vyšetření je nutné vyloučit poruchu zraku, sluchu, intelektu a vady mluvních orgánů (Kutálková, 2002)

Omezený nebo opožděný vývoj řeči může vést až k úplné nemluvnosti (Klenková, 2006).

### 5.8.4 Kocktavost

*„Kocktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení“ (Lechta in Klenková, 2006, s. 154).*

Kocktavost nemusí být někdy při spasticitě a nepotlačitelných mimovolních pohybech zřetelně rozpoznatelná. Zjišťuje se celkové chování, projevy a případné konflikty dítěte ve školním i domácím prostředí, mluvní vzor, výchovný styl, stres, emoční

přetížení, strach dítěte. Koktavost může vzniknout i na bázi neurologického nálezu. (Klenková, 2006; Kutálková, Bubeníčková, 2001).

### **5.8.5 Palatolalie**

Huhňavost postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci. „*Vlivem získaných poškození velofaryngeálního závěrového mechanismu nebo vrozenými orgánovými poruchami v orofaryngeální oblasti může dojít ke znatelnému narušení rovnováhy ústní a nosní rezonance*“ (Klenková, 2006, s. 130). Příčinou jsou tedy různé rozštěpové vady, které vznikají v prvních fázích těhotenství v důsledku chromozomálních aberací, špatné výživy matky nebo její intoxikace. Jsou to orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového závěru. Mohou se projevovat dislokací, defektem i chyběním měkkých kostních částí tkání, tyto změny pak působí jedinci funkční i estetické problémy. Nosohltan a dutina nosní se na rezonanci podílejí buď příliš hodně, nebo příliš málo. Dítě má narušené sání, dýchá povrchně ústy, hrudník se utváří nesprávně, dochází k poruchám příjmu potravy, potížím se žvýkáním a polykáním, rozštěpy ovlivňují i vývoj sluchu. Je narušen i velofaryngeální mechanismus. V důsledku změn rezonance a artikulace bývá narušena srozumitelnost řeči. Dítě vytváří náhradní zvuky, protože nedokáže vytvořit potřebný tlak vzduchu ve správném místě artikulace, přenáší artikulační místa směrem dozadu. Při artikulaci dochází v nosní dutině ke vzniku slyšitelných přídatných šelestů. Otevřená huhňavost se vyskytuje při pyramidové a bulbární formě v důsledku snížené nebo žádné pohyblivosti těla (Kutálková, Palodová, 2007; Klenková, 2006).

### **5.8.6 Mutismus**

„*Mutismus znamená oněmění, jedná se o nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému*“ (Klenková, 2006, s. 92). Vznik mohou podmiňovat některé osobní vlastnosti, například zvýšená zlostnost nebo přehnaná stydlivost, obavy z cizích lidí a z kontaktu s nimi. Nejedná se o poruchu řeči, ale o její používání. Vzniká na podkladě emočně podmíněné selektivní zábrany používat řeč v určitých situacích, blízkosti určitých osob. Někdy bývá nahrazena neverbální komunikací (Klenková, 2006).

### 5.8.7 Dyslalie

*„Dyslalie je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem. Na fonetické úrovni se porucha řeči projevuje vynecháváním hlásek – delecí, zaměňováním nebo nahrazováním – substitucí, až nepřesným vyslovováním – distorzí“* (Klenková, 2006, s. 99). Z hlediska fonologické úrovně se projevuje v plynulé řeči, když jsou hlásky ovlivňovány předchozími nebo následujícími hláskami, přízvukem, pauzami, melodií a rytmem. U dyslalie funkční rozeznáváme typ motorický, kdy je porucha řeči způsobena neobratností mluvidel, a typ senzorický, kdy dochází k nesprávnému vnímání a diferenciaci zvuků. Organická dyslalie může být následkem porušení sluchových drah a centrální nervové soustavy nebo je způsobena nedostatky a změnami na mluvních orgánech. Příčinou může být mluvní vzor, nedostatek podnětů, nevhodný výchovný styl, dále je nutné vyloučit také vady nebo poruchy sluchu a zraku (Kutálková, Palodová, Půstová, Stryková, Svobodová, 1999; Klenková, 2006).

### 5.8.8 Agramatismus

Agramatismus se vyznačuje neschopností tvořit správné mluvnické tvary, dítě má tedy problémy se skloňováním a časováním, obtížně řadí slova do vět. Dítě užívá pouze plnovýznamová slova izolovaně nebo ve větách chybí předložky, spojky či pomocná slovesa.



## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 Cíle a hypotézy

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila tyto cíle a hypotézy:

### 1) Cíl:

Zjistit, zda ovlivňuje DMO přijetí do školského zařízení a odkud případné problémy spojené s přijetím pramení.

H<sub>1</sub>: Domnívám se, že nadpoloviční většina dětí s DMO z důvodu svého postižení nastupuje později do mateřské školy než děti intaktní.

H<sub>2</sub>: Domnívám se, že nadpoloviční většina dětí s DMO má odklad školní docházky založený na podkladě symptomatických poruch řeči s DMO souvisejících nebo na základě psychomotorické nezralosti dítěte (v porovnání s věkem nástupu do ZŠ u intaktních dětí).

H<sub>3</sub>: Myslím si, že rodiče dětí s DMO mají v nadpoloviční většině případů při zařazování dítěte do školského zařízení určité problémy, které mohou souviset s neochotou školy nebo mohou vycházet ze snížené či pomalejší adaptace dítěte na nové prostředí a zátěži spojenou s nástupem do školského zařízení.

### 2) Cíl:

Zjistit, zda ovlivňují symptomatické poruchy řeči při DMO školní výkon dítěte.

H<sub>1</sub>: Domnívám se, že nadpoloviční většina dětí se symptomatickými poruchami řeči při DMO má problémy při výuce některých předmětů, zejména potom při výuce českého jazyka.

### 3) Cíl:

Zjistit, jak rodiče nahlízejí na možnost budoucího povolání a zaměstnání svého dítěte s DMO.

H<sub>1</sub>: Myslím si, že nadpoloviční většina rodičů dětí s DMO počítá s dalším vzděláváním svých dětí po dokončení povinné školní docházky a má již dopředu alespoň rámcově promyšlený obor, ve kterém by se mohlo jeho dítě pracovně uplatnit.

H<sub>2</sub>: Domnívám se, že nadpoloviční většina rodičů dětí s DMO předpokládá v budoucnosti obtížnější možnosti pracovního uplatnění svého dítěte.

## **7 Metodika práce**

### **7.1 Metoda průzkumu**

Ve svém průzkumu jsem použila kvantitativní metodu sběru dat, který počítá se zahrnutím velké cílové skupiny respondentů.

Pro zjištění požadovaných informací jsem využila dotazník, který byl určený pro rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou. Zde jsem shledala jako nevýhodu obtížnost získávání příslušných respondentů.

Cílem dotazníku bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje dětská mozková obrna a s ní spojené symptomatické poruchy řeči přijetí dítěte do školského zařízení, jeho školní výkon a možnost budoucího zaměstnání.

Dotazník (viz příloha 1) obsahuje 17 otázek. Úvod dotazníku tvoří oslovení respondentů, představení osoby provádějící průzkum, téma průzkumného šetření, uvedení do kontextu problematiky a informace o zajištění anonymity respondentů. První otázka vede ke zjištění základní informace o respondentovi, následující 2 otázky zjišťují základní informace o druhu postižení dítěte a jeho věku, zbylých 14 otázek se zaměřuje na ověření stanovených hypotéz.

#### **7.1.1 Druhy otázek v dotazníku**

Uzavřené dichotomické – otázky číslo 1, 8, 11, 13, 16

Otevřené, volné – otázky číslo 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 17

### **7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Jako cílovou skupinu respondentů pro vyplnění dotazníků jsem zvolila rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou. Zaměřila jsem se na děti, které již navštěvují nějaké školské zařízení, tedy mateřskou nebo základní školu, do věku ukončení povinné školní docházky. Zkoumaný vzorek je tedy z hlediska věku dětí poměrně rozmanitý.

Celkem jsem rozdala a prostřednictvím internetu rozeslala 60 dotazníků, návratnost byla 30 vyplněných dotazníků, tedy 50%.

Dotazníky byly distribuovány v Jedličkově ústavu a školách v Praze, kde jsem rozdala 17 kusů dotazníků, návratnost byla 8 vyplněných dotazníků, tedy 47%. Dále jsem dotazníky rozdala v Centru Kaňka o. s. v Táboře v počtu 7 kusů, kde byla návratnost 4 vyplněné dotazníky, tedy 57% a v MŠ a ZŠ ČSA 925 v Táboře, kde jsem rozdala 2 dotazníky s návratností 100%, tedy dvou vyplněných dotazníků.

Prostřednictvím internetu jsem po předchozí osobní domluvě rozeslala dotazníky klientům Sdružení pro alternativní a augmentativní komunikaci v počtu 19 kusů a dále jsem dostala zpětnou informaci o kontaktování dalších 15 rodičů prostřednictvím respondentů SAAK. Návratnost zde byla 16 vyplněných dotazníků, návratnost tedy tvoří 47%.

Všechna zařízení jsem kontaktovala nejprve prostřednictvím internetu, načež jsem byla po domluvě data a času dotazníky osobně rozdat rodičům. Respondenti dotazníky bohužel nevyplňovali na místě, ale brali si je domů, čemuž připisují i menší návratnost. Ačkoliv žádný z respondentů neodmítl účast na průzkumném šetření předem, návratnost dotazníků byla ve výsledku nižší, než jsem předpokládala.

### **7.3 Organizace šetření a zpracování získaných dat**

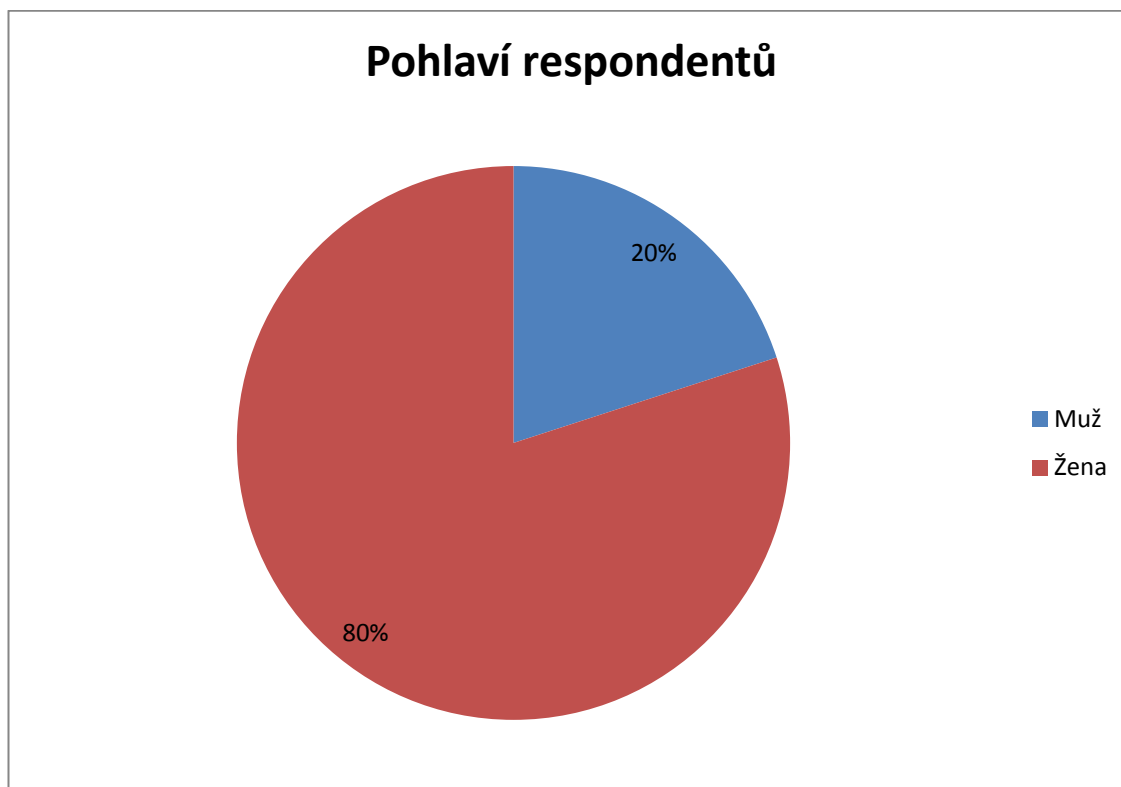
Samotnému šetření předcházelo sestavení dotazníku a jeho položek tak, aby se týkaly zjišťovaných cílů a hypotéz. Vedoucí práce mi doporučila rozdat 60 dotazníků s 50% návratností, což se mi podařilo. Samotné dotazníkové šetření probíhalo ve všech výše jmenovaných zařízeních v termínu od 4. 1. 2012 do 5. 3. 2012.

Ze získaných dat byly sestaveny pracovní tabulky četností. Následně byly sečteny četnosti a vytvořeny grafy s využitím programu Microsoft Word.

## 8 Výsledky průzkumného šetření

Otázka č. 1

Jste:

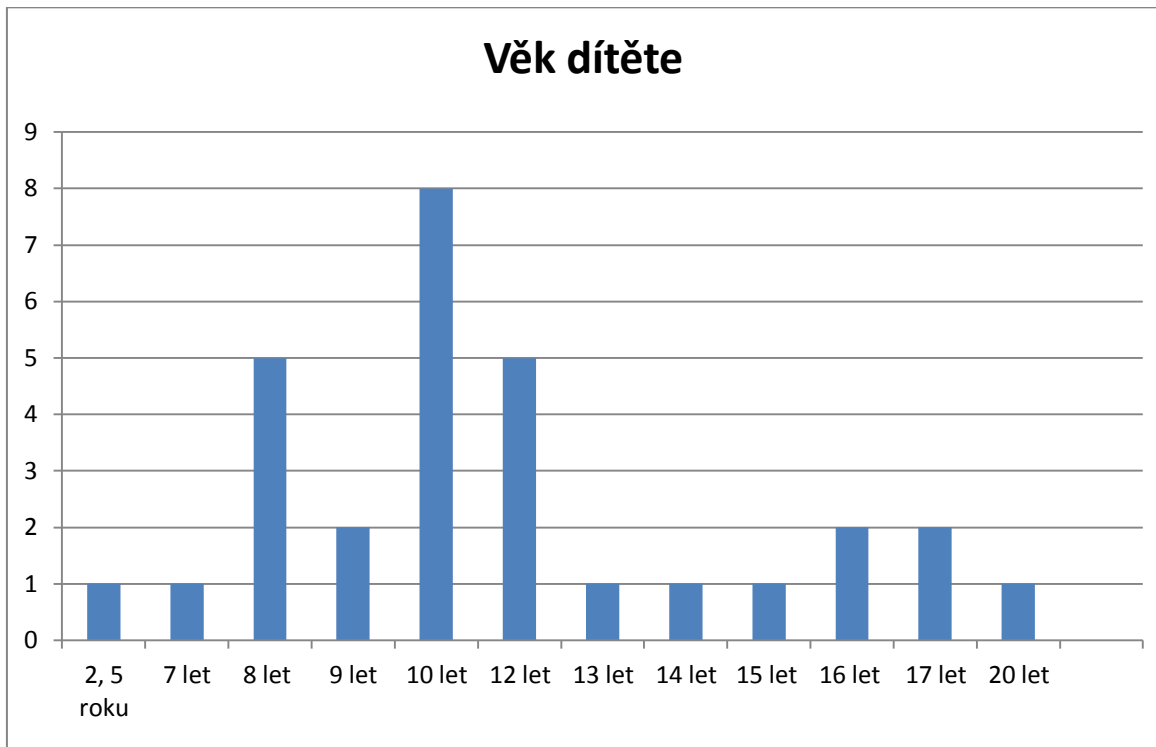


Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Otázka č. 1 je zaměřená na získání základní informace o respondentovi. Z celkového počtu dotazovaných je 24 žen (80%) a 6 mužů (20%), dotazník tedy častěji vyplňovaly ženy. Nejspíše z toho důvodu, že tráví s dětmi přes den více času než muži, jsou tedy více informované a mají větší přehled o zdravotním stavu dítěte.

## Otázka č. 2

Uveďte prosím věk vašeho dítěte.

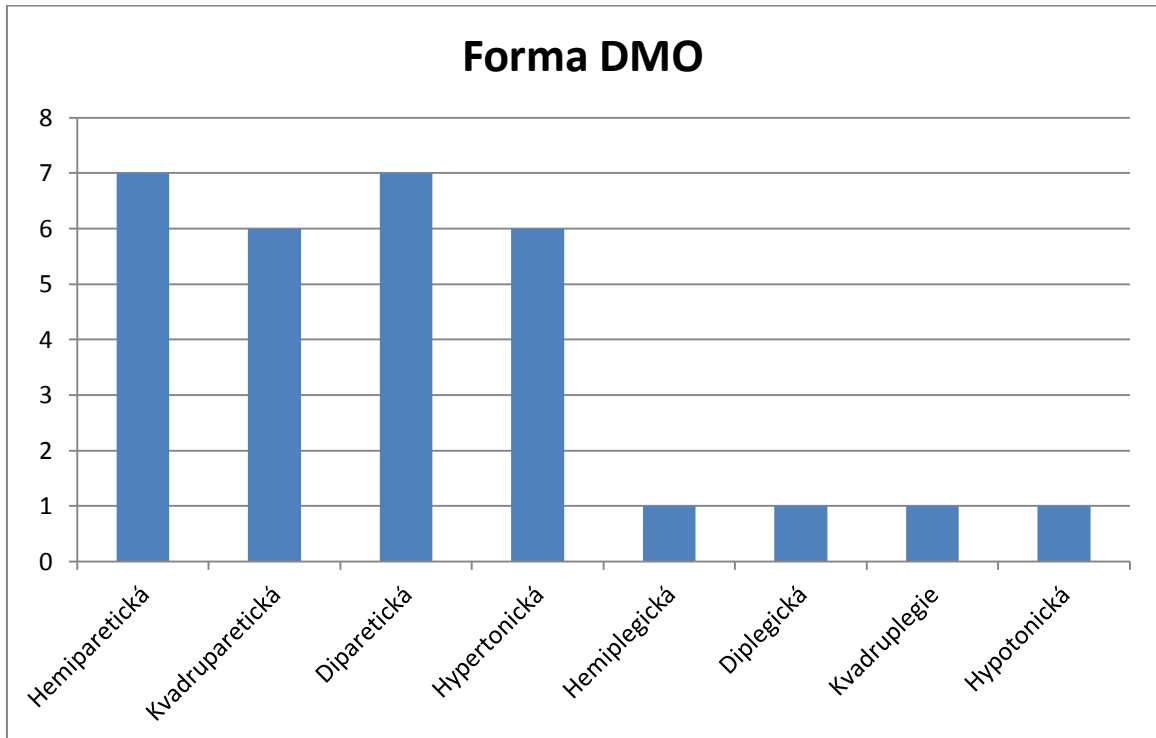


Graf č. 2 Věk dítěte

Otázka číslo 2 byla zaměřená na věk dětí. Dotazovala jsem rodiče dětí na různých stupních škol a různých věkových kategoriích, z grafu plyne, že nejčastěji dotazník vyplnili rodiče dětí na 1. stupni základní školy. Nejpočetnější skupinou jsou tedy děti ve věku 10 let (27%), poté shodně děti ve věku 8 (16,7%) a 12 let (16,7%), následují děti ve věku 9 (6,7%), 16 (6,7%) a 17 let (6,7%) a v nejmenším zastoupení děti ve věku 2,5 roku (3,3%), 7 (3,3%), 13 (3,3%), 14 (3,3%), 15 (3,3%) a 20 let (3,3%). Nikdo z dotazovaných rodičů neměl dítě mladší jednoho roku a starší dvaceti let.

### Otázka č. 3

Jaká forma DMO byla diagnostikována u vašeho dítěte?

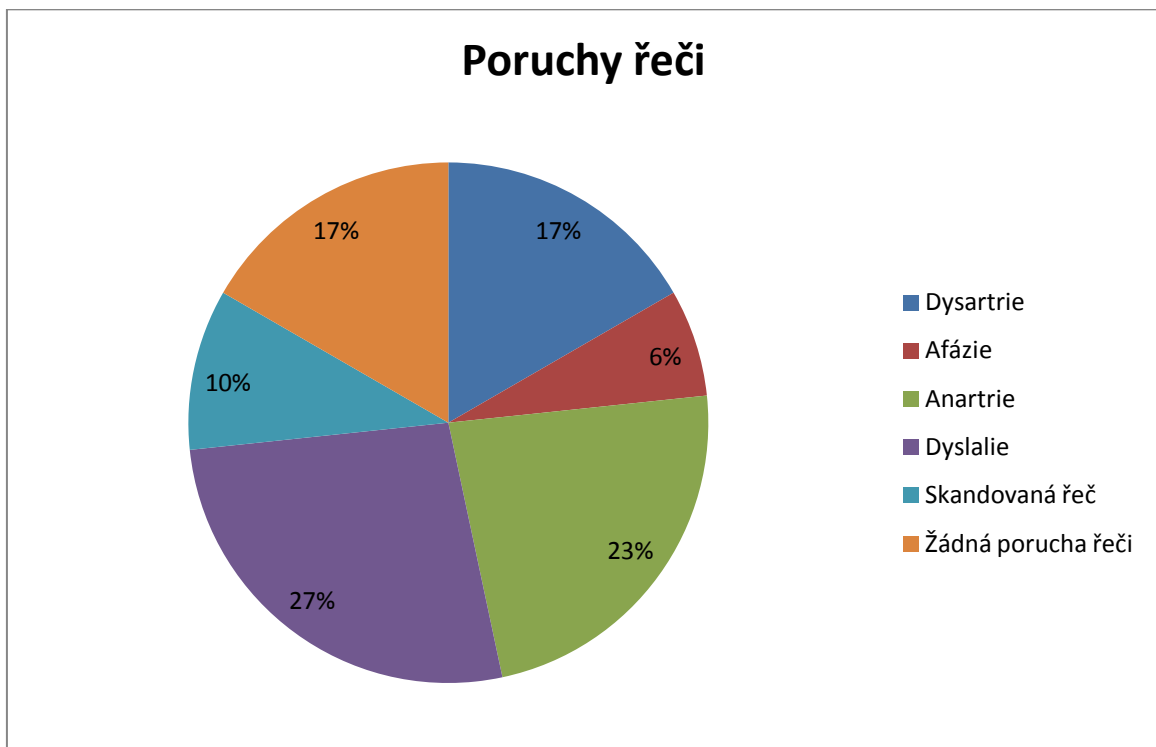


Graf č. 3 Forma DMO

Třetí otázka byla zaměřena na zjištění formy DMO dětí rodičů, které jsem dotazovala. Nejvíce respondentů odpovědělo, že mají dítě s hemiparetickou (23,3%) a diparetickou (23,3%) formou DMO, následuje forma kvadruparetická (20%) a hypertonická (20%). V nejmenším zastoupení odpovídali respondenti shodně 3,3% formu hemiplegickou, diplegickou, kvadruplegickou a hypotonickou.

#### Otázka č. 4

Objevují se u vašeho dítěte problémy s řečí? Pokud ano, uveďte prosím, jaké.



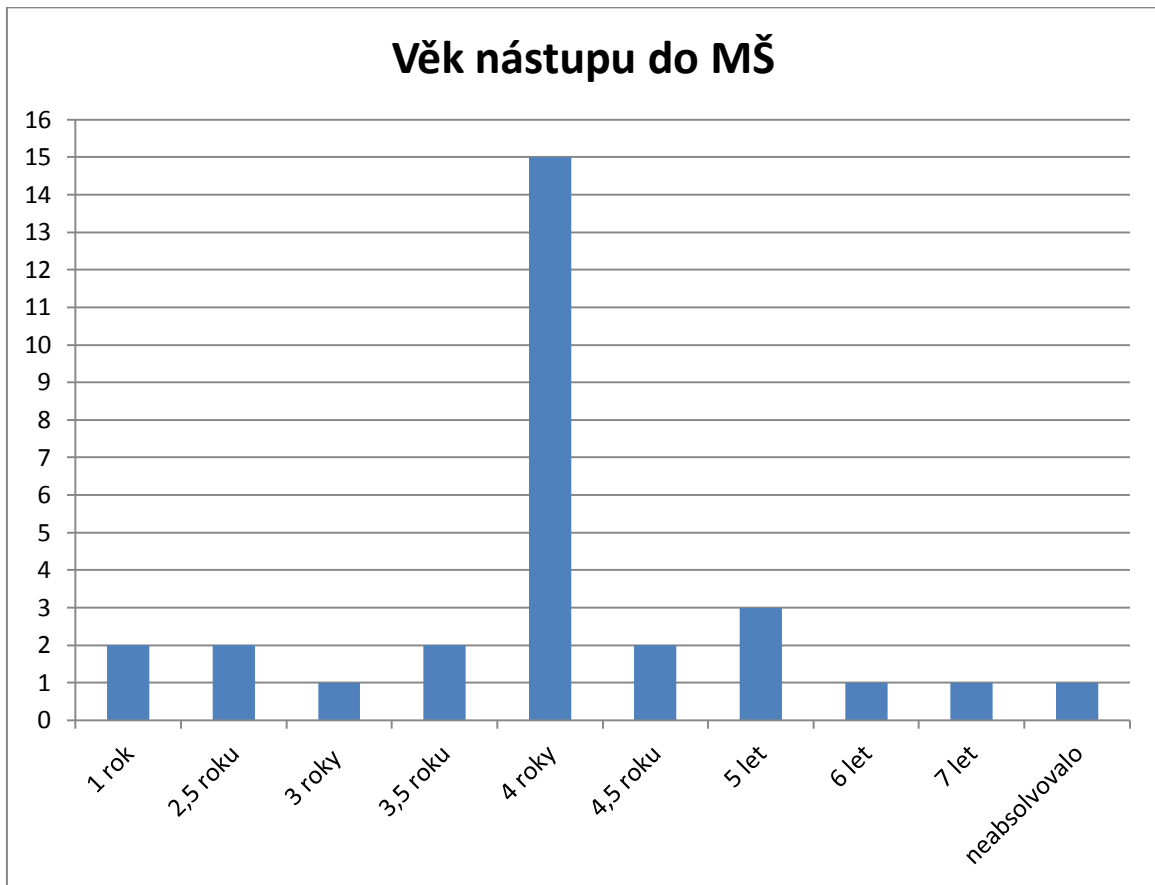
Graf č. 4 Poruchy řeči

Ze všech dotazovaných odpovědělo 5, tedy 17% rodičů, že se u jejich dítěte nevyskytuje žádná porucha řeči. Největší zastoupení mezi dětmi dotazovaných rodičů má dyslalie, kterou odpovědělo 8 (27%) rodičů, dále anartrie, kterou uvedlo jako poruchu řeči u svého dítěte 7 (23%) rodičů. Dysartrii uvedlo 5 (17%) rodičů, skandovanou řeč 3 (10%) a afázii 2 (6%) rodičů.



### Otázka č. 5

V kolika letech vaše dítě nastoupilo do MŠ?

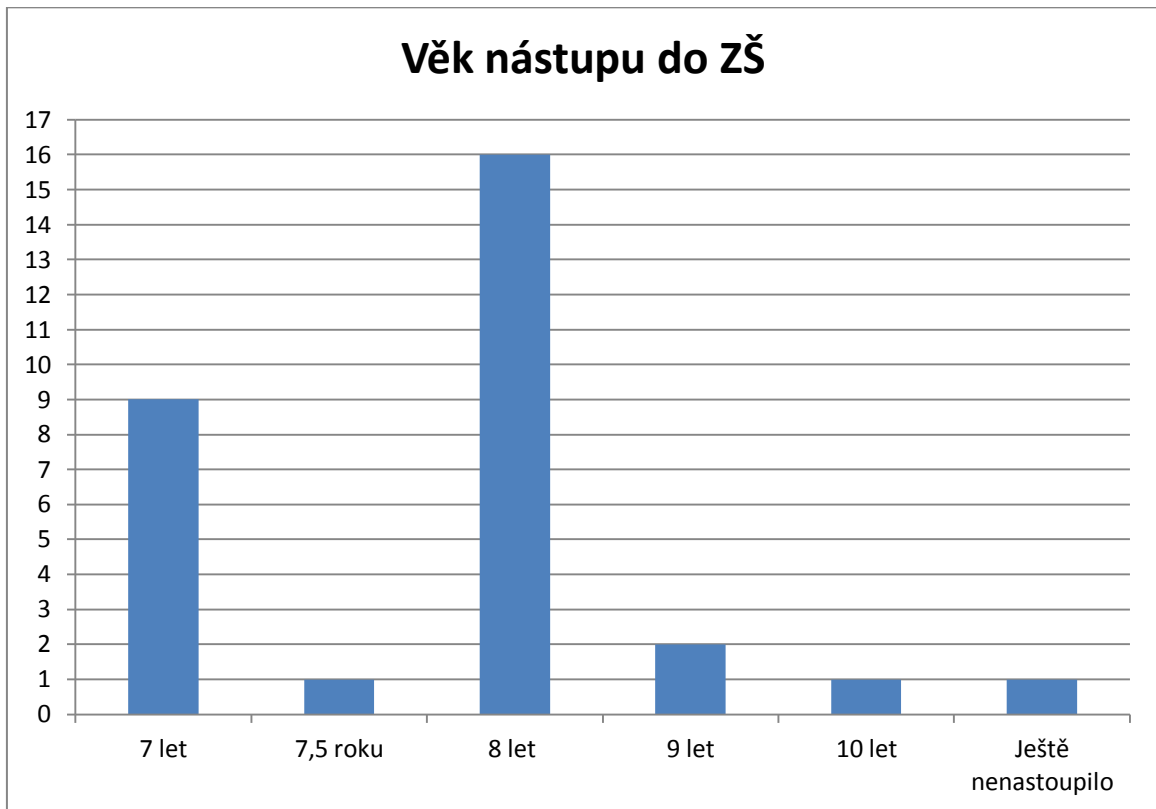


Graf č. 5 Věk nástupu do MŠ

Tato otázka byla zaměřena na zjištění věku nástupu dětí do mateřské školy. Nejvíce rodičů (50%) odpovědělo, že jejich dítě nastoupilo do mateřské školy ve 4 letech, 10% rodičů uvedlo jako věk nástupu svého dítěte do MŠ 5 let, shodně pak 6,7 % rodičů uvedlo jako věk nástupu do MŠ 1 rok, 2,5 roku, 3,5 roku a 4,5 roku. V 3,3 % případů nastoupily děti do mateřské školy v 6 a 7 letech, jedno dítě (3,3%) dokonce mateřskou školu neabsolvovalo vůbec.

### Otázka č. 6

V kolika letech vaše dítě nastoupilo povinnou školní docházkou?

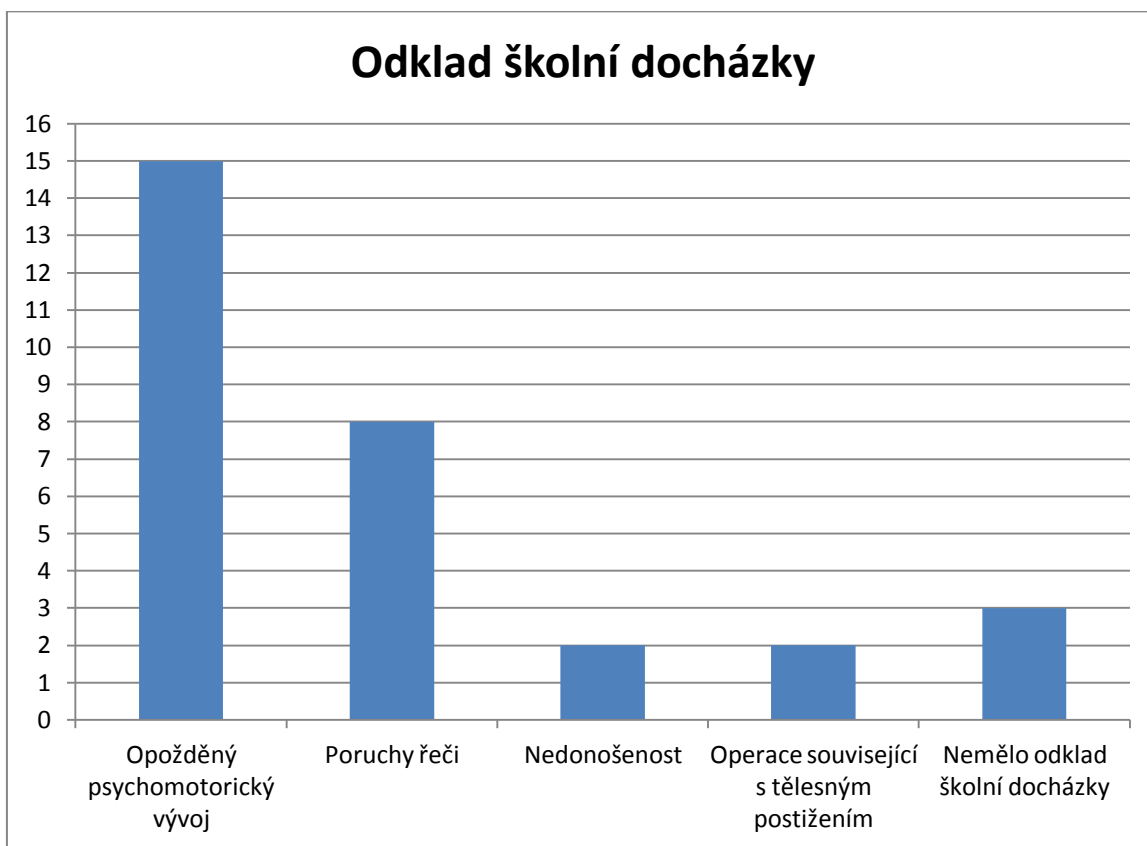


Graf č. 6 Věk nástupu do ZŠ

Z grafu je patrné, že jako nejčastější věk nástupu dítěte do školy uváděli rodiče v 53,3% případů 8 let, na druhém místě (30%) uváděli rodiče jako věk nástupu dítěte do základní školy 7 let. Devět let uvedlo 6,6% rodičů a 3,3% rodičů shodně uvedla jako věk nástupu svého dítěte do základní školy 7,5 roku a 10 let. Jedno (3,3%) z dětí povinnou školní docházkou ještě nenastoupilo.

### Otázka č. 7

Mělo vaše dítě odklad školní docházky? Pokud ano, napište prosím důvody.



Graf č. 7 Odklad školní docházky

Nejvíce (50%) rodičů uvedlo jako důvod odkladu školní docházky opožděný psychomotorický vývoj dítěte. Dalším z výrazných důvodů, které rodiče uváděli, byly poruchy řeči (26,6%). Shodně uvedlo (6,6%) rodičů jako důvod odkladu školní docházky nedonošenost dítěte a operaci související s tělesným postižením, která vyžadovala dlouhodobou rekonvalescenci, a v důsledku toho dítě nemohlo nastoupit do školy v předpokládaném věku. Rodiče také v 10% uváděli, že jejich dítě nemělo odklad školní docházky.

### Otázka č. 8

Měli jste problém při zařazování dítěte do školského zařízení?

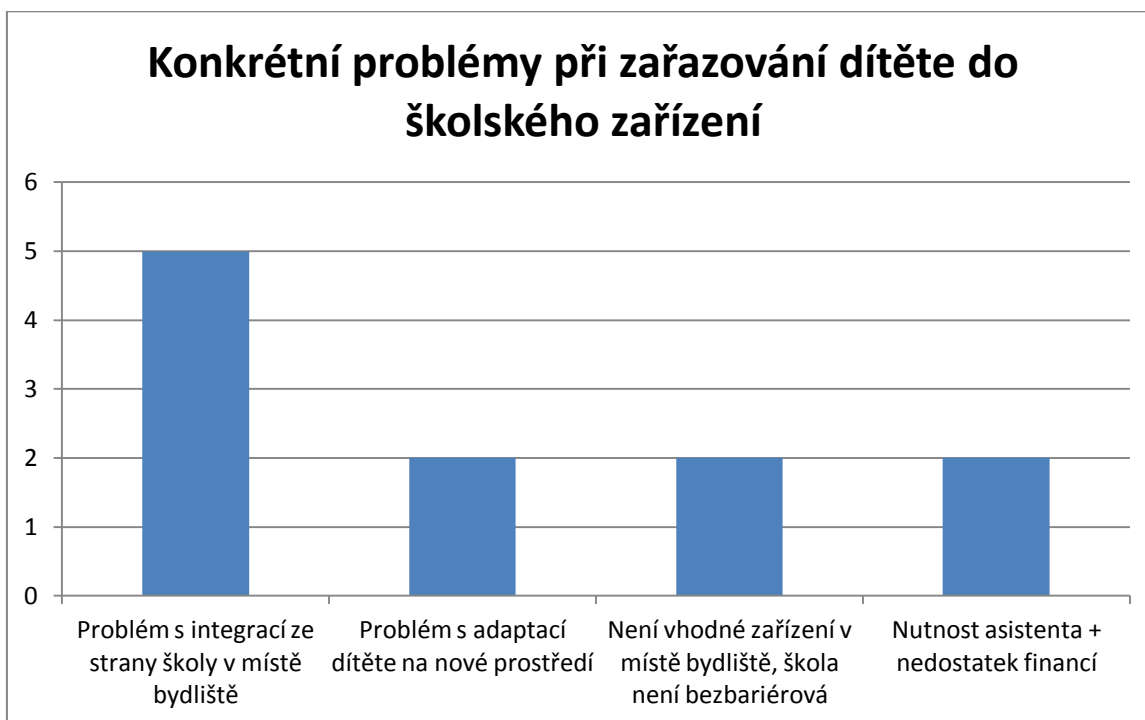


Graf č. 8 Problémy při zařazování do školského zařízení

Většina rodičů (19) odpověděla, že při zařazování dítěte do školského zařízení neměli žádné problémy, zbylých 11 respondentů uvedlo, že se při jejich zařazování dítěte do školy problémy vyskytly. Rodiče, kteří uváděli, že žádný problém neměli, to přičítali tomu, že se školou komunikovali s dostatečným předstihem (i několika let). Díky tomu se škola stihla na žáka a celou situaci připravit, zařazení dítěte pak proběhlo bez problémů.

## Otázka č. 9

Pokud ano, uveďte prosím, jaký.



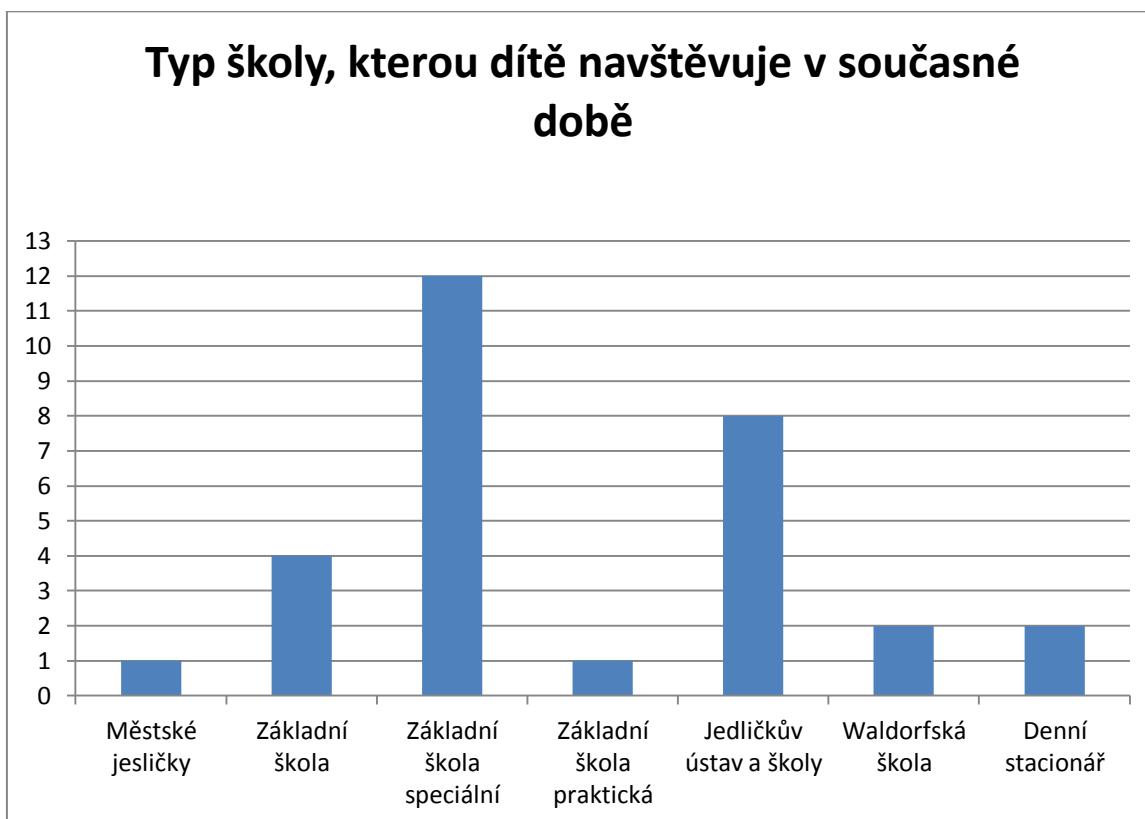
Graf č. 9 Konkrétní problémy při zařazování dítěte do školského zařízení

Tato otázka byla zařazena pro konkrétní specifikaci odpovědi respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli „ano“. Jedná se zde o 11 rodičů z 30, kteří uvedli, že měli se zařazením dítěte do školského zařízení nějaký problém. Respondenty, kteří na předchozí otázku odpověděli „ne“, do hodnocení nezahrnuji.

Nejvíce (45,5%) rodičů uvedlo jako problém při zařazování dítěte problém s integrací ze strany školy v místě bydliště. Rodiče se snažili dítě integrovat, škola ale nebyla vstřícná a dítě přijmout nechtěla a integraci neumožnila, ačkoliv by to bylo vzhledem ke schopnostem dítěte možné. Dále 18,2% rodičů uvedla problém s adaptací dítěte na nové prostředí, kdy dítě v novém kolektivu zpočátku nekomunikovalo a nespolupracovalo, stejný počet rodičů uváděl jako problém, že v místě jejich bydliště nebylo vhodné zařízení pro zařazení jejich dítěte, jedním z aspektů tohoto rozhodnutí bylo i to, že škola, do které chtěli dítě zařadit, nebyla bezbariérová. Jako další problém uvedla 18,2% rodičů potíže při shánění osobního asistenta do školy a nedostatek finančních prostředků, aby si jej mohli dovolit.

## Otázka č. 10

Jaký typ školy vaše dítě navštěvuje?

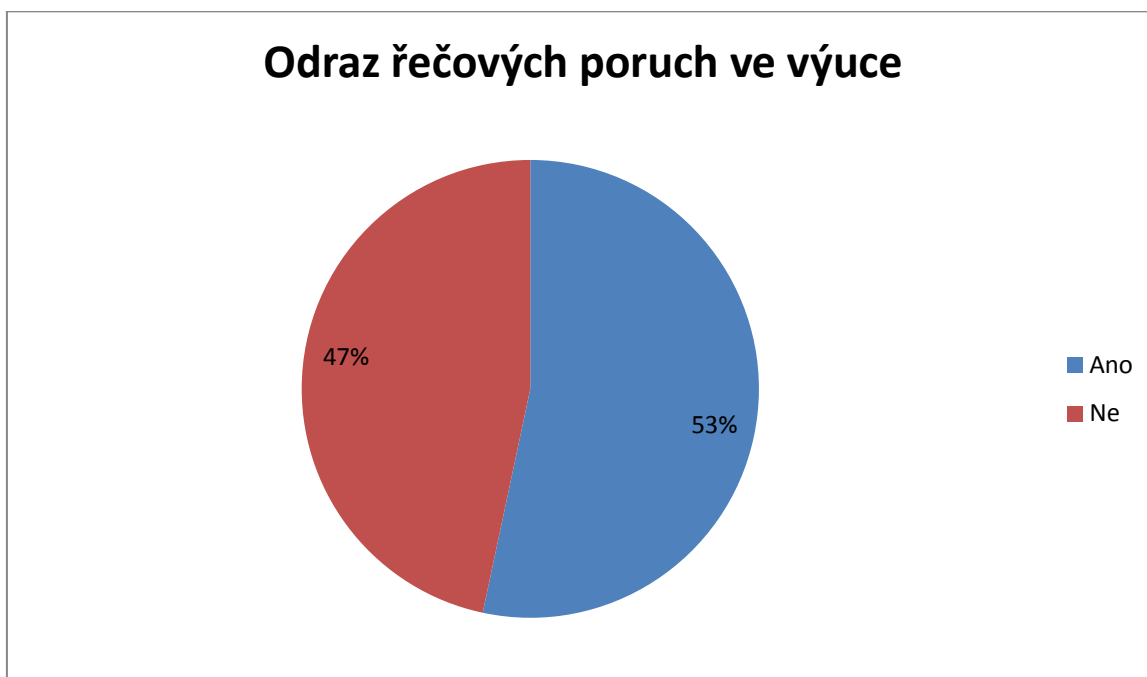


Graf č. 10 Typ školy, kterou dítě navštěvuje v současné době

Nejvíce (40%) rodičů odpovědělo, že jejich dítě navštěvuje základní školu speciální, na druhém místě (26,6%) rodiče uváděli Jedličkův ústav a školy, dále 13,3% rodičů uvádělo základní školu, kde je dítě bez problémů integrováno a škola jim vychází vstříc ve všech ohledech. Stejný počet (6,6%) rodičů uvádí, že jejich dítě navštěvuje školu Waldorfskou a denní stacionář a 3,3% rodičů odpovědělo, že jejich dítě navštěvuje základní školu praktickou. Jeden z rodičů (3,3%) uvedl, že jeho dítě navštěvuje městské jesličky, dítě tedy ještě není ve věku, kdy by mohlo nastoupit do školy.

Otázka č. 11

Pokud se u vašeho dítěte objevují problémy s řečí, odráží se negativně při výuce?

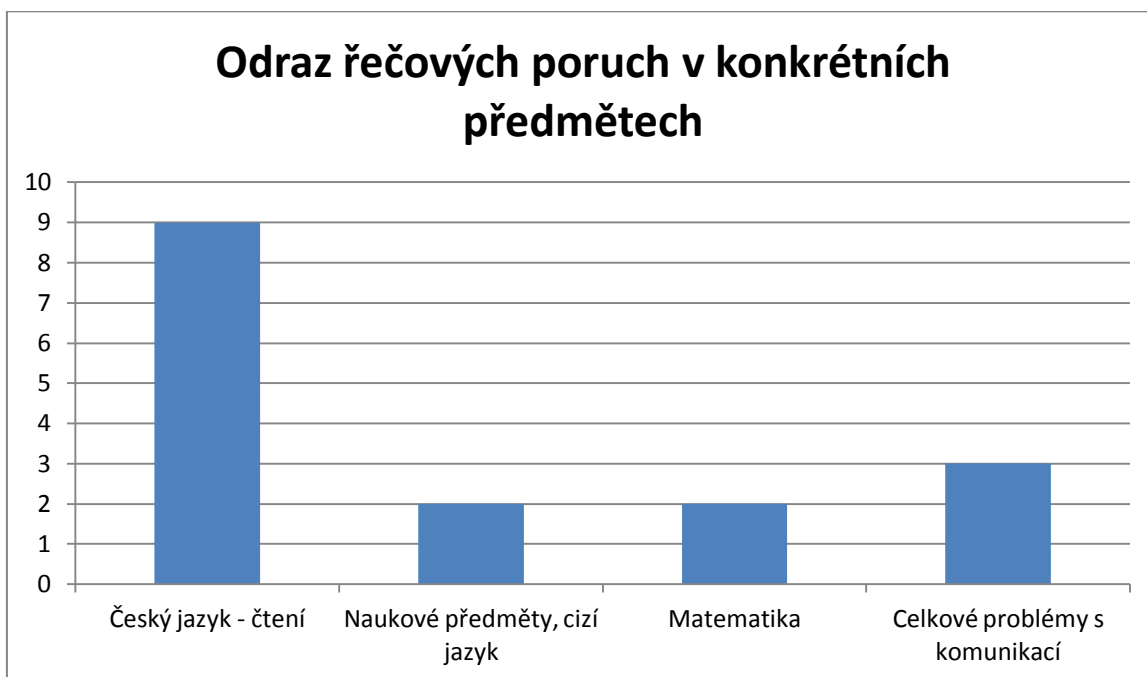


Graf č. 11 Odrážení řečových poruch ve výuce

Většina (16) z dotazovaných rodičů uvedla, že se řečová porucha jejich dítěte na výuce nějakým způsobem odráží, zbylá část (14) rodičů uvedla, že ne.

## Otázka č. 12

Pokud ano, uveďte prosím konkrétní problémy v konkrétních předmětech.



Graf č. 12 Odraz řečových poruch v konkrétních předmětech

Tato otázka byla zařazena pro konkrétní specifikaci odpovědí respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli „ano“. Jedná se zde tedy o odpovědi 16 z dotazovaných rodičů, kteří odpověděli, že se řečová porucha jejich dítěte odráží ve výuce. Respondenty, kteří na předchozí otázku odpověděli „ne“, do hodnocení nezahrnuji.

Nejvíce (56,3%) rodičů uvedlo, že řečové problémy jejich dítěte se odráží v českém jazyce, zejména pak ve čtení je zhoršena výslovnost některých hlásek a samotné tempo čtení je pomalejší. Dále pak 12,5% rodičů odpovědělo, že jejich dítě má problémy s pomalejšími formulacemi odpovědí na otázky a nepřesným vyjadřováním v naukových předmětech. Stejný počet (12,5%) rodičů uvedlo problémy v matematice, které se projevují při výslovnosti čísel o více řádech. 18,8% respondentů dále uvedlo, že jejich dítě má problémy v komunikaci celkově, který nespočívá přímo v řeči.



### Otázka č. 13

Uvažujete o pokračování vzdělávání vašeho dítěte po absolvování povinné školní docházky?



Graf č. 13 Pokračování vzdělávání po ukončení povinné školní docházky

Převážná většina (23) rodičů počítá s dalším vzděláváním svého dítěte po dokončení povinné školní docházky. Rodiče (5), kteří uvedli, že s dalším vzděláváním nepočítají, uvedli jako upřesnění důvod, kterým byl velký rozsah postižení. Ačkoliv jsem v této otázce nepočítala s odpovědí neví, 2 z respondentů takto odpověděli.

Předpokládám, že odpověď „nevím“ mohli uvést respondenti, kteří mají v současné době dítě velmi malé, a proto jejich náhled ještě nesahá do tak daleké budoucnosti, nebo ti, kteří vzhledem k proměnlivému zdravotnímu stavu svého dítěte v současné době nemohou jednoznačně odpovědět.

#### Otázka č. 14

Pokud ano, uveďte prosím typ školy, o kterém uvažujete.



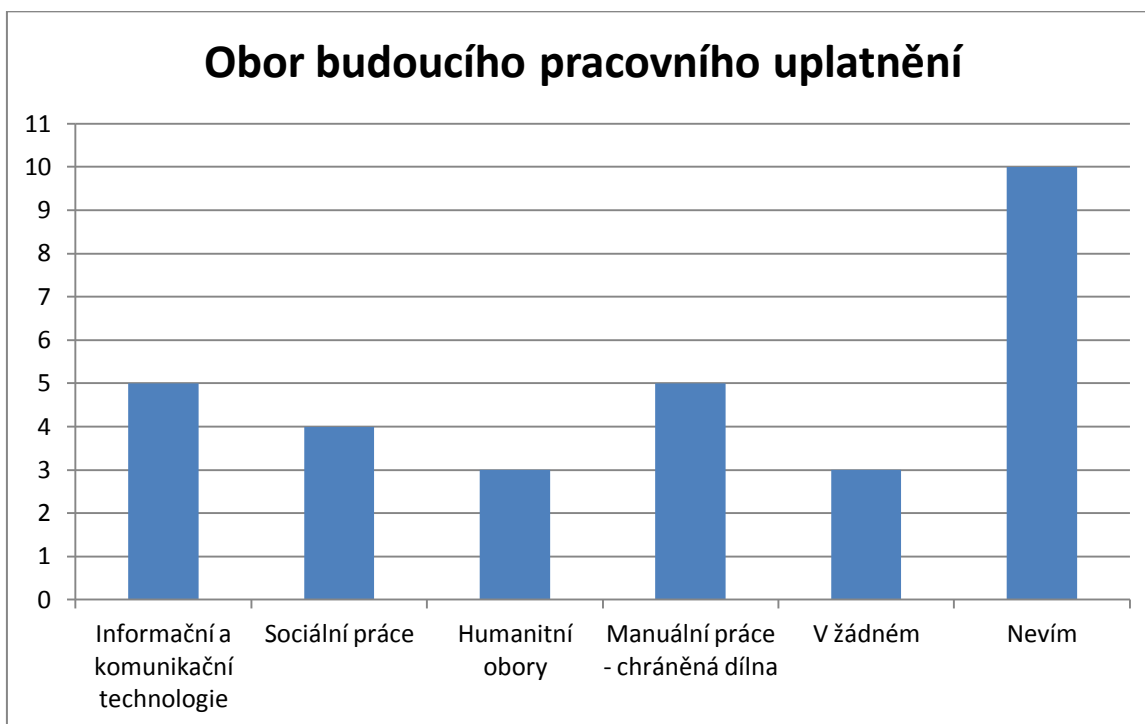
Graf č. 14 Typ školy pro vzdělávání po absolvování ZŠ

Tato otázka byla položena pro konkretizaci odpovědí respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli odpověď „ano“. Budu zde pracovat s počtem 23 rodičů, kteří uvažují o pokračování vzdělávání jejich dítěte po jeho absolvování školní docházky. Respondenty, kteří uvedli jako odpověď na předchozí otázku „ne“ a „nevím“, nezahrnuji do hodnocení.

Nejvíce respondentů (34,8%) uvedlo jako možnost vzdělávání pro své dítě po absolvování ZŠ praktickou školu. Dále 26% respondentů odpovědělo, že na tuto otázku ještě nemohou odpovědět, neboť je ještě příliš brzy o tom přemýšlet. Poměrně velká část (21,7%) respondentů uváděla jako další možnost vzdělávání po ZŠ učiliště buď dvou nebo tříleté, 8,7% rodičů uvádělo střední školy Jedličkova ústavu. V 4,3% případech uváděli respondenti jako možnost dalšího vzdělávání střední školu a shodně 4,3% respondentů uvedla gymnázium.

## Otázka č. 15

V jakém oboru by se mohlo vaše dítě uplatnit a proč?



Graf č. 15 Obor budoucího pracovního uplatnění

Nejvíce (33,3%) respondentů odpovědělo, že neví a že výběr budoucího zaměření bude podléhat zdravotnímu stavu a dle úspěšnosti v jednotlivých vyučovacích předmětech. Respondenti, kteří uváděli konkrétní obory, odpovídali nejčastěji (16,7%), že jejich dítě by se mohlo uplatnit v rámci informačních a komunikačních technologií při práci s počítačem a stejné množství (16,7%) rodičů uvádělo jako možnost budoucího uplatnění svého dítěte manuální práci v chráněných dílnách. Dále 13,3% respondentů uvedla jako možnost uplatnění pro své dítě obor sociální práce a 10% rodičů odpovědělo humanitní obory. Respondenti (10%), kteří uvedli, že jejich dítě se neuplatní v žádném oboru, svou odpověď zdůvodňovali velkým rozsahem postižení, a tedy nutností asistence i při běžných každodenních úkonech, či plnou závislostí na druhé osobě.

Respondenti v 77% případů neuváděli zdůvodnění své odpovědi, zbylých 23% procent uvádělo schopnosti a vlastnosti svých dětí, které by jim mohly pomoci při získávání budoucího zaměstnání a při dalším studiu. Nejčastěji to byla komunikativnost, schopnost navazovat kontakty s cizími lidmi a radost z velké společnosti.

Otázka č. 16

Myslíte si, že vaše dítě v budoucnosti snadno získá práci?



Graf č. 16 Možnost získání budoucího zaměstnání

Na tuto otázku respondenti odpovídali z převážné většiny (28) negativně. Pouze 2 z rodičů uvedli odpověď „ano“.

## Otázka č. 17

Svou předchozí odpověď prosím zdůvodněte.

Respondenti, kteří odpověděli v předchozí otázce „ano“, zdůvodňovali svou odpověď takto:

*„Pevně věřím, že ano. Určitě ji v tom budu podporovat a motivovat. Ze srdce ji to přeji, je to dobrá duše, se smyslem pro legraci, spravedlnost, je láskyplná, vnímavá k okolí, zručná, trpělivá, šikovná, takové sluníčko.“ (RŽ18)*

*„Syn je komunikativní, kontaktní, nemá problém navazovat kontakty s cizími lidmi.“ (RM5)*

Respondenti, kteří odpovídali na předchozí otázku záporně, uváděli jako důvod vážný zdravotní stav dítěte (6,6%), velký rozsah postižení (6,6%), nutnost asistence i při běžných každodenních úkonech a sebeobsluže (10%) a to, že je dítě vozíčkář (16,7%).

Nejčastěji (60%) se však objevovaly odpovědi typu:

*„Jelikož se u nás neustále nezměnil pohled na postižené jedince a společnost je spíše nepřijímá, než přijímá. Dnes se neuplatní snadno člověk bez postižení, tím pádem jsem připravena na možnost, že naše dítě bude mít v této oblasti problémy.“ (RŽ12)*

*„Všeobecně dnes jsou špatné podmínky pro sehnání práce, i když je člověk zdravý a má vzdělání. Člověk s postižením shání práci těžko.“ (RŽ30)*

*„Upřímně, dnes těžko získají práci zdraví lidé, a když už nějaká práce je, zaměstnavatel jim dá přednost.“ (RŽ3)*

*„Nejspíš nebude schopná pracovat samostatně, pro handicapované lidi je nedostatek pracovních příležitostí a také zde panuje malá ochota zaměstnavatelů zaměstnávat postižené lidi.“ (RŽ24)*

*„Je to těžké, ale o takového zaměstnance nebude mít nikdo reálně zájem.“ (RM11)*

*„Snadno nezískávají práci ani zdraví lidé.“ (RŽ16)*

Vzhledem k tomu, že odpověď na otázku je otevřená a odpovědi jsou komplexní a dlouhé, je tato otázka hodnocena slovně bez grafického znázornění.

## 9 Závěr praktické části

Hypotéza č. 1. Domnívám se, že nadpoloviční většina dětí s DMO z důvodu svého postižení nastupuje později do mateřské školy než děti intaktní.

Na hypotézu byla zaměřena otázka číslo 4 a 5, kdy rodiče odpovídali na otázku, zda se u jejich dítěte objevují problémy s řečí a v kolika letech nastoupilo jejich dítě do MŠ. 83% rodičů uvedlo věk nástupu dítěte do MŠ 3,5 roku a více a stejně tak 83% respondentů uvedlo, že se u jejich dítěte vyskytují poruchy řeči. Vycházím-li tedy z předpokladu, že intaktní děti nastupují do mateřské školy v ideálním případě ve 3 letech, hypotéza se mi vzhledem k přihlídnutí k řečovým poruchám souvisejícím s DMO, potvrdila.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že nadpoloviční většina dětí s DMO má odklad školní docházky založený na podkladě symptomatických poruch řeči s DMO souvisejících nebo na základě psychomotorické nezralosti dítěte (v porovnání s věkem nástupu do ZŠ u intaktních dětí).

Stanovenou hypotézu měly ověřit otázky č. 6 a 7. Respondenti v tomto případě odpovídali na otázky, v kolika letech jejich dítě nastoupilo do ZŠ a zda (v případě kladné odpovědi i z jakých důvodů) mělo dítě odklad školní docházky. Na zadané otázky odpovědělo 96,7% rodičů, že jejich dítě nastoupilo povinnou školní docházku v 7 letech a déle, odklad školní docházky mělo 90% dětí, hlavními důvody odkladu byl v 76,7% opožděný psychomotorický vývoj nebo poruchy řeči. V porovnání s dětmi intaktními, které nastupují do ZŠ v 6 letech, se mi hypotéza potvrdila.

Hypotéza č. 3: Myslím si, že rodiče dětí s DMO mají v nadpoloviční většině případů při zařazování dítěte do školského zařízení určité problémy, které mohou souviset s neochotou školy nebo mohou vycházet ze snížené či pomalejší adaptace dítěte na nové prostředí a zátěží spojenou s nástupem do školského zařízení.

K hypotéze se vztahovaly otázky č. 8, 9, respondenti zde odpovídali, zda měli při zařazování dítěte do školského zařízení nějaký problém a jaký (v případě kladné odpovědi). Zde odpovědělo 77% rodičů, že problém při zařazování dítěte do školy měli. Z toho 63,6% respondentů uvedlo problém, který pramenil ze strany školy. Týkal se buď neochoty při integraci nebo bezbariérovosti školy, která nebyla zajištěna. Problém s adaptací dítěte uvedlo 18,2% rodičů. Hypotéza se mi tedy potvrdila jen částečně.

Hypotéza č. 4: Domnívám se, že nadpoloviční většina dětí se symptomatickými poruchami řeči při DMO má problémy při výuce některých předmětů, zejména potom při výuce českého jazyka.

K ověření stanovené hypotézy byly sestaveny otázky číslo 11 a 12, kdy respondenti odpovídali, zda se případné poruchy řeči, které se u dítěte vyskytují, negativně odráží při výuce a uváděli konkrétní problémy, které se vyskytují v konkrétních vyučovacích předmětech. 53% respondentů odpovědělo, že poruchy řeči vyskytující se u jejich dětí negativně ovlivňují výuku a 56,3% rodičů, že problémy s řečí se nejvíce projevují v českém jazyce, zejména při čtení. Hypotéza se mi potvrdila.

Hypotéza č. 5: Myslím si, že nadpoloviční většina rodičů dětí s DMO počítá s dalším vzděláváním svých dětí po dokončení povinné školní docházky a má již dopředu alespoň rámcově promyšlený obor, ve kterém by se mohlo jeho dítě pracovní uplatnit.

Na hypotézu byla zaměřena otázka číslo 13, 14 a 15. Zde rodiče odpovídali, zda uvažují o dalším vzdělávání jejich dítěte po dokončení povinné školní docházky, o jakém typu školy uvažují a v jakém oboru by se jejich dítě mohlo uplatnit a proč. Na tyto otázky 77% respondentů odpovědělo, že s dalším vzděláváním dítěte počítají, 80% rodičů má promyšlený typ školy, na které bude dítě pokračovat ve studiu a 66,7 % rodičů dokáže předpokládat obor, ve kterém by se jejich dítě mohlo uplatnit. Tato hypotéza se mi tedy potvrdila.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že nadpoloviční většina rodičů dětí s DMO předpokládá v budoucnosti obtížnější možnosti pracovního uplatnění svého dítěte.

Stanovené hypotézy se týkala otázka č. 16 a 17. Respondenti odpovídali na otázky, zda si myslí, že jejich dítě v budoucnosti snadno sežene práci a svou odpověď měli zdůvodnit. Zde odpovědělo 93% rodičů negativně a v 60% uváděli jako důvod, že v současnosti obtížně shánějí práci i zdraví lidé. Hypotéza se mi tedy potvrdila.

## 10 Diskuze

Ve svém průzkumu jsem se zaměřila na získání informací o možném vlivu DMO na přijetí do školského zařízení, na školní výkon a budoucí zaměstnání dětí dotazovaných rodičů. Není tedy až tak překvapivé, že většinu dotazníků vyplňovaly ženy, tedy matky, které s dítětem přirozeně tráví více času a díky tomu mají o všem, co se týká dítěte, větší přehled. Věková skupina a stejně tak formy DMO diagnostikované u zkoumaných dětí byly různorodé. Tuto skutečnost přisuzuji části průzkumu, který jsem provedla prostřednictvím internetu, kde mohli respondenti šířit dotazník i mezi sebou navzájem. Dále tomu, že cílová skupina nebyla komplexní, ale sestávala se z respondentů z různých zařízení různých krajů. Jistou roli v tom sehrála i určitá náhodnost při výběru cílové skupiny a konkrétní rozhodnutí respondentů, zda dotazník vyplní nebo ne.

Zajímavé je, že ačkoliv v praktické části uvádím dle Krause, že nejčastější symptomatickou poruchou řeči při DMO je dysartrie, v mnou zkoumaném vzorku se tato skutečnost nepotvrdila. Jako nejčastější poruchu uváděli respondenti dyslalii, poté anartrii a až na třetím místě již výše zmíněnou dysartrii.

Při zjišťování věku dětí v době nástupu do školského zařízení jsem předpokládala v případě mateřské i základní školy pozdější vstup do zařízení. Tento předpoklad se mi potvrdil. Nejčastějším důvodem byla celková psychomotorická nevyzrálость dětí ve věku nástupu do školy a také řečové poruchy. Častým důvodem také byla dlouhodobá rekonvalescence související s operací dolních končetin.

Integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do školského zařízení určitě není jednoduchá a skýtá mnohá úskalí. Převážná většina respondentů, kteří uvedli, že měli nějaký problém při zařazování dítěte do školy, uvedlo právě problém s integrací, kterou škola neumožnila nebo umožnit nechtěla a podle toho také vypadala kvalita výuky. Bohužel v současné době stále nejsou školy připravené na integraci žáků s postižením nebo se rodiče setkávají s neochotou personálu, přestože se jim podaří překonat architektonické a mnohé jiné bariéry. Dalším problémem je místo bydliště a škola, vhodná zařízení bývají často daleko a docházka je tedy komplikovaná nutností každodenního dojíždění. V neposlední řadě respondenti uváděli nedostatek finančních prostředků v souvislosti s nutností opatřit dítěti osobního asistenta a samotné těžké shánění osoby, která by



asistenci prováděla. Naopak se zařazováním do speciální školy neuváděli respondenti žádné potíže, protože školy byly vybavené a připravené a personál vstřícný. V tomto případě několik rodičů uvedlo dočasný problém s adaptací na nové prostředí a kolektiv ze strany dítěte, který se projevoval ve všech případech sníženou snahou o komunikaci, až nekomunikací a nespolupracováním při vyučování.

Potvrdil se mi i předpoklad, že symptomatické poruchy řeči při DMO v některých případech ovlivňují a negativně se projevují při vyučování, ačkoliv jsem čekala markantnější rozdíl mezi odpověďmi respondentů, kteří mou hypotézu potvrdili z 53%. Nejčastěji uváděli rodiče problémy při výuce českého jazyka, zejména při čtení, kdy dělá dětem problémy vyslovovat hlásky, které vyslovit neumí, a v důsledku toho je poté dítěti hůře rozumět. Samotné tempo čtení je pak pomalejší. Dále uváděli nepřesné vyjadřování, pomalejší formulace odpovědí na otázky, celkově pomalejší formulace samotných vět a obtížnějších souvětí, což se projevuje také v naukových předmětech.

Většina rodičů počítá s dalším studiem svých dětí, překvapivý pro mě byl výsledek, že velké procento rodičů odpovídalo na otázky týkající se typu školy a oboru, ve kterém by se dítě mohlo uplatnit, že neví. Přičítám to skutečnosti, že některé děti jsou ještě příliš malé, aby se rodiče zamýšleli nad takto relativně vzdálenou budoucností nebo je jejich zdravotní stav komplikovaný a proměnlivý, a tudíž rodiče nemohou s jistotou v současné době zformulovat konkrétní odpověď. Z respondentů, kteří konkrétně odpověděli, uváděla většina jako možnost uplatnění svých dětí v oboru informačních a komunikačních technologií a možnost manuální práce pod záštitou chráněné dílny. Menší procento rodičů pak uvádělo obory humanitní a sociální práce. Respondenti, kteří odpověděli, že se jejich dítě neuplatní v žádném oboru, vztahovali tuto odpověď k formě a míře postižení svého dítěte, které je velice důležitým faktorem při zvažování budoucího zaměstnání. Tyto odpovědi se objevovaly u formy kvadruparetické. Jako hlavní důvod obtíží při získávání práce v budoucnosti respondenti uváděli současnou celkovou situaci na trhu práce, negativní náhled zaměstnavatelů na osoby s postižením a s tím související obtížnější hledání zaměstnání pro vozíčkáře.

## 11 Závěr

V bakalářské práci jsem se zaměřila na psychomotorický a řečový vývoj tělesně postižených, konkrétně na problematiku dětské mozkové obrny. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Část teoretická má pět kapitol. První kapitola se týká psychomotorického vývoje intaktních dětí, kapitola druhá řečového vývoje intaktních dětí. Ve třetí kapitole se stručně věnuji tématu tělesného postižení a jeho klasifikaci, ve čtvrté kapitole se zabývám odchylkami psychomotorického vývoje tělesně postižených a v páté kapitole odchylkami řečového vývoje tělesně postižených. Jako cílovou skupinu práce jsem si určila děti od novorozeneckého období do školního věku a v každé kapitole se postupně věnuji vývoji v rámci přirozených vývojových období dítěte. Teoretická část je vypracovaná za pomoci odborné literatury.

Praktická část je samotným průzkumným šetřením, kdy jsem se prostřednictvím dotazníků snažila zjistit informace o tom, jak může DMO a s ní spojené symptomatické poruchy řeči ovlivňovat přijetí dítěte do školského zařízení a jeho školní výkon. Dále jsem se ptala rodičů dětí s DMO na otázky týkající se budoucího pracovního uplatnění jejich dětí. Shánění respondentů bylo vzhledem ke specifčnosti tématu a problematiky poněkud obtížnější než jsem si původně představovala. Někteří oslovení rodiče dotazníkové šetření odmítli, ale přesto se mi snad podařilo získat dostatečné množství materiálu ke konečnému zpracování. Potvrdila se mi většina stanovených hypotéz – děti s DMO v důsledku svého postižení a dalších omezení a problémů s ním spojených nastupují později do MŠ i ZŠ, symptomatické poruchy řeči související s DMO mohou negativně ovlivňovat vyučování, většina rodičů měla problémy při zařazování dětí do školského zařízení, počítá s dalším studiem svých dětí po absolvování povinné školní docházky a je si vědoma toho, že bude v budoucnosti obtížnější najít pro své dítě zaměstnání.

Myslím si, že v odborné literatuře současné doby chybí komplexní zpracování tématu dětské mozkové obrny s jejími psychomotorickými a řečovými odchylkami. Práce týkající se této problematiky jsou poměrně staré a v novějších publikacích jsou informace velice stručné a často se opakují, neb autorů zabývajících se touto tematikou je poměrně málo.

Práce by mohla být přínosem jak pro odborníky zabývající se problematikou dětské mozkové obrny, tak pro rodiče dětí s DMO, zařízení a školy, které tuto klientelu také zahrnují. Školy by měly zapracovat na bezbariérovosti přístupu, na větší vstřícnosti při přijímání žáků s DMO, v případech, kde je to možné, by se měly za dostatečného vybavení jak personálního, tak materiálního, zapojit do procesu integrace. Myslím, že školám v tomto oboru chybí jistota, učitelé mají obavy, že dítě nebudou umět správně rozvíjet a nezvládnou se o něj patřičně postarat, protože nemají dostatek finančních prostředků na přijímání asistentů. Dokáží si představit, že by k napravení některých aspektů a většímu osvětlení této problematiky mohl pomoci i průzkum v oblasti, proč školy nechtějí, případně nemohou, umožnit integraci dětí s DMO.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografické publikace:

ADAMÍROVÁ, Jiřina. *Hravá a zábavná výchova pohybem: Základy psychomotoriky*. Praha: Komise zdravotní tělesné výchovy MR ČASPV, 2006, 66 s. ISBN 80-86586-27-8.

BENDOVIÁ, Petra. *Komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 49 s. ISBN 80-244-1561-5.

BUBENÍČKOVÁ, Milena; KUTÁLKOVÁ, Dana. *Koktavost: Metodika reedukace*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-145-8.

HERMOVÁ, Sabine. *Psychomotorické hry: 92 her zaměřených na motorický vývoj dětí v mateřské škole*. Praha: Portál, 1994, 95 s. ISBN 80-7178-018-9.

KÁBELE, František. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988, 173 s.

KÁBELE, František. *Somatopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada publishing, 2006, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000, 123 s. ISBN 80-85931-91-5.

KRAUS, Jaroslav; ŠANDERA, Oldřich. *Tělesně postižené dítě: Jeho psychologie, léčba a výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1964, 178 s.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada publishing, 2005, 343 s. ISBN 80-247-1018-8.

KUTÁLKOVÁ, Dana a kol. *Dyslalie: Metodika reedukace*. Praha: Septima, 1999, 63 s. ISBN 80-7216-100-8.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Opožděný vývoj řeči, dysfázie: Metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002, 102 s. ISBN 80-7216-177-5.

KUTÁLKOVÁ, Dana; PALODOVÁ, Daniela. *Palatolalie a afázie: Metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007, 47 s. ISBN 978-80-7216-241-3.

- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. Praha: Grada, 2005, 98 s. ISBN 80-247-1026-9.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatel'stvo, 1990, 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-7178-572-5.
- LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972, 233 s.
- LESNÝ, Ivan. *Neurologie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982, 92 s.
- LOVE, Russel J. *Mozek a řeč: Neurologie pro logopedy*. Praha: Portál, 2009, 372 s. ISBN 978-80
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie dítěte pro speciální pedagogy: Ontogenetický vývoj*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989, 150 s.
- MAREŠOVÁ, Eva; JOUDOVÁ, Pavla; SEVERA, Stanislav. *Dětská mozková obrna: Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galén, 2011, 154 s. ISBN 978-80-7262-703-3.
- MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2010, 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 150 s. ISBN 978-80-210-5266-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada publishing, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SYNEK, František. *Hlasy a hlásky*. Praha: Archart, 1997, 92 s. ISBN 80-902-281-0-0.

SZABOVÁ, Magdaléna. *Preventivní a nápravná cvičení*. Praha: Portál, 2001, 143 s. ISBN 80-7178-505-0.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

Články v seriálových publikacích:

ADAMÍROVÁ, Jiřina. Objasňujeme psychomotoriku. *Tělesná výchova a sport*. 1995, roč. 61, č. 3, s. 12-13. ISSN 1210-7689.

CÍBOCHOVÁ, Renata. Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života. *Pediatric pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 6, s. 291-297. ISSN 1213-0494.

HÖLLGE, Jaroslav. Psychomotorický vývoj dítěte. *Děti a my*. 1996, roč. 26, č. 6, s. 9-11. ISSN 0023-1879.

KOLEJKOVÁ, Alžběta. Struktura psychomotorického vývoje v raném věku. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 1975, roč. 10, č. 5, s. 435-442. ISSN 055-5574.

KOTASOVÁ, Jarmila. Tělové schéma a psychomotorické poruchy u dětí. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 1996, roč. 31, č. 4, s. 352-358. ISSN 055-5574.

SEVERA, Stanislav. Problém dětská mozková obrna. *Můžeš.: Noviny o svépomoci zdravotně postižených*. 1996, roč. 4, č. 3, s. 2-3. ISSN 1213-8908.

ŠPRYNAROVÁ, Štěpánka. Dětská mozková obrna. *Rodina a škola*. 1998, roč. 45, č. 10, s. 23. ISSN 0035-7766.

TĚTHALOVÁ, Marie. Dětská mozková obrna je nemoc na celý život. *Informatorium: Časopis pro výchovu dětí od 3-8 let v mateřských školách a školních družinách*. 2010, roč. 17, č. 3, s. 20-21. ISSN 1210-7506.

VACUŠKOVÁ, Miluše; VACUŠKA, Milan; RYŠAVÁ, Marie. Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou. *Pediatric pro praxi*. 2003, roč. 4, č. 1, s. 43-45. ISSN 1213-0494.

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů .....	53
Graf č. 2 Věk dítěte.....	54
Graf č. 3 Forma DMO.....	55
Graf č. 4 Poruchy řeči .....	56
Graf č. 5 Věk nástupu do MŠ .....	57
Graf č. 6 Věk nástupu do ZŠ .....	58
Graf č. 7 Odklad školní docházky .....	59
Graf č. 8 Problémy při zařazování do školského zařízení.....	60
Graf č. 9 Konkrétní problémy při zařazování do školského zařízení .....	61
Graf č. 10 Typ školy, kterou dítě navštěvuje v současné době .....	62
Graf č. 11 Odraz řečových poruch ve výuce .....	63
Graf č. 12 Odraz řečových poruch v konkrétních předmětech.....	64
Graf č. 13 Pokračování vzdělávání po ukončení povinné školní docházky.....	65
Graf č. 14 Typ školy pro vzdělávání po absolvování ZŠ .....	66
Graf č. 15 Obor budoucího uplatnění .....	67
Graf č. 16 Možnost získání zaměstnání .....	68

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha I: Dotazník



## Příloha I: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Dvořáková, studuji třetím rokem Pedagogickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, obor český jazyk a speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání. Nyní píši bakalářskou práci na téma Psychomotorický a řečový vývoj tělesně postižených. Součástí mé práce je i průzkum, v rámci kterého bych chtěla požádat o pomoc při vyplnění dotazníku rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou. Dotazník je anonymní, veškerá data budou použita výhradně pro účely mé práce.

Děkuji za spolupráci,

Markéta Dvořáková

1) Jste:

a) Muž

b) Žena

2) Uveďte prosím věk vašeho dítěte.

13 LET

3) Jaká forma DMO byla diagnostikována u vašeho dítěte?

SPASTICKÁ KVADRUPARÉZA, ŘEČ DYSARTRIČKÁ

4) Objevují se u vašeho dítěte problémy s řečí? Pokud ano, uveďte prosím jaké.

ANO, ŠPATNÁ VÝSLOVNOST AŽ NESROZUMITELNOST

NE SCHOPNOST TVORIT DELŠÍ SLOŽITĚJŠÍ VĚTY, NALOŽ SOUVĚTÍ.

OMEZENÍ HYBNOST JAZYKA.

5) V kolika letech vaše dítě nastoupilo do MŠ?

VE 4 LETECH

6) V kolika letech vaše dítě nastoupilo povinnou školní docházku?

V 7 LETECH

7) Mělo vaše dítě odklad školní docházky? Pokud ano, napište prosím důvody.

NE

8) Měli jste problém při zařazování dítěte do školského zařízení?

a) Ano

b) Ne

9) Pokud ano, uveďte prosím jaký.

JEN JSME PRVU ZVAŽOVALI MOŽNOST INTEGRACE.

DNES VIDÍM, ŽE BY TI BYLO NEREÁLNÉ!

10) Jaký typ školy vaše dítě navštěvuje?

JUŠ PRAHA - SPECIÁLNÍ

11) Pokud se u vašeho dítěte objevují problémy s řečí, odráží se negativně při výuce?

a) Ano

b) Ne

12) Pokud ano, uveďte prosím konkrétní problémy v konkrétních vyučovacích předmětech.

~~DLUHÉ~~ DLUHÉ A NEPŘESNĚ SE VYADRŮJE PŘI  
ZADANÝCH OTÁŽKÁCH. JE-LI OTÁŽKA SLOŽITÁ, NEDOKÁŽE  
RYCHLE NAJÍT NA VYSLOVENÍ NEJEDNODUŠÍ ZPŮSOB  
OD POVEDI.

SLOŽITĚ JE I VYSLOVAT VYSOKÉ ŮSLOVKY

PŘI ŠPATNĚ VÝSLOVNOSTI PODOBNÝCH SLOV MOŽE DOJÍT  
I K TEORETICKÉ "CHYBĚ", KTERÁ CHYBOU NEBYLA

13) Uvažujete o pokračování vzdělávání vašeho dítěte po absolvování povinné školní docházky?

- a) Ano
- b) Ne

14) Pokud ano, uveďte prosím typ školy, o kterém uvažujete.

PRAKTICKÁ

15) V jakém oboru by se podle vás mohlo vaše dítě uplatnit a proč?

OBOR? CHRÁNĚNÉ DÍLNY. HLAVNĚ PRO VNITŘNÍ POCIT DÍTĚTE, ŽE JE UŽITEČNÉ!

16) Myslíte si, že vaše dítě v budoucnosti snadno získá práci?

- a) Ano
- b) Ne & PRACOVNÍHO PROCESU NEBUDE MOŽNÉ SE O NĚJ VŽIVIT.

17) Svou předchozí odpověď prosím zdůvodněte.

JE TO TĚŽKÉ, ALE O TAKOVÉHO ZAMĚSTNANCE NEBUDE MÍT NIKDO REÁLNĚ ZÁJEM.

Děkuji za váš čas strávený vyplněním dotazníku.

Markéta Dvořáková