

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rozvoj komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem
Development of communication ability in children with Down syndrome

Tereza Vašutová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Korandová

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Rozvoj komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 18. dubna 2022

Ráda bych poděkovala vedoucí této bakalářské práce paní Mgr. Zuzaně Korandové za její velmi ochotný přístup a vedení, odborné rady, připomínky a postřehy, které se velkou mírou podílely na úspěšném dokončení práce. Dále děkuji rodičům sledovaných dětí za jejich laskavý a obětavý přístup, díky kterému jsem mohla realizovat výzkumné šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své kamarádce Majdě za společný čas strávený nad psaním bakalářské práce, rodině a svému příteli za podporu a kavárně Cafedu za poskytnutí inspirujícího zázemí a neomezený přísun energie v podobě kofeinu a cukru.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Rozvoj komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem je prací speciálně pedagogického charakteru a jejím cílem je seznámit čtenáře s problematikou komunikace u dětí s Downovým syndromem. Teoretická část je zpracována na základě analýzy české a cizojazyčné odborné literatury a elektronických informačních zdrojů. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol, z nichž první se zabývá obecně komunikací a vývojem řečových a jazykových schopností u dětí intaktních. Druhá kapitola je věnována Downovu syndromu, kde se autorka práce zabývá nejen jeho terminologickým vymezením a etiologií, ale také narušenou komunikační schopností dětí s Downovým syndromem, logopedickou intervencí a alternativní a augmentativní komunikací. Empirická část této bakalářské práce je zpracována ve třetí kapitole. Hlavním cílem výzkumného šetření je analýza rozvoje komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem. Na jeho základě pak byly stanoveny cíle dílčí a výzkumné otázky. Naplnění stanovených cílů bylo dosaženo díky výzkumnému šetření kvalitativního charakteru, při kterém byly použity následující metody: analýza anamnestických údajů, analýza dostupných dokumentů, doplňující polostrukturované rozhovory s rodiči a pozorování. Výstupem tohoto výzkumného šetření je zpracování případových studií sledovaných dětí s Downovým syndromem zaměřené na vývoj řeči, jazyka a komunikace. V závěru bakalářské práce autorka shrnuje výsledky výzkumného šetření a uvádí doporučení pro speciálně pedagogickou praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

vývoj řeči, jazyka a komunikace, narušená komunikační schopnost, Downův syndrom, alternativní a augmentativní komunikace

ABSTRACT

The bachelor's thesis, Development of communication ability in children with Down syndrome, is a work of special educational nature aiming to acquaint readers with the issue of communication in children with Down syndrome. The theoretical part is based on Czech and foreign literature analysis and information found in electronic sources. It is divided into two chapters. The first chapter is dealing with communication in general and the development of speech and language skills in intact children. The second one is devoted to Down syndrome, the author is dealing with its definition terminology and etiology. It also elaborates on impaired communication skills of children with Down syndrome, speech therapy intervention and alternative and augmentative communication. The empirical part of this bachelor thesis is included in the third chapter. The main goal of the research is to analyze the development of communication ability in children with Down syndrome, partial goals and research questions have been set based on that. Set goals were achieved thanks to a research survey of a qualitative nature using the following methods: analysis of anamnestic data, analysis of available documents, additional semi-structured interviews with parents and observations. The outcome of this research is the elaboration of case studies of children with Down syndrome focused on the development of speech, language and communication. At the end of the bachelor's thesis, the author summarizes the research survey results and suggests recommendations for special educational practice.

KEYWORDS

speech, language and communication development, communication disability, Down syndrome, alternative and augmentative communication

Obsah

Úvod	6
1 Teoretická východiska	8
1.1 Komunikace	8
1.2 Jazyk a řeč	9
1.3 Vývoj řeči, jazyka a komunikace	10
1.3.1 Přípravná stádia vývoje řeči, jazyka a komunikace	11
1.3.2 Vlastní vývoj řeči, jazyka a komunikace	13
1.3.3 Jazykové roviny v ontogenezi řeči, jazyka a komunikace	14
1.4 Aspekty optimálního vývoje řeči, jazyka a komunikace	17
2 Downův syndrom	20
2.1 Řečové a jazykové schopnosti u dětí s mentální retardací	25
2.1.1 Vývoj řeči, jazyka a komunikace u dětí s mentální retardací	25
2.2 Narušená komunikační schopnost u dětí s mentální retardací	27
2.3 Logopedická intervence u dětí s mentální retardací	30
2.4 Vývoj řeči, jazyka a komunikace u dětí s Downovým syndromem	31
2.5 Metody alternativní a augmentativní komunikace pro děti s Downovým syndromem	34
3 Analýza rozvoje komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem	39
3.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky	39
3.2 Etické otázky výzkumného šetření	40
3.3 Metody získávání dat	40
3.4 Vlastní výzkumné šetření	42
3.4.1 Případová studie č. 1	42
3.4.2 Případová studie č. 2	52
3.5 Závěry výzkumného šetření	60
3.6 Doporučení pro speciálně-pedagogickou praxi	64
Závěr	66
Seznam použitých informačních zdrojů	68

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá rozvojem komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem. K myšlence napsat práci na toto téma mě přivedla skutečnost, že sama již druhým rokem chodím doučovat děvče s Downovým syndromem. Díky velké aktivitě a podpoře ze strany jejich rodičů jsem byla vtažena do všech záležitostí a situací, které přináší život s dítětem s touto diagnózou. Na základě těchto okolností jsem se rozhodla věnovat se Downovu syndromu i ve své bakalářské práci a své zkušenosti s dětmi s tímto syndromem tak zúročit.

Děti s Downovým syndromem jsou z pohledu autorky práce věčně se usmívající sluníčka, která snad nikdy nemají špatnou náladu a své okolí tímto optimismem zaručeně nakazí. Jsou to velmi upřímné, čisté a bezelstné duše, jež musí o své místo v sociálním prostředí bojovat mnohem tvrději než my, kteří nemáme diagnózu za jménem. Myslím, že v dnešní době už ani není prostor pro otázky, zda tyto děti dokážou žít plnohodnotný život, jelikož jsem si jistá, že odpověď nejen za mě je jednoznačně ano. Domnívám se, že mnohé z nás obohacují tyto děti svou samotnou přítomností a učí nás vážit si věcí a využívat příležitostí, které nám život nabízí. Také proto je třeba, abychom se snažili přijmout je mezi sebe a vzájemně si tím pomohli. Ony nám pomůžou pochopit, jak žít plnohodnotně a my jim dáme možnost rozvíjet svou osobnost. Přála bych si, abychom se všichni na osoby s jakýmkoliv postižením dívali především jako na lidi a nesoudili je podle diagnózy.

Vedle Downova syndromu je v této bakalářské práci velký prostor věnován komunikaci. Komunikace je stěžejním faktorem v životě každého z nás, a ještě významnější je pro lidi, kteří jsou určitým způsobem znevýhodněni. Sami si zkuste představit, jak náročné by bylo, kdybyste na jeden den byli zbaveni schopnosti mluvit a byli tak odkázáni dorozumívat se jiným způsobem.

Bohužel ne všichni mají to štěstí, že by jim slovní komunikace šla prakticky přirozeně bez větší námahy. Je však nesmírně důležité, aby měly všechny osoby možnost vyjádřit své potřeby, přání, strasti a bolesti, a proto je nezbytně nutné hledat způsoby, jakými se mohou dorozumívat lidé, kteří nedokážou ovládat řečové schopnosti natolik, aby se domluvili s ostatními.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zpracována na základě odborné literatury a elektronických informačních zdrojů, obsahuje dvě kapitoly. V první kapitole jsou popsány pojmy jazyk, řeč a komunikace a vývoj řeči v dětském věku. Druhá kapitola je věnována diagnóze Downův syndrom, vývoji řeči u dětí s mentální retardací, nejčastějším typům narušené komunikační schopnosti u těchto dětí a v neposlední řadě také alternativní a augmentativní komunikaci.

Praktická část je popsána ve třetí kapitole a je zastoupena vlastním výzkumným šetřením kvalitativního charakteru. Jako hlavní cíl tohoto šetření byla stanovena analýza rozvoje komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem, od kterého se odvíjí dílčí cíle a jsou kladeny výzkumné otázky. Dále jsou v práci uvedeny případové studie sledovaných dětí a na závěr shrnuty výsledky a celkové zhodnocení tohoto výzkumného šetření. Mezi výzkumné metody použité v tomto šetření patří analýza anamnestických údajů, analýza dostupných dokumentů, doplňující rozhovor s rodiči a pozorování.

1 Teoretická východiska

1.1 Komunikace

Člověk, jakožto od přírody společenský tvor, má biologickou potřebu komunikovat a předávat si tak informace s ostatními jedinci. Spojujeme ho proto s přirozenou touhou po sociální komunikaci. Tato potřeba se drží jedince již od narození, kdy se nejprve snaží dorozumívát se se svým sociálním prostředím neverbálně a postupem času začíná do komunikace zapojovat i verbální stránku řeči, jazyka a komunikace (Klenková, 2006).

Termín komunikace je užíván v mnoha oborech (pedagogika, psychologie, sociologie) a v každém z nich může tento termín zahrnovat další více či méně spolu spjaté pojmy. Jedna jediná a univerzální definice tohoto termínu, která by se nacházela ve všech odborných publikacích, neexistuje. „*Termín komunikace (pochází z lat. communicatio) je možné chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace. Znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vyjádření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.*” (Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012, str. 20). Komunikace neboli dorozumívání je velmi složitý proces výměny informací, který výrazným způsobem ovlivňuje utváření osobnosti, jelikož je prostředkem vzájemných mezilidských vztahů (Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012).

Komunikaci můžeme chápat jako vzájemné ovlivňování mezi dvěma účastníky (většinou mezi jedincem a prostředím, ve kterém se nachází), kdy pomocí určitého systému znaků dochází k oboustranné výměně informací (Čermák, 2001).

V komunikaci hrají velmi důležitou roli 4 prvky, které spolu vzájemně interagují. Osobu, která přichází s něčím novým a je tudíž zdrojem informace, nazýváme **komunikátorem**. Příjemce této nové informace, který na ni bude nějakým způsobem reagovat, je **komunikant**. Onomu novému sdělení, jež bude komunikátor přenášet, říkáme **komuniké** a cestou, která slouží k úspěšnému přenosu komuniké od komunikátora ke komunikantovi, je **komunikační kanál** (Čechová, 2000 in Čechová a kol., 2000, Klenková, 2006).

Klenková (2006) pro efektivní komunikaci vymezuje tzv. „sedm C“, mezi které patří credibility (důvěryhodnost), context (kontext), content (obsah), clarity (jasnost), continuity

and consistency (kontinuita a konzistence), channels (kanály) a capability (kapacita veřejnosti). Důvěrná a potom tedy i efektivní komunikace může nastat jen v případě, že způsob sdělení splňuje všechny zmíněné podmínky.

Schopnost řečové a jazykové komunikace, patří k těm nejdůležitějším schopnostem člověka, je způsobilost vědomě užívat jazyk jako složitý komunikační systém mnoha znaků a symbolů. Bez komunikace nemůže žádná lidská společnost fungovat a dále se vyvíjet (Lechta, 2002).

Komunikaci můžeme rozdělovat na **verbální** a **neverbální**. Do verbální komunikace zahrnujeme všechny procesy, které se realizují mluvenou či psanou řečí. Pokud bychom měli stejným způsobem vyčlenit neverbální komunikaci, tak můžeme jednoduše říct, že do ní spadají veškeré neslovní prostředky komunikace. Tím se myslí zejména gesta, mimika, pohyby hlavou, postoj těla, zaujímání prostorových pozic, tón hlasu a další individuální aspekty. Neverbální komunikace je nedílnou součástí komunikace verbální, která se bez ní nemůže realizovat. Naopak neverbální komunikace může probíhat bez jakéhokoliv zásahu komunikace verbální (Čermák, 2001).

1.2 Jazyk a řeč

Jazyk

„Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky“ (Klenková, 2006, str. 27). Jazyk je komunikačním kódem, který se skládá z odlišných znaků, symbolů a signálů. Proces správného užívání jazyka je závislý především na schopnostech kognitivních (paměť, pozornost) a intelektových, ale také na schopnosti učit se nové informace a na nepoškození mozkových funkcí, jelikož jejich porušení znemožňuje adekvátní užívání jazyka ve všech 4 základních jazykových rovinách (lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické, foneticko-fonologické i pragmatické) (Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012).

Řeč

„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“ (Klenková, 2006, str. 27). Schopnost řeči není člověku vrozená, avšak obdržel určité predispozice k tomu, aby se u něj při kontaktu s mluvícím okolím řeč rozvinula. Podobně jako jazyk ani řeč nesouvisí velmi úzce pouze s myšlením a kognitivními procesy, ale také s intelektovými schopnostmi jedince. Můžeme ji rozdělit na řeč zevní, tedy mluvenou, a řeč vnitřní. Zevní řeč je realizována pomocí mluvních orgánů. Vnitřní probíhá v mozku, čímž rozumíme hlavně pochopení, uchovávání a vyjadřování myšlenek nejen verbálně, ale také graficky. Vnitřní řeč má dvě složky. Složku symbolickou neboli vnímavou a složku motorickou neboli výrazovou (Čechová, 2000, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Nyní by mělo být zřejmé, že hlavním rozdílem mezi jazykem a řečí je ten, že jazyk je společenským jevem a procesem, kdežto řeč je výkonem čistě individuálním. Avšak i řeč je velmi společensky podmíněná, jelikož se realizuje v sociálním prostředí. Oba pojmy spolu neodmyslitelně souvisí, protože aby člověk mohl mluvit, musí umět jazyk. Jazyk jako pojem zahrnuje všechny verbální symboly a řeč se stává prostředkem, jakým můžeme tyto symboly vyjádřit (Lechta, 2003 in Škodová, Jedlička & kol., 2003).

1.3 Vývoj řeči, jazyka a komunikace

Ontogeneze řeči, jazyka a komunikace se považuje za jeden z nejzajímavějších procesů v lidském životě. Během krátkého časového rozmezí dochází k rozvoji různorodých dovedností jako je osvojování si porozumění, vyjadřování a používání komunikačních schopností jako komplexního systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Je nepostradatelnou součástí celkového vývoje dítěte (Bytešnicková, 2012, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

I když se řečové a jazykové schopnosti vyvíjí a zdokonalují po celý život, podle Lechty (2002) nejdůležitější období probíhá do 6. roku života dítěte, přičemž klíčové je stádium mezi 3. – 4. rokem, kdy je vývoj řeči, jazyka a komunikace nejrychlejší.

Vývoj řeči, jazyka a komunikace u dítěte neprobíhá izolovaně, ale je ovlivňován vývojem sensorického vnímání, motoriky, myšlení i socializací. Ontogenezi řeči, jazyka a komunikace lze rozdělit do dvou hlavních období, která mohou mít různou délku trvání. U všech dětí je nutné pamatovat na to, že tento vývoj je značně individuální a nelze jej

zobecňovat a pevně stanovovat, jak dlouho by mělo které období trvat. Důležité je, aby dítě nevynechalo žádné stádium. Většina autorů shodně rozděluje ontogenezi řeči, jazyka a komunikace na přípravná stádia (sání, polykání, žvýkání) a stádia vlastního vývoje řeči, jazyka a komunikace, která u intaktních dětí začínají kolem 1 roku věku dítěte. (Bytešnicková, 2012, Klenková, 2006, Kutálková, 2009).

Sovák (1971, sec. cit. Klenková, 2006) do přípravného období vývoje řeči zahrnuje celou řadu předřečových stádií, jejichž počátek spadá do doby před narozením dítěte. Nejsou od sebe striktně časově oddělena, jelikož se mohou vzájemně překrývat a probíhat současně. V ontogenezi řeči, jazyka a komunikace pak tyto stádia vymezuje na období křiku, období žvatlání a období porozumění řeči.

Na období porozumění řeči dle Sováka (1971, sec. cit. Klenková, 2006) navazuje období vlastního vývoje řeči. To dále rozděluje na několik postupných na sebe navazujících stádií. Konkrétně na stádium emocionálně-volní, asociačně-reprodukční, stádium logických pojmů a stádium intelektuální řeči.

Lechta (2002) přišel s rozdělením ontogeneze řeči, jazyka a komunikace na vývojové fáze, které lze využít pro posouzení aktuální úrovně dítěte. Konkrétně je to období pragmatizace (do konce 1 roku věku dítěte), období sémantizace (1.-2. rok věku dítěte), období lexémizace (2.-3. rok věku dítěte), období gramatizace (3.-4. rok věku dítěte) a období intelektuální řeči (po 4. roce věku dítěte). Názvy jednotlivých období vystihují typické procesy, které si dítě v daném stádiu osvojuje.

1.3.1 Přípravná stádia vývoje řeči, jazyka a komunikace

Přípravná (preverbální) stádia, ve kterých si dítě osvojuje návyky, na jejichž základě se později vyvíjí skutečná řeč, probíhají v průběhu prvního roku života dítěte. Již v prenatálním období lze u dítěte pozorovat dumání palce nebo polykací pohyby, které jsou přípravou artikulačního aparátu k verbálním projevům. Osvojení si dovedností a návyků jako je sání, polykání či žvýkání je velmi důležité pro vývoj řečových a jazykových aktivit. Primární funkcí artikulačního aparátu je zajištění dýchání a přijímání potravy, což přirozeně vede dítě k používání čelisti, jazyka a rtů, a to je velmi důležité pro následné užívání těchto orgánů při verbálních projevech. Toto zjištění je podstatné zejména pro logopedickou intervenci dětí s postižením, aby se u nich nejprve stimulovaly primární funkce artikulačního

aparátu a teprve až po jejich ukotvení se přešlo k dalšímu vývojovému stupni (Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Prvním komunikačním projevem novorozence je křik, který je považován za hlasový reflex v reakci na změnu prostředí, teploty okolí a krevního oběhu (podráždění dýchacího centra přechodem z placentárního zásobování kyslíkem na plicní dýchání). Různé výzkumy potvrzují, že tento novorozenecký křik může mít i diagnostickou hodnotu, zejména u dětí předčasně narozených (Jedlička, 2003 in Škodová, Jedlička & kol., 2003, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Během novorozeneckého období můžeme u dítěte pozorovat první náznaky neverbální komunikace. Ve 2.-3. týdnu života dítěte se na jeho tváři začíná objevovat úsměv, jakožto vrozený výrazový pohyb. V tomto období se jedná pouze o výrazovou šablonu, avšak mezi 2.-3. měsícem věku dítěte je tato šablona vystřídána záměrným úsměvem na podnět (Bytešnicková, 2012, Průcha, 2011).

Křik dítěte začíná dostávat kolem 6. týdne jeho života citové zabarvení. Dítě jím zpočátku vyjadřuje nelibost, odpor či nespokojenost. Tento křik má tzv. tvrdý hlasový začátek. Později dítě křikem s měkkým hlasovým začátkem vyjadřuje pocity libosti. Z křiku se stává prostředek uspokojování potřeb dítěte, které se naučí, že si díky němu dokáže přivolat matku. Hlasové projevy v tomto období nazýváme houkáním či broukáním. S těmi se zároveň prolínají začátky **pudového žvatlání**, které je charakteristické zejména tím, že dítě vykonává stejné pohyby mluvidly jako při přijímání potravy a tyto pohyby teď navíc doprovází hlasem. Dochází k tomu, že náhodným postavením mluvidel vznikají zvuky podobné některým hláskám, slabikám i slovům (*bababa, mamama, grgrgr*) (Jedlička, 2003 in Škodová, Jedlička & kol., 2003, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Na základě rozvíjejícího se smyslového vnímání, dochází přibližně v 6.-8. měsíci života dítěte k začátku období **napodobujícího žvatlání**. Dítě začíná připodobňovat zvuky, které samo vydává, hláskám, které slyší ve svém okolí. Všimá si pohybů mluvidel, jenž vytváří jeho okolí a snaží se je napodobit. Lépe, než hlásky však dítě dokáže imitovat melodii, rytmus, výšku či sílu svého mateřského jazyka, díky čemuž dokáže vyjádřit své pocity a přání. Toto období je důležité také z pohledu diagnostiky, a to především pro včasné

odhalení případné sluchové vady. K napodobujícímu žvatlání totiž dochází jen u slyšících jedinců, neslyšící děti postupně žvatlat přestávají (Klenková, 2006, Kutálková, 2009).

Okolo 10.-12. měsíce života dítěte přichází na řadu **stádium rozumění řeči**, což je poslední stádium přípravného období vývoje řeči. V této fázi vývoje můžeme zaznamenat počátky pasivní slovní zásoby. Přestože dítě ještě nechápe význam slov, dokáže si spojit slyšené zvuky s vjemem či představou nějaké konkrétní situace, která se často opakuje. To, že nám dítě rozumí, zjistíme především tak, že pohybově reaguje na známou situaci například: „*udělej paci, paci*“ nebo „*ukáž, jak jsi veliký*“. Je podstatné, aby dítě v tomto období mělo dostatek kontaktu se sociálním prostředím, aby mohlo čerpat zkušenosti z mimiky a gestikulace různých osob (Bytešníková, 2012, Klenková, 2006).

1.3.2 Vlastní vývoj řeči, jazyka a komunikace

Vlastní vývoj řeči, jazyka a komunikace začíná přibližně kolem jednoho roku věku dítěte. Toto období je možné rozdělit do čtyř po sobě jdoucích stádií, kterými musí dítě postupně projít. Prvotním stádiem v období vlastního vývoje řeči je **stádium emocionálně-volní**, které je charakteristické tím, že dítě začíná vyjadřovat své emoce, přání a pocity prostřednictvím prvního skutečného verbálního projevu. Stále však převažuje emocionální stránka projevu, konkrétně zabarvení a intonace hlasu. Dítě začíná užívat jednoslovné věty, které vznikají opakováním slabik, jsou nesklonné a nesou komplexní význam věty (*mama, tata, baba, pápá*). Kromě podstatných jmen a sloves dítě často používá také zvukomalebné citoslovce. Pasivní slovní zásoba stále velmi výrazně převládá nad aktivní slovní zásobou dítěte. Nástup tohoto stádia ovšem neznamená úplný zánik žvatlání, to ještě nějakou dobu přetrvává. Kolem 1,5-2 let věku nastává u dítěte období, ve kterém se snaží napodobovat své okolí a samo pro sebe si opakuje slova, čímž objevuje mluvení jako činnost. O této fázi hovoříme jako o egocentrickém stádiu vývoje řeči (Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012, Slowík, 2016).

Kolem druhého roku věku dítěte nabývají jeho slova pojmenovávací funkci. Dítě přenáší výrazy, které slyšelo ve spojitosti s jistým jevem, na další podobné jevy. Vzhledem k tomu, že dítě tímto způsobem reprodukuje jednoduché asociace, nazýváme toto období **stádiem asociačně-reprodukčním**. Mezi druhým a třetím rokem dochází u dítěte

ke znatelnému rozvoji komunikační řeči. Prostřednictvím řeči, jazyka a komunikace se mu daří dosáhnout drobných cílů (Klenková, 2006, Vágnerová, Lisá, 2021).

Opravdu důležitá etapa ve vývoji řeči, jazyka a komunikace přichází kolem třetího roku věku dítěte a nazýváme ji **stádiem logických pojmů**. V tomto období můžeme u dítěte pozorovat, jak se díky abstrakci a představivosti stávají slova, která byla doposud spjata s konkrétním jevem, všeobecnými pojmy. V této fázi náročných myšlenkových operací se u dětí mohou objevit různé obtíže v řeči (opakování hlásek, slabik či slov nebo neplýnulost řečového projevu). Slovní zásoba v tomto vývojovém období činí zhruba jeden tisíc slov (Bytešníková, 2012, Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012).

Poslední etapa ve vlastním vývoji řeči přichází na přelomu třetího a čtvrtého roku života dítěte a trvá až do dospělosti. Nazýváme ji **stádium intelektualizace řeči**. V průběhu tohoto období dítě vyjadřuje své myšlenky s obsahovou i formální přesností, rozšiřuje si slovní zásobu, experimentuje s novými slovními výrazy, prohlubuje si obsah slov či gramatických forem, rozlišuje pojmy konkrétní a abstraktní a zkvalitňuje svůj řečový projev (Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešníková, 2012, Slowík, 2016, Vágnerová, Lisá, 2021).

1.3.3 Jazykové roviny v ontogenezi řeči, jazyka a komunikace

Pro posouzení úrovně vývoje řeči, jazyka a komunikace se využívají poznatky o vývoji čtyř jazykových rovin, podle kterých se v diagnostice orientujeme, a které se vzájemně prolínají. Tyto roviny představují zvukovou, významovou a gramatickou stránku řeči, jazyka a komunikace a stránku zaměřenou na využití získaných řečových, jazykových a komunikačních schopností v sociálním prostředí (Slowík, 2016).

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Tuto jazykovou rovinu, která zahrnuje uplatňování gramatických pravidel, lze posuzovat až po prvním roce života dítěte, jelikož právě kolem jednoho roku začíná vlastní vývoj řeči. První slova vznikají opakováním slabik, jsou neohebná a plní funkci vět. Dítě nejprve užívá zvukomalebné citoslovce, dále pak přidává podstatná jména a slovesa. Tohle období jednoslovných vět trvá přibližně do 1,5-2 let věku dítěte a pak ho vystřídá stádium dvouslovných vět. V období mezi 2.-3. rokem dochází k prudkému nárůstu množství

používaných slovních druhů. Dítě postupně začíná přidávat přídavná jména a osobní zájmena, dále pak také číslovky, spojky a předložky. Všechny slovní druhy by dítě mělo ovládat kolem čtvrtého roku. Kolem 2,5-3 let přichází období víceslovných vět a dítě začíná skloňovat slova. Pro slovosled je v tomto stádiu typické, že klíčové slovo dítě dává na první místo ve větě. Mezi třetím a čtvrtým rokem již dítě tvoří jednoduchá souvětí. Po čtvrtém roce věku dítěte by gramatická stránka řeči neměla vykazovat žádné nápadné odchylky. V opačném případě by se mohlo jednat o narušený vývoj řeči (Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012, Vágnerová, Lisá, 2021).

Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Lexikálně-sémantická jazyková rovina se zabývá aktivní i pasivní slovní zásobou a jejím vývojem. Počátky rozvoje pasivní slovní zásoby můžeme zaznamenat již kolem 10. měsíce věku dítěte, kdy začíná období rozumění řeči. Aktivní slovní zásoba se postupně začíná rozvíjet kolem jednoho roku věku dítěte, kdy se dítě učí vyvozovat svá první slova. I přesto u něj bude ještě poměrně dlouhou dobu dominovat neverbální stránka řeči, jazyka a komunikace (Jehličková, 2012 in Vrbová a kol., 2012, Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Pro dané vývojové stádium je příznačné aplikování **hypergeneralizace** tedy zevšeobecňování, např. *haf haf* je všechno, co má čtyři nohy. Dále je typické užívání **hyperdiferenciace**, kdy dítě pracuje s tím, že se slova vztahují pouze k jedné jediné věci, např. *táta* je jen jeho vlastní *táta* a nikdo jiný nemůže být *táta*. V této době nastává také období otázek, které Lechta (2002) rozděluje na první a druhý věk otázek. V roce a půl dítě začíná klást otázky typu: „*Co je to?*“ a „*Kdo je to?*“. Ve 3,5 letech přichází na řadu otázky: „*Proč?*“ a „*Kdy?*“ (Klenková, 2006, Vágnerová, Lisá, 2021).

Výzkumy ukazují, že kolem třetího roku života dítěte dochází k nejvýraznějšímu nárůstu slovní zásoby. Slovní zásoba dítěte v jednom roce obsahuje asi 5-7 slov, ve dvou letech vzroste na přibližně 200 slov a u tří letého dítěte je to zhruba 1000 slov, tedy 5x více než před rokem. Před nástupem do základní školy slovní zásoba dítěte činí přibližně 2500-3000 slov. Mezi 3.-4. rokem věku se dítě naučí říct své jméno a příjmení nebo přeříkat básničku (Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Foneticko-fonologická jazyková rovina

Pro tuto jazykovou rovinu, která se zabývá zvukovou stránkou řeči, jazyka a komunikace, diferenciací slov, intonací, tempem řeči a správnou výslovností hlásek, je zejména důležitý přechod z pudového žvatlání na žvatlání napodobující, ke kterému dochází mezi 6.-9. měsícem věku dítěte. Zvuky, které dítě do této doby vydává, nepovažujeme za hlásky jeho mateřského jazyka. Aby byla logopedická intervence efektivní, je nutné znát pořadí fixace jednotlivých hlásek, jelikož se v témže pořadí postupuje při korekci nesprávně artikulovaných hlásek. Proces fixace správného vyvozování hlásek u dítěte probíhá pozvolně na základě napodobování svého okolí (Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Nejprve si dítě začíná osvojovat samohlásky (vokály), poté dvojhásky (diftongy) a nakonec souhlásky (konsonanty), u kterých dochází k rozvoji v následujícím pořadí: hlásky 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, dz, dž, l, r, ř*). Délka vývoje správného vyvozování hlásek závisí na individuálních schopnostech dítěte (obratnost mluvních orgánů, vyzrállost fonemického sluchu), na působení sociálního prostředí (mluvní vzor, množství stimulů) a na úrovni intelektu dítěte. Finálně by měl být dokončen kolem pátého roku věku dítěte, tedy ještě před zahájením povinné školní docházky. Nejpozději však v sedmi letech věku dítěte. V případě, že tomu tak není, je nutné neprodleně zahájit logopedickou intervenci (Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

Pragmatická jazyková rovina

Z pohledu pragmatické jazykové roviny je pozornost soustředěna na uplatňování sociálních komunikačních schopností jedince (vyžádání si informace od svého sociálního okolí, oznámení informace, vyjádření vztahů a pocitů, sociální interakce). Dítě již ve dvou letech dokáže vnímat svou roli komunikačního partnera a reagovat v ní dle konkrétní situace různými komunikačními vzorci. Po třetím roce věku dítěte samo iniciuje komunikaci s dospělými ve svém okolí (Jehličková, 2012 in Vrbová a kol., 2012, Klenková, 2006, Klenková, Bočková & Bytešnicková, 2012).

1.4 Aspekty optimálního vývoje řeči, jazyka a komunikace

Adekvátní ontogeneze řeči, jazyka a komunikace je ovlivněna celou řadou faktorů, které jsou jak endogenního (psychický vývoj dítěte), tak exogenního charakteru (sociální prostředí dítěte). Klíčovou etapou pro vývoj řeči, jazyka a komunikace je období do šestého roku života dítěte. V tomto vývoji má zcela zásadní roli centrální nervová soustava dítěte, jelikož pouze v případě, že není narušen žádný její úsek, se dá předpokládat, že dojde ke správnému rozvinutí řečových a jazykových schopností (Lechta, 2002).

Ontogeneze řeči, jazyka a komunikace je dále velmi úzce propletena s vývojem myšlení, neboť zhruba ve dvou letech věku dítěte dochází k jejich propojení. V důsledku toho se řečové a jazykové schopnosti stávají intelektuální a myšlení naopak verbální. Z tohoto principu je zřejmé, že úroveň řečových a jazykových schopností je přímo závislá na intelektové úrovni jedince, a proto nemohou jedinci se sníženou úrovní inteligence ve vývoji řeči, jazyka a komunikace dosáhnout hladiny normy (Bytešníková, 2012).

Vzájemné ovlivňování řečových a jazykových schopností se schopnostmi motorickými můžeme sledovat zejména v případě porušení vývoje motoriky, které se odráží na jemných mechanismech mluvního aparátu. Pokud dojde k narušení hybnosti řečových a jazykových orgánů, dochází také k narušení celkového vývoje řeči, jazyka a komunikace. Avšak lze sledovat i opačnou vzájemnou provázanost, jelikož u dětí s narušenou komunikační schopností (např. s koktavostí) často zjišťujeme nižší motorickou obratnost (Bytešníková, 2012, Lechta, 2002).

K dalším endogenním faktorům, ovlivňujícím ontogenezi řeči, jazyka a komunikace, můžeme přiřadit zrak a sluch, což jsou významné telereceptory¹, které vnímají značnou část informací přicházejících z okolního prostředí. Význam zraku je při osvojování grafické stránky řeči, jazyka a komunikace zjevný. Nesmíme však opomenout jeho důležitou roli při prvních pokusech o mezilidskou komunikaci, ve kterých je klíčové navazování očního kontaktu dítěte se svým okolím. Zrakové podněty vybízí dítě k vokalizaci. Navíc je dítěti díky zraku umožněno odezírat z postavení mluvidel a z výrazu tváře, což dítě vede

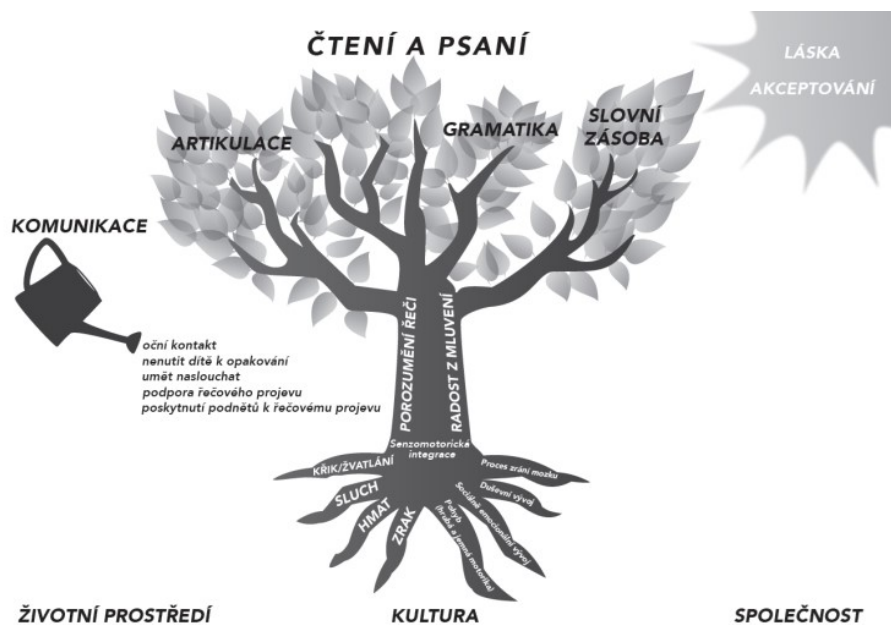
¹ Orgány schopné přijímat vjemy přicházející z dálky (Kohoutek, © 16. 3. 2022).

k napodobování svého okolí, čímž si osvojuje prvky artikulace a neverbální komunikace (Lechta, 2002).

Na základě sluchu řeč nejen vnímáme, ale také produkujeme. Pro percepci mluvené řeči je hlavním kanálem sluchová dráha. Když dojde k narušení sluchu, dochází ke znemožnění přijímání řečových a jazykových signálů a omezení produkce řeči. Pokud je přítomný nějaký deficit u těchto smyslů, je důležité z hlediska vývoje řeči, jazyka a komunikace vadu včas odhalit, vhodně ji kompenzovat a stimulovat nedostatečně rozvinuté funkce (Bytešníková, 2012).

Mezi exogenní činitele ovlivňující vývoj řeči, jazyka a komunikace patří zejména vlivy vnějšího prostředí a míra nadání pro řeč, jazyk a komunikace. Pokud dítě nemá dostatek verbálních podnětů, může u něj dojít k opoždění v řečovém a jazykovém vývoji. Avšak i jejich přebytek může způsobovat častou unavitelnost nebo snížení koncentrace dítěte. Pro správný vývoj řečových a jazykových funkcí dítěte je tedy zásadní poskytovat mu kvalitní verbální podněty v přiměřené míře (Bytešníková, 2012).

Wendlant (2000, sec. cit. Bytešníková, 2012) trefně vystihuje aspekty optimálního osvojování si řeči, jazyka a komunikace na obrázku jazykového stromu (viz obrázek č. 1). Přirovnává vývoj řeči, jazyka a komunikace k růstu stromu, u něhož se také v postupném sledu několika fází z malého a slabého stromku stává velký a silný strom. A to, jak rychle a kvalitně tento růst či vývoj bude probíhat, závisí na několika různých faktorech. Růst každého stromu je proto značně individuální, stejně tak je i vývoj řeči, jazyka a komunikace u dítěte.



Obr. 1: Jazykový strom – přirovnání vývoje řeči k růstu stromu (Kidtown.cz, 2016)

2 Downův syndrom

Downův syndrom je nejznámějším syndromem, který je způsobený změnou počtu chromozomů a také jedním z nejčastějších vrozených syndromů. Ze současných poznatků lékařské vědy již víme, že se tento syndrom nedá léčit kauzálně, avšak včasnou a adekvátní stimulací pod odborných dohledem můžeme redukovat jeho symptomy. Cílenou dlouhodobou terapií a vzdělávacím procesem lze pozitivně ovlivnit také úroveň intelektu jedince s Downovým syndromem a dosáhnout významného stupně socializace. V populaci se tento syndrom vyskytuje poměrně často. Někteří autoři uvádí, že na 700 narozených dětí připadá 1 dítě s Downovým syndromem. Mezi osobami s mentálním postižením je asi 5 % jedinců s Downovým syndromem. O něco častěji se s tímto syndromem rodí chlapci než dívky, důvod však není znám. Downův syndrom může být diagnostikován již před narozením dítěte (Černá a kol., 2015, Selikowitz, 2005, Střihavková, 2007).

Pravděpodobnost, že se rodičům narodí dítě s Downovým syndromem, roste se zvyšujícím se věkem matky. Po dovršení věku 35 let riziko výrazně vzrůstá, avšak věk sám o sobě nemůže tento syndrom způsobit. Není vyloučené, že by se dítě s Downovým syndromem, mohlo narodit i matce mladší tohoto věku. Ve skutečnosti se totiž dvě třetiny dětí s tímto onemocněním narodí právě matkám, které ještě nedosáhly hranice 35 let věku (Selikowitz, 2005, Valenta, 2018 in Valenta, Michalík & Lečbych, 2018).

Historie Downova syndromu

Existují záznamy, které dokazují, že lidé s Downovým syndromem jsou v naší společnosti odjakživa, ale teprve po prudkém rozvoji a pokroku v oblasti zdravotnictví v polovině 19. století se objevily první lékařské zprávy osob s tímto syndromem. Roku 1838 popsal francouzský psychiatr Jean-Étienne Dominique Esquirol příznačné rysy ve vzhledu dítěte, které odpovídají nynějším charakteristickým znakům Downova syndromu. V roce 1866 vymezil typické vlastnosti a popsal diagnózu Downův syndrom ve své práci *Observations on an Ethnic Classification of Idiots* britský lékař John Langdon Down, po kterém byl následně syndrom pojmenován. Down tehdy ještě nedokázal popsat příčiny vzniku tohoto onemocnění. Až o několik desítek let později v roce 1932 přišel holandský lékař Petrus Johannes Waardenburg s myšlenkou, že by genetickou příčinou vzniku Downova syndromu mohla být chromozomální abnormalita. To bylo potvrzeno až v roce

1959 v Paříži francouzským genetikem a pediatrem Jérómem Lejeunem a jeho kolegy. Tehdy zjistili, že je tato abnormalita způsobena nadbytečným 21. chromozomem. (Klišová, © 19. 2. 2022, Spolek Trizomie 21, © 19. 2. 2022, Selikowitz, 2005, Šípek, © 11. 2. 2022, Švarcová, 2006).

Charakteristické příznaky Downova syndromu

Všichni jedinci s Downovým syndromem jsou, stejně jako intaktní lidé, jedinečné osobnosti, které mají velké množství individuálních charakteristických rysů, co se týká fyzického vzhledu, povahy i schopností. Avšak projevují se i několika specifickými rysy, které s sebou nese diagnóza Downův syndrom, a ty mají společné s ostatními jedinci, kteří žijí s tímto syndromem. Syndrom je charakteristické seskupení několika příznaků. Jedinec daným syndromem trpí, pokud se u něj současně vyskytuje několik z těchto příznaků (Selikowitz, 2005).

Ve většině případů jsou děti s Downovým syndromem diagnostikovány ještě před narozením nebo krátce po něm, a to především na základě vzhledu dítěte. Pokud by měl lékař podezření na Downův syndrom, s přesností může svou domněnku potvrdit či vyvrátit teprve až vyšetření chromozomů. Nicméně se stává pouze velmi zřídka, že by příznaky nebyly zjevné hned po narození (Bocková, 2022).

U Downova syndromu bylo popsáno přes 120 charakteristických příznaků. Většina dětí však neprojevuje více než 7 z tohoto obšírného balíku. Jediným společným rysem Downova syndromu, který se vyskytuje u všech dětí s tímto syndromem, jsou více či méně snížené intelektové schopnosti. Nejčastěji trpí jedinci s Downovým syndromem lehkou či středně-těžkou mentální retardací (Černá a kol., 2015, Selikowitz, 2005).

Dalšími typickými znaky Downova syndromu je kulatý a plochý obličej; malá a vzadu zploštělá lebka (brachycephalia); mírně zešíkmené oči vzhůru; kožní řasa ve vnitřních koutcích oka zvaná epikantus, která se později po narození vytrácí a po čase může růstem úplně vymizet; krátký a široký krk; malá ústa a velký jazyk (makroglosie); široké ruce s krátkými prsty; pouze jedna příčná rýha na dlani tzv. opičí rýha; široká mezera mezi palcem a ukazováčkem na noze; malý svalový tonus (hypotonie); menší postava;

nadměrná kloubní pohyblivost; zvýšená citlivost na respirační infekce či neúplný nebo opožděný sexuální vývoj (Healthline editorial team, 2019).

Downův syndrom často souvisí také s poruchou vývoje některých vnitřních orgánů (kardiovaskulární systém), neurologickými postiženími (epileptické záchvaty, zhoršená funkce štítné žlázy), již zmíněnou mentální retardací a poruchami řeči. Jedinci s Downovým syndromem trpí hypogonadismem², což vede k neplodnosti u mužů a pouze výjimečné plodnosti u žen (Müller, Valenta, 2018 in Valenta, Michalík & Lečbých, 2018).

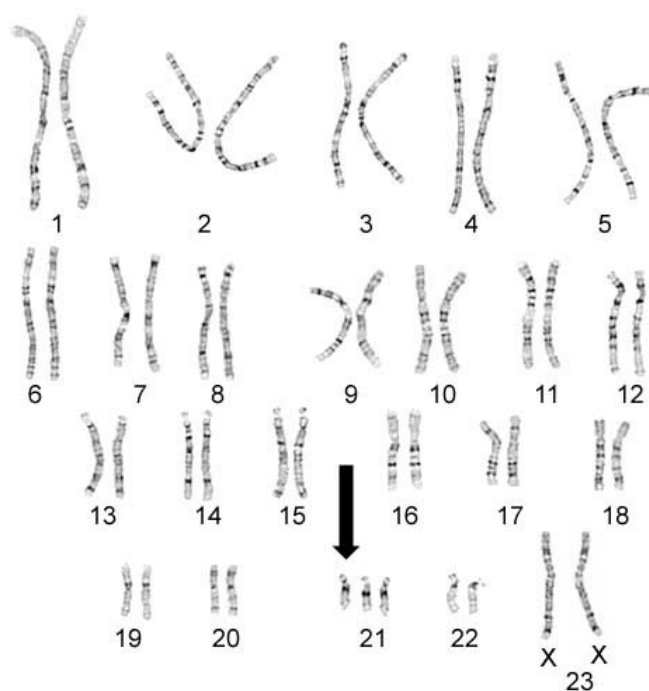
V důsledků rizik spojených právě s vrozenými srdečními vadami a zvýšeným rizikem nádorových onemocnění, případně také rozvojem Alzheimerovy choroby, jedinci s Downovým syndromem často umírají kolem 40 let věku (Selikowitz, 2005, Šípek, © 11. 2. 2022).

Příčiny vzniku Downova syndromu

Každá buňka v lidském těle obsahuje 46 chromozomů, které jsou po dvojicích uspořádány do 23 párů a každý pár má chromozom jak od matky, tak od otce. Tyto chromozomy se skládají z DNA a z bílkovin a obsahují soubor rysů, které jsme zdělili po rodičích. Jediné buňky, které to takto nemají, jsou spermie a vajíčko, jež mají každá poloviční počet chromozomů a jejich splynutím vznikne standardní buňka s 46 chromozomy. V případě, že tomu tak není, tedy pokud počty chromozomů neodpovídají normě, dochází k chromozomální poruše (Spolek Trizomie 21, © 24. 2. 2022, Švarcová, 2006).

U Downova syndromu dochází k poruše na 21. chromozomu, kde se vyskytují tři chromozomy místo obvyklé dvojice (viz Obrázek č. 2 níže). Nadbytečný chromozom způsobuje, že se v buňce vytvářejí bílkoviny navíc, které ruší standardní růst plodu. Jelikož se buňky v těle nedělí obvyklou rychlostí, vzniká menší počet tělových buněk. Navíc je poškozeno přesouvání buněk, které jsou součástí utváření jednotlivých částí těla, a to zejména v mozku. Dítě, které má odlišnou stavbu mozku a méně mozkových buněk, se bude rozvíjet a učit pomaleji, než intaktní jedinci (Thomas, 2019, Selikowitz, 2005).

² Porucha funkce pohlavních žláz, která vede k nedostatečné tvorbě pohlavních hormonů a také k neplodnosti (Lekarske-slovníky.cz, © 16. 3. 2022).



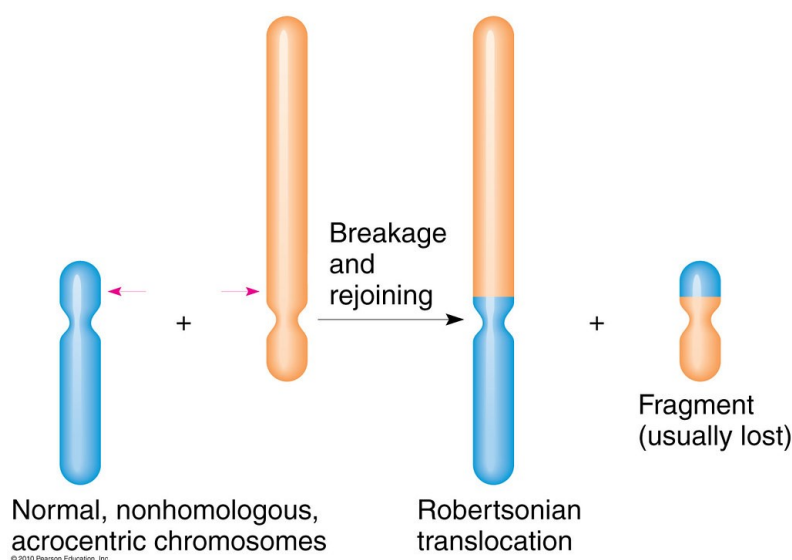
Obr. 2: Chromozomová mapa u jedince s Downovým syndromem (Štefánek, © 9. 2. 2022)

Formy Downova syndromu

Všechny formy Downova syndromu jsou způsobeny nadbytečným množstvím chromozomů na místě 21. Množství těchto nadbytečných chromozomů a způsob, jakým k poruše dochází, tento syndrom rozřazují do tří forem. Nejběžnější formou Downova syndromu je **trisomie 21. chromozomu**, která postihuje asi 93 % jedinců s tímto syndromem. Tato forma je charakteristická tím, že má jeden celý nadbytečný 21. chromozom v každé buňce v těle. Trisomie 21 vzniká tím, že jeden z rodičů předá dítěti z pohlavní buňky místo obvyklého jednoho 21. chromozomu 2 tyto chromozomy. Standardně se při vzniku vajíčka nebo spermie buňka rozdělí, aby vznikly 2 nové buňky, kdy každá bude mít 23 chromozomů. V tomhle případě však neodchází ke standardnímu dělení a vajíčko či spermie obdrží jeden 21. chromozom navíc. Tomuto procesu se říká nondisjunkce, protože se 21. chromozom z původní buňky nerozpůlí, ale zůstává v jedné z nových buněk kompletní. Nejvýznamnějším faktorem příčiny vzniku nondisjunkce se jeví

vzrůstající věk matky. K nondisjunkci dochází v průběhu vývoje vajíčka (Selikowitz, 2005, Šípek © 11. 2. 2022).

Další a vzácnější formou Downova syndromu je **Robertsonská translokace**, kdy asi ve 4 % případů není nadbytečný jeden celý 21. chromozom, ale pouze jeho část. K tomu dochází v případě, že se odlomí malé části 21. chromozomu a jiného (nejčastěji 13., 14., 15. nebo 22.) chromozomu a jejich zbývající části se spolu spojí (viz Obrázek č. 3 níže). Projevy této formy Downova syndromu se nikterak neliší od trisomie 21. chromozomu. V tomto případě nehraje věk matky žádnou roli. Avšak pokud se jedná o translokaci, je zde 33 % pravděpodobnost, že je nositelem jeden z rodičů a tomu se tak může narodit i další dítě s Downovým syndromem. Proto je důležité udělat u všech dětí s Downovým syndromem chromozomový test a včas zjistit, jestli se skutečně jedná o translokaci (Selikowitz, 2005).



Obr. 3: Robertsonská translokace (Pearson Education, Inc., © 13. 2. 2022)

Poslední formou je **mozaicismus**, který se vyskytuje přibližně u tří procent dětí s Downovým syndromem. Tato forma je charakteristická tím, že se nadbytečný 21. chromozom vyskytuje pouze v některých buňkách, ostatní buňky zůstávají nepoškozené. U mozaicismu nejsou přítomny tak zjevné příznaky jako u zbylých dvou forem Downova syndromu, protože jsou v těle kromě narušených buněk přítomny také buňky nepoškozené. Děti s touto formou mají mírnější fyzické příznaky a jejich vývoj a projevy jsou blíže

k intaktním jedincům, avšak stále se normě, především v intelektových schopnostech, vymykají (Švarcová, 2006).

2.1 Řečové a jazykové schopnosti u dětí s mentální retardací

„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince“ (Valenta, 2018, str. 34 in Valenta, Michalík & Lečbych, 2018). Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 můžeme rozdělit mentální retardaci dle stupně postižení na lehkou mentální retardaci (IQ 50-69), střední mentální retardaci (IQ 35-49), těžkou mentální retardaci (IQ 20-34), hlubokou mentální retardaci (IQ pod 20), jinou mentální retardaci a neurčenou mentální retardaci (MKN-10, 2022).

2.1.1 Vývoj řeči, jazyka a komunikace u dětí s mentální retardací

Jak vyplývá již z úvodní definice, tak narušený vývoj řeči, jazyka a komunikace je jedním z hlavních projevů mentální retardace. V důsledku jinakostí ve vývoji dětí s mentální retardací je vždy řečová a jazyková oblast narušena tak, že není možné, aby dosáhla normy. *„Jestliže jej (dítě s mentálním postižením) budeme hodnotit podle známé Sovákovy typologie poruch vývoje řeči, můžeme říct, že tu jde o omezený vývoj řeči, protože řeč se u těchto dětí většinou už od začátku rozvíjí pomalu, deformovaně a ani později nedosáhne obvyklé úrovně.“* (Lechta, 2002, str. 76) U velké části dětí s mentální retardací jsou řečové a jazykové schopnosti narušeny do takové míry, že jsou v minulost zaznamenány pokusy o oddělení poruch řeči, jazyka a komunikace těchto dětí od řečových a jazykových poruch dětí intaktních (Lechta, 2002).

Již od počátku se totiž vývoj řeči, jazyka a komunikace dostavuje opožděně, což může být pro rodiče prvotním signálem, že se jejich dítě nevyvíjí stejně jako jiné děti. Podle několika výzkumů existuje šance, že se děti s mentální retardací již v předřečových stádiích vývoje řeči, jazyka a komunikace odchylují od intaktních dětí. Jako příklad uvádí Lechta (2002), že děti s mentální retardací křičí již od narození méně a odlišně než děti bez mentální retardace. Jinakosti ve vývoji řeči, jazyka a komunikace jedinců s mentální retardací budou přítomny vždy v oblasti zvukové, gramatické nebo obsahové. Nastavením správné

logopedické intervence se sice mohou zmenšit rozdíly mezi intaktními dětmi a dětmi s mentální retardací, ale nikdy (kromě nejlehčích forem mentální retardace) nebudou moci dosáhnout stejné úrovně jako děti intaktní (Škodová, 2003 in Škodová, Jedlička & kol., 2003).

První slovo, které hned ze začátku nemusí být zřetelné, se u dětí bez postižení objevuje kolem jednoho roku věku dítěte. Ve dvou letech už je dítě schopné mluvit v jednoduchých větách. U dětí s mentální retardací je v této fázi vývoje řeči, jazyka a komunikace značné zaostávání za úrovní normy. Jak velké je toto opoždění závisí na konkrétním stupni, typu a formě mentální retardace (Klenková, 2006, Kutálková, 2010).

Vliv stupně mentální retardace

U jedinců s hlubokou mentální retardací se v drtivé většině případů mluvené projevy nerozvinou vůbec a rozumění je omezeno pouze na nejzákladnější pokyny. Jejich řečové, jazykové a komunikační schopnosti uvíznou na úrovni vydávání neartikulovaných zvuků bez zapojení neverbální komunikace a reagují výhradně na emoční tón hlasu (Škodová, 2003 in Škodová, Jedlička & kol., 2003).

Děti s těžkou mentální retardací se buď nenaučí mluvit vůbec nebo jejich řečové, jazykové a komunikační schopnosti zůstanou ve stádiu pudů. Dokážou tedy měnit hlas podle toho, zda vyjadřují libost či nelibost, touhu, odpor nebo zlost. V některých případech se u takových dětí objevuje echolalie, tedy opakování slyšených slov bez pochopení významu. (Klenková, 2006).

U dětí se středně těžkou mentální retardací se řečové a jazykové schopnosti začínají vyvíjet velmi opožděně. Většinou až po třetím roce věku dítěte, v některých případech i později. Potom je ale veliká šance, že se u nich tyto schopnosti obstojně rozvinou. Lechta (2002) uvádí, že děti s tímto stupněm mentální retardace zvládají dobře napodobovat delší řečové celky, zvládají základní principy sebeobsluhy, nenáročné pracovní dovednosti a mnozí z nich jsou schopni ovládnout také základy trivia. Děti se středně těžkou mentální retardací se naučí velmi dobře komunikovat se svým okolím (Klenková, 2006).

U většiny dětí s lehkou mentální retardací je opoždění ve vývoji řeči, jazyka a komunikace patrné až ve vyšších vývojových úrovních, kdy je po dítěti vyžadováno řešení

složitějších úkonů. Ve všedních situacích jsou jejich komunikační schopnosti naprosto dostačující, určitý problém může nastat při neobvyklých a nových komunikačních situacích, kdy nemůžou použít naučené a zafixované řečové a jazykové stereotypy. Děti se mohou naučit správně artikulovat především díky dobře vyvinuté schopnosti nápodoby, mají ale obtíže v porozumění obsahu řeči. (Lechta, 2002, Škodová, 2003 in Škodová, Jedlička & kol., 2003).

Vliv formy mentální retardace

Závislost formy mentální retardace na vývoji řeči, jazyka a komunikace je u nás prozatím málo výzkumně zpracována. Více informací máme o řečových a jazykových schopnostech u těch forem mentální retardace, které mají výrazné somatické znaky. Lechta (2002) ve své publikaci zmiňuje, že co se týče formy mentální retardace, tak se poruchy řeči nejčastěji vyskytují u dětí s Downovým syndromem. Svou tezi podkládá výzkumem od Šifové (1965 in Lechta 2002), která zjistila, že jedinci s Downovým syndromem trpí poruchami řeči v 95 % případů.

Vliv typu mentální retardace

Mentální retardace je často rozdělována také podle typů chování na vyhraněný instabilní, vyhraněný apatický a nevyhraněný typ v případě, že dítě není možno zařadit jako vyhraněně instabilní ani jako vyhraněně apatické. Děti instabilního typu, které Klenková (2006) ve své publikaci nazývá jako děti eretického typu, jsou velmi neklidné, mají velké obtíže s udržením pozornosti, jsou obvykle příliš hlučné nebo i hyperaktivní. Naopak děti apatického typu mentální retardace neprojevují žádný zájem ani v případě komunikace, jsou často hodně utlumené, lhostejné. V obou případech jsou u dětí značné problémy při navazování komunikace (Lechta, 2002).

2.2 Narušená komunikační schopnost u dětí s mentální retardací

Dle Klenkové (2006) vzniká narušená komunikační schopnost u dětí s mentální retardací na základě sníženého stupně IQ, opoždění v motorickém vývoji, nedostatečné úrovně motorické koordinace, poruch sluchu, nepodnětného prostředí, zanedbávání ze strany okolí a anomálií mluvních orgánů.

U dětí s mentální retardací můžeme hovořit o heterogenosti symptomů, které hrají roli při narušené komunikační schopnosti. Je totiž narušena jak obsahová stránka řeči, jazyka a komunikace (slovní zásoba, gramatika), tak současně i její vnější stránka (rezonance, artikulace, tempo, melodie, přízvuk) (Lechta, 2002).

Dyslalie

Mezi dětmi s mentální retardací se jako nejčastější porucha řeči objevuje dyslalie (patlavost) stejně jako u dětí intaktních. Obvykle se také jedná o nesprávnou výslovnost sykavek (*c, s, z, č, š, ž*) a vibrantů (*r, ř*). Často však vadně vyslovují i hlásky obouretné (*p, b, m*) či retozubné (*f, v*). Děti s mentální retardací občas vynechávají hlásky na konci slov, což může být následkem poruchy pozornosti, kdy při vyslovování delšího slova jejich soustředěnost nesetrvává až do konce slova. Dyslalie je mimo jiné u dětí s mentální retardací mnohdy doprovázena i dysgramatismem, huhňavostí či dysfonií³. Časté jsou případy, kdy tyto děti dokážou vyslovit hlásku správně, pokud je izolovaná, ale ve slovech ji správně vyvodit neumí. Dá se předpokládat, že se u dětí s mentální retardací bude vyskytovat **mogilalie** častěji než u dětí bez postižení. Tento druh dyslalie je příznačný vynecháváním hlásky, kterou dítě neumí vyslovovat. Kromě příčin, které jsou výše uvedeny jako obecné důvody vzniku narušené komunikační schopnosti, můžeme k charakteristickým příčinám vzniku dyslalie u dětí s mentální retardací přidat také průvodní symptomy různých forem mentální retardace (rozbrázděný jazyk a gotické patro u jedinců s Downovým syndromem). Podle výzkumu Lechty (1983 in Lechta 2002) mezi žáky s mentální retardací v 1.–5. ročníku tehdejších zvláštních škol našli 76 % dětí s dyslalií (Klenková, 2006, Lechta, 2002, Portál, 2002).

Rhinolalie

Stejně jako dyslalie, tak i rhinolalie (huhňavost) se u dětí s mentální retardací vyskytuje více než u dětí duševně zdravých. Při otevřené huhňavosti může být příčinou vzniku nedostatečná inervace⁴ měkkého patra a při zavřené huhňavosti, která se vyskytuje častěji, bývá příčinou vzniku zduřelost nosní mandle (Klenková, 2006, Lechta, 2002).

³ Porucha hlasu (Klenková, 2006).

⁴ Zásobování nervovými vlákny (SCS.ABZ.cz, © 16. 3. 2022).

Tumultus sermonis

Tumultus sermonis neboli breptavost je charakteristická zejména pro děti s eretickým typem mentální retardace, kdy jejich nedostatečná koncentrace může způsobovat zrychlenou řeč, při které dítě vynechává hlásky, případně i celé slabiky. Breptavost se u dětí s mentální retardací často kombinuje s koktavostí (Klenková, 2006).

Balbuties

Z výzkumů, které uvádí ve své publikaci Lechta (2002), je výskyt balbuties (koktavosti) mezi dětmi s mentální retardací až několikanásobně vyšší než u dětí intaktních. Potvrzuje zde také, že u několika autorů je zaměňována koktavost za breptavost a nelze tak s přesností říct, jaký podíl mezi dětmi s mentální retardací děti s koktavostí či naopak breptavostí zastupují. Podle forem mentální retardace se koktavost vyskytuje nejčastěji u dětí s Downovým syndromem. Dle stupně mentální retardace pak u dětí s lehkou mentální retardací. S klesajícím stupněm IQ se procentuální zastoupení koktavosti snižuje.

Dysartrie

Pokud je dítě s mentální retardací současně znevýhodněno i poruchou motoriky, může se to v komunikaci projevit různými formami dysartrie (narušením artikulace jako celku). To se stává především při kombinaci mentální retardace a mozkové obrny. V tomto případě jde o velmi vážné postižení se špatnou logopedickou prognózou, jelikož i u dětí bez mentálního postižení, které trpí dysartrií, je zapotřebí dlouhodobá rehabilitační péče a představují vážný logopedický problém (Klenková, 2006, Lechta, 2002).

Echolalie

Mechanické opakování slyšených slov či vět, aniž by dítě pochopilo jejich smysl se nazývá echolalie. Jak je již zmíněno výše, echolalie se objevuje především u dětí s dobrou schopností napodobovat své okolí, u kterých není narušena motorika. Děti s těžkou mentální retardací dokážou napodobit slyšené zvuky nebo slova, kdežto děti se středně těžkou mentální retardací jsou schopny reprodukovat dokonce i složité řečové celky. Také u dětí s lehkou mentální retardací se může objevit echolalie. Dochází k ní zejména v mladším školním věku (Klenková, 2006, Lechta, 2002).

Dysprozódie

Pokud je narušena motorika a dítě nemá dobrou napodobovací schopnost, jinými slovy nedokáže reprodukovat modulaci řeči, dochází k dysprozódii. Porucha hudebnosti řeči se projevuje zejména narušením rytmu řeči. Řeč těchto dětí je obvykle monotónní, bez správné intonace, pomalá, tichá nebo naopak zrychlená a vzrušená (Lechta, 2002).

2.3 Logopedická intervence u dětí s mentální retardací

Pro co nejúčinnější logopedickou intervenci dětí s mentální retardací je podstatná především včasná diagnostika postižení, abychom mohli co nejdříve začít s pozitivním ovlivňováním řečového a jazykového vývoje a díky tomu pak v co největší možné míře předešli negativním dopadům omezeného vývoje řeči, jazyka a komunikace. S komplexní logopedickou intervencí je nezbytně nutné začít již v útlém věku dítěte, nejlépe ihned v momentě, kdy je dítěti mentální postižení zjištěno, jelikož do tří let věku dítěte se vyvíjí mentální funkce, které se během dalších let více rozvíjejí. Lechta (2002) ve své publikaci zdůrazňuje výsledky výzkumu Učně (1977 in Lechta 2002), který přišel na to, že pokud budeme trénovat s dětmi hlasové charakteristiky, které jsou závislé na mentální úrovni, může se díky tomu zlepšit mimo řečových a jazykových schopností také mentální úroveň dětí (Klenková, 2006).

Již několikrát bylo v předchozích kapitolách zmíněno, že není možné považovat za začátek rozvoje řeči, jazyka a komunikace moment, kdy dítě řekne první slovo, protože už vzájemná výměna podnětu mezi dítětem a matkou v předřečovém období je zásadní pro následný kvalitní vývoj řečových a jazykových schopností. Klenková (2006) poukazuje na publikaci autorů Vatera a Bouzia (1992 in Klenková, 2006), kteří vymezili následující možnosti ovlivnitelnosti různých funkcí dítěte s postižením: jak začít a udržet vzájemnou výměnu předmětů, jak působit na získávání řečových a jazykových schopností pomocí kožní stimulace, jak ovlivňovat funkci úst a poruchy citlivosti v oblasti úst, orální reflexy, jak překonávat poruchy příjmu potravy, jak naučit dítě sát, polykat a dýchat, jak učit dítě žvatlat, jak překonávat nadměrnou salivaci dítěte a jak napomáhat předřečovému porozumění dítěte.

Kromě všeobecných logopedických zásad pro práci s dětmi s poruchami řeči Lechta (2002) uvádí specifické zásady pro logopedickou intervenci u dětí s mentálním postižením.

Konkrétně předkládá zásadu vývojovosti, kdy by se měl logoped nejprve soustředit na přípravná cvičení, cvičení na rozvoj motoriky mluvních orgánů, rozvoj slovní zásoby a pak se postupně dle schopností dítěte začíná zaměřovat na formální stránku řeči, jazyka a komunikace. Dále zmiňuje zásadu výstavby řeči, jazyka a komunikace, což znamená, že postupujeme od základního řečového materiálu (hlasu) přes významové zvuky až po tvorbu pojmů. Pokud dítě není schopno dosáhnout vyššího stupně, setrváváme na stupni, na který dítě stačí. Zásadu rozvoje motoriky artikulačního aparátu a sluchové diferenciaci zprostředkovanou pomocí masáží mluvních orgánů, procvičování foukání, korigování rytmu dýchání, cvičení na rozvoj fonematické diferenciaci. Další je zásada rytmizace, jelikož hudba je účinný stimulátor vývoje řeči u dětí stejně pak také spojení hudby s pohybem. Zásada správného řečového vzoru, kdy především v počátcích vývoje řeči je nutné na dítě mluvit zřetelně, jasně, srozumitelně, pomalu, v jednoduchých větách a s klidným hlasem. Zásada aplikování cvičení hrou, které je u dětí s mentální retardací důležitější než u intaktních dětí. Je třeba využívat názorných pomůcek, obrázků, a ne s dětmi pouze mechanicky opakovat slova. Zásada přizpůsobování se individuálním potřebám dítěte (jeho potřebám, zájmům a citům) a nakonec zásada motivování dítěte k řeči, kdy vědomě vytváříme situace, které dítě provokují k řečovému a jazykovému vyjádření.

2.4 Vývoj řeči, jazyka a komunikace u dětí s Downovým syndromem

Stejně jako u intaktních jedinců se i u dítěte s Downovým syndromem vyvíjí řečové a jazykové schopnosti po celý život. Vývoj sice probíhá pomaleji než u zdravých jedinců, avšak také nepřetržitě. Podílí se na něm mnoho faktorů a mezi ty hlavní patří vývoj mozku, vývoj řečových a artikulačních center, vývoj centra sluchu a také psychosociální faktor (Selikowitz, 2005, Všetěčková, 2021).

Novorozenci s Downovým syndromem většinou velmi dobře reagují na sluchové podněty, otáčí se na zvukem, rozhazují nožičkami a ručičkami při hlasitých zvucích, napodobují rytmus, pohyby mluvních orgánů a pokouší se vést s rodiči dialog, ve kterém se vzájemně střídají v mluvení. Tedy pokud mluví rodič, dítě jej pozoruje a v momentě, kdy rodič mluvit přestane, začne dítě vydávat zvuky a tím se snaží rodiči odpovídat. Dítě samo pak vyčkává na odpověď (Selikowitz, 2005, Šustrová, 2004 sec. cit. Šanderová, 2016).

V prvním roce života se dítě připravuje na období vlastního vývoje řeči, jazyka a komunikace a dorozumívá se se svým okolím pomocí křiku, brumlání, vrnění a žvatlání. V tomto stádiu ještě nelze v řečovém a jazykovém vývoji zaznamenat nějaké výrazné opoždění oproti intaktnímu dítěti. Před druhým rokem se většinou vývoj dítěte s Downovým syndromem zpomaluje (Kučera 1981 sec. cit. Šanderová, 2016, Selikowitz, 2005).

Během druhého roku života se jedinec s Downovým syndromem obvykle naučí porozumět řeči. Dokazuje to jeho chování v názorných situacích. Dítě ví, že s hřebenem si češe vlasy, kartáček si vkládá do úst nebo že boty patří na nožičky. Většinou si v tomto období samo vytvoří nějakou vlastní řeč. Zatímco děti bez mentálního postižení řeknou své první slovo již kolem jednoho roku věku, děti s Downovým syndromem tento mezník zdolají většinou až kolem dvou let. Během druhého až třetího roku věku dítěte dochází k výraznému rozvoji řečových a jazykových schopností také u dětí s Downovým syndromem. Ke konci třetího roku dítě dokáže tvořit velmi jednoduché věty, které jsou složeny ze dvou slov. V tomto období už většina dětí s Downových syndromem zaostává za intaktními dětmi. Ty děti, kterým komunikace činí velké obtíže, mohou začít využívat metod alternativní a augmentativní komunikace. Těm je věnována následující kapitola (Selikowitz, 2005).

Dítě s Downovým syndromem v předškolní věku dokáže říct své jméno, používá delší věty, které už obsahují i zájmena, přídavná jména a příslovce, ale dělá gramatické chyby a jednotlivá slova často nevyslovuje správně. Hlásky často zaměňuje za jiné nebo je ze slov úplně vypouští. Umí zopakovat krátké pohádky, říkadla či písničky, avšak komunikace je stále spíše monologem než dialogem. Dítě s Downovým syndromem se v tomto věku ještě neptá na otázky „*Kde?*“, „*Kdo?*“ a „*Proč?*“ (Selikowitz, 2005).

Během prvních pár let po nástupu do povinné školní docházky se u dítěte výrazně rozvíjí řečové a jazykové schopnosti. Komunikace se postupně stává více oboustrannou, dítě používá delší věty a zřetelněji artikuluje. Začíná také používat otázky typu „*Kde?*“, „*Kdo?*“ a „*Proč?*“. Kolem dvanácti let věku má průměrné dítě s Downovým syndromem ve slovní zásobě asi 2000 slov (Selikowitz, 2005).

Překážkou ve správném vývoji artikulace u dětí s Downovým syndromem může být také fakt, že tyto děti mají menší ústa a větší jazyk, než je obvyklé, což je často svádí k vyplazování jazyka. Toto vyplazování je potřeba začít korigovat kolem jednoho roku věku

dítěte. Většinou stačí pouze dítě upozorňovat slovním pokynem, aby jazyk zastrčilo. Pokud budou rodiče důslední, tak dítě přestane jazyk vystrkovat. Typická tvář s předsunutou dolní čelistí, otevřenými ústy a vypláznutým jazykem není u většiny dětí s Downovým syndromem v raném dětství přítomna, pouze u malé části dětí se jedná o skutečnou makroglosii, kterou lze korigovat operačně (Housarová, Zenklová, 1998, Selikowitz, 2005).

U ostatních dětí se na vývoji oblasti obličeje odráží hypotonie kosterního svalstva, která způsobuje, že dítě zaklání hlavu, čímž se předsouvá dolní čelist dopředu, otvírají se ústa a jazyk se opírá o dolní zuby. Otevřená ústa způsobují, že má dítě sklony ke slinění, ale pokud mu budeme důsledně připomínat, aby polklo, tak ho to většinou do čtyř let věku přejde. Pokud se tak nestane, je možné zvážit operaci, která sníží produkci slin (Housarová, Zenklová, 1998, Selikowitz, 2005).

V případech tzv. relativní makroglosie, kdy je jazyk o poznání větší než dutina ústní, je potřeba tyto nepoměry korigovat rehabilitací. Pro celkový rozvoj a rehabilitaci dítěte s Downovým syndromem se využívá **Vojtovy metody**, která posiluje svalstvo celého těla, a tedy i oblasti obličejového svalstva (Spolek Trizomie 21, © 24. 2. 2022)

Další metodou, která se využívá při rozvoji komunikačních schopností, je **orofaciální regulační terapie** (dále jen ORT) podle Castilla-Moralese, ředitele argentinského neurofyziologického centra v Córdobě, která se zaměřuje jednak na rehabilitaci celého těla a jednak konkrétně na oblast svalů obličeje a úst. Tato metoda byla vymyšlena speciálně pro děti s Downovým syndromem. Skládá se jednak z ORT a neuromotorické vývojové terapie vycházející z neurofyziologie a jednak z ortodontické oblasti. Jedná se o neinvazivní techniku, která zdůrazňuje fakt, že celkový vývoj dítěte s Downovým syndromem se prolíná s interakcí jedince s okolím a pozitivně ovlivňuje interakci rodič-dítě. Velký důraz tato technika klade na podporu senzomotorické činnosti, zlepšení komunikace a vizuálního vnímání. Můžeme díky ní pozitivně ovlivnit způsob dýchání, příjem zpracování potravy, dýchání nosem, hypersalivaci, motoriku a funkčnost smyslových orgánů. Je důležitá zejména proto, že upravuje anatomické poměry v dutině ústní, čímž přispívá k optimálnímu rozvoji zejména ve foneticko-fonologické jazykové rovině a připravuje dítě na logopedickou intervenci. Je velmi vhodné tyto rehabilitační metody kombinovat a aplikovat současně (Castillo-Morales, 2006, Matějíčková, 2003).

2.5 Metody alternativní a augmentativní komunikace pro děti s Downovým syndromem

Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) je možnost dorozumívání se pro takové osoby, které se vůbec nemohou dorozumívat mluvenou řečí nebo se jí nemohou dorozumívat v takové míře, která by naplňovala jejich komunikační potřeby. Pomocí AAK se snažíme co nejvíce snižovat znevýhodnění v oblasti řeči, jazyka a komunikace, které je způsobeno postižením jedince. Podporu metodami AAK mohou využívat jedinci s těžkými komunikačními poruchami s různými diagnózami jak vrozenými, tak získanými (mozková obrna, poruchy autistického spektra, mentální postižení, kombinované postižení, těžké vývojové poruchy řeči, cévní mozkové příhody, progresivní neurologická onemocnění, úrazy mozku). Do oblasti osob, kterými se zabývá obor AAK se neřadí lidé se sluchovým postižením, protože komunikace s lidmi se sluchovým postižením je samostatným oborem. Cílem AAK je zprostředkovat jedincům se závažnými komunikačními problémy možnost aktivně se dorozumívat se svým okolím a zapojovat se do společenského života. Naproti tomu nevýhodou AAK je skutečnost, že žádný systém AAK nemůže dosáhnout objemu slovníku mluvené řeči a vždy tato komunikace bude pomalejší a méně dostupnější než mluvená řeč (Janovcová, 2003, Klenková, 2006, Šarounová, 2014, Šarounová, 2019).

Cílem **augmentativních** (z lat. augmentare – rozšiřovat) systémů je doplňovat a podporovat již utvořené komunikační schopnosti jedince, které ale nejsou samy o sobě dostatečné pro komunikaci s běžnou populací. Usilují o zkvalitnění porozumění řeči a usnadnění vyjadřování v případě, že mluvená řeč nestačí. **Alternativní** (z lat. alter – jiný) systémy si pokládají za cíl kompenzovat mluvenou řeč tam, kde ji nelze rozvinout. V literatuře se sice tyto dvě složky uměle oddělují, ale v praxi se navzájem prolínají. Navíc se systémy, které zpočátku mohou byly alternativní, mohou časem stát systémy augmentativními, tedy podporujícími. Při využívání augmentativních a alternativních metod je nezbytně nutné, aby byly zapojeny všechny dosavadní komunikační schopnosti osoby s postižením (Andová, 1997, Janovcová, 2003, Šarounová, 2014).

Pokud zvažujeme zavedení metod AAK, je možné, že nám vyvstane otázka, zda tyto metody nebrzdí vývoj mluvené řeči. Mnohé výzkumy však dokázaly, že je tomu právě

naopak. Metody AAK nejen že nemají v úmyslu potlačovat řečové a jazykové projevy, ale dokonce mohou napomáhat ke zlepšení schopností jedince v řečové a jazykové produkci. Je žádoucí, aby byla logopedická intervence s metodami AAK seznámena, aby v případě potřeby mohla s těmito metodami jít ruku v ruce. Jde především o to, že vizuální a motorická podpora manuálními znaky či grafickými symboly jako doprovod mluvené řeči, může dítěti pomoci k porozumění řeči a rozvoji aktivní produkce řeči více než pouhé drilování slov bez pochopení jejich významu. Včasné zavedení metod AAK má klíčový význam u dětí s Downovým syndromem i jiných diagnóz, kde existuje riziko poruch řeči (Michálek, 2006, Šarounová, 2019).

Přehled metod AAK

Alternativní a augmentativní komunikace nabízí spoustu metod, kterými lze dosáhnout pokroku ve vývoji komunikace. Patří mezi ně jednak metody, které **nevyužívají pomůcek**. To jsou zejména takové metody, které vyplývají přirozeně a není třeba se jim nijak zvlášť učit. Zde jde především o využití nonverbální komunikace (cílený pohled, mimika, gesta, vizuálně-motorické znaky). Patří mezi ně metody, které během komunikace operují s **nějakými pomůckami**, jak technickými, tak netechnickými (předměty, fotografie, symboly). Janovcová (2003) pak dále uvádí jiné typy metod AAK, které využívají různých doplňků například ke snadnějšímu ovládnutí počítače.

Komunikační systémy

Výběr komunikačního systému pro konkrétního jedince je individuálně posuzován podle možností a schopností daného člověka, což vyžaduje velký časový prostor a bohaté zkušenosti. Je třeba brát v úvahu verbální a fyzické dovednosti jedince, funkčnost jeho smyslových orgánů, kognitivní schopnosti, věk, způsob přenosu vybraného systému a také další hlediska. Janovcová (2003) uvádí, že při výběru adekvátního komunikačního systému často nejprve využíváme reálné předměty, pak obrázky, následně piktogramy a potom případně písmo, v kombinaci s manuálními znaky. Musíme také zvažovat prostředí jedince s postižením, protože bez účasti a spolupráce jeho nejbližšího okolí, systém AAK zavést nelze (Klenková, 2006).

Metody bez pomůcek

K metodám bez pomůcek řadíme především užívání manuálních znaků a gest. Využívání znaků pro potřeby slyšících osob většinou nezahrnuje komplexní znakový jazyk neslyšících. Znaků se používá pouze omezené množství, většina z nich se také motoricky zjednodušuje a jsou užívány jako doprovod k mluvené řeči. Gesta naznačují význam určité činnosti, věci nebo vlastnosti, což pomáhá k tomu, aby si je dítě rychle osvojilo. V mnoha případech tak vyjadřování pomocí znaků a gest předběhne řečové a jazykové vyjadřování, jelikož je pro dítě snazší. Výhodou těchto systému je především možnost v komunikaci rychle použít znaky bez nutnosti vyhledávání slov v jakýchkoliv pomůčkách. Avšak velkou nevýhodou je, že se s dítětem dokáže dorozumět pouze osoba, která tyto znaky také dobře ovládá. Jedinec ho tedy nemůže aplikovat při dorozumívání s širokým okolím (Šarounová, 2014, Šarounová, 2019).

Jedním z rozšířených systému využívajících manuální znaky je **Makaton**, což je neverbální jazykový program, který využívá manuálních znaků a symbolů. Slouží zejména pro jedince s mentálním, tělesným či kombinovaným postižením, s PAS nebo pro jedince s artikulačními obtížemi. Při využívání Makatonu se znakuje se pouze klíčová slova z celého sdělení. Slovník Makatonu je mezinárodní a je doprovázen mluvenou řečí a prvky neverbální komunikace (Janovcová, 2003, Šarounová, 2014).

Dalším využívaným systémem pro rozvoj komunikačních schopností u dětí s mentální retardací je **znak do řeči**, tedy gestikulace či jednoduché pohybové vyjádření, sloužící jako doplnění k nedostatečnému mluvenému projevu. Využívají se zejména jednotlivé znaky ze znakového jazyka neslyšících osob, které představují samostatná slova nebo jednoduché fráze. Cílem znakování do řeči je především zlepšení porozumění řečových a jazykových projevů. Využíváme toho zejména u jedinců s mentální retardací nebo s centrálním narušením motoriky (Janovcová, 2003, Slowík, 2016).

Metody s pomůčkami

Metody s pomůčkami dělíme podle druhu na **netechnické a technické pomůcky**. Do těch netechnických řadíme především zástupné předměty, grafické symboly, fotografie a komunikační tabulky. Stejně jako u metod bez pomůcek nemůže být ani tady na škodu,

pokud vývoj řeči, jazyka a komunikace některou z těchto pomůcek podpoříme. Mohou pomoci dítěti zjednodušit komunikaci, pokud samo není schopné vyjádřit se mluvenou řečí a lépe se orientovat v čase (Šarounová, 2019).

Piktogramy jsou zjednodušeně ve dvojrozměrné formě zobrazeny skutečné předměty, činnosti či vlastnosti, které jsou srozumitelné pro všechny. Většinou se tisknou jako bílé obrázky na černém pozadí. Využívání piktogramů má smysl především u jedinců, kteří z různých důvodů postrádají schopnost dekódovat písmo (osoby s mentální retardací, s poruchou autistického spektra, s kombinovaným postižením). Pro každého jedince je možné vytvořit vlastní slovník piktogramů pouze s vybranými obrázky. Zařazováním piktogramů za sebe můžeme jednoduše zobrazit celé věty, program dne nebo také rozvrh hodin, což dětem usnadní orientaci v čase. Při užívání piktogramů se vždy současně používá mluvená řeč a někdy se zapojuje také znak do řeči. Piktogramy využívané v České republice jsou převzaté zejména ze zemí na severu Evropy, které jsou dobře vizuálně čitelné a lehce zapamatovatelné (Janovcová, 2003, Klenková, 2006, Švarcová, 2006).

Komunikační systém Bliss užívá místo slov jednoduchých obrázků a lze ho kvalitně využívat i u jedinců s omezenými pohybovými funkcemi, kteří mohou na jednotlivé obrázky ukazovat očima či namířením světelného paprsku. Tento komunikační systém je jediný ze systémů AAK, který umožňuje zachovávat pravidla gramatiky v plném rozsahu (Janovcová, 2003, Klenková, 2006).

Pro děti s velkými komunikačními problémy se vytvářejí **komunikační knihy** nebo **zážitkové deníky** složené ze symbolů, obrázků a fotografií, pomocí kterých se může dítě naučit jednoduché fráze k uspokojení základních potřeb, žádat o věci, odpovídat na otázky nebo popisovat zážitky (Šarounová, 2019).

Technické pomůcky zastávají stejnou funkci jako ty netechnické, avšak jako bonus nabízí ještě hlasový výstup při stisknutí konkrétního tlačítka nebo obrázku. To je výhodné, protože dítě slyší, že jeho sdělení prostřednictvím obrázku je podobné mluvené řeči. Můžeme využívat jednoduchá tlačítka (s možností nahrání pouze jednoho nebo maximálně dvou vzkazů) nebo tablety a počítače, pro které dnes existuje již celá řada komunikačních aplikací. Ovládání lze nastavit individuálně dle schopností a potřeb dané osoby (prstem, bradou, kolenem, ukazovátkem připevněným na hlavě, světelných paprskem, zvukem).

Nevýhodou těchto pomůcek je vysoká pořizovací cena, takže jsou pro velkou část klientů úplně nedostupné (Klenková, 2006, Šarounová, 2019).

3 Analýza rozvoje komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem

3.1 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavní cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je analýza rozvoje komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem. Šetření analyzuje rozvoj mluvené řeči a také způsob, jakým děti komunikovaly, než se mluvená řeč rozvinula. Tedy v jaké míře užívaly prvky neverbální komunikace či metody alternativní a augmentativní komunikace.

Dílčí cíle výzkumného šetření

Na základě stanovení hlavního cíle výzkumného šetření byly formulovány následující dílčí cíle tohoto výzkumného šetření:

- a) analýza neverbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem;
- b) analýza verbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem;
- c) analýza komunikačních specifík u sledovaných dětí s Downovým syndromem;
- d) shrnutí možností rozvoje komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem.

Výzkumné otázky

V návaznosti na formulované dílčí cíle výzkumného šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

VO1: Jakým způsobem probíhá rozvoj neverbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem?

VO2: Jakým způsobem probíhá rozvoj verbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem?

VO3: Jaké postupy, metody a pomůcky jsou používány při rozvoji komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem?

VO4: Jaké komunikační strategie používají sledované děti s Downovým syndromem před osvojením schopnosti verbální komunikace?

VO5: Z jakých důvodů jsou při rozvíjení komunikačních schopností sledovaných dětí s Downovým syndromem využívány metody alternativní a augmentativní komunikace?

VO6: Jakým způsobem zasáhly indispozice v oblasti komunikačních schopností do navazování vztahů se sociálním prostředím dítěte s Downovým syndromem?

3.2 Etické otázky výzkumného šetření

Při výzkumném šetření je nezbytně nutné dodržovat určité zásady a pravidla, aby byly splněny podmínky etického jednání. Mezi tyto zásady patří zejména získání informovaného souhlasu, že se daná osoba účastní studie. Dále musí být respondenti předem informováni o průběhu výzkumu, jeho účelu a musí jim být umožněno v něm svoji účast kdykoliv ukončit. V neposlední řadě jim samozřejmě musí být zaručena anonymita (Hendl, 2005).

Pro splnění těchto etických aspektů byli rodiče sledovaných dětí s Downovým syndromem seznámeni s hlavním i dílčími cíli této bakalářské práce a podepsali informovaný souhlas. Veškeré údaje získané během výzkumu byly anonymizovány tak, aby nebylo možné nikoho z účastníků identifikovat.

3.3 Metody získávání dat

Výzkumná strategie

Na základě stanoveného hlavního cíle bakalářské práce byla pro výzkum zvolena metoda kvalitativního šetření. *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“* (Švaříček, 2007, str. 17 in Švaříček, Šedřová & kol., 2007).

Kvalitativní výzkum se někdy označuje jako výzkum pružný, jelikož výzkumné otázky stanovené na začátku šetření lze podle potřeby doplňovat či pozměňovat i v jeho průběhu. Sběr dat a jejich analýza probíhají současně a v delším časovém rozmezí. Mezi výhody kvalitativního výzkumu patří podrobný popis a vhled do celé problematiky, průběh

zkoumání v přirozeném prostředí a možnost operativně reagovat na nastolené situace. Za nevýhody kvalitativního šetření bychom pak mohli považovat skutečnosti, že je velmi časově náročné a mnohdy snadno ovlivnitelné osobními preferencemi a zaujatostí výzkumníka, ale i to, že získaná data nelze vždy generalizovat (Hendl, 2005).

Výzkumná metoda

Pro dosažení stanoveného cíle byl zvolen výzkum pomocí případové studie, který se zaměřuje na detailní rozbor velkého množství dat jednoho nebo několika málo případů. V závěru šetření se zkoumaný případ může porovnávat s jinými případy a zasazovat do souvislostí (Hendl, 2005).

Případové studie dětí s Downovým syndromem byly zpracovány na základě analýzy anamnestických údajů, analýzy dostupných dokumentů, doplňujících rozhovorů s rodiči a pozorování. Jako dostupné dokumenty v tomto výzkumu byly použity lékařské zprávy, zprávy ze speciálně pedagogického centra a z logopedie.

Hendl (2005) uvádí, že za dokumenty považujeme taková data, která byla v minulosti shromážděna někým jiným než výzkumníkem a sloužila k jiným účelům, než jaké má aktuální výzkumné šetření. Vzhledem k povaze vytyčeného cíle bylo třeba shromažďovat současné dokumenty, které vznikly v době uvažované události.

Další metodou použitou ve výzkumu byl rozhovor. Mezi hlavní typy hloubkového rozhovoru řadíme rozhovor strukturovaný, sestavený z jasně formulovaných otázek, na které informant odpoví a dále již není dotazovaný. Dále polostrukturovaný rozhovor, který vychází ze seznamu otázek, jenž byl předem připraven. Tento typ rozhovoru byl využit i v aktuálním výzkumném šetření. Jako poslední řadíme rozhovor nestrukturovaný, který bývá založen na jedné předem připravené otázce, další otázky pak výzkumník vymýšlí operativně na základě odpovědí účastníka. Získávání dat prostřednictvím metody rozhovoru je zdlouhavý proces, který obsahuje několik kroků. Konkrétně se skládá z výběru typu rozhovoru, jeho přípravy, vlastního dotazování v průběhu rozhovoru, jeho následného přepisu, reflexe a analýzy získaných dat. Na konci píše výzkumník závěrečnou zprávu. Rozhovory, které byly v rámci výzkumu realizovány, jsou založeny na vzpomínkách rodičů

sledovaných dětí s Downovým syndromem na danou situaci. (Švaříček, 2007 in Švaříček, Šed'ová & kol., 2007).

Poslední metodou, která byla v rámci aktuálního výzkumného šetření využita, je zúčastněné pozorování, které je definováno jako dlouhodobé a systematické sledování daného fenoménu v jeho přirozeném prostředí. Výzkumník se sám přímo účastní dění v sociální situaci, ve které se sledovaný fenomén projevuje (Hendl, 2005, Švaříček, 2007 in Švaříček, Šed'ová & kol., 2007).

3.4 Vlastní výzkumné šetření

3.4.1 Případová studie č. 1

Jméno: **ELIŠKA** (skutečné jméno bylo pro potřeby tohoto výzkumu změněno)

Měsíc a rok narození: duben, 2010

Věk v době výzkumného šetření: 11 let

Osobní anamnéza

Eliška se narodila v roce 2010 v Praze do úplné rodiny. Její matka již měla dvě děti z předchozího manželství, a tak když ve svých 43 letech znovu plánovaně otěhotněla, bylo to její třetí těhotenství. Těhotenství s Eliškou bylo kvůli vyššímu věku obou rodičů rizikové, proto na základě doporučení lékařů absolvovali veškerá navrhnutá vyšetření, jejichž výsledky byly v naprostém pořádku. Nic nenasvědčovalo tomu, že by měly přijít nějaké komplikace.

Když přišlo na řadu vyšetření prováděné pomocí odběru plodové vody, rodiče dlouho zvažovali a konzultovali s mnoha odborníky, jestli tento zákrok podstoupit. Vzhledem k tomu, že matka neměla dobré zkušenosti s odběrem plodové vody u své známé a také na základě názoru genetičky, podle které bylo riziko potratu při odběru plodové vody výrazně vyšší než šance, že se jim narodí dítě s postižením, se rodiče rozhodli toto vyšetření nepodstoupit.

Již dopředu zvažovali, jak by se zachovali v případě, že by se jim narodilo dítě s Downovým syndromem. Ten byl podle dostupných informací označován jako nejčastější

postižení způsobené vyšším věkem rodičů. Přemýšleli o tom především na základě informací získaných od lékařských specialistů, jelikož žádné jiné informace o dětech s Downovým syndromem neměli. Matka popisuje, jak lékaři nazývali děti s Downovým syndromem cvičenými opičkami či houpacími koníky. Popisovali je jako hluboce retardované, prakticky nevladatelné a nevzdělatelné, agresivní a mající svůj vlastní svět. Dle jejich názoru by byla péče o takové dítě příliš velká oběť pro jejich osobní život. Dalo by se říct, že jim bylo naznačeno, že jediným rozumným řešením je umístit takové dítě do ústavního zařízení. V ústavu by mělo až do dospělosti zajištěnou zdravotní a sociální péči a také větší šanci prožít svůj ne příliš dlouhý život v klidu.

Rodiče neměli důvod těmto informacím získaným od lékařů nevěřit. Navíc je podporoval i fakt, že ženám, které již během těhotenství zjistily, že čekají dítě s Downovým syndromem, bylo doporučováno ho ukončit. Po důkladném zvážení zjištěných informací dospěli k názoru, že by výchovu takového dítěte nevládli a umístili by ho do ústavní péče, kde by se mělo lépe. To si však ještě vůbec nepřipouštěli, že by tato situace mohla skutečně nastat.

Těhotenství probíhalo dál bez komplikací. Matka si ho dle svých slov náramně užívala a soustředila se jen na pozitivní věci. Je přesvědčena, že toto šťastné období, které s ní dcera během svého prenatálního vývoje prožívala, bylo do budoucna velkým přínosem.

Poslední dva týdny před koncem těhotenství se necítila vůbec dobře, měla vysoký krevní tlak a hodně jí otékal obličej, ruce i nohy. Tři týdny před předpokládaným termínem porodu se na kardiografickém⁵ vyšetření zjistily obtíže s dýcháním Elišky. Kvůli nedostatku kyslíku nakonec muselo dojít k předčasnému porodu císařským řezem.

Později se ukázalo, že matka prodělala preeklampsii⁶ a její zdravotní stav byl velmi špatný, a to ještě dlouho po porodu. Lékař, který vedl porod, otci Elišky na chodbě oznámil, že zdravotní stav jeho ženy je kritický a že se dítě narodilo s Downovým syndromem. Matce tuto informaci přišly sdělit ošetřující lékařky její dcery druhý den po porodu.

⁵ Přístrojové monitorování srdeční frekvence plodu a stahů dělohy matky (Gynmedico.cz, © 5. 4. 2022).

⁶ Nemoc děložních cév u těhotných žen, jejíž důsledkem je nedostatečné prokrvení a okysličení plodu. V krajním případě může způsobit smrt matky i jejího plodu (Mojezdрави.cz, © 3. 4. 2022).

Avšak ještě několik hodin předtím, než se to dozvěděla, jí přinesli Elišku ukázat. Jak matka vzpomíná, zdálo se jí, že je to nejkrásnější holčička, kterou kdy viděla a vůbec jí nenapadlo, že by s ní mohlo být něco v nepořádku. Dle husté atmosféry, kterou kolem sebe cítila, soudila, že je něco špatně s ní. Snažila se svou dceru přiložit k prsu, aby se mohla nakojit, ale sestřička ji zarazila s tím, že pít nebude.

To, co se matce odehrávalo v hlavě, když jí oznámili, že její dcera má Downův syndrom je dle jejích slov nepopsatelné. Za nejtěžší považuje, že u ní v tento nečekaný a velmi náročný moment nebyl její manžel, který jí mohl být oporou a se kterým by mohla sdílet tíhu bolesti.

Na základě dřívějších debat o tom, co by rodiče dělali v případě, že by se jim narodilo dítě s postižením, se rozhodli umístit dceru do dětského ústavního zařízení na Praze 4 v Krči. Jejich rozhodnutí bylo podpořeno i ze strany lékařů, kteří se stále udivovali nad tím, že je skutečně nikdo neposlal na odběr plodové vody. Rodiče si stáli za názorem, že když nešli na potrat, tak je umístění do ústavního zařízení nejlepší volbou.

Rodiče se dlouho vzpamatovávali z toho, že místo zdravé dcery Elišky si domů z porodnice nedovezli žádné dítě. Matka se nedokázala vyrovnat s pocitem toho, že to krásné děťátko, které v porodnici držela v náručí a pocity štěstí, které ji při tom zaplavily, byly pouhý klam. Není si jistá, zda by svou dceru vůbec chtěla po porodu vidět, kdyby se nejprve dozvěděla, že má Downův syndrom. Zpětně si ale říká, že i díky této skutečnosti se s odstupem času rozhodli své přesvědčení změnit a rozhodnutí zvrátit.

První měsíce života, které Eliška strávila v ústavním zařízení, ji chodil navštěvovat pouze otec. Matka všechny návštěvy proplakala před dveřmi ústavu a neměla sílu jít dál. Bála se, že kdyby dceru uviděla, tak by si ji hned chtěla vzít domů a porušila by tak všechna racionální rozhodnutí, která učinili. Elišce nosili vše, co potřebovala, a pořád se zajímali, jak se vyvíjí. Dle slov matky v té době kolem sebe neměli nikoho, kdo by jim řekl, že jejich volba nebyla správná.

Poté, co se matka dala zdravotně do pořádku, otěhotněla znovu. Tentokrát byli rodiče pevně rozhodnutí absolvovat všechna vyšetření, která by potvrdila či vyvrátila jakékoliv abnormality ve vývoji plodu. Výsledek nedopadl optimisticky a rodičům bylo oznámeno,

že dítě, které očekávají, se narodí s Edwardsovým syndromem. Těhotenství se po tomto verdiktu lékařů rodiče rozhodli ukončit.

Kolem prvního roku života Elišky se matka začala psychicky i fyzicky více zocelovat. Nebyla chvíle, kdy by na svou dceru nemyslela. Otec, který byl tou dobou hodně pracovně vytížený, se právě díky tomu dokázal s nastalou situací vyrovnat rychleji. Pravidelně Elišku v ústavním zařízení navštěvoval a neměl pocit, že by se Eliška vyvíjela zásadně špatně, spíše jen opožděně. V té době si rodiče začali aktivně shánět veškeré dostupné informace o Downově syndromu. Poprvé se setkali s tím, že některé z těchto dětí běžně žijí ve svých rodinách, nikoliv v ústavním zařízení.

Po těchto zjištěních matka začala čím dál více toužit po tom, aby měla dceru u sebe. Nemohla se smířit s tím, že by jejich dcera patřila do ústavního zařízení. Avšak pořád měla značné obavy, aby tím neublížila své dceři či sobě. Její touha svou dceru alespoň spatřit byla tak velká, že se po více než roce odhodlala, že ji v ústavním zařízení navštíví společně s manželem. Vnímala tehdy silnou podporu ze strany personálu tohoto zařízení. Sama matka popisuje, že cítila obrovskou psychickou úlevu v momentě, kdy svoji dceru konečně viděla. Všechny její obavy a otázky se rozplynuly.

Tentýž den si dceru poprvé vzali na víkend domů. Eliška se poté do ústavního zařízení Eliška vrátila jen dvakrát, než se rodiče rozhodli nechat si ji v domácím prostředí nastálo. Své druhé narozeniny Eliška oslavila doma se svou velkou rodinou, která ji bezpodmínečně a s láskou přijala.

Rodinná anamnéza

Eliška se narodila do rodiny vysokoškolsky vzdělaných rodičů. Matka se narodila roku 1967, vystudovala obor sociální komunikace na univerzitě v Hradci Králové a nyní pracuje jako hypnoterapeutka. Otec se narodil v roce 1958, vystudoval architekturu a stavitelství v Praze na ČVUT, v současnosti se živí jako architekt.

Matka má dva nyní již dospělé syny z prvního manželství, se kterými se často vídají.

Sociální anamnéza

Matka, otec a Eliška žijí v posledním patře domu v Praze na Malé Straně ve dvoupatrovém bytě s terasou, ze které je výhled na celé město. Před nedávnem k nim

do rodiny přibyl nový člen, a to sice štěně australského ovčáka, které se stalo Elišky velkým parťákem. Eliška má svůj vlastní pokoj, který jí slouží jako ložnice, herna a má zde i prostor na učení.

Osobnost Elišky

Eliška je velmi klidná, hodná, emotivní, bystrá, zvědavá, upovídaná a společenská 11letá slečna. Ihned po narození jí byl diagnostikován Downův syndrom spojený se střednětěžkou mentální retardací. Kvůli této diagnóze bohužel ve svém životě neměla vůbec jednoduchý začátek, jelikož jak je popsáno výše, Eliška strávila první necelé dva roky života v ústavním zařízení. Přibližně od dvou let žije společně se svými rodiči, obklopena milující rodinou.

Poté, co si ji rodiče vzali do své péče, se snažili dohnat všechen čas, který zameškali. Matka výchově a rozvoji Elišky věnovala sto procent svého času. Absolvovali společně několik rehabilitací a terapií, které pomáhali ke správnému vývoji Elišky. Patří mezi ně ergoterapie, Vojtova metoda reflexní lokomoce, Bobath koncept, orofaciální regulační terapie nebo muzikoterapie. Psychomotorický vývoj Elišky neprobíhal nijak výrazně vychýleně od normy, byl však značně opožděný.

Dalo by se říct, že se jim opravdu povedlo dohnat ztracený čas, protože v tuto chvíli se z hlediska psychomotorického vývoje Eliška nijak neliší od dětí ve stejném věku a se stejnou diagnózou, které byly od narození v péči svých rodičů.

V začátcích poskytla rodině klíčovou pomoc sociální služba raná péče, která rodičům pomáhala se správným rozvojem Elišky ve všech oblastech. Pracovnice z rané péče je pravidelně každý měsíc navštěvovala přímo u nich doma. Zjistila, v čem aktuálně je třeba dítě podpořit, ukazovala jim, co můžou s Eliškou dělat, aby pomohli ke správnému psychomotorickému vývoji a poskytovala spoustu pomůcek, které k němu přispívají. Dále rodičům doporučovala různá zařízení, organizace a odborníky, na které se mohou obrátit s konkrétními problémy. Pracovnice z rané péče rodičům pomohla i s výběrem mateřské školy a poradila jim, o jaké příspěvky si mohou zažádat. Rodiče tuhle službu hodnotí jako velmi přínosnou.

Eliška začala chodit krátce po svých druhých narozeninách. Ve třech letech už stála na lyžích. Jak se rodičům rychle potvrdilo, tak sportování velmi efektivně doplní všechny aplikované rehabilitace a tělesné stimulace a podpoří vývoj v takovém rozsahu, že je dokáže časem úplně nahradit. Kromě lyžování chodila Eliška od dvou let na plavání, později na balet a aktuálně má každý týden tenisový trénink.

To, co rodičům, lékařům, učitelům a všem, kteří jsou s Eliškou v interakci, velmi usnadňuje práci je, že umí být opravdu trpělivá, má velkou výdrž a dokáže být neuvěřitelně dlouhou dobu pozorná. Navíc se s přehledem dovede ovládat a ví, jak se má kde a s kým chovat. Jedinou bariérou, se kterou se dříve rodiče při spolupráci s Eliškou potýkali, byl tzv. syndrom bílého pláště, tedy strach z lékařů. To byla docela velká překážka vzhledem k tomu, kolik lékařských prohlídek týdně absolvovali. Nyní už je situace o dost lepší. Eliška začala lékařům postupem času více důvěřovat a je možné ji vyšetřit, i když je z toho vždy hodně nervózní. Už to ale označují za veliký pokrok.

Kvůli příspěvkům na péči je nutné, aby Eliška všechna vyšetření včetně elektroencefalografie, kde je potřeba, aby dítě půl hodiny drželo hlavičku, na které má připevněné elektrody, podstupovala každé dva roky. To je pro dítě, které trpí syndromem bílého pláště velmi traumatizující. Pro rodiče je nepochopitelné, že zrovna v případě Downova syndromu, který je nevyléčitelný, je nutné tohle kolo vyšetření tak často opakovat.

Eliška je nyní velmi samostatná, dokáže se sama obléct, obout, provést s lehkou dopomocí veškerou hygienu, najíst se, nachystat si věci do školy a v případě, že si s něčím poradit nedokáže, umí si říct o pomoc.

Navštěvovala běžnou mateřskou školu, kde měla v rámci podpůrných opatření asistenta pedagoga. Poté se dva roky vzdělávala v běžné základní škole, také za pomoci asistenta pedagoga. Ve třetí třídě přestoupila na základní školu speciální, ve které je nyní již druhým rokem.

Autorka práce může ze svých zkušeností potvrdit, že stejně jako u většiny dětí s Downovým syndromem, tak i u Elišky, se po celý život střídá období stagnace a období skokových pokroků, což je projevuje ve všech oblastech. Při psychomotorickém rozvoji, rozvoji řeči, jazyka a komunikace, sportování, vzdělávání, ale také například při navazování

sociálních vztahů. Toto je potřeba brát v úvahu při jakékoliv interakci a práci s dětmi s Downovým syndromem. Stejně jako fakt, že je potřeba s těmito dětmi všechno několikanásobně víckrát opakovat než s dětmi intaktními a jen v případě, že s tímto budeme počítat, můžeme dosáhnout požadovaných výsledků.

Mezi dětmi s Downovým syndromem jsou veliké rozdíly a ani přes stejné počáteční příznaky a obtíže je v průběhu dalšího vývoje nelze hromadně srovnávat. V případě Elišky rodičům mnozí odborníci doporučovali udělat vyšetření, zda nemá mozaikovitý typ Downova syndromu, jelikož je schopná naučit se opravdu hodně věcí. Rodiče tohle vyšetření odmítli, jelikož soudili, že pro ně se tím nic nezmění. Oni budou Elišku vždy brát takovou jaká je a nepotřebují k tomu žádné další dokumenty.

Vývoj řeči, jazyka a komunikace probíhal u Elišky velmi pomalu v porovnání s rychlostí rozvoje v jiných oblastech. Když si ji rodiče vzali do vlastní péče, tedy přibližně ve dvou letech, uměla opakovat jen jednoduché slabiky jako *papa, mama, baba*. Nikdy neměla problém porozumět tomu, co se po ní chce, ale už od malička byla nesvá, když se sama nedokázala vyjádřit. Většinou se to projevovalo tak, že se začala hrozně klepat a odmítla se znovu zopakovat.

Eliška je velká trémistka, což se u ní jako první podepíše v obtížích při mluvení. S aktuálním příchodem puberty se častěji stává, že se začne zadržovat a koktat ve chvíli, kdy se potřebuje rychle vyjádřit. Svůj deficit v oblasti řeči, jazyka a komunikace si velmi uvědomuje a snadno ji dokáže rozčítit, když jí někdo nerozumí. To se samozřejmě odráží na její psychice, často je pak smutná a až apatická ke snaze něco zopakovat.

Roli hraje i to, v jakém je Eliška rozpoložení. Jsou dny, kdy rodiče usoudí, že je lepší nechat Elišku v klidu a dát jí prostor, aby se vypořádala se svou horší náladou. Snaží se ji naučit relaxovat, uvolnit se, nechat své pocity plynout a nedusit je v sobě. Je to však běh na dlouhou trať, než si bude Eliška umět takový stav odpočinku navodit sama. Zatím se jí rodiče snaží jít příkladem a naplánovat volnější den.

Od dvou let chodí Eliška na logopedii, kde jí byl diagnostikován opožděný vývoj řeči, který patří mezi časté projevy Downova syndromu. Nejprve rozvíjeli oblasti ovlivňující vývoj řeči, jazyka a komunikace ve spolupráci s rodiči a mateřskou školou, v které měli

jednou týdně logopedický kroužek. Konkrétně se zaměřovali na jemnou a hrubou motoriku, motoriku mluvidel, zrakovou a sluchovou perцепci, myšlení, orientaci, pozornost, rozumění a produkci řeči. V oblasti motoriky mluvidel bylo třeba s Eliškou trénovat zacílení a koordinaci pohybů jazyka a posílení jazyka a retního uzávěru. Dále procvičovali zejména správné dýchání a fonaci⁷, jelikož Eliška měla tendenci mluvit se zesíleným tlakem na hlasivky. Součástí logopedie byla také orofaciální regulační terapie dle Castilla-Moralese.

V začátcích navštěvovala Eliška logopedii jednou týdně a účastnila se také dvakrát ročně příměstského logopedického tábora. Měla velké obtíže ve všech jazykových rovinách, vyjma roviny pragmatické. V průběhu vývoje řeči, jazyka a komunikace u ní byl výrazný rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Mezi její nejpoužívanější slovní druhy patřila podstatná jména, slovesa a citoslovce, zbylé se přidávaly postupně až kolem sedmi let. Sluchová diferenciacе hlásek se zlepšovala s nárůstem aktivní slovní zásoby. Do pěti let se u Elišky vyskytovala echolálie. Nyní má problémy s vyvozováním hlásek R, Ř a se skloňováním. Postupně se zvětšoval interval mezi návštěvami logopedie. V současnosti už ke své logopedce dochází jen jednou měsíčně a většinu cvičení provádí doma s rodiči.

Český jazyk je obecně velmi složitý a ani pro intaktní děti není jednoduché se ho naučit. Pro děti s mentálním znevýhodněním tudíž představuje velkou překážku. Podle zkušeností rodičů sledovaných dětí se tyto děti mnohem lépe a rychleji naučí například anglický jazyk.

Obtíže dělá Elišce také chápání logické posloupnosti. Tyto potíže jí rodiče pomáhají překonávat tak, že ji učí orientovat se v prostoru a čase. Společně provádí nácvik režimu dne a týdne a vyprávění pohádek a zážitků, k čemuž využívají loutkové divadlo, fotky, různé nástěnky, tabulky a rozvrhy.

Cesta k současnému stavu však nebyla vůbec jednoduchá. Od prvního opakování slabik ve dvou letech se postupně po velmi malých krůčcích Eliška učila bariéru v oblasti řeči, jazyka a komunikace překonávat. V období, kdy byla Eliška integrovaná v běžné mateřské škole, se naučila velké množství jednoduchých slov. Nejvíce jí pochopitelně šla ta slova, která používala často. Paní učitelka i její asistentka se snažily Elišku hodně rozvíjet

⁷ Proces vytváření zvuku v hlasivkách, případě v celém hrtanu (Klenková, 2006).

právě v oblastech ovlivňujících vývoj řeči, jazyka a komunikace a zároveň ji nijak nevyčleňovaly z kolektivu. Mohla tak dělat všechno, co ostatní děti, které ji i díky tomu braly takovou, jaká je. Eliška byla vždycky velmi společenské dítě, takže se snažila s dětmi nějakým způsobem dorozumívat a hrát si s nimi. V této době už uměla aktivně používat několik slov, aplikovala i znak do řeči, a tak se s ostatními pokaždé nějak domluvila.

Problém nastal, pokud si Elišky dlouho nikdo nevnímal a ona chtěla na něco upozornit. Když už nevěděla, jak o sobě dát vědět, měla tendenci do dětí strkat. Mnohdy to vedlo ke konfliktům, protože se to dětem ani jejich rodičům nelíbilo. Žádné vysvětlování nebylo platné, protože Elišky touha po pozornosti vždy v daný moment zvítězila a nedokázala ji nijak potlačit. Pomohl až čas. Od chvíle, kdy se dokázala více dorozumívat mluvenou řečí, přestala to ze dne na den dělat.

U Elišky se nedalo moc dobře předvídat, kdy se naučí lépe verbálně dorozumívat. I při vývoji řeči, jazyka a komunikace totiž měla období, kdy se vůbec nic nedělo, a pak najednou bez zjevného impulsu udělala obrovský pokrok. Paradoxně se tak stalo většinou, když už všichni docela ztráceli naději, že by se to někdy mohla naučit. Podle maminky Elišky bylo nejúčinnější, když na ni nebyl vyvíjen žádný tlak, což platí dodnes. V momentě, kdy se cítí pod tlakem, se zablokuje a nikdo a nic s ní nepohne. Ovšem ne vždy je jednoduché nevyvíjet na dítě žádný tlak, když se ho všichni kolem snaží rozvíjet, věnují tomu spoustu času a přirozeně chtějí, aby pokroky dělalo.

Rodiče rychle pochopili, že bude trvat dlouho, než bude Eliška schopná dorozumívat se převážně verbálně. Začali proto hledat jiný způsob, jak naučit Elišku komunikovat. Na popud mnohých odborníků začali Elišku přibližně ve dvou a půl letech učit znakovat. Nepoužívali žádný univerzální systém, v jednotlivých znacích se inspirovali třeba českým znakovým jazykem pro neslyšící nebo Makatonem. Vybírali si takové znaky, které jim připadaly nejužitečnější a postupně je začali přidávat do řeči. Neznakovali celé věty, ale jednotlivá slova, která měla klíčový význam pro pochopení obsahu sdělení. Tohoto systému dorozumívání se Eliška chytla velmi rychle, jelikož neměla problém v receptivní ale v expresivní složce řeči, jazyka a komunikace.

Kromě znaku do řeči využívali také různé komunikační tabulky, obrázky nebo zástupné předměty, které symbolizovali určitou věc nebo činnost. Matka Elišce vytvářela

všelijaké nástěnky, kde byl vyobrazen denní nebo týdenní plán a také zážitkové deníky, aby se lépe dokázala orientovat v čase. Kolem čtyř až pěti let už Eliška užívala znak do řeči velmi obstojně, stalo se to tak jejím hlavním komunikačním systémem. Další nástroje už k dorozumívání nebyly potřeba. Znakování mnohdy doplňovala tím, že na věci ukazovala nebo jednotlivé činnosti pomocí gestikulace a pantomimy předváděla, což jí šlo opravdu dobře, jelikož v pěti letech navštěvovala divadelní kroužek. K divadlu, pohádkám a filmům celkově hodně vzhlíží a baví ji se předvádět. V této fázi vývoje řeči, jazyka a komunikace už se stávalo jen velmi zřídka, že by si Eliška s nějakým slovem nevěděla rady.

Díky používání znaků do řeči se Eliška mohla začít se svým okolím dorozumívat velmi obstojně ještě před tím, než si osvojila mluvenou řeč. Není pochyb o tom, že jí to velmi pomohlo hlavně v průběhu vzdělávání v mateřské škole, kdy využívala znakování nejvíce. Před nástupem na základní školu se začalo užívání znaků vytrácet a převažovat mluvená řeč. Největším problémem bylo při přechodu ze znakování na mluvenou řeč naučit se skládat věty. V tom se však Eliška začala rychle zdokonalovat, když nastoupila na základní školu. Eliška si stále, i v jejích jedenácti letech, občas pomůže znaky, když se nedokáže vyjádřit nebo když jí někdo nerozumí.

Rodiče Elišky přiznali, že čím více času rozvoji své dcery věnují, tím lepší výkony pochopitelně podává. Avšak to často znamená, že se jeden z nich musí vzdát svého času vymezeného na práci nebo na koníčky. Postupem času dospěli k názoru, že je pro ně daleko přijatelnější a udržitelnější, i pro zachování své vnitřní pohody a zdraví, když se nebudou vzdávat svých snů. Proto s nástupem Elišky do školy začali více povolovat v každodenním drilu své dcery, a naopak začali více žít přítomným okamžikem. Vtahují svou dceru do běžných denních činností, hodně sportují, navštěvují kina a divadla a cestují. Toto rozhodnutí hodnotí jako správné, jelikož oba rodiče uznali, že se jim ulevilo, když si dovolili zpomalit. Vidí, že se jejich dcera velmi dobře socializuje a rozvíjí i při těchto aktivitách, což je pro ně podstatnější, než to že neumí perfektně počítat. Smířili se s tím, že sice nebude umět všechno, ale budou doma žít v klidnější atmosféře a všichni tak budou šťastnější.

3.4.2 Případová studie č. 2

Jméno: **ADÉLA** (skutečné jméno bylo pro potřeby tohoto výzkumu změněno)

Měsíc a rok narození: červen, 2011

Věk v době výzkumného šetření: 10 let

Osobní anamnéza

Adéla se narodila jako druhorozená. Její rodiče už v té době měli dvou a půl letou dceru, i kvůli ní se těšili na svého dalšího potomka, který bude dělat starší dceři společnost. Celé těhotenství matky probíhalo bez problémů a nic nenasvědčovalo tomu, že by se Adéla nevyvíjela optimálně. Potíže nastaly v momentě, kdy matka začala rodit měsíc před předpokládaným termínem porodu. Samotný porod proběhl rychle a bez obtíží. Jedinou vzniklou komplikací byla běžná novorozenecká žloutenka. Rodiče si oddychli, jelikož si nebyli jistí, zda se matka před porodem nenakazila planými neštovicemi, což by mohlo plod velmi vážně ohrozit. Vše se ale zdálo být v pořádku a předčasný porod tak připisovali nadměrnému stresu způsobenému obavami o dítě.

Navzdory okolnostem je nechávalo chladnými i to, že si lékaři nechali Adélu v porodnici déle a prováděli jí spoustu prohlídek včetně genetického vyšetření. Na pohled jim dcera připadala úplně stejná jako její sestra. Oči měla stejně exotické jako matka, a tak je vůbec nenapadlo, že by něco nebylo v pořádku a oni by se měli obávat.

Skutečnost, že jejich dcera má Downův syndrom, rodičům sdělila pár dní po porodu dětská lékařka, která se o Adélu v porodnici starala. Přestože na tuto zprávu člověk nemůže být nikdy připravený a vždy ho to velmi zasáhne, zpětně rodiče hodnotí, že k tomu přistupovala velmi lidsky, ohleduplně a povzbudivě. Také díky ní rodiče našli odvahu k rozhodnutí, že chtějí své dceři dopřát plnohodnotný život stejně jako její sestře. Obrovskou vlnu podpory cítili také od své rodiny, což jim pomohlo celkem rychle překonat počáteční šok.

Rodinná anamnéza

Adéla se narodila do kompletní rodiny. Její matka se narodila v listopadu roku 1979, vystudovala práva a nyní se specializuje na oblast školské legislativy, lidských práv

a podporu znevýhodněných minorit v rámci českého systému. Otec se narodil v dubnu 1968 a pracuje jako PR a marketingový manažer. Adéla se narodila rodičům jako jejich druhé dítě, v té době už měli dvou a půl letou dceru. Když byly Adéle tři roky, přibyla k nim do rodiny ještě třetí dcera. Součástí jejich rodiny jsou také domácí mazlíčci, které aktuálně zastupují dvě kočky a pes. Velmi pevné vztahy má Adéla také se svou širší rodinou, která je tak bezpochyby součástí jejího života a významně do něj zasahuje.

Sociální anamnéza

Adéla se svými rodiči a sourozenci bydlí v rodinném domě se zahradou, který se nachází v menší vesnici kousek od Prahy. Adéla má stejně jako její sestry svůj pokoj, ale většinu času stejně tráví všichni společně.

Osobnost Adély

Adéla je velmi sociálně zdatná, empatická, milá, bystrá, zvědavá, veselá a kamarádká holčička, která si své přátele získává především díky svému upřímnému rošťáckému úsměvu, který každého odzbrojí. Je ohromný komik a srandista a dalo by se říct, že ji vyloženě baví rozveselovat ostatní. Má tak kolem sebe velké množství kamarádů a přátel z různých prostředí. S Adélou se opravdu nikdy nikdo nenudí, což je skvělý lék na špatnou náladu. Na druhou stranu je ale potřeba říct, že si lidi kolem sebe pečlivě vybírá a nezačne se bavit s někým, kdo jí mnohdy z nevysvětlitelných důvodů není sympatický. I tak se projevuje její velmi silná osobnost, přímočarost a tvrdohlavost, kdy se zdánlivě bezdůvodně zasekne a nikdo s tím nic neudělá. Opravdu pevně si stojí za svým a dává to důrazně najevo, což dokáže velmi znesnadnit situaci. Z toho důvodu se rodiče pokouší najít způsob, díky kterému by tyto stavy sama dokázala zmírnit a naučila se je mít pod kontrolou. Aktuálně se osvědčila varianta, kdy se tohle napětí obrátí v legraci. Často pomáhá Adélu polechtat, díky čemuž většinou v mžiku obměkne, ale někdy nefunguje vůbec nic. To se stává především pokud se jí snaží někdo zmanipulovat a přesvědčit ji o něčem, o čem ona sama pochybuje. Možná že právě tohle je důkaz absolutní otevřenosti a upřímnosti, která Adélu charakterizuje a nabývá zde velikých rozměrů. Na druhou stranu tak na sebe dost poutá pozornost.

Rodiče sledovaných dětí mají takovou zkušenost, že společnost lidem s mentálním postižením nedovoluje udělat žádný krok vedle. Pokud se tak stane, hned odkazují na to, že jsou takoví, protože mají nějaký hendikep, kvůli kterému se nedokážou chovat „normálně“. Nepřipouští si, že to byl jen výjimečný přešlap, který je běžný i u intaktních dětí. Zejména kvůli tomuto je pro rodiče důležité, aby své dítě naučili být co nejméně nápadné a zbytečně na sebe neupozorňovat.

Adéla je velmi chytrá a nadaná dívka. Dokonce jí bylo naměřeno IQ s hodnotou 97 bodů, což odpovídá pásmu průměrné inteligence. Se zvýšenou mírou podpory schopná dosáhnout výsledků, kterých dosahují intaktní děti.

Rodiče se od počátku snažili dělat vše pro to, aby se mohla Adéla co nejvíce rozvíjet, a tak ji především v raném dětství několikrát denně rehabilitovali a všestranně stimulovali. Stejně jako většina rodičů dětí s postižením i Adély rodiče chtěli zkoušet vše, co by mohlo být účinné. S ohledem na své zkušenosti v současné chvíli razí heslo, že co neuškodí a je šance, že pomůže, stojí za jejich pozornost. Jsou přesvědčeni, že aktivní rehabilitace, a především všestranná stimulace, má na vývoj dětí s Downovým syndromem velmi pozitivní vliv. Na druhou stranu si rodiče pevně stojí za tím, že ještě více než všelijaké rehabilitace a terapie má pro jejich dítě klíčový význam bezpodmínečná a přirozená každodenní stimulace v rodinném prostředí a začlenění mezi vrstevníky.

V prvních měsících života bylo nutné Adélu velmi intenzivně rehabilitovat. Rodiče nejdříve zvolili cvičení podle Vojtovy metody, které na začátku uplatňovali až 4x denně. Později, když už Adéla dokázala trochu spolupracovat, přidali také terapii dle vzoru manželů Bobathových. S tou se postupně začala prolínat orofaciálně regulační terapie, tedy stimulace obličejového svalstva, která byla přípravou na vývoj řečových a jazykových schopností. Toto období bylo časově i energeticky náročné. Postupně se s dospíváním Adély množství terapií zmenšovalo a jejich interval zvětšoval. Nebyly již tolik potřeba, a navíc je začaly nahrazovat Adély sportovní aktivity.

Dodnes zůstala Adéle hipoterapie, která se kromě účinné stimulace a podpory správného psychomotorického vývoje stala Adélinou velkou vášní. Maminka popisuje, že největší pokroky udělala Adéla po intenzivním hiporehabilitačním pobytu, který absolvují jednou do roka, a kde dítě dostane za týden tolik lekcí, kolik má normálně za tři

měsíce. Neskutečně ji to nastartuje jak v oblasti komunikace, tak i kognitivní a somatické. Po těchto pobytech se například naučila jezdit na kole, ohromně se zlepšila ve čtení či v matematice, která jí dělá veliké problémy, jelikož je pro ni příliš abstraktní, nebo se také velmi rozpovídala.

Když Adéla dospěla do fáze, že ji už samotná hipoterapie ve vývoji neposouvala dál, hledali rodiče další aktivity, které by se jí alespoň z části podobaly. Hipoterapie se nechtěli vzdát úplně, jelikož je jejich dcera velmi pohybově nadaná a vztah ke koním má velmi vřelý. Nakonec se rozhodli přihlásit ji jednou týdně do kroužku voltáže, což je sport známý jako gymnastika a tanec na koni. Tento koníček si získal srdce nejen Adély, ale posléze zaujal i její sestry. Aktuálně se tomuto sportu všechny tři věnují v rámci jednoho inkluzivního oddílu, ve kterém respektují, že Adéliny výkony nejsou tak velké jako výkony intaktních dětí. Sice se nemůže účastnit stejných závodů jako děti bez postižení, ale může chodit na paravoltižní závody, tudíž nepřichází o radost a zážitek z toho, že někde může předvést, co všechno se naučila. Navíc díky této sdílené vášni mohou společně jako rodina prožívat úspěchy i neúspěchy v této disciplíně, vzájemně se podporovat a pomáhat si.

V tuto chvíli rodiče s Adélou stále rehabilitují, ale v mnohem menší míře. Cvičení je spíše orientováno na konkrétní komplikace spojené s hypotonií. Aktuálně řeší problém s tím, že má Adéla ploché nohy, které jí začínají hodně bolet. Má tedy speciální cviky, které ji pomůžou zpevnit klenbu. Záměrnou několika denní rehabilitaci vystřídal velké množství konkrétních sportů, které jsou nedílnou součástí života celé rodiny, a kterými společně vyplňují svůj volný čas. Tento posun byl důležitý nejen pro fyzické zdraví Adély, ale zejména pro to psychické. Nemá tak pocit, že ji znevýhodnění spojená s diagnózou brání v tom, aby mohla dělat to, co dělají její sestry nebo kamarádi. Pro Adélu je navíc pravidelný pohyb důležitý, jelikož má stejně jako část dětí s Downovým syndromem sklony k obezitě, a především velkou chuť k jídlu. I v tomto směru je tedy nezbytné nastavovat hranice, aby se Adéla nepřejídala a jedla převážně zdravou a pestrou stravu.

Před třetími narozeninami nastoupila Adéla na dva dny v týdnu do dětské skupiny, kam s postupem času chodila čím dál častěji. Velmi si oblíbila čas strávený se svými spolužáky a také paní učitelku, která se dětem všestranně věnovala a měla neuvěřitelný elán a nadšení pro práci s dětmi. Bylo jasně vidět, že díky nástupu do školního kolektivu mezi

své vrstevníky a působením paní učitelky, jakožto nové osobnosti zasahující do výchovy a vzdělání, se Adéla skokově posunula ve svém vývoji. Přestože byla Adéla jediným dítětem v mateřské škole, které mělo nějakou diagnózu, neměla s ní paní učitelka nijak znatelnou práci navíc. To bylo způsobeno jednak tím, že byla Adéla bezpodmínečně přijata mezi své vrstevníky, ale i tím, že již ve třech letech byla velmi samostatná. Dokázala se sama najít, dojít si na toaletu, s mírnou dopomocí se obléct, obout a aktivně se zapojovala do všech aktivit.

Adéla byla zvyklá mít kolem sebe děti. Nejen že má starší sestru, která jí vždy šla příkladem a byla k ní velmi tolerantní, trpělivá a obdivuhodně zvládala veškeré výkyvy nálad často svéhlavé Adély. Krátce před jejími třetími narozeninami se rodičům narodila i další dcera. O tu se Adéla s radostí starala a přijala ji s upřímnou láskou. Chtěla se podílet na veškeré péči o miminko, často své sestře zpívala a přeříkávala různé básničky.

Maminka roli sester Adély označila až za terapeutickou a jako velikou výhodu při jejím rozvoji. Jsou jí vzorem, podporují ji a stimulují. U starší sestry, které je nyní třináct let, se vztah k Adéle přetransformoval do formy jisté ochrany. Má silnou tendenci svoji sestru bránit a být jí nápomocná. Na druhé straně mladší sestra Adély, které je teď sedm let, je jí velkým parťákem ve všem, co dělá. Dalo by se říct, že na sebe převzala pozici tahouna, který s sebou vede Adélu stále kupředu. Adéla má své sestry nesmírně ráda. Jak říká její maminka, jednou z velikých výhod je, že se právě od svých sester může mnohé učit a prožívat společně s nimi spoustu zážitků.

Adéle a jejím sestrám je odjakživa představován její hendikep v pozitivním slova smyslu. Často jí opakují, že jsou rádi, že je taková, jaká je a dalo by se říct, že i Adéla sama je na to patřičně hrdá. Reaguje kladně na to, když se třeba někde zmíní diagnóza Downův syndrom a dává se za příklad. Stejně tak i její sestry mají tendenci tuto skutečnost vysvětlovat a představovat kladné vlastnosti a potřeby Adély.

V současné době chodí Adéla do čtvrté třídy na běžné základní škole, kde má jako jedno z podpůrných opatření asistenta pedagoga. Neustále si vytváří spoustu nových kamarádů napříč ročníky. Nemá problém se bavit s kýmkoliv starším, což platí i mimo školu. Často si přirozeně vyhledává lidi, kteří mají zdánlivě nějaký problém nebo špatnou náladu, a chce jim udělat radost, rozveselit je. Věnuje jim svou pozornost, vyslechne je a ihned

obměkčí. Jako by část jejich problémů zmizela jen díky tomu, že se o ně Adéla zajímá. Velmi ráda lidi spojuje a udobřuje. Nerada vidí, že se někdo hádá. To se pak hned snaží konflikt vyřešit a vyžaduje, aby na sebe byli hodní a měli se rádi.

Adéla je hodně aktivní i mimo školu. Ráda tančí, zpívá, sportuje, maluje a hraje si s ostatními dětmi. Už od malička velmi ráda plave. Ve vodě se cítí jako doma a kdyby mohla, tak je v bazénu od rána do večera. Také velmi dobře lyžuje, jezdí na kole, na bruslích a chodí se svými sestrami do tělovýchovného spolku Sokol na gymnastiku. Její velkou vášní je sledování nejrůznějších animovaných pohádek. Opravdu ráda pak interpretuje hlášky, které tam zazní a používá je i v běžných životních situacích. Naučí se díky nim i velké množství nových slov a neustále si tak rozšiřuje slovní zásobu a obohacuje se o nové informace. Adéla má velmi ráda zvířata a ochotně se stará a pečuje o ty, která doma mají.

Během vzdělávání v mateřské a základní škole nenastal žádný problém s tím, že by někdo Adélu vyčleňoval z kolektivu nebo se jí posmíval, že je jiná. Právě naopak měla se svými spolužáky vždy moc hezké vztahy.

Hned v novorozeneckém období maminka věděla, že Adéla rozhodně rozumí tomu, co jí říká. Už jen podle toho, jaké vysílala signály prostřednictvím očního kontaktu a jak reagovala na různé jednoduché pokyny. Již v tomto období byla snaha o interakci významná a netýkalo se to jen rodičů, ale prakticky kohokoliv, s kým přišla do kontaktu. Co se týče samotného vývoje řeči, jazyka a komunikace tak do svých dvou let Adéla spíše jen opakovala jednoduché slabiky. Přesto si však vytvořila svůj systém dorozumívání, který používala, aby se mohla projevit a snažila se jeho prostřednictvím předat své myšlenky a pocity.

Kolem jednoho roku věku, kdy obvykle děti začínají produkovat první slova, Adéla ještě nemluvila. Proto začali rodiče zapojovat znaky do řeči, které byly schůdnější a méně náročné na produkci. V danou chvíli to byla spíše pojistka pro případ, že by se ani později řečové a jazykové schopnosti Adély nevyvíjely optimálně, aby tak měla možnost dorozumívat se i jinak a nebyla na řeči závislá. Chtěli zamezit tomu, že by mohla vzniknout jakákoliv bariéra v této oblasti. I přesto, že rodiče vnímali skutečnost, že dostupné informace o znakování jsou rozporuplné, prakticky vůbec nepřemýšleli o tom, že by kvůli znakování

neměla Adéla mluvit. Po několika konzultacích s různými odborníky byli přesvědčeni, že jí přidání znaků do řeči může jediné pomoci.

Znaky se naučila používat a zapojovat do svých řečových a jazykových projevů vcelku rychle. Postupem času začala do řeči pronikat srozumitelná slovíčka, kterých bylo čím dál víc. Kolem tří let Adéla udělala veliký pokrok a začala opakovat krátká i delší slova, ale také jednoduché věty. Sama se snažila tvořit krátké věty, které obsahovaly dvě až čtyři slova, a den ode dne si rozšiřovala svou aktivní i pasivní slovní zásobu. U Adély byla vidět velká chuť a snaha komunikovat. Už v Adéliných třech letech nebyl prakticky žádný problém se na všem při troše trpělivosti domluvit. Maminka popisuje, že její touha komunikovat byla vždy velmi silná a nikdy ji nemuseli přesvědčovat a motivovat k tomu, aby se učila mluvit, protože sama chtěla. Již jako batole vedla několika minutové monology nesrozumitelnou řečí, která sice nebyla pochopitelná pro její okolí, už tehdy ale rodiče věděli, jak velký význam pro ni má tato forma vyjádření se. Možná že právě díky velké motivaci a jakémusi verbálnímu potenciálu nebylo její opoždění ve vývoji řeči, jazyka a komunikace příliš výrazné. Ve srovnání s Adélinými sestrami sice bylo její opoždění v řečových a jazykových schopnostech patrné, ale to může být způsobené i tím, že její sestry byly v porovnání s normou nadprůměrně verbální. Dle maminky byl rozdíl znatelný, ale stále ne nijak dramatický. Celkový vývoj řeči, jazyka a komunikace Adély byl převážně plynulý, ale největší pokroky v této oblasti maminka zaznamenala právě po již zmiňovaném hiporehabilitačním pobytu.

V momentě, kdy už měla Adéla obstojnou slovní zásobu a s přehledem dokázala poskládat jednoduché věty a fráze, šla mluvená řeč výrazně do popředí a užívání znaků ztrácelo na své intenzitě. Přirozeně se tak stalo, co rodiče očekávali. A to sice, že Adéla velmi rychle pochopila, že je pro ni jednodušší, rychlejší a celkově praktičtější, když dané slovo řekne namísto jeho znakování. Používání znaků tedy začalo v předškolním věku automaticky upadat a přišel na řadu rozvoj verbální složky jazyka. Aktuálně využívá výhradně mluvenou řeč a znaky jen velmi zřídka.

Mimo jiné vytvářela maminka Adéle zážitkové deníky. Ty, spíše než k dorozumívání, sloužily k rozvoji orientace v čase a jako oblíbený způsob připomínání si společných zážitků s rodinou a vzpomínek s kamarády. Docela rychle však matka zjistila,

že je Adéla zase tolik nepotřebuje, tudíž od toho po nějakém čase upustila. Ke vzpomínkám se vraceli prostřednictvím digitálních fotografií, což je rozhodně úspornější varianta z hlediska času i energie.

Adéla začala navštěvovat logopeda zhruba kolem tří let věku poté, co začali rehabilitovat obličejové svalstvo pomocí orofaciálně regulační terapie. Nejprve se společně s rodiči věnovali rozvoji oblastí ovlivňujících vývoj řeči, jazyka a komunikace, což se velmi vhodně doplňovalo s tím, co Adéla dělala ve školce. V té bylo málo dětí, a tedy i velký prostor na to se jim individuálně více věnovat. Paní učitelka měla navíc velmi pečlivě připravené všestranně rozvíjející aktivity, tudíž to bylo pro Adélu velmi intenzivně stimulační a podpůrné prostředí. Postupně se pozornost zaměřovala více na rozvoj kognitivních funkcí a slovní zásoby formou hry. V této době už za sebou maminka měla kurzy jako Feuersteinovu metodu instrumentálního obohacování, Deficity dílčích funkcí Brigitte Sindelar a stimulační program pro děti předškolního věku Maxík, takže s Adélou velmi intenzivně pracovala sama.

Zpětně maminka hodnotí, že veškeré stimulační bylo možná až přespříliš, vždy se to ale snažili prokládat právě sportem nebo jinými aktivitami s vrstevníky. Interval návštěv na logopedii se v podstatě za celou dobu nezměnil, vždy to byla jedna návštěva za přibližně jeden až dva týdny. Kolem tří let to bylo spíše jednou za dva týdny, v předškolním a raném školním období se časový úsek mezi jednotlivými návštěvami zkrátil a k logopedovi docházeli každý týden. V současné chvíli již nějakou dobu navštěvují logopedii jedenkrát za čtrnáct dní. Velké množství cvičení a úkolů, které jim byly zadány, pak samozřejmě několikrát týdně trénují společně doma.

Nyní má Adéla stále drobné problémy ve foneticko-fonologické jazykové rovině, kde ne zcela správně vyvozuje hlásky R a Ř. Adélin slovní zásoba je velmi obstojná, získala ji především díky tomu, že na ni od narození rodiče i širší rodina hodně mluvili, učili ji spoustu říkadla a zpívali písničky. Velkou podporou byly již zmiňované pohádky, které Adéle pomáhaly při osvojování nových slov nebo orientaci v prostoru a čase. V současné době se Adéla dokáže bez problému domluvit prostřednictvím mluvené řeči s kýmkoliv. Zdatnost v oblasti komunikace je její velkou předností, čehož si rodiče nesmírně váží, jelikož jsou přesvědčeni, že právě komunikace je klíčová pro správný vývoj ve všech oblastech.

3.5 Závěry výzkumného šetření

Výzkumnou strategií této bakalářské práce bylo kvalitativní šetření. Aby došlo k naplnění stanovených cílů byl zvolen výzkum na základě zpracování případových studií sledovaných dětí. Byly využity následující výzkumné metody: analýza anamnestických údajů, analýza dostupných dokumentů, doplňující rozhovory s rodiči a pozorování.

Hlavním cílem tohoto šetření byla analýza rozvoje komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem. Tento cíl byl naplněn prostřednictvím zpracování případových studií sledovaných dětí.

V návaznosti na hlavní cíl výzkumného šetření byly stanoveny následující dílčí cíle: analýza neverbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem; analýza verbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem; analýza komunikačních specifik u sledovaných dětí s Downovým syndromem; shrnutí možností rozvoje komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem. Vytyčené dílčí cíle byly naplněny.

Na základě provedeného výzkumného šetření kvalitativního charakteru a analýzy rozvoje komunikačních schopností sledovaných dětí s Downovým syndromem mohou být zodpovězeny položené výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem probíhá rozvoj neverbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem?

Z výzkumu vyplynulo, že sledované děti s Downovým syndromem, měly již od narození velmi blízko k neverbální komunikaci. Lze tak soudit z toho, že pohotově reagovaly na neverbální projevy svého okolí, a když pak samy začaly komunikovat neverbálně, zdálo se, že je jim tento způsob komunikace velmi sympatický. Zaujatě pozorovaly zapojení mimiky a gestikulace svých rodičů a příbuzných a postupem času ji začaly samy aplikovat.

U obou sledovaných děvčat s Downovým syndromem propukl již v předškolním věku velký zájem o scénické ztvárnění situace, ze kterého se stala vášeň v podobě působení v divadelním kroužku a vyžívání se v komičnu. Můžeme tedy říct, že rozvoj neverbálních komunikačních schopností probíhal velmi přirozeně, jelikož sledované děti rády a s obdivem

zkoumaly prvky neverbální stránky řeči, jazyka a komunikace a díky zaujatému pozorování pak tyto elementy komunikace po vzoru svého okolí začaly opakovat. U sledovaných dětí s Downovým syndromem nebyl tento vývoj nijak zásadně opožděný v porovnání s intaktními dětmi. Bylo možné sledovat pouze mírné zaostávání, které se však u obou děvčat kolem čtvrtého roku věku přetransformovalo do fáze, kdy měly neverbální projevy na lepší úrovni než některé děti bez postižení. Jako by si samy uvědomovaly, že musí kompenzovat svůj hendikep v řečových a jazykových schopnostech.

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem probíhá rozvoj verbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem?

Vývoj verbálních komunikačních schopností je u sledovaných dětí s Downovým syndromem značně opožděný v porovnání s dětmi intaktními. Mluvená řeč se u nich rozvinula až kolem nástupu do základní školy, tedy kolem 5-6 let věku. K příznivému vývoji řeči, jazyka a komunikace u sledovaných dětí pomohlo zavedení znaků do řeči, které celý proces urychlilo. Jako efektivní se ukázalo také rozvíjení oblastí, které ovlivňují vývoj řeči, jazyka a komunikace a sice rozvoj zrakové a sluchové percepce, jemné a hrubé motoriky, myšlení, paměti, pozornosti a orientace. Podle rodičů sledovaných dětí platí, že čím intenzivněji rozvoj těchto oblastí probíhá, tím lepší výsledky lze očekávat ve vlastním vývoji řeči.

Rodiče sledovaných dětí si velmi cení času a energie, jenž v případě obou děvčat, věnovaly učitelky v mateřské škole aktivitám, které tyto oblasti rozvíjejí, jelikož díky tomu byl celkový rozvoj ještě intenzivnější. Je třeba zmínit, že nepostradatelnou součástí adekvátního rozvoje verbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí je práce logopeda, kterého obě děvčata navštěvovaly již před nástupem do mateřské školy a aktuálně do jejich vývoje stále významně zasahuje.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké postupy, metody a pomůcky jsou používány při rozvoji komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem?

Jelikož se u sledovaných dětí s Downovým syndromem od narození střídá období stagnace a skokových pokroků, tak se velmi těžce určují ideální postupy pro rozvoj jejich řečových a jazykových schopností. Rodičům sledovaných dětí se osvědčilo především časté

opětování všeho, co si dítě již osvojilo, a nesčetné opakování toho, co se aktuálně učí. Také se jim vyplatilo zkoušet všechny metody, které zdánlivě mohou pomoci, aby se zvýšila šance, že některá z testovaných metod bude dítěti vyhovovat a dosáhne díky ní pokroku.

Jak autorka práce zmínila výše, tak u sledovaných dětí se ukázalo jako efektivní zaměřit se nejprve na rozvoj oblastí ovlivňujících vývoj řeči, jazyka a komunikace. Současně s tímto bylo rodičům sledovaných dětí doporučeno navštěvovat orofaciálně regulační terapii posilující obličejové svalstvo, díky čemuž pak bylo dítě připraveno vyvozovat jednotlivé hlásky adekvátním způsobem.

Ke zvýšení produkce slov a rozšíření aktivní slovní zásoby pomohlo sledovaným dětem již dříve zmiňované zavedení znaků do řeči. Značné množství pomůcek usnadňující rozvoj oblastí ovlivňujících vývoj řeči, jazyka a komunikace, slovní zásoby a také samotné vyvozování hlásek poskytla sledovaným dětem s Downovým syndromem sociální služba raná péče anebo doporučil logoped. Často zmiňovanou pomůckou rodičů sledovaných dětí byl rotavibrátor, který je u obou děvčat stále aktuálním pomocníkem při vyvozování hlásky R. Kromě speciálních pomůcek rodiče využívali řadu dostupných básniček, říkadel, obrázků, kartiček a komunikačních tabulek, které si pořídili hotové nebo je sami vyrobili.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké komunikační strategie používají sledované děti s Downovým syndromem před osvojením schopnosti verbální komunikace?

Z výzkumu vyplývá, že osvojení verbální komunikace nebylo pro sledované děti vůbec jednoduché, i přestože jejich zájem o dorozumívání byl veliký. U sledovaných děvčat se projevila velká náklonost k divadelním a komickým scénkám, což pomohlo k tomu, že se s lehkostí začaly vyjadřovat pomocí mimiky, pantomimy a gestikulace. Ukázalo se, že často volily i taktiku pouhého ukazování na předměty nebo využívaly zástupných předmětů a obrázků, které pro ně vytvořili rodiče. U jedné z dívek dokonce pomohlo dorozumívání pomocí komunikačních tabulek, nakonec se však nejvíce osvědčila metoda užívání znaků do řeči.

I v tomto případě se rodičům osvědčilo zkoušet všechny dostupné metody a razit heslo, že to, co neuškodí, může jedině pomoci. Velmi důležité je však dávkovat dětem tyto metody postupně, aby nedošlo k jejich zahlcení.

Výzkumná otázka č. 5: Z jakých důvodů jsou při rozvíjení komunikačních schopností sledovaných dětí s Downovým syndromem využívány metody alternativní a augmentativní komunikace?

Během zjišťování informací o vývoji řeči, jazyka a komunikace se rodiče sledovaných dětí dostaly k různým zdrojům, které přednášely jak výhody, tak nevýhody alternativní a augmentativní komunikace. Avšak zkušenosti jejich známých a odborníků byly převážně pozitivní a nasvědčovaly tomu, že se díky zavedení alternativní a augmentativní komunikace vývoj řeči, jazyka a komunikace urychluje a zkvalitňuje. Na základě těchto předkládaných názorů a vlastních úsudků, dospěli rodiče obou dívek k závěru, že pro ně jednoznačně převládají pozitivní faktory, a proto se rozhodli jít cestou podpory vývoje řeči, jazyka a komunikace skrze alternativní a augmentativní komunikaci.

U obou sledovaných dětí byla zvolena metoda přidávání znaků do řeči, které pomáhají s vizualizací mluveného slova. Po zavedení znaků bylo zjevné, že se díky nim stala mluvená řeč uchopitelnější. Navíc pro sledované děti byly znaky jednodušší na realizaci než samotná produkce slov. Jelikož jim znakování pomohlo s pochopením významu slov, začali prakticky okamžitě komunikovat lépe a rychleji, což velmi usnadnilo jejich rozvoj i v dalších oblastech. Komunikace je klíč ke všemu, jak několikrát zmínily při rozhovoru maminky sledovaných dětí. Zaznamenaly, že v momentě, kdy se s dítětem dokázaly dorozumět, tak se ve svém vývoji skokově posunulo a vše pak šlo mnohem rychleji.

Výzkumná otázka č. 6: Jakým způsobem zasáhly indispozice v oblasti komunikačních schopností do navazování vztahů se sociálním prostředím sledovaného dítěte s Downovým syndromem?

Sledované děti jsou dle výpovědí rodičů hodně společenské, otevřené, veselé a mají rády humor stejně jako velká část dětí s Downovým syndromem. Díky těmto vlastnostem mají výborné předpoklady k tomu, aby jim nedělalo problém vytvářet si přátelské vztahy mezi svými vrstevníky a okolím a aby měly snahu být součástí společnosti a neuzavírat se do svého vlastního světa. Na základě těchto aspektů je velmi pravděpodobné, že ani bariéry v oblasti řeči, jazyka a komunikace jim nebudou znemožňovat interakci se svým sociálním prostředím. Rozhodujícím faktorem se u sledovaných dětí ukázala být snaha a motivace k dorozumívání.

V průběhu prvních let života se u sledovaných dětí s Downovým syndromem neobjevily žádné významné problémy v navazování sociálních vztahů, které by byly způsobeny obtížemi v oblasti komunikačních schopností. V době nástupu do mateřské školy již sledované děti využívaly znak do řeči. Jejich spolužáci je brali takové, jaké jsou. V případě jedné ze sledovaných dívek nastaly menší obtíže při nástupu na základní školu, jelikož byla v novém kolektivu, který ne zcela akceptoval její způsob dorozumívání. Avšak díky vlastnostem, které jsou zmíněny výše, si obě sledované dívky vždy dokázaly nějak poradit a kamarády si našly. Během prvních dvou let na základní škole se obě sledované dívky naučily mluvit na takové úrovni, že od znaků upustily úplně a tyto bariéry pak úplně vymizely.

Na základě výzkumného šetření byly naplněny všechny stanovené dílčí cíle a zodpovězeny veškeré výzkumné otázky. Prostřednictvím toho bylo dosaženo také hlavního cíle výzkumného šetření – analýzy komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem.

3.6 Doporučení pro speciálně-pedagogickou praxi

Na závěr výzkumného šetření by chtěla autorka práce přednést několik doporučení pro speciálně-pedagogickou praxi s dětmi s Downovým syndromem, která vyplynula z provedené analýzy výzkumu.

Při práci s dětmi s Downovým syndromem je třeba dbát na to, abychom ke každému měli individuální přístup. Jelikož jsou mezi těmito dětmi veliké rozdíly, neměl by být naším cílem jednotný přístup ke všem, naopak bychom měli vyhovět konkrétním požadavkům daného dítěte.

Lze říct, že většina dětí s Downovým syndromem prochází během svého vývoje střídajícími se obdobími stagnace a pokroků, které nelze přesně časově vymezit. Při práci s těmito dětmi je nutná trpělivost a vytrvalost. Vyvíjet na dítě jakýkoliv tlak není efektivní, ten totiž může způsobit, že dítě po delší dobu žádný pokrok neudělá. Několikanásobné opakování osvojených schopností a dovedností nám naopak pomůže tato období zvládnout.

Klíčovou oblastí pro adekvátní vývoj dítěte s Downovým syndromem je oblast komunikace. Pouze za předpokladu, že bude schopné dorozumět se se svým okolím, je

možné, aby se efektivně rozvíjelo i v dalších oblastech psychomotorického vývoje. Již od narození dítěte je žádoucí ho přiměřeně stimulovat a co nejdříve začít důkladně rozvíjet oblasti, které ovlivňují vývoj řeči, jazyka a komunikace. Pakliže není jisté, zda se dítě bude moc plnohodnotně dorozumívat verbálně, je nezbytné vybrat mu takový komunikační systém, jenž mu bude nejvíce vyhovovat a zároveň ho bude podporovat při rozvoji verbální komunikace.

V neposlední řadě je důležité zmínit nepostradatelnost provázanosti mezi rodiči, pedagogy, logopedy a jinými odborníky, kteří o dítě pečují. Jen v případě, že mezi nimi bude probíhat vzájemná spolupráce je možné dosáhnout úspěšného rozvoje dítěte s Downovým syndromem.

Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje rozvoji komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem. Jejím hlavním cílem bylo analyzovat rozvoj komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem a bylo ho dosaženo prostřednictvím výzkumného šetření kvalitativního charakteru. Na základě stanoveného hlavního cíle byly položeny následující dílčí cíle výzkumného šetření: analýza neverbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem; analýza verbálních komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem; analýza komunikačních specifík u sledovaných dětí s Downovým syndromem; shrnutí možností rozvoje komunikačních schopností u sledovaných dětí s Downovým syndromem. Všechny stanovené dílčí cíle bylo během výzkumného šetření dosaženo. Výzkumné otázky, jež byly položeny na základě jednotlivých dílčích cílů, byly zodpovězeny.

Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly, kdy první z nich je zaměřena převážně na komunikaci a vývoj řečových a jazykových schopností u intaktních dětí. Druhá kapitola je věnována Downovu syndromu a jeho terminologickému vymezení, etiologii, narušené komunikační schopnosti dětí s Downovým syndromem, logopedické intervenci a alternativní a augmentativní komunikaci. Ve třetí kapitole je popsána praktická část této bakalářské práce, která je zastoupena vlastním výzkumným šetřením kvalitativního charakteru, jehož výsledkem jsou zpracované případové studie sledovaných dětí s Downovým syndromem.

Na základě tohoto výzkumného šetření bylo zjištěno, že u sledovaných dětí s Downovým syndromem je vývoj řeči, jazyka a komunikace značně opožděn v porovnání s normou. Ukázalo se však, že pokud mají určitý potenciál a poskytneme jim dostatek času a podpůrné stimulační prostředí, jsou schopny naučit se verbálně komunikovat bez větších obtíží a dorozumět se se svým sociálním prostředím.

Zcela zásadní je nepodceňovat význam komunikace, která je dle názoru autorky práce klíčovou oblastí pro co možná nejlepší vývoj dítěte. Dosáhnout optimálního rozvoje v dalších oblastech není snadné, pokud se dítě nemůže dorozumět se svým okolím dorozumět. Rodiče sledovaných dětí potvrdili, že v momentě, kdy s nimi dítě začalo

komunikovat, i když to bylo u obou sledovaných dívek nejprve skrze znaky do řeči, dosáhlo výrazného pokroku v rámci psychomotorického vývoje.

Z výzkumu vyplývá, že vývoj řeči, jazyka a komunikace je velmi individuální záležitostí a u každého dítěte probíhá odlišně. Rodiče sledovaných dětí se většinou shodnou na tom, že je žádoucí zkoušet všechny dostupné techniky směřující k adekvátnímu vývoji řečových a jazykových schopností, protože některá z nich bude zcela určitě pro konkrétní dítě účinná. Velmi si chválí komunitu spolku DownSyndrom CZ, který již od roku 1996 pomáhá stmelovat děti s Downovým syndromem a jejich rodiče, předává jim veškeré dostupné informace o této diagnóze a umožňuje osobní setkání s lidmi, kteří řeší stejné či podobné problémy.

Tato bakalářská práce nabízí odborně podložený pohled na problematiku rozvoje komunikačních schopností u dětí s Downovým syndromem, který je doplněn výzkumným šetřením. Může být přínosným zdrojem informací pro pedagogy i rodiče, kteří se chtějí dozvědět více o této problematice a zajímá je případová studie konkrétních dětí s Downovým syndromem.

Seznam použitých informačních zdrojů

ANDOVÁ, Lena. *Je možné se dorozumívat i jinak, než jsme zvyklí?* Děti a my: časopis pro rodiče, učitele a pracovníky pomáhajících profesí. Praha: Avicenum, 1997, 27 (2), 21. ISSN 0323-1879.

BOCKOVÁ, Lenka. *Downův syndrom: Život s dítětem se specifickými potřebami*. Jsme.cz, 2022. [online] Dostupné na: <https://jsme.cz/downuv-syndrom-zivot-s-ditetem-se-specifickymi-potrebami>

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

CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.

ČECHOVÁ, Marie. *Čeština – řeč a jazyk*. Praha: Institut sociálních vztahů, 2000. ISBN 80-85866-57-9.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

ČERMÁK, František. *Jazyk a jazykověda*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0154-0.

GYNMEDICO.CZ. *CTG ošetření*. Gyn Medico gynekologie, © 5. 4. 2022. [online] Dostupné na: <https://www.gynmedico.cz/sluzby/ctg-kardiotokograf/>

HEALTHLINE EDITORIAL TEAM. *Down syndrome*. Healthline, 2019. [online] Dostupné na: <https://www.healthline.com/health/down-syndrome#symptoms>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOUSAROVÁ, Blanka, ZENKLOVÁ, Jana. *Snižování negativních faktorů ovlivňujících vývoj komunikačních a řečových dovedností dětí s Downovým syndromem*. Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998, 8 (2), 26-29. ISSN 1211-2720.

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

KIDTOWN.CZ. *Vývoj řeči je jako růst stromu*. Kidtown.cz, 2016. [online] Dostupné na: <https://www.kidtown.cz/blog/vyvoj-rci-je-jako-rust-stromu/>

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

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

KLIŠOVÁ, Radka. *Profesor Jérôme Lejeune*. Trizomie21, © 19. 2. 2022. [online] Dostupné na: https://www.trizomie21.cz/?page_id=1580

KOHOUTEK, Rudolf. *Pojem telereceptor*. Slovník cizích slov, © 16. 3. 2022. [online] Dostupné na: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/telereceptor>

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3080-6.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

LEKARSKE-SLOVNIKY.CZ. *Hypogonadismus*. Velký lékařský slovník, © 16. 3. 2022. [online] Dostupné na: <https://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/hypogonadismus-5>

MATEJÍČKOVÁ, Eva. *Pomoc pro děti s Downovým syndromem*. Děti a my: časopis pro rodiče, učitele a pracovníky pomáhajících profesí. Praha: Avicenum, 2003, 33 (5), 30-31. ISSN 0323-1879.

MICHÁLEK, Miroslav. *Když se člověk nedomluví*. Můžeš: noviny o svépomoci zdravotně postižených. Praha: SZOZP, 2006, 14 (2), 22-23. ISSN 1213-8908.

MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022. [online] Dostupné na: <https://mkn10.uzis.cz/>

MOJEZDRAVI.CZ. *Preeklampsie*. Moje zdraví, © 3. 4. 2022. [online] Dostupné na: <https://www.mojezdravi.cz/nemoci/preeklampsie-2902.html>

PEARSON EDUCATION, INC. *Robertsonian translocation*. Flickr, © 13. 2. 2022. [online] Dostupné na: <https://www.flickr.com/photos/94415613@N08/28753287763>

PORTÁL. *Poruchy řeči dětí s mentální retardací*. Portál, 2002. [online] Dostupné na: <https://nakladatelstvi.portal.cz/nakladatelstvi/aktuality/80323>

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

SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

SCS.ABZ.CZ. *Pojem inervace*. Slovník cizích slov, © 16. 3. 2022. [online] Dostupné na: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/inervace>

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

SPOLEK TRIZOMIE 21. *Co je trizomie 21?* Trizomie21, © 24. 2. 2022. [online] Dostupné na: https://www.trizomie21.cz/?page_id=2065

SPOLEK TRIZOMIE 21. *Doktor John Langdon Haydon Down*. Trizomie21, © 19. 2. 2022. [online] Dostupné na: [https://www.trizomie21.cz/?page_id=1591\(otev%C5%99e%20se%20na%20nov%C3%A9%20z%C3%A1lo%C5%BEce](https://www.trizomie21.cz/?page_id=1591(otev%C5%99e%20se%20na%20nov%C3%A9%20z%C3%A1lo%C5%BEce)

STŘIHAVKOVÁ, Eva. *Mění se názor na jednu z vrozených vad – Downův syndrom*. Můžeš: noviny o svépomoci zdravotně postižených. Praha: SZOZP, 2007, 15 (5), 21. ISSN 1213-8908.

ŠANDEROVÁ, Eva. *Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s Downovým syndromem*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Pedagogická fakulta. Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce PhDr. Miluše Vítečková, Ph.D.

ŠAROUNOVÁ, Jana. *Co je to augmentativní a alternativní komunikace? Poradce ředitelky mateřské školy: aktuální informace a praktické rady pro řízení mateřské školy*. Praha: Forum, 2019, 3 (5), 29-31. ISSN 1804-9745.

ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠÍPEK, Antonín. *Downův syndrom*. Vrozené vady, © 11. 2. 2022. [online] Dostupné na: http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=downuv_syndrom

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan & kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠTEFÁNEK, Jiří. *Chromozomová mapa u jedince s Downovým syndromem*. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK, © 9. 2. 2022. [online] Dostupné na: <https://www.stefajir.cz/downuv-syndrom>

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOMAS, Jen. *Down Syndrome: Facts, Statistics, and You*. Healthline, 2019. [online] Dostupné na: <https://www.healthline.com/health/down-syndrome/down-syndrome-facts>

VÁGNEROVÁ, Marie, LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VRBOVÁ, Renáta a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb – část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-244-3056-0.

VŠETEČKOVÁ, Daniela. *Specifika vývoje dětí s Downovým syndromem a terapeutické přístupy*. Praha, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta, Jabok. Vedoucí práce Ortová, Marie.

Seznam obrázků

Obr. 1: Jazykový strom – přirovnání vývoje řeči k růstu stromu

Obr. 2: Chromozomová mapa u jedince s Downovým syndromem

Obr. 3: Robertsonská translokace