

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Narušená komunikační schopnost u žáků v základní škole speciální
Pupils with disturbed communications ability at special primary school
Nicole Konštiaková

Vedoucí práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.
Studijní program: Speciální pedagogika (B 7506)
Studijní obor: B SPPG (7506R002)

2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vady řeči u žáků ve speciální škole“ vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 18. 04. 2017

.....

podpis

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce, PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, poskytnutí připomínek a pomoc při zpracování této práce.

Dále bych chtěla poděkovat za trpělivost a spolupráci všem rodičům a žákům, kteří se podíleli na výzkumu. Také svým kolegyním za odbornou pomoc, předané zkušenosti, rady a ochotu při tvorbě této bakalářské práce.

V neposlední řadě děkuji své rodině za její podporu, velkou trpělivost a všestrannou pomoc.

ANOTACE

Ve své bakalářské práci se zabývám narušenou komunikační schopností u žáků na základní škole speciální. V teoretické části se zaměřuji na charakteristiku mentálního postižení, narušené komunikační schopnosti a popisu nejčastějších typů narušené komunikační schopnosti u žáků se středně těžkou a těžkou mentální retardací. Také je zde charakterizována základní škola speciální a alternativní a augmentativní komunikace. V praktické části navrhuji nápravná opatření u žáků s narušenou komunikační schopností. Součástí mé bakalářské práce jsou dvě kazuistiky žáků a rozhovor s jejich rodiči.

Klíčová slova

- Řeč;
- Jazyk;
- Komunikace;
- Narušená komunikační schopnost;
- Mentální retardace;
- Základní škola speciální;
- Alternativní a augmentativní komunikace.

ANNOTATION

The Bachelor thesis is focused on pupils with disturbed communications ability at special primary school. The theoretical part includes characteristics regarding mental disability, disturbed communications ability and describes some of the most typical types of the disturbed communications ability. There are also described special basic school and an Augmentative and alternative communication. I try to propose how we can cure a disturbed communications ability in the practical area. Parts of my bachelor thesis are case reports of two pupils and an interview with their parents.

Keywords

- Speech;
- Language;
- Communication;
- Disturbed communications ability;
- Mental retardation;
- Special primary school;
- Augmentative and alternative communication.

OBSAH

ANOTACE.....	3
ANNOTATION	4
ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	11
1.1 Etiologie mentální retardace	13
1.2 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	15
2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ.....	21
3 KOMUNIKACE.....	22
3.1 Jazyk a řeč.....	22
3.1.1 Ontogeneze řeči	23
3.2 Řeč – období vývoje řeči u dětí bez mentálního postižení	24
3.2.1 Přípravné období vývoje řeči.....	24
3.2.2 Stadia vlastního vývoje řeči.....	25
3.3 Vývoj řeči u dětí se středně těžkou mentální retardací	25
3.4 Vývoj řeči u dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací	26
4 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	27
4.1 Jazykové roviny v ontogenezi řeči.....	28
4.1.1 Morfologicko – syntaktická rovina (gramatická)	28
4.1.2 Lexikálně – sémantická rovina	29
4.1.3 Foneticko – fonologická rovina (zvuková).....	29
4.1.4 Pragmatická rovina.....	30
4.2 Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací	31
4.2.1 Mutismus	31
4.2.2 Rinolalie (huhňavost).....	32
4.2.3 Dyslalie.....	33
4.2.4 Dysartrie	33
4.2.5 Balbuties (kuktavost) a Tumultus sermonis (breptavost).....	34
4.2.6 Echolálie	35

4.2.7	Dysprozódie	35
5	ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
6	ŽÁCI S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE SPECIÁLNÍ	39
6.1	Cíle, metodologie a popis výzkumného šetření	39
6.1.1	Cíle výzkumné části	39
6.1.2	Metodologie výzkumného šetření.....	39
6.1.3	Popis místa, kde probíhalo výzkumné šetření	40
6.2	Charakteristika zařízení	42
6.3	Výzkumná šetření.....	42
6.4	Závěry výzkumných šetření.....	50
	ZÁVĚR	52
	LITERATURA	55

ÚVOD

Není nic neobvyklého, že dítě s mentálním či kombinovaným postižením má problémy při navázání komunikace. Snaží se pochopit své okolí a zařadit se do společnosti, ve které by se cítil příjemně. Takové začlenění pro něj není vůbec snadné. Chce-li být považován za aktivního člena společnosti, a nebýt pouze za pasivního pozorovatele, musí chápat, co po něm okolí žádá. Lidé v jeho okolí se musí snažit pochopit, co po nich dítě chce, aby mu mohli splnit jeho přání a potřeby. To je stěžejní důvod, proč je komunikace tak podstatná.

Ne všichni jedinci jsou schopni řeč používat. Nezbyvá nám tedy nic jiného než se pokusit najít jinou cestu, skrz kterou by mohli komunikovat. Jedním z možných způsobů je využití alternativní a augmentativní komunikace.

Pracuji jako třídní učitelka v rehabilitační třídě v Kladně. Ve třídě mám devět žáků, z toho osm s těžkou mentální retardací a jedno s hlubokou mentální retardací. Jelikož ani jeden z žáků neovládá řeč plynule, někteří dokonce nemluví vůbec, hledáme stále vhodné způsoby, jak s nimi komunikovat. Řeč je u každého dítěte jinak rozvinutá, tudíž najít jednotný způsob komunikace je nemožné. Díky tomu, že se denně setkávám s žáky s narušenou komunikační schopností a zabývám se možnými způsoby komunikace s nimi, jsem se rozhodla využít toto téma jako téma své bakalářské práce.

Ta se skládá z šesti kapitol. Prvních pět kapitol jsou teoretické, šestou kapitolu tvoří výzkumné šetření, které již spadá do praktické části.

V první kapitole jsem klasifikovala mentální retardaci a charakterizovala její stupně. Také jsem zde porovnávala několik různých definic mentálního postižení. V druhé kapitole definuji základní školu speciální, objasňuji, pro jaké žáky speciální škola je a vysvětluji rozdíl mezi speciální a rehabilitační třídou. V kapitole třetí se zaměřuji na komunikaci, jazyk a řeč. Zprvu jsem se zaměřila na děti bez mentální retardace, poté na děti s mentální retardací. Konkrétně se tam zaměřuji na vývoj řeči u žáků se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací. Jsou zde zmíněny i faktory, které ovlivňují správný vývoj řeči. Čtvrtá kapitola je věnována narušené komunikační schopnosti. Nejprve charakterizuji jazykové roviny v ontogenezi řeči a dále se soustředím především na druhy narušené komunikační schopnosti. Ve své práci

neuvádím všechny druhy narušené komunikační schopnosti, ale pouze ty, které mají žáci ve speciálních základních školách nejčastěji. V poslední kapitole teoretické části objasňuji pojmy alternativní a augmentativní komunikace. Kromě základních definic jsem se věnovala především klasifikaci těchto systémů, výhodám a nevýhodám, ale také vypsáním konkrétním systémům, které můžeme využít u dětí s mentální retardací.

V praktické části se soustředím na narušenou komunikační schopnost dvou studentů, které učím. Výzkumné šetření jsem prováděla metodou případových studií a rozhovoru. V této části popisuji cíl výzkumného šetření, použité metody, charakterizuji výzkumné vzorky a na konci mám závěrečné vyhodnocení. Metodou mé bakalářské práce je kvalitativní výzkum.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

„Není těžké milovat dítě zdravé a krásné, avšak jen velká láska se dovede sklonit k dítěti postiženému.“

Prof. Rudolf Jedlička

Pojmy „mentální retardace“ a „mentální postižení“ se v současné době užívají jako synonyma. Avšak mělo by být zohledněno, v jakém kontextu se tyto termíny používají. Termín mentální retardace se běžně objevuje spíše v oblasti medicíny, kdežto pojem mentální postižení se spíše používá v pedagogickém prostředí. Termín mentální postižení nám vysvětluje a popisuje ne jeden autor. Ovšem dalo by se říci, že všechny definice a vysvětlení mají stejný význam. Terminologie je poměrně nejednotná a často nesprávně používána.

V současné době je nejvíce rozšířená definice, kterou vydalo v roce 1983 UNESCO (podle Černé, 2008, s. 79): *„Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.“*

Také bychom se mohli setkat s pojmy slabomyslnost nebo oligofrenie, které se užívaly v dřívější době. Jedincům s mentálním postižením se v minulosti říkalo například duševně postižení, duševně úchylní, duševně abnormální, rozumově zaostalí, jedinci s vadným rozumovým vývojem, intelektově úchylní jedinci, intelektově abnormální nebo mentálně opoždění, mentálně deficitní apod.

Mentální postižení je vrozený a trvalý stav. Není to vyléčitelná nemoc. Pravděpodobně žádný jiný druh postižení nedělá jedince tak zvláštním a odlišným jako mentální postižení. Někteří nepostižení jedinci nemohou mentálně postižené osoby vystát a často o nich mluví jako o „duševně chorých“ či jako o „bláznech“. Bohužel nikdo z nás si nedokáže představit, jaké to je žít s takovým druhem handicapu.

Mentální postižení zapříčiňuje poškození mozku na organickém podkladě nebo nedostatečnost mozku, která je neodstranitelná. Jedinec bez organického poškození mozku se nepovažuje za mentálně postiženého jedince. Mnohokrát jde o děti, u nichž rodiče zanedbali výchovu, děti i dospělé jedince s poruchami emocí či děti s vážným postižením smyslů. Pro svůj zdravý psychický vývoj mají tito jedinci nedostatek podnětů. Někteří autoři označují stavy, které připomínají mentální postižení, jako pseudooligofrenii. (Švarcová, 2006, s. 28-29)

„Termín mentální retardace znamená opožděnost rozumového vývoje, je odvozen z latinského mens, 2.p. mentis – mysl, rozum a retardace z latinského retardatio - zdržet, zaostávat, opožďovat. Problémy se stanovením definice mentální retardace jsou od vzniku tohoto termínu.“ (Pipeková In: Vítková 2004, s. 293)

Odborná literatura obsahuje mnoho definic pro termín mentální postižení. Obsahuje jak rozsáhlejší, tak stručnější definice. Stručnější definice podle některých autorů neobsahují vše důležité a tím pádem jsou nedostačující.

„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.“ (Dolejší 1978 In: Pipeková, 2006, s. 269) *„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo částečně získaný (do 2 let života dítěte).“* (Bazalová In: Pipeková 2006, s. 269)

Další definice, kterou ve své publikaci popisuje I. Švarcová (2006, s. 28), zní následovně: *„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání ve vývoji rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.“*

M. Valenta (2014, s. 24) mentální retardaci definuje takto: *„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností.“*

Mezinárodní klasifikace nemocí (její 10. revize) definuje tento termín jako: „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.*“ (Valenta, M., Müller, O. 2009, s. 12)

1.1 Etiologie mentální retardace

Většina rodičů se sama sebe ptá, proč zrovna jejich dítě má postižení a jaký podíl mají na vzniku postižení oni sami. Etiologie mentálního postižení je velice rozmanitá. Příčiny mohou být buď neobjasněné, nebo kombinované.

Valenta (2014, s. 26-28) ve své knize píše: „*Příčiny mentální retardace bývají kategorizovány podle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních (endogenních) či vnějších (exogenních), o mentální retardaci vrozené či získané.*“

Příčiny mentálního postižení jsou nejčastěji děleny podle časového hlediska (Bazalová, 2014) na:

- prenatalní (před narozením dítěte);
- perinatální (v období porodu a bezprostředně po něm);
- postnatální (po porodu do 2 let věku dítěte).

Je třeba zdůraznit, že i když věda odvedla velký kus práce, stále ještě neznáme příčiny poruchy zhruba u třetiny jedinců s mentálním postižením.

„*Mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací. Navíc je třeba si uvědomit, že u každého jednotlivého člověka nelze většinou jednoznačně určit, zda jeho mentální retardace byla způsobena pouze jevy biologickými a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí vlivy sociální. Biologické a sociální faktory se v osobnosti člověka*

prolínají – původní obraz postižení může být pozměněn pozitivně i negativně vlivem podnětného či nepodnětného sociálního prostředí a životních zkušeností.“ (Černá, 2009, s. 84)

V prenatálním období (období plodového vývoje v matčině těle) hraje roli velká řada vlivů. Prioritní roli mají vlivy dědičné (hereditární). Řadíme sem nejen zděděné nemoci po předcích (především metabolické poruchy), které postupně vedou k mentálnímu postižení, ale také to, kdy jedinec dědí po rodičích nedostatek předpokladů k určitým činnostem.

Prenatální vlivy jsou další skupinou genetických příčin, kdy díky mutagenním faktorům (např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické faktory) dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů nebo změnám v chromozomálním počtu (genomové mutace). Spadá sem také početná skupina (21 % etiologií mentální retardace) recesivně podmíněných poruch. Tato kategorie zahrnuje většinu dědičných metabolických chorob jako například fenylyketonurie (lze ji včas diagnostikovat a speciální dietou vyloučit vznik mentální retardace).

Nejčtenější skupinou příčin mentální retardace jsou syndromy způsobené změnou počtu chromozomů (trizomie – Downův syndrom, monozomie).

Další skupinou jsou faktory a onemocnění matky v době, kdy byla těhotná. U této skupiny platí, že čím dříve k patologii dojde, tím jsou fatálnější následky na zdraví dítěte. Řadíme sem onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya nebo plodu, ozáření dělohy, nedostatečnou výživu matky či zneužívání návykových látek v době těhotenství.

Perinatální encefalopatii však již řadíme do **perinatální etiologie** (organické poškození mozku). Dále sem může patřit mechanické poškození mozku při porodu, nízká porodní váha dítěte, hypoxie nebo asfyxie (tzn. nedostatek kyslíku), předčasný porod, těžká novorozenecká žloutenka, při které bilirubin neodchází z těla a při nesouladu RH faktorů působí na nervovou soustavu toxicky.

Po narození (v postnatálním období) může mentální postižení zapříčinit mnoho faktorů. Například zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningocefalitida, meningitida), nádorová onemocnění, mechanické vlivy, jako například trauma či krvácení do mozku. V pozdějším věku to mohou být

Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholové, epileptické demence, schizofrenie apod. (Valenta, 2014, s. 27-29)

1.2 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

V současné době se používá členění podle desáté 15. revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1.1.1993. Jelikož patří mentální retardace do oboru psychiatrie, má jako první označení písmeno F. Oddíl F70 – F79 je pak celý věnován mentální retardaci. Toto označení je považováno za základní kód. Hlavním hlediskem, které se zde používá, je opět stanovení inteligenčního kvocientu (Vítková, 2004, s. 296).

V České republice se ke klasifikaci mentálního postižení používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10), kterou vydává Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO).

U mentální retardace rozlišujeme:

- Druh postižení
 - F 70-79 Mentální retardace.
- Stupeň postižení
 - F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50;
 - F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35;
 - F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20;
 - F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže;
 - F 78 Jiná mentální retardace;
 - F 79 Nespecifikovaná mentální retardace.
- Typ postižení
 - Eretický (neklidný, dráždivý, agresivní);
 - Torpidní (apatický, netečný, pasivní).

Lehká mentální retardace (F 70 – IQ 50-69)

Lidé s lehkou mentální retardací dovedou i v dospělosti uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku. Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou

schopni myslet abstraktních pojmů. Myšlení i řeč jsou konkrétní. Jejich verbální projev je jednodušší, užívají kratších vět, objevují se zde občasné nepřesnosti sémantického i syntaktického charakteru. Ani jejich výslovnost nebývá zcela bezchybná. Jsou schopni se učit, zejména pokud jsou respektovány jejich možnosti. V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, jsou pracovně včlenitelní, potřebují pouze dohled a oporu (Vágnerová, 2004, s. 302).

Je tvořena určitou genetickou transmisí a nepříznivými zevními vlivy. Tímto se rozumí sociokulturní deprivace, ekonomické či fyzické strádání, nedostatek stimulace. (Pipeková In: Vítková 2006, s. 296)

Do tří let věku dítěte je psychomotorický vývoj zpomalen či mírně opožděn. Větší potíže nastávají mezi třetím a šestým rokem. Dítě má malou slovní zásobu, opožděný vývoj řeči a komunikačních dovedností, různé řečové vady, obsahovou chudost, nedostatečnou zvědavost a vynalézavost, stereotypy ve hře.

Hlavní obtíže se objevují v období školní docházky, kdy dítě má potíže především v mechanickém myšlení, omezenou schopnost logického myšlení a slabší paměti. Jemná a hrubá motorika jsou lehce opožděny, objevují se poruchy pohybové koordinace, vážne analýza a syntéza.

V emocionální oblasti se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Výchova a rodinné prostředí mají pro socializaci velký význam. (Bazalová In: Pipeková 2006a, s. 270)

Pozornost je krátkodobá a nestálá. U řeči se může objevit postižení ve všech jejích složkách – jak ve výslovnosti (slovní zásobě), tak v oblasti porozumění řeči i v gramatické stavbě. Vývoj řeči je opožděný, ve slovní zásobě chybí abstraktní pojmy. Artikulace v řeči je neobratná, častá je dyslalie, přetrvávají dramatismy. Děti mají v mnoha případech zafixované stereotypy v řeči.

Žáci se vzdělávají ve speciálních školských zařízeních – ve speciální škole nebo v základní škole praktické. Mohou pokračovat na učební obory, které nejsou tak obtížné nebo se nechat zaškolit na snadné manuální činnosti v praktické škole. Plno dospělých je schopno pracovat a úspěšně udržovat sociální vztahy a přispívat k životu společnosti.

Středně těžká mentální retardace (F 71 – IQ 35-49)

Uvažování jedinců se středně těžkou mentální retardací lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky. V jejich slovníku chybějí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. K učení je limitováno na mechanické podmiňování, k zafixování čehokoli je třeba četného opakování. Jsou schopni osvojit si běžné návyky a jednoduché dovednosti, především v oblasti sebeobsluhy. Mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, pokud se nevyžaduje přesnost a rychlost. Potřebují trvalý dohled (Vágnerová, 2004, s. 302).

U většiny středně těžce mentálně postižených lze diagnostikovat organickou etiologii. Může, ale nemusí být přítomen dědičný podklad – například chromozomální aberace, ale také traumata, infekce organismu, zvláště pak infekce CNS. (Pipeková In: Vítková 2004, s. 298)

Rozvoj myšlení a řeči je velmi opožděn a přetrvává až do dospělosti. Obsah řeči bývá chudý a často velice jednoduchý. Věty bývají tvořeny jednoduše. Používají se často jen jednoduchá slovní spojení. V některých případech je užívána jen nonverbální komunikace.

Tito jedinci mají dobrou napodobovací schopnost. Díky tomu se stává, že zopakují dlouhý řečový celek, aniž by tomu rozuměli.

M. Valenta a O. Müller (2003) ve své knize zmiňují častou kombinaci retardace psychického vývoje s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami.

Vývoj jemné a hrubé motoriky bývá zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. (Bazalová In: Pipeková 2006, s. 273)

Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná. Pipeková (2006, s. 63) uvádí, že „mnozí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností.“

V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu,

ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. (Švarcová, 2006, s. 35)

Těžká mentální retardace (F 72 – IQ 20-34)

Lidé s těžkou mentální retardací jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, uvažují na úrovni batolete. Omezení je zřejmé i v oblasti řeči, naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně, resp. Generalizovaně. Někdy nemluví vůbec. Jejich učení je značně limitováno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Často jde o kombinované postižení, mnozí z nich mají postiženou i motoriku, trpí epilepsií apod. Jsou závislí na péči jiných lidí (Vágnerová, 2004, s. 302).

Bazalová (in Pipeková 2006, s. 273) uvádí, že etiologie může být negenetická (poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce) i genetická. Již v předškolním věku bývá výrazně opožděn psychomotorický vývoj.

Rozvoj řečových i komunikativních dovedností není příliš velký. Řeč se buď vůbec nevytvoří, nebo je omezena pouze na jednoduchá slova.

Jedincům s těžkou mentální retardací se často střídají nálady. Mívají sklony k impulzivnímu jednání, které bývá velice prudké. Sociální kontakty jsou na úrovni sympatie a antipatie. Rozeznávají osoby jim blízké.

Postižení lidé se nikdy nestanou samostatnými a vždy budou potřebovat někoho, kdo se o ně bude starat.

J. Slowík (2010, s. 50) ve své knize uvádí: „*I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.*“

Hluboká mentální retardace (F 73 – IQ 19 a níže)

Ve většině případů jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou mentální retardací jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytvoří se ani základy

řeči. Jsou komplexně závislí na péči jiných lidí, obvykle bývají umísťováni do ústavu sociální péče (Vágnerová, 2004, s. 302).

U většiny případů jde o organickou etiologii. Tvoří ji jedno procento z populace mentálně postižených. (Pipeková In: Vítková 2004, s. 300)

„Vývoj neuropsychických funkcí je výrazně omezený, zásadní omezení jsou v oblasti porozumění požadavkům okolí a schopnosti reagovat na ně. Častá imobilita či výrazné omezení pohybu vyžadují trvalý dohled a pomoc.“ (Hučík In : Lechta 2010, s. 253)

Takto postižení jedinci nemají žádnou schopnost sebeobsluhy. Péče je u nich vyžadována ve všech směrech.

Běžné jsou neurologické nebo jiné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového či sluchového vnímání. (Švarcová 2006, s. 36)

„Děti s hlubokou mentální retardací reagují citlivě především na taktilní podněty a zvuky, zejména na emoční tón hlasu, reakce na zrakové podněty bývají mnohdy omezené. Jejich komunikace bývá globální – dávají najevo svoji spokojenost celkovou relaxací, úsměvy a nespokojenost vyjadřují stoupajícím napětím a pláčem, k emočním podnětům z okolí mohou být přitom dosti citlivé.“ (Říčan, Krejčířová 1997, s. 147)

J. Slowík (2010, s. 50) uvádí, že takto postižení jedinci reagují jen na opravdu jednoduché požadavky. Jejich porozumění je omezené. Je nutná nepřetržitá pomoc. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově-prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení zasloužit jen malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech.

Co se týče výchovy a vzdělávání, možnosti u takto postižených jedinců jsou velice omezeny. Žáci s hlubokým mentálním postižením jsou vzděláváni v rehabilitačních třídách na základní škole speciální.

Jiná mentální retardace (F 78)

„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.“ (Švarcová, 2001, s. 36)

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

„Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné za shora uvedených kategorií.“ (Švarcová, 2001, s. 36)

Sociálně podmíněné mentální postižení

Tento druh mentální retardace se dříve označoval jako *pseudooligofrenie* nebo také jako *zdánlivá mentální retardace*. Jedná se o hraniční pásmo mentálního postižení. (Bazalová, 2014) Příčinou není poškození centrální nervové soustavy, ale vliv exogenního prostředí. Dítě může trpět deprivací, a to jak psychickou, tak sociální. Obvykle sem patří děti ze sociálně slabších rodin. IQ bývá o 10 až 20 bodů nižší, než je normální IQ. Projevy jsou podobné jako u mentálního postižení: Opožděný vývoj řeči, konkrétní myšlení, logické a mechanické myšlení je narušeno, snížená schopnost socializace, obtíže s abstraktními pojmy, apatie či negativismus. Mohou se objevit problémy s koordinací pohybů, avšak hrubá motorika obvykle není narušena. Jelikož u takovýchto dětí je výuka méně efektivní a osvojení jim trvá déle, je při učení nutné časté opakování. Pokud se s dětmi správně pracuje, může dojít ke zlepšení.

Demence

Demence není vrozený stav. Je to stav, který vznikl po 2. roce dítěte zastavením normálního mentálního vývoje. (Bazalová, 2014)

Ne vždy se mezi mentální retardací a demencí dělá v praxi rozdíl. Mají podobné zapříčinění – nemoc, intoxikace, nádory nebo úrazy mozku. U demence zpravidla nastává postupné zhoršování příznaků. Složky osobnosti nepostihuje najednou, ale napadá ji postupně. Nejčastějšími problémy jsou poruchy v orientaci v prostoru, porucha krátkodobé paměti, dezorientace, problémy při komunikaci, pozornosti,... Existuje několik typů demencí.

Základní dělení podle Bazalové, (2014, s. 28.) je na:

- *Atroficko-degenerativní demence* – například Alzheimerova choroba;
- *Ischemicko-vaskulární demence* – například MID (multiinfarktová demence);
- *Symptomatická demence* – například alkoholová demence, poúrazová demence.

2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ

Základní škola speciální (ZŠS) je zpravidla určena pro žáky se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací. Dále ji navštěvují žáci se souběžným postižením více vadami a s autismem. Vzdělávání probíhá podle *Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální*. (Bazalová, 2014) RVP pro ZŠS má dva díly.

Žáci školu navštěvují po dobu 10 let. Zařazení jsou do klasické speciální třídy nebo rehabilitační třídy – podle doporučení o zařazení žáka.

Ve speciálních školách se žáci učí číst, psát a počítat. Mimo jiné si zde také osvojí návyky sebeobsluhy, osobní hygieny a pracovních dovedností. Ne každý žák je schopný zvládnout vše. Proto učivo bývá přizpůsobeno individuálně dle možností a schopností žáků.

Rehabilitační třídy navštěvují žáci s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří mají převážně kombinované postižení. Jsou to především žáci s poruchou motorických schopností, komunikačních dovedností a dalšími závažnými onemocněními. Žáci jsou vzděláváni podle druhé části školního vzdělávacího programu *Základní škola speciální*.

Obsahem výchovně vzdělávací práce je především oblast sebeobsluhy, hygieny, stravování, rozvoj smyslů a osvojování některých elementárních vědomostí, dovedností a návyků. V komunikaci se často využívají alternativní a augmentativní systémy, provádí se rehabilitační tělesná výchova a různé formy terapie. Výuka probíhá ve skupinách i individuální formou.

Výuku dělíme do tematických bloků. Jednotlivé předměty se vzájemně doplňují a prolínají. Pravidelně se střídá vyučování, odpočinek a hry.

Žáci zde nemají známky, ale jsou hodnoceni formou slov. Po absolvování studia žáci získávají základy vzdělání. Ty si nesmíme plést se základním vzděláním.

3 KOMUNIKACE

Komunikace patří mezi jednu z nejdůležitějších složek, které potřebujeme k životu. Hraje velkou roli v rozvoji osobnosti člověka. Je to proces, který je založen na neustálém předávání informací mezi komunikujícími. Role si střídají komunikant a komunikátor. Komunikování prostřednictvím slov je nejvyšší formou komunikace. Tuto formu nazýváme jako komunikace verbální. Je považována za přirozený způsob, jak komunikovat. Komunikovat můžeme nejen verbálně, ale například i písemně či nonverbálně.

Klenková (2012, s. 20) ve své knize definuje komunikaci takto: „*Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz **interakce**, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Znamená současně i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících.*“

3.1 Jazyk a řeč

Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy. (Klenková, 2012, s. 22) Díky němu dokážeme vyjádřit naše představy a prožitky. Jazyk je považován za jev společenský. Učíme se ho tím, že se snažíme mluvit. Za základní funkci jazyka považujeme uspořádání zkušeností. Skládá se z odlišných signálů, znaků a symbolů. Užití je podmíněno kognitivními procesy, zejména v paměti a pozornosti, ale také intelektovými schopnostmi.

Řeč je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím. (Klenková, 2012, s. 23)

Děti s mentální retardací mívají většinou narušený vývoj řeči. Můžeme to vlastně považovat za jeden z charakteristických znaků mentální retardace. Za narušený

ho považujeme tehdy, odchyluje-li se od normy. Řeč se u mentálně retardovaných dětí obvykle už od samého začátku vyvíjí pomalu, je deformovaná a ani později nedosáhne úrovně, kterou považujeme za normální. Mnohdy to bývá první moment, kdy si rodiče uvědomí, že jejich potomek má odlišný vývoj oproti ostatním dětem v jeho věku. V dnešní době už máme výzkumy (Brumetz, 1978), které dokazují, že tyto děti mnohokrát už při narození křičí méně a odlišně, než ostatní děti. Taktéž uvádějí, že hodně dětí začne rozeznávat matčin hlas až o hodně později. Zatímco vývoj řeči u normálních dětí začíná obvykle kolem 1. roku života, u dětí s mentální retardací v témže věku se už zpravidla objevují nápadné odchylky od normy.

Z hlediska vývoje musí být dosaženo určité hodnoty IQ, která umožňuje vývoj řeči. Děti, které mají IQ pod těmito hodnotami disponují jen různou mírou jednoduchých řečových dovedností. Až 65 % retardovaných dětí začíná mluvit až po třetím roce života.

Vývoj řeči dětí s mentální retardací můžeme analyzovat z více hledisek. Při systematickém přístupu je důležité, abychom se zabývali vlivem stupňů, forem a typů mentální retardace.

3.1.1 Ontogeneze řeči

Mezi stádii, ve kterých probíhá vývoj řeči, jsou jen nepatrné hranice. Různá literatura nám definuje ontogenezi řeči a období, ve kterém by se řeč měla vyvinout, nemůžeme se tím však přesně řídit. Pouze u 50 % dětí se dané stadium objevuje ve věku, který nám udává literatura. U každého dítěte se řeč vyvíjí jinak. Dítě však musí projít všemi stádii řečového vývoje. U každého dítěte však různá stadia mohou trvat různou dobu. Důležité je vědět, že může dojít ke zpomalení, či dokonce k retardaci vývoje.

Řeč se každý člověk musí naučit sám. Má však vrozenou schopnost naučit se mluvit. Pro člověka je řeč velice významná. Díky řeči může člověk vyjadřovat své myšlenky, touhy, přání či city. Můžeme také například sdělovat své zkušenosti a předávat je dál. Je to prostředek ke komunikaci. Nejběžnějším typem je zvuková komunikace. Poprvé se objevila u člověka asi před 800 tisíci lety, avšak vývoj řeči u člověka až do dnešní doby probíhá. Díky řeči mluvené mohla vzniknout řeč psaná.

První období vývoje řeči nazýváme jako období novorozeneckého křiku. Zahrnuje první řečový projev ihned po narození dítěte. Poté přechází do dalších období.

3.2 Řeč – období vývoje řeči u dětí bez mentálního postižení

Přípravná období se vzájemně prolínají. Stadia vývoje řeči se dělí na období „přípravné“ a na vlastní vývoj řeči. (Klenková, 2000)

3.2.1 Přípravné období vývoje řeči

Přípravné období probíhá v prvním roce života. Dítě si osvojuje návyky, na jejichž základě se později vybuduje skutečná řeč. Velmi důležitou roli hrají také neverbální aktivity, jako jsou sání, polykání či žvýkání.

Prvním projevem novorozence je **křik**. Tento projev je reakcí na změnu prostředí. Křik je jednotvárný a krátký. Od druhého až třetího týdne můžeme u dítěte pozorovat první úsměvy.

Po zhruba šestém týdnu života začíná být křik dítěte citově zabarven. Nejprve vyjadřuje nespokojenost, později se objevuje i spokojenost. Hlasové projevy v tomto období nazýváme jako **broukání**.

Podle Sováka (1978) se při broukání objevuje větší rozmanitost zvuku, což souvisí se změnami v utváření resonančních dutin, ústní a hltanové dutiny při sání i polykacích pohybech, které dítě opakuje i mimo jezení při tvorbě hlasu. Na toto období navazuje **období pudového žvatlání**. Děti provádí stejné pohyby jako při přijímání potravy a tyto pohyby doprovází hlasem.

Kolem šestého až osmého měsíce začíná u dětí období **napodobujícího žvatlání**. Dítě se pomalu začíná snažit opakovat zvuky mateřského jazyka. Děti slyšící se snaží napodobovat žvatlání. Problém nastane, pokud dítě žvatlat přestane, může to znamenat, že dítě neslyší. To je důležitým diagnostickým momentem. Dítě se musí pokoušet napodobovat hlásky stále dokola, nikdy se to nepovede hned napoprvé. Toto napodobování nazýváme jako „fyziologická echolálie“.

Kolem 10. – 12. měsíce začíná stadium „**rozumění**“ řeči. Obsah slov dítě ještě nechápe, ale už je schopné nějak reagovat. Je velice důležité, aby dítě bylo v kontaktu s ostatními lidmi a mohlo tak řeč a zvuky, které slyší vnímat.

Koncem prvního roku života by zdravé dítě mělo začít vstupovat do stadia rozumění řeči.

3.2.2 Stadia vlastního vývoje řeči

Kolem prvního roku života začínají děti užívat svá první slova. Slova jsou prvním skutečným verbálním projevem. U dětí slova vyjadřují přání, potřeby či například city. Toto období nazýváme **emocionálně volným**. První slova, která děti řeknou, jsou jednoslabičná i víceslabičná. Dítě je spojuje s konkrétními osobami nebo věcmi. To, že dítě začne užívat první slova, neznamena, že žvatlání zanikne. Dítě se v období kolem dvou let snaží napodobovat dospělé. Pokouší se také si slova samo opakovat. Mluvení je pro dítě nyní činností. Bavíme se o **egocentrickém stadiu** vývoje řeči.

V dalších stadiích dochází k výraznému zdokonalování řeči.

Mezi druhým a třetím rokem jsou děti ve **stadiu rozvoje komunikační řeči**. Děti se snaží pomocí řeči dosahovat různých cílů. Už si uvědomují, co řeč znamená a k čemu slouží, a tak se jí snaží využít například k usměrňování dospělých. Snaží se tak komunikovat s dospělými stále častěji.

Velmi důležité je **stadium logických pojmů**. To je stadium kolem 3. roku dítěte. Děti už se snaží používat obtížnější slova a věty a často dochází k obtížím. V tomto období je důležitý postoj rodičů a okolí. Je nutné, aby pomáhali dítěti těžkosti překonávat.

Dítě vyjadřuje své myšlenky na přelomu třetího a čtvrtého roku zpravidla obsahově i formálně s dostatečnou správností. V dalším vývoji si děti osvojují nová slova, rozšiřují slovní zásobu a prohlubují a zpřesňují obsah slov. Tento proces nazýváme jako **intelektualizace řeči**. Tato etapa pokračuje až do dospělosti.

3.3 Vývoj řeči u dětí se středně těžkou mentální retardací

Řeč dětí se středně těžkou mentální retardací je ze začátku pochopitelně velmi opožděná. Jejich řeč se někdy začíná rozvíjet až okolo šestého roku života. V některých

případech se řeč pak může celkem dobře rozvinout. Hranice mezi těžkou a středně těžkou mentální retardací je vymezována celkem jednoznačně právě rozdíly v mluvních výkonech (kdežto hranice mezi středně těžkou a lehkou mentální retardací nemusí být v oblasti řeči až tak nápadná).

Celkový psychický vývoj dětí se středně těžkou mentální retardací dospívá až k podmíněné reflexní činnosti. Jejich řeč bývá na úrovni první signální soustavy. Mají schopnost mechanicky opakovat řečové celky, ale nerozumí tomu, co znamenají. Neví, o čem vlastně mluví. Jejich napodobovací schopnosti jsou výborně vyvinuté. Některé takto postižené děti jsou schopné tvořit jednoduché věty, u jiných je komunikace pouze jednoslovná. Tyto děti bývají schopny konverzovat s ostatními. Konverzují buď verbálně, nebo na základě alternativní a augmentativní komunikace. Někteří jedinci umí své myšlenky vyjádřit i písemně. Děti se středně těžkou mentální retardací mají problém orientovat se v delším mluvním projevu a nedokážou například rozeznat, které informace jsou důležité. Avšak i tyto děti se časem naučí, jak se dorozumět se svým okolím. Podstatné je vést tyto děti systematicky.

3.4 Vývoj řeči u dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací

Děti s těžkou a hlubokou mentální retardací se obvykle vůbec nenaučí mluvit. Projevy řeči jsou stále na pudové úrovni. Řeč u dětí s hlubokou mentální retardací nebude nikdy dobře vyvinuta. Dalo by se říci, že se nevyvíjí vůbec. Nedokážou tak upozornit na své potřeby.

V nejtěžších případech vydávají pouze neartikulované zvuky. Přiměřená mimika a neverbální komunikace se taktéž moc neprojevují. Jen kolem 35 % takto postižených dětí zvládne samo projevovat své základní potřeby jako je například hlad.

Zřídka se může u těchto dětí projevit takzvaná Idiotická němota. Není to však běžné. Málokdy je dítě totálně němé. Tyto děti obvykle vydávají alespoň zvuky a chraptivý hlas modulovaný dle svého momentálního emočního rozpoložení. Některé děti reagují na zavolání. Neznamená to však, že by rozuměly a pochopily řeč, je to pouze jejich situační reakce. U těchto dětí je běžná echolálie.

Jsou i děti, které si osvojí pár dysgramatických slov, často jsou to podstatná jména a citoslovce (máma, haf,...). Někdy to ovšem vyzní spíše jako žvatláni.

4 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST

S termínem narušená komunikační schopnost se v současné logopedii setkáváme často. Podle Lechty (1990) můžeme o narušené komunikační schopnosti hovořit tehdy, je-li řečový projev komunikátora odchýlen od normy natolik, že na komunikanta působí během komunikace rušivě. Na rozdíl od ostatních oborů, logopedie má široké pojetí pojmu normalita. O narušené komunikační schopnosti se bavíme tehdy, je-li narušena jedna nebo více rovin řeči. Mluvíme o lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické, foneticko-fonologické a pragmatické rovině. Každá z těchto rovin zastupuje určitý dílčí systém jazyka charakterizující specifický základ jednot.

„Komunikační schopnost jednotlivce je narušená tehdy, pokud některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru“ (Lechta, 1990, s. 19)

Příčiny narušené komunikační schopnosti bývají různé. Z časového hlediska může docházet k narušení v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Z hlediska lokalizačního řadíme k nejčastějším příčinám chromozomální aberace, genové mutace, orgánová poškození receptorů, vývojové odchylky. Narušení má funkční příčiny vzniku nebo také může vzniknout na orgánovém podkladě. Narušenou komunikační schopnost dělíme na úplné či totální narušení. Jedinec si nedostatky ve svém projevu může uvědomovat, ale také nemusí. Narušení komunikační schopnosti může být hlavním projevem či symptomem jiného dominantního postižení (Klenková in Pipeková et al., 2010).

Symptomatická klasifikace rozděluje narušenou komunikační schopnost do deseti základních kategorií podle symptomů (Klenková in Pipeková et al., 2010):

- vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie);
- získaná orgánová nemluvnost (afázie);
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus);
- narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie);
- narušení fluence (plynulost) řeči (balbuties, tumultus sermonis);
- narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie);
- narušení grafické stránky řeči;

- symptomatické poruchy řeči;
- poruchy hlasu;
- kombinované vady a poruchy řeči.

Předcházením narušení komunikační schopnosti se zabývá logopedická prevence. Logopedickou prevenci dělíme na primární, která se zaměřuje na zdravé děti, a sekundární, jejímž cílem je překonat nedostatky u jedinců, u nichž se již narušená komunikační schopnost vyskytla, a působit tak, aby nedocházelo k deformaci těchto osob (Klenková J., 1997).

Logopedickou prevenci také zmiňuje M. Sovák (1978). Prevence se má konat mj. také logopedickou osvětou – přednáškami, besedami s rodiči nebo sdělovacími prostředky. Rodiče, vychovatelé a učitelé by měli být informováni o tom, jak rozvíjet řeč u dítěte, jak zacházet s dítětem, u něhož už nedostatky v komunikaci vznikly, a kde a jak pro dítě vyhledat odbornou pomoc.

4.1 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

Jednotlivé roviny se vzájemně prolínají. Rozlišujeme čtyři jazykové roviny: morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, foneticko-fonologickou, pragmatickou. Analýzu osvojování jednotlivých rovin budeme však provádět pouze abychom měli přehled.

4.1.1 Morfologicko – syntaktická rovina (gramatická)

Podle Lechty (1985) gramatická rovina odráží velmi přesně celkovou úroveň duševního vývoje dítěte. Tuto rovinu zkoumáme, až když začíná vlastní vývoj řeči, tedy kolem jednoho roku dítěte. První slova, která dítě řekne, plní funkci vět. Slova se tvoří opakováním slabik. Jsou nesklonná. Podstatná jména jsou většinou v prvním pádě, slovesa v infinitivu. Tyto projevy trvají asi do dvou let. Poté vznikají dvouslovné věty. Po podstatných jménech začne dítě užívat také slovesa. Přídavná jména začne dítě užívat mezi druhým a třetím rokem. Nejpozději začne dítě užívat číslovky, spojky a předložky. Po čtvrtém roce by dítě mělo být schopno použít všechny slovní druhy. Gramatická stránka projevu by neměla vykazovat žádné odchylky.

Sovák (1981) uvádí skutečnost, že „gramatické formy jazyka zvládne jen mentálně retardované dítě s lehčím stupněm postižení. Ale i v lehčích případech můžeme často pozorovat dysgramatismus.“ (Sovák in: Housarová, 2011, s. 73)

Tvorba vět je závislá na intelektovém stupni dítěte. Často jsou používána podstatná jména, méně slovesa a přídavná jména. Dítě s mentálním postižením začíná tvořit věty, má-li slovní zásobu 80-100 slov. Typické je také to, že každé slovo vnímají, jako by pro ně bylo úplně nové. Nedokážou přechylovat, odvozovat slova.

4.1.2 Lexikálně – sémantická rovina

Tato rovina se zabývá významem slov a slovní zásobou. Dítě začíná slovům rozumět kolem desátého měsíce. Okolo prvního roku života dítě stále komunikuje spíše neverbálním způsobem, ale už se snaží používat první slova, ta chápe dítě všeobecně. Kolem prvního roku je slovní zásoba dítěte pět až deset slov, ve dvou letech je to přibližně 200 slov, ve třech letech 1000 slov a ve čtyřech letech je to kolem 1500 slov. Před nástupem do školy by dítě mělo umět kolem 2500-3000 slov.

Děti s mentálním postižením používají velký počet slov, která ve větě ani nemají význam, kdežto významová slova ve větě chybí. Převládá pasivní slovní zásoba, aktivně moc slov neužívají. Často také užívají jedno slovo pro mnoho významů, a tak věci pojmenují nesprávně.

4.1.3 Foneticko – fonologická rovina (zvuková)

Období přechodu z pudového žvatlání na žvatlání napodobující (6. -9. měsíc) je podstatným okamžikem v ontogenezi řeči. Lechta (1990) zdůrazňuje, že až od tohoto stadia je možné hovořit o vývoji výslovnosti ve správném slova smyslu, jelikož do té doby zvuky, které dítě vydává, nelze označovat za hlásky mateřského jazyka. Pravidlo nejmenší fyziologické námahy řídí fonetickou stránku ontogeneze řeči (hlásky, které vyžadují nejmenší námahu, vytváří dítě jako první, až později vytváří hlásky fyziologicky náročnější). Znamená to, že dítě tvoří nejprve samohlásky, potom retné souhlásky a postupně vytváří až hlásky hrdelní.

Pořadí souhlásek ve vývoji řeči dítěte:

- závěrové: p, b, m, t, d, n, t', d', ň, k, g;
- úžinové jednoduché: f, v, j, h, ch, s, z, š, ž;
- polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření: c, č, l, r, ř.

Charakteristickým znakem dětského mateřského jazyka jsou fonémy. Ty však děti zvládají nejpozději. (v českém jazyce se fixuje naposledy ř). Po zvukové stránce končí vývoj kolem pátého roku dítěte. Nejpozději končí při vstupu dítěte do školy.

Vývoj řeči u mentálně postižených začíná mnohem později. Narušena není pouze výslovnost, ale také rytmus či například melodie řeči. Díky motorické neobratnosti dochází k nesprávné výslovnosti slov. Vývoj výslovnosti je prodloužen až do školního věku. (Lechta 2002, in: Housarová, 2011, s. 75)

4.1.4 Pragmatická rovina

Lechta (1990, s. 19) uvádí, že jde o rovinu sociální aplikace, sociálního uplatnění komunikačních schopností. Sociální a psychologické aspekty komunikace vstupují do popředí. Dvou až tříleté dítě dokáže pochopit svoji roli komunikačního partnera a reagovat na konkrétní situace. Mateřský jazyk se dítě učí ovládnout nejen jako systém různých znaků a pravidel, ale snaží se osvojit si schopnost užívat různé vzorce, které používá různým způsobem a v různých situacích.

Snaha komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělými se objevuje u dítěte po třetím roce. Kolem čtvrtého roku už dítě dokáže komunikovat přiměřeně dané situaci. Toto období nazýváme jako období intelektualizace řeči. Dochází zde k regulační funkci řeči, chování dítěte je možné řídit řečí a dítě samotné používá řeč k regulaci dění ve svém okolí.

Děti s mentálním postižením mají problém při snaze prezentovat vlastní komunikační záměr. Často nechápu svou roli v komunikaci.

4.2 Nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti u dětí s mentální retardací

Proces vývoje řeči je ovlivňován mnoha faktory. Můžeme je rozlišit na vnitřní a vnější. Z vnitřních faktorů považujeme za důležité vrozené předpoklady a nadání pro řeč, zdravý vývoj zrakového a sluchového analyzátoru, nepoškozená centrální nervová soustava a mluvní orgány, dobrý fyzický a duševní stav dítěte, zdravý vývoj intelektu. Faktory, které ovlivňují celkové prostředí dítěte, výchovu, ale především podnětnost prostředí, které vede dítě ke komunikaci, řadíme mezi faktory vnější.

Mezi nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti u žáků ve speciální škole patří: mutismus, huhňavost, dyslalie, dysartrie, breptavost, koktavost, echolalie, dysprozodie. Můžeme diagnostikovat i další poruchy, avšak tyto jsou nejčastější.

„Nemluví-li dítě ve 3 letech nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku, jedná se zřejmě o opožděný vývoj řeči“ (Klenková, 2006, s. 66).

4.2.1 Mutismus

Mutismus řadíme do skupiny neurotických poruch řeči. Označujeme tak náhlou ztrátu již vyvinuté řeči. Jedná se o psychogenně podmíněnou poruchu, není poškozena centrální nervová soustava. Projevuje se především funkční ztrátou řeči, celkovým odmítáním komunikovat, mlčením ze studu, ze strachu či z jiných příčin. Ztráta řeči je náhlá. Jde pouze o ztrátu, nikoli o porozumění řeči. V některé literatuře se pro jednotlivé formy mutismu užívá více termínů: autistický mutismus, neurotický mutismus, perzistentní mutismus,... O mutismu mluvíme tehdy, přetrvává-li oněmění více než čtyři týdny, a jsou-li vyloučeny další diagnózy.

Ne vždy se musí jednat o úplné oněmění. Některé děti jsou například schopné komunikovat šeptáním, popřípadě užívají jen pár izolovaných slov. Děti s mutismem hojně gestikulují a ukazují. Musíme brát v potaz, že tyto děti mají snahu se dorozumět. Chtějí mluvit, ale díky nějakému psychickému problému nemohou.

Mutismus rozdělujeme na elektivní mutismus, surdomutismus a totální mutismus. Totální mutismus nastává tehdy, nehovoří-li dítě nikdy. Je velmi vzácný a bývá často

zaměňován s intelektuální zaostalostí či poruchami autistického spektra. V obou případech je nutná spolupráce logopeda s psychologem (Hartmann, Lange, 2008).

Elektivní mutismus je nejčastější forma mutismu. Někde se užívá termín SELEKTIVNÍ mutismus. Problémy nastávají pouze ve vybraných situacích, s určitými osobami či v určitém prostředí. Elektivní mutismus je spojen s negativistickým postojem, nikoli s inteligencí dítěte. Projevuje se útlumem řeči za určitých okolností a vůči určitým osobám. Vzniká většinou u dětí ve spojení se školou a také často s nemocničním prostředím. Může být také vyvolán díky nějakému silnému traumatickému zážitku. Dítě cítí obavu a nebezpečí. Někdy dítě doma mluví bez problému, ale ve škole není schopno komunikovat. Popřípadě může být schopno komunikace pouze s některými spolužáky, učiteli. Stres, který vyvolávají obavy či nebezpečí, zablokuje řečové mechanismy. Rozvoj elektivního mutismu může být náhlý, ale objevuje se i pomalejší postupný útlum řečových dovedností.

Příčinou této poruchy mohou být také velké nároky, které jsou na dítě kladeny, jak ze strany rodičů, tak ze strany například učitelů a okolí. Dítě může mít pocit, že se mu nedostává dostatečné morální a emocionální podpory, a tak je ve stresu a bojí se.

Než začne dítě chodit do školy, je důležité ho předem připravit na velké změny. Může se tak předejít pozdějšímu oněmění.

4.2.2 Rinolalie (huhňavost)

Rinolalie se vyskytuje a mentálně postižených jedinců více než u dětí duševně zdravých. Zavřená huhňavost je často zapříčiněna zbytnělou nosní mandlí. Otevřená huhňavost bývá zapříčiněna nedostatečnou inervací měkkého patra (Klenková, 2006).

Při kombinaci obou narušení vzniká smíšená huhňavost. Všechny tyto druhy rinolalie vyžadují odbornou lékařskou péči a následnou logopedickou intervenci (Sovák, 1978).

„Huhňavost je porucha zvuku řeči, patologicky změněná nosovost. Jedná se o sníženou nebo zvýšenou nazalitu (nosovost) v mluvené řeči, poruchy zvuku jednotlivých hlásek při artikulaci, která závisí na činnosti patrohltanového (velofaryngeálního) uzávěru“ (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012, s. 64).

4.2.3 Dyslalie

S dyslalií se u mentálně postižených dětí setkáváme nejvíce, stejně jako u zdravých dětí. Většinou se i u těchto jedinců jedná o vadnou výslovnost sykavek a vibrant. Na rozdíl od zdravých jedinců se u mentálně postižených dětí mnohokrát objevuje i vadná výslovnost retoretných a retozubných hlásek (Klenková, 2006).

„Dyslalie je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem“ (Klenková, 2006, s. 99).

Dyslalie má dvě klasifikace. Dělíme ji dle příčin a dle stupně. Podle příčin dělíme dyslalii na orgánovou a funkční. Orgánová dyslalie bývá důsledkem poruchy sluchu, zraku či malformace mluvidel. Funkční dyslalie je bez patologicko-anatomického podkladu. Podle stupně rozdělujeme dyslalii na dyslalii levis (simplex), dyslalii gravis (multiplex) a dyslalii universalis (tetismus, hotentotismus). U dyslalie levis není narušena srozumitelnost řeči. Projevuje se vadou výslovnosti jedné nebo menší skupiny hlásek. Dyslalie gravis označuje těžkou vadu výslovnosti a bývá postižen velký počet hlásek. Dyslalie universalis se vyznačuje poruchou výslovnosti téměř všech hlásek a řeč je skoro nesrozumitelná (Krahulcová, 2007).

4.2.4 Dysartrie

Dysartrie se projevuje, když je dítě postiženo zároveň i poruchou motoriky. Toto postižení vyžaduje dlouhodobou rehabilitační péči.

Dysartrie je porucha schopnosti bezchybně zvládat pohyby mluvidel při řečovém projevu, které vznikají náhle či postupně na základě onemocnění či traumatu, poškození centrální nervové soustavy (Neubauer K., 2007).

V různé míře a rozsahu jsou při dysartrii postiženy všechny základní součásti motorické realizace řeči – dýchání, tvorba hlasu a hybnost mluvidel, tedy jazyka, měkkého patra a dolní čelisti. Nejzávažnějším druhem této poruchy je anartrie. U anartrie je postižený jedinec neschopný pohybovat mluvidly, případně vydávat hlas.

Dysartrie může být buď vývojová, nebo získaná. Vývojová dysartrie zahrnuje poruchy, které vznikly od počátku vývoje organismu na základě organického poškození centrální

nervové soustavy dítěte. Proto je nejčastěji spojován se skupinou dětí narozených s projevy dětské mozkové obrny (Neubauer K., 2007).

M. Sovák (1978) rozděluje dysartrii na korovou (kortikální) dysartrii, pyramidovou dysartrii, extrapyramidovou dysartrii, mozečkovou (cerebelární) dysartrii, bulbární a smíšenou dysartrii.

4.2.5 Balbuties (koktavost) a Tumultus sermonis (breptavost)

Tyto dvě vady označujeme jako vady narušení plynulosti řeči. Koktavost se považuje za jednu z nejtěžších vad řeči. Jde o syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr (Lechta V., 2004).

V mnoho zdrojích se uvádí, že nejčastější příčinou této poruchy je dědičnost. Velkou roli také hraje negativní působení sociálního prostředí, napodobování, psychotraumata, orgánové příčiny, poruchy metabolismu, vegetativní labilita nebo vrozená řečová slabost.

Koktavost se může projevovat ve třech směrech – incipientní koktavost, fixovaná koktavost a chronická koktavost.

Koktavost se u mentálně postižených dětí často kombinuje s breptavostí.

Breptavost je narušení komunikační schopnosti, které se charakterizuje tím, že si ho jedinec neuvědomuje. Mívá malý rozsah pozornosti a narušena je percepce, artikulace a formulování odpovědí. Breptavost je projevem centrálních poruch řeči a působí na všechny komunikační cesty, na čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování (Weissová A., 1964, In: Tarkowski Z., 2003).

Hlavním příznakem breptavosti je nadměrně zrychlené tempo řeči, při kterém se zhoršuje srozumitelnost projevu a může vyústit až do nesrozumitelné řeči. V mluvené řeči se také objevuje opakování a vynechávání slabik, narušení artikulace a dýchání, hlasové poruchy a dysmúzie. Narušeno je také neverbální chování (Škodová E., Jedlička I., 2003).

4.2.6 Echolálie

Tato vada řeči se objevuje především u dětí, které mají dobrou napodobovací schopnost. Nesmí ovšem být postižena i schopnost motorická. Tyto děti opakují slova, která slyší. Napodobují je mechanicky, tudíž nechápou význam toho, co právě řekly.

4.2.7 Dysprozódie

Je to porucha modulačních faktorů. Mají ji děti s poruchami motoriky. Jejich řeč bývá monotónní, pomalá, občas naopak zrychlená, tichá, vzrušená (Klenková, 2006).

5 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

Alternativní a augmentativní systémy komunikace využíváme při komunikaci s mentálně postiženými dětmi. Jsou to náhradní a podpůrné způsoby, jak nahradit verbální komunikaci.

Hlavním úkolem systémů alternativní a augmentativní komunikace je předcházet vzniku komunikačního deficitu u mentálně postižených dětí a najít způsob, díky kterému se budou moci stát rovnocennými komunikačními partnery.

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) představuje rozvíjející se multidisciplinární oblast, zabývající se možnostmi využití doplňkové (augmentativní) a náhradní (alternativní) komunikace u osob s těžkými poruchami expresivní složky řeči. (Cséfalvay, Vliet, Gúthová, 2002)

Augmentativní komunikace doplňuje a podporuje rozvoj komunikačních schopností, které jsou nedostatečně rozvinuté. Kdežto alternativní komunikační systém nahrazuje mluvenou řeč.

Bendová (2013), ve své knize uvádí, že tyto systémy klasifikujeme podle:

způsobu přenosu informace:

- statické- využívají grafické symboly nebo trojrozměrné předměty, systém Bliss, piktogramy (obrázkový systém), fotografie,...
- dynamické- zahrnují znaky- prstová abeceda, metoda Makaton, Znak do řeči,...

využitelnosti speciálních pomůcek:

- bez pomůcek- mimika, gestikulace,...
- s pomůckami- reálné předměty, fotografie, obrázky,...
- jiné typy- dotekové obrazovky, speciálně upravené klávesnice,...

Při výběru vhodného systému musíme brát zřetel na mnoho hledisek, jelikož je podmíněn mnoho faktory. U dítěte, pro které chceme vhodný komunikační systém vybrat, musíme zhodnotit například stupeň porozumění řeči a signálům nonverbální

komunikace, zda dítě v současnosti komunikuje verbálně či neverbálně, jestli dítě dokáže vyjádřit souhlas a nesouhlas, jaké jsou jeho čtenářské schopnosti, jak je na tom motoricky či například, jak ho budeme motivovat.

Ačkoliv jsou alternativní a augmentativní systémy skvělým způsobem komunikace, mají i své nevýhody. Mezi nevýhody patří například to, že ho jedinci nemohou využít v každé společnosti, jelikož ne každá osoba jeho způsob komunikace ovládá. Další nevýhodou je, že tyto způsoby komunikace jsou časově velmi náročné.

Mezi základní systémy alternativní a augmentativní komunikace, které můžeme využít u mentálně postižených dětí, patří především reálné předměty, zmenšeniny reálných předmětů, fotografie, obrázky, piktogramy, globální čtení, Znak do řeči, Makaton. (Bendová, 2013)

Piktogramy

Piktogramy jsou obrázkové komunikační symboly. Používáme je i v běžném životě, jsou to například příkazové a informační tabule, značky. Jsou zpravidla srozumitelná pro všechny kategorie. U mentálně postižených dětí mají piktogramy podpůrnou a substituční funkci při rozvoji řeči. (Kubová in: Bendová, 2013)

Obrázky znázorňují osoby, věci, činnosti, představy, vlastnosti, pocity a vztahy. (Kubová in: Bendová, 2013) Piktogramy můžeme využít také v softwarové formě. Nejznámější soubor se nazývá Picture Communication Symbols. Obsahuje zhruba 3000 piktogramů. Mohou být, jak v černobílé, tak v barevné formě. Dále také můžeme používat soubor Piktogramy a Altík.

Znak do řeči

Znak do řeči si nesmíme plést se znakovou řečí. Je to prostředek doplňující řeč, je považován za kompenzační prostředek. Tvoří ho více než 400 znaků. Rozšiřuje a usnadňuje komunikaci a snaží se postupně dovádět k mluvené řeči. Ulehčuje komunikaci jedincům s narušenou komunikační schopností. Znakujeme jen klíčová slova, nikoliv celou větu. Pro mentálně postižené jedince je to vhodný způsob komunikace. Pokud tento způsob používají mentálně postižené děti, je důležité znaky pravidelně opakovat a užívat je při každé aktivitě.

Makaton

Je to komunikační systém, který podněcuje rozvoj verbálního projevu a porozumění pojmu u dětí i dospělých s komunikačními problémy. Makaton užívá současně vizuálně motorické znaky, mluvenou řeč, grafické symboly, využívá i některé prvky neverbální komunikace. Znaky vycházejí většinou z přirozeného jazyka komunity osob se sluchovým postižením. Vyžaduje především zapojení hrubé motoriky, nikoliv jemné.

Tento systém využívají především neslyšící dospělí, malé neslyšící děti, děti s mentální retardací či autismem, osoby s tělesným či kombinovaným postižením, které mají vážné artikulační problémy, slyšící a mentálně postižení jedinci, kteří nerozumí mluvené řeči a verbálně komunikují málo nebo vůbec.

Makatonu má 350 znaků a symbolů. Při prvotním používání Makatonu se doporučuje užívat současně znaky, symboly a mluvenou řeč. Jedinec si vybere sám, co mu vyhovuje. U mentálně postižených žáků využíváme v kombinaci s Makatonem obrázky a fotografie.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 ŽÁCI S NARUŠENOU KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTÍ NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE SPECIÁLNÍ

Pro své výzkumné šetření jsem si vybrala dva žáky, které učím. Oba dva mají narušenou komunikační schopnost, ovšem každý z nich má jiný druh.

Nejprve objasním cíl mé práce, popíši použité metody a poté budu popisovat konkrétní případy.

6.1 Cíle, metodologie a popis výzkumného šetření

6.1.1 Cíle výzkumné části

Primární cíl – navrhnout nápravná opatření narušené komunikační schopnosti u žáků s mentálním postižením ve speciální třídě, kteří jsou vybranými subjekty pro mé šetření.

Další cíle:

- 1) Jaké způsoby alternativní a augmentativní komunikace bychom doporučili žákyni, která se verbálně neprojevuje?
- 2) Jak se chovat k žákovi, který koktá?

6.1.2 Metodologie výzkumného šetření

Pro účely své práce jsem si zvolila výzkumné šetření, které je založeno na kvalitativně orientovaném pedagogickém výzkumu.

Kvalitativně orientovaný pedagogický výzkum pracuje se slovními (nečíselnými) informacemi. Výzkumník se snaží o navázání užšího kontaktu s respondenty. Usiluje o hlubší pochopení situací, ve kterých jsou účastní. Aby je mohl popsat, musí je nejprve dobře pochopit. Toto porozumění je také nejvýznamnějším cílem takto zaměřeného šetření. Výzkumník se zde nesoustřeďuje na skupinu respondentů, ale zajímá

ho konkrétní případ. Např. konkrétní žák nebo konkrétní rodina atp. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, který ověřuje již známou teorii, odkrývá kvalitativní výzkum nové, ještě nezjištěné informace a z nich vyvozuje také nové hypotézy. Výzkumné problémy bývají netradiční (Gavora, 2010).

Výzkumné šetření bylo realizováno ve Speciální základní škole a Mateřské škole v Kladně, kde také pracuji. Při výzkumném šetření jsem přímo pracovala s žáky, dlouhodobě je pozorovala a pečlivě si pročetla anamnestickou dokumentaci. Ve své práci jsem to použila jako případové studie. Vybrala jsem si dva žáky, kteří mají diagnostikovanou narušenou komunikační schopnost. Každý žák má jinou diagnózu.

Informace a data ke zpracování jsem sbírala od září. Oba dva žáci, na které píše případové studie, učím, takže jsem je stihla dobře poznat. Měla jsem spoustu času na pozorování – všímat si, jak se chovají v mé přítomnosti, když jsou s kamarády, popřípadě, když je vyzvednou rodiče. Také jsem o vybraných dětech konzultovala s dalšími učiteli a s jejich rodiči. Spolupráce s nimi byla skvělá. Jak další učitelé, tak rodiče, byli velice vstřícní. Posledních pár měsíců jsem si urovnávala své poznatky a zjištění.

První metodou je případová studie. Zaměřila jsem na dva žáky, kteří mají narušenou komunikační schopnost a navštěvují speciální třídy. Dále jsem vypracovala rodinnou a osobní anamnézu. Pečlivě jsem si pročetla všechna odborná vyšetření a posudky a následně jsem je zpracovala. Další metodou je neformální rozhovor. Ze zvědavosti jsem se zeptala rodičů na několik otázek a posléze je využila ve svém výzkumu. Otázky a odpovědi jsou pouze orientační a mají nás seznámit s problematikou. Cílem rozhovoru bylo získat podstatné informace o vývoji dítěte. Rodiče jsem nenutila odpovídat a respektovala jsem, že to pro ně musí být náročné.

6.1.3 Popis místa, kde probíhalo výzkumné šetření

Charakteristikou zařízení se důkladněji zabývám v kapitole 6.2. Do své práce jsem vybrala dva žáky – jednoho chlapce a jednu dívku. Dívka má těžkou mentální retardaci, chlapec středně těžkou mentální retardaci.

Výzkumné šetření probíhalo od září 2016 do dubna 2017 ve Speciální základní škole v Kladně a mělo několik etap:

1. V první etapě jsem studovala dokumentaci žáků. Probíhala od září do října.
2. Ve druhé etapě jsem se zaměřila na pozorování žáků a sběr dat. Data jsem sbírala od listopadu do prosince.

Pozorování bych popsala jako cíl zkoumání projevů a chování jedince nebo skupiny, u kterého jsou promyšlené schopnosti pozorovatele podpořené přítomností nejenom vizuálních, ale také sluchových, čichových a pocitových vjemů.

Jako pozorovatel jsem se musela v zúčastněném pozorování zaměřit na nejrůznější aspekty. Především na ty, které celý proces ovlivňovaly. Věnovala jsem pozornost opakujícímu se chování, jeho změnám, případným rušivým kontextům a významům, které byly ke sledovanému chování vybraných žáků přisuzovány. Soustředěna jsem byla také na využívané prostředky v jednotlivých aktivitách a diferencovala jsem, jakým způsobem byly jednotlivé činnosti vysvětlovány a odůvodňovány. Byla jsem v osobním pozitivním vztahu s pozorovanými a shromažďovala jsem si popisné a reflektující poznámky, potřebné k další analýze.

Ve své práci jsem využila osobní a úřední dokumenty sledovaných žáků. V dokumentaci jsem četla zprávy ze speciálně pedagogických center, pedagogicko-psychologických poraden, lékařské zprávy od obvodních doktorů či například psychologů, neurologů a jiných lékařů. Dále jsem četla dokumenty o vybraných žácích od ostatních učitelů, stará vysvědčení a jiné.

Při pozorování jsem se soustředila především na to, jaký druh narušené komunikační schopnosti žák má, na jeho chování ke svým spolužákům, učitelům a k sobě samému. Dále jsem přemýšlela nad nápravnými opatřeními.

3. Ve třetí etapě jsem si stanovila cíle a promyslela si, jak bude mé výzkumné šetření vypadat. Tato etapa probíhala v lednu.
4. V etapě čtvrté jsem vlastní výzkumné šetření zpracovala do kazuistik. Ty jsem zpracovávala od půlky ledna do konce března.
5. V poslední etapě jsem si udělala vlastní závěry. Probíhala v dubnu 2017.

6.2 Charakteristika zařízení

Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno, Pařížská 2199, příspěvková organizace

Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno, Pařížská 2199, příspěvková organizace započala svoji činnost v září 1991. Od této doby až do přítomnosti prošla však velkým vývojem (Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno, online, cit. 2017-01-22d).

V současnosti je škola vnitřně členěna na základní školu, základní školu speciální, mateřskou školu, školní družinu, školní klub, školní jídelnu a výdejnu (Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno, online, cit. 2017-01-22a).

Základní škola se zaměřuje na základní vzdělávání dětí s lehkým mentálním postižením a se souběžným postižením více vadami.

Filosofií školy je dosáhnout u žáků takového stupně výchovy a vzdělání, aby mohli být v maximální možné míře zařazeni do „skutečného“ světa. Všichni pedagogičtí pracovníci se proto velmi soustředí na to, aby žáci obstáli v praktickém životě, v běžných situacích.

Základní škola speciální je určena pro žáky se středně těžkým a těžkým mentálním postižením a žáky se souběžným postižením více vadami. V rámci základního vzdělávání jsou zde žákům zprostředkovávány základní vědomosti, dovednosti a návyky (Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno, online, cit. 2017-01-22c).

Charakteristiku mateřské školy jsem vynechala, protože není středem zájmu mé práce.

6.3 Výzkumná šetření

Rozhodla jsem se data vypracovat do případových studií – kazuistiky sledovaných žáků. V mé práci se objevují dvě kazuistiky.

Před vypracováním případových studií jsem si nejprve musela shromáždit a utřídit data o vybraných jedincích, sledovat je, pročíst veškerou jejich dokumentaci, kterou jsem měla k dispozici a také si vše utřídit.

Poté následovalo pozorování žáků. Žáky jsem pozorovala v prostředí, na které jsou zvyklí. Především v jejich třídách.

Obecným cílem vytvoření případových studií je zachytit náročnost sledovaných případů za účelem aplikace získaných poznatků při porozumění případů podobných.

Kazuistiky bývají obvykle zpracovány na základě skutečných událostí. Pozorovatel postupně pozoruje všechny činnosti a aktivity pozorovaného.

Součástí kazuistik jsou také krátké rozhovory s rodiči žáků. Rozhodla jsem se použít neformální rozhovor, který Hendl (2016, s. 175) definuje takto:

„Neformální rozhovor se spoléhá na spontánní generování otázek v přirozeném průběhu interakce (např. během zúčastněného pozorování v terénu.) Informátor si přitom ani nemusí uvědomit, že jde o explorační rozhovor.“

Základní charakteristika vybraných žáků

Pro svůj výzkum jsem si vybrala dva žáky ze základní školy speciální. Jedná se o jednoho chlapce a jednu dívku. Tyto konkrétní žáky jsem si vybrala, protože jsou pro mě zajímavými už od prvního dne, co jsem se s nimi setkala. Oba dva žáci jsou vzdělávání podle školního vzdělávacího programu pro vzdělávání žáků v základní škole speciální.

Každý žák chodí do jiné třídy. Chlapec navštěvuje speciální třídu a dívka třídu rehabilitační. V obou třídách působí tři pedagogičtí pracovníci – třídní učitelka, asistentka pedagoga a vychovatelka. Žádný z těchto žáků nemá individuálně vzdělávací plán, ovšem oba dva potřebují individuální přístup.

1. Alena, 14 let

Alena je má žačka. Na rozdíl od Lukáše má diagnostikovanou těžkou mentální retardaci, dětský autismus, obezitu a verbálně nekomunikuje.

Rodinná anamnéza: Alena je z úplně rodiny. Rodiče jsou manželé. Má staršího bratra, z matčina prvního manželství, se kterým se nestýká. Stará se o ni především otec, na kterého je velmi fixovaná, protože matka chodí do práce. Otec žádné jiné děti nemá.

Osobní anamnéza: Raný psychomotorický vývoj, opožděný, rehabilitace Vojtovou metodou. Alena nenavštěvovala Mateřskou školu. Povinnou školní docházku zahájila v základní škole praktické. Z důvodu špatné adaptace a neplnění programu byla Alena přesunuta do speciální základní školy, kde je vzdělávána doposud. Nejprve ji byla diagnostikována lehká mentální retardace, poté středně těžká a dnes je v pásmu těžké mentální retardace.

Alena vůbec nemluví, pouze vokalizuje – výskáním dává najevo pozitivní emoce. Není-li po jejím, dává výrazně najevo nelibost a zvyšuje hlasitost vydávaných zvuků. Používá piktogramy, prostřednictvím kterých omezeně ukazuje, co chce, popřípadě při potřebě na požadovanou věc ukáže.

Neverbální komunikace: Alena dokáže ukázat na to, co chce. Když jí položím otázku: „Alí, co bys chtěla? Ukaž.“ Tak přijde k dané věci a ukáže na ni prstem. Když něco chce, tak dokáže krátkodobě udržet oční kontakt, ale například při práci se na danou věc častokrát ani nepodívá. Dokáže gestem vyjádřit souhlas/nesouhlas- například, když nechce nějakou práci, kterou jí dávám, odstrkuje ji. Alena nemá atypickou facies-mění výraz v obličeji, umí vyjádřit radost, smutek i nevrlost.

Jak tedy s Alenou komunikujeme? Komunikace s ní je někdy velmi obtížná. Ačkoli ona nám vcelku dobře rozumí, my jejím projevům mnohdy nerozumíme. Výhodou je, že oproti jiným Aleniným spolužákům je Alena motoricky zdatná, pohyblivá a není na vozíčku jako její ostatní spolužáci. Proto když něco chce, zvedne se a přinese nám ukázat piktogram, popřípadě na danou věc ukáže. Umí také pár Znaků do řeči. Ukáže nám, když chce jíst, pít, či například jít na toaletu. Jako jeden ze způsobů AAK užíváme také iPad. Nevýhodou je, že si rodiče Aleny myslí, že by jí bylo lépe ve třídě s dětmi, které verbálně komunikují.

Během toho půl roku, co jsem Alenu pozorovala, se velmi zlepšila. Sleduji to především při ranní komunikaci. Na fotografiích pozná všechny své spolužáky a učitele, dokáže na ně ukázat, přiřadit k nim jejich jména a příjmení.

Alena je při práci velmi šikovná. Každé ráno přijde, odloží si tašku na své místo a čeká, až ji vyzveme, aby šla udělat ranní komunikaci. Je to již takový její rituál. Alena pozná fotky svých spolužáků a učitelů, dokáže na ně ukázat, přiřadit jméno dané osoby k fotce.

Alena je na svůj věk a na svou výšku extrémně obézní, s čímž máme v poslední době problém, protože Alena začíná být lenivá. Nevydrží dlouhodobě pracovat a neustále vyžaduje odpočinek v sedacích pytlích. Když jí nevyhovíme, strká do nás a snaží se průbojně dostat kolem nás a jít si sednout. V tu chvíli si vždy říkám, jak by bylo skvělé, kdyby měla svůj určitý, jednotný způsob komunikace a my se s ní mohli domluvit.

Jaké způsoby alternativní a augmentativní komunikace bychom doporučili žákyni, která se verbálně neprojevuje? Mně osobně se zatím nejvíce osvědčují piktogramy a fotografie. Alena je chápá a my máme tak šanci se s ní vždy domluvit. Problém je, že rodiče nechtějí moc spolupracovat a komunikaci přes piktogramy odmítají. Když jsem se jich zeptala, jak tedy komunikují s Alenou doma, odpověděli mi, že si ukáže, co zrovna chce.

V komunikaci přes fotografie a piktogramy bych pokračovala i nadále. Zatím se nám to osvědčuje nejlépe. Teď zrovna plánuji, jak jí nafotím nové pomůcky, vložím jí je do komunikační knihy a budeme zkoušet, jestli Alena sama dokáže vybrat fotku práce, kterou by zrovna chtěla dělat. Dále bych toto samé chtěla zkoušet s fotkami svačiny- Alena by měla ukázat, kterou část svačiny chce jako první. Měla by nám například podat fotku sušenky a také ukázat si, kdy chce napít. Myslím, že by s tím neměla mít problém. Je opravdu velice vnímavá a chápavá. Také bych souhlasila s naučením se více manuálních znaků. Byla bych ráda, kdyby se mi povedlo přesvědčit rodiče Aleny, aby s ní také zkusili pracovat pomocí piktogramů. Pozvala jsem je na náhled do hodiny, aby viděli, jak to u nás funguje.

Bendová (2011) ve své knize uvádí, že ke komunikaci s mentálně postiženým žákem využíváme prostředků alternativní a augmentativní komunikace – zohledňujeme komunikační potřeby dítěte. K dětem přistupujeme empaticky a trpělivě. Dále také konstatuje, že s osobami s mentálním postižením bychom měli jednat vždy tak, jak bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi. Tato věta se mi moc líbí a naprosto s ní souhlasím.

Jaké jsem si z ní vzala ponaučení? Při snaze dorozumět se s Alenou budu vždy trpělivá a vstřícná. Nebudu očekávat snahu pouze z Aleniny strany, ale budu to především já, kdo bude hledat způsoby. Nebudu ji nutit, ale budu se opakovaně snažit s ní vybraný

způsob komunikace procvičovat. Jsem si jistá, že se Alena díky naší vytrvalosti jednou posune ve svých komunikačních dovednostech ještě dál.

Pravdou je, že takřka každý se může ve své komunikaci posunout alespoň o malý krůček dál, vždy záleží na tom, jaké cíle si klademe.

Jak se Alena chová...

K rodičům: Alena má velmi silný vztah se svým otcem. Když ji přivede do školy, dlouho se spolu loučí. Alena ho bez obtíží opouští. Otec je velmi starostlivý a zdá se mi, že s Alenou se vždy loučí s těžkostí. Maminka Alenu vodí do školy zřídka, jelikož chodí do práce na noční. Tam ten vztah nemohu moc posoudit, ale když jsem je párkrát spolu viděla, bylo již na pohled jasné, že k otci má blíž.

K cizím lidem: Alena se k cizím lidem nehlásí. Nenechala by cizí osobu, aby na ni sáhla, natož aby s ní někam odešla. Všimla jsem si, že rozlišujeme mezi dětmi a dospělými. S cizími dětmi nemá problém. Je naopak velmi kontaktní.

Ke svým spolužákům: Se spolužáky si nehraje, ale je to především z důvodu, že ve třídě není žádné jiné motoricky zdatné dítě. Nemá vlastně nikoho k sobě. Společnost dalších spolužáků jí nevadí. Zná jejich jména, rozlišuje je.

Rozhovor s otcem Aleny:

1. Z jakého důvodu Alena nechodila do školky?

„Alenka má diagnostikovaný autismus a v novém prostředí by si nezvykla. Já mám invalidní důchod a nechodím do práce, tak s tím nebyl problém.“

2. Ve škole si také musela zvyknout na své spolužáky přeci... Jak dlouho jí trvalo, než se adaptovala?

„Dlouho...“

3. Jakým způsobem s ní doma komunikujete?

„Alenka nám vždy ukáže, co chce.“

4. A piktogramy nebo fotografie doma nevyužíváte? Ve škole skrz ně skvěle funguje.

„Vážně? Doma to používat nechce. Nebudeme ji nutit.“

2. Lukáš, 13 let

Lukáš je žák s více vadami. Diagnostikovanou má středně těžkou mentální retardaci, dále pak středně funkční dětský autismus, poruchu pozornosti, vrozený oboustranný glaukom, atrofii mozku, narušenou komunikační schopnost – koktavost. Definice koktavosti je v kapitole 4.2.5.

Rodinná anamnéza: Nebyla dohledána v materiálech, které jsem měla k dispozici.

Osobní anamnéza: Porod proběhl v termínu, poporodní komplikace, antibiotika. Byl sledován v neurologické poradně. Od porodu byl zvýšeně dráždivý, plačtivý. Má za sebou spousty operací – operace uretry, strabismu, zeleného zákalu. V roce 2009 mu byl diagnostikován středně funkční dětský autismus. Dochází na logopedii, k psychologovi.

Lukáš chodil do speciální mateřské školy, poté začal chodit do základní školy speciální, kde navštěvoval speciální třídu pro žáky s poruchou autistického spektra. Na žádost matky byl přerazen do základní školy praktické, kde měl při výuce velké problémy, a to se také odrazilo na jeho psychickém stavu. Byl na něj kladen nátlak, jak ve škole, tak v domácím prostředí. Nakonec se stejně vrátil do speciální třídy. Ovšem jeho práh sebevědomí zůstal stále na nízké úrovni. Lukáš si dobře pamatuje na to, jak byl vždy jediný, kdo nedokázal učitelům odpovědět a teď se bojí promluvit, i když odpovědi zná. Kdykoliv začne mluvit, je na něm poznat, že je nervózní a má strach, protože koktá.

Neverbální komunikace: Lukáš hodně gestikuluje při komunikaci s druhou osobou. Dokáže dlouhodobě udržet oční kontakt, plní komunikační funkci a záměr. V obličejí mění výrazy- dokáže projevit radost úsměvem, smutek spadlými koutky, vztek zamračením se,... Lukáš při komunikaci nevyužívá žádný ze systému alternativní a augmentativní komunikace.

Během toho půl roku, co jsem ho pozorovala – ať už ve výuce či mimo ni, jsem si všimla, že koktání se zmírňuje v přítomnosti lidí, kterých se nebojí. Například na mých hodinách výtvarné výchovy se Lukáš projevuje velice rád a mluví sám od sebe. Ale ne vždy to tak bylo. Zezačátku se bál i odpovědět, jestli se mu jeho výkres líbí nebo ne. Postupem času odboural bariéru a jeho komunikace při mých hodinách je na lepší úrovni. V jiných hodinách se Lukáš stále bojí mluvit, ačkoliv na něj není kladen žádný nátlak a všichni učitelé jsou trpěliví a snaží se ho co nejvíce motivovat.

Co se týče školního prostředí, myslím si, že je vše v naprostém pořádku. Lukáš má ve třídě kamarády a všichni spolužáci se k němu chovají skvěle. Nikdo se mu neposmívá a nikdo mu nedává najevo, že je díky narušené komunikační schopnosti jiný. Pravdou je, že téměř každý Lukášův spolužák má také narušenou komunikační schopnost. Ovšem Lukáš je jediný, kdo koktá.

Lukáš při výuce pracuje velmi pomalým tempem. Je třeba ho neustále povzbuzovat a motivovat. Je hodně nejistý a potřebuje pracovat pod přímým vedením. Je ovšem velice šikovný, a i když mu práce trvá dvojnásobek času než ostatním, má většinou vše správně.

Jak se tedy správně chovat k žákovi, který koktá? Já osobně mám konkrétně u Lukáše nejlepší zkušenost s tím, že ho člověk nenutí a počká, až to on sám zkusí. Za každou odpověď ho pochválím, a když je špatně, najdu na ní něco správného. Chyby mu vysvětlím tak, aby ho to neponížilo, a vždy na konec své odpovědi dodám něco milého, abych mu zvedla sebevědomí a ujistila ho, že i když se spletl, je vše v pořádku. Nikdy ho nekritizuji, aby se nezablokoval úplně. Zároveň ho ovšem nechlácholím, neupřednostňuji před ostatními žáky a jen se snažím, aby mu bylo při hodinách dobře a nemusel být nervózní a ve stresu. Požadavky jsou na něj kladené stejné jako na ostatní spolužáky.

Psycholog popsal Lukášovo řeč takto: velmi nesrozumitelná, obsahově chudá, místy agramatismy a echolálie. Lukáš mluví v jednoduchých větách, na některé otázky zcela nepřiléhavé odpovědi, slovně odbíhá od tématu, koktá. Oční kontakt používá málo frekventovaně.

Lukáš pravidelně navštěvuje logopeda, navrhuji, aby v tom pokračoval i nadále. Myslím si, že by mu také pomohla komplexní terapie.

Lukášovo koktání se postupně lepší. Od září jsou vidět velké pokroky. Myslím si, že si pomalu zvykl na své učitele a spolužáky a samozřejmě ve zlepšení hraje roli především důkladnost rodičů a logopeda. Logopedickou péči rodiče zahájili včas a já pevně věřím, že jednou se podaří Lukášovo koktání odbourat úplně.

Jak se Lukáš chová...

K rodičům: Lukáš má, jak s matkou, tak s otcem skvělý vztah. Má v nich maximální oporu. Kdykoliv o nich mluví, je slyšet z jeho hřejivého hlasu, jak moc je má rád.

Rodiče ho doprovází do školy, Lukáš se s nimi vždy mile a bez větších obtíží rozloučí. Jezdí na víkendy k babičce, a také se pravidelně účastní školy v přírodě. Rodiče mu chybí, ale zvládá to dobře.

K cizím lidem: Lukáš má velký problém komunikovat s cizími lidmi. Ve chvíli, kdy na něj někdo cizí promluví, koktá a mluví strašně potichu. Někdy nemluví radši vůbec. Nemá z nich strach, ale je nervózní a stydí se. Když už se odhodlá promluvit, je velice zdvořilý a usměvavý, jen mu trvá, než překoná tu svou komunikační bariéru.

Ke svým spolužákům: Se svými spolužáky má velmi dobrý vztah. Chová se k nim hezky, ovšem někdy umí i provokovat a zlobit je. To je v Lukášově případě vlastně spíše pozitivní, protože je vidět, že se skvěle adaptoval a je ve třídě s dětmi rád. Se spolužáky si hraje, škádlí a komunikuje s nimi. Myslím si, že mají naprosto normálně a zdravý vztah.

Rozhovor s rodiči:

1. Kdy jste se dozvěděli zprávu o Lukášově diagnóze (kocktavosti)?

„Bylo to ten rok, kdy chodil Lukáš do „praktické“. Myslím, že jsme ho tehdy neměli nutit a neměli jsme po něm chtít víc, než co bylo v jeho silách.“

2. Jak jste na tuto zprávu reagovali?

„Byli jsme v šoku. Nevěděli jsme ani, že kocktavost je diagnóza. Mysleli jsme, že to má pouze ze stresu.“

3. Poté jste tedy nechali Lukáše přeřadit zpět do speciální třídy?

„Vlastně ano, byl ve speciálně pedagogickém centru na vyšetření, kde mu vyšlo, že je v pásmu středně těžké mentální retardace a po domluvě s psychologkou a speciální pedagožkou jsme se rozhodli pro přeřazení. Měli jsme štěstí, že nám to škola umožnila.“

4. Lukáš má diagnostikovaný mimo jiné i autismus, nebyla tedy pro něj změna třídy ještě více stresující?

„Ze začátku z toho měl nervy, ale adaptoval se poměrně rychle, protože některé děti znal už z družiny a s učiteli se běžně potkával na chodbě.“

5. Zlepšil se nějak verbální projev Lukáše?

„Určitě ano. A nejen verbální projev, ale i jeho psychický stav. Teď je ve fázi, kdy se do školy těší.“

6.4 Závěry výzkumných šetření

Primárním cílem praktické části bylo navrhnout nápravná opatření narušené komunikační schopnosti u žáků s mentálním postižením ve speciální třídě. Také jsme zjišťovali, jaké komunikační systémy nahrazují mluvenou řeč u žákyně s těžkou mentální retardací. Informovali jsme se, zda jsou při komunikaci využívány metody alternativní a augmentativní komunikace a popisovali sociální chování žáků a také jejich pokroky. Dále jsme také odpovídali na výzkumné otázky. Na základě kazuistiky jsem objasnila rodinné a osobní anamnézy žáků.

Nejprve jsem objasnila primární a dílčí cíle mé práce, popsala použité metody a poté popisovala konkrétní případy. Na základě zjištěných informací a svých osobních zkušeností jsem popsala žáky, které jsem zkoumala. Zaměřila jsem se na základní charakteristiky žáků, poté na data, která jsem během výzkumného šetření zjistila, dále na narušenou komunikační schopnost a na jejich verbální a neverbální komunikační dovednosti. Také jsem navrhla, jak by Alena a Lukáš měli v jejich komunikačních schopnostech nadále pokračovat a jak je rozvíjet. Vše jsem zpracovala do kazuistik. Ve své práci mám kromě jiného i krátký neformální rozhovor s rodiči žáků, který vznikl zcela neplánovaně během našeho povídání.

Oba žáci mají narušenou komunikační schopnost ve všech jazykových rovinách, které jsem popsala v teoretické části mé práce. Oběma studentům doporučuji nadále docházet do speciální základní školy v Kladně. U Lukáše navrhuji i nadále pravidelně navštěvovat logopeda a také navrhuji, aby začal chodit na komplexní terapii. Jsem si jistá, že by mu pomohla. U Aleny doporučuji pokračovat v komunikaci přes piktogramy, obrázky a fotografie, iPad a také navrhuji naučit ji více manuálních znaků.

Jaké způsoby alternativní a augmentativní komunikace bych tedy doporučila Aleně? Aleně doporučuji používat i nadále piktogramy, obrázky a fotografie, iPad a také by bylo třeba ji naučit více manuálních znaků. Piktogramy, fotografie a iPad se nám osvědčily nejlépe. Je třeba Aleně dávat postupem času nové piktogramy a učit ji odpovídat na nové věci.

Jak se tedy správně chovat k Lukášovi, když koktá? Důležité je ho k ničemu nenutit a počkat, až on sám bude chtít mluvit. Za každou odpověď ho musíme pochválit, a když odpoví špatně, najdeme něco jiného, za co ho pochválíme. Chyby mu vysvětlíme tak, aby ho to neponížilo, a vždy na konec své odpovědi dodáme něco milého, abychom mu zvedli sebevědomí a ujistili jsme ho, že i když se spletl, je vše v pořádku. Nikdy ho nekritizujeme, aby se nezablokoval úplně. Zároveň ho ovšem nesmíme chlácholít, upřednostňovat ho před ostatními žáky a jen se snažíme, aby mu bylo při komunikaci dobře a nemusel být nervózní a ve stresu. Požadavky na něj klademe stejné jako na ostatní spolužáky.

ZÁVĚR

Hlavním tématem mé bakalářské práce byla narušená komunikační schopnost u žáků ve speciální základní škole.

V teoretické části jsem se obecně zaměřila na charakteristiku a klasifikaci pojmů, které souvisí s tématem. Nejdříve jsem podrobně zpracovala charakteristiku a klasifikaci mentální retardace, základní školy speciální, komunikace, jazyka a řeči. Vždy popisuji, jak vypadá daná problematika u dětí bez mentální retardace a poté, jak je to u dětí s mentální retardací. V další kapitole jsem nastínila problematiku narušené komunikační schopnosti, která je nejpodstatnějším tématem celé mé práce. Charakterizovala jsem zde druhy narušené komunikační schopnosti, které jsou nejběžnější u žáků s mentální retardací. Nakonec jsem se zaměřila na téma alternativní a augmentativní komunikace. Věnovala jsem se zde především klasifikaci, výhodám a nevýhodám těchto komunikačních systémů. Mimo jiné jsem také vypsala systémy, které bychom mohli u dětí s mentální retardací využít.

V praktické části jsem se soustředila na narušenou komunikační schopnost dvou žáků, které jsem si vybrala do svých případových studií – Lukáše a Aleny. Oba žáci mají narušenou komunikační schopnost ve všech jazykových rovinách. Jazykové roviny jsem popsala podrobně v teoretické části mé práce. Jejich případy jsem zpracovala do dvou kazuistik.

Hlavním cílem bylo navrhnout nápravná opatření narušené komunikační schopnosti u žáků s mentálním postižením, kteří byli vybráni pro mé výzkumné šetření. Dalším cílem bylo zjistit odpověď na výzkumné otázky. Cíle považuji za splněné.

Výzkumné otázky byly dvě: Jaké způsoby alternativní a augmentativní komunikace bychom doporučili žákyni, která se verbálně neprojevuje? Jak se chovat k žákovi, který koktá?

Jaké způsoby alternativní a augmentativní komunikace tedy doporučuji Aleně? Je důležité s ní komunikovat přes piktogramy, obrázky a fotografie, které ovládá a rozumí jim. Ovšem Aleně je potřeba postupem času dávat také nové piktogramy a učit ji odpovídat na nové věci, aby se její komunikace dále rozvíjela. V dnešní době

moderních technologií musíme využít možností a rozvíjet komunikaci u Aleny také pomocí iPadu. Mimo jiné je potřeba ji naučit více manuálních znaků.

Jak se musíme chovat k Lukášovi, když koktá? Nesmíme ho k ničemu nutit a vždy mu musíme dát čas a počkat, až on sám bude chtít začít komunikovat. Za každou odpověď ho pochválíme – když neodpoví správně, najdeme jinou věc, za kterou si zaslouží pochvalu. Chyby mu vždy musíme vysvětlit opatrně, abychom ho neponížili. Na konec své odpovědi dodáme něco milého, abychom mu zvedli sebevědomí a ujistili ho, že splést se může každý. Nikdy ho nekritizujeme, aby se nezablokoval úplně. Zároveň ho ovšem neupřednostňujeme před ostatními spolužáky. Vždy se snažíme, aby mu bylo při komunikaci dobře. Požadavky na něj klademe stejné jako na ostatní spolužáky.

Sám Lechta (2004) ve své knize uvádí, že je důležité eliminovat vznik komunikační bariéry. Také uvádí, že není dobré, aby péče o žáka s koktavostí byla na úkor dalších dětí ve třídě. Tyto děti nesmí mít pocit, že jejich spolužák má přednost před ostatními.

Peutelschmiedová (2001) ve své knize píše, že snad každý pedagog se během své učitelské praxe u svých žáků setká s některým typem koktavosti. Bylo by dobré, aby byl na to připraven lidsky i odborně. Učitel na prvním stupni základní školy nemusí vědět, jak koktavost odstranit. Ale měl by k žákovi přistupovat s porozuměním.

Sovák (1998) zase říká, že žák s koktavostí není v jednoduché situaci. A ani učitelská práce pedagoga se neobejde bez problémů. Nutností je překonávat různé zpětné vazby ve vztahu žák – kolektiv, učitel – žák. Dítě s koktavostí by nemělo být upřednostňovanou osobou, ale ani neodstrkávaným jednotlivcem. Probíhá-li u žáka současně se školní docházkou i logopedická intervence, je pedagog nápomocen při výuce i terapii.

Komunikaci považuji za součást našeho bytí, dokonce za jednu z nejpodstatnějších součástí. Většina z nás šťastlivců, kterým byl dán ten dar verbálně komunikovat, si bez ní nedovedeme svůj život představit. Komunikace nám pomáhá dorozumět se s osobami z našeho blízkého i širokého okolí a my můžeme jednoduše a pohodlně žít naše životy. Je zázrak, že existují i alternativní a augmentativní způsoby komunikace a můžou se tak dorozumět i jedinci, kteří verbálně nekomunikují. To, o čem se dříve lidem jen snilo, je dnes skutečností a bylo by škoda toho nevyužít. Rozvíjet své způsoby komunikace přeci mohou i jedinci, kteří nemluví. Ten pocit, kdy se pro ně najde

správný způsob komunikace a oni konečně mohou vyjádřit svá přání, potřeby, názory a zájmy, musí být k nezaplacení.

LITERATURA

- BENDOVÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3703-3.
- BENDOVÁ, Petra. *Alternativní komunikační techniky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3704-0.
- BENDOVÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0
- HARTMANN, Boris a Michael LANGE. *Mutismus v dětství, mládí a dospělosti: rádce pro rodinné příslušníky, postižené, terapeuty a pedagogy*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-021-8.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.
- CHRÁSKÁ, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
- KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102.

- KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2000. ISBN 80-859-3191-5.
- LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Editor Viktor Lechta. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.
- LECHTA, Viktor. *Koktavost: komplexní přístup*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2011. 3., doplněné a přepracované vydání. ISBN 978-80-7367-977-4.
- Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Editor Viktor Lechta. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3676-797.
- Kapitoly ze speciální pedagogiky: integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Editor Jarmila Pipeková. Brno: Paido, 2006a. ISBN 80-731-5120-0.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: UP v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7
- NEUBAUER, Karel. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0258-0.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů: [teoretické základy a metodika]*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006b. ISBN 80-866-3340-
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-168-2.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením: integrace školní a sociální*. Vyd. 1. Editor Jarmila Pipeková. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

- SOVÁK, Miloš. *Uvedení do logopedie: vysokoškolská učebnice pro posluchače pedagogických fakult.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978. Knižnice speciální pedagogiky.
- ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie. 2. aktualiz. vyd.* Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406.
- SOVÁK, Miloš. *Logopedie. 1. vydání.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 978-80-7367-414.
- VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-802-6206-026.
- VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika].* 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-807-3201-371.
- Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální. 2. rozš. a přeprac. vyd.* Editor Marie Vítková. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-731-5071-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

- Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno. Škola: Dokumenty školy: Výroční zpráva 2015/2016 [online]. Nedatováno [cit. 2017-01-22d]. Dostupné z: [http://www.koralekkladno.cz/files/uploaded/UserFiles/File/Dokumenty_skoly/VÝROČNÍ %20ZPRÁVA%2015-16.pdf](http://www.koralekkladno.cz/files/uploaded/UserFiles/File/Dokumenty_skoly/VÝROČNÍ%20ZPRÁVA%2015-16.pdf)
- Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno. Škola: O nás [online]. Nedatováno [cit. 2017-01-22a]. Dostupné z: <http://www.koralekkladno.cz/cz/leve-menu/skola/onas/c340>

Speciální základní škola a Mateřská škola Kladno. Škola: ZŠ speciální [online].

Nedatováno [cit. 2017-01-22c]. Dostupné

z: <http://www.koralekkladno.cz/cz/levemenu/skola/zs-specialni/c245>