

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Mgr. Václava Tomická

ASPEKTY NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

disertační práce

PRAHA 2011

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

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně. Veškeré prameny, ze kterých jsem čerpala, jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů. Souhlasím s použitím této práce ke studijním účelům. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17.1. 2011

Mgr. Václava Tomická

Děkuji doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za vedení disertační práce a odborné rady při realizaci disertační práce.

Dále bych také ráda poděkovala prof. PhDr. RNDr. Marii Vágnerové, CSc. za cenné rady a osobní podporu během mého doktorského studia.

Mé poděkování patří též doc. PhDr. Iloně Pešatové, Ph.D., vedoucí KSS FP TUL za vstřícný přístup, cenné rady, metodickou pomoc a čas, který mi po celou dobu věnovala.

Děkuji též doc. RNDr. Janu Pickovi, CSc. z Katedry aplikované matematiky FP TUL za doporučení při statistickém zpracování dat mého výzkumu.

Disertační práce by nevznikla bez podpory kolegů z mého pracoviště, za což i jim patří mé poděkování.

Děkuji též své rodině za trpělivost a klidné zázemí.

Anotace

Disertační práce je zaměřena na narušenou komunikační schopnost u dětí v období školní zralosti.

Cílem disertační práce bylo analyzovat narušenou komunikační schopnost v procesu školní zralosti. K dosažení cíle bylo použito metody kritické analýzy odborných pramenů pro vysvětlení současných trendů logopedické a speciálně pedagogické diagnostiky a pro pochopení současných možností a rizik ve vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. Dále byla provedena analýza diagnostického procesu v poradenské praxi.

Vlastní výzkum byl realizován v šestiletém období a zahrnoval 848 respondentů. Předvýzkum poukázal ve svých výsledcích na stále vysoký počet žáků s narušenou komunikačních schopností nastupujících do 1. tříd základních škol. Ve výzkumu byla provedena analýza narušené komunikační schopnosti a dále analýza zpřesňující logopedické diagnostiky mapující jazykové roviny. Pro hodnocení výstupů byly použity i standardizované diagnostické nástroje. Výsledky výzkumu byly vyhodnoceny pomocí matematických a statistických metod.

Výsledky výzkumu mapují narušenou komunikační schopnost klientů (věk 5,5–6,5 roku) poradenského pracoviště a poukazují na potřebu zkvalitnění diagnostického procesu rozšířeného o logopedickou diagnostiku. Tato diagnostika odhaluje oslabení v jazykových rovinách zejména u klientů se zdravotním znevýhodněním a klientů sociálně znevýhodněných.

Výstupy z rozšířené diagnostiky jsou základem pro stanovení speciálně pedagogické a logopedické intervence a přístupu pedagogů k žákům s narušenou komunikační schopností v jejich komunikačních kompetencích a napomáhají včas kompenzovat obtíže. Závěry disertační práce a realizace navrhovaných opatření by měly napomoci úspěšnějšímu startu ve vzdělávání žáků se sociálním a zdravotním znevýhodněním a žákům s narušenou komunikační schopností.

Klíčová slova: narušená komunikační schopnost, diagnostický proces, speciálně pedagogická diagnostika, jedinec se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním, jazykové roviny, komunikační kompetence.

Annotation

This thesis is aimed at children; within 5.5 to 6.5 years of age; with disturbed communication ability. The method of critical analysis of scientific sources was used to explain current trends of speech therapy and special education diagnostics and also to explain current possibilities and risks while educating students with disturbed communication ability. Simultaneously, the analysis of the diagnostic process in the advisory service was done.

The research was done within a six-year term and included 848 respondents. The results showed that a high amount of students are entering first grade of primary school with disturbed communication ability. An analysis of disturbed communication ability and an analysis of progressive speech therapy diagnostics to map language levels was done. Standardised diagnostic tools including mathematical and statistical methods were used to evaluate the results.

The results of this research mapped the communication ability of respondents (age 5,5–6,5 years) and showed the need for improvements in the diagnostic process. The diagnostic process was extended with the addition of speech therapy diagnoses which can uncover deficiencies in language levels were implemented; especially with respondents with health and/or social disadvantage.

Results from extended diagnostics are fundamental to determine special education and speech therapy intervention. The teachers approach is fundamental for students with disturbed communication ability within their communication competency helping them compensate difficulties. The results of this thesis and realisation of provided measures should help with the more successful start of education for students with health and/or social disadvantage and students with disturbed communication ability.

Key words: Disturbed communication ability, diagnostic process, special-education diagnostics, physically handicapped person, health-disadvantaged person, socially-disadvantaged person, language levels, communication competency.

Obsah:

Úvod	7
1 Terminologické vymezení narušené komunikační schopnosti	10
1.1 Řečové roviny českého jazyka	13
1.2 Vývojové poruchy řečové komunikace	16
2 Diagnostický proces	24
2.1 Legislativní podpora pro diagnostický proces	25
2.2 Diagnostický proces speciálně pedagogických center	28
2.2.1 Diagnostické nástroje	29
2.2.2 Zakázky ve speciálně pedagogické diagnostice	33
3 Narušená komunikační schopnost v období školní zralosti	35
3.1 Vymezení školní zralosti	35
3.2 Diagnostický proces školní zralosti a narušené komunikační schopnosti	38
3.3 Rizika a úskalí diagnostiky	49
4 Podpora integraci a inkluzivnímu vzdělávání	52
4.1 Legislativní podpora logopedické péči ve školství	56
4.2 Komunikační kompetence v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání	59
4.3 Logopedická podpora dětem a žákům s narušenou komunikační schopností	62
5 Výzkumná část	66
5.1 Zdůvodnění výzkumného šetření	66
5.2 Stanovení hypotéz a dílčích cílů	67
5.3 Výzkumné metody	69
5.3.1 Stanovení proměnných	70
5.3.2 Omezení a vymezení výzkumného projektu	71
5.3.3 Etika výzkumného projektu	72
5.3.4 Použité statistické metody	72
5.4 Průběh výzkumného projektu z hlediska časového sledu	74
5.5 Charakteristika vyšetřovaného souboru	76
5.6 Realizace výzkumu	81
5.6.1 Předpoklad předvýzkumu	81
5.6.2 Ověřování podílu narušené komunikační schopnosti	84
5.6.3 Ověřování logopedické diagnostiky	111
5.7 Interpretace výsledků ověřování hypotéz a výzkumné otázky	126
6 Diskuse	135
7 Závěr	141
7.1 Navrhovaná opatření	142
8 Seznam informačních zdrojů	147
9 Přílohy	160

Úvod

Komunikace a komunikační proces jsou dnes pojmy, se kterými se setkáváme velmi často v odborné literatuře sociologické, psychologické, pedagogické, speciálně pedagogické a logopedické. Ovládnutí komunikačních kompetencí dítěte v předškolním věku signalizuje do určité míry i úspěšnost ve vzdělávacím procesu. Tento náhled není odvozen jen od požadavků současné základní školy, ale sahá i do historie, kdy je patrné, že ten, kdo dokáže komunikovat, což pro nás znamená správně se vyjadřovat, kdo dokáže přesvědčovat, a to slovem a písmem, zastává i často významnější pozici v profesním životě.

Člověk se rodí do určitého společenského prostředí a žije v určitém společenství. Dítě je naprosto a bezmezně v prvních letech svého života závislé na matce, případně na rodičích či dospělé osobě, a to na rozdíl od jiných živočichů díky dlouhotrvající biologické „nevybavenosti“. Odtud pak pramení jeho kontakt verbální a neverbální s dospělou osobou, jeho potřeba komunikovat, jeho potřeba se dorozumět (srov. Havlík 1999, Matějček, 1999). Socializace je od počátku procesem obousměrným, probíhá sice celoživotně, ale nejvýznamněji a nejvýrazněji v dětství a v mládí. Nejranější období života lze tedy v socializaci a komunikaci považovat za zásadní.

K tomu, aby si dítě dobře osvojilo komunikační kompetence, je třeba souhry mnoha faktorů. Odvíjí se od biologické roviny – zdárného průběhu početí, prenatalní, perinatální a postnatální faktorů, od genového základu, dále od sociální roviny – podnětnosti prostředí (Coleman, 1996), ve kterém vyrůstá, leckdy s nemalým vlivem předškolních a školních institucí. Nerovnoměrnost či případná patologie v obou těchto rovinách může být příčinou vzniku narušené komunikační schopnosti. Ta ve svém důsledku může významně ovlivnit úspěšnost ve školním vzdělávání.

Z hlediska diagnostického procesu je zřejmé, že čím dříve bude správně provedená diagnostika narušené komunikační schopnosti a následně bude uplatněn stimulační program, tím větší šanci má dítě uspět v ovládnutí komunikačních kompetencí. Je tedy nezbytné zabývat se logopedickou prevencí v tom nejširším slova smyslu v raných stádiích vývoje dítěte a logopedickou diagnostikou narušené komunikačních schopnosti v předškolním období (Tomická in Kucharská, 2007). Dále uplatnit speciálně pedagogickou – logopedickou intervenci a tím zlepšit šance na vzdělání dětí a žáků s narušenou komunikační schopností.

Diagnostický proces v logopedii má vzhledem k ostatním pediím v systému speciální pedagogiky významné postavení. Logopedi stanovují ve školských poradenských zařízeních diagnózu v souladu s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních

problémů. Tato diagnostická činnost je podložena současnou platnou legislativou. Řídí se zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a následnou novelizací tohoto zákona č. 49/2009 Sb., vyhláškou č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školství, metodickým doporučením č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství.

Cílem disertační práce je analyzovat narušenou komunikační schopnost v procesu školní zralosti. K dosažení cíle bylo využito diagnostických nástrojů využívaných ve speciálně pedagogické a logopedické diagnostice. Analýza narušené komunikační schopnosti byla provedena rozborem závěrů šetření školních zralosti a zpřesněné logopedické diagnostiky „Orientálním logopedickým vyšetřením“ (Tomická, 2004) se zřetelem na narušenou komunikační schopnost dětí se zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním a zdravotním postižením. Dále jsme se zaměřili na prohloubení logopedické diagnostiky mapující jazykové roviny. Pokusíme se poukázat na oslabení, která zůstávají v běžné speciálně pedagogické diagnostice skrytá, a to zejména u dětí bez obtíží ve foneticko-fonologické rovině. Foneticko fonologická rovina zahrnuje v diagnostice děti, které nesprávně nebo vadně vyslovují některé hlásky, a to izolovaně nebo v různých ko-artikulačních spojeních. Deficity v této rovině jsou obvykle velmi rychle rozpoznatelné pro logopeda nebo speciálního pedagoga, a při izolovaném narušení komunikační schopnosti zasahujícím pouze tuto rovinu, nebude mít dítě potíže v porozumění, ale ve správné artikulaci slova, tedy srozumitelnosti pro naslouchajícího. Deficity v rovině lexikálně-sémantické nebo v morfológicko-syntaktické či pragmatické jsou mnohem závažnější, a to nejen z pohledu školního vzdělávání a celkové školní úspěšnosti.

Práce je rozdělena do sedmi kapitol:

V **první kapitole** se zabýváme terminologickým vymezením narušené komunikační schopnosti a vymezením řečových rovin českého jazyka.

V **druhé kapitole** je rozebrán diagnostický proces u dětí a žáků s narušenou komunikační schopností z hlediska současných trendů v diagnostice. Dále je pojednáno o legislativním rámci v diagnostickém procesu zaměřeném na logopedickou diagnostiku ve speciálně pedagogických centrech.

Třetí kapitola je věnována rozboru narušené komunikační schopnosti v období školní zralosti a také poukazuje na rizika a úskalí diagnostického procesu.

Čtvrtá kapitola je cíleně zaměřená k podpoře integračního a inkluzivního vzdělávání v souvislosti s aktuální legislativní podporou a v návaznosti na komunikační kompetence v rámcových vzdělávacích programech základního vzdělávání.

V **páté kapitole** se věnujeme výzkumné části, stanovení hypotéz, jejich ověřování a interpretaci výsledků výzkumu. Charakter výzkumného šetření je postaven zcela primárně na využitelnosti výsledků v diagnostickém procesu narušené komunikační schopnosti v období školní zralosti.

Šestá kapitola je věnována diskusi, kde jsou konfrontovány některé výsledky výzkumu s teoretickými východisky a naznačeny aktuální tendence v řešení daného problému.

Sedmá kapitola shrnuje závěry disertační práce a navrhuje opatření využitelná ve speciálně pedagogické teorii i praxi.

1 Terminologické vymezení narušené komunikační schopnosti

Ve společenském kontextu je mezilidská komunikace nezbytná a probíhá ve dvou základních formách: především mluvenou orální řečí či psaným verbálním projevem. Jako doplnění obsahu verbálního sdělení je v mezilidské komunikaci využívána i neverbální komunikace jako jsou gesta, mimika aj. V současném pojetí u vymezování řečových vad a poruch používáme termín narušená komunikační schopnost.

Při vymezování narušené komunikační schopnosti je nutné nejprve vymežit pojmy jazyk a řeč a poukázat na jejich vzájemnou podmíněnost a fungování komunikačních kompetencí. Dle Encyklopedie jazykovědy (in Grimmová, Schöler, Mikulajová, 1997, s. 10) „*Jazyk a řeč: dvojice pojmů, ve kterých je jazyk soustava jedinečných znakových hodnot, přesněji jazykových hodnot zprostředkujících vyjadřování a dorozumívání lidí. Řeč je realizace, použití jazyka jako systému v konkrétních dorozumívacích aktech, jejichž výsledkem je jazykový projev*“.

Lingvistická gramatika zahrnuje tři oblasti: fonologii, syntax a morfologii, sémantiku. Věta je základní gramaticko sémantickou jednotkou. Gramatiku definuje v roce 1969 Chomsky (in Grimmová, Schöler, Mikulajová, 1997, s. 10) jako systém, který podle určených pravidel spojuje jazykové elementy na základě existujících významových vztahů. Ovládnání tohoto systému pravidel se nazývá gramatická, jazyková kompetence.

Pragmatika zahrnuje systém pravidel, který umožňuje mluvčímu porozumět řečové komunikaci a současně porozumět i sobě samému. Mluvní akt je základní jednotkou řečové komunikace.

V expresivním mluvním aktu mluvčí zprostředkovává svoje city, vyjadřuje se, vypovídá o sobě, může popírat i předstírat.

V konstatačním mluvním aktu je důraz kladen na věcný obsah či událost. Mluvčí podává o něčem zprávu, něco vysvětluje, něco zpochybňuje, něco odmítá či s něčím souhlasí.

V regulačním mluvním aktu mluvčí vytváří určitý vzájemný vztah s posluchačem. Mluvčí vydává rozkazy, dává s něčím souhlas, vyjadřuje prosbu, omlouvá se.

Dle shora jmenovaných autorů je schopnost vytvářet mluvní akty pomocí výpovědí nazývána pragmatickou kompetencí. Nejde zde jen o schopnost správně tvořit věty, ale každý člověk se musí naučit, co komu v jakém sociálním kontextu, v jakých podmínkách a jak nejlépe sdělit, případně také nesdělit či zamlčet. Dle Grimmové, Schölera a Mikulajové (1997, s. 11)

„Pragmatická kompetence představuje integrativní schopnost. Je výsledkem integrace lingvistické, kognitivní a integrativní kompetence“. Z tohoto závěru je zřejmé, že oba pojmy: *jazyk a řeč* sice rozlišujeme, ale bereme v úvahu jejich vzájemnou podmíněnost.

Lechta (2003, s. 13) poukazuje na složitost vymezení narušené komunikační schopnosti, která je heterogenní kategorií, jejíž rozsah sahá od běžného sigmatizmu až po závažné narušení symbolických procesů. Pokud se zmiňujeme o „narušení“ dostáváme se k vymezení normy, které je v oblasti lidské komunikace ještě složitější než v jiných oblastech. Dle Lechty (2003, s. 17) existují dva možné způsoby definování narušené komunikační schopnosti, a to jednak jako odchylku od vžitě (případně kodifikované) jazykové normy v určitém jazykovém prostředí, nebo můžeme vycházet ze všeobecných východisek – z komunikačního záměru jednotlivce. Druhý přístup definování narušené komunikační schopnosti se jeví jako všeobecněji platný, neboť obsahuje aspekt jazykové normy, na rozdíl od prvního přístupu, který je příliš vázán na jazykové prostředí. Moderní koncepce logopedie se zaměřují na přechod od zkoumání „hovoření“ ke „komunikaci“. Ta reprezentuje jeden ze tří směrů zaměřující se na komunikační vzorce dětí s narušenou komunikační schopností (Lahey, 1988). Dřívější převážná orientace logopedické péče zaměřená na posouzení odchylek správné výslovnosti se v současné době mění k orientaci na všechny jazykové roviny. V důsledku této změny se nejširším nadřazeným termínem pro „poruchy řeči“, „vady řeči“ stává termín „narušená komunikační schopnost“. Tato změna je důsledkem holistického přístupu k člověku, o jehož uskutečnění usiluje současná speciální pedagogika v rámci všech svých disciplín. Jak již bylo zmíněno, v diagnostice je kladen důraz nejen na zkoumání jednotlivých funkcí organismu člověka, ale i na zkoumání člověka s postižením z pohledu biologického, psychického a sociálního. V logopedii jsou snahy orientovány zejména na včasnou diagnostiku a stimulaci řečového rozvoje zvláště v období, kdy je možné fyziologické i psychické procesy úspěšně ovlivňovat.

Lechta (2003, s. 17) specifikuje komunikační schopnost jako narušenou jen tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.

Českému termínu narušená komunikační schopnost odpovídají v jiných jazycích tato synonyma: anglické – *communication disability*, německé *gestörte Kommunikationsfähigkeit*, v ruštině *narušennaja komunikacionnaja sposobnost'*. Lechta (2003, s. 18) upozorňuje, že tímto termínem vymežujeme to, že se zabýváme individuálními jevy – poruchami, jež vznikají při individuálním osvojování a používání jazyka – tedy při komunikaci. Při vymežování narušené komunikační schopnosti bereme v úvahu rovinu foneticko fonologickou, lexikálně

sémantickou, morfologicko syntaktickou a pragmatickou rovinu. Při interindividuální komunikaci pak může jít o formu verbální i neverbální, mluvenou i grafickou. Z hlediska průběhu může být narušena složka expresivní nebo receptivní. *Narušení může být trvalé nebo přechodné a právě z důvodu reparability Lechta (2003, s. 18) uvádí termín narušení – nikoliv postižení.*

Narušená komunikační schopnost se může projevit jako vrozená vada nebo jako získaná porucha řeči. V celkovém klinickém obraze může dominovat nebo být příznakem jiného dominujícího postižení, onemocnění či narušení.

Narušení komunikační schopnosti může být úplné nebo částečné. Jedinec si narušení komunikační schopnosti může, ale nemusí uvědomovat.

Narušená komunikační schopnost se může promítat do symbolických procesů ve zvukové (dysgramatismus) či nezvukové dimenzi (dysgrafie), dále do sféry nesymbolických procesů ve zvukové (dysartrie) a nezvukové dimenzi (koverbální chování). (Lechta, 2008, s. 18)

Do vymezování narušené komunikační schopnosti vstupují objektivní faktory a subjektivní faktory, což je pro diagnostiku velmi složité.

Výzkumy v uplynulých letech prokázaly zvýšené riziko u dětí s narušenou komunikační schopností v ovládnutí čtení a psaní. Proto se logopedická diagnostika narušené komunikační schopnosti ubírá právě diagnostikou všech jazykových rovin. Toto vyšší riziko bylo ve výzkumech prokázáno u dětí s hláskovými poruchami, neboť zahajují formální vzdělávání se zpožděnou schopností fonologického povědomí, v porovnání s dětmi s typickým vývojem řeči a jazykových schopností, a jsou tedy v ohrožení opožděného čtení, potažmo jsou ohroženi ve školní úspěšnosti (srov. Raitano, Pennington, Tunick, Boada, & Shriberg, 2004; Rvachew, Ohberg, Grawburg, & Heyding, 2003; Webster, Plante, & Couvillion, 1997; In Characteristics of Speech Errors Produced by Children With and Without Delayed Phonological Awareness Skills. Language, Speech, & Hearing Services in Schools, 2007). Jestliže u těchto dětí toto riziko školního neúspěchu již předpokládáme, můžeme včasné provést intervenci. Z pohledu sociologického v úrovni rovnosti ke vzdělávání však některé skupiny žáků ve školách nedosahují patřičného úspěchu. Problém jazykových kódů v třídně rozdělené společnosti v tolik diskutovaných teoriích anglického sociolingvisty Basila Bernsteina a francouzského sociologa Pierra Bourdieua naznačuje souvislost u dětí z dělnických rodin mezi osvojováním si mateřského jazyka v určité sociální struktuře na jedné straně a volbou pracovní profese a pozice na straně druhé (Rabušicová, 1991, s. 17). Děti z těchto rodin mají dle výše zmiňovaných autorů omezený jazykový kód. Ve škole se pak musí vyrovnávat s řadou znevýhodnění (dále viz kapitola 6).

Peutelschmiedová (in Renotírová, Ludíková, 2006, s. 277) upozorňuje ve shodě se zahraničními výzkumy na současné pojetí logopedické péče, které preferuje obsahovou stránku před zvukovou. Logopedická intervence se nezaměřuje jen na snahu dodržet výslovnostní normy, ale právě pro toto širší pojetí logopedické péče zavádí odborný termín narušení komunikační schopnosti oproti zjednodušujícímu a donedávna používanému termínu vada či porucha řeči.

Právě v přístupu k obsahové stránce se školským logopedům otvírají možnosti napomoci k úspěšnému vzdělávání žákům, kde zejména z příčiny méně podnětného prostředí, případně určité izolace z důvodu zdravotního znevýhodnění není obsahová stránka zcela v normě.

1.1 Řečové roviny českého jazyka

V odborné literatuře se setkáváme s různým členěním či úhlem pohledu na narušenou komunikační schopnost (lingvistický, foniatrický, medicínský, psychologický přístup atd.). Například z lingvistického hlediska je řeč složitý vícerovinný útvar, což je dáno složitostí jazykového systému. Pro nás jsou tyto přehledy z různých úrovní a různých příbuzných oborů významné z hlediska diagnostiky, a to z hlediska diagnostického postihnutí všech rovin, složek řeči v daných vývojových etapách pro zahájení včasné logopedické intervence.

Řečové roviny tvoří podsystémy řeči, každá z nich má stavební jednotky (Lejska, 2003, s. 82). Nejnižší jednotkou je hláska, kombinací hlásek se tvoří morfémy, jejich kombinací pak slova, slova tvoří věty, věty tvoří promluvu.

Lejska (2003, s. 82) rozlišuje povrchovou rovinu a hloubkovou rovinu ve složce řeči:

Povrchová rovina zahrnuje motorickou realizaci hlásky a zvukovou realizaci hlásky, jedná se tedy o fonetickou realizaci. Dále pak zahrnuje fonologickou realizaci, která pracuje s oddělenými segmenty určitého zvukového znaku. Z hlediska kvality výslovnosti je významná fonemická diferenciaci. Máme-li dostat správné fonetické realizaci, musíme nejprve dospět k fonologickému rozlišování. Fonologické rozlišování prvků je podmíněno úrovní fonetického vnímání a fonemickou analýzou. Fonemické vnímání se formuje v raných etapách vývoje dítěte. Jde o proces rozlišování fonémů a řad fonémů, kdy se slovo ještě nedělí na jednotlivé části. Dělení slova na části probíhá v procesu fonemické analýzy, analyzuje se zvuková struktura slova, tento proces se formuje v pozdějších etapách vývoje řeči a ukončuje se v procesu čtení a psaní.

V zahraniční literatuře (např. Faircloth & Faircloth, 1970; Haynes & Pindzola, 1998; Nittrouer, 1993) jsou prezentovány výzkumy, které dokládají vliv ko-artikulace v komunikaci, kde při určité skladbě hlásek se ve slově nemusí zachytit změna, ta se však může projevit v návaznosti na další ko-artikulační spojení. Problematikou fonologického

uvědomování se u dětí též zabývá Rvachew (2006, s. 166). *Fonologické uvědomování* chápeme jako citlivost a schopnost vědomé manipulace se zvuky lidské řeči na úrovni slabik, subslabičných jednotek, případně na úrovni slov. Jde o schopnost analyzovat a kombinovat nejmenší jednotky rozeznatelných zvuků (fonémů) různými způsoby bez použití tištěné předlohy. (Mikulajová, 2004)

Tato schopnost bývá někdy označována také jako fonologické, fonematické či fonemické uvědomování. Terminologie dotýkající se této schopnosti je u nás nejednotná. (srov. Zelinková 2003, Mikulajová 2004)

Hluboká rovina zahrnuje syntax (schopnost řadit slova do logických řetězců a schopnost užívat správných gramatických tvarů a také schopnost poznat v řeči jiného mluvčího agramatizmus), sémantický obsah (význam) a rozumovou (emotivní) úroveň.

Úroveň tvorby řečových řetězců (syntaxe + gramatiky) dle Lejsky (2003) je schopnost spojovat jednotlivé hlásky ve slabiky (mohou být i slabiky o jedné hlásce) a slova (mohou být slova o jedné slabice). Běžně nemluvíme v izolovaných slovech, ale vytváříme logická spojení. Ve fonetickém rozboru pokládáme za vyšší jednotku než je slabika „slovo fonetické“, tzv. mluvní takt (několik slabik, případně slov realizovaných v těsné spojitosti, sdružených kolem jednoho přízvuku). V češtině bývá pravidelně přízvuk nejčastěji na počátku mluvního taktu. Spojování jednotlivých prvků nemůže být nahodilé, ale řídí se pravidly konkrétního jazyka.

Úroveň sémantická (významová) je schopnost sdělit myšlenku, předat informaci. Musíme umět myšlenku vyjádřit a příjemce musí sdělenému rozumět. Například při výuce cizí řeči nebývají tyto složky v rovnováze. Lépe rozumíme, než mluvíme. Oslabená úroveň porozumění (např. v důsledku nedostatečné fonematické diferenciacce) na straně příjemce, popřípadě nedbalá výslovnost na straně mluvčího, znamená vždy ztrátu srozumitelnosti. Oslabení v této úrovni segmentálních komponentů vždy vede k narušení srozumitelnosti jazyka.

Úroveň emotivních nadstaveb se realizuje v souvislé řeči užíváním tzv. modulačních faktorů řeči (suprasegmentální komponenty). Patří k nim všechny zvukové prostředky, které nemění, ale jen modulují řeč (kvantita, přízvuk, intonace, barva hlasu, tempo). V promluvě se netvoří hlásky jen jejich mechanickým spojováním v takty, ale současně se jejich řady upravují. Lidé nemluví stále stejným tónem, stejnou silou a rychlostí, neužívají vždy stejného zabarvení hlasu. Stejně sdělení ve zcela rozdílných emotivních stavech je v konečném důsledku rozdílné.

Dále Lejska (2003) uvádí dvě zásadní složky řeči – zvukovou a významovou.

Složka zvuková zahrnuje segmentální komponent, tedy způsob tvorby vyšších řečových celků řeči – hlásky, slabiky, slova, základní skelet řeči, který určuje srozumitelnost. Dalším komponentem této složky je suprasegmentální dynamika, přízvuk a melodie řeči. Tato složka nemění srozumitelnost řeči.

Významová složka zahrnuje sémantický obsah.

Zpřesňující se vymezení narušené komunikační schopnosti i v souvislosti s rozvíjející se diagnostikou, zejména na konci osmdesátých let, se v logopedické diagnostice zásluhou zejména slovenských odborníků – (Grimm, 1997) spojuje v diagnostice řada vývojových hledisek: neuropsychologické, klinickopsychologické, logopedické, foniatrické. Diagnostika se zaměřuje na oblasti hodnocení jazykových rovin. Autoři v tomto období vychází z teze: **„Východiskem kvalitní diagnostiky je dobrá teorie a východiskem kvalitní intervence je dobrá diagnostika“.** (Grimm, Weinert, 1997, s. 5)

Jako základ zpřesňující logopedické diagnostiky lze uplatnit schéma Bernsteinové a Tiegemanové z roku 1989 (in Lechta, 2003, s. 71), které se zaměřuje na klíčové oblasti vývoje sémantiky, gramatiky, pragmatiky a metalingvistiky. Šetřením těchto oblastí je pak zaručeno co nejkomplexnější diagnostikování narušeného vývoje řeči. Výběr a strategie konkrétních postupů včetně výběru diagnostických nástrojů závisí na každém diagnostikovi.

Hodnocení jazykových schopností patří mezi moderní trendy v diagnostice narušeného vývoje řeči.

Sémantika zahrnuje význam slovní, význam větný a význam přenesený.

U významu slovního jde především o konkrétní slova vztahující se k pozorovaným předmětům, činnostem a vlastnostem a slova vyjadřující vztahy (zvláště časové a prostorové). Ve významu větném sledujeme sémantické vztahy vyjádřené v jednoduchých větách, složité vztahy vyjádřené v souřadných a podřadných souvětích a v neposlední řadě i nadvětný význam.

Význam přenesený – to jsou ustálená slovní spojení, zvraty a metafory, přísloví a pořekadla.

Gramatika zahrnuje morfologii, syntax, pragmatiku a metalingvistiku.

V morfologii sledujeme používání slovních druhů – podstatná jména, přídavná jména (osobní, přivlastňovací) a zájmena (osobní, přivlastňovací a zvrtná), určování rodu, čísla, pádu a dále časování a stupňování přídavných jmen a příslovcí.

V syntaxi jde o členění věty na syntagmata, o strukturu podmětové části věty, o strukturu přísudkové části věty a sledujeme slovosled. Dále je předmětem diagnostiky tvorba otázky a záporu, tvoření souvětí souřadného a podřadného.

V pragmatice mapujeme komunikační záměry, způsob vyžádání si informace/činnosti, oznámení informace, vyjádření vztahů/pocitů, usměrňování sociálních interakcí. V konverzačních schopnostech je sledována výměna rolí mluvčího a posluchače, způsob udržování tématu rozhovoru a presupozice (odhad znalostí partnera v komunikaci).

Metalingvistika je fonologické uvědomování, dělení slov na hlásky, uvědomování si slov, dělení vět na slova, oddělení slova od jeho referentu (od toho, co označuje).

V gramatickém uvědomování jde o posouzení gramatické správnosti věty a zároveň i o rozlišení více významů, které věta může vyjadřovat.

V pragmatickém uvědomování sledujeme posouzení srozumitelnosti a adekvátnosti zprávy a posouzení vhodnosti komunikace.

Tento rozbor slouží v logopedické praxi k orientaci logopeda při vyšetřování narušené komunikační schopnosti, kam je potřeba směřovat diagnostiku, vytvořit si strategii diagnostiky a v celkovém komplexu chápat všechny složitosti narušené komunikační schopnosti v konfrontaci s poznáním vývojových zákonitostí jednotlivých jazykových rovin v ontogenezi řeči.

Na základě logopedické diagnostiky jsou stanovovány a přidělovány jednotlivé diagnózy. Diagnostika logopedů ve školství je odlišná od ostatních speciálních pedagogů v tom, že tito odborníci skutečně stanovují narušenou komunikační schopnost, určují stupeň a tedy i závažnost narušené komunikační schopnosti a následně pak nastavují cílenou logopedickou intervenci. Je samozřejmostí, že spolupracují s řadou další odborníků (Tomická, in Kucharská a kol., 2007). U jedinců s jiným druhem postižení diagnózu stanovuje lékař, pediatr či specialista (například sluchovou vadu a její rozsah).

1.2 Vývojové poruchy řečové komunikace

V odborné literatuře se setkáváme s různou klasifikací poruch řeči. Z pohledu medicínského jsou poruchy řeči řazeny do jednotlivých kategorií, tak jak ji předkládá Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>), kde například pod kódem F80 jsou uvedeny specifické poruchy řeči a jazyka. Jedná se o takové poruchy, kde normální způsob osvojení jazyka je narušen od časných vývojových stadií. Tyto stavy nelze přímo přičítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí. Specifické vývojové poruchy řeči

a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování.

F80 Specifická porucha artikulace řeči je vývojová porucha, kdy dítě užívá řečových zvuků pod úrovní svého mentálního věku, ačkoliv řečová dovednost je na normální úrovni. Do této kategorie spadá dyslalie.

F80.1 Expresní porucha řeči je specifická vývojová porucha, při které je schopnost dítěte užívat expresně mluvenou řeč zřetelně pod úrovní jeho mentálního věku, ale jazykové chápání je normální. Při této specifické vývojové poruše se mohou ale také nemusí vyskytovat poruchy artikulace. Do této kategorie je zařazena vývojová dysfázie nebo vývojová afázie.

F80.2 Receptivní porucha řeči je specifická vývojová porucha, kdy chápání řeči dítětem je pod úrovní jeho mentálního věku. Téměř ve všech případech je také výrazně porušena expresivní řeč a jsou časté též poruchy tvorby slova a zvuku. Do této kategorie spadá dysfázie nebo afázie.

F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka – patlavost.

V každém kódu jsou v této kategorii vyspecifikovány řečové poruchy, které nespádají do této kategorie.

Pro logopedickou diagnostiku se domníváme, že pojetí neuropsychologické je přehlednější a ve své struktuře již ukazuje, která narušená komunikační schopnost se s vysokou mírou pravděpodobnosti promítne do dalších jazykových rovin ve shodě s diagnostickým pojetím narušené komunikační schopnosti uváděným Lechtou (2003) v této kapitole.

Vývojové poruchy řečové komunikace (Preiss, 1998, s. 269) z hlediska neuropsychologického přístupu lze následně členit na:

Poruchy na bázi postižení řečových mechanismů:

Dyslalie.

Verbální dyspraxie.

Dysartrie.

Rinolalie.

Palatolalie.

Balbuties.

Tumultus sermonis.

Dysfonie.

Poruchy na bázi postižení jazykového vývoje:

Opožděný vývoj řeči.

Vývojová dysfázie.

Vývojové poruchy učení.

Poruchy na bázi postižení percepce

Vady sluchu a řeč.

Vady zraku a řeč.

Poruchy na bázi postižení fatických funkcí a kognitivních procesů:

Mentální postižení a narušená komunikační schopnost.

Psychiatrická postižení – mutismus, autismus.

Onemocnění CNS či postižení po úrazech CNS – afázie, epilepsie.

Z hlediska potřeby této práce vymezujeme tyto stanovované nejčastější diagnózy:

Dyslalie (též někdy pselizmus) – dyslalia (patlavost).

Hláska je vyslovována vadně, je tvořena (vesměs konstantně) na jiném artikulačním místě či jiným způsobem, než je stanovena fonetická spisovná forma a tedy zvukově se tato hláska liší v mluvním projevu od kodifikované normy daného jazyka.

Vadně tvořená hláska se označuje řeckým písmenem a příponou -izmus a dalším označením obvykle podle místa odchýlného tvoření (např. rotacizmus velární).

Posuzujeme-li výslovnost hlásek vzhledem k věku a dítěte, který určitou hlásku či hlásky vynechává (dítě má na vyvození dané hlásky ještě čas), označujeme ji jako fyziologicky nesprávnou výslovnost a používáme pro ni termín mogilalie dané hlásky. Pokud přetrvává po uplynutí věku, kdy by již měla hláska být vyvozena, označuje se příponou mogi a opět příponou -izmus (např. mogirotacizmus). Pokud je daná hláska nahrazována hláskou jinou, a vzhledem k věku jde o fyziologicky nesprávnou výslovnost, označujeme ji termínem paralalie dané hlásky (například paralalie hlásky L). Pokud se tato odchylka vyskytuje i v době, kdy se považuje vývoj výslovnosti dané hlásky za ukončený, označujeme tuto vadu jako paralambdacizmus. Pro správné volení metod reedukace je nezbytné v diagnostice odlišit vždy nesprávnou výslovnost hlásek a vadnou výslovnost hlásek. (Krahulcová, 2007, s. 30)

Z hlediska stupně rozlišujeme: dyslalii levis, dyslalii gravis, dyslalii univerzalis (tetismus).

Dysartrie (též dysartrie) – dysarthria a anartrie

Dysartrií rozumíme vývojové i získané obtíže při hláskování, vyslovování vůbec, obtíže jsou obvykle konstantní. Při dysartrii se mohou a nemusí vyskytovat poruchy porozumění řeči a nemusí se vyskytovat ani poruchy vnitřní řeči. Jde o poruchu, která je způsobena zřejmým

(nejčastěji bilaterálním) poškozením mozku a mozkových drah, je jedním ze symptomů dětské mozkové obrny. Anartrii považujeme za jednu z nejzávažnějších poruch narušené komunikační schopnosti. (srov. Dvořák, 1998, Kábele, 1986, Preiss, 1998, Vítková, 2006)

Dysartrie se vyskytuje v těchto formách: bulbární, extrapyramidová, korová, pyramidová, mozečková, kombinovaná, může se vyskytnout i samostatně.

Opožděný vývoj řeči

Je stav rozvoje řeči (Dvořák, 1998), kdy struktura řeči má fyziologický profil, ale vývoj je časově posunut (opožděn). Předpokládá se, že vývoj bude trvat déle, ale bude úplný. Příčinou tohoto opoždění bývá často nepodnětné rodinné prostředí. Může se jednat i o rodový znak zvláště u chlapců. Další příčinou může být nepříznivý nebo problematický perinatální nebo postnatální vývoj. Významně se zde mohou projevit i chyby ve výchově („předem“ splněná přání bez verbální komunikace). V tomto smyslu nemáme na mysli opožděný vývoj jako jeden ze symptomů mentálního postižení či jiných postižení, kdy řeč je i zároveň ve vývoji omezená. Dle Lejsky (2003, s. 95) jde o jeden z nejfrekventovanějších diferenciálních diagnostických úkolů ve foniatrii, je třeba odpovědět na otázku, proč se vývoj řeči zpožďuje.

Dysfázie (též vývojová dysfázie) – dysphasia

Jedná se o specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností či neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, smysly, podnětnost, inteligence, neurologické vyšetření je obvykle bez nálezu. Jde o drobné difúzní postižení řečových zón vyvíjejícího se mozku v časných stádiích, obvykle výsledky speciálních zkoušek potvrzují lehké mozkové dysfunkce. Porucha má systémový charakter a zasahuje v různém stupni a ve velmi širokém spektru sensorickou i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách. Jedinec s tímto postižením řeč slyší dobře, ale nedostatečně a nepřesně jí rozumí. (srov. Dvořák, 1998, Lechta, 2003, Lejska, 2003)

U motorické dysfázie dominují obtíže v logomotorické oblasti. Aktivní slovník je výrazně nižší než pasivní, charakteristická je výrazná diskrepance mezi vývojem verbální komunikace a neverbálním intelektovým výkonem. Mezi charakteristické znaky patří – opoždění vývoje řeči, řeč je těžkopádně tvořená, dítě ztrácí zájem o verbální komunikaci – uvědomuje si svoje obtíže.

U sensorické dysfázie převažuje narušení v receptivní oblasti, zachycujeme poruchu fonemického sluchu, verbální paměti, obtíže v chápání významu slova. Vývoj řeči nemusí

být opožděn, mluvní apetit může být přiměřený, řeč je ale prakticky pro okolí nesrozumitelná, je dysgramatická.

Smíšená dysfázie vykazuje narušení v obou předchozích uvedených složkách (motorické i senzorní).

Afázie je ztráta řeči již vybudované (po ukončení vývoje řeči), příčinou může být úraz nebo vzniká jako následek mozkové příhody. (Preiss, 1998)

Dysfonie (případně psychogenní dysfonia) – dysfonia (porucha hlasu)

Hlasové poruchy jsou velmi časté, patří mezi nejčastější symptomy vůbec (Lejska, 2003, s. 136). Vznikají v důsledku poškození hrtanu záněty nebo nádory. U dětí často souvisejí s psychogenními poruchami, nebo vznikají zcela bez zjevné příčiny:

- organicky podmíněná – obrny, úrazy,
- funkční – přemáhání hlasu,
- psychogenní – hlasové neurózy, fonastenie.

Dysfonie hyperkinetická (spastická) je porucha, kdy dochází k hlasovému přepínání na organickém i funkčním podkladě.

Dysfonii hypotonickou způsobuje postižení hlasové síly, jehož podkladem je útlum impulzů, hlas je slabý, dyšný, dochází k jeho selhávání až úplnému selhání (afonie). (Dvořák, 1998)

Dyspraxie – dyspraxia (vývojová neobratnost, nešikovnost, syndrom neobratného dítěte)

Dyspraxie je vývojová porucha motorických funkcí, vývojová odchylka hybnosti. Dle Dvořáka (1998) je hlavním rysem porucha motorické koordinace, která se neváže na mentální retardaci ani na vrozené či získané neurogenní onemocnění. Obvykle se ale prokáže vývojová nervová nezralost, včetně postižení jemné a hrubé motoriky. V logopedické praxi rozlišujeme dyspraxie verbální (též slovní patlavost).

Jde o poruchu v realizaci slova (v jeho struktuře), a to bez ohledu, zda již dítě fyziologicky zvládlo artikulaci hlásek. V určitém vývojovém období je nesprávná realizace slov vždy tolerována, pokud však přetrvává i v dalších obdobích (ať již jde jen o skupiny některých slov či u většiny slov) a je vůči poskytované podpoře rezistentní, jedná se o slovní patlavost – verbální dyspraxii, která je symptomem vývojové dysfázie.

Koktavost (dále také koktání, zadržávání, zajíkání) – balbuties (porucha plynulosti řeči)

Dysfluence je odchylkou, která se projevuje obtížemi v plynulosti řeči (iterace – opakování hlásek 1–2 %) nebo nepřirozenou prodloužením hlásek. Vzniká na podkladě kombinace obvykle

různých příčin, má spastický charakter, vyznačuje se dyskoordinací svalstva dechového, hlasového i artikulačního. (srov. Lechta, 2003, Peutelschmiedová, 2006)

Teoretici se shodují v tom, že příčina není přesně a jednoznačně určena. Dle Lejsky (2003, s. 105) se pražská foniatrická škola ve šlépějích Seemana kloní k organické etiologii onemocnění (předpokládají se organické změny v oblasti striopallida basálních ganglií, pro které hovoří výsledky výzkumů elektroencefalografie u jedinců s koktavostí, změny v motorické zpětné vazbě, v souvislosti se sluchovou zpětnou vazbou a změny v třmínkovém reflexu).

Vyskytuje se ve dvou formách: *tonické* – charakter křečí je napínavý, *klonické* – charakter křečí je šubavý.

Typy koktavosti podle stupně: *balbuties levis* (5 % slov), *balbuties medius* (20 % slov), *balbuties gravis* (více než 20 % slov), *balbuties gravis inaptus* (nedokončí větu – volí jinou formu komunikace).

Breptavost – *tumultus sermonis* (komolení slov, setřelá výslovnost)

Je porucha plynulosti a tempa řeči. Důsledkem překotnosti v mluvním i písemném projevu je vynechávání slabik, opakování slabik, přeřikávání, tím dochází k deformaci obsahu, vybočení od tématu, vynechání podstaty. Postižena je prozodie, tempo řeči je nepravidelné. Mluva je obvykle až monotónní. Na rozdíl od koktavosti je nespastického charakteru. Jedinec si obvykle tuto poruchu neuvědomuje. Nápadná je zde diskrepance mezi úrovní intelektu a jazykovými schopnostmi. Jednou z možných příčin je původ na bázi lehké mozkové dysfunkce. Dle Lechty (2003, str. 280) se tato porucha vyskytuje celkem zřídka, a je teoretickou otázkou, zda se vůbec vyskytuje jako samostatná nosologická jednotka. (srov. Dvořák, 1998, s. 31, Lechta, 2003, s. 280)

Rinolalie – *rhinolalia* (huhňavost, hypernazalita a hyponazalita, porucha resonance)

Rhinolalia aperta – otevřená huhňavost, patologicky zvýšená nazalita, jejíž příčinou je insuficience (nedostačivost) patrohltanového uzávěru na základě orgánových nebo funkčních změn.

Rhinolalia clausa – zavřená huhňavost je patologicky snížená nazalita, jejíž nejčastější příčinou je adenoidní vegetace a nosní polypy.

Rhinolalia mixta je smíšená huhňavost, kombinace hypernazality a hyponazality. Příčinou je nedostačivost patrohltanového uzávěru a zároveň patologicky zmenšený prostor rezonančních dutin. (Dvořák, 1998, s. 144)

Palatolalie – palatolalia

Jedná se o vývojový problém provázející rozštěpy patra (Dvořák, 1998, s. 119), případně kombinaci rozštěpů patra, čelisti a rtů. Typická je zvýšená nazalita a deformovaná nazalita, postižena je výslovnost hlásek posunutím celé artikulační báze dozadu. Je porušena mimika a koverbální chování. Jde o důsledek samotného rozštěpu či stavy po operativních zákrocích při rozštěpech. Podkladem je insuficience patrohltanového uzávěru a neadekvátního poměru rezonančních dutin nad hrtanem. Může být deformován i hlas a mohou být i patrné přídatné nosní šelesty. (srov. Dvořák, 1998, Klenková, 1998)

Mutismus

Mutismus (též oněmění) je porucha psychogenně podmíněná bez organického postižení centrální nervové soustavy.

Mutismus totální je funkční ztráta řeči, jde o úplnou ztrátu řeči i hlasu na podkladě silného traumatu na základě určité dispozice a konstituce jedince. Jedinec se ale snaží dorozumět s okolím jinými způsoby.

Mutismus elektivní – výběrový mutismus (na osobu, prostředí, profesi aj.).

Mluvní negativismus je odmítání mluvní komunikace jako vyjádření vzdoru, případně nepřátelství. Jedinec se nesnaží dorozumět se s okolím.

Logofobie je mluvní útlum ze strachu z řeči, mlčení ze studu pak označujeme jako mluvní ostych. Při této vadě je nutné eliminovat sluchové vady, duševní poruchy, mentální retardaci a jiné další poruchy. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Dysgramatismus – jazykový cit – jedná se o schopnost zvládat mluvnická pravidla bez jejich cíleného učení. Již v předškolním věku je většina dětí schopna mluvit gramaticky správně, na základě nápodoby, bez cíleného učení. Jazykový cit lze rozvíjet pouze řečí a ve školním věku také čtením. Obtíže v této oblasti jsou pak jedním z aspektů našeho zkoumání v riziku poruch učení. V celkovém řečovém projevu nejsou respektována jedincem pravopisná pravidla (Žlab, 1992, s. 2). Sovák (in Žlab, 1992) vymezuje poruchu jazykového citu – dysgramatizmu: „*Jako neúplnou a nepřesně vyvinutou schopnost využívat v mateřské řeči obvyklé gramatické tvary, a to v řeči mluvené i psané*“. Tento vývojový nedostatek bývá navršen nedostatkem schopnosti tvořit větné celky, tedy vyjádřit myšlenku větným celkem čili slovním sledem v mateřštině obvyklým. Vývojová vada této syntaktické stránky se označuje jako dysfrázie. *Příčiny jsou spatřovány především v lehké mozkové dysfunkci (Žlab, 1992, s. 3), ale poukazuje i na možnost faktorů sociálních.*

Dvořák (1998, s. 46) dysgramatizmus člení do 3. stupňů dle závažnosti:

1. *stupeň – porucha morfologická* – na úrovni slov, v řeči se objevují agramatizmy ve slovních tvarech – časování, skloňování,
2. *stupeň – porucha syntaktická* – na úrovni vět, ve vyjadřování myšlenek, jde o poruchu větné skladby, jedinec má obtíže ve tvoření vět, ve vyjadřování myšlenek, tzv. telegrafický styl,
3. *stupeň* – jedinec se vyjadřuje víceméně onomatopoickými zvuky, nedokáže vyslovit větu.

Specifický logopedický nález

Je soubor oslabení v artikulační obratnosti, sykavkových asimilací, specifických asimilací a oslabení jazykového citu, který je podkladem pro vznik specifických poruch učení (srov. Matějček, 1988, Zelinková, 1996), zejména dysortografii. Doprovází jej zpravidla i problémy ve sluchovém vnímání (ve sluchové analýze a syntéze, v oblasti fonemického sluchu). Vyskytuje se v souvislosti s lehkou mozkovou dysfunkcí.

Specifický logopedický nález v sobě zahrnuje specifické asimilace – asimilace sykavek – obtíže při artikulaci slov nebo slovních spojení, v nichž se střídají ostré a tupé sykavky (eventuálně polosykavky), přičemž artikulaci jednotlivých sykavek a polosykavek v běžných slovech zvládá. Může se vyskytovat buď v progresivní formě (šustí/šustí, hodiny/hodini) nebo degresivní (šustí/sustí, hodiny/hodiny). Dále se mohou vyskytovat asimilace dvojic tvrdých a měkkých slabik – (například di- dy, ty- ti, ni- ny). (Tomická, 2002, s. 7)

Artikulační neobratnost (verbální dyspraxie) – je odchylka řeči, kdy dítě umí správně tvořit jednotlivé hlásky i celá slova, ale selhává při realizaci složených a víceslabičných slov, artikulace je namáhavá, nápadně neobratná, někdy i těžko srozumitelná, jde o neschopnost složitější koordinace ko-artikulačních pohybů.

2 Diagnostický proces

Diagnostický proces směřuje cíleně ke stanovení diagnózy. Probíhá jako analýza určitého problému (Vágnerová, Klégrová, 2008, s. 13) a dává realistickou předpověď vyplývající ze stanovené diagnózy. Z hlediska řešení problému poskytuje naději na zlepšení a motivační sílu jedincům ke spolupráci. U žáků s narušenou komunikační schopností v konečném stanovení diagnózy sledujeme individuální specifika v komplexním psychodiagnostickém procesu.

Dle Vágnerové, Klégrové (2008, str. 14) je poradenská psychodiagnostika zaměřena na posouzení:

- aktuálního stavu (zjištění úrovně a kvality vlastností nebo dosaženého stupně jejich rozvoje),
- předpokládaných příčin (odlišnosti osobnostního vývoje, výkonu či chování s ohledem na volbu nejvhodnější varianty nápravy a přístupu),
- určení prognózy dalšího vývoje (volba účinných opatření, obvykle zaměřených na dosažení přijatelného zvládnutí požadavků školy či integrace do vrstevnické skupiny).

Diagnostický proces narušené komunikační schopnosti je zaměřen na zjišťování, zda jde o skutečně narušený vývoj řeči. V konečném důsledku (Lechta, 2003) se jedná o diferenciální diagnostiku zaměřenou na příčiny způsobující narušený vývoj řeči ve smyslu vedlejšího projevu u poruch sluchu, mentální retardace a dalších poruch nebo jako specificky narušený vývoj řeči, pokud nejsou zjištěny příčiny, které by způsobovaly narušený vývoj řeči. Z hlediska hodnocení jazykových schopností je v odborné literatuře našich autorů patrné jisté omezení logopedické diagnostiky, a to zejména na oblast foneticko fonologickou. V současné době se tedy odvíjí diagnostika narušeného vývoje řeči od normálního průběhu vývoje řeči. Jako základ slouží orientační vyšetření řeči dítěte z hlediska ontogenetického vývoje řeči a jeho posouzení z hlediska každé jazykové roviny. Jako základ je bráno již zmiňované schéma Bernsteinové a Tiegemanové z roku 1989 (in Lechta, 2003, s. 71), které se zaměřuje na klíčové oblasti vývoje sémantiky, gramatiky, pragmatiky a metalingvistiky (viz kapitola 1.1). Šetřením těchto oblastí je pak zaručeno co nejkomplexnější diagnostikování narušeného vývoje řeči. Výběr a strategie konkrétních postupů včetně výběru diagnostických nástrojů závisí na každém diagnostikovi.

Obdobné jsou přístupy našich předních psychologů k hodnocení jazykových schopností a dovedností u dětí předškolního věku, kteří kladou důraz na dosažení určité úrovně rozvoje verbálních schopností a jazykových dovedností pro zvládnutí požadavků v českém a později

cizím jazyce. „Lze hovořit o jazykové inteligenci, která zahrnuje především citlivost pro sémantický a syntaktický aspekt jazyka“ (Vágnerová a Klégrová, 2008, s. 322). „Tyto kompetence se projevují v kvalitě a adekvátnosti verbálního vyjadřování v porozumění mluvenému slovu. Jazykové kompetence lze posuzovat podle úrovně jednotlivých dílčích složek, které se nemusí rozvíjet koordinovaně, může dojít k asymetrickému opožďování vývoje jen v některé oblasti“. (Kelly, Jones a Fein, 2004, in Vágnerová a Klégrová, 2008, s. 322)

Diagnostický proces je dle autorek Vágnerové a Klégrové (2008) zaměřen na diagnostiku:

sémantických schopností – znalost slovního označení, slovního porozumění, slovní plynulosti, *morfologických a syntaktických schopností* – porozumění smyslu věty, doplňování vět, oprava nesprávných vět, vytváření vět,

fonologických schopností – sluchově rozlišovat a správně vyslovovat, fonologická diferenciacie – identifikace hlásek či slabik, rozlišování nesmyslných slov, opakování nesmyslných slov, přidávání, záměna či odstraňování hlásek ve slovech, rozlišování délky slabik,

pragmatických schopností – komunikační využití jazykových kompetencí, adekvátnost a efektivita, komunikační schopnosti v rozhovoru, kvalita a přiměřenost odpovědí na otevřené otázky,

specifických poruch jazykových schopností (dle Kroese, 2003, Kelley, Jones a Fein, 2004, in Vágnerová, Klégrová, 2008, s. 336) – nejsou důsledkem mentálního či sluchového postižení a ani artikulačně motorických problémů, nemívají postiženy všechny aspekty jazyka ve stejné míře – při celkem dobré slovní zásobě mají narušení ve fonologické, morfologické a syntaktické rovině, zpracování informací je pomalé, mají obtíže ve verbální paměti, obtíže v symbolické reprezentaci – odvozování pravidel. U této poruchy je nutné eliminovat příslušnost k jazykově odlišné minoritě, vliv lehké mozkové dysfunkce, neurologická onemocnění či postižení mozku apod.

2.1 Legislativní podpora pro diagnostický proces

Diagnostika narušené komunikační schopnosti probíhá ve školských poradenských pracovištích, zejména ve Speciálně pedagogických centrech pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností.

Diagnostický proces má ve školství stanovená pravidla, zejména zákonem č. 561/2004 Sb., dále je provádění poradenských a diagnostických služeb upraveno vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Poradenství je poskytováno dětem, žákům, studentům a jejich zákonným zástupcům. Školská poradenská zařízení poskytují poradenské služby na žádost žáků (18 let a výše), jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení. Podmínkou pro poskytnutí poradenských služeb je písemný souhlas žáka, v případě nezletilého žáka pak jeho zákonných zástupců. Žák či jeho zákonný zástupce je informován předem o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech nabízených poradenských služeb a o všech předvídatelných rizicích a nevýhodách, které mohou vyplynout z poradenské služby. Školské poradenské zařízení zpracovává záznamy o vyšetření žáků, dále záznamy o péči individuální i skupinové, v neposlední řadě záznamy o spolupráci se školami a školskými zařízeními.

Poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Zjišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní odborný posudek. Doporučuje zákonným zástupcům a řediteli školy zařazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodnou formu jeho vzdělávání. Spolupracuje při přijímání žáků do škol. Provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro zařazení žáků do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro žáky se zdravotním postižením. Poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji, jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky, poskytuje poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků.

Zajišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením. Vypracovává odborné posudky a návrhy opatření pro školy a školská zařízení na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky. Současně poskytuje metodickou podporu škole.

Prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence.

Speciálně pedagogické centrum poskytuje v souladu s vyhláškou č. 72/2005 Sb. poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních, žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením. Žákům základních škol speciálních a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostiky

a kontrolní diagnostiky, v odůvodněných případech i v rámci speciální individuální nebo skupinové péče, kterou nezajišťuje škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen.

Zjišťuje speciálně vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, a vypracovává odborné posudky a návrhy opatření pro školy a školská zařízení na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky. Zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciálně vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním. Zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků, pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření.

Zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením a žáky se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky.

Vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti.

Poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením, poskytuje metodickou podporu škole.

V praxi to pak znamená, že pedagogicko psychologické poradny a speciálně pedagogická centra u svých klientů provádí diagnostiku školní zralosti, výukových obtíží a profesionální orientace. Dále diagnostikují speciálně vzdělávací potřeby u dětí a žáků s postižením a u dětí a žáků nadaných. Speciálně pedagogická centra jsou výjimečná tím, že jako jediná přidělují diagnózu na základě logopedické diagnostiky. U ostatních postižení stanovují diagnostiku lékaři a speciálně pedagogická centra v návaznosti na jejich diagnostiku stanovují dle výsledků speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky míru podpory a speciálně vzdělávací přístupy pro potřeby svých klientů.

2.2 Diagnostický proces speciálně pedagogických center

Diagnostický proces ve speciálně pedagogických centrech je sledován velmi pozorně odbornou veřejností, a to zejména z toho pohledu odbornosti psychologů a speciálních pedagogů a dále z pohledu diagnostického procesu. Diagnostický proces u zdravotně postižených a zdravotně znevýhodněných je z hlediska výstupů z diagnostického šetření sledován a diskutován v celé Evropě, neboť odbornou i laickou veřejnost zajímají zejména otázky využitelnosti speciálně pedagogické diagnostiky. Vítková (2006, s. 150) uvádí Borchertovu publikaci: *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie*, která se obsáhle věnuje problematice psychologie osob s postižením a diagnostice ve speciální pedagogice a intervencí s psychologickým dopadem na jedince s postižením. Na „Poradenských dnech“ pořádaných Asociací pracovníků Speciálně pedagogických center a Pedagogicko psychologických poraden České republiky v souladu s evropskými trendy se odborníci (psychologové a speciální pedagogové) od roku 2005 věnují problematice diagnostiky a diagnostického procesu. Speciálně pedagogická a psychologická diagnostika by měla být smysluplně a cíleně prováděná a využitelná k diagnostice při řešení vzdělávacích cílů ve školním procesu, neboť vzdělávací proces má četná úskalí pro děti s různým typem postižení či oslabení. (srov. Vítková, 2006, Hildeschmidt, 1983, Ricken, 1992). Snahy o zmapování a tedy i přispění ke zlepšení diagnostického procesu ve speciálně pedagogických centrech byly v první etapě završeny vydáním publikace, kterou s kolektivem zpracovala v roce 2007 Anna Kucharská: „*Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*“. Další etapa je nyní věnována aktualizaci některých diagnostických nástrojů, které se používají v diagnostickém procesu, ale jejich normy již nejsou aktuální.

Speciálně pedagogická centra u nás vznikla se zaměřením na určitý typ zdravotního postižení. Diagnostický proces ve většině speciálně pedagogických center navazuje na diagnostický proces medicínský, kdy dítě či žák přichází zejména se smyslovým či tělesným postižením. Na tuto lékařskou diagnostiku a stanovenou diagnózu navazuje speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, jejímž vyústěním by měla být poskytnuta rodičům a institucím doporučení ve formě podpůrných a vyrovnávacích opatření U dětí a žáků s narušenou komunikační schopností, autismem, poruchami učení, poruchami chování, mentálním postižením je situace v diagnostickém procesu složitější v tom smyslu, že tato speciálně pedagogická centra stanovují diagnózu v komplexním šetření, případně pak ve spolupráci s klinickými pracovišti. V celkovém pojetí ve speciálně pedagogických centrech jde především o podpůrnou diagnostiku, tedy i o proces průběžné diagnostiky, kde se sledují

výsledky již nastavených opatření, a kde sledujeme podchycení všech aspektů týkajících se celé osobnosti, tak jak ji například uvádí také Bonderer (1990).

Speciálně pedagogická centra pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností jsou školskými poradenskými zařízeními, které poskytující služby klientům – dětem (raného, předškolního věku) a žákům (školního věku) a dospělým osobám, jejichž diagnóza – logopedická vada – je opravně zařadit do kategorie zdravotního postižení (rozumíme tím z hlediska stupně a rozsahu vady – obvykle těžké postižení – např. středně těžký a těžký stupeň vývojové dysfázie), zdravotního znevýhodnění (zpravidla u dětí se závažným onemocněním či právě probíhajícím zhoršeným akutním stavem chronického, případně jiného onemocnění, na jehož podkladě může dojít k logofobii, k dysfluenci v řeči, k mutismu a dalším obtížím), sociálního znevýhodnění (rozumíme děti a žáky z nižšího sociálně kulturního prostředí, dále děti a žáky azylantů, kteří neovládají český jazyk). Školská poradenská pracoviště mají k dispozici řadu diagnostických nástrojů, některé z nich jsou již z hlediska norem zastaralé a zasloužily by si novou standardizaci. Některé jsou časově náročné, proto se používají spíše jako další doplňující následné šetření po odkladu školní docházky. Pro potřebu této práce jsou zde uvedeny nejčastěji využívané diagnostické nástroje pro šetření školní zralosti, které jsou obsaženy v publikaci „Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech“. (Kucharská a kol., 2007)

2.2.1 Diagnostické nástroje

Nástroje psychologické diagnostiky v šetření školní zralosti:

Uvádíme přehled testů a zkoušek používaných pro posouzení školní zralosti a připravenosti dítěte pro vstup do školy. Diagnostika inteligence je plně v rukou psychologa, testy a zkoušky uvedené jako nástroje speciálního pedagoga mohou být využívány i psychology.

Kohsovy kostky (Košč, 1974)

Test je kulturně nezávislý, postihuje *kvalitu a rychlost vizuální – prostorové percepce a prostorové představivosti*, schopnosti nacházet a uplatňovat *pravidla*, podílí se na něm také faktor *učení*. Využíván je například v diferenciatní diagnostice dětí s problémy ve verbální oblasti, dětí z jiného kulturního prostředí, lze jej nahradit subtestem Kostky ve Wechslerově souboru. (WISC III R, viz níže)

Barevné progresivní matice (Raven, 1984)

Je určen dětem od 5 do 11 let. Obsahuje tři sady po dvanácti položkách. Byl standardizován na slovenskou populaci. Poskytuje odhad úrovně rozumových schopností u dětí uvedeného věku, na výsledek však může mít i vliv pozornost, zrakové vnímání. Je často využíván jako doplňující test u vyšetření školní zralosti. Je vhodný pro děti, které mají z nejrůznějších důvodů nedostatky ve verbální oblasti.

WISC-III R (Wechsler, česká verze Krejčířová, Boschek, Dan, nové přepracované vydání, Testcentrum, Praha, 2002)

Jedná se o test vydaný již v 90. letech, který ale neměl normy vzešlé ze standardizace v našich podmínkách. Proto byla připravena nová standardizace, která přinesla korekci podhodnocování. Užití testu je od 6 let, proto může být přínosný pro diagnostiku školní zralosti pouze u starších dětí v posledním roce před nástupem do školy. Výhodou testu je to, že poměrně *dobře koresponduje se školní úspěšností a predikuje ji*.

Zkouška znalostí předškolních dětí (Matějček, Vágnerová, 1976)

Není zkouškou inteligence, je pouze měřítkem *znalostí*, které dítě v rámci svých *schopností a podnětnosti prostředí* získalo. Výsledek je závislý na kvalitě informací, které se dítěti z prostředí dostávají a nabízejí, na jeho zájmu, zvědavosti i celkové vývojové úrovni. Je určen dětem od 4–7 let, lze jej využít u dětí opožděných, u dětí výchovně zanedbaných a mentálně postižených. Je otázkou, zda jsou i v současnosti platné normy, u dětí s poruchami komunikace je velmi přínosný pro kvalitativní rozbor – jaké pojmy si dítě osvojilo, jak je definuje aj. Pokud metodu využívá speciální pedagog, je nutná spolupráce s psychologem (zácvik, interpretace, supervize).

Kresba postavy (Šturma, Vágnerová, 1982)

Tento test je zaměřen na orientační vyšetření *intelektových funkcí a percepčně motorických dovedností*. Odráží úroveň dílčích schopností zrakového vnímání, představivosti, paměti, jemné motoriky, senzomotoriky a integrace těchto funkcí. Dle informací v literatuře, ale i na základě odborníků z terénu test nadhodnocuje zejména v období staršího předškolního věku a v časně školním věku Psychodiagnostika připravuje nové aktualizované vydání. Někdy s testem pracují i speciální pedagogové, je nutný zácvik do metody a spolupráce s psychologem.

Nástroje speciálně pedagogické – logopedické diagnostiky v šetření školní zralosti

Orientační test školní zralosti (Jirásek, 1970)

Test lze využít pro individuální i skupinové vyšetření, kromě *školní zralosti* je možné zvažovat úroveň *grafomotorické a vizuomotorické koordinace, prostorové zpracování*. Vzhledem k době vzniku je možné polemizovat o validitě norem, „silné“ je však jeho kvalitativní využití.

Reverzní test (Edfeldt, 1968)

Je určený ke zjišťování zralosti pro výuku čtení před vstupem do 1. třídy. Jde o zkoušku 84 párů jednoduchých figur lišících se v horizontální i vertikální rovině. Původně byl vydán k šetření školní zralosti, odhaluje *tendenci ke statickým inverzím*. Je velmi dobrým měřítkem školních návyků – samostatnost, čtení v řádcích, pracovní tempo. Normy vychází ze standardizace, která byla provedena ve Švédsku (vhodné by bylo i vzhledem k době standardizace nové prověření metody v našich podmínkách). Dále je test často využíván k pozorování v průběhu řešení úkolu, k analýze typologie chybovosti a k posouzení pracovních návyků.

Vývojový test zrakového vnímání (Frostigová, 1972)

Méně používaný *test zrakových funkcí*, zejména pro časovou náročnost – sledováno je pět parametrů (vizuomotorické funkce, figura – pozadí, konstantnost tvarů, zraková diferenciacie, prostorové funkce), normy jsou o 4 do 8 let, test má tedy širší věkové použití. Větší využití nachází při dlouhodobějším vedení klienta či terapii zrakových funkcí.

Zkouška laterality (Matějček, Žlab, 1972)

Test *laterální preference a dominance ruky, nohy, oka* je určen pro děti a dospělé. V současné době je využíváno 10 zkoušek na ruku a 2 zkoušky na oko (původně bylo 12 zkoušek na ruku, 4 na nohy). Test je využíván u dětí motoricky neobratných. Zkřížena či nevyhraněná laterality rukou nebo očí je často spojena s drobnějšími poruchami senzomotorických dovedností a menší zručností, je pak podkladem pro obtíže ve čtení a psaní. Test je využíván i u dětí s dysfluencí nebo suspektní koktavostí při podezření na přecvičování leváků.

Kresba postavy (Šturma, Vágnerová, 1982)

Test je zaměřen na orientační vyšetření *intelektových funkcí a percepčně motorických dovedností*. Odráží úroveň dílčích schopností zrakového vnímání, představivosti, paměti, jemné motoriky, senzomotoriky a integrace těchto funkcí. Dle informací v literatuře, ale i na základě odborníků z terénu test nadhodnocuje zejména v období staršího předškolního věku a v časné školním věku. Připravuje se nové aktualizované vydání. Někdy s testem pracují i speciální pedagogové, v těchto případech je nutný zácvek do metody, spolupráce speciálního pedagoga s psychologem.

Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky (Švancarová, Kucharská, 2001)

Test je v pedagogické a speciálně pedagogické praxi velmi často využíván. Normy vznikly na základě dlouhodobé standardizace a jsou určeny pro období vstupu do 1. třídy, kvalitativní užití je možné i v průběhu posledního roku před nástupem do školy a v průběhu 1. třídy. Cílem testu je umožnit *včasnou depistáž dětí*, u kterých se mohou vyskytnout *poruchy čtení a psaní*, poté nastavit včasná cílená *opatření pro práci s dítětem*. Vzhledem k tomu, že cca 70 % testu se vztahuje k oblasti řečově – fonologické, je užití možné i u dětí se suspektními vývojovými poruchami řeči.

Prediktivní baterie čtení A. Inizana (Lazarová, 1999)

Baterii využívají speciální pedagogové (nelze doporučit pro učitele) často jako dalšího testu před vstupem dítěte do školy, kdy rodič chce maximální zjištění o školní připravenosti. Využití je možné také u dětí se suspektními vývojovými poruchami řeči či školních dovedností. Tento test je časově náročnější pro dítě. Testová baterie je určena pro *predikci úspěchu v nácvičku čtení*. Normy jsou aktuální.

Deficity dílčích funkcí (Sindelarová, 2007)

Nová metoda diagnostiky, která je postavena na individuální vztahové normě. Využití najde v *diagnostice vývojových deficitů* v percepčně kognitivní oblasti.

Orientační test dynamické praxe (Míka, 1982)

Tento orientační test není běžně užíván v diagnostice vad řeči (více jej využívají pedagogicko psychologické poradny, zvláště v diagnostice školní zralosti a diagnostice specifických poruch učení), přesto je ale užitečný jako metoda orientační depistáže pro *včasná zjištění*

oslabení, která pak mohou vést k rozvinutí vývojových poruch v oblasti motoriky i školních dovedností. Postihuje také organickou etiologii.

2.2.2 Zakázky ve speciálně pedagogické diagnostice

Výchozí pozicí pro diagnostiku jsou „zakázky“ ve speciálně pedagogických centrech. Na základě výstupu z resortního projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 2/2006-2007 (Tomická in Kucharská, 2007) byly zjištěny tyto nejčastější zakázky pro raný a předškolní věk:

- Naše dítě téměř nemluví a jen ukazuje.
- Naše dítě mluví velmi málo, ale rozumí nám.
- Naše dítě mluví málo nebo mluví a okolí mu nerozumí.
- Naše dítě je negativistické.
- Naše dítě zadržává v řeči.
- Naše dítě mluvilo a nyní nemluví.
- Naše dítě mluví překotně a nesrozumitelně.
- Naše dítě nevyslovuje správně hlásky.
- Naše dítě je neobratné, nerado kreslí.
- Naše dítě není připravené pro vstup do základní školy.

Tento raný věk je velmi důležitý, neboť cílem Speciálně pedagogických center je provést logopedickou diagnostiku co nejčasněji a nejpřesněji.

V období 2–4 let je nutné provést diferenciální diagnostiku a určit, zda je narušená komunikační schopnost jako primární dominující vada (porucha) nebo zda je symptomem jiného dominujícího postižení. Zároveň je nutné i prognosticky nastavit diagnostiku školní zralosti se zákonným zástupcem dítěte. Děti v tomto věku tvoří významně počtem klientelu ve speciálně pedagogických centrech a diagnostika v tomto období ve speciálně pedagogických centrech graduje. Výstupem diagnostického procesu školní zralosti může být navržený odklad školní docházky nebo je doporučen nástup do vzdělávání. Na základě stanovených závěrů obvykle sestavují pracovníci speciálně pedagogických center doporučení pro navrhovaná opatření, která jsou východiskem pro sestavení individuálního vzdělávacího plánu v institucích, kde se žák vzdělává. A dále je tato zpráva podkladem pro sestavení intervenčního logopedického plánu.

V okruhu zakázek týkající se integrace dětí a žáků do mateřských a základních škol a školní zralosti je diagnostika jasně vymezena legislativou a podílí se na ní tým odborníků – psycholog, speciální pedagog, pediatr, neurolog, foniatr, ortoped, a další. V této zakázce psycholog stanovuje spolu se speciálním pedagogem a s dalšími odborníky diagnózu. V této zakázce je využíváno celé spektrum psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky. Specifikou této zakázky je, že zde se více spolupodílí psycholog a speciální pedagog na stanovení míry speciálně pedagogické podpory a následně se pak více speciální pedagog – logoped podílí při vytváření individuálního vzdělávacího plánu a komunikuje se vzdělávacími institucemi.

Ve školním věku směřují nejčastěji zakázky ve Speciálně pedagogických centrech pro narušenou komunikační schopnost do oblasti integrace a podpory žáka s narušenou komunikační schopností ve škole (zjistit příčinu výukových obtíží, výukového selhávání, problémů ve třídních kolektivech).

V oblasti profesního poradenství speciálně pedagogická centra poskytují tyto poradenské služby s cílem navrhnout k výběru další vzdělávání ve středním vzdělávacím proudu, které odpovídá schopnostem žáka a připraví jej na začlenění do pracovního procesu.

Nově před Speciálně pedagogickými centry pro narušenou komunikační schopnost stojí zakázka diagnostiky žáků pro vykonání státní maturitní zkoušky. Speciálně pedagogická centra prošla školením vedeným lektorským týmem Institutu pedagogicko psychologického poradenství České republiky ve spolupráci s Cermatem.

Nově se objevují zakázky pro logopedy ve speciálně pedagogických centrech u studentů, kteří podávají přihlášky ke studiu na vysoké školy v pedagogických oborech.

3 Narušená komunikační schopnost v období školní zralosti

3.1 Vymezení školní zralosti

Školní zralost je dle Průchy a kol. (2001, s. 243) v pedagogicko-psychologickém pojetí definována jako stav dítěte, který zahrnuje jeho psychickou i sociální způsobilost začít školní docházku a zvládnout požadavky školní výuky.

U autorů Langmeiera a Krejčířové (1998, s. 103) shledáváme přesnější vymezení pro školní zralost z hlediska plynoucího vývoje:

- *Dítě si v celém svém minulém vývoji osvojilo ty znalosti a návyky, které se od něho na prahu školní docházky očekávají.*
- *Dítě má v současné době dostatečně rozvinutou aktivní pozornost a přiměřeně vyvinuté intelektové schopnosti.*
- *Dítě je dostatečně motivováno k budoucímu soustavnému učení ve škole.*

V pojetí Vágnerové (1995, s. 36) je vymezena školní zralost z hlediska vyváženosti vývoje somatického, psychického a sociálního: školní zralost a připravenost jsou jedním z důležitých předpokladů úspěšnosti ve škole. Vývojové změny jsou podmíněny zráním centrální nervové soustavy. Školní zralost zdůrazňuje zejména biologické hledisko. Jde o biologické zrání psychických funkcí, které je nutné pro úspěšné plnění školních požadavků. Zahrnuje zralost organismu a centrální nervové soustavy, ale i z ní plynoucí zralost rozumovou, citovou a sociální. V tempu zrání (maturaci) a vývoje dětí nacházíme značné interindividuální rozdíly. Pro školní práci je potřebné, aby dítě uvažovalo logicky, na úrovni konkrétních logických operací. Přijatelná adaptace na školu vyžaduje určitý stupeň rozvoje a autoregulačních procesů. Dítě by mělo být schopné respektovat obecně významný motiv – povinnost.

Tato pojetí vychází z teorií vývojové psychologie, které vysvětlují, jak dítě dozrává ve své centrální nervové soustavě, ve svých mentálních schopnostech, vnímání, pozornosti, řečových a komunikačních dovednostech. Komunikační kompetence v období školní zralosti jsou popsány v následujícím textu.

V základních školách se zjišťuje školní zralost orientačně při zápisu do 1. třídy a v případě pochybností psychodiagnostickými metodami ve školských poradenských pracovištích. Na základě výsledků šetření nebo na žádost rodičů lze začátek školní docházky odložit, ve výjimečných případech uspíšit v souladu se zákonem č. 561/2004 Sb.

Pro zjišťování školní zralosti byly vytvořeny diagnostické testy, měřící úroveň školní zralosti, a to jednak jako testové standardizované nástroje pro psychology či speciálně pedagogické zkoušky a také vývojové škály pro speciální pedagogy, které se zaměřují na čtyři oblasti: na všeobecnou informovanost a intelektový výkon, komunikační kompetence, citovou a emoční zralost, sociální vyspělost.

Všeobecná informovanost a aktuální intelektový výkon je zjišťován prostřednictvím psychologických testů. Pedagogové ve školách se při zápisech obvykle u dítěte zaměřují na znalost svého jména, adresy, na znalost ročních období, základních barev, na znalost předmatematických pojmů, dále na znalost básničky či písničky, úroveň grafomotorických dovedností, orientaci dítěte ve slově – ve smyslu rozvíjející se sluchové analýzy a syntézy, případně i na rozvoj fonemického sluchu (první a poslední hláska ve slově nebo zda slovo obsahuje danou hlásku), dále na logickou úvahu při jednoduchém úkolu. Forma zápisů není jednotně daná a školy k ověřování znalostí dítěte a zjišťování sociální vyspělosti přistupují různě. Rizikem formálních zápisů jsou však případy, kdy žák je přijat do první třídy a v prvních měsících školní docházky je neúspěšný. Tento počáteční neúspěch má nebo může mít nepříznivý dopad, také může způsobit po celou dobu školní docházky nízký zájem o školu.

Komunikační kompetence. Školní úspěch závisí i na zásobě znalostí, které dítě získalo v předškolním věku, na bohatosti jeho slovní zásoby, počtu slov, které dítě aktivně užívá nebo jim pasivně rozumí. Na základě dříve prováděných výzkumů by průměrné sedmileté dítě mělo ovládat okolo tři tisíc slov. Komunikačními a sociálními kompetencemi se též zabývá dlouhodobě německý pedagog Záhme (2002, s. 181). Rozdíly mezi dětmi jsou v tomto směru obrovské, svědčící o rozdílně podnětném sociálním a kulturním zázemí rodiny, v níž dítě vyrůstá. Rozdíl je nejen ve slovní zásobě, ale i v jejím obsahu, upřednostňování určitých druhů slov, větné skladbě apod. Významný je v tomto věku i rozvoj artikulační obratnosti. Závažnější vady ve výslovnosti by měly být dětským lékařem zachyceny již v předškolním věku a dítě by mělo pravidelně navštěvovat logopedickou péči. Zde lze spatřovat právě

problematický přístup laické a někdy i odborné veřejnosti, že u dítěte v tomto období se posuzuje jen výslovnost a ostatní roviny jazykového vývoje jsou v pozadí.

Z hlediska foneticko – fonologické roviny, která zahrnuje fonetiku artikulační a akustickou a také fonologii, která zahrnuje práci s významovými zvuky a jejich spojování v systému jazyka, se názory na vymezení věku, kdy má být výslovnost bez nedostatků, různí (Klenková, 2006, s. 40). Odborníci se neshodují v názorech na vymezení věku, v němž můžeme ještě nesprávnou výslovnost pokládat u dítěte za fyziologický jev, a od jakého věku již máme nesprávnost výslovnosti považovat za vadu, tedy jev patologický. Určení tohoto věku je důležité pro včasnost logopedické intervenci. Někteří autoři vývoj výslovnosti limitují věkem 4 let (zejména speciální pedagogové a logopedi ve školství), jiní tuto hranici posouvají až do 7 let (zejména pediatri). Dnes je trend, aby dítě mělo ukončen vývoj výslovnosti do 5 let. V případě nesprávné či vadné výslovnosti v tomto věku je důležité zahájit logopedickou intervenci, aby při nástupu povinné školní docházky byla výslovnost dítěte v pořádku.

Z pohledu roviny lexikálně sémantické v období školní zralosti obecně předpokládáme, že slovní zásoba se zpřesňuje a význam slova se dostává do popředí. Toto se však odvíjí od prostředí, jeho podnětnosti, od vlastních zkušeností a individuálních dispozic předškoláka.

V morfologicko syntaktické rovině je řečový projev předškoláka posuzován dle schopnosti správně skloňovat a časovat, dále dle osvojování si mluvnických kategorií (rod, číslo, pád, jednotné a množné číslo). Posuzuje se stavba věty a užívání souvětí, kde nejprve nastupuje užívání souvětí souřadného a pak teprve podřadného (Říčan, Krejčířová, 1998). V 5 letech by řečový projev dítěte měl být srozumitelný a gramaticky správný. (srov. Říčan, Krejčířová, 1998, Klenková, 2006, Kucharská, Švarcová, 2004)

Pragmatická rovina zahrnuje v sobě využití řečových dovedností (i neverbálních) k sociální interakci, k vyjádření vlastních přání a pocitů adekvátně tomuto věku (Lechta, 2003). Dále zahrnuje schopnost provádět zadané instrukce a případně postupně i několik instrukcí ve správném sledu.

V době nástupu školní docházky je dobrá znalost vyučovacího jazyka důležitou podmínkou úspěšného zvládnutí výuky. Úroveň verbální komunikace je velmi důležitých faktorem podmiňujícím školní úspěšnost.

Citová a emoční zralost. Podle autorek Třesoňkové, Černé a Kňourkové (1990, s. 38) je citový vývoj předškolního dítěte nápadný bohatostí emocionálního prožívání prakticky ve všech aktivitách dítěte. Citové složky osobnosti dítěte předškolního věku se projevují ve všech oblastech psychického dění, ovlivňují jeho vnímání, hru i osvojování sociálních

návyků. Je v zájmu dítěte i rodičů rozvíjet co nejvíce kladné city, aby umožňovaly dítěti kladné city prožívat. Velmi důležitým zážitkem je radost z úspěchu ve hře, radost z poskytnuté pomoci i z pochvaly.

Pro práci ve škole musí být dítě emočně připraveno a motivováno, má mít kladný vztah k vyučujícímu i spolužákům, ale i ke škole. Musí mít pocit, že vše dobře zvládá, že je schopno mít nade vším kontrolu. Úspěch ve škole předpokládá emocionální stabilitu, značnou odolnost k frustracím a dovednost přijímat i případné dílčí neúspěchy. Přílišná citlivost, senzitivnost a hypersenzitivnost snadno vyvede dítě z míry. Strach, obavy, napětí a tréma svazují jeho výkonnost. Emočně by mělo být dítě stálejší než v předchozí vývojové etapě, kdy bylo charakteristické časté kolísání či střídání nálad, mělo by být schopno potlačit svou afektivitu. Mělo by umět regulovat svá přání, potřeby i chování. (Bruceová, 1996)

Sociální vyspělost. Na rozdíl od předchozích vývojových období, kdy je u dítěte zřejmá potřeba sociálního kontaktu především k dospělému, začíná se v průběhu čtvrtého a pátého roku projevovat tendence a potřeba spoluúčastníků při jeho činnostech (Zähme, 2002, s. 62). Zpočátku se to projevuje jedním společníkem při hře. Později si dítě začíná hrát s třemi i více dětmi. Postupně se vytvářejí déle trvající a pevnější dětská společenství, ve kterých se děti učí vzájemně respektovat. Dospělý je pro dítě předškolního věku vševědoucí a je proto využíván jako zdroj informací (Kuric, 2001, s. 179). Velkou úlohu zde sehrává jak rodina, tak kolektivní zařízení, kam dítě dochází. V nevýhodě jsou děti často nemocné a děti sociálně znevýhodněné. Obě tyto skupiny mají omezenou možnost stýkat se s vrstevníky.

3.2 Diagnostický proces školní zralosti a narušené komunikační schopnosti

Pro diagnostiku školní zralosti a narušené komunikační schopnosti jsou nejčastěji využívány informace (Tomická, Kucharská in Kucharská a kol., 2007) od všech možných souvisejících i participujících institucí.

V poradenském pracovišti se formuluje zakázka se zákonným zástupcem a mapuje se jeho postoj k odkladu školní docházky. Využívá se dostupné lékařské dokumentace, kterou obvykle přináší s sebou zákonný zástupce. Využívá se informací z jiných institucí či typů zařízení: zde se objevuje hodnocení z mateřských škol, ústavů sociální péče, klinických logopedů, pedagogicko psychologické poradny, hodnocení učitelů elementaristů, kteří prováděli zápis do prvních tříd, hodnocení sociálních pracovníků, speciálních pedagogů dys-center. Dále se doplňují informace od zákonných zástupců o vývoji dítěte, a to zejména k upřesnění výchozích dat a dalších informací k narušené komunikační schopnosti z pohledu rodiče,

například v čem je pro dítě narušená komunikační schopnost omezující a jaké obavy rodiče prožívají vzhledem k prognóze.

Na základě tohoto rozboru se pak lépe specifikuje diagnostický postup, rodiče dostávají informaci, jak bude diagnostický proces probíhat, jakým směrem bude zaměřen. V diagnostickém procesu školní zralosti jsou využívány následující metody. (Tomická, Kucharská in Kucharská a kol., 2007, s. 90)

Pozorování v průběhu vyšetření

Z hlediska cílené speciálně pedagogické diagnostiky se jeví tato metoda jako jedna ze zásadních i pro možnost pozorovat dítě v cílených podmínkách, jak uvádí Bonderer, (1990, s. 154). Logopedi se v praxi shodují na tom, že čím déle v této oblasti pracují, tím větší pozornost této metodě věnují. Pozorování je metoda velmi náročná a je třeba se jí učit nejlépe pod supervizí zkušeného kolegy.

Pozorování projevů dítěte probíhá během celého vyšetření i mimo ně při pobytu v prostorách speciálně pedagogického centra. Vyšetřující tedy může pozorovat dítě při rozhovoru, při řešení testových úloh, při hře, učení, i při interakci s rodiči. Na základě pozorování si můžeme klást otázky, na které nacházíme odpověď pomocí jiných metod – klinických (zejména rozhovoru), ale i metod testových. (Kucharská, 2007)

Ve speciálně pedagogických centrech se obvykle zaměřujeme na:

- *pozorování* přímé – stanovujeme si cíl a přizpůsobujeme si tuto metodu věku, navozujeme připravenou situaci, pomocí které zjišťujeme požadované údaje,
- *pozorování* nepřímé – obvykle u dětí, kteří nás ještě příliš neznají, a provádíme jej prostřednictvím rodičů – zákonných zástupců,
- *pozorování* situační – v prostředí skupiny, třídy, kdy dítě a žák netuší důvod naší návštěvy, případně při psycho-rehabilitačních pobytech.

Cílem pozorování u dětí s podezřením na narušenou komunikační schopnost je sledování:

Verbálních projevů (obsahová a formální stránka vyjadřování, četnost verbálních projevů, charakter verbalizace, mluvní apetit).

Neverbálních projevů (aktivita, motorické projevy, gestikulace, mimika, celkový vzhled, vnější upravenost, čistota, polykání a příjem potravy).

Sociálních projevů (navazování kontaktu, zájem o sociální kontakt, reakce na vrstevníky a dospělé, schopnost kooperace, dominantní a submisivní chování).

Citových projevů (živost, intenzita emočních reakcí, převládající nálada, emoční stabilita či vyrovnanost). (srov. Lechta, 2003, Mikulajová, Rafajdusová, 1993, Sovák, 1981, Vágnerová, 2008)

Záznamy z pozorování si vedeme v písemné formě (v průběhu pozorování či po ukončení). Používáme záznamové archy, hodnotící stupnice, případně volné zapisování. Zvolená forma se odvíjí od zvoleného typu a cíle pozorování (Strassmeier, 1996). V případě písemného záznamu v průběhu pozorování je nutné na tuto skutečnost klienta upozornit, aby nedocházelo ke vzniku obav. Je možné podpořit pozorování užitím technických prostředků – můžeme využít videozáznamů, diktafonů se souhlasem zákonných zástupců či dospělých klientů. U těchto záznamů je výhodou možné opakování a rozbor situace s rodičem či odborníky.

Rozhovor

Diagnostický rozhovor je postaven na dotazování, které je součástí interakce dvou lidí (vyšetřujícího a dítěte, vyšetřujícího a rodiče/zákonného zástupce). Často je to vedle pozorování jediná možná metoda pro další diagnostický postup. V ojedinělých případech využíváme v diagnostice psanou řeč.

Rozhovor je směřován vždy k cíli šetření, měl by přinést vyšetřujícímu dostatečné množství informací pro posouzení vyšetřovaného dítěte ve všech rovinách českého jazyka.

Využíváme nejčastěji rozhovoru řízeného i neřízeného, vždy záleží na stanoveném cíli rozhovoru (Klenková, 2000, Lechta, 2003). Cíl diagnostického rozhovoru koresponduje s formulovanou zakázkou. Podle stanoveného cíle pak klademe uzavřené či otevřené otázky. Podobně jako pozorování, je i rozhovor náročnou metodou. Musíme vědět, na co se máme ptát, kdy se máme ptát a jak se máme ptát. Nezbytným předpokladem je vytvoření důvěry mezi vyšetřujícím a klientem/rodičem či zákonným zástupcem.

Diagnostické oblasti rozhovoru:

Rozhovorem s dítětem můžeme zjistit, jaký je soulad mezi porozuměním řeči a řečovými dovednostmi – aktivním mluvením dítěte, jak dítě řeči rozumí a jakou má slovní zásobu, zda je jeho slovní zásoba srozumitelná i navenek, zda slovní zásoba koresponduje s gramatickou správností řeči, jaká je plynulost řeči, jak dítě vybavuje jednotlivá slova, s jakými prodlevami, zda je pohotové nebo dlouho daný termín hledá, jak spojuje slova do vět, jaká je gramatická správnost řeči a jazyková bohatost vyjadřování, jaký je mluvní apetit aj.

Záznamy rozhovoru si vedeme písemnou formou současně při rozhovoru nebo po skončení, jak uvádí Vágnerová, Klégrová, (2008, s. 34), není ale vhodné písemné záznamy příliš

oddalovat. Můžeme využít nahrávky (vždy se souhlasem zákonného zástupce či dospělého klienta). Výhodou nahrávky je opět pro nás možnost vrátit se k odpovědi klienta.

U rozhovoru je nutné vždy dodržet úvodní část, kterou využíváme k navození klidné atmosféry pro rozhovor a důvěry klienta k pracovníkovi speciálně pedagogického centra. V hlavní části rozhovoru se zaměřujeme na konkrétní zjištění, korespondující s typem problémů i věkem klienta. V závěrečné části bychom měli zhodnotit dosažení cíle rozhovoru a zformulovat závěry zjištění.

Anamnéza a anamnestický rozhovor

Údaje anamnestického charakteru získáváme pomocí autoanamnézy, heteroanamnézy, studiem dokumentace.

Anamnestickým rozhovorem získáváme informace o vývoji dítěte, žáka či klienta a údaje o rodičích a sourozencích. Tento rozhovor zaměřuje na informace směřující ke zjištění příčin narušené komunikační schopnosti. Z anamnestických údajů můžeme usuzovat, zda neuropsychický vývoj klienta byl přiměřený fyzickému věku, či zda byl opožděný nebo akcelerovaný. Objektivita anamnestických údajů se zvyšuje vzájemným srovnáním s výsledky dalších psychodiagnostických metod.

Anamnestický rozhovor vedeme obvykle s rodiči – zákonnými zástupci, kteří by měli být informováni o zacházení s uvedenými daty v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Uskutečněným rozhovorem zjistíme stav výslovnosti rodičů, či jaká je vyjadřovací schopnost rodičů a do jaké míry mají povědomí o vývoji dítěte, což je pro nás velmi podstatné také vzhledem k tvorbě individuálních logopedických plánů a nastavení další logopedické intervence.

Anamnestický rozhovor z hlediska rodiny provádíme velmi citlivě. Tento rozhovor je závislý na typu zakázky, například u pětiletého dítěte s vadnou výslovností hlásky R a s velmi dobrou úrovní ve vyjadřování je pro nás vybavenost domácností hračkami a dětskými publikacemi nepodstatná a nebudeme ji ani klást. Ale velmi podstatné je vědět, kdo s dítětem bude provádět nápravu, zda jeho výslovnost hlásky R je bezchybná. Dále je nezbytné vědět, jaké jsou jeho časové možnosti, neboť logopedická cvičení bude nutné provádět doma každý den.

Z hlediska **osobní anamnézy** sledujeme s ohledem pro podezření na narušenou komunikační schopnost nejčastěji oblasti celkového vývoje dítěte od jeho početí (Tomická in Kucharská a kol., 2007):

- zda bylo těhotenství plánované a chtěné, zvláštnosti průběhu těhotenství – rizikovitost, medikace, omezení pohybu matky a jiné,
- zvláštnosti průběhu porodu – asfyxie, doba a průběh porodu, zásahy do porodu apod., čas porodu – před termínem, v termínu, po termínu,
- porodní váha a míra,
- kojení a délka kojení (velmi důležité u myofunkčních poruch a hypotonie mluvidel) (Kittel, 1999),
- zda dítě sálo,
- zda nebyla zjištěna podjazyková uzdička,
- zda mělo dítě dudlík a jak dlouho (ovlivňuje stav skusu, motoriku jazyka apod.),
- zda proběhly a kdy proběhly fáze sedu bez opory, lezení a chůze (porovnání motorického vývoje),
- jak proběhlo osvojování si hygienických návyků,
- jak dítě spí (otevřená ústa – např. příčinou adenoidní vegetace),
- vývoj hrubé a jemné motoriky a grafomotoriky dle věku, upřednostňování levé či pravé ruky v kreslení či činnostech (přecvičování – může mít vliv na dysfluenci v řeči, či nechuť k psaní...),
- adaptace na kolektiv.

Z informací o vývoji řeči se zaměřujeme zvláště k výstupním komunikačním kompetencím v období školní zralosti v návaznosti na předchozí stádia vývoje a narušenou komunikační schopnost. Anamnestický rozhovor nám také může naznačit, jaké má dítě postavení v rodině, jak je hodnoceno rodiči či sourozenci, ke komu má bližší vztah (Zähme, 2002, str. 47). Zjišťujeme, zda je dítě podceňováno či přeceňováno v hodnocení rodičů, což může mít vliv i na úzkostnost ve verbálních projevech dítěte. Je důležité pozorovat projev a tempo mluvy rodičů, zda se dítě má vůbec šanci verbálně vyjádřit např. v početnějších rodinách, nebo u dominantních rodičů se zrychlenou a velmi hlasitou mluvou apod.

Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření je vedeno s cílem postihnout dosaženou úroveň vývoje rozumových schopností, postihnout osobnostní zvláštnosti, případně vyjádřit se ke kvalitě rodinného prostředí. Psychologické vyšetření může významně, kromě jiných zdrojů – např. lékařského vyšetření – napomoci diferenciální diagnostice vad řeči a narušených komunikačních schopností. Umožňuje odlišit řečové problémy, které jsou primární od symptomatických, doprovázejících jiné poruchy (např. autistickou poruchu, mentální postižení, sluchové postižení, výchovné zanedbání dítěte apod.) Může být také významně přínosné pro diferenciální diagnostiku „uvnitř“ samotných vad řeči a komunikace (např. typ vývojové dysfázie). (Lechta, 2002)

Základem je vyšetření inteligence, ve kterém se využívají jednodimenziální (zpravidla neverbální) i vícedimenziální testy inteligence. Ty mají obvykle verbální a neverbální část a je běžné, že verbální schopnosti jsou u dětí s narušenými komunikačními schopnostmi na nižší úrovni než schopnosti názorové. Proto nemůže být diagnostika postavena pouze na verbálních testech.

Při analýze výsledků posuzujeme diskrepanci mezi rozumovými schopnostmi a dosaženým stupněm vývoje řeči (v běžné populaci zpravidla mentální a řečový vývoj jde „ruku v ruce“ nebo se jen mírně odlišuje), sledujeme rozdíly mezi verbálními i neverbálními schopnostmi, posuzujeme dílčí diskrepance v rámci dosažených výsledků, provádíme analýzu profilu, všímáme si verbálních subtestů – zejména slovníkových, subtestů zaměřených na verbálně pojmové myšlení a verbální paměť – vždy ve vztahu k použitému testu inteligence a věku dítěte.

Konkrétní diagnostické nástroje užívané v psychologické, speciálně pedagogické a logopedické diagnostice školní zralosti jsou uvedeny v kapitole 2.2.

Poruchy řeči mohou dítěti přinášet problémy v sociálním kontaktu a komunikaci. Je proto nezbytně nutné, aby byla postižena také komorbidita s emočními problémy, které mohou vady řeči doprovázet. Dlouhodobá frustrace z důvodů komunikačních obtíží může přinášet strach z mluvení – logofobii (Preiss, 1998). Psychologické vyšetření se proto také zaměřuje na otázku prožívání vad řeči, ale i na osobnostní charakteristiky klienta – na emoční ladění, labilitu a úzkostnost, sebepojetí, známky depresivity.

Důležité je znát prostředí a vazby v rodině, neboť mohou významně dítě ovlivňovat (Vítková, 1992). Některé problémy mohou přímo s rodinou souviset – například dlouhodobé nároky na dítě, nepříznivé rodinné vlivy (koktavost, mutismus). Jindy je zase nutné doplnit vyšetření o diagnostiku rodinného prostředí z hlediska navazujících intervencí – zda budou rodiče schopni

participovat na úpravě problému, zda by nebylo vhodnější zařazení do speciální školy a jiná řešení.

Diagnostika rodiny si zpravidla všímá kvality rodinného prostředí, přiměřených vztahů mezi rodiči a dětmi, sourozenci, výchovných stylů, postojů rodičů k dítěti, rodičovských ambicí a aspirací, které mohou být někdy „spouštěčem“ problémů v řeči. Psycholog pak v komplexu s anamnestickými údaji, závěry svého vyšetření a závěry ze speciálně pedagogického a logopedického šetření vyslovuje diagnostický závěr ke školní zralosti dítěte a tedy se vyjadřuje k odkladu školní docházky.

Speciálně pedagogické šetření školní zralosti a logopedické vyšetření

Zahrnuje obvykle šetření fyzické, psychické, pracovní, emocionální a sociální zralosti. Výstupem speciálně pedagogického šetření školní zralosti je závěrečné zpráva či hodnocení pro zákonné zástupce, kde se vyjadřujeme, zda je již dítě připraveno po všech stránkách na školní zátěž. Speciální pedagog sleduje zejména tyto oblasti:

Fyzickou zralost: tělesný vývoj, zdravotní stav, zdatnost, odolnost proti únavě. Fyzická zralost souvisí s maturací centrální nervové soustavy (Vágnerová, 1996), která má vliv na reaktivitu, stabilitu dítěte vůči zátěži a schopnosti podřídit se režimu školy.

Rozumovou vyspělost, která ovlivňuje procesy zrání a učení. Zde speciální pedagog sleduje grafomotorické dovednosti (držení tužky, uvolněnost ruky, nápodobu předepsaných tvarů, kresbu) a jemnou motoriku ruky. V oblasti matematických schopností sleduje orientaci dítěte v předmatematických pojmech (více, méně, přidej, uber, nad, pod, za, vedle apod.), orientaci v číselné řadě do 5, dále sleduje znalost základních geometrických tvarů a dovednost určovat shodné tvary a rozlišit tvary zrcadlové. Speciální pedagog mapuje schopnost orientace v prostoru, pravolevé orientace a směrové orientace. V oblasti jazykových dovedností – mapuje slovní zásobu a orientaci v nadřazených pojmech. Určování první hlásky či slabiky ve slově, zda slovo obsahuje danou hlásku či nikoliv. Zjišťujeme znalost písní a básní přiměřených věku tomuto věku. Zajímá se při rozhovoru s dítětem o výslovnost hlásek, zkoumá úroveň fonemického sluchu. Sleduje při popisu obrázku či vyprávění příběhu výbavnost pojmů u dítěte schopnost řadit děj dle časové posloupnosti.

Sociální zralost a emoční zralost – dítě by mělo být připraveno zvládat náročné situace spojené se školou, adaptovat se na nové prostředí, vydržet delší dobu mimo rodinu, plnit instrukce, spolupracovat ve skupině, unést případný dílčí neúspěch. Speciální pedagog sleduje jeho motivaci při zadávání dílčích úloh, schopnost jejich dokončení, jeho vyrovnanost (přecitlivělost, plačtivost). K tomuto šetření speciální pedagog využívá diagnostické nástroje

(viz kapitola 2.2). V práci uvádíme názvy diagnostických nástrojů nejčastěji užívaných v běžné praxi ve speciálně pedagogických centrech, tak jak bylo uvedeno ve výstupech z projektového úkolu provedeným Institutem pedagogicko psychologického poradenství České republiky a Ústavem pro informace ve vzdělávání a zpracováno v publikaci *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. (Kucharská a kol., 2007)

Vzhledem k nedostatku psychologů ve školských poradenských pracovištích a zároveň i pro jejich velkou vytíženost problémy zejména žáků školního věku, šetření školní zralosti obvykle provádějí speciální pedagogové. Šetření školní zralosti se provádí ve Speciálně pedagogických centrech obvykle jednorázově, což shora zmiňovaný projekt potvrdil.

Speciální pedagogové pracují nejčastěji s **Orientačním testem školní zralosti** (Jirásek, 1970), **Reverzním testem** (Edfeldt, 1968), **Zkouškou laterality** (Matějček, Žlab, 1972), zkouškou **Artikulační neobratnosti a specifických asimilací** (Matějček, 1995) a pod supervizí psychologů na svých pracovištích používají dále **Kresbu postavy** (Šturma, Vágnerová, 1982), **Barevné progresivní matice** (Raven, 1984). Další uvedené testy jsou pak využívány speciálními pedagogy po uplynutí odkladu školní docházky, případně s časovým odstupem u dětí bez odkladu školní docházky, kteří ale obvykle v mezidobí před nástupem do školy pracují dle individuálního logopedického a vzdělávacího plánu.

Výsledky těchto zkoušek i testů se doplňují o shora uvedené oblasti a porovnají se s anamnestickými údaji. Jsou podkladem pro vyslovení závěru.

Pokud speciálně pedagogické šetření provádí speciální pedagog s kvalifikací logopeda (což je ve Speciálně pedagogických centrech pro narušenou komunikační schopnost nezbytné, ale není tomu tak v ostatních Speciálně pedagogických centrech a ani Pedagogicko psychologických poradnách), může využít ještě další logopedické diagnostické nástroje.

Nejčastěji používané diagnostické nástroje využívané v logopedické praxi.

Jak již bylo naznačeno, speciální pedagogové a tedy i logopedi mají méně diagnostických nástrojů než psychologové. Níže uvádíme diagnostické nástroje dostupné pro logopedy ve školství. Pouze Heidelberský test cíleně směřuje do jazykových rovin. V současné době stále nejsou vytvořeny normy pro českou populaci. Test je již několik let stažen z trhu a není ani nabízen pro proškolení a zacvičení logopedů v tomto testu.

- **Obrázkovo–slovníková zkouška** (Kondáš, 1972)

Je zkouškou, která stanovuje aktuální stav *aktivní slovní zásoby* v daném věku. Zjišťuje slovní zásobu a pohotovost ve vybavování pojmů. Nejčastěji se používá při šetření školní zralosti, pro toto věkové období jsou k dispozici normy. Je však sporné, zda jsou normy vzhledem k době vzniku zkoušky ještě validní. U této zkoušky by bylo vhodné změnit grafiku obrázků, nahradit některé pojmy jinými (například dnešní děti nemusejí znát káru, skútr).

- **Artikulační neobratnost a specifické asimilace** (Matějček, 1995)

Je orientační zkouškou pro zjištění *obratnosti mluvidel při vyslovování* slov ko-artikulačně náročných. I když se zpravidla užívá u dětí školního věku, může být zkouška využita již v předškolním věku.

- **Verbální dyspraxie** (Dvořák, 2003)

Tyto zkoušky odhalují *motorickou dovednost a schopnost vyslovovat hlásky a slabiky* v určitých ko-artikulačních spojeních a ve slovech. Zkoušky nejsou standardizovány.

- **Heidelberský test vývoje řeči** (Grimmová, Schöler, Mikulajová, 1997)

Tento test zjišťuje stav *vývoje řečových schopností* u dětí od 3 do 9 let a je podkladem pro diagnostiku dysfatické poruchy řeči. Test je mnohými kolegy vnímán jako perspektivní, proto by si zasluhoval stanovení norem pro naši populaci.

- **Zkouška jazykového citu** (Žlab, 1992)

Zkouška je zaměřena na děti předškolního a na školního věku (do 11 let). Zkoušky jsou zaměřeny na *impresivní a expresivní oblast řeči*. Zkouška má původní normy vzešlé ze standardizace.

- **Zkouška sluchové diferenciaci** (Matějček, 1987)

V této zkoušce sluchové diferenciaci dítě poznává ve dvojicích nesmyslných slov slova shodná a neshodná. Ve výsledku pak sledujeme úspěšnost. Zkouška nemá normy, neúspěšně bývají děti nezralé, mentálně postižené, děti s podezřením na specifickou symptomatologii. Selhávat mohou i děti se specifickými poruchami řeči.

- **Orientační logopedické vyšetření** (Tomická, 2004)

Orientační logopedické vyšetření sleduje v jednotlivých zkouškách např. oslabení v motorice mluvidel, ve sluchovém rozlišování, zrakové percepci, verbální paměti, laterality a mapuje stav vývoje řeči (nejen ve výslovnosti jednotlivých hlásek) s promítnutím do jazykových rovin. Cílem je pomoci logopedům při diagnostice dyslalie a také jim pomoci ke komplexnímu

přístupu v diagnostice narušené komunikační schopnosti a k určení dalšího směru spolupráce logopeda s dalšími odborníky. Není standardizováno.

V logopedické diagnostice narušené komunikační schopnosti vycházíme z postupu diagnostiky, který je směřován k cíli diagnostiky ve speciálně pedagogickém centru pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností:

- *diagnostikovat narušený vývoj řeči,*
- *určit typ, rozsah a stupeň narušeného vývoje řeči,*
- *na základě výsledků šetření sestavit intervenční program,*
- *sledovat změny v dlouhodobém vedení dítěte,*
- *zhodnotit narušenou komunikační schopnost v celkovém obrazu výsledků šetření školní zralosti.*

Prohloubené logopedické vyšetření provádí speciální pedagog – logoped. Logoped vychází z již získaných dat o klientovi – z pozorování, z rozhovoru, případně z psychologické diagnostiky. Dosažené údaje konfrontuje s vlastním zjištěním a diagnostikou.

Pokud dítě nebylo vyšetřeno logopedicky na jiném pracovišti, obvykle při zakázce od 2–6 let, můžeme využívat Orientačního logopedického vyšetření (Tomická, 2004), které se skládá z těchto orientačních logopedických zkoušek. **Sluchová zkouška**, jejímž cílem je zjistit, zda dítě dobře slyší, respektive potvrdit nebo vyloučit sluchovou vadu (viz příloha č. 4). Předpokladem správné artikulace je dobrý sluch. **Vyšetření mluvidel** – cílem této zkoušky je zjistit případné orgánové změny na mluvidlech – tedy potvrdit nebo vyloučit orgánové postižení. **Zkouška dýchání a dechové ekonomie při mluvě** – cílem této zkoušky je zjistit, jaká je dechová ekonomie dítěte, který typ dýchání převládá a jaká je síla výdechového proudu. **Zkouška motoriky mluvidel** – cílem zkoušky je zjistit pohyblivost všech částí mluvidel podílejících se na artikulaci hlásek. **Artikulační obratnost**, cílem zkoušky je zjistit artikulační obratnost dítěte, zvláště objevují-li se v řeči dítěte přesmyky slabik, vypouštění hlásek, směšování hlásek atd. **Vyšetření fonemického sluchu** – cílem této zkoušky je zjistit, zda je u dítěte dostatečně rozvinutá fonemická diference hlásek, zda již dítě rozlišuje správně jednotlivé hlásky, a je tedy schopno rozlišit správné a nesprávné znění hlásky. **Vyšetření výslovnosti** – cílem vyšetření je zjistit, které hlásky dítě nevyslovuje vůbec, které hlásky nahrazuje jinou hláskou, které hlásky vyslovuje vadně. Výslovnost všech hlásek sledujeme vždy na začátku, uprostřed a na konci slova. Výslovnost hlásky pak v dalších zkouškách řečového projevu sledujeme v celkovém kontextu. **Vyšetření slovní**

zásoby – cílem zkoušky je zjistit, zda slovní zásoba dítěte odpovídá jeho věku. Tuto zkoušku můžeme provádět samostatně, nebo ji začleníme do zkoušky řečového projevu. Rozhodujeme se podle výsledků předchozích zkoušek. **Zkouška řečového projevu** – cílem zkoušky je zjistit, na jaké úrovni je řečový projev dítěte z pohledu roviny foneticko–fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko-syntaktické, pragmatické. Jedná se o zjištění úrovně zvukové stránky řeči, o to, zda vyvozené hlásky dítě správně užívá, jaké slovní druhy dítě užívá, jak vypadá stavba věty, zda dítě již tvoří souvětí. Dále sledujeme, zda se neobjevují přesmyky slabik, agramatismy, zda dítě dobře rozumí pokynům a jak používá řeč ke komunikaci s vrstevníky a dospělými. Jak se dovede vyjadřovat o svých pocitech, přáních. **Zkouška verbální sluchové paměti** – zkoušku verbální paměti provádíme s cílem ověřit si schopnost dítěte zapamatovat si pojmy, vybavit si pojmy, udržet je v paměti (přiměřeně věku), zapamatovat si větu o určitém počtu slov, udržet ji v paměti a reprodukovat ve stejném slovosledu. **Zkouška zrakové percepce** – cílem této zkoušky je zjistit, jak je rozvinutá schopnost zrakového vnímání k věku dítěte. **Zkouška vyšetření laterality** – cílem této zkoušky lze zjistit, kterému z párových orgánů dává dítě přednost. Pro naše účely postačí zkouška ruky a oka, které se v součinnosti s centrální nervovou soustavou podílejí na převodu verbálního projevu do písemné formy.

Na základě dílčích diskrepancí je možné následně jednotlivé diagnostické oblasti ještě více diagnosticky „ošetřit“ jinými diagnostickými přístupy – např. použitím jiných standardizovaných testů nebo nestandardizovaných zkoušek, které se ale běžně v diagnostice užívají. Řada těchto nástrojů je postavena na klinické zkušenosti při posuzování dané oblasti (např. se uplatňuje vývojový přístup nebo je znám přibližný věk, ve kterém by si dítě mělo danou dovednost osvojit). Další diagnostické nástroje pro předškolní věk a narušenou komunikační schopnost v souvislosti se školní zralostí jsou uvedeny v příloze č. 5.

Pro potřeby disertační práce bylo využito částečně Orientační logopedické vyšetření (Tomická, 2004) a některé zkoušky tohoto šetření byly vypuštěny vzhledem k výzkumnému cíli. Jedná se o zkoušku zrakové percepce a laterality. Při využití této metody se jedná o prohloubení diagnostického procesu v šetření školní zralosti, při kterém logoped mapuje narušenou komunikační schopnost v jazykových rovinách. Některé zkoušky by se překrývaly se zkouškami použitými již v šetření školní zralosti, což by bylo zatěžující pro respondenty, proto tyto zkoušky nebyly znovu provedeny, ale byly nahrazeny jinými.

Pro přehlednost se jedná o tyto zkoušky:

Zkouška slovní zásoby je běžně v šetřeních školní zralosti realizována diagnostickým nástrojem Obrázkovo-slovníková zkouška. V logopedickém šetření byla nahrazena **Zkouškou**

jazykového citu (Žlab, 1992). Zkoušky u fonemického sluchu v logopedickém šetření byly nahrazeny **Zkouškou sluchové diferenciaci**. (Matějček, 1987)

Diagnostický závěr

Ve školní zralosti stanovuje obvykle speciální pedagog nebo psycholog po týmové dohodě diagnostický závěr. Vyjadřují se k nástupu dítěte do školy, případně k odkladu školní docházky a ke stavu narušené komunikační schopnosti.

Diagnostický závěr obsahuje vyjádření pro zákonné zástupce. Závěr musí být jasně formulovaný a srozumitelný. (Vágnerová, Klégrová, 2008, s. 40)

Dále jsou tyto závěry poskytnuty rodiči řediteli příslušné základní školy. Závěry zahrnují v celkovém vyjádření sociální zralost a oblast školní připravenosti z hlediska vědomostí, dovedností a návyků. Komunikační schopnosti pak prolínají oběma těmito oblastmi.

Narušená komunikační schopnost je u dětí velmi často důvodem k odložení školní docházky a jako taková bude zkoumána ve výzkumné části této práce.

Při diagnostickém procesu školní zralosti často psycholog s logopedem shledává děti s narušenou komunikační schopností v riziku vývojových poruch učení. V tomto případě se doporučuje zákonným zástupcům, aby jejich dítě prošlo další zpřesňující diagnostikou a byla zahájena preventivní reedukační cvičení pro zmírnění dopadu této diagnózy, případně by došlo včasnou intervencí ke kompenzaci avizovaných obtíží.

3.3 Rizika a úskalí diagnostiky

Vzhledem k možnostem speciálně pedagogického centra spolupracovat s dalšími odborníky ve školství, ale i ve zdravotnictví, nespátřujeme v diagnostice oblast, která by pro nás byla nedostupná. Jako úskalí můžeme vnímat, pokud by se tým odborníků speciálně pedagogického centra (psycholog, logoped, speciální pedagog) této spolupráci vyhýbal.

Z hlediska diagnostiky narušené komunikační schopnosti by nesprávná diagnostika měla nebo mohla mít velmi závažné důsledky pro klienta. V diagnostice je nutné dodržet co nejobjektivnější posouzení narušené komunikační schopnosti bez ohledu na časovou náročnost. Je nutné, aby i v logopedické diagnostice byly používány v maximální míře standardizované nebo alespoň standardně užívané metody a techniky. V této oblasti zaznamenáváme problémy zejména v dostupnosti standardizovaných diagnostických nástrojů, které by postihovaly řeč, jazykové dovednosti i komunikační schopnosti dětí. (Kucharská a kol., 2007)

Vyšetření dítěte s narušenou komunikační schopností je náročné, protože běžný kontakt mezi klientem a vyšetřujícím, ale i spolupráce, je zajišťována řečí. Při logopedické diagnostice narušené komunikační schopnosti se dítě musí stimulovat, provokovat k souvislému mluvnímu projevu tak, aby se nezkresleně projevila skutečná komunikační schopnost ve všech dimenzích. Každou metodu, techniku je třeba aplikovat z aspektu tohoto cíle.

Úskalí je možné i sledovat v tom, že se v diagnostice příliš zaměřujeme jen na narušenou komunikační schopnost, ale v komplexním pohledu musíme vidět i osobnost jako takovou (Bundschuh, 1992, s. 182). Tím se vyhneme subjektivnímu hodnocení na první dojem a „haló efektu“ (nehodnotit na základě jednoho nápadnějšího znaku) a dále jednostrannosti a neúplnosti informací (první setkání neumožňuje vyvodit patřičné závěry, nehodnotit jen podle jednoho bodového – testového měření).

V logopedické diagnostice se stále častěji prosazuje prolínání procesu diagnostiky a terapeutického procesu. Proto je nutné provádět i průběžnou diagnostiku, a to zvláště u dětí v raném věku, kdy ještě nelze přesně stanovit definitivní diagnózu. Zde se tedy spíše jedná o diagnostickou stimulaci a stimulační diagnostiku. Mezi diagnostikou a terapií nemusí být striktně vymezená hranice – diagnostické postupy mohou mít někdy i terapeutický efekt a naopak. (Lechta, 2005)

Ještě více bychom si měli všimnout dětí v předškolním věku, jejichž narušený řečový vývoj nemusí mít podobu výrazných dysfatických obtíží, ale dítě vykazuje výrazná oslabení ve vyjadřování, ve vybavování pojmů, ve verbální paměti. I tyto děti jsou ohroženy ve školní úspěšnosti. V zahraničí je dnes zdůrazňována efektivita preventivních stimulačních programů (Rvachew, 2010, s. 36) u dětí v předškolním věku, které jsou zaměřeny na rozvoj v jednotlivých rovinách řeči a které mohou mít podobu prevence specifických poruch učení, neboť zpravidla na problematický řečový vývoj v předškolním věku „nasedá“ problémový vývoj v oblasti školních dovedností, zejména při čtení a psaní. Logopedická péče by měla být proto pro děti dostupná, a to zejména v předškolním věku. Rodiče, pedagogové a lékaři by neměli i méně výrazné obtíže v řečovém vývoji bagatelizovat slovy „ono z toho vyroste“.

Zároveň stále přibývá v posledních letech dyspraktických dětí a žáků, kteří mají výraznější obtíže. V současné době diagnostikovanou dyspraxií u žáků (Dvořák, 1998) upozorňujeme pedagogy na další související obtíže, které nedovolují podávat žákům optimální výkon ve výtvarné, pracovní a tělesné výchově. Záměrně toto uvádíme u Speciálně pedagogických center pro děti a žáky s narušenou schopností komunikace – pro souvislost dyspraxie s verbální dyspraxií.

Z hlediska pohledu diagnostického procesu na nejčastější zakázky ve Speciálně pedagogických centrech pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností by bylo vhodné pro zkvalitnění speciálně pedagogické – logopedické diagnostiky se zaměřit na raný a předškolní věk (vytvořit podrobné vývojové škály v oblasti vývoje řeči a komunikace). Dále vytvořit jednotné obrázkové soubory (1 obrázek na kartě) pro děti ve věku tři – čtyři – pět let při zjišťování slovní zásoby, sjednotit situační obrázky pro děti ve věku tři – čtyři – pět let a s hodnocením, jak by měl řečový projev zhruba vypadat v daném věku (například kolika slovná věta – jaké slovní druhy by již dítě – žák měl užívat, případně i stanovit návodné otázky logopeda pro zadaná zjištění).

Totéž vytvořit u dějových obrázků pro dítě ve věku tři – čtyři – pět – šest let, tedy jednotné dějové seriály o různém počtu karet v sérii podle věku dítěte s vyhodnocením, se stanovenou instrukcí logopeda či provokujícími otázkami a s uvedením modelové situace.

Jistě by stálo za úvahu vytvořit diagnostický postup či škálu pro sledování aktuálního stavu ve vývoji pragmatické roviny u dítěte tří – čtyř – pěti – šestiletého. Jaké jsou komunikační záměry dítěte, jak dovede vyjádřit své pocity, svá přání, jak vede dialog.

Tyto diagnostické postupy si každý logoped vytváří sám – zpravidla na základě konfrontace údajů z literatury, případně se opírá o vytvořený postup v daném speciálně pedagogickém centru.

U diagnostiky školní zralosti by bylo vhodné upřesnit postupy – v jakém sledu u dětí používat testy a zkoušky, které jsou nezbytně nutné vždy nebo které by měly být závazné a které jsou již jako doplňující a jsou jen doporučené (Tomická, Kucharská in Kucharská a kol. 2007). Někdy se totiž setkáváme s příliš velkou „ochotou“ zařazovat další a další diagnostické metody, aby byl doporučovaný odklad školní docházky obhájen. Přitom není nutné dítě takto podrobně dítě „vyšetřovat“, bylo by vhodnější ušetřený čas věnovat rozvoji či nastavení doporučení.

4 Podpora integraci a inkluzivnímu vzdělávání

Podpora integraci a inkluzi pro nás v nejširším slova smyslu znamená: vytvořit ve školském systému rovné vzdělávací příležitosti pro všechny. Do jaké míry je tato skutečnost naplňována vypovídá řada studií. Výsledky však ukazují, že vzděláním je spíše potvrzována existující nerovnost ve společnosti (Giddens, 1980, s. 423). Nejrozšířenější sociologickou studií je práce z 60 let Jamese Colemana z USA, která dokladuje, že sociální prostředí a rodinné zázemí má zásadní vliv na výsledky dítěte ve škole a na jeho další profesní dráhu. Autor dokazuje, že i když nelze podcenit vliv prostředí školy, není pro úspěšnost žáka tak významný jako právě domov, rodina, sousední prostředí, vrstevnické prostředí a všechny tyto podstatné vlivy a vztahy konfrontují žáka při vzdělávání a po ukončení vzdělávání (Coleman, 1966, s. 325). Jako odezva na tuto studii pak navazují další práce sociologů a i pozdější práce tohoto autora zabývající se posílením školního prostředí ve smyslu zlepšení sociálního klimatu a zlepšení vzdělávacího procesu, zlepšení spolupráce školy a rodiny. (Coleman, 1974)

Rabušicová (1991, s. 19) uvádí Bersnteinův pohled na požadavky školy: *Škola požaduje, aby děti komunikovaly způsobem, kterému všichni porozumí. Ti, jejichž komunikace je omezená kódem (viz kap. 1), nejsou dost dobře schopni uplatnit své zkušenosti z prostředí školy a transformovat je do rozvinutého jazykového kódu, takže děti z nižšího sociokulturního (dle Bernsteina dělnické třídy) prostředí jsou znevýhodněni u učitelů i spolužáků, protože jejich mluvený a písemný projev je nekompletní, neadekvátní, nesrozumitelný. Tato jazyková bariéra pak může vyvolávat řadu nedorozumění. Pro pedagoga je běžné přesně verbalizovat postoje a pocity, pokud toho není schopen žák, může být mylně považován za necitlivého a chladného, případně jeho omezený kód může v interakci s pedagogem působit drze až agresivně. Děti z „dělnické třídy“ – nižšího sociokulturního prostředí se obvykle nemohou propracovanému kódu střední vrstvy naučit tak, že se budou učit jeho slovník. Ve skutečnosti jej totiž znají, ale nemohou jej užívat, protože neodpovídá jejich způsobu života, je pro ně příliš abstraktní, založený příliš na individuálních rozdílech, implikují jiné sociální role a vztahy.*

V našich podmínkách nebylo možné před rokem 1989 vést diskusi o rovnosti či nerovnosti šancí, neboť v principu socialistického státu byl dán jednoznačný princip „vzdělání pro všechny“. V období 90. let pak nastupují snahy poskytnout vzdělání všem dětem a neumožnit již dále „zbavovat vzdělavatelnosti“ nebo „osvobodovat od povinné školní docházky“ děti s mentálním či kombinovaným postižením. V procesu školního vzdělání pak přicházejí převratné změny ve školní integraci.

Školní integraci lze dle Vítkové (2003, s. 11) chápat jako prostředek k dosažení sociální integrace. Ta může být chápána jako adekvátní socializace integrujícího se jedince do reality. Základním právem člověka s postižením je právo na vzdělání a rovnost šancí. Integrativní snahy vychází z analýzy OECD (1994). Zde jsou popsána čtyři paradigmatu postižení, která jsou chápána jako modely péče o postižené jedince:

Model medicínský: vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což vede k medicínsky orientované péči. Cílem je léčba postižení (respektive defektu). Integrace znamená přijetí do běžné školy po předchozím vyřazení ze speciální školy. Toto pojetí nevyžaduje změnu školského systému, nýbrž předpokládá, že se žák přizpůsobí stávající školské struktuře.

Model sociálně patologický: příčiny integračních obtíží jsou sociální povahy. V centru stojí otázka socializace a diskriminace podmíněná postižením. Postižení jsou v tomto smyslu sociálně nepřizpůsobiví jedinci a musí se pomocí speciální terapie adaptovat a normalizovat. Nevyžaduje to také změnu školského systému, nýbrž sociální přizpůsobení jedince tomuto systému.

Model prostředí: řeší otázku, jak se má škola změnit ve prospěch postižených žáků. Tomu odpovídá školská reforma, která poskytuje diferencované nabídky všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb. To vyžaduje jak optimální materiální a personální vybavení, tak vytvoření sítě speciálních a základních škol. Přednost tohoto modelu spočívá především v mimoškolní oblasti, tedy v oblasti sociální. Flexibilní částečná integrace je považována za dobrý kompromis péče.

Model antropologický: prosazuje lepší interpersonální interakci. Nejde jen o to, že jedinci s postižením by se měli naučit zacházet a žít se svým postižením, nýbrž o respektování jejich identity a jedinečnosti včetně postižení. Důležité je realistické ohodnocení situace jedinců s postižením. Vzdělávání má být odhalením vlastní osobnosti se zdůrazněním interakce. Podle tohoto pojetí reformovaná škola respektuje všechny děti stejně jako diferencované nabídky podle individuálních potřeb. Role postiženého dítěte je silně ovlivněna postojem učitelů a spolužáků. (Bürli in Vítková, 2003, s. 11)

Hovoříme-li tedy v této souvislosti a vycházíme-li z těchto modelů o integračním procesu, znamená toto obvykle v náhledu pedagogů začlenění žáka, jež více nebo méně nedosahuje normy v našem sociokulturním prostředí, do prostředí běžné mateřské školy, základní školy a střední školy.

Vágnerová (2002, s. 5) uvádí, že pedagog si vytváří sám náhled a kritéria za dobu své praxe a normu vyhodnocuje nejčastěji v souvislosti s chováním a výkonem žáků. Zároveň uvádí, že pochybnosti o normě u pedagogů jsou oprávněné, protože není jednoduché vymezit pojem norma a normalita.

Dle Vágnerové (2002, s. 5): „Hranice normy je pohyblivá, normalita může být posuzovaná podle mnoha různých kritérií, v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují“.

Hodnocení a kritéria se mění, a to v závislosti na čase a zkušenosti kulturního prostředí. Nejistota u pedagogů je zde žádoucí a nutná, neboť vede k přemýšlení o souvislostech integrace a způsobech pomoci tam, kde normy není dosaženo. Jen tak lze postupně naplňovat prosazující se trendy integrace jako je normalizace, která znamená: „Nabízení normálních kvalit života lidem s postižením, které jsou srovnatelné se životem majoritní společnosti“.

(Pešatová, Tomická, 2007, s. 10)

Za nejzásadnější lze považovat změnu v integraci u dětí a žáků s mentálním postižením, kde jsme se přenesli přes zbavování vzdělavatelnosti, osvobození od povinné školní docházky k právu na vzdělání dětí a žáků a s mentálním postižením. V současné době tak vytváříme díky zákonu č. 561/2004 Sb. a zavedením Rámcových vzdělávacích programů do škol prostor k inkluzivnímu vzdělávání.

Dle Hájkové (2005, s. 28) je termín integrace obecně používán ve dvojím smyslu – **v širším smyslu** jde o rámcové podmínky, které odpovídající praxi společného vyučování žáků se speciálně vzdělávacími potřebami spolu s žáky bez těchto potřeb, **v užším smyslu** pedagogického jednání učitelů respektující vzdělávací politiku a instituce, které směřují k vytvoření nevyčleňující kultury.

Za přelomový bod z hlediska úrovně tohoto pohledu lze považovat zákon č. 561/2004 Sb., zejména paragraf 16, který nám vymezuje tři kategorie dětí a žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Jde o kategorii dětí a žáků se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. **Zdravotní postižení** je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. **Zdravotní znevýhodnění** je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. **Sociální znevýhodnění** je pro účely tohoto zákona rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.

Z pohledu těchto změn můžeme konstatovat, že se naše školy otevírají pro všechny žáky a můžeme tedy hovořit, jak uvádí Hájková (2005, s. 14), o jejich integritabilitě, tedy o připravenosti školy přijímat a efektivně vzdělávat žáky s a bez postižení v jediném žákovském kolektivu.

Pro zvýšení této integritability je nutné se zaměřit následující aspekty:

Škola bezpodmínečně přijímá všechny žáky ze spádové oblasti. Pedagogové školy dlouhodobě a významně spolupracují s odbornými poradenskými pracovišti. Pro žáka je na škole zajištěna speciálně pedagogická podpora – pomůcky, individuální výuka se speciálním pedagogem, speciální cvičení či terapie. Žák se speciálně vzdělávací potřebou se vzdělává dle individuálně vzdělávacího plánu. Rozvrh hodin tohoto žáka pak odpovídá vyučování celé třídy, není redukován. Učební plán je přizpůsoben potřebám žáka, ne však ve smyslu redukce. Žák postupuje se svým ročníkem a jeho věk odpovídá zhruba věkovému průměru třídy. Do přípravy individuálně vzdělávacího plánu jsou zapojeni třídní učitel, odborní pracovníci speciálně pedagogického centra či pedagogicko psychologické poradny, rodina a případně další odborníci. Program školy je orientován na žáka a jeho rodinu, nevyžaduje jejich jednostranné přizpůsobení. Program školy zahrnuje i aktivity v době mimo vyučování (komunitní setkávání, zájmové aktivity).

Všechny speciální podpůrné služby (úpravy školního prostředí, pomůcky, třídní asistence) pro integrované žáky jsou nenásilně implementovány do běžného provozu školy tak, aby jejich prostřednictvím nebyli tito žáci stigmatizováni a aby nekomplikovaly jejich komunikaci s ostatními žáky školy.

Odborné konzultace s externími odborníky jsou pro pedagogy školy snadno dostupné. Na škole působí pedagogičtí asistenti, kteří jsou odborně vedeni a instruováni interním či externím odborným pracovníkem. Učitelé věnují žákovi s postižením tolik pozornosti, kolik se dostává ostatním dětem – vyvolávají jej, zkoušejí, kontrolují domácí úkoly a další. V žádném případě pedagogové nepřenechávají výuku žáka pouze na asistentovi pedagoga. Škola se orientuje na moderní principy vzdělávání a je otevřenou institucí vůči okolí, učitelé jsou v častějším, pravidelnějším kontaktu s rodinami žáků a školskými poradenskými pracovišti.

Vezmeme-li v úvahu tyto aspekty a podmínky škol pro zvýšení integritability, je také nutné vymezit meze integrace, jak uvádí Vítková (2003). Existují děti a žáci se zdravotním postižením a stupněm postižení, které umožňuje bez potíží nebo poměrně snadno jejich zařazení do běžného vzdělávacího proudu. Zároveň však jsou žáci se zdravotním postižením, u nichž je integrace obtížná, problematická nebo velmi náročná v podmínkách běžného vzdělávacího proudu. Nejtěžší kategorií z pohledu integrace jsou děti s těžkým a většinou

kombinovaným postižením, kde je nutné vzdělávání poskytovat s ohledem na využívání speciálních výukových metod a potřeb těchto žáků mimo hlavní vzdělávací proud. Tento aspekt je stále ještě ověřován.

4.1 Legislativní podpora logopedické péči ve školství

V současné době se vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností řídí zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Zde se opíráme z pohledu integrace zejména o paragraf 16 tohoto zákona, a to zejména o kategorii zdravotního postižení a sociálního znevýhodnění (jde o logopedickou intervenci u dětí a žáků z nižšího sociokulturního prostředí a zejména u azylantů). Dále pak významně školské instituce využívají paragraf 18, kterým ředitelé škol povolují na základě žádosti rodičů a s doporučením školského poradenského pracoviště individuálně vzdělávací plán. Paragraf 16 výše zmíněného zákona a vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných pak přesně určují pravidla vypracování těchto plánů, v praxi jsou pak určitou smlouvou formy spolupráce mezi školou – rodičem – žákem.

Z vyhlášky č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků a studentů mimořádně nadaných vnímáme podporu ve zcela novém trendu u žáků s těžce narušenou komunikační schopností v paragrafu 7, kde je umožněno na základě doporučení školského poradenského pracoviště využít možnosti získání asistenta pedagoga. Úkolem asistenta pedagoga je pomáhat ve vzdělávacím procesu, překonávat komunikační bariéry, a to zejména u vzdělávání dětí a žáků využívajících alternativních komunikačních systémů. Dále významně přispívá ke vzdělávání jedinců s takovým postižením, kde je narušená komunikační schopnost symptomatickou vadou.

Z pohledu logopedické péče v návaznosti na současné vzdělávací trendy byl přínosný Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže, tělovýchovy České republiky (dále již MŠMT) k zabezpečení logopedické péče ve školství č. j. 21 224/98-24. V roce 2009 byl tento Metodický pokyn zrušen a nahrazen Metodickým doporučením č. j 14 712/2009-61 (viz příloha č. 6) k zabezpečení logopedické péče ve školství, který přináší jasný vhled do kompetencí logopeda ve školství, logopedického asistenta a stanovuje jasná pravidla ve vzdělávání logopedů a logopedických asistentů. Lze velmi kladně hodnotit snahy o rozšíření tohoto doporučení o vznik krajských koordinátorů. V tomto metodickém doporučení se říká: *„Je žádoucí, aby byla logopedická péče v krajích České republik dostupná v kvalitě a rozsahu, který odpovídá potřebám praxe, to znamená vzdělávacím potřebám žáků s narušenou*

komunikační schopností, potřebám škol a potřebám orgánům státní správy pro účely koncepčních rozhodování a plánování v oblasti vzdělávacích a podpůrných speciálně pedagogických poradenských služeb a jejich financování v daném kraji“.

Koordinace logopedické péče směřuje k vyrovnání mezikrajových rozdílů v oblasti péče o žáky s narušenou komunikační schopností, ke sjednocování postupů při zjišťování speciálně vzdělávacích potřeb žáků, k optimalizaci a propojení sítě poskytovatelů podpůrných speciálně pedagogických poradenských služeb a vzdělávací nabídky pro žáky s narušenou komunikační schopností, a tím k posílení kvality, dostupnosti a efektivity logopedické péče a souvisejícího vynakládání prostředků státního rozpočtu.

Koordinací logopedické péče v kraji může krajský úřad pověřit vybrané školské poradenské zařízení, a to po projednání s ředitelkou/ředitelem tohoto poradenského zařízení. Je vhodné, aby pověřeným školským poradenským zařízením bylo speciálně pedagogické centrum, které v kraji poskytuje logopedickou péči a působí při škole zřízené pro žáky s vadami řeči. Pokud takové školské poradenské zařízení v kraji nepůsobí, doporučuje se pověřit touto koordinací jiné speciálně pedagogické centrum, které v daném kraji poskytuje poradenské služby žákům s narušenou komunikační schopností. V případě, že v daném kraji působí příslušné speciálně pedagogické centrum při škole zřizované ministerstvem, je vhodné pověřením koordinací logopedické péče řešit též ve spolupráci s ministerstvem.

Při koordinaci logopedické péče se předpokládá úzká spolupráce koordináčního pracoviště se školami, které mají odpovědnost za vzdělávání a vytváření podmínek ke vzdělávání žáků, a jejich větší zapojení do činností v oblasti podpory přirozeného vývoje řečových dovedností žáků, prevence čtenářských obtíží a podpory kultury mluvního projevu žáků.

Úzká spolupráce koordinátora logopedické péče se předpokládá také s dalšími institucemi působícími ve školství a s institucemi a odborníky z jiných resortů, kteří se podílejí na poskytování péče žákům s narušenou komunikační schopností.

Krajský koordinátor pro logopedickou péči se zaměřuje na spolupráci s odbory školství krajských úřadů. Významně spolupracuje se zřizovateli škol a školských poradenských zařízení a řediteli škol při zajišťování prevence poruch řeči ve školách. Předmětem této spolupráce s odbory školství krajských úřadů je zpracování návrhů na utváření vzdělávací nabídky pro žáky s narušenou komunikační schopností v kraji, spolupráce a propojování sítě poskytovatelů poradenských služeb ve školství a koordinaci jejich činnosti v oblasti působnosti. Spolupráce se školami a propojování škol vzdělávajících žáky s narušenou komunikační schopností, propojování sítě školních speciálních pedagogů – logopedů a jejich metodickou podporu a koordinaci činností, propojování sítě speciálních pedagogů – logopedů,

koordinaci jejich činnosti a na poskytování metodické pomoci těmto pracovníkům. Sjednocování postupů při zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikačních schopností, spolupráci s Institutem pedagogicko-psychologického poradenství České republiky a profesními organizacemi v oblasti působnosti při stanovování postupů zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikační schopností. Provádění kontrolních vyšetření speciálně vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikační schopností pro účely vzdělávání žáků a pro účely správních rozhodnutí a uplatňování požadavků na čerpání prostředků státního rozpočtu podle paragrafu 160 zákona č. 561/2004 Sb. v platném znění. Spolupráci s poskytovateli kurzů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků při formulaci nabídky kurzů zaměřených na rozvoj komunikačních kompetencí pedagogických pracovníků a zjišťování speciálně vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikační schopností. Provádění vzdělávacích aktivit v oblasti působnosti, poskytování logopedické péče v souladu s platnými právními předpisy, zpracovávání návrhů speciálně pedagogických a preventivních koncepcí poradenských služeb ve školství v oblasti logopedie včetně zpracovávání návrhů úpravy a optimalizace sítě a struktury služeb školských poradenských zařízení v kraji v oblasti působnosti pro potřeby orgánů státní správy.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Institut pedagogicko psychologického poradenství ve spolupráci s Krajskými úřady České republiky bude v první etapě budovat síť logopedických asistentů a logopedů v krajích a následně zajišťovat ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, Institutem pedagogicko psychologického poradenství v České republice a Asociací logopedů ve školství další vzdělávání těchto odborných pracovníků. Logopedická péče by se tak stala v diki tohoto doporučení dostupnou a srovnatelnou v potřebném rozsahu a kvalitě a dopomůže pak na krajské úrovni plánovat a koncepčně rozhodovat v oblasti vzdělávání a financování podpůrných speciálně pedagogických poradenských služeb.

Je přínosné, že navrhovaná opatření pro vznik krajských koordinátorů začínají být realizována díky spolupráci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Institutem pedagogicko psychologického poradenství České republiky. Všechny Krajské úřady České republiky navrhly jednotlivé koordinátory. Finanční podpora a zázemí pro koordinátora není ještě na krajských úrovních vyřešena. Postupně se tak v této první etapě bude vytvářet síť logopedických pracovišť ve školství.

4.2 Komunikační kompetence v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání

Rámcové vzdělávací programy (dále jen RVP) školské soustavy České republiky jsou vymezeny zákonem č. 561/2004 Sb. Rámcové vzdělávací programy vymezují závazné rámce vzdělávání pro jednotlivé etapy a představují spolu s Národním programem vzdělávání státní úroveň v systému kutikulárních dokumentů. Školní úroveň pak představují Školní vzdělávací programy (dále jen ŠVP), podle nichž je realizováno vzdělávání v jednotlivých školách. Principy a tendence ve vzdělávání navozené a podporované RVP umožňují modifikaci vzdělávacího obsahu pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dále individualizují výuku podle potřeb a možností u žáků s narušenou komunikační schopností.

V této kapitole se zabýváme jednak znalostí obsahu rámcových programů a jednak diagnostikou narušené komunikační schopnosti, která pak zpětně v nastavených individuálních nápravných programech zmírňuje dopad žáka s narušenou komunikační schopností ve vzdělávacím procesu. Pro školní úspěšnost využíváme speciálně pedagogických přístupů pro žáka s narušenou komunikační schopností v jednotlivých předmětech, které uvádíme v závěru této kapitoly.

Jak uvádí Vágnerová (2000, s. 21): „Škola je institucí, v níž jedinec potvrzuje své kvality prostřednictvím výkonu, který je klasifikován. Získává zde určité ocenění svých schopností, které ovlivňuje jeho sebepojetí. Do školy chodí děti, které nejsou schopné pracovat na požadované úrovni, protože k tomu nemají dostatečné předpoklady (somatické nebo psychické)“. Vágnerová (2000) dále zdůrazňuje, že podmínkou přijatelného školního výkonu nejsou jen inteligenční předpoklady, ale i schopnost dítěte inteligenci využívat, což souvisí s dalšími kompetencemi každého konkrétního žáka. Zde můžeme sledovat, že žák s narušenou komunikační schopností, která bude zasahovat dle našeho pojetí do všech jazykových úrovní českého jazyka (foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické), může být výrazně problémovým žákem, který by mohl selhávat ve školním výkonu a dále i v sociální interakci, která je další podmínkou pro úspěšné vzdělávání.

Zde je nutné žáka motivovat ke školnímu výkonu. Dle Hrabala ml. (in Vágnerová, 2000) je motivace daná kognitivní potřebou, potřebou realizace, seberealizace a sociálního ocenění, potřebou vyniknout, příp. získat ve skupině vrstevníků přijatelnou pozici. Toho žák dosáhne, pokud jeho komunikační kompetence budou v souladu s dalšími nutnými kompetencemi pro zvládnutí procesu učení, tedy dle RVP pro ZV s kompetencemi k učení, s kompetencemi k řešení problémů, s kompetencemi sociálními, s kompetencemi personálními, s kompetencemi občanskými a s kompetencemi pracovními.

Jako propojovací nit můžeme ve všech těchto kompetencích sledovat důležitost ovládnutí právě komunikačních dovedností, a to zejména v rovině pragmatické (žák dokáže získané vědomosti a zkušenosti použít v komunikačních záměrech).

Komunikační kompetence

Komunikační kompetence je nutné u dětí a žáků s narušenou komunikační schopností sledovat v návaznosti na RVP pro předškolní a základní vzdělávání, neboť v této práci se zabýváme žákem s narušenou komunikační schopností v období školní zralosti.

Jedním z cílů základního vzdělávání (RVP ZV, 2004) je vést žáky k všestranné, účinné a otevřené komunikaci. Vzdělávací oblast Jazyk a jazyková komunikace má stěžejní postavení. Pokud by žák neovládl jazykové kompetence, nerozuměl by sdělení, nevnímal by různá jazyková sdělení, nedokázal by se vhodně vyjadřovat a tedy účinně uplatňovat nebo prosazovat výsledky svého poznání. Obsah této vzdělávací oblasti se realizuje prostřednictvím vzdělávacích oborů Český jazyk a literatura, Cizí jazyk a další jazyk. Český jazyk a literatura je pojímán v RVP ZV komplexně a dále se člení do těchto složek: **Komunikační a slohová výchova, Jazyková výchova, Literární výchova.**

Očekávané výstupy v Komunikační a slohové výchově pro základní školy v 1. období směřují k plynulému čtení s porozuměním textům v přiměřeném rozsahu a náročnosti, k porozumění písemným nebo mluveným pokynům přiměřené složitosti, dále k respektování základních komunikačních pravidla v rozhovoru. Výstupem by následně měla být pečlivá výslovnost, správně dýchání při řeči a správně zvolené tempo řeči a vhodné verbální a neverbální prostředky v běžných školních i mimoškolních situacích. Na základě vlastních zážitků utvořit krátký mluvený projev. Zvládnout základní hygienické návyky spojené se psaním, psát správné tvary písmen a číslic, správně spojovat písmena i slabiky, kontrolovat vlastní písemný projev, psát věcně i formálně správně jednoduchá sdělení i seřadit ilustrace podle dějové posloupnosti a vyprávět podle nich jednoduchý příběh.

Očekávané výstupy v Jazykové výchově pro základní školy v 1. období se zaměřují na rozlišování zvukové a grafické podoby slova, čtení slov a dělení slov na hlásky, odlišení krátkých a dlouhých samohlásek. Zvládnout porovnat významy slov, slova opačného významu, slova významem souřadná, nadřazená, podřazená, vyhledávat v textu slova příbuzná. Porovnávat a třídit slova podle zobecněného významu – děj, věc, okolnost, vlastnost. Rozlišit slovní druhy v základním tvaru a užívat je v mluveném projevu ve správném gramatickém tvaru podstatných jmen, přídavných jmen a sloves. Neméně důležité je v tomto období zvládnout spojování vět do jednodušších souvětí vhodnými

spojkami a jinými spojovacími výrazy, rozlišovat v textu druhy vět podle postoje mluvčího a k jejich vytvoření volit vhodné jazykové i zvukové prostředky. Dále také odůvodnit a psát správně: i/y po tvrdých, měkkých souhláskách i po obojetných souhláskách ve vyjmenovaných slovech, dě, tě, ně, ú/ů, bě, pě, vě, mě, velká písmena na začátku věty a v typických případech vlastních jmen osob, zvířat a místních pojmenování.

Očekávanými výstupy v Literární výchově pro základní školy v 1. období jsou čtení a přednášení z paměti ve vhodném frázování a tempu literárních textů přiměřených věku, vyjadřování svých pocitů z předčteného textu. Rozlišit vyjadřování v próze a ve verších, odlišit pohádku od ostatních vyprávění, pracovat tvořivě s literárním textem podle pokynů učitele a podle svých schopností (RVP ZV, 2004).

Očekávané výstupní kompetence u řeči při vstupu do školy: dítě umí pojmenovat většinu toho, čím je obklopeno, vyslovuje jasně a zřetelně, ovládá dech i tempo řeči, dokáže mluvit gramaticky správně, své myšlenky a nápady umí formulovat ve větách, dovede verbálně komunikovat, vést dialog, umí vyprávět jednoduchý příběh, pohádku či popsat situaci (Pedagogické hodnocení v pojetí Rámcového vzdělávacího programu, 2007).

Očekávané výstupy u emoční zralosti: dokáže se ovládnout a ve známých a srozumitelných situacích dokáže ovládat své city, své chování dovede přizpůsobit dané situaci, je citlivé k živým bytostem, k přírodě i k věcem, projevuje radost, soucit, náklonnost, ohleduplnost (Pedagogické hodnocení v pojetí Rámcového vzdělávacího programu, 2007).

Očekávané výstupy u sociální zralosti: umí přiměřeně komunikovat s dospělým, umí komunikovat s druhým dítětem, navazuje dětská přátelství, dokáže spolupracovat a být druhému dítěti partnerem při hře, dokáže se zařadit do skupiny dětí, dokáže vyjednávat, dohodnout se a kooperovat, umí přijmout změnu a přizpůsobit se jí, ve vztahu k okolí je aktivní, uplatňuje základní společenská pravidla ve styku s dospělými i dětmi, respektuje předem domluvená pravidla a přijímá zdůvodněné povinnosti (Pedagogické hodnocení v pojetí Rámcového vzdělávacího programu, 2007).

Vezmeme-li v potaz popsané jazykové kompetence RVP ZV, lze si představit u shora zmiňovaných skupin sociálně znevýhodněných a zdravotně znevýhodněných žáků a žáků s narušenou komunikační schopností jejich těžkosti ve vyučovacím procesu. Vzdělávání je založeno na porozumění řeči, na pochopení obsahu, přijímání a zpracování řečové informace. Nedostatečné porozumění řeči ztěžuje dítěti sledování vyučování. Dále je ve vzdělávacím procesu hodnocena řečová produkce a obecně platí, že nediferencovaná řeč vyúsťuje do nediferencovaného myšlení (Grimm, 1997, s. 7). Pokud žák nemá dobré jazykové kompetence

v mateřském jazyce, nebude úspěšný v osvojování si cizího jazyka. Pobyt ve školním prostředí a úspěšnost žáka ve vrstevnických vztazích se odvíjí od schopnosti komunikovat, od schopnosti přiměřeně navazovat a udržovat mezilidské vztahy. V případě, že tomu tak není, vznikají sociální konflikty s vážnými důsledky.

4.3 Logopedická podpora dětem a žákům s narušenou komunikační schopností

Logopedickou podporou rozumíme vyrovnávací a podpůrná opatření poskytovaná školou a poradenskými pracovišti.

Základním stupněm vyrovnávacích opatření je uplatnění logopedické podpory, která se cíleně snaží eliminovat obtíže u dětí s rizikem narušené komunikační schopnosti, a to v maximální míře před nástupem do základní školy, pokud je toto vzhledem k narušené komunikační schopnosti možné. O tuto podporu usilujeme obvykle v mateřských školách, kde působí učitelky mateřských škol s logopedickým vzděláním. Taková podpora je poskytována individuálně ještě před odbornou logopedickou či speciálně pedagogickou diagnostikou ve školských poradenských pracovištích. Zde se nejvíce uplatňuje program logopedické prevence.

Dalším stupněm je poskytování podpůrných opatření na základě diagnostiky ve školských poradenských pracovištích (pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra), kdy dítě s narušenou komunikační schopností vyžaduje odbornou diagnostiku a nastavení intervenčního logopedického plánu.

Poskytovatelem intervenčních podpůrných opatření by měla být následně školní a školská poradenská pracoviště.

Dítě s narušenou komunikační schopností, případně v jejím riziku v předškolním období může docházet do mateřské školy běžného typu a je zařazeno do preventivní logopedické péče, případně již do logopedické poradny. Pokud je již diagnostikovaná narušená komunikační schopnost, dítě dochází do mateřské školy s logopedickou třídou nebo do logopedické mateřské školy. V těchto obou případech je nutné doporučení školského poradenského pracoviště.

V základní škole běžného typu je žák s narušenou komunikační schopností integrován individuálně, nebo dochází do speciální – logopedické třídy, případně dochází do logopedické základní školy (vyhláška č. 73/2005 Sb.).

V souběhu s tímto zařazením či integrací dochází dítě či žák do logopedické poradny při mateřských školách, základních školách v místě bydliště a dále dle aktuální potřeby i do speciálně pedagogických center (výjimečně i do pedagogicko psychologických poraden) k logopedům. Logopedi školských poradenských pracovišť koordinují činnost logopedů v mateřských a základních školách. Logopedická intervence se odvíjí velmi výrazně od spolupráce s rodinou, od ochoty rodičů spolupracovat v logopedických poradnách a v domácí přípravě se svým dítětem. Role rodiče je v logopedické intervenci nezastupitelná.

Vyrovňovací opatření:

Mezi vyrovnávací opatření školou lze zařadit postupy zahrnuté v individuálně vzdělávacím plánu, jehož obsah se odvíjí od stanovené diagnózy. Pro žáky s narušenou komunikační schopností je jedním z vyrovnávacích opatření individuální přístup k dítěti či žákovi. Jedním ze základních vyrovnávacích opatření při vyučování i komunikaci je ze strany pedagoga nutné přesvědčit se, že dítě či žák porozuměl zadané instrukci, úloze, otázce (Pešatová, Tomická, 2007). Dále poskytnutí dostatečné doby a klidného prostředí pro vyjádření se jedince při zkoušení či komunikaci. Podpora jeho sebevědomí a mluvního apetitu. Je žádoucí, aby se jedinec neostýchal komunikovat jak s učitelem, tak také s vrstevníky. Při zkoušení případně v komunikaci vzhledem k narušené komunikační schopnosti u jedince brát jako vyhovující jednoslovné odpovědi či krátká vyjádření. Poskytnout možnost vyzkoušet žáka testem, kde je srozumitelně položená otázka s výběrem nabídnutých jednoduchých odpovědí. V písemných zkouškách jsou v klasifikaci tolerovány specifické chyby vyplývající z jednotlivých diagnóz (například u dyslalie nahrazování hlásky R jak ve výslovnosti žáka, tak i v písemném projevu). U narušené komunikační schopnosti jako je koktavost, dysartrie, vývojová dysfázie lze zkoušet žáka mimo kolektiv a mimo vyučovací hodinu. Významným vyrovnávacím opatřením je uplatnění průběžného i finálního hodnocení.

Podpůrná opatření: Za základní lze považovat doporučení k integraci žáka na základě komplexní diagnostiky. U žáků, kde je nutné využít alternativní komunikační systémy, je možné doporučit asistenta pedagoga. Dle diagnózy, prognózy a příčin jsou navrhována vyrovnávací opatření pro školu a dopomoc poradenského pracoviště s tvorbou slovního hodnocení. Významným podpůrným opatřením je zařadit žáka do logopedické péče přímo v poradenském zařízení a provádět logopedickou intervenci vysokoškolsky kvalifikovaným logopedem. Zásadním podpůrným opatřením je vedení žáka a jeho zákonných zástupců v poradenském procesu, kde na základě mapování rodinného prostředí, možností a schopností rodičů využít jejich spolupráci při kompenzování obtíží žáka. Poskytování přímé poradenské

podpory, ukazování výsledku z průběžné diagnostiky je nesmírně stimulační pro rodiče, děti – žáky i pedagogy. Při ukončení povinné školní docházky je dalším podpurným opatřením poskytnutí poradenství k volbě povolání u žáka s narušenou komunikační schopností. Jen tak lze předejít zklamání z neúspěchu ve středním proudu vzdělávání, také k nereálnému cílenému zaměstnání, kde by se žák nemohl pro narušenou komunikační schopnost uspokojivě uplatnit.

V současné době je v rámci projektových úkolů ověřován „Podpurný systém třístupňové péče“ pro žáky v riziku specifických poruch učení či výukových problémů, který klade důraz na prevenci školní neúspěšnosti, a tím i na včasnou eliminaci negativních následků možných výukových problémů (Mertin, Kucharská, 2007, s. 29). Tento systém v sobě zahrnuje i žáky s narušenou komunikační schopností, kteří jsou významně v riziku specifických poruch učení.

První stupeň této péče je postaven na individualizované pomoci učitele u dětí se začátečnickými výukovými obtížemi. Autoři očekávají, že tato pomoc pomůže eliminovat počáteční problémy zejména u dětí s lehčí nezralostí, zdravotně oslabených, s nižší adaptabilitou, u dětí s negativním dopadem některých rodinných specifik na školní úspěšnost a z našeho pohledu u dětí s narušenou komunikační schopností v lehčích stupních jednotlivých poruch.

Druhý stupeň je založen na plánu pedagogické podpory, kdy i přes individualizovanou pomoc učitele obtíže ve vzdělávacím procesu přetrvávají. V této fázi pedagog konzultuje se školním psychologem či školním speciálním pedagogem, případně výchovným poradcem. Na základě těchto odborných konzultací by měl být pro žáka vypracován „plán pedagogické podpory“. V něm jsou obsaženy silné a slabé stránky žáka, dále jsou v něm stanoveny individuální cíle pro jednotlivé předměty, ve kterých selhává, a dále jsou v něm stanoveny způsoby, jak těchto cílů dosáhnout.

Třetí stupeň je založen na specializované intervenci odborného pracoviště. Pokud ani druhá realizovaná fáze nebyla úspěšná, dochází k diagnostice ve školském poradenském zařízení. Podstatným požadavkem tohoto odborného vyšetření je, aby byly poskytnuty podklady pro intenzivnější pomoc. Tato pracoviště rozhodují o přidělení diagnózy.

V daném modelu autoři Mertin a Kucharská (2007) hovoří o diagnóze specifických poruch učení. V přeneseném modelu na žáky s narušenou komunikační schopností, máme na mysli logopedickou diagnózu, by byl tento model využitelný, a to i přesto a zároveň i proto, že v této etapě je již těsnější spolupráce mezi školským poradenským pracovištěm s dítětem

s narušenou komunikační schopností, protože u řady těchto žáků byla provedena logopedická diagnostika v předškolním věku a v této fázi by se jednalo v podstatě o průběžnou diagnostiku k narušené komunikační schopnosti a výukovým obtížím.

Praxe ukazuje, že většina dětí s narušenou komunikační schopností nastupuje do základní školy z logopedických tříd mateřských škol či poraden bez další jakékoliv podpory ve škole. Děje se tak z několika důvodů: rodiče se domnívají, že není vhodné předem škole avizovat jakýkoliv problém, nebo škola nemá zřízenou logopedickou poradnu, nebo je škola výběrově zaměřená například na výuku cizím jazykům a předem by dítě bylo znevýhodněné. Dítě – žák následně zůstává v logopedické péči školského poradenského pracoviště.

V lepším případě je řada škol, která má zřízenou logopedickou poradnu, žák dochází ve škole do logopedické péče, ale ta se dále nepromítá do podpory učitele. Zde se nabízí velmi dobře již druhý stupeň podpory ověřovaného modelu.

V dalším případě žák nastupuje do 1. třídy s návrhem k integraci pro narušenou komunikační schopnost, a v tomto případě je již uplatněn třetí stupeň tohoto modelu.

5 Výzkumná část

5.1 Zdůvodnění výzkumného šetření

Cílem této práce bylo analyzovat aspekty narušené komunikační schopnosti v šetřeních školní zralosti. Výzkumný projekt vycházel z odborných informačních zdrojů z oblasti speciální pedagogiky, psychologie, pedagogiky, foniatry, neurologie, sociologie, filozofie a to vzhledem ke specifické problematice zkoumání českého jazyka z pohledu jazykových rovin z tuzemských i zahraničních pramenů. Výzkumné šetření bylo realizováno s cíleným zaměřením na analýzu diagnostikované narušené komunikační schopnosti u dětí v období školní zralosti. Analýza narušené komunikační schopnosti byla provedena se zaměřením narušení v rovinách českého jazyka – foneticko fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické, pragmatické.

Součástí výzkumu je realizovaný předvýzkum, ze kterého jsme vycházeli. Předvýzkum naznačil, že počet vstupujících dětí do 1. tříd s narušenou komunikační schopností neubývá, a to i přes stále se rozšiřující síť logopedických poraden a šířené osvětě směrem k pedagogické veřejnosti a rodičům.

V našem šetření jsme porovnávali období šesti na sebe navazujících let, kdy první tři roky jsme neprováděli orientační logopedické vyšetření a další tři následné roky jsme přidali orientační logopedické vyšetření do zakázky šetření školní zralosti. Toto cílené šetření jsme zaměřili na prohloubení diagnostického procesu při šetření školní zralosti, a pokud by zjištění v analýze narušené komunikační schopnosti byla významná, mohla by následná opatření přispět ke zkvalitnění diagnostického procesu, od kterého by se odvíjela kvalitní terapie, případně kompenzace či reedukace u dětí s narušenou komunikační schopností nebo u dětí v riziku narušené komunikační schopnosti.

Použitím metody orientačního logopedického vyšetření u žáků se zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním jsme se snažili poukázat na to, že pokud nemají respondenti výzkumu narušení ve foneticko fonologické rovině, zůstávají oslabení v ostatních jazykových rovinách obvykle skrytá, neboť v jednorázovém šetření školní zralosti není prostor pro hlubší logopedickou diagnostiku ve smyslu zkoumání roviny lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické a pragmatické.

Získané údaje z provedených šetření byly statisticky zpracovány.

5.2 Stanovení hypotéz a dílčích cílů

Výzkumná otázka

Jaká zjištění se prokáží při prohloubeném diagnostickém procesu školní zralosti rozšířenému o metodu „Orientačního logopedického vyšetření“.

Hypotéza č. 1:

Podíl narušené komunikační schopnosti je podstatným faktorem při posuzování školní zralosti.

Hypotéza č. 2:

Na podkladě přesnější logopedické diagnostiky budou respondenti se sociálním znevýhodněním a zdravotním znevýhodněním vykazovat narušení ve více jazykových rovinách.

Předpoklad předvýzkumu:

Počet dětí s narušenou komunikační schopností nastupujících do 1. tříd základních škol je stabilně vysoký (více než 30%).

Dílčí cíle:

Ověřit předpoklad předvýzkumu.

K ověření předpokladu byla použita data získaná z jednotlivých základních škol města Litoměřice a Odboru školství města Litoměřice.

Analyzovat podíl narušené komunikační schopnosti v diagnostickém procesu školní zralosti ve speciálně pedagogickém centru.

Byl zpracován statistický přehled respondentů v šetření školní zralosti v období 6 let. Jednalo se o analýzu 848 respondentů včetně respondentů se specifickými vzdělávacími potřebami.

Analyzovat u respondentů narušenou komunikační schopnost z hlediska nejčastější narušené komunikační schopnosti – dyslalie, a to dle stupně – lehký – levis (L), střední – gravis (G), nejtěžší – univerzalis (T).

Provedli jsme analýzu spisové dokumentace u 778 respondentů.

Analyzovat narušenou komunikační schopnost dle jednotlivých diagnóz.

Analyzovali jsme spisovou dokumentaci u 778 respondentů.

Porovnat narušenou komunikační schopnost v šesti po sobě jdoucích letech v období od roku 2003 do roku 2009. Roky byly členěny do dvou období po třech letech, ve druhém tříletém období byla použita metoda Orientačního logopedického vyšetření.

Analýza údajů u 778 respondentů.

Analyzovat obě tříletá období u respondentů se sociálním a zdravotním znevýhodněným při použití metody Orientačního logopedického vyšetření.

Analýza metody Orientačního logopedického vyšetření a analýza spisové dokumentace u respondentů sociálně znevýhodněných (celkem 128) a zdravotně znevýhodněných (215 respondentů).

5.3 Výzkumné metody

Pro teoretickou část byly použity tyto metody:

- analýza dokumentů,
- obsahová analýza,
- kritické analýzy informačních zdrojů.

Pro empirickou část práce byla použita metoda kvantitativního šetření:

- *analýza diagnostického procesu školní zralosti:*

Analýzou jsme získali počet respondentů s narušenou komunikační schopností, dále jsme zjistili, která narušená komunikační schopnost dominuje v tomto období, zjistili jsme stupeň narušení v této dominující narušené komunikační schopnosti, a zda se bude jednat o narušení v jedné či více jazykových rovinách.

- *analýza orientačního logopedického šetření:*

Logopedickým šetřením jsme získali výsledky, jejichž prostřednictvím můžeme usuzovat hlubší deficity či oslabení v jednotlivých rovinách českého jazyka – nejen tedy v rovině foneticko fonologické, ale následně i v rovině lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické a rovině pragmatické.

- *analýza spisové dokumentace:*

Prostřednictvím analýzy spisové dokumentace jsme zjišťovali tvrdá data, tj. věk, pohlaví a dále zdravotní postižení, sociální znevýhodnění, zdravotní znevýhodnění, narušenou komunikační schopnost.

Pro statistické vyhodnocení práce byly použity tyto metody:

- sumarizace a grafický popis,
- test o parametru binomického rozdělení,
- intervalový odhad pro parametr binomického rozdělení,
- testy homogenity dvou binomických rozdělení,
- test homogenity několika binomických rozdělení,
- kontingenční tabulky.

5.3.1 Stanovení proměnných

Typy proměnných

Hendl (2006, s. 40) definuje proměnné nebo znaky jako charakteristiky prvků základního souboru, jež mohou nabývat více hodnot.

Pro tento výzkum jsme stanovili proměnné:

věk – nezávislá proměnná – přirozený prediktor – individuální proměnná, intenzivní – metrický – spojitý typ proměnné,

pohlaví – nezávisle proměnná – přirozený prediktor – individuální proměnná, kvalitativní – dichotomický typ proměnné (nabývá hodnot: 0 = muž, 1 = žena),

anamnestické údaje – závislá proměnná, zřejmě na úrovni vzdělání zákonných zástupců, kvalitativní – intenzivní typ proměnné,

logopedické šetření – závislá proměnná na úrovni celkového vývoje a vývoje řeči, kvantitativní – intenzivní:

- sluchová zkouška – slyší, neslyší, nedoslýchá,
- vyšetření mluvidel – orgánová vada – ano x ne,
- zkouška dýchání – brániční dýchání – ano x ne,
- motorika mluvidel – splnil x nesplnil,
- artikulační neobratnost – splnil x nesplnil,
- fonemický sluch – splnil x nesplnil,
- výslovnost – dyslalie – splnil x nesplnil,
- slovní zásoba – splnil x nesplnil,
- řečový projev – odpovídá věku x neodpovídá věku,
- verbální sluchová paměť – splnil x nesplnil,

Pro proměnné logopedického šetření jsme použili ordinální měřítko, které umožňuje řazení podle stupně úspěšnosti v jednotlivých zkouškách logopedického šetření. Úspěšnost v šetření bylo posouzeno mírou splnění úkolu (splnil – nesplnil). Údaje proměnné: pohlaví a vývoj řeči jsme získali studiem spisové dokumentace.

Úroveň jednotlivých zkoušek logopedického vyšetření jsme zjistili analýzou výsledků získaných v daném šetření.

Rušivou proměnnou, která má vztah s cílovou proměnnou, a její působení, které by mohlo zkreslit naše uvažování o vztahu závislé a nezávislé proměnné (Hendl, 2006, s. 41), může být: ochota dítěte ke spolupráci, výkyvy v úrovni pozornosti dítěte a v motivaci, osobnostní zvláštnosti dětí, ochota rodičů ke spolupráci.

5.3.2 Omezení a vymezení výzkumného projektu

Omezení výzkumného projektu:

Je možné spatřovat například ve složení klientely Speciálně pedagogického centra. (Hendl, 2006, s. 533)

V našem výzkumném projektu se týkalo omezení složení klientely Speciálně pedagogického centra v Litoměřicích. Klienti jsou do tohoto centra doporučováni pediatry a odbornými lékaři od raného věku, pokud již mají zjištěná některá oslabení či postižení. Také mohou být doporučováni učitelkami mateřských škol na základě vzájemné spolupráce, jde o děti, kde se učitelky domnívají, že jejich vývoj není v normě. To znamená, že v době šetření školní zralosti by v klientele neměli být jedinci bez postižení či oslabení. Pokud se však v klientele Speciálně pedagogického centra v Litoměřicích vyskytují jedinci bez postižení, mohou to být klienti doporučení k šetření školní zralosti sociálním odborem, tedy obvykle z rizikových rodin. Další takovou skupinou mohou být děti, kde se jejich rodiče chtějí ujistit prostřednictvím tohoto zařízení, že jejich dítě je připravené na vstup do základní školy.

Dalším omezením mohl být subjektivní postoj výzkumníka (subjektivní použití diagnostických nástrojů a interpretace). Záleží na zkušenosti výzkumníka a jeho praxi s užíváním diagnostických nástrojů a schopnosti pracovat s nasbíranými daty.

Vymezení výzkumného projektu:

Dle Hendla (2006, s. 535) je vymezení určeno faktory, které máme při výzkumu pod kontrolou. V našem případě jsme se zabývali:

- u předvýzkumu výběrem respondentů v dané lokalitě – žáci základních škol 1. tříd v Litoměřicích,
- výběrem respondentů dle stanovených kritérií věk 5,5–6,5 roku,
- analýzou narušené komunikační schopnosti v šetření školní zralosti,
- výběrem diagnostických nástrojů pro šetření školní zralosti a narušené komunikační schopnosti.

5.3.3 Etika výzkumného projektu

- U každého respondenta byl vyžadován souhlas zákonného zástupce (resp. zákonných zástupců) o umožnění výzkumu včetně povolení o zařazení výsledků do výzkumných zpráv a uchování dat.
- Zákonným zástupcům jsme ponechali možnost rozhodnutí, zda se jejich dítě dobrovolně zúčastní výzkumu.
- Výzkum jsme uskutečnili na pracovišti, které je vedeno u Úřadu pro ochranu osobních údajů ve shodě s platností zákona č. 101/2000 Sb.
- Šetření respondentů probíhalo dle zásad speciálně pedagogické diagnostiky a zároveň podloženého platnou současnou legislativou.

5.3.4 Použité statistické metody

Test homogenity dvou binomických rozdělení

Nechť p_1 je pravděpodobnost, že ve sledované situaci nastane jev A. Řekněme, že v m sledovaných situacích nastal jev A celkem x -krát. Označme p_2 jako pravděpodobnost, že za jiných podmínek opět nastane jev A. Předpokládejme, že v n sledovaných situacích za těchto podmínek nastal jev A celkem y -krát. Na základě těchto údajů chceme testovat hypotézu $H_0: p_1 = p_2$ proti alternativě $H_1: p_1 \neq p_2$ – tzv. test homogenity dvou binomických rozdělení.

Při tomto testu nejprve vypočteme veličinu

$$U = \frac{x - y}{\sqrt{\frac{x(1-x)}{m} + \frac{y(1-y)}{n}}}$$

Pokud je $|U| \geq \phi(1-\alpha/2)$ zamítneme H_0 na hladině α . $\phi(1-\alpha/2)$ označuje $(1-\alpha/2)\%$ kvantil náhodné veličiny se standardním normálním rozdělením.

Test o hodnotě parametru v binomickém rozdělení

Nechť p je pravděpodobnost, že ve sledované situaci nastane jev A. Řekněme, že v n sledovaných situacích nastal jev A celkem x -krát. Na základě těchto údajů chceme testovat hypotézu $H_0: p = p_0$ proti alternativě $H_1: p \neq p_0$

Při tomto testu nejprve vypočteme veličinu

$$U = \frac{x - np_0}{\sqrt{np_0(1-p_0)}}$$

Pokud je $|U| \geq \phi(1-\alpha/2)$ zamítneme H_0 na hladině α . $\phi(1-\alpha/2)$ označuje $(1-\alpha/2)\%$ kvantil náhodné veličiny se standardním normálním rozdělením.

Test homogenity několika binomických rozdělení

Nechť p_1 je pravděpodobnost, že ve sledované situaci nastane jev A. Řekněme, že v n_1 sledovaných situacích nastal jev A celkem x -krát. Označme p_2, p_3, \dots, p_k jako pravděpodobnost, že za jiných podmínek opět nastane jev A. Předpokládejme, že v n_2, n_3, \dots, n_k sledovaných situacích za těchto podmínek nastal jev A celkem x_2, x_3, \dots, x_k -krát. Na základě těchto údajů chceme testovat hypotézu $H_0: p_1 = p_2 = p_3 = \dots = p_k$

Označme $a_i = \arcsin(\sqrt{x_i/n_i})$, $N = n_1 + n_2 + \dots + n_k$ a $b = \frac{1}{N} \sum_{j=1}^k n_j a_j$

Při tomto testu nejprve vypočteme veličinu

$$Q = 4 \sum_{i=1}^k n_i (a_i - b)^2$$

Pokud je $|Q| \geq \chi_{k-1}^2(1-\alpha)$ zamítneme H_0 na hladině α . $\chi_{k-1}^2(1-\alpha)$ označuje $(1-\alpha)\%$ kvantil náhodné veličiny se chí kvadrát rozdělením s $k-1$ stupni volnosti.

Vyjde-li hodnota Q významná (tj. $|Q| \geq \chi_{k-1}^2(1-\alpha)$), je přirozené se ptát, pro které dvojice (i, j) platí $p_i \neq p_j$. Pro každou dvojici $i < j$, zjistíme, zda platí nerovnost

$$|a_i - a_j| \geq \sqrt{\frac{1}{8} \left(\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right)} q_{k,\infty}(1-\alpha),$$

kde hodnoty $q_{k,\infty}(1-\alpha)$ jsou tabelované (Anděl, 1998). Platí-li výše uvedená nerovnost, zamítáme rovnost $p_i = p_j$.

5.4 Průběh výzkumného projektu z hlediska časového sledu

Základním principem výzkumné metody bylo šetření koncipované jako kvantitativní šetření. Realizovaný výzkum jsme uskutečnili v následujících fázích:

- **V počáteční přípravě** jsme si definovali účel výzkumu, určení specifických požadavků na informace, typ výběru, způsob sběru dat.
- **V předvýzkumu** jsme zpracovali poskytnutá statistická data. Pro zadaný předpoklad předvýzkumu jsme využili data uložená na Městském úřadě v Litoměřicích. Počty žáků byly doplněny údaji ze Speciálně pedagogického centra. Školy poskytly centru data o počtech dětí s narušenou komunikační schopností, které jsou následně vřazovány do logopedických poraden na školách.
- **Ve fázi vlastního výzkumu** jsme provedli cílená diagnostická šetření. Získaná data jsme zpracovali do elektronické podoby. Provedli jsme kódování a zpracování dat vzhledem ke statistickému zpracování a vyjádření výsledků. Dále jsme provedli analýzu dat se zaměřením na hypotézy a dílčí cíle, následně jsme provedli jejich interpretaci.

Pro stanovenou 1. hypotézu ve výzkumu byla provedena analýza narušené komunikační schopnosti za období šesti let 848 respondentů. Zdůvodnění šetření školní zralosti a jejich výsledky jsou vypsány u každého respondenta, zároveň bylo využito i celkových přehledových zpráv za daný kalendářní rok. Zde byla provedena analýza narušené komunikační schopnosti a stanovení nejčastější narušené komunikační schopnosti v šetření školní zralosti. Narušená komunikační schopnost byla analyzována z hlediska stanovených diagnóz a jejich stupně závažnosti.

Pro stanovenou 2. hypotézu byla provedena následně analýza ve dvou zjišťovaných obdobích, kdy ve druhém období bylo využito přidané metody Orientačního logopedického vyšetření. Analýza se týkala jednak jednotlivých diagnóz a jednak rozboru narušené komunikační schopnosti u respondentů se sociálním a zdravotním znevýhodněním směrem ke zpřesňující diagnostice narušené komunikační schopnosti. Pro diagnostiku v narušené komunikační schopnosti bylo využito Orientačního logopedického vyšetření (Tomická, 2004) s následujícími zkouškami: **sluchová zkouška, vyšetření mluvidel, zkouška dýchání, zkouška motoriky mluvidel, zkouška artikulační obratnosti, zkouška fonematického sluchu, zkouška výslovnosti, zkouška slovní zásoby, zkouška řečového projevu, zkouška verbální sluchové paměti.**

Šetření probíhalo jednotlivě s každým respondentem. Speciální pedagogové – logopedi byli zacvičeni v tomto orientačním logopedickém šetření autorkou, která se taktéž podílela na šetření dětí. Výsledky jsme zaznamenali do spisu respondenta a následně byly autorkou analyzovány, zpracovány a vyhodnoceny.

Šetření probíhala v prostorách Speciálně pedagogického centra v Litoměřicích s přítomností zákonného zástupce.

- **V závěrečné fázi** jsme se zaměřili na diskusi ke zjištěným výsledkům, na zpracování závěrů výzkumu, dále pak na návrh východisek z výzkumu.

5.5 Charakteristika vyšetřovaného souboru

Výzkumný vzorek tvořili respondenti ve věku 5,5–6,5 let. V případě respondentů se zdravotním postižením či znevýhodněním byla dodržena specifika šetření, která odpovídala potřebám těchto respondentů (např. uzpůsobení pracovní místa).

Do výzkumu bylo v roce 2003 zařazeno 112 respondentů – z toho 22 zdravotně postižených, 8 zdravotně znevýhodněných, 13 sociálně znevýhodněných a 8 bez postižení. 60 respondentů má narušenou komunikační schopnost a nespadá do uvedených kategorií v tabulce č. 1a (s. 77).

V roce 2004 bylo zařazeno 136 respondentů – z toho 25 zdravotně postižených, 16 zdravotně znevýhodněných, 15 sociálně znevýhodněných a 6 bez postižení. 74 respondentů má narušenou komunikační schopnost a nespadá do uváděných kategorií v tabulce č. 1a (s. 77).

V roce 2005 bylo zařazeno 150 respondentů – z toho 37 zdravotně postižených, 19 zdravotně znevýhodněných, 15 sociálně znevýhodněných a 15 bez postižení. 64 respondentů má narušenou komunikační schopnost a nespadá do kategorií uvedených v tabulce č. 1a (s. 77).

V roce 2006 bylo zařazeno 150 respondentů – z toho 51 zdravotně postižených, 19 zdravotně znevýhodněných, 22 sociálně znevýhodněných a 13 bez postižení. 45 respondentů má narušenou komunikační schopnost a nespadá do kategorií uváděných v tabulce č. 1a (s. 77).

V roce 2007 bylo zařazeno 150 respondentů – z toho 47 zdravotně postižených, 14 zdravotně znevýhodněných, 31 sociálně znevýhodněných a 14 bez postižení. 44 respondentů má narušenou komunikační schopnost a nespádají do kategorií uvedených v tabulce č. 1a (s. 77).

V roce 2008 bylo zařazeno 150 respondentů – z toho 36 zdravotně postižených, 11 zdravotně znevýhodněných, 32 sociálně znevýhodněných a 14 bez postižení. 57 respondentů má narušenou komunikační schopnost a nespádají do kategorií uvedených v tabulce č. 1a (s. 77).

Tabulku č. 1a: Přehled respondentů výzkumu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním a respondentů bez postižení:

	Zdravotně postižení	Zdravotně znevýhodnění	Sociálně znevýhodnění	Respondenti bez postižení
Rok 2003/2004	22	8	13	8
Rok 2004/2005	25	16	15	6
Rok 2005/2006	37	19	15	15
Rok 2006/2007	51	19	22	13
Rok 2007/2008	47	14	31	14
Rok 2008/2009	36	11	32	14
Celkem	218	87	128	70

Tabulku č. 1b: Přehled respondentů výzkumu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním a respondentů bez postižení – relativní vyjádření v %:

	Zdravotně postižení	Zdravotně znevýhodnění	Sociálně znevýhodnění	Respondenti bez postižení
Rok 2003/2004	19,6	7,1	11,6	7,1
Rok 2004/2005	18,4	11,8	11,0	4,4
Rok 2005/2006	24,7	12,7	10,0	10,0
Rok 2006/2007	34,0	12,7	14,7	8,7
Rok 2007/2008	31,3	9,3	20,7	9,3
Rok 2008/2009	24,0	7,3	21,3	9,3
Celkem	25,7	10,3	15,1	8,3

Z uvedeného popisu lze konstatovat, že roste počet respondentů sociálně znevýhodněných. Sledování této kategorie bylo podpořeno zákonem č. 561/2004, Sb., který v paragrafu 16 poprvé v historii uvádí tuto kategorii. Podíl zdravotně znevýhodněných a respondentů bez postižení zůstává poměrně stabilní.

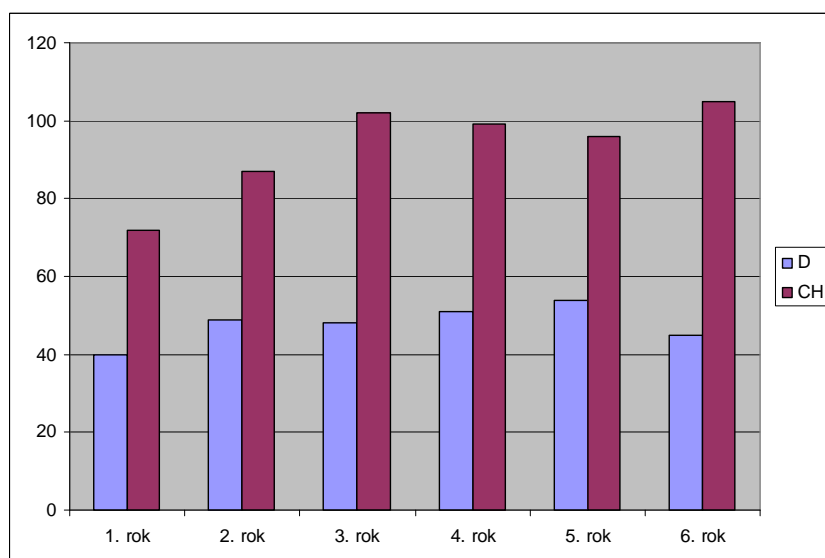
Podíl zdravotně postižených respondentů se ukazuje jako statisticky proměnlivý.

Zajímavé údaje lze vysledovat ve struktuře respondentů podle pohlaví. Počty v jednotlivých letech ukazuje následující tabulka.

Tabulka č. 2a: Přehled celkového počtu respondentů dle pohlaví:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009
D	40	49	48	51	54	45
CH	72	87	102	99	96	105

Graf č. 1: Přehled celkového počtu respondentů dle pohlaví:



Tabulka č. 2b: Přehled celkového počtu respondentů dle pohlaví – relativní vyjádření:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009
D	35,7	36,0	32,0	34,0	36,0	30,0
CH	64,3	64,0	68,0	66,0	64,0	70,0

Podíl respondentů vzhledem k pohlaví zůstává stabilní. Toto lze prokázat pomocí testu homogenity několika binomických rozdělení, protože rozdíly mezi jednotlivými roky jsou statisticky nevýznamné (testová statistika pro dívky $Q=1,996$ je menší než 95%-kvantil χ^2

rozdělení $\chi^2_5(0,95)=11,070$). Podíl respondentů dívek je cca jedna třetina a je výrazně nižší než podíl respondentů chlapců. Přesněji tento podíl odhadneme z dat za sledované období číslem 33,8 %, respektive s velkou pravděpodobností leží v intervalu (30,7 %; 37,0 %) – 95% intervalový odhad. Obdobně odhad podílu chlapců je 66,2 % a příslušný 95% intervalový odhad je (63,0 %; 69,3 %).

Intervalové odhady se nepřekrývají, což jen statisticky potvrzuje viditelný menší podíl dívek než je podíl chlapců. K tomuto závěru dojdeme i na základě provedeného testu homogenity dvou binomických rozdělení, a to i na hladině 1 %, protože hodnota testové statistiky je 14,061 a převyšuje tak výrazně odpovídající kvantil normálního rozdělení – 2,32.

Pro lepší charakterizaci výběrového vzorku následující tabulka udává přehled druhů zdravotního postižení u respondentů výzkumu.

Tabulka č 3: Přehled jednotlivých druhů zdravotního postižení u respondentů výzkumu:

Druh postižení	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009	Celkem
ADHD	3	12	4	6	3	0	28
Autismus	0	0	2	2	2	1	7
Dyspraxie	0	5	2	2	1	2	12
Kombinovaná postižení	1	2	11	6	4	5	29
Mentální postižení	14	17	11	14	12	9	77
Sluchová postižení	2	0	4	20	21	15	62
Somatická postižení	1	1	2	1	3	3	11
Zraková postižení	1	0	1	0	1	1	4
Celkem	22	25	37	51	47	36	

Složení klientely odpovídá statickému přehledu Úřadu informací ve vzdělávání z hlediska uváděných typů a počtů žáků se zdravotním postižením (viz příloha č. 3). U výše

popisovaného vzorku jsou v přehledu uvedené další druhy zdravotního postižení, které statistický přehled uvádí pod jedním druhem nazvaným jako *vývojové poruchy*.

U respondentů zdravotně znevýhodněných, nebylo významné provádět členění dle druhů zdravotního znevýhodnění, neboť v tomto regionu se jedná o děti s respiračními chorobami v kombinaci s alergiemi. Taktéž i zde pediatri sledovali a zasílali takto znevýhodněné děti do speciálně pedagogického centra. Toto zdravotní znevýhodnění bylo sledováno i před zavedením této kategorie novým zákonem č. 561/2004 Sb.

5.6 Realizace výzkumu

5.6.1 Předpoklad předvýzkumu

Počet dětí s narušenou komunikační schopností nastupujících do 1. tříd základních škol je stabilně vysoký (více než 30 %).

V následující tabulce je podán přehled současného stavu nastupujících respondentů, kteří za posledních šest let zahájili docházku v litoměřických základních školách. Tato data jsme získali ze statistických údajů Odboru školství, kultury, sportu a památkové péče Městského úřadu v Litoměřicích. Z dokumentace respondentů Speciálně pedagogického centra v Litoměřicích jsme získali počty respondentů s narušenou komunikační schopností vzhledem k počtu žáků nastupujících do 1. tříd litoměřických základních škol.

Tabulka č. 4a: Počet žáků s narušenou komunikační schopností v 1. třídách ZŠ:

Název školy	2003/2004		2004/2005		2005/2006		2006/2007		2007/2008		2008/2009	
ZŠ U Stadionu	54	18	42	14	48	16	52	17	45	15	24	5
ZŠ Havlíčkova	37	12	31	14	33	25	23	13	27	8	34	15
ZŠ Na Valech	27	12	21	4	26	15	24	10	25	12	18	8
ZŠ B. Němcové	52	14	55	17	47	17	42	10	49	12	52	16
ZŠ Masarykova	33	24	42	11	46	24	54	28	40	11	57	18
ZŠ Ladova	24	6	33	10	39	8	41	10	35	9	38	12
Celkem žáků	227	86	224	70	239	105	236	88	221	67	223	74
Celkem NKS	37,88 %		31,25 %		43,93 %		37,28 %		30,31 %		33,18 %	

1 údaj – Počet žáků v 1. třídě

2. údaj – Počet respondentů s narušenou komunikační schopností

Z analýzy výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů s narušenou komunikační schopností 43,93 % nastoupilo do základní školy ve školním roce 2005/2006, nejméně pak 30,31 % ve školním roce 2007/2008. Ve školním roce 2003/2004 se jednalo o 37,88 % respondentů, ve školním roce 2006/2007 zaujímal počet respondentů s narušenou komunikační schopností

37,28 % v počtu všech žáků 1. tříd, ve školním roce 2004/2005 se jednalo o 31,25 % dětí a v roce 2008/2009 je to 33,18 % dětí.

Za sledované období činí podíl 35,77 %, což odpovídá údajům z výzkumů provedených profesorem Milošem Sovákem (in Krahulcová, 2003, s. 11) z let 1941–1942:

Výsledky lékařských prohlídek z roku 1941–1942 u školních začátečníků z celkového počtu vyšetřených žáků 1 343 je uvedeno 39,72 % žáků s poruchou výslovnosti.

V roce 1949 byl na popud Ministerstvem školství, věd a umění proveden rozsáhlý výzkum Logopedickým ústavem, jehož závěry přispěly k vydání směrnic k logopedické péči Ministerstvem zdravotnictví, které zaštiťovalo v tomto období logopedickou péči u dětí a žáků. Do tohoto rozsáhlého průzkumu bylo zařazeno 78 512 respondentů, kde porucha výslovnosti u respondentů ve věku 5-6 let byla zjištěna u 38,4 %.

Ve výsledcích výzkumu provedeného v roce 1989/1990 u respondentů ve školních začátcích z celkového počtu 5 599 byla prokázána porucha výslovnosti u 38,13 % respondentů.

Pokud budeme srovnávat podíly na základě statistické analýzy v jednotlivých letech, můžeme jako vhodnou proceduru použít test homogenity několika binomických rozdělení, potom předpoklad o rovnosti podílů respondentů s narušenou komunikační schopností na 5% hladině významnosti zamítáme, protože hodnota testové statistiky $Q=13,113$ je větší než 95%-kvantil χ^2 rozdělení (11,070). Jde tedy o statisticky významné popření předpokladu stability podílů respondentů s narušenou komunikační schopností. Pokud budeme analyzovat, které dvojice školních roků jsou vzhledem k těmto rozdílům statisticky významné, můžeme použít postup založený na arcsinové transformaci. Hodnoty testových statistik jsou uvedeny v následující tabulce č. 4b (s. 82). Příslušný 95%-kvantil má hodnotu 4,03. Statisticky významný rozdíl mezi podíly respondentů s narušenou komunikační schopností je proto pouze pro školní roky 2005/2006 a 2007/2008.

Tabulka č.4b: Hodnoty statistik pro testování rozdílů mezi podíly respondentů s narušenou komunikační schopností pro jednotlivé roky:

	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009
2003/2004	2,097	1,878	0,188	2,393	1,474
2004/2005		3,996	1,931	0,301	0,619
2005/2006			2,087	4,288*	3,362
2006/2007				2,229	1,302
2007/2008					0,918

Nemůžeme sice říci, že by podíl počtu dětí s narušenou komunikační schopností byl stále neměnný, ale na druhé straně nelze pozorovat žádný trend vzrůstu a poklesu tohoto podílu. Školní rok 2007/2008 by bylo možné interpretovat také tak, že v tomto roce byl neobvykle vysoký podíl dětí s NKS. Pokud budeme stabilitu chápat tak, že podíl dětí s NKS převyšuje každý rok hranici 30 %, potom toto tvrzení je v souladu s výsledky testu o parametru binomického rozdělení.

Lze konstatovat na základě porovnání s uvedenými předchozími výzkumy, že předpoklad předvýzkumu byl potvrzen.

5.6.2 Ověřování podílu narušené komunikační schopnosti

Hypotéza č. 1: **Podíl narušené komunikační schopnosti bude podstatným faktorem při posuzování školní zralosti.**

Pokud podíl respondentů s narušenou komunikační schopností bude překračovat hranici 50 %, lze z pohledu statistických měření hovořit o **podstatném** faktoru.

V období šesti let byla provedena analýza nejčastější narušené komunikační schopnosti – dyslalie. Mapovali jsme závažnost této diagnózy stanovením stupně u všech respondentů v šetření.

Z celkového počtu dětí v šetření školní zralosti byla tato narušená komunikační schopnost stanovena u 188 respondentů, a to v tomto stupni dle závažnosti:

Dyslalie levis – nejlehčí – 89 respondentů.

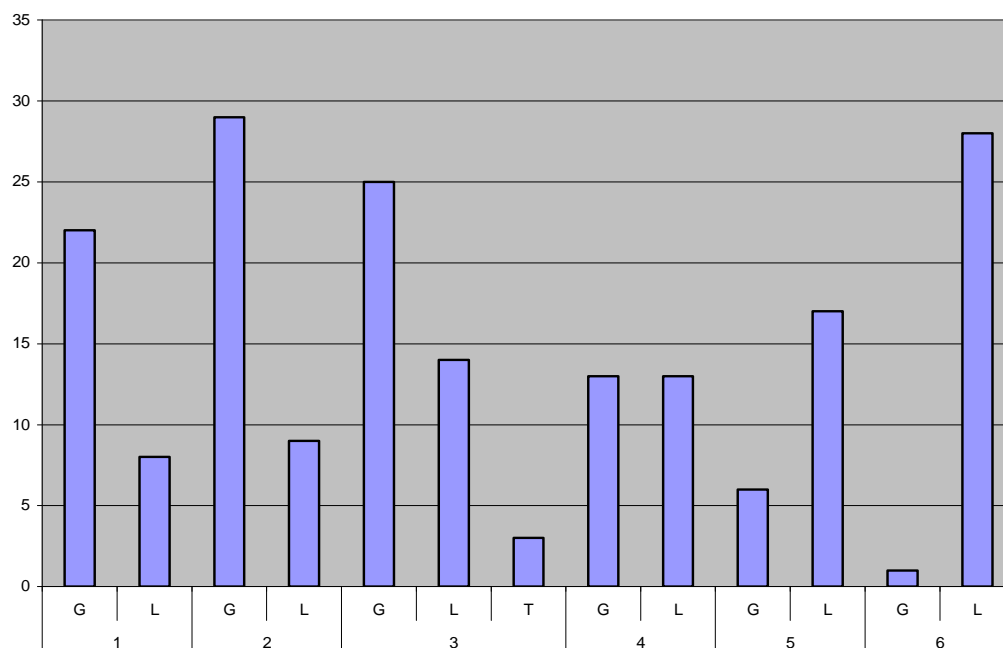
Dyslalie gravis – středně těžká – 96 respondentů.

Dyslalie univerzalis – těžká – 3 respondenti.

Tabulka č. 5a: Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření v absolutních číslech:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009	Celkem
Dyslalie L	8	9	14	13	17	28	89
Dyslalie G	22	29	25	13	6	1	96
Dyslalie T	0	0	3	0	0	0	3
Dyslalie celkem	30	38	42	26	23	29	188

Graf č. 2a: Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření:

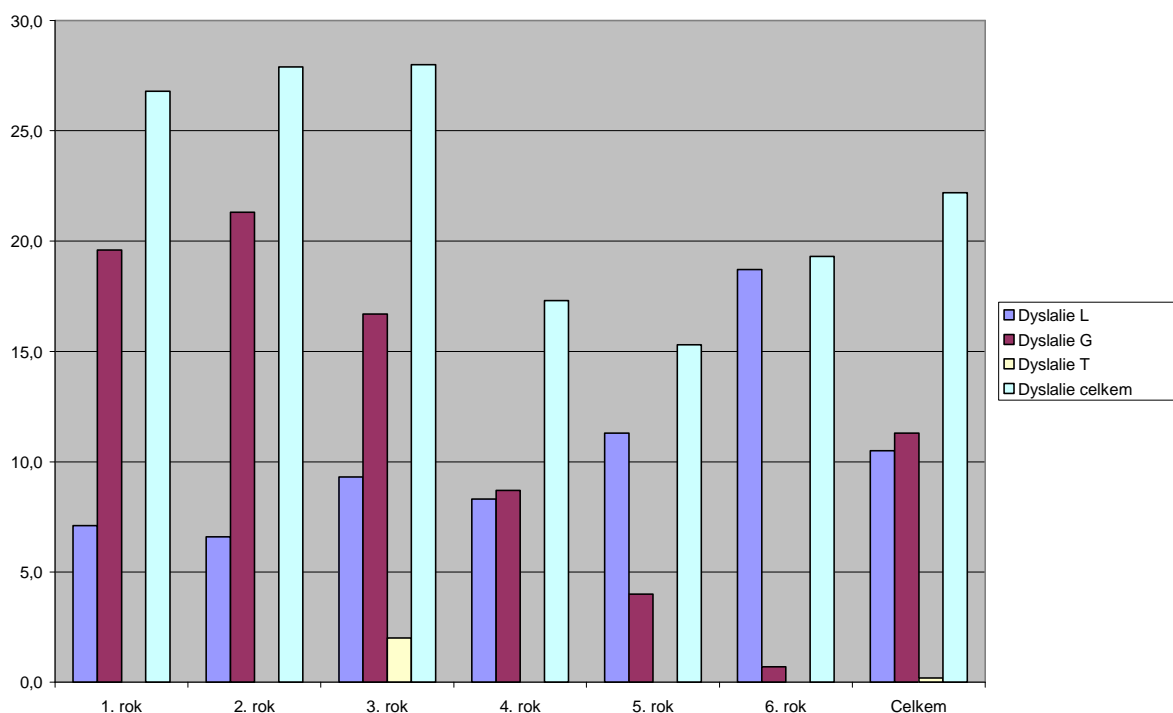


V uvedeném grafu č. 2a jsou uvedeni respondenti s dyslalií levis (L), dyslalií gravis (G), dyslalií universalis (T).

Tabulka č. 5b: Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření – relativně v %:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009	Celkem
Dyslalie L	7,1	6,6	9,3	8,3	11,3	18,7	10,5
Dyslalie G	19,6	21,3	16,7	8,7	4,0	0,7	11,3
Dyslalie T	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Dyslalie celkem	26,8	27,9	28,0	17,3	15,3	19,3	22,2

Graf č. 2b: Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření – relativně v %:



Graf č. 2b uvádí relativní přehled respondentů s dyslalií v jednotlivých stupních.

Na základě provedeného testu (test homogenity dvou binomických rozdělení) lze konstatovat, že došlo ke statisticky významnému nárůstu počtu diagnostikované dyslalie L, poklesu počtu diagnostikované dyslalie G a dyslalie celkem za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období.

Z grafu č. 2a (s. 85) a z tabulky č. 5b (s. 85) je zřejmé, že 10,5 % respondentů z celkového počtu 848 respondentů v šesti letech výzkumu má diagnostikovanou dyslalii levis – označenou v tabulce písmenem L.

Dále 11,3 % procent z celkového počtu 848 respondentů dyslalie gravis – označenou v tabulce písmenem G.

Dále 0,2 % procent z celkového počtu respondentů 848 dyslalie univerzalis – označenou v tabulce písmenem T.

Izolovaně – tedy bez vazby na další jiná postižení či oslabení se v nejtěžším stupni dyslalie vyskytuje velmi ojediněle, a to pouze ve třetím roce výzkumu.

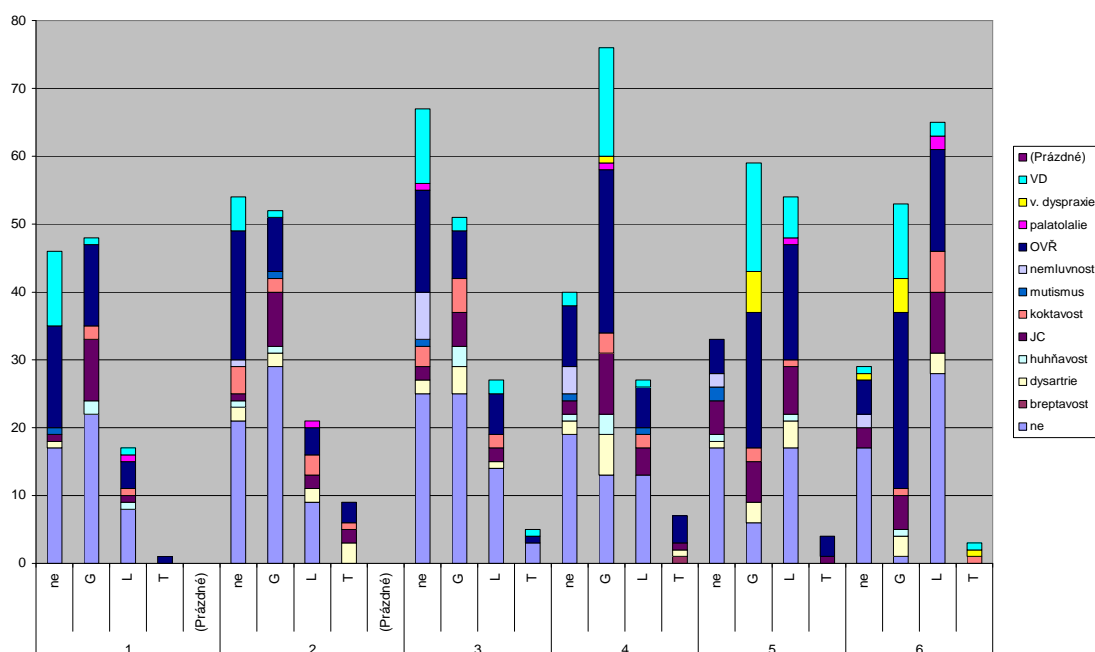
V další fázi výzkumu byla provedena analýza narušené komunikační schopnosti dle stanových jednotlivých diagnóz, a to z pohledu četnosti jejich zastoupení v období šesti let.

Přehled narušené komunikační schopnosti u respondentů je řazen abecedně a jsou uvedeny pouze stanové diagnózy u respondentů (neobsahuje ty, které v období 6 let nebyly zachyceny ve Speciálně pedagogickém centru):

breptavost (tumultus sermonis), dysartrie, huhňavost (rhinolalie), jazykový cit, kocktavost (balbuties), mutismus, vývojová nemluvnost, opožděný vývoj řeči, palatolalie, verbální dyspraxie, vývojová dysfázie.

Stanovená narušená komunikační schopnost pak může a nemusí být v kombinaci s dyslalií.

Graf č. 3: Souhrnný přehledový graf všech respondentů v kombinaci s narušenou komunikační schopností v průběhu šesti let:



Následující tabulky uvádějí v souhrnu NKS1 a NKS2.

Tabulka č. 6a: Počty respondentů podle jednotlivých diagnóz a roků:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1.-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	8	9	14	13	17	28	31	58	89
	Dyslalie G	22	29	25	13	6	1	76	20	96
	Dyslalie T	0	0	3	0	0	0	3	0	3
	NKS1 celkem	30	38	42	26	23	29	110	78	188
NKS2	Breptavost	0	0	0	1	0	0	0	1	1
	Dysartrie	1	9	7	9	8	6	17	23	40
	Huhňavost	3	2	3	4	2	1	8	7	15
	Jazykový cit	11	13	9	16	19	17	33	52	85
	Koktavost	3	10	10	5	3	8	23	16	39
	Nemluvnost	0	1	7	4	2	2	8	8	16
	Mutismus	1	1	1	2	2	0	3	4	7
	Opožděný vývoj řeči	32	34	29	43	45	46	95	134	229
	Palatolalie	1	1	1	1	1	2	3	4	7
	Dyspraxie	0	0	0	1	6	7	0	14	14
	Dysfázie	13	6	16	19	22	15	35	56	91
	NKS2 celkem	65	77	83	105	110	104	225	319	544
	Bez NKS	17	21	25	19	17	17	63	53	116
	Počet celkem	112	136	150	150	150	150	398	450	848

Pokud chceme ověřit hypotézu č. 1, převedeme tabulku č. 6a (s. 88) do relativních vyjádření vzhledem k počtům respondentů v jednotlivých letech. Tyto údaje jsou v následující tabulce č. 6b (s. 89).

Tabulka č. 6b: Relativní počty respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1.-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	7,1	6,6	9,3	8,7	11,3	18,7	7,8	12,9	10,5
	Dyslalie G	19,6	21,3	16,7	8,7	4,0	0,7	19,1	4,4	11,3
	Dyslalie T	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,4
	NKS1 celkem	26,8	27,9	28,0	17,3	15,3	19,3	27,6	17,3	22,2
NKS2	Breptavost	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
	Dysartrie	0,9	6,6	4,7	6,0	5,3	4,0	4,3	5,1	4,7
	Huhňavost	2,7	1,5	2,0	2,7	1,3	0,7	2,0	1,6	1,8
	Jazykový cit	9,8	9,6	6,0	10,7	12,7	11,3	8,3	11,6	10,0
	Koktavost	2,7	7,4	6,7	3,3	2,0	5,3	5,8	3,6	4,6
	Nemluvnost	0,0	0,7	4,7	2,7	1,3	1,3	2,0	1,8	1,9
	Mutismus	0,9	0,7	0,7	1,3	1,3	0,0	0,8	0,9	0,8
	Opožděný vývoj řeči	28,6	25,0	19,3	28,7	30,0	30,7	23,9	29,8	27,0
	Palatolalie	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	1,3	0,8	0,9	0,8
	Dyspraxie	0,0	0,0	0,0	0,7	4,0	4,7	0,0	3,1	1,7
	Dysfázie	11,6	4,4	10,7	12,7	14,7	10,0	8,8	12,4	10,7
	NKS2 celkem	58,0	56,6	55,3	70,0	73,3	69,3	56,5	70,9	64,2
	Bez NKS	15,2	15,4	16,7	12,7	11,3	11,3	15,8	11,8	13,7
Počet celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Z výsledků vyplývá, že 86,3 % z celkového počtu respondentů má narušenou komunikační schopnost a lze tudíž konstatovat, že je podstatným faktorem při posuzování školní zralosti.

Můžeme na základě testu o parametru binomického rozdělení potvrdit, že podíl respondentů s narušenou komunikační schopností je statisticky významně větší než 80 %.

Pokud budeme narušenou komunikační schopnost rozlišovat, tak NKS1 má 22,2 % a NKS2 64,2 % respondentů. Jestliže sledujeme výrazné zastoupení (větší než 10 %) jednotlivých

diagnóz, pak k takovým patří: opožděný vývoj řeči (27,0 %), dyslalie gravis (11,3 %), vývojová dysfázie (10,7 %), dyslalie levis (10,5 %), jazykový cit (10,0 %).

Před počátkem analýzy změn v počtech v jednotlivých letech, uvedeme analogické tabulky (viz následující tabulky č. 7–č. 14) a grafy (č. 4–č. 7) pro respondenty sociálně znevýhodněné, zdravotně znevýhodněné, se zdravotním postižením a bez postižení a provedeme mezi těmito kategoriemi srovnání.

Mezi sociálně znevýhodněnými respondenty jich má narušenou komunikační schopnost 89,8 %, přičemž NKS1 je diagnostikována u 9,4 % a NKS2 u 80,5 % respondentů. Mezi nejvýraznější diagnózy pro tuto kategorii patří opožděný vývoj řeči (55,5 %) a porucha jazykového citu (17,2 %).

Narušenou komunikační schopnost mezi zdravotně znevýhodněnými respondenty má 67,8 %, NKS1 je diagnostikována u 12,6 % a NKS2 u 55,2 % respondentů. Mezi nejvýraznější diagnózy patří opožděný vývoj řeči (23,0 %) a porucha jazykového citu (13,8 %).

Z celkového počtu zdravotně postižených respondentů jich má stanovenou narušenou komunikační schopnost 95,7 %, přičemž NKS1 má 13,9 % a NKS2 81,7 % respondentů. Nejpočetnější diagnózu tvoří opožděný vývoj řeči (53,5 %).

Pokud zkoumáme respondenty bez postižení a znevýhodnění, tak 85,0 % jich má narušenou komunikační schopnost, přičemž NKS1 má 29,0 % a NKS2 56,0 % respondentů. Mezi nejvýraznější diagnózy pro tuto kategorii patří vývojová dysfázie (16,5 %), dyslalie gravis (14,4 %), dyslalie levis (14,2 %), opožděný vývoj řeči (12,4 %).

Z výše uvedeného je patrné, že ve všech sledovaných kategoriích je podíl respondentů s narušenou komunikační schopností značný. Nejmenší podíl je u respondentů zdravotně znevýhodněných – 67,8 %, prakticky všichni (95,7 %) zdravotně postižení mají NKS. Mezi jednotlivými kategoriemi jsou statisticky významné rozdíly (test homogenity několika binomických populací), nicméně ve všech případech je NKS podstatným faktorem při posuzování školní zralosti (např. na základě testu o parametru binomického rozdělení je podíl respondentů s narušenou komunikační schopností statisticky významně větší než 60 %).

Tabulka č. 7: Počty sociálně znevýhodněných respondentů podle jednotlivých diagnóz a roků:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1.-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	1	0	1	0	3	1	2	4	6
	Dyslalie G	1	1	4	0	0	0	6	0	6
	Dyslalie T	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NKS1 celkem	2	1	5	0	3	1	8	4	12
NKS2	Breptavost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dysartrie	0	0	0	2	1	1	0	4	4
	Huhňavost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jazykový cit	1	1	2	5	5	8	4	18	22
	Koktavost	0	0	1	0	0	1	1	1	2
	Nemluvnost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mutismus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Opožděný vývoj řeči	5	7	5	13	22	19	17	54	71
	Palatolalie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dyspraxie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dysfázie	1	0	0	1	0	2	1	3	4
	NKS2 celkem	7	8	8	21	28	31	23	80	103
	Bez NKS	4	6	2	1	0	0	12	1	13
	Počet celkem	13	15	15	22	31	32	43	85	128

Tabulka č. 8: Počty zdravotně znevýhodněných respondentů dle jednotlivých diagnóz a roků:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1.-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	0	0	2	2	0	0	2	2	4
	Dyslalie G	0	1	6	0	0	0	7	0	7
	Dyslalie T	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NKS1 celkem	0	1	8	2	0	0	9	2	11
NKS2	Breptavost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dysartrie	0	0	0	1	0	0	0	1	1
	Huhňavost	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	Jazykový cit	2	3	1	2	3	1	6	6	12
	Koktavost	0	1	1	1	1	0	2	2	4
	Nemluvnost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mutismus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Opožděný vývoj řeči	2	2	0	5	7	4	4	16	20
	Palatolalie	0	1	1	0	0	0	2	0	2
	Dyspraxie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dysfázie	0	1	0	4	0	3	1	7	8
	NKS2 celkem	4	8	4	13	11	8	16	32	48
	Bez NKS	4	7	7	4	3	3	18	10	28
	Počet celkem	8	16	19	19	14	11	43	44	87

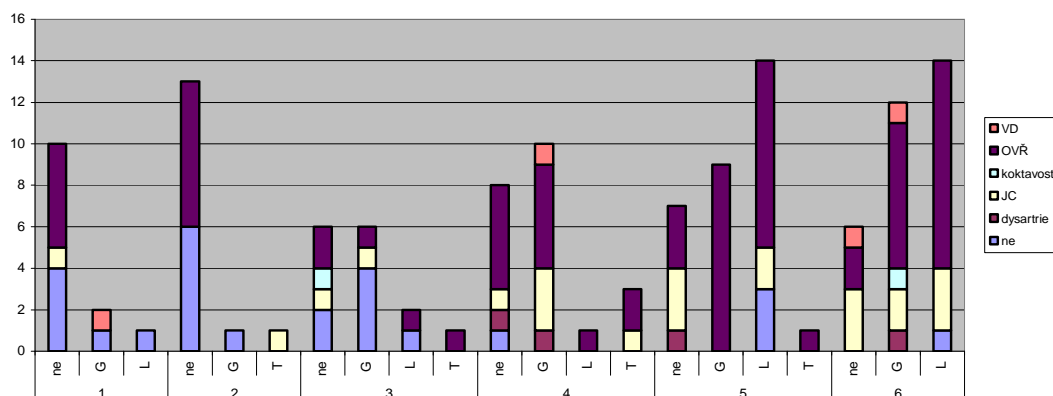
Tabulka č. 9: Počty zdravotně postižených respondentů podle jednotlivých diagnóz a roků:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	2	2	1	2	4	3	5	9	14
	Dyslalie G	2	4	4	1	5	1	10	7	17
	Dyslalie T	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	NKS1 celkem	4	6	6	3	9	4	16	16	32
NKS2	Breptavost	0	0	0	1	0	0	0	1	1
	Dysartrie	0	3	4	4	5	3	7	12	19
	Huhňavost	0	1	0	0	0	1	1	1	2
	Jazykový cit	1	4	2	7	2	2	7	11	18
	Koktavost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nemluvnost	0	1	7	4	2	2	8	8	16
	Mutismus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Opožděný vývoj řeči	16	16	16	27	28	20	48	75	123
	Palatolalie	0	0	0	1	0	0	0	1	1
	Dyspraxie	0	0	0	1	0	2	0	3	3
	Dysfázie	0	1	0	1	1	2	1	4	5
	NKS2 celkem	17	26	29	46	38	32	72	116	188
Bez NKS	1	5	2	2	0	0	8	2	10	
Počet celkem	22	37	37	51	47	36	96	134	230	

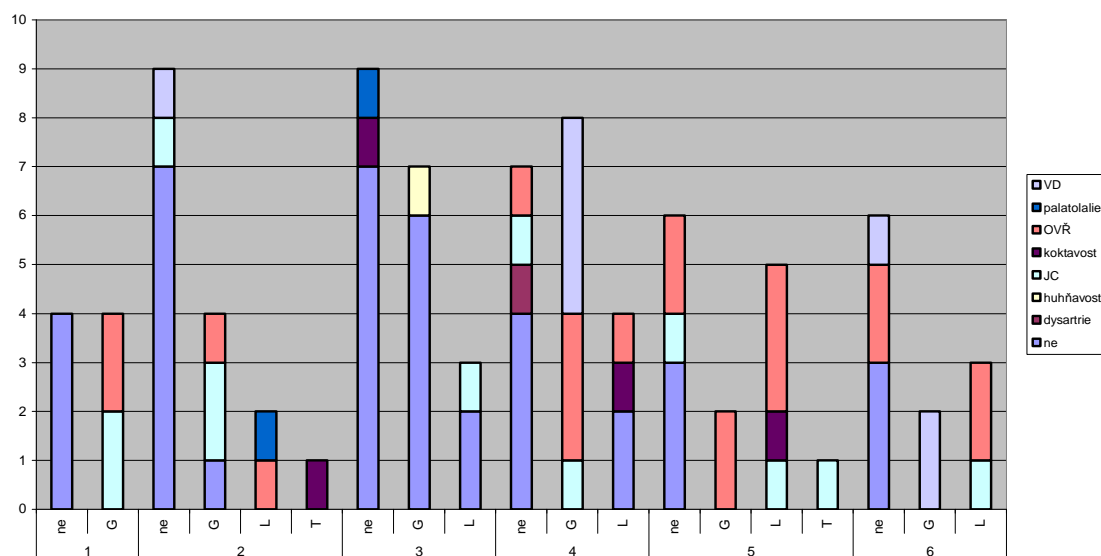
Tabulka č. 10: Počty respondentů bez postižení a znevýhodnění dle jednotlivých diagnóz a roků:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	5	7	10	9	11	24	22	44	66
	Dyslalie G	19	23	12	12	1	0	54	13	67
	Dyslalie T	0	0	2	0	0	0	2	0	2
	NKS1 celkem	24	30	24	21	12	24	78	57	135
NKS2	Breptavost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dysartrie	1	6	3	2	2	3	10	7	17
	Huhňavost	3	1	2	4	2	0	6	6	12
	Jazykový cit	7	5	4	7	11	8	16	26	42
	Koktavost	3	9	8	4	2	7	20	13	33
	Nemluvnost	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mutismus	1	1	1	2	2	0	3	4	7
	Opožděný vývoj řeči	13	11	8	6	5	15	32	26	58
	Palatolalie	1	0	0	0	1	2	1	3	4
	Dyspraxie	0	0	0	0	6	5	0	11	11
	Dysfázie	12	4	16	14	21	10	32	45	77
	NKS2 celkem	41	37	42	39	52	50	120	141	261
	Bez NKS	8	6	15	13	14	14	29	41	70
	Počet celkem	73	73	81	73	78	88	227	239	466

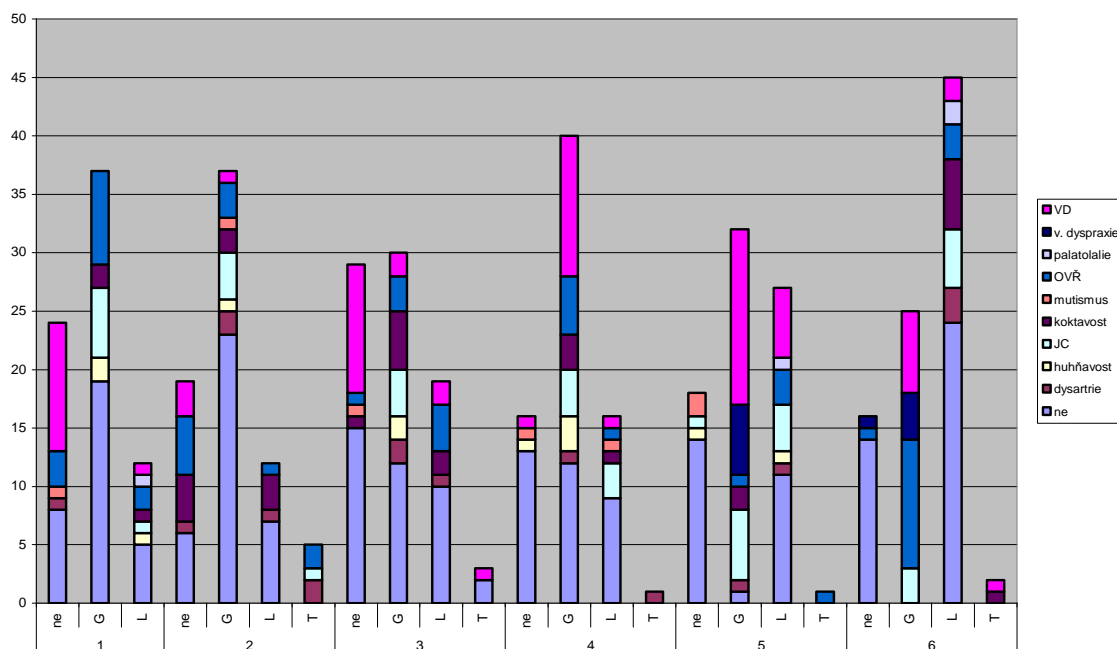
Graf č. 4: Přehled narušené komunikační schopnosti u sociálně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období:



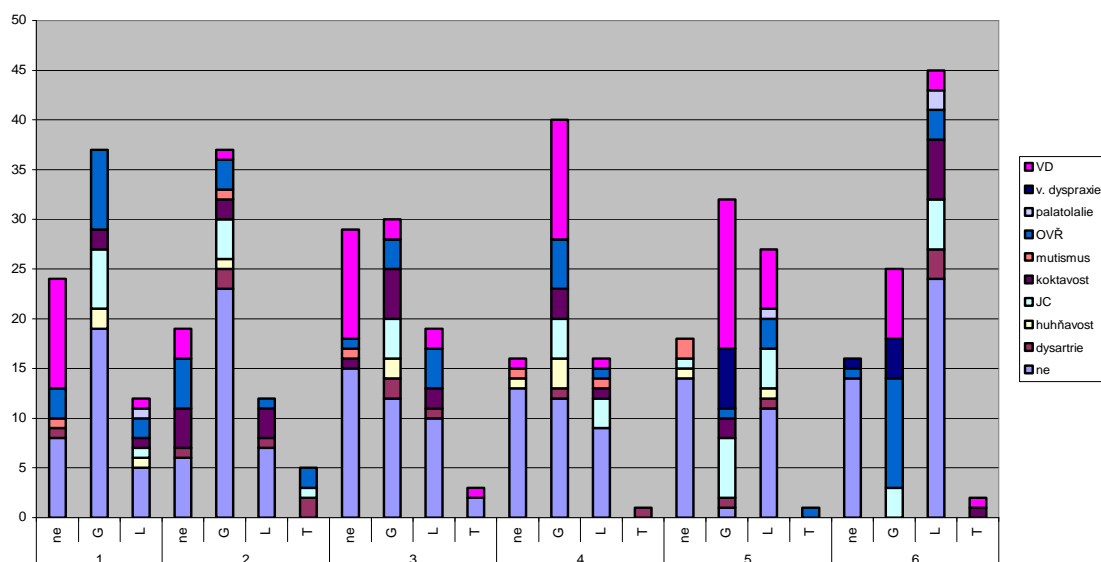
Graf č. 5: Přehled narušené komunikační schopnosti u zdravotně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období:



Graf č. 6: Přehled narušené komunikační schopnosti u zdravotně postižených respondentů v každém roce šestiletého období:



Graf č. 7: Přehled narušené komunikační schopnosti u respondentů bez postižení a znevýhodnění v každém roce šestiletého období:



Tabulka č. 11: Relativní počty sociálně znevýhodněných respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1.-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	7,7	0,0	6,7	0,0	9,7	3,1	4,7	4,7	4,7
	Dyslalie G	7,7	6,7	26,7	0,0	0,0	0,0	14,0	0,0	4,7
	Dyslalie T	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NKS1 celkem	15,4	6,7	33,3	0,0	9,7	3,1	18,6	4,7	9,4
NKS2	Breptavost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dysartrie	0,0	0,0	0,0	9,1	3,2	3,1	0,0	4,7	3,1
	Huhňavost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Jazykový cit	7,7	6,7	13,3	22,7	16,1	25,0	9,3	21,2	17,2
	Koktavost	0,0	0,0	6,7	0,0	0,0	3,1	2,3	1,2	1,6
	Nemluvnost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Mutismus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Opožděný vývoj řeči	38,5	46,7	33,3	59,1	71,0	59,4	39,5	63,5	55,5
	Palatolalie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dyspraxie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dysfázie	7,7	0,0	0,0	4,5	0,0	6,2	2,3	3,5	3,1
	NKS2 celkem	53,8	53,3	53,3	95,5	90,3	96,9	53,5	94,1	80,5
Bez NKS	30,8	40,0	13,3	4,5	0,0	0,0	27,9	1,2	10,2	
Počet celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabulka č. 12: Relativní počty zdravotně znevýhodněných respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1.-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	0,0	0,0	10,5	10,5	0,0	0,0	4,7	4,5	4,6
	Dyslalie G	0,0	6,2	31,6	0,0	0,0	0,0	16,3	0,0	8,0
	Dyslalie T	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NKS1 celkem	0,0	6,2	42,1	10,5	0,0	0,0	20,9	4,5	12,6
NKS2	Breptavost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dysartrie	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	2,3	1,1
	Huhňavost	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	1,1
	Jazykový cit	25,0	18,8	5,3	10,5	21,4	9,1	14,0	13,6	13,8
	Koktavost	0,0	6,2	5,3	5,3	7,1	0,0	4,7	4,5	4,6
	Nemluvnost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Mutismus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Opožděný vývoj řeči	25,0	12,5	0,0	26,3	50,0	36,4	9,3	36,4	23,0
	Palatolalie	0,0	6,2	5,3	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	2,3
	Dyspraxie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dysfázie	0,0	6,2	0,0	21,1	0,0	27,3	2,3	15,9	9,2
	NKS2 celkem	50,0	50,0	21,1	68,4	78,6	72,7	37,2	72,7	55,2
Bez NKS	50,0	43,8	36,8	21,1	21,4	27,3	41,9	22,7	32,2	
Počet celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabulka č. 13: Relativní počty zdravotně postižených respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	9,1	5,4	2,7	3,9	8,5	8,3	5,2	6,7	6,1
	Dyslalie G	9,1	10,8	10,8	2,0	10,6	2,8	10,4	5,2	7,4
	Dyslalie T	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,4
	NKS1 celkem	18,2	16,2	16,2	5,9	19,1	11,1	16,7	11,9	13,9
NKS2	Breptavost	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4
	Dysartrie	0,0	8,1	10,8	7,8	10,6	8,3	7,3	9,0	8,3
	Huhňavost	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	2,8	1,0	0,7	0,9
	Jazykový cit	4,5	10,8	5,4	13,7	4,3	5,6	7,3	8,2	7,8
	Koktavost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Nemluvnost	0,0	2,7	18,9	7,8	4,3	5,6	8,3	6,0	7,0
	Mutismus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Opožděný vývoj řeči	72,7	43,2	43,2	52,9	59,6	55,6	50,0	56,0	53,5
	Palatolalie	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4
	Dyspraxie	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	5,6	0,0	2,2	1,3
	Dysfázie	0,0	2,7	0,0	2,0	2,1	5,6	1,0	3,0	2,2
	NKS2 celkem	77,3	70,3	78,4	90,2	80,9	88,9	75,0	86,6	81,7
Bez NKS	4,5	13,5	5,4	3,9	0,0	0,0	8,3	1,5	4,3	
Počet celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabulka č. 14: Relativní počty respondentů bez postižení a znevýhodnění (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období:

		1. rok	2. rok	3. rok	4. rok	5. rok	6. rok	1-3.	4-6.	Celkem
NKS1	Dyslalie L	6,8	9,6	12,3	12,3	14,1	27,3	9,7	18,4	14,2
	Dyslalie G	26,0	31,5	14,8	16,4	1,3	0,0	23,8	5,4	14,4
	Dyslalie T	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4
	NKS1 celkem	32,9	41,1	29,6	28,8	15,4	27,3	34,4	23,8	29,0
NKS2	Breptavost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Dysartrie	1,4	8,2	3,7	2,7	2,6	3,4	4,4	2,9	3,6
	Huhňavost	4,1	1,4	2,5	5,5	2,6	0,0	2,6	2,5	2,6
	Jazykový cit	9,6	6,8	4,9	9,6	14,1	9,1	7,0	10,9	9,0
	Koktavost	4,1	12,3	9,9	5,5	2,6	8,0	8,8	5,4	7,1
	Nemluvnost	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Mutismus	1,4	1,4	1,2	2,7	2,6	0,0	1,3	1,7	1,5
	Opožděný vývoj řeči	17,8	15,1	9,9	8,2	6,4	17,0	14,1	10,9	12,4
	Palatolalie	1,4	0,0	0,0	0,0	1,3	2,3	0,4	1,3	0,9
	Dyspraxie	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	5,7	0,0	4,6	2,4
	Dysfázie	16,4	5,5	19,8	19,2	26,9	11,4	14,1	18,8	16,5
	NKS2 celkem	56,2	50,7	51,9	53,4	66,7	56,8	52,9	59,0	56,0
Bez NKS	11,0	8,2	18,5	17,8	17,9	15,9	12,8	17,2	15,0	
Počet celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Údaje uvedené v tabulce č. 6a (s. 88) a č. 6b (s. 89) budeme dále analyzovat. Podíl respondentů s NKS zůstává víceméně stabilní – detaily viz předvýzkum, rozhodně zde nelze nalézt žádný trend. Časové období je poměrně krátké, tudíž se zaměříme především na srovnání dvou období: 1.–3. rok výzkumného období a 4.–6. rok výzkumného období, protože ve druhém období byla prováděna přesnější logopedická diagnostika pomocí metody Orientačního logopedického vyšetření (dále již jen OLV) (Tomická, 2006). Pro srovnání použijeme test homogenity dvou binomických rozdělení. Výsledky jsou shrnuty do tabulky č. 15 (s. 102). V posledním sloupci jsou hodnoty testové statistiky, hvězdičky značí statisticky významný pokles, respektive vzestup (jedna označuje hladinu testu 5%, dvě hladinu 1%, tři hladinu 0,1%). Čím nižší hladina, tím je průkaznější dané tvrzení. Test lze formálně spočítat vždy, ale je asymptotický a je proto nutné mít dostatečné množství údajů.

Není proto vhodné použít test na tyto diagnózy: dyslalie tetismus, breptavost, mutismus, palatolalie.

Z tabulky č. 15 (s. 102) vyplývá, že došlo ke statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období. K poklesu naopak došlo v podílu respondentů s NKS1 a podílu bez NKS. Pokud se podíváme na jednotlivé diagnózy tak k statisticky významnému nárůstu došlo u diagnostikované dyslalie levis, opožděného vývoje řeči, dyspraxie a vývojové dysfázie a k statisticky významnému poklesu došlo u diagnostikované dyslalie gravis (výsledek testu u dyslalie tetismus nebereme v úvahu díky malému počtu případů).

Tabulka č. 15: Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování:

		počet 1.-3. rok	počet 4.-6. rok	relativní počet 1.-3. rok	relativní počet 4.-6. rok	testová statistika
NKS1	Dyslalie L	31	58	7,79	12,89	-2,45**
	Dyslalie G	76	20	19,10	4,44	6,97***
	Dyslalie T	3	0	0,75	0,00	2,53**
	NKS1 celkem	110	78	27,64	17,33	3,61***
NKS2	Breptavost	0	1	0,00	0,22	-1,37
	Dysartrie	17	23	4,27	5,11	-0,58
	Huhňavost	8	7	2,01	1,56	0,50
	Jazykový cit	33	52	8,29	11,56	-1,59
	Koktavost	23	16	5,78	3,56	1,54
	Nemluvnost	8	8	2,01	1,78	0,25
	Mutismus	3	4	0,75	0,89	-0,22
	Opožděný vývoj řeči	95	134	23,87	29,78	-1,94*
	Palatolalie	3	4	0,75	0,89	-0,22
	Dyspraxie	0	14	0,00	3,11	-5,15***
	Dysfázie	35	56	8,79	12,44	-1,73*
	NKS2 celkem	225	319	56,53	70,89	-4,36***
	Bez NKS	63	53	15,83	11,78	1,71*
	Počet celkem	398	450	100,00	100,00	0,00

Pro přehlednost uvádíme změny v počtu respondentů v obou sledovaných obdobích a zkoumáme vliv OLV na jednotlivé diagnózy – NKS2.

Z tabulky č. 15 (s. 102) můžeme konstatovat:

Počty respondentů s breptavostí: v šestiletém období byla tato narušená komunikační schopnost diagnostikována pouze u 1 respondenta a to ve 4. roce šetření. Výskyt této narušené komunikační schopnosti je bezvýznamný a koresponduje s odbornou literaturou (in Lechta, 2003, s. 280), zda se vůbec jedná o samostatnou nosologickou jednotku.

Počty respondentů s dysartrií: ve druhém třiletém období měla tato narušená komunikační schopnost vzestupnou tendenci zejména ve 4. roce (2006/2007) výzkumu.

Počty respondentů s huhňavostí: v obou sledovaných obdobích je počet vyrovnaný.

Počty respondentů s poruchou jazykového citu: zde sledujeme významný nárůst respondentů v druhém sledovaném období – tedy ve 4. roce–6. roce (2006/2007–2008/2009) výzkumu.

Počty respondentů s koktavostí: ve druhém sledovaném období, a to zejména v 5. roce (2007/2008) výzkumu, sledujeme mírný pokles u respondentů.

Počty respondentů s vývojovou nemluvností: v obou sledovaných obdobích je celkem vyrovnaný.

Počty respondentů s mutismem: ukazují na vyrovnaný počet v obou sledovaných obdobích.

Počty respondentů s opožděným vývojem řeči: Ve všech rocích druhého sledovaného období sledujeme významný nárůst počtu respondentů.

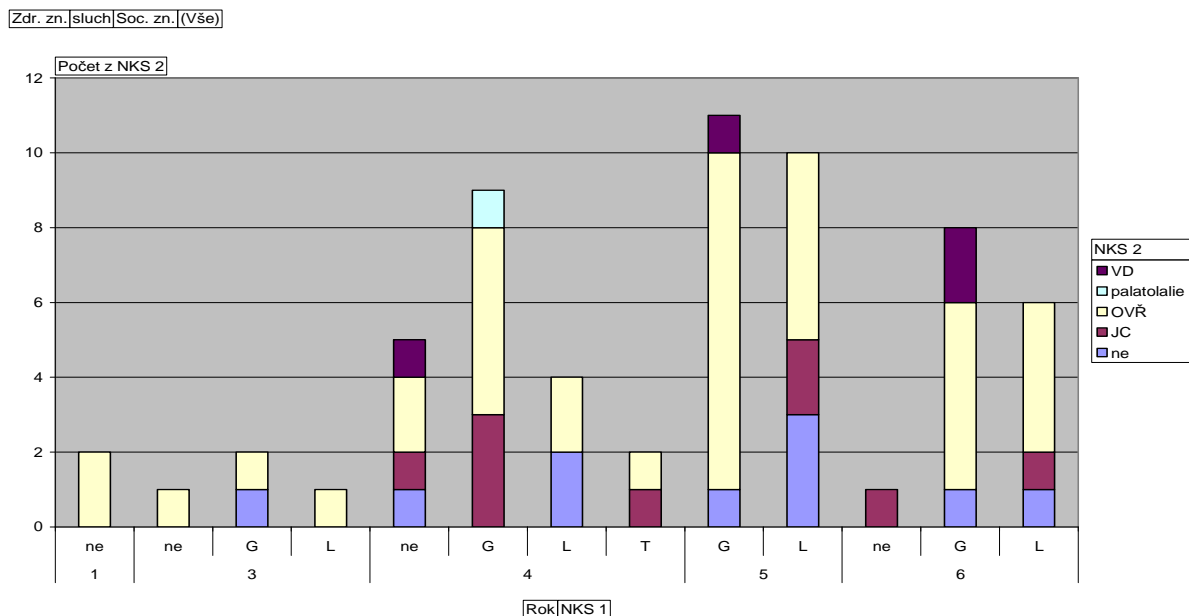
Počty respondentů s palatolalií: jejich počet je vyrovnaný v obou sledovaných obdobích.

Počty respondentů s verbální dyspraxií: tato narušená komunikační schopnost se nevyskytovala v prvních třech letech výzkumu, její nárůst je patrný v druhém sledovaném období, zejména v 5. roce (2007/2008) a v 6. roce (2008/2009).

Počty respondentů s vývojovou dysfázií: zde je patrný nárůst respondentů ve druhém sledovaném období, zejména v 4. roce (2006/2007) a v 5. roce (2007/2008).

Z jednotlivých diagnóz pro respondenty s nedoslýchavostí vyplývá, že jsou významným faktorem v souvislosti s Orientačním logopedickým vyšetřením. Přehled výsledků je uveden na grafu č. 7 (s. 96) a v tabulce č. 16 (s. 104) a č. 17 (s. 105).

Graf č. 8: Přehled výsledků sluchové zkoušky z OLV prováděné od 4. roku (2006/2007):



Tabulka č. 16 Přehled výsledků sluchové zkoušky z orientačního logopedického vyšetření prováděné od 4. roku (2006/2007):

Zdr. zn.	sluch						
Soc. zn.	(Vše)						
Počet z NKS 2		NKS 2					
Rok	NKS 1	ne	JC	OVŘ	palatolalie	VD	Celkový součet
1	ne			2			2
Celkem z 1				2			2
3	ne			1			1
	G	1		1			2
	L			1			1
Celkem z 3		1		3			4
4	ne	1	1	2		1	5
	G		3	5	1		9
	L	2		2			4
	T		1	1			2
Celkem z 4		3	5	10	1	1	20
5	G	1		9		1	11
	L	3		2	5		10
Celkem z 5		4	2	14		1	21
6	ne			1			1
	G	1		5		2	8
	L	1	1	4			6
Celkem z 6		2	2	9		2	15
Celkový součet		10	9	38	1	4	62

Tabulka č. 17: Relativní počty respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za 4. – 6. rok (2006/2007 – 2008/2009) ve srovnání s poruchami sluchu:

		Všichni respondenti				Nedoslýchaví				Test rozdílu	
		4. rok	5. rok	6. rok	4.-6.	4. rok	5. rok	6. rok	4-6.		
NKS1	Dyslalie L										
	Dyslalie G	8,7	11,3	18,7	12,9	10,0	14,3	6,7	10,7	-0,48	
	Dyslalie T	8,7	4,0	0,7	4,4	0,0	4,8	6,7	3,6	-0,31	
	NKS1 celkem	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	
	Breptavost	17,3	15,3	19,3	17,3	10,0	19,0	13,3	14,3	-0,59	
	Dysartrie	0,7	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,67	
	Huhňavost	6,0	5,3	4,0	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-3,22*	
	Jazykový cit	2,7	1,3	0,7	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,76	
	Koktavost	10,7	12,7	11,3	11,6	25,0	9,5	13,3	16,1	0,93	
	Nemluvnost	3,3	2,0	5,3	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,68*	
NKS2	Mutismus	2,7	1,3	1,3	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,89	
	Opožděný vývoj řeči	1,3	1,3	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,33	
	Palatolalie	28,7	30,0	30,7	29,8	50,0	66,7	60,0	58,9	4,21*	
	Dyspraxie	0,7	0,7	1,3	0,9	5,0	0,0	0,0	1,8	0,56	
	Dysfázie	0,7	4,0	4,7	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,50*	
	NKS2 celkem	12,7	14,7	10,0	12,4	5,0	4,8	13,3	7,1	-1,27	
	Bez NKS	70,0	73,3	69,3	70,9	85,0	81,0	86,7	83,9	2,22*	
	Počet celkem	12,7	11,3	11,3	11,8	5,0	0,0	0,0	1,8	-3,05*	
			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,00

Sluchové postižení (nedoslýchaví) bylo u respondentů zjištěno následovně: v 1. roce 2003/2004 v počtu 2, v 2. roce 2004/2005 v počtu 0, v 3. roce 2005/2006. v počtu 4.

V 4. roce 2006/2007. byla zjištěna nedoslýchavost u 20 respondentů, dále v 5. roce 2007/2008 u 21 respondentů a v 6. roce 2008/2009 u 15 respondentů.

Významná je zkouška sluchová z OLV – prokazatelný je nárůst u šetření školní zralosti, kde se sluchová zkouška při běžném šetření neprovádí.

Srovnání skupiny všech respondentů se skupinou respondentů, kteří jsou nedoslýchaví, v období 4.–6. roku (2006/2007–2008/2009) je provedeno v tabulce č. 17 (s. 105). Je z ní patrné, že podíly respondentů s NKS1, jsou prakticky stejné. Významně větší podíl je u skupiny nedoslýchavých u NKS2 a diagnózy opožděný vývoj řeči, významně menší je podíl respondentů bez NKS (test o rovnosti dvou binomických rozdělení).

Protože rozlišujeme jednotlivé kategorie respondentů, je zajímavé se podívat, jestli podobné závěry jako byly v tabulce č. 15 (s. 102), lze učinit pro respondenty sociálně znevýhodněné, zdravotně znevýhodněné, se zdravotním postižením a bez postižení. Následující tabulky č. 18–č. 21 (s. 107–s. 110) udávají obdobné výsledky pro tyto jednotlivé kategorie jako tabulka č. 15 (s. 102).

Pro skupinu sociálně znevýhodněných respondentů lze tvrdit, že došlo ke statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období. K významnému poklesu došlo v podílu respondentů s NKS1 a i v podílu bez NKS. Pokud se podíváme na jednotlivé diagnózy tak k statisticky významnému nárůstu došlo u jazykového citu, opožděného vývoje řeči a k statisticky významnému poklesu u diagnostikované dyslalie gravis (výsledek testu u dysartrie nebereme v úvahu díky malému počtu případů).

Ve skupině zdravotně znevýhodněných respondentů vidíme, že došlo ke statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období. K významnému poklesu došlo v podílu respondentů s NKS1 a také v podílu bez NKS. Pokud se podíváme na jednotlivé diagnózy tak k statisticky významnému nárůstu došlo u opožděného vývoje řeči a dysfázie a k statisticky významnému poklesu u dyslalie gravis (výsledek testu u palatolalie nebereme v úvahu díky malému počtu případů).

Pro kategorii zdravotně postižených respondentů můžeme konstatovat, že došlo ke statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období. K významnému poklesu došlo v podílu respondentů bez NKS. Pokud se podíváme na jednotlivé diagnózy tak ke statisticky významné změně nedošlo. Nárůsty v jednotlivých diagnózách jsou velmi malé a rozmanité, takže jsou statisticky nevýznamné (výsledek testu u dyspraxie nebereme v úvahu díky malému počtu případů). Významný nárůst se projeví pouze v souhrnu jako změna podílu respondentů s NKS2.

Pro třídu respondentů bez postižení a znevýhodnění lze konstatovat, že došlo ke statisticky významnému poklesu podílu respondentů s NKS1 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období. Pokud se podíváme na jednotlivé diagnózy tak ke statisticky významnému nárůstu došlo u dyslalie levis, dyspraxie a ke statisticky významnému poklesu u dyslalie gravis (výsledek testu u dyslalie tetismus nebereme v úvahu díky malému počtu případů).

Tabulka č. 18: Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – sociálně znevýhodnění:

		počet 1.-3. rok	počet 4.-6. rok	relativní počet 1.-3. rok	relativní počet 4.-6. rok	testová statistika
NKS1	Dyslalie L	2	4	4,65	4,71	-0,01
	Dyslalie G	6	0	13,95	0,00	4,09***
	Dyslalie T	0	0	0,00	0,00	0,00
	NKS1 celkem	8	4	18,60	4,71	2,43**
NKS2	Breptavost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Dysartrie	0	4	0,00	4,71	-2,34*
	Huhňavost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Jazykový cit	4	18	9,30	21,18	-1,80*
	Koktavost	1	1	2,33	1,18	0,47
	Nemluvnost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Mutismus	0	0	0,00	0,00	0,00
	Opožděný vývoj řeči	17	54	39,53	63,53	-2,59**
	Palatolalie	0	0	0,00	0,00	0,00
	Dyspraxie	0	0	0,00	0,00	0,00
	Dysfázie	1	3	2,33	3,53	-0,38
	NKS2 celkem	23	80	53,49	94,12	-5,40***
	Bez NKS	12	1	27,91	1,18	4,79***
	Počet celkem	43	85	100,00	100,00	0,00

Tabulka č. 19: Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – zdravotně znevýhodnění:

		počet 1.-3. rok	počet 4.-6. rok	relativní počet 1.-3. rok	relativní počet 4.-6. rok	testová statistika
NKS1	Dyslalie L	2	2	4,65	4,55	0,02
	Dyslalie G	7	0	16,28	0,00	3,87****
	Dyslalie T	0	0	0,00	0,00	0,00
	NKS1 celkem	9	2	20,93	4,55	2,43**
NKS2	Breptavost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Dysartrie	0	1	0,00	2,27	-1,41
	Huhňavost	1	0	2,33	0,00	1,43
	Jazykový cit	6	6	13,95	13,64	0,04
	Koktavost	2	2	4,65	4,55	0,02
	Nemluvnost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Mutismus	0	0	0,00	0,00	0,00
	Opožděný vývoj řeči	4	16	9,30	36,36	-3,15****
	Palatolalie	2	0	4,65	0,00	2,03*
	Dyspraxie	0	0	0,00	0,00	0,00
	Dysfázie	1	7	2,33	15,91	-2,40**
	NKS2 celkem	16	32	37,21	72,73	-3,41****
	Bez NKS	18	10	41,86	22,73	1,93*
	Počet celkem	43	44	100,00	100,00	0,00

Tabulka č. 20: Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – zdravotně postižení:

		počet 1.-3. rok	počet 4.-6. rok	relativní počet 1.-3. rok	relativní počet 4.-6. rok	testová statistika
NKS1	Dyslalie L	5	9	5,21	6,72	-0,48
	Dyslalie G	10	7	10,42	5,22	1,47
	Dyslalie T	1	0	1,04	0,00	1,53
	NKS1 celkem	16	16	16,67	11,94	1,01
NKS2	Breptavost	0	1	0,00	0,75	-1,29
	Dysartrie	7	12	7,29	8,96	-0,46
	Huhňavost	1	1	1,04	0,75	0,24
	Jazykový cit	7	11	7,29	8,21	-0,26
	Koktavost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Nemluvnost	8	8	8,33	5,97	0,69
	Mutismus	0	0	0,00	0,00	0,00
	Opožděný vývoj řeči	48	75	50,00	55,97	-0,90
	Palatolalie	0	1	0,00	0,75	-1,29
	Dyspraxie	0	3	0,00	2,24	-2,25*
	Dysfázie	1	4	1,04	2,99	-1,07
	NKS2 celkem	72	116	75,00	86,57	-2,22*
	Bez NKS	8	2	8,33	1,49	2,55**
	Počet celkem	96	134	100,00	100,00	0,00

Tabulka č. 21: Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – respondenti bez znevýhodnění a postižení:

		počet 1.-3. rok	počet 4.-6. rok	relativní počet 1.-3. rok	relativní počet 4.-6. rok	testová statistika
NKS1	Dyslalie L	22	44	9,69	18,41	-2,74**
	Dyslalie G	54	13	23,79	5,44	5,92***
	Dyslalie T	2	0	0,88	0,00	2,03*
	NKS1 celkem	78	57	34,36	23,85	2,51**
NKS2	Breptavost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Dysartrie	10	7	4,41	2,93	0,85
	Huhňavost	6	6	2,64	2,51	0,09
	Jazykový cit	16	26	7,05	10,88	-1,45
	Koktavost	20	13	8,81	5,44	1,42
	Nemluvnost	0	0	0,00	0,00	0,00
	Mutismus	3	4	1,32	1,67	-0,31
	Opožděný vývoj řeči	32	26	14,10	10,88	1,05
	Palatolalie	1	3	0,44	1,26	-0,99
	Dyspraxie	0	11	0,00	4,60	-4,67***
	Dysfázie	32	45	14,10	18,83	-1,38
	NKS2 celkem	120	141	52,86	59,00	-1,33
	Bez NKS	29	41	12,78	17,15	-1,33
	Počet celkem	227	239	100,00	100,00	0,00

Lze tedy konstatovat, že došlo k významným změnám v počtech diagnostikovaných případů. Dosavadní výsledky potvrzují významný vliv Orientačního logopedického vyšetření.

5.6.3 Ověřování logopedické diagnostiky

Hypotéza č. 2: **Na podkladě přesnější logopedické diagnostiky budou respondenti se sociálním znevýhodněním a zdravotním znevýhodněním vykazovat narušení ve více jazykových rovinách.**

Tabulka č. 22: Přehled respondentů výzkumu se zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním:

	Zdravotně znevýhodnění	Sociálně znevýhodnění
Rok 1 – 2003/2004	8	13
Rok 2 – 2004/2005	16	15
Rok 3 – 2005/2006	19	15
Rok 4 – 2006/2007	19	22
Rok 5 – 2007/2008	14	31
Rok 6 – 2008/2009	11	32
Celkem	87	128

V tabulce č. 22 je uveden přehled počtu respondentů v SPC sociálně znevýhodněných a zdravotně znevýhodněných za sledované období 6 let. U sociálně znevýhodněných je patrný nárůst za druhé sledované období. Zákon č. 561/2004 Sb. v paragrafu 16 tuto kategorii poprvé uvádí, v dokumentaci respondentů však již v předchozích letech bylo možné vysledovat tyto respondenty, kde rodina splňovala aspekty sociálního znevýhodnění. Kategorie zdravotně znevýhodněných byla taktéž zavedena zákonem č. 561/2004 Sb. paragrafem 16. Speciálně pedagogické centrum od počátku svého vzniku mělo velmi úzkou vazbu s pediatrií a odbornými lékaři, ještě před zavedením této kategorie pediatrií a alergologové odesílali respondenty s označením – chronicky nemocný respondent. Pro tyto respondenty též od roku 1992 byl zřízen dechový stacionář a oddělení v denním stacionáři pro předškolní děti s respiračními chorobami. Respondenti zdravotně znevýhodnění jsou v obou sledovaných obdobích celkem vyrovnání.

Údaje o jednotlivých diagnózách týkajících se respondentů se sociálním znevýhodněním a zdravotním znevýhodněním jsou uvedeny v tabulkách č. 7 (s. 91) a č. 8 (s. 92). Zpracovány a analyzovány jsou v tabulkách č. 11 (s. 97), 12 (s. 98), 18 (s. 107), 19 (s. 108).

Mezi sociálně znevýhodněnými respondenty jich má narušenou komunikační schopnost 89,8%, mezi zdravotně znevýhodněnými respondenty má 67,8%, jde tedy o statisticky významný rozdíl.

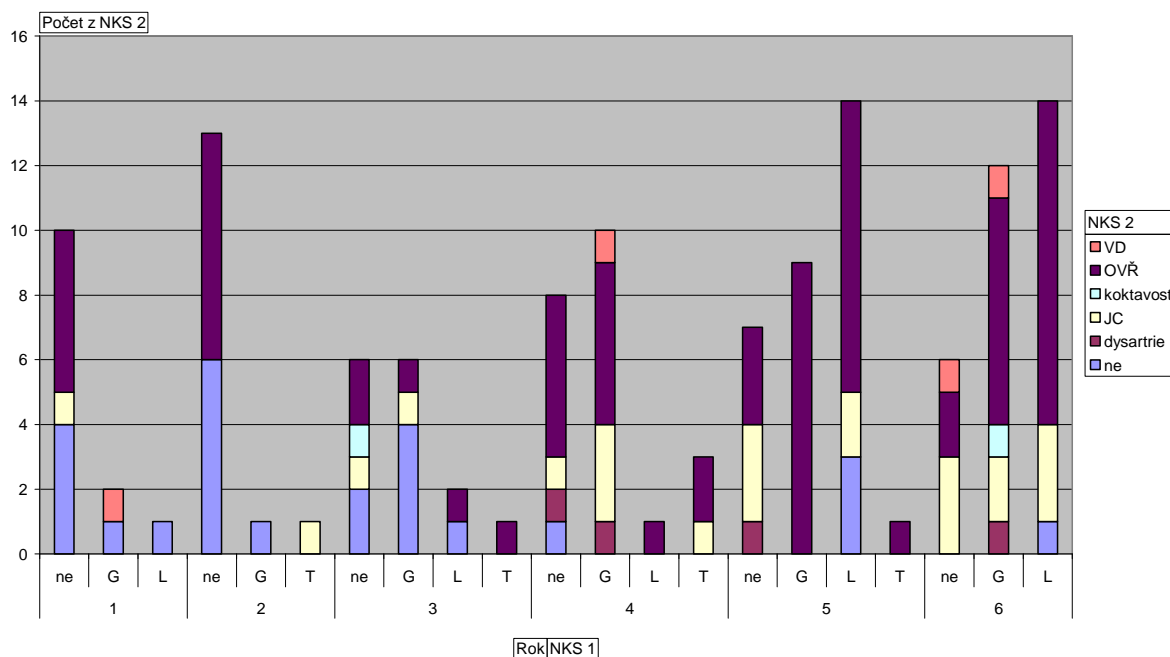
U sociálně znevýhodněných respondentů je diagnostikována NKS1 9,4 % a NKS2 80,5%.

U zdravotně znevýhodněných respondentů je NKS1 diagnostikována u 12,6 % a NKS2 u 55,2 %.

- Tedy skupiny se liší významně v NKS2, v podílu NKS1 nikoliv.
- Pokud porovnááme tuto strukturu zvlášť v období prvních tří let a druhých tří let, potom můžeme tvrdit, že v prvních třech letech se tyto dvě kategorie ve své základní struktuře diagnostiky (NKS1, NKS2, bez NKS) výrazně neliší.
- K podstatnému rozdílu dochází až v druhém období díky mnohem většímu podílu diagnóz typu NKS2 u sociálně znevýhodněných.
- Vliv má podrobnější logopedické vyšetření.
- Sice lze pro obě kategorie tvrdit, že došlo ke statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období a k významnému poklesu v podílech respondentů s NKS1 a i bez NKS. Pokles u NKS1 je však pro obě kategorie srovnatelný, velikost nárůstu je však u sociálně znevýhodněných vyšší (z 53,5 % na 94,1 %) ve srovnání se zdravotně znevýhodněnými (z 37,2 % na 72,7 %).

Graf č. 9: Přehled narušené komunikační schopnosti u sociálně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období:

Zdr. zn. | (Vše) | Soc. zn. | SP



V grafu č. 9 je uveden přehled narušené komunikační schopnosti (NKS1 – dyslalie) v jednotlivých stupních u sociálně znevýhodněných a dále je uvedena nerušená komunikační schopnost (dysartrie, porucha jazykového citu, kocktavost, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie). Další poruchy řeči nebyly u sociálně znevýhodněných respondentů uvedeny.

Tabulka č. 23a: Výsledek diagnostiky dyslalie u sociálně znevýhodněných v každém roce šetření v absolutních číslech:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009	Celkem
Dyslalie L	1	0	1	0	3	1	6
Dyslalie G	1	1	4	0	0	0	6
Dyslalie T	0	0	0	0	0	0	0
Dyslalie celkem	2	1	5	0	3	1	12
NKS 2	7	8	8	21	28	31	103
Počet resp.	13	15	15	22	31	32	128

Tabulka č. 23b: Výsledek diagnostiky dyslalie u sociálně znevýhodněných v každém roce šetření – relativně v %:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009	Celkem
Dyslalie L	7,7	0	6,7	0	9,7	3,1	4,7
Dyslalie G	7,7	6,7	26,7	0	0,0	0,0	4,7
Dyslalie T	0	0	0,0	0	0	0	0,0
Dyslalie celkem	15,4	6,7	33,4	0	9,7	3,1	9,4
NKS 2	53,8	53,3	53,3	95,4	90,3	96,9	80,5

Na základě provedeného testu (test homogenity dvou binomických rozdělení) lze konstatovat, že došlo ke statisticky významnému poklesu počtu diagnostikované dyslalie za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období u sociálně znevýhodněných respondentů s NKS1 – dyslalíí a statisticky významnému nárůstu počtu diagnostikované NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období u sociálně znevýhodněných respondentů.

Tabulka č. 24: Přehled diagnostikované narušené komunikační schopnosti u sociálně znevýhodněných:

Počet z NKS 2		NKS 2						Celkový součet
Rok	NKS 1	ne	dysartrie	JC	koktavost	OVŘ	VD	
1	ne	4		1			5	10
	G	1					1	2
	L	1						1
Celkem z 1		6		1			5	13
2	ne	6					7	13
	G	1						1
	T			1				1
Celkem z 2		7		1			7	15
3	ne	2		1	1		2	6
	G	4		1			1	6
	L	1					1	2
	T						1	1
Celkem z 3		7		2	1		5	15
4	ne	1	1	1			5	8
	G		1	3			5	10
	L						1	1
	T			1			2	3
Celkem z 4		1	2	5			13	22
5	ne		1	3			3	7
	G						9	9
	L	3		2			9	14
	T						1	1
Celkem z 5		3	1	5			22	31
6	ne			3			2	6
	G		1	2	1		7	12
	L	1		3			10	14
Celkem z 6		1	1	8	1		19	32
Celkový součet			25	4	22		2	71
							4	128

Tabulka č. 24 uvádí přehled narušené komunikační schopnosti NKS1 (dyslalie) v jednotlivých stupních.

- *Dyslalie levis* byla diagnostikována u 6 respondentů sociálně znevýhodněných za celkové 6-leté období, 2 respondenti spadají do sledovaného období prvních tří let a 4 respondenti z této kategorie spadají do sledovaného období dalších tří let.
- *Dyslalie gravis* byla diagnostikována u 6 respondentů z této kategorie v prvním tříletém sledovaném období a u žádného respondenta v této kategorii v druhém sledovaném období.
- *Dyslalie univerzalis* nebyla diagnostikována u žádného respondenta se sociálním znevýhodněním.

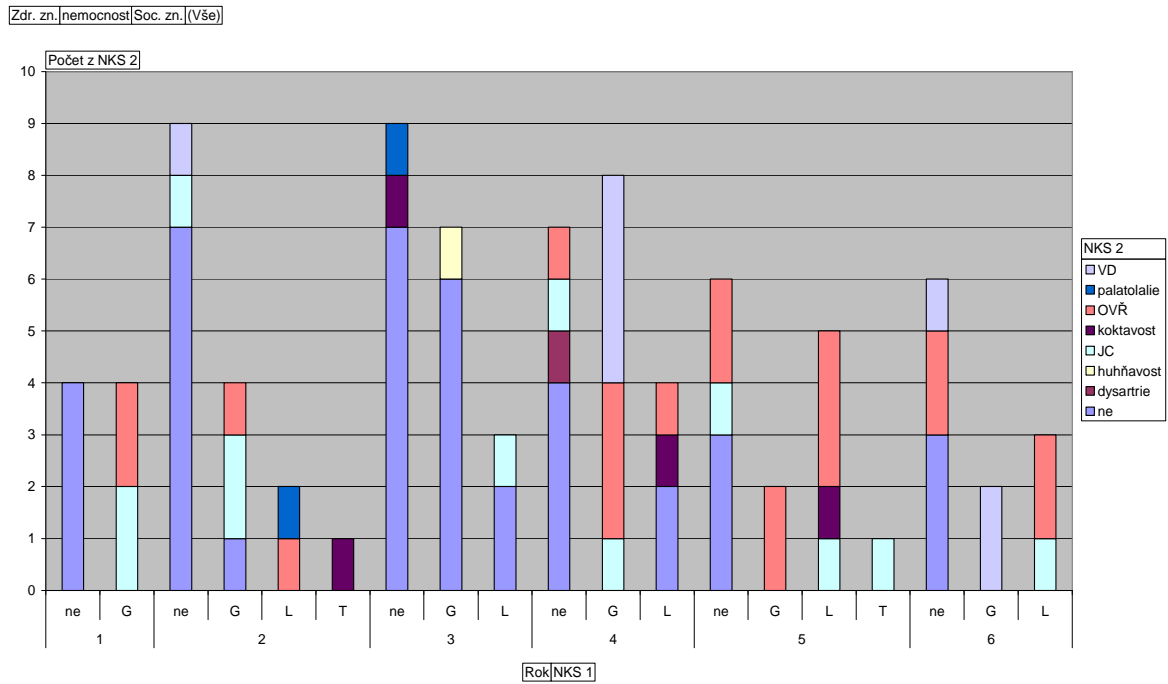
Tabulka č. 24 dále uvádí NKS2 u respondentů sociálně znevýhodněných:

- *Dysartrie* – v prvním tříletém období nebyla tato narušená komunikační schopnost u sociálně znevýhodněných respondentů diagnostikována.
- *Porucha jazykového citu* byla diagnostikována u 4 respondentů v prvním sledovaném tříletém období a dále byla diagnostikována u 18 respondentů ve druhém sledovaném

období. *Tento nárůst je statisticky významný a potvrzuje významný vliv Orientačního logopedického vyšetření.*

- *Koktavost* se vyskytuje velmi ojediněle: 1 respondent této kategorie v prvním tříletém období a jeden respondent ve druhém sledovaném tříletém období.
- *Opožděný vývoj řeči* byl v prvním tříletém období diagnostikován u 17 respondentů a ve druhém sledovaném tříletém období u 54 respondentů. *Tento výsledek opět významně statisticky prokazuje význam orientačního logopedického vyšetření.*
- *Vývojová dysfázie* byla diagnostikována u 1 respondenta v prvním tříletém období a u 3 respondentů ve druhém tříletém období. Orientační logopedické vyšetření u této narušení komunikační schopnosti neprokázalo svůj vliv, neboť vývojová dysfázie je obvykle diagnostikována v období mezi 3,5 – 4,5 rokem.

Graf č. 10: Přehled narušené komunikační schopnosti u zdravotně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období:



Graf č. 10 podává přehled narušené komunikační schopnosti NKS1 – dyslalie v jednotlivých stupních u respondentů zdravotně znevýhodněných. Dále tento graf uvádí přehled narušené komunikační schopnosti NKS2 u respondentů této kategorie (dysartrie, huhňavost, poruchu jazykového citu, koktavost, opožděný vývoj řeči, palatolalii, vývojovou dysfázií).

Tabulka č. 25a: Výsledek diagnostiky dyslalie u zdravotně znevýhodněných v každém roce šetření v absolutních číslech:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009	Celkem
Dyslalie L	0	0	2	2	0	0	4
Dyslalie G	0	1	6	0	0	0	7
Dyslalie T	0	0	0	0	0	0	0
Dyslalie celkem	0	1	8	2	0	0	11
NKS2	4	8	4	13	11	8	48
Počet resp.	8	16	19	19	14	11	87

Tabulka č. 25b: Výsledek diagnostiky dyslalie u zdravotně znevýhodněných v každém roce šetření – relativně v %:

	1. rok 2003/2004	2. rok 2004/2005	3. rok 2005/2006	4. rok 2006/2007	5. rok 2007/2008	6. rok 2008/2009	Celkem
Dyslalie L	0	0	10,5	10,5	0	0	4,6
Dyslalie G	0	6,2	31,6	0	0	0	8,0
Dyslalie T	0	0	0,0	0	0	0	0,0
Dyslalie celkem	0	6,2	42,1	10,5	0	0	12,6
NKS 2	50,0	50,0	21,0	68,4	78,6	72,7	55,1

Na základě provedeného testu (test homogenity dvou binomických rozdělení) lze konstatovat, že došlo ke *statisticky významnému poklesu* počtu diagnostikované dyslalie za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období u zdravotně znevýhodněných respondentů s NKS1 a *statisticky významnému nárůstu* počtu diagnostikované NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období u sociálně znevýhodněných respondentů.

Tabulka č. 26: Přehled diagnostikované narušené komunikační schopnosti u zdravotně znevýhodněných:

Zdr. zn.	nemocnost									
Soc. zn.	(Vše)									
Počet z NKS 2		NKS 2								
Rok	NKS 1	ne	dysartrie	huhňavost	JC	koktavost	OVŘ	rozštěp	VD	Celkový součet
1	ne	4								4
	G				2		2			4
Celkem z 1		4			2		2			8
2	ne	7			1				1	9
	G	1			2		1			4
	L						1	1		2
	T					1				1
Celkem z 2		8			3		1	2	1	16
3	ne	7				1		1		9
	G	6		1						7
	L	2			1					3
Celkem z 3		15		1	1	1		1		19
4	ne	4	1		1		1			7
	G				1		3		4	8
	L	2				1	1			4
Celkem z 4		6	1		2		1	5	4	19
5	ne	3			1		2			6
	G						2			2
	L				1	1	3			5
	T				1					1
Celkem z 5		3			3		1	7		14
6	ne	3					2		1	6
	G								2	2
	L				1		2			3
Celkem z 6		3			1		4		3	11
Celkový součet		39	1	1	12		4	20	2	87

Tabulka č. 26 podává přehled respondentů zdravotně znevýhodněných s NKS1 – dyslalií:

- *Dyslalie levis* byla diagnostikována u 2 respondentů této kategorie v prvních třech letech sledovaného období a u 2 respondentů ve druhém sledovaném tříletém období.
- *Dyslalie gravis* byla diagnostikována u 7 respondentů této kategorie v prvních třech letech sledovaného období a u žádného respondenta této kategorie ve druhém tříletém sledovaném období.
- *Dyslalie univerzalis* se nevyskytuje u žádného respondenta v obou sledovaných obdobích.

Tabulka č. 26 podává přehled NKS2 u respondentů zdravotně znevýhodněných:

- *Dysartrie* se v prvním tříletém období nevyskytuje u této kategorie a ve druhém sledovaném období byla diagnostikována u 1 respondenta.
- *Huhňavost* byla diagnostikována pouze u 1 respondenta v této kategorii, a to ve 3. roce prvního sledovaného období.
- *Porucha jazykového citu* byla diagnostikována u 6 respondentů této kategorie v prvním sledovaném tříletém období a u 6 respondentů ve druhém tříletém období.

- **Koktavost** byla diagnostikována u 2 respondentů této kategorie v prvním a u 2 respondentů této kategorie ve druhém sledovaném období.
- **Opožděný vývoj řeči** byl diagnostikován u 4 respondentů v prvních třech letech sledovaného období a u 16 respondentů ve druhém tříletém sledovaném období. Dochází ke statisticky významnému nárůstu (viz tabulka č. 19, s. 108). Došlo k nárůstu z 9,3 % případů na 36,4 %, tj. počet případů se prakticky zečtyřnásobil. Pro srovnání u sociálně znevýhodněných nárůst byl ze 39,5 % případů na 63,5 %. Srovnání obou skupin je ošidné (absolutní čísla versus relativní vyjádření), ale tempo nárůstu u obou skupin je poměrně podobné. *Tento nárůst je statisticky významný a potvrzuje významný vliv Orientačního logopedického vyšetření.*
- **Palatolalie** byla diagnostikována u 2 respondentů v prvním tříletém sledovaném období a ve druhém sledovaném období se nevyskytuje u žádného respondenta této kategorie.
- **Vývojová dysfázie** byla diagnostikována u 1 respondenta v prvním tříletém období a u 7 respondentů v druhém sledovaném tříletém období. Zde je patrný statisticky významný nárůst respondentů.

Z výsledků lze tedy usuzovat, že Orientační logopedické vyšetření má podstatný vliv na diagnózu dyslalie s NKS1 versus diagnózy spadající do NKS2 jak u sociálně znevýhodněných, tak i zdravotně znevýhodněných.

Dále lze konstatovat z údajů ve výše uvedených tabulkách, že rozdíl v podílech diagnostikovaných případů dyslalie za celé sledované období u sociálně (9,4 %) a zdravotně znevýhodněných (12,6 %) respondentů s NKS1 není statisticky významný a že rozdíl v podílech diagnostikovaných případů spadajících do NKS2 za celé sledované období u sociálně (80,5 %) a zdravotně znevýhodněných (55,2 %) respondentů je statisticky významný, přičemž pokud budeme analyzovat detailněji, tak rozdíl není významný během prvních třech let, ale až během po zavedení Orientačního logopedického vyšetření. Lze pak konstatovat, že podíl diagnostikovaných případů spadající do NKS2 je u sociálně znevýhodněných statisticky vyšší než u zdravotně znevýhodněných.

Výsledky Orientačního logopedického vyšetření u obou skupin v jazykových rovinách:

Tabulka č. 27: Přehled výsledků Orientačního logopedického vyšetření u sociálně znevýhodněných:

Sociálně znevýhodnění	Splnil	Nesplnil	Jazyková rovina
Sluchová zkouška	95	33	1 j. rovina
Vyšetření mluvidel orgánová vada	124	4	1 j. rovina
Zkouška dýchání brániční typ	75	53	1 j. rovina
Motorika mluvidel	99	27	1 j. rovina
Artikulační neobratnost	86	42	1 j. rovina
Výslovnost	78	50	1 j. rovina
Fonematický sluch	16	112	4 j. roviny
Slovní zásoba	49	79	3 j. roviny
Řečový projev	31	97	3 j. roviny
Verbální sluchová paměť	40	88	3 j. roviny

Orientační logopedické vyšetření u respondentů se zaměřuje na jednotlivé jazykové roviny:

Ve foneticko fonologické rovině se zaměřujeme na realizaci jednotlivých fonémů při artikulaci a hodnotíme fonematickou diferenciaci jednotlivých fonémů. V logopedické péči stavíme reedukaci hlásky na jejím uvědomění a identifikaci respondenta s hláskou. Bez tohoto uvědomění by nebylo možné tvořit správně slova z hlediska počtu hlásek, znělosti, délky samohlásek, bez inverze hlásek a bez asimilace fonémů.

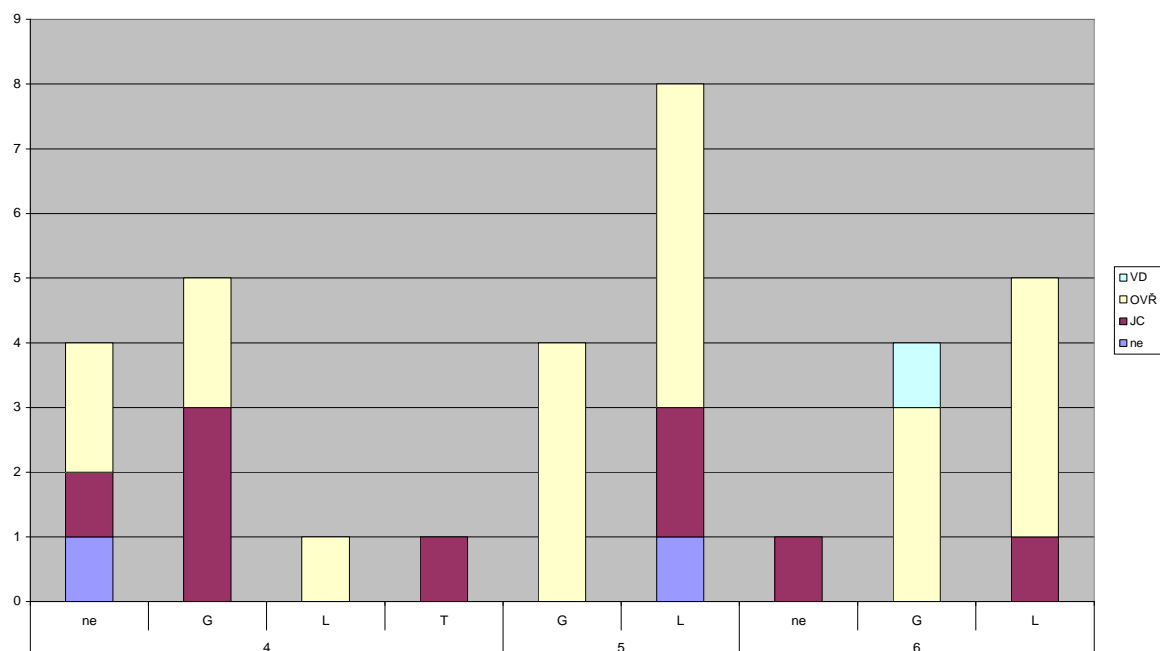
V morfológico syntaktické rovině hodnotíme zejména porozumění slovním spojením, větám, otázkám, instrukcím, opakováním vět. Dále hodnotíme souvislý mluvní projev v popisu obrázku, reprodukci povídky, vyprávění na zadané téma a vyjadřování v běžném dialogu. Hodnotíme porozumění gramatickým strukturám a uplatnění gramatických pravidel v expresivní řeči respondentů. Sledujeme porozumění předložkovým vazbám, prostorovým vztahům, pojmům vyjadřujícím velikost a množství.

V lexikálně sémantické rovině se zaměřujeme na hodnocení aktivní a pasivní slovní zásoby, porozumění nadřazeným pojmům, na dosaženou úroveň pojmotvorby, na schopnost

vyslechnout, zapamatovat si a reprodukovat příběh. Tedy sledujeme komplexně i rozumové schopnosti, paměťové schopnosti, pozornost a motivaci k expresnímu vyjadřování.

V rovině pragmatické hodnotíme komunikační záměry dítěte, jeho schopnost vést dialog, konverzační schopnosti. Dále hodnotíme schopnost zapamatovat si instrukci a provést v dané posloupnosti.

Graf č. 11: Přehled výsledků sluchové zkoušky u sociálně znevýhodněných v druhém tříletém období:



V grafu č. 11 je patrné, že v prvních 3 letech výzkumu nebyla zjištěna žádná nedoslýchavost u respondentů sociálně znevýhodněných. Ve druhém sledovaném období v roce 4. (2006/2007) – 11 respondentů, v roce 5. (2007/2008) – 12 respondentů a v roce 6. (2008/2009) byla zjištěna nedoslýchavost u 10 respondentů.

Sluchová zkouška v Orientačním logopedickém vyšetření se u respondentů sociálně znevýhodněných jeví jako velmi významná. Lze usuzovat, že děti ze sociálně znevýhodněného – nižšího sociokulturního prostředí nenavštěvují často lékaře, zřejmě i pro častou migraci. Další příčinou by mohlo být nižší vzdělání zákonných zástupců těchto respondentů a ti nemusejí považovat záněty středouší za závažné onemocnění, o jehož léčebném postupu by měl rozhodnout odborný lékař.

Tabulka č. 28: Přehled výsledků Orientačního logopedického vyšetření u zdravotně znevýhodněných:

Sociálně znevýhodnění	Splnil	Nesplnil	Jazyková rovina
Sluchová zkouška	87	0	1 j. rovina
Vyšetření mluvidel orgán. vada	77	10	1 j. rovina
Zkouška dýchání brániční typ	36	51	1 j. rovina
Motorika mluvidel	59	28	1 j. rovina
Artikulační neobratnost	61	26	1 j. rovina
Výslovnost	41	46	1 j. rovina
Fonematický sluch	64	23	4 j. roviny
Slovní zásoba	52	35	3 j. roviny
Řečový projev	58	29	3 j. roviny
Verbální sluchová paměť	45	42	3 j. roviny

Tabulka č. 29: Přehled výsledků Orientačního logopedického vyšetření u sociálně a zdravotně znevýhodněných – relativně v %:

	Splnil SZ	Splnil ZZ	Rozdíl	Významnost rozdílu	Jazyková rovina
Sluchová zkouška	74,2	100,0	-25,8	6,67**	1 j. rovina
Vyšetření mluvidel orgán. vada	96,9	88,5	8,4	2,23*	1 j. rovina
Zkouška dýchání brániční typ	58,6	41,4	7,2	2,51*	1 j. rovina
Motorika mluvidel	77,3	67,8	9,5	1,73	1 j. rovina
Artikulační neobratnost	67,2	70,1	-2,9	0,45	1 j. rovina
Výslovnost	60,9	47,1	13,8	-2,01*	1 j. rovina
Fonematický sluch	12,5	73,6	-61,5	10,99**	4 j. roviny
Slovní zásoba	38,3	60,0	-21,7	3,17**	3 j. roviny
Řečový projev	24,2	66,7	-22,5	6,72**	3 j. roviny
Verbální sluchová paměť	31,2	51,7	-21,5	3,04**	3 j. roviny

Můžeme pozorovat statisticky významné rozdíly mezi sociálně a zdravotně znevýhodněnými prakticky u všech zkoušek (viz příloha č. 7).

*** označuje významnost na 5% hladině testu o rovnosti dvou populace z binomického rozdělení.**

**** označují významnost na 1% hladině.**

Vidíme však, že rozdíly nejsou stejné, významně větší jsou v případě zkoušek s více jazykovými rovinami a sluchové zkoušky.

Toto potvrzuje i jednostranný test – rozdíl v parametrech dvou populací z binomického rozdělení je roven 10 % proti alternativě, že je větší.

Orientační logopedické vyšetření zde tedy sehrává významnou roli – existuje výrazně menší podíl sociálně znevýhodněných respondentů, kteří vyhoví zkouškám týkajících se více jazykových rovin ve srovnání se zdravotně znevýhodněnými respondenty.

Orientační logopedické vyšetření u respondentů se zaměřuje na jednotlivé jazykové roviny:

Ve foneticko fonologické rovině se zaměřujeme na realizaci jednotlivých fonémů při artikulaci a hodnotíme fonematickou diferenciaci jednotlivých fonémů. V logopedické péči stavíme reedukaci hlásky na jejím uvědomění a identifikaci respondenta s hláskou. Bez tohoto uvědomění by nebylo možné tvořit správně slova z hlediska počtu hlásek, znělosti, délky samohlásek, bez inverze hlásek a bez asimilace fonémů.

V morfologicko syntaktické rovině hodnotíme zejména porozumění slovním spojením, větám, otázkám, instrukcím, opakováním vět. Dále hodnotíme souvislý mluvní projev v popisu obrázku, reprodukci povídky, vyprávění na zadané téma a vyjadřování v běžném dialogu. Hodnotíme porozumění gramatickým strukturám a uplatnění gramatických pravidel v expresivní řeči respondentů. Sledujeme porozumění předložkovým vazbám, prostorovým vztahům, pojmům vyjadřujícím velikost a množství.

V lexikálně sémantické rovině se zaměřujeme na hodnocení aktivní a pasivní slovní zásoby, porozumění nadřazeným pojmům, na dosaženou úroveň pojmotvorby, na schopnost vyslechnout, zapamatovat si a reprodukovat příběh. Tedy sledujeme komplexně i rozumové schopnosti, paměťové schopnosti, pozornost a motivaci k expresivnímu vyjadřování.

V rovině pragmatické hodnotíme komunikační záměry dítěte, jeho schopnost vést dialog, konverzační schopnosti. Dále hodnotíme schopnost zapamatovat si instrukci a provést v dané posloupnosti.

5.7 Interpretace výsledků ověřování hypotéz a výzkumné otázky

Předvýzkum

Počet dětí s narušenou komunikační schopností nastupujících do 1. tříd základních škol je stabilně vysoký (více než 30 %).

Z hlediska výsledků ověřování předpokladu můžeme konstatovat:

- na základě porovnání s předchozími výzkumy uvedenými na s. 82 je předpoklad předvýzkumu v souladu s výsledky výše uvedených šetření,
- pokud budeme stabilitu chápat tak, že podíl dětí s narušenou komunikační schopností převyšuje každý rok hranici 30 %, potom toto tvrzení je v souladu s výsledky testu o parametru binomického rozdělení.

Předpoklad předvýzkumu je tímto potvrzen.

Hypotéza č. 1: Podíl narušené komunikační schopnosti bude podstatným faktorem při posuzování školní zralosti.

- 732 respondentů, tj. 86,3 % z celkového počtu má narušenou komunikační schopnost.
- NKS1 (bez kombinace s NKS2) má diagnostikováno 188 – 22,2 % respondentů.
- NKS2 má diagnostikováno 544 – 64,2 % respondentů.
- 116 respondentů, tj. 13,7 % nemá diagnostikovánu ani NKS1 ani NKS2.

Z toho dyslalií levis bez kombinace s NKS2 – má 89 respondentů.

Z toho dyslalií gravis bez kombinace s NKS2 – má 96 respondentů.

Z toho dyslalií univerzalis-tetismus bez kombinace s NKS2 mají 3 respondenti.

Pokud v celkovém 6-letém období prošlo šetřením 848 respondentů a NKS byla diagnostikována u 732 respondentů, můžeme konstatovat, že podíl NKS je podstatným faktorem při posuzování školní zralosti, neboť 86,3 % z celkového počtu respondentů má narušenou komunikační schopnost. Na základě testu o parametru binomického rozdělení potvrdit, že podíl respondentů s narušenou komunikační schopností je statisticky významně větší než 80 %.

Jestliže sledujeme výrazné zastoupení (větší než 10 %) u jednotlivých diagnóz, pak k takovým patří: opožděný vývoj řeči (27,0 %), dyslalie gravis (11,3 %), vývojová dysfázie (10,7 %), dyslalie levis (10,5 %), porucha jazykového citu (10,0 %).

Dyslalii v kombinaci s NKS2 má 391 respondentů (46,1 % z celkového počtu).

Dyslalie levis v kombinaci NKS 2 celkově 122.

Dyslalie levis v kombinaci:

- s breptavostí 0
- s dysartrií 10
- s huhňavostí 2
- s jazykovým citem 25
- s koktavostí 15
- s mutismem 1

– s nemluvností	0
– s opožděným vývojem řeči	52
– s palatolalií	5
– s verbální dyspraxií	0
– s vývojovou dysfázií	12

Dyslalie gravis v kombinaci NKS 2 celkově 243.

Dyslalie gravis v kombinaci:

– s breptavostí	0
– s dysartrií	17
– s huhňavostí	10
– s jazykovým citem	42
– s koktavostí	15
– s mutismem	1
– s nemluvností	0
– s opožděným vývojem řeči	97
– s palatolalií	1
– s verbální dyspraxií	12
– s vývojovou dysfázií	47

Z toho dyslalie tetismus v kombinaci NKS 2 celkově 26

Dyslalie tetismus v kombinaci:

s breptavostí	1
s dysartrií	4
s huhňavostí	0
s jazykovým citem	4
s koktavostí	2
s mutismem	0
s nemluvností	0
s opožděným vývojem řeči	12
s palatolalií	0
s verbální dyspraxií	1
s vývojovou dysfázií	2

Z pohledu dělení klientů na jednotlivé kategorie můžeme konstatovat:

U sociálně znevýhodněných respondentů má narušenou komunikační schopnost 89,8 %, přičemž NKS1 má diagnostikováno 9,4 % a NKS2 80,5 % respondentů. Mezi nejvýraznější diagnózy pro tuto kategorii patří opožděný vývoj řeči (55,5 %) a porucha jazykového citu (17,2 %).

U zdravotně znevýhodněných respondentů má narušenou komunikační schopnost 67,8 %, NKS1 byla diagnostikována u 12,6 % a NKS2 u 55,2 % respondentů. Mezi nejvýraznější diagnózy patří opožděný vývoj řeči (23,0 %) a porucha jazykového citu (13,8 %).

Z celkového počtu zdravotně postižených respondentů jich má diagnostikovanou narušenou komunikační schopnost 95,7 %, přičemž NKS1 má 13,9 % a NKS2 81,7 % respondentů. Nejpočetnější diagnózu tvoří opožděný vývoj řeči (53,5 %).

Pokud zkoumáme respondenty bez postižení a znevýhodnění, tak 85,0 % jich má narušenou komunikační schopnost, přičemž NKS1 má diagnostikováno 29,0 % a NKS2 56,0 % respondentů. Mezi nejvýraznější diagnózy pro tuto kategorii patří vývojová dysfázie (16,5 %), dyslalie gravis (14,4 %), dyslalie levis (14,2 %), opožděný vývoj řeči (12,4 %).

Z výše uvedených výsledků můžeme konstatovat, že ve všech sledovaných kategoriích je podíl respondentů s narušenou komunikační schopností velký. Nejmenší podíl je u respondentů zdravotně znevýhodněných – 67,8 %, prakticky všichni respondenti (95,7 %) zdravotně postižení mají diagnostikovanou narušenou komunikační schopnost. Mezi jednotlivými kategoriemi jsou statisticky významné rozdíly (test homogenity několika binomických populací), nicméně ve všech případech je narušená komunikační schopnost podstatným faktorem při posuzování školní zralosti (na základě testu o parametru binomického rozdělení je podíl respondentů s narušenou komunikační schopností statisticky významně větší než 60 %).

Hypotéza č. 1 byla tímto potvrzena.

Hypotéza č. 2: **Na podkladě přesnější logopedické diagnostiky budou respondenti se sociálním znevýhodněním a zdravotním znevýhodněním vykazovat narušení ve více jazykových rovinách.**

Údaje o jednotlivých diagnózách týkající se respondentů se sociálním znevýhodněním a zdravotním znevýhodněním jsou uvedeny v tabulkách č. 7 a č. 8 (s. 91, s. 92). Zpracovány a analyzovány jsou v tabulkách č. 11 (s. 97), č. 12 (s. 98), č. 18 (s. 107), č. 19 (s. 108).

Mezi sociálně znevýhodněnými respondenty jich má narušenou komunikační schopnost 89,8 %, mezi zdravotně znevýhodněnými respondenty má 67,8 %, **jde tedy o statisticky významný rozdíl.**

Sociálně znevýhodněných respondentů má NKS1 9,4 % a NKS2 80,5 %, u zdravotně znevýhodněných respondentů je NKS1 je diagnostikována u 12,6 % a NKS2 u 55,2 % respondentů. Tedy skupiny se liší významně v NKS2, v podílu NKS1 nikoliv.

Pokud porovnáваме tuto strukturu zvlášt' v období prvních tří let a druhých tří let, potom můžeme tvrdit, že v prvních třech letech tyto dvě kategorie se ve své základní struktuře diagnostiky (NKS1, NKS2, bez NKS) výrazně neliší, k podstatnému rozdílu dochází až v druhém období díky mnohem většímu podílu diagnóz typu NKS2 u sociálně znevýhodněných. **Vliv na tuto záležitost má významně Orientační logopedické vyšetření.**

Pro skupinu *sociálně znevýhodněných* respondentů lze tvrdit, že došlo ke statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období.

K významnému poklesu došlo v podílu respondentů s NKS1 a i v podílu bez NKS. Pokud se podíváme na jednotlivé diagnózy, tak:

- k statisticky významnému nárůstu došlo u jazykového citu, opožděný vývoj řeči,
- k statisticky významnému poklesu u diagnostikované dyslalie gravis.

V kategorii *zdravotně znevýhodněných* respondentů došlo ke statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období.

K významnému poklesu došlo v podílu respondentů s NKS1 a i v podílu bez NKS. Pokud se díváme na jednotlivé diagnózy tak:

- k statisticky významnému nárůstu došlo u opožděného vývoje řeči,
- k statisticky významnému poklesu u dyslalie gravis.

Existují statisticky významné rozdíly mezi sociálně a zdravotně znevýhodněnými prakticky u všech zkoušek **Orientační logopedické vyšetření**, nicméně rozdíly nejsou stejné, významně větší jsou v případě zkoušek s více jazykovými rovinami a sluchové zkoušky.

Na základě statistického testu odvozujeme, že existuje výrazně menší podíl sociálně znevýhodněných respondentů, kteří vyhoví zkouškám týkajících se více jazykových rovin ve srovnání se zdravotně znevýhodněnými respondenty.

Orientační logopedické vyšetření se promítlo u *zdravotně znevýhodněných* významně pouze v nárůstu u NKS2 – opožděného vývoje řeči, který se promítá do roviny lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické a pragmatické.

Orientační logopedické vyšetření se promítlo u *sociálně znevýhodněných* v nárůstu u NKS2 – do dysartrie.

Dysartrie je porucha artikulace – promítá se do foneticko - fonologické roviny, jde o vývojové obtíže při hláskování či vyslovování, v těchto případech se nevyskytují problémy v porozumění řeči a ani vnitřní řeči. Projevuje se jako porucha artikulace jednotlivých segmentů a jejich spojování do vyšších celků, poruchou intonace, přízvuku, rytmu a tempa, poruchou srozumitelnosti.

Dále do poruchy jazykového citu – snížení jazykového citu obvykle způsobuje problémy v užívání gramatických pravidel, nepřesné osvojení si gramatických kategorií, jeho časování, skloňování, dítě užívá nesprávných tvarů, chybí při odůvodňování (Matějček, 1991). Snížení či porucha jazykového citu se promítá do roviny foneticko fonologické, morfologicko syntaktické, pragmatické, lexikálně sémantické.

Dále se promítlo do nárůstu u opožděného vývoje řeči, který se promítá do roviny lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické, pragmatické a i foneticko-fonologické roviny.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Výzkumná otázka

Jaká zjištění se prokáží při prohloubeném diagnostickém procesu školní zralosti rozšířeném o metodu „Orientálního logopedického vyšetření“.

V celkovém zjištění došlo:

- K statisticky významnému nárůstu podílu respondentů s NKS2 za poslední tři roky oproti stavu prvních tří let sledovaného období.
- K statisticky významnému poklesu naopak došlo v podílu respondentů s NKS1 a podílu bez NKS.
- K statisticky významnému nárůstu došlo u diagnostikované dyslalie levis, opožděného vývoje řeči, dyspraxie, poruchy jazykového citu a vývojové dysfázie.
- K statisticky významnému poklesu došlo u diagnostikované dyslalie gravis.

Počty respondentů s breptavostí: v šestiletém období byla tato narušená komunikační schopnost diagnostikována pouze u 1 respondenta, a to ve 4. roce (2006/2007) šetření.

Počty respondentů s dysartrií: ve druhém tříletém období měla tato narušená komunikační schopnost vzestupnou tendenci zejména ve 4. roce (2006/2007) výzkumu.

Počty respondentů s huhňavostí: v obou sledovaných obdobích je počet vyrovnaný.

Počty respondentů s poruchou jazykového citu: zde sledujeme významný nárůst respondentů v druhém sledovaném období – tedy ve 4. (2006/2007), 5. (2007/2008) a 6. (2008/2009) roce výzkumu.

Počty respondentů s koktavostí: ve druhém sledovaném období, a to zejména v 5. roce (2007/2008) výzkumu, sledujeme mírný pokles u respondentů.

Počty respondentů s vývojovou nemluvností: v obou sledovaných obdobích je celkem vyrovnaný.

Počty respondentů s mutismem: ukazují na vyrovnaný počet v obou sledovaných obdobích.

Počty respondentů s opožděným vývojem řeči: Ve všech rocích druhého sledovaného období sledujeme významný nárůst počtu respondentů.

Počty respondentů s palatolalií: jejich počet je vyrovnaný v obou sledovaných obdobích.

Počty respondentů s verbální dyspraxií: tato narušená komunikační schopnost se nevyskytovala v prvních třech letech výzkumu, její nárůst je patrný v druhém sledovaném období, zejména v roce 5. (2007/2008) a 6. (2008/2009).

Počty respondentů s vývojovou dysfázií: zde je patrný nárůst respondentů ve druhém sledovaném období, zejména v roce 4. (2006/2007), 5. (2007/2008).

Orientační logopedické vyšetření prokazatelně přispělo k významným zjištěním u respondentů se sociálním znevýhodněním. Toto se projevilo v nárůstu nedoslýchavosti, poruše jazykového citu a dále v nárůstu opožděného vývoje řeči.

Z celkových výsledků je zajímavé promítnutí Orientačního logopedického vyšetření v 6-letém sledovaném období do sluchu u všech klientů (bez ohledu na zdravotně a sociálně znevýhodněné).

V prvních třech letech bylo diagnostikováno 6 sluchově postižených s NKS, v druhém období již 56 případů. Statisticky významný nárůst je u dyslalie levis, jazykového citu, opožděného vývoje řeči.

Srovnání skupiny všech respondentů se skupinou respondentů, kteří jsou nedoslýchaví, v období 4.–6. (2006 až 2009) roku je provedeno v tabulce 17 (s. 105). Je z ní patrné, že podíly respondentů s NKS1, jsou prakticky stejné. Významně větší podíl je u skupiny nedoslýchavých u NKS2 a diagnózy opožděný vývoj řeči, významně menší je podíl respondentů bez NKS (test o rovnosti dvou binomických rozdělení).

Orientační logopedické vyšetření prokazatelně přispělo k významným zjištěním u respondentů se sociálním znevýhodněním. Toto se projevilo v nárůstu nedoslýchavosti, poruše jazykového citu a dále v nárůstu opožděného vývoje řeči.

Orientační logopedické vyšetření prokazatelně přispělo k významným zjištěním u respondentů se zdravotním znevýhodněním. Toto se projevilo v prokazatelném nárůstu opožděného vývoje řeči viz tabulka č. 19 (s. 108).

Narušená komunikační schopnost se u respondentů se zdravotním a sociálním znevýhodněním promítá do jazykových rovin – lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické a pragmatické. Tito respondenti jsou znevýhodněni oproti ostatní populaci nastupující do vzdělávání.

6 Diskuse

Z pohledu uváděné problematiky této práce by stálo za úvahu upravit ve školských poradenských pracovištích diagnostický proces školní zralosti a rozšířit jeho část o hlubší logopedickou diagnostiku, a to zejména u dětí ze sociokulturně znevýhodněného prostředí a dětí zdravotně znevýhodněných. Obě tyto skupiny navštěvují předškolní zařízení velmi nepravidelně nebo téměř je nenavštěvují. Lechta (2003, s. 25) ve shodě s Grohnfeldtem (1992) klade na první místo potřebu vícedimenzionální analýzy odchylek mluvního projevu od normy: „*Jen vícedimenzionální analýza je totiž zárukou skutečné identifikace druhu a stupně narušené komunikační schopnosti, a protože bere v úvahu všechny možné dimenze narušené komunikační schopnosti, může na minimum zredukovat riziko diagnostického omylu, jenž by hrozil při subjektivistickém posuzování těchto odchylek*“.

Lechta (2003) zdůrazňuje, že námitky na náročnost časovou a odbornou v tomto diagnostickém procesu nemohou obstát. U dětí sociálně a zdravotně znevýhodněných požadavek komplexnosti v sobě zahrnuje hodnocení celé osobnosti v celkovém komplexu. Jen tak se můžeme vyvarovat při práci s nimi omylů či prohřešků jako je první dojem (haló efekt), jednostrannost a neúplnost informací, prognostické zvažování (že dítě stejně v budoucnu nezvládne či nevyhoví požadavkům základního školství), apod. Hovoříme-li o šetření školní zralosti, obvykle jde o jednorázové vyšetření, pokud dítě není vedeno již dlouhodobě v poradenském pracovišti pro narušenou komunikační schopnost, zdravotní postižení nebo jiné znevýhodnění. V tomto případě, ve shodě s dalšími odborníky, by bylo vhodné posílit školská poradenská pracoviště dalšími pracovníky, tím by bylo možné diagnostiku provádět alespoň dvoufázově. Říčan (1991, s. 135) v této souvislosti navrhuje u psychologického vyšetření volit *princip frakcionovaného vyšetření* – doporučuje provádět psychologické vyšetření ve dvou sezeních. Je řada faktorů, které nám mohou zůstat v jednorázovém šetření skryty (Lechta, 2003, s. 25), např. širší rodina, návaznosti na vazby v rodině, kvalita spolupráce dítěte, který je poprvé v kontaktu s vyšetřujícím aj. Nejen diagnostický proces ve školských poradenských pracovištích by měl stát v centru naší pozornosti, ale také pedagogická diagnostika prováděná samotnými pedagogy.

Vítková (2006, s. 104) se věnuje rozboru podpůrné diagnostiky, která je prováděná v průběhu interakce s dítětem. Dle autorky „*Se jedná o procesní, neustálé a průběžné hodnocení, při kterém je chování dítěte definováno také jako výsledek chování pedagogů, což předpokládá jejich sebeuvědomění a sebekontrolu*“. Dále též uvádí tuto podpůrnou diagnostiku v souvislosti s dětmi s tělesným postižením, kde by výstupy této diagnostiky odhalovaly

a poukazovaly na slabá místa v chování, vývoji a procesu učení u dětí. Od nich by se odvíjela pedagogická a kooperativně sociální opatření. Domníváme se, že podpůrná diagnostika v této rovině je aplikovatelná na všechny děti, které jsou v riziku poruch učení.

Další oblastí diskuse je sledování příčin vzniku narušené komunikační schopnosti, a tedy prognosticky zvažované šetření školní zralosti pro úspěšný vstup do základní školy.

Při sledování příčin u narušené komunikační schopnosti je v řadě případů problém v rodině, zejména pak v nízké stimulaci k verbálním projevům od raného věku dítěte. Velmi záleží na kvalitě rodičovské péče, na vztazích mezi rodičem a dítětem (Mertin, Kucharská, 2007, s. 26). Celospolečenské aktivity směřují právě do rizikových rodin. Dokladem je přijetí Akčního plánu realizace koncepce včasné péče o děti ze sociálně-znevýhodňujícího prostředí ze dne 14.5.2008 vydaného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Dokument je v souladu s programy: Systém včasné intervence vypracovaný Ministerstvem vnitra České republiky. Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti vypracovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky.

Realizace těchto závěrů nepostupuje dostatečně pružně, oběma skupinám tak stále dlužíme systémové řešení, které by bylo provázené všemi podílejícími se institucemi. Odborníci z Pedagogicko psychologických poraden a Speciálně pedagogických center na svých konferencích a sněmech poradenských asociací opakovaně upozorňují na fakt, že je potřeba již na základní škole podpořit výchovu k rodičovství. Dalším přínosem by byla nově založená střediska či poradny pro rizikové rodiny. Jednalo by se o velmi efektivní a cílenou pomoc, která by mohla překonat jednak vylučování těchto rodin z aktivit rodin z běžné populace a jednak by se zajistil maximální rozvoj jedince od raného věku. Tím by byla nastolena rovnost příležitostí ke vzdělávání.

Ve školském systému je v současné době velmi diskutovaný zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Zejména pro znění paragrafu 16, který je kritizován pro přílišné kategorizování dětí a žáků. Tento zákon byl novelizován zákonem č. 49/2009 Sb., kde paragraf 16 zůstal nezměněn, nicméně jeho nové znění je v připomínkovém řízení.

Je však nutné uvést, že je to zcela poprvé, kdy obě skupiny byly tak významně ve školských dokumentech uvedeny pro pedagogy. Tím je dán výrazný impuls pedagogům k jiným přístupům pro obě skupiny. Dále připravované novely vyhlášek: č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských službách ve školách a školských poradenských zařízeních, č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků

a studentů mimořádně nadaných by mohly napomoci zejména diagnostickému procesu, dále pak v přístupech ke vzdělávání u obou skupin.

Připomeňme zde teorii Bourdieua, jak ji uvádí Rabušicová (1991, s. 20): Ve škole jsou všechny děti hodnoceny stejně. Oceňují se tak jejich vědomosti i dovednosti získané z obsahů, jež odpovídají dominantní kultuře. Ty děti, které v rodině zdědily kulturní kapitál, jenž koresponduje s požadavky školy, se budou zdát přirozeně nadanější. Ty, které s touto výhodou do školy nepřicházejí, musí ve skutečnosti, pokud chtějí dosáhnout alespoň stejných výsledků, vynaložit mnohem větší úsilí. Tak vzdělání, byť se realizuje v na první pohled neutrální škole, reprodukuje podle Bourdieua vztahy nerovnosti mezi sociálními třídami, neboť se v procesu vzdělávání zhodnocuje nadřazenost dominantních tříd a potvrzuje „bezcnost“ a „nedůležitost“ tříd ovládaných. Děti z nižší třídy získávají znalosti a dovednosti odpovídající požadavkům školy teprve po vstupu do školy. Přestože mohou získat sociální, jazykové a kulturní schopnosti, které charakterizují vyšší a střední třídu, nikdy nemohou dosáhnout takové přirozené „spřízněnosti s kulturou“ jako ti, kteří jsou v těchto třídách a v této kultuře zrozeni. Protože rozdíly ve vzdělávacích výsledcích jsou běžně vysvětlovány na základě rozdílů ve schopnostech žáků spíše než na základě zdrojů předávaných těmto žákům rodinou, sociální přenos privilegií je sám o sobě legitimizován. Na vzdělávací standardy se totiž nenahlíží jako na obsahy handicapující děti z nižších sociálních tříd. Autor této teorie hovoří o čtyřech způsobech postupné eliminace dětí z nižších sociálních tříd během školní docházky. Jednak je to vyřazování sama sebe, kdy jedinec přizpůsobí své aspirace svým šancím na úspěch a dospěje k závěru, že vynakládat větší úsilí by bylo zbytečné. Dále tím, že u privilegovaných a neprivilegovaných skupin je hodnocení stejné, očekává se od nich stejný výsledek bez ohledu na jejich handicap. Třetím způsobem je vypovězení, kdy jsou jedinci s nižším kulturním kapitálem přesunováni na méně a méně výhodné pozice (školy, obory), za svou investici do vzdělání méně získávají. Posledním způsobem je přímé vyloučení, kdy jedinec už dál ve školní docházce nepokračuje.

I když vedeme souhlasné a nesouhlasné diskuse k této teorii a teorii Bernsteina, uvedené v předchozích kapitolách, je prokazatelné, že oba autoři přispěli k pojmenování otázek sociální nerovnosti v souvislosti s výchovou a vzděláním.

Speciálně pedagogická podpora dětem a žákům s postižením je uznávaná a chápána laickou i odbornou veřejností. U skupiny zdravotního znevýhodnění a sociálního znevýhodnění se setkáváme v praxi s neznalostí dané problematiky. Hájková (2005, s. 65) klade důraz na profesionální kompetence pedagogů a speciálních pedagogů v těchto otázkách. Upozorňuje a předkládá pedagogům řadu otázek a témat k zamyšlení v přístupu k oběma skupinám.

Podtrhujeme, že je nutné neustále vést diskuse v časopisech, diskuse v médiích a ozřejmit podstatu těchto dvou termínů:

Za žáky se zdravotním znevýhodněním dle zákona č. 561/2004 Sb. považujeme děti a žáky chronicky nemocné. Jde o takové žáky, jejichž oslabení či poškození organismu i jeho fyzických funkcí vyžaduje určitou životosprávu, jiný životní rytmus a styl. Tato onemocnění omezují výkonnost člověka nebo jeho odolnost vůči zátěži, námaze a vedou k utlumení fyzických aktivit, což se může primárně promítnout negativně do celkové pohyblivosti jedince a sekundárně některá farmaka užívaná při léčbě pak mohou tlumit psychickou výkonnost, nebo mohou být další negativní zátěží pro lidský organizmus a způsobit další oslabení či onemocnění. Z tohoto vymezení je zřejmé, že ve škole je nutné vzít v úvahu a přizpůsobit podmínky ve vzdělávání i žákům s těmito nemocemi.

Kardiovaskulární onemocnění – srdeční vady a poruchy oběhového systému.

Onemocnění plic a dýchacích cest – průduškové astma, srdeční astma, cystická fibróza, plicní tuberkulóza.

Poruchy imunity – alergie a nealergická oslabení imunity, syndrom získané imunodeficiencie způsobený virem HIV.

Poruchy metabolických procesů – cukrovka, fenylketonurie, poruchy růstu, poruchy pohlavního zrání, dna, onemocnění ledvin.

Nádorová onemocnění – zhoubné nádory, nezhoubné nádory, leukémie.

Záchvatová onemocnění – epilepsie.

Nemoci kůže – ekzém, atypický ekzém, lupénka, erysipel (růže). (Novosad, 2002, s. 19)

Důsledky těchto onemocnění pro žáky ve vzdělávacím procesu jsou zřejmé, a jejich podpora ve formě integrace je nezbytná, zejména z těchto důvodů:

- Menší nebo žádný kontakt s vrstevníky v předškolním či školní věku a tedy menší možnost socializace a učení se rolím.
- Žák nemůže pravidelně docházet do školy – vysoké absence, mezery v učivu.
- Nezbyvají mu síly na pravidelnou domácí přípravu, což se projeví zvýšenou unavitelností.
- Žák není v psychické pohodě z důvodu své závažné nemoci – hrozba úmrtí, hrozba chemoterapií, výpadky paměti po generalizovaných záchvatech či poúrazových stavech.
- Léčení nemoci zabírá během dne i několik hodin navíc v režimu dne žáka oproti ostatním žákům, kteří mohou relaxovat (rehabilitace, dechová cvičení, nátěry kůže apod). Emoční

obtíže díky dlouhodobé zátěžové situaci se projevuje v jejich úzkostnosti, depresivních stavech, frustraci apod. (Ryan, 1997)

- Rodiče těchto žáků mají například problémy u svých zaměstnavatelů pro časté kontroly dětí u lékaře, což se někdy promítá do vztahu k dítěti.

Další zásadní změna se týká vzdělávání žáků z nižšího sociokulturního prostředí. Termín sociální znevýhodnění (paragraf 16 zákona č. 561/2004 Sb.) v sobě zahrnuje celý komplex sociálních charakteristik, které jsou následně příčinou řady vzdělávacích problémů dětí a žáků, může se jednat o nedostatečnou připravenost pro školní docházku, nevyhovující podmínky pro domácí přípravu, nízké kompetence rodičů pomoci svému dítěti s přípravou na výuku aj.

Při stanovení nižšího sociokulturního statusu vycházíme obvykle z těchto údajů:

- nízká ekonomická úroveň rodiny,
- svobodné matky či neúplné rodiny v souvislosti s nízkým vzděláním a nepříznivou bytovou a materiální situací,
- nízké vzdělání rodičů,
- nezaměstnanost,
- vysoký počet dětí/sourozenců v souvislosti s nižším vzděláním rodičů,
- nevyhovující bytové podmínky rodiny,
- závislost na sociálních dávkách,
- nízký společenský status z důvodu příslušnosti k minoritě v návaznosti na nízké vzdělání, neosvojený český jazyk, nevyhovující materiální a bytové podmínky,
- rodiče propadající závislostem: alkoholové, drogové atd.

Při výčtu těchto aspektů sociálního znevýhodnění je zřejmé, že pro úspěšné vzdělávání těchto žáků je nutný speciálně pedagogický přístup ve školách a podpora ve formě individuálně vzdělávacích plánů, či jiná další opatření:

- Děti nenavštěvují předškolní zařízení.
- Stýkají se jen v úzké komunitě, omezenost příležitostí komunikace.
- Nedocházejí pravidelně do školy z důvodů materiálních i hodnotových.
- Mají jiný jazykový kód, nechápou či nerozumí dobře českému jazyku.
- Nemají podporu ani oporu pro pomoc s domácí přípravou.

- Špatný prospěch nemotivuje rodiny k tlaku na dokončení školní docházky a pokračování ve vzdělání.

Základem sociálního soužití je akceptování sociálních hodnot a norem, které si osvojujeme během našeho života. Jestliže je naším cílem integrace a inkluzivní vzdělávání, pak naše vzájemná komunikace musí být srozumitelná všem stranám, smysluplná v obsahu, tvůrčí a vstřícná. Takové komunikaci se musí naše děti učit od nejranějšího věku a v prostředí naší vzdělávací soustavy, a to bez rozdílu na svoji příslušnost. Komunikace by měla představovat jednu z klíčových kompetencí povinného vzdělávání (Bartoňová, Vítková, in Bartoňová, 2005, s. 34). Jen tak dosáhneme na inkluzivní vzdělávání v našich školách.

Domníváme se, že kvalitní legislativní podporou ze strany Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a kvalitní ranou diagnostikou zajištěnou tímto resortem prostřednictvím školských poradenských pracovišť a dále v souladu s podporou široké pedagogické veřejnosti můžeme dosáhnout na změny vedoucí k inkluzivnímu vzdělávání v našich školách.

7 Závěr

Cílem disertační práce bylo analyzovat narušenou komunikační schopnost v procesu školní zralosti.

Použitými metodami byla kritická analýza odborné literatury, analýza spisové dokumentace a statistické metody. Dále bylo využito metody Orientačního logopedického vyšetření. Pro stanovení závěrů ze šetření školní zralosti bylo použito standardizovaných manuálů, jež byly součástí testových a diagnostických nástrojů. Závěry výsledků u jednotlivých respondentů byly zapsány do závěrů šetření a uloženy ve spisech respondentů.

Úvodní kapitoly se na základě kritické analýzy věnovaly terminologickému vymezení narušené komunikační schopnosti a školní zralosti. Dále průběhu diagnostického procesu a jeho rizikům a úskalím v šetření školní zralosti a narušené komunikační schopnosti. Na předchozí problematiku navázal nástin podpory integrace a inkluzivnímu vzdělávání v podmínkách krajské i republikové úrovně.

V rámci vlastního výzkumu se podařilo analyzovat narušenou komunikační schopnost viz kap. 5.6.2 (s. 84) a 5.6.3 (s. 111). Ukázalo se, že narušená komunikační schopnost je významným faktorem v šetření školní zralosti a tedy sehrává i významnou roli v diagnostickém procesu. Prokázalo se v porovnávacím hodnotícím období šesti po sobě jdoucích let, že logopedické šetření v diagnostickém procesu má významnou roli, neboť zejména respondenti sociálně znevýhodnění potřebují pro úspěšný start ve škole v období školní zralosti nastavit individuálně vzdělávací plán pro zhodnocení období v odkladu školní docházky, případně pro jejich vzdělávání v přípravné třídě. Taktéž u zdravotně znevýhodněných respondentů hlubší logopedická diagnostika prokázala svůj význam.

Domníváme se, že výsledky práce přispějí k podpoře diagnostickému procesu ve školských poradenských pracovištích. Přispějí k náhledu na rozbor obtíží při vstupu do školy u respondentů s narušenou komunikační schopností, sociálně a zdravotně znevýhodněných. Domníváme se, že současná logopedická diagnostika v souladu s moderními trendy jde správným směrem a legislativní podpora do budoucna přinese kvalitní péči o děti a žáky s narušenou komunikační schopností.

Věříme, že nastavené fáze rozvoje logopedické péče vše školství s celo-republikovou koordinací prostřednictvím Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

a Institutu pedagogicko psychologického poradenství České republiky přispějí k významnému rozvoji školských logopedických poraden, logopedických tříd, preventivní logopedické péči o děti a žáky s narušenou komunikační schopností.

Z hlediska speciálně pedagogické praxe výsledky disertační práce naznačují potřebu provést výzkum u sociálně znevýhodněných v raném věku, který by sledoval na základě logopedické diagnostiky a následně nastaveného vzdělávacího a logopedického plánu jejich posuny v komunikačních kompetencích a ve vzdělávání.

Následně pak provést výzkum v návaznosti na probíhající třístupňový systém péče (Mertin, Kucharská, 2007) zaměřený na prevenci výukových problémů u žáků s narušenou komunikační schopností a pokusit se ověřit dopady systému péče na žáky s narušenou komunikační schopností.

7.1 Navrhovaná opatření

Navrhovaná opatření vyplývající z rozboru diagnostického procesu narušené komunikační schopnosti v celkovém šetření školní zralosti a z hlediska výsledky výzkumu přinášejí tato navrhovaná opatření:

1. Implikace pro další výzkum

Z hlediska speciálně pedagogické praxe výsledky disertační práce naznačují potřebu provést výzkum u sociálně znevýhodněných v raném věku, který by sledoval na základě logopedické diagnostiky a následně nastaveného vzdělávacího a logopedického plánu jejich posuny v komunikačních kompetencích a ve vzdělávání.

Následně pak provést výzkum v návaznosti na probíhající třístupňový systém péče zaměřený na prevenci výukových problémů u žáků s narušenou komunikační schopností a pokusit se ověřit dopady systému péče na žáky s narušenou komunikační schopností.

2. Implikace pro speciálně pedagogickou praxi

Výsledky výzkumu přinášejí požadavek rozšířit speciálně pedagogické šetření o hlubší logopedickou diagnostiku. Zjištění ukazují na možnost přesněji provést diagnostiku narušené komunikační schopnosti z pohledu jednotlivých jazykových rovin a tím nastavit

kvalitní logopedický plán pro děti s odkladem školní docházky i bez odkladu školní docházky (od doby vyšetření do doby nástupu do školy). Tím se zajistí kvalitní logopedická péče, která přispěje k maximálnímu rozvoji komunikačních kompetencí v rámci možností narušené komunikační schopnosti. Nastavenými pedagogickými přístupy k dětem a žákům s narušenou komunikační schopností se posílí sociální kompetence ve skupině či třídě. Logopedickou prevencí a edukační činností se předejde tak poruchám čtení a psaní, což je z logopedického hlediska ovládnutí tištěné a psané řeči. Kvalitní logopedická diagnostika u dětí a žáků s narušenou komunikační schopností cíleně zaměřená i prognosticky na předcházení závažným dopadům v sociálním klimatu třídy či skupiny by mohla přispět ke snížení rizika negativních dopadů na minimum. Každý jedinec potřebuje odezvu v komunikaci a kladnou zpětnou vazbu, jinak se cítí být izolován a v důsledku negativních dopadů na jeho psychiku se i sám izoluje.

Výsledky analýzy diagnostického procesu poukazují na iniciaci aktualizace norem u vybraných diagnostických nástrojů a podpora vzniku novým diagnostickým nástrojům.

Z hlediska rozboru provedeného diagnostického procesu ve speciálně pedagogickém centru a z analýzy diagnostických nástrojů považujeme za nezbytně nutné ve shodě s výstupy uvedenými Kucharskou (2007), aby došlo k vytvoření norem pro českou populaci u *Heidelberského testu*. K obvyklé shodě mezi logopedy dochází při jeho hodnocení, přestože nejsou k dispozici aktuální normy – *testu je přičítána velká perspektiva, je oceňován jeho přínos, dnes převážně klinický, případně s užitím norem jen v orientační rovině, pro diagnostiku dětí s vadami řeči a narušenou komunikační schopností.*

Bylo by vhodné aktualizovat obrázky v Kondášově Obrázkovo slovníkové zkoušce s následnou standardizací a novými normami. Tento požadavek je pocíťován zejména logopedy, neboť psychologové se mohou opírat při hodnocení slovní zásoby o testy inteligence, kde bývají slovníkové zkoušky řazeny. V současné době je připraven v Institutu pedagogicko psychologického poradenství České republiky k podání Projekt k aktualizaci norem tohoto testu.

Výsledky této disertační práce v oblasti diagnostického procesu jsou ve shodě se zjištěními Kucharské (2007). Ve vztahu k metodám vývojové diagnostiky by bylo žádoucí ověřit Kaufmanovu hodnotící baterii pro děti K-ABC na naší populaci nebo připravit k ověření škálu McCarthyové. Doporučovali bychom také připravit standardizaci Peabody Picture Vocabulary testu (receptivní jazyk) pro orientační posouzení vývoje řeči a verbální inteligence.

Z hlediska nejčastější zakázky ve speciálně pedagogickém centru by bylo vhodné, pro zkvalitnění speciálně pedagogické – logopedické diagnostiky, zaměřit se na raný a předškolní věk (podrobné vývojové škály v oblasti vývoje řeči a komunikace) a vytvořit například jednotné obrázkové soubory (1 obrázek na kartě) pro děti ve věku tři – čtyři – pět let pro zjišťování slovní zásoby, sjednocené situační obrázky pro děti ve věku tři – čtyři – pět let a s hodnocením, jak by měl řečový projev zhruba vypadat v daném věku (např. kolika slovná věta – jaké slovní druhy by již měl užívat, příp. se stanovenými návodnými otázkami logopeda pro zadaná zjištění). (Tomická in Kucharská a kol., 2007). Totéž vytvořit u dějových obrázků pro dítě ve věku tři – čtyři – pět – šest let, tedy jednotné dějové seriály o různém počtu karet v sérii podle věku dítěte s vyhodnocením, příp. se stanovenou instrukcí logopeda či provokujícími otázkami a s uvedením modelové situace.

Jistě by stálo za úvahu vytvořit diagnostický postup či škálu pro sledování aktuálního stavu ve vývoji pragmatické roviny u dítěte tří – čtyř – pěti – šestiletého. Jaké jsou komunikační záměry dítěte, jak dovede vyjádřit své pocity, svá přání, jak vede dialog.

Tyto diagnostické postupy si každý logoped vytváří sám – zpravidla na základě konfrontace údajů z literatury, eventuálně se opírá o vytvořený postup v daném speciálně pedagogickém centru.

Zkvalitnění diagnostického procesu upřesněním postupu použitých diagnostických nástrojů a metod u dětí s narušenou komunikační schopností.

Rozšířením diagnostického procesu o logopedickou diagnostiku v šetření školní zralosti ve speciálně pedagogických centrech pro děti žáky s narušenou komunikační schopností by bylo vhodné upřesnit postupy z pohledu šetření speciálně pedagogického a z pohledu logopedického. V jakém sledu u dětí používat testy a zkoušky, které jsou nezbytné a případně které by měly být závazné, které jsou již jen doplňující a jsou pouze doporučované, například při opakovaných šetřeních. A následně vypracovat podpůrná a vyrovnávací opatření pro děti s narušenou komunikační schopností před nástupem do vzdělávání a pro děti s odkladem školní docházky.

Na podkladě výsledků výzkumu této práce podpořit kvalitní výchovně vzdělávací proces v přípravných třídách pro děti a žáky z nižšího sociokulturního prostředí.

Vlivem individuálních přístupů k dětem ze sociálně znevýhodněného prostředí dochází například ke zřizování přípravných ročníků pro žáky z nižšího sociokulturního prostředí. Školy začínají pracovat na individuálnějších přístupu k žákům z tohoto rizikového prostředí zejména vytvářením lepšího sociálního klimatu ve školách. Tento trend je také podpořen projekty z evropských strukturálních fondů.

Na školách začínají pracovat školní speciální pedagogové a psychologové: v projektu Vzdělávání – Informace – Poradenství – VIP Kariéra I, který probíhal v letech 2006 – 2009, a v návaznosti pokračuje projekt Rozvoj školních poradenských pracovišť – Vzdělávání – Informace – Poradenství RŠPP VIP II.

Projekt zaštiťuje organizačně Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Institut pedagogicko psychologického poradenství České republiky.

Cílem projektů na školách je jednak zlepšit sociální klima na škole a preventivně předcházet poruchám chování a selhávání v základních školách. Bylo by vhodné, aby proces logopedické diagnostiky zahrnoval i děti vřazované do těchto tříd.

Výzkumný záměr, který sleduje „Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání“, je realizován PhDr. Marií Vítkovou, CSc. a jejím týmem, jako aplikovaný výzkum v oblasti inkluze žáků se specifickými potřebami do základní školy (Vítková, Vojtková, 2007). Prostřednictvím této systematické a tvůrčí činnosti jsou ve vybraných oblastech v Rámcových vzdělávacích programech a Školních vzdělávacích programech sledovány zejména tyto vzdělávací oblasti: jazyk a jazyková komunikace, matematika a její aplikace, člověk a příroda, člověk a zdraví, člověk a svět práce a dramatická výchova. Pokud vezmeme v úvahu zejména žáky z rizikových minoritních skupin a děti z rodin s nízkým sociálním statusem, budou výsledky a doporučení výzkumu významně aplikovatelné u těchto cílových skupin.

Z hlediska speciálně pedagogické praxe a výstupů realizovaného výzkumu se jeví jako vhodné řešit přípravu na školu u dětí se zdravotním znevýhodněním a narušenou komunikační schopností pomocí tříd založených na obdobném principu přípravných tříd. Ukazuje se, že i pro tyto děti s odloženou školní docházkou, případně pro pětileté děti v této kategorii by nižší počet dětí zajistil častější docházku buď do posledního ročníku v mateřské škole, nebo do přípravné třídy zřízené při základní škole.

Dále je nutné se zaměřit na vzdělávání pedagogů v oblasti chronických onemocnění u dětí a žáků, poukázat na jejich problémy v jednotlivých onemocněních a na celkové dopady na psychiku žáka, případně na obtíže v jeho soužití s třídním kolektivem.

Pokusit se realizovat a uplatnit ve všech základních školách třístupňový model péče uváděný autory Mertin a Kucharská (viz kapitola 4.3) zaměřený na prevenci výukových problémů u žáků se sociálním, zdravotním znevýhodněním a žáků s narušenou komunikační schopností.

Podpořit rozšiřování sítě logopedických poraden.

Zásadním opatřením z hlediska logopedické prevence a intervence u všech dětí v riziku nebo již narušené komunikační schopnosti je zajistit dostupnost logopedické péče, tedy dostupnost služby v oblasti diagnostiky a intervence. Vlastní realizace **Metodického doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství je na počátku. Bylo by žádoucí, aby se na krajských úrovních dostalo podpory vzniku krajských logopedických koordinačních center, které budou zajišťovat rozšiřování sítě logopedických pracovišť ve školských institucích a i budou dále mapovat terén pro další vzdělávání logopedů ve školství.**

Podpořit kvalitní studia oboru logopedie a dalšího celoživotního vzdělávání logopedů ve školství:

Prohloubit specializace či zaměření studijních programů pro primární vzdělávání nejen v oblasti speciální pedagogiky ale také učitelství 1. stupně, logopedie (komunikačních kompetencí, ontogeneze řeči, narušené komunikační schopnosti). V rámci dalšího celoživotního vzdělávání podpořit školskou logopedii.

Krajští koordinátoři ve spolupráci se speciálně pedagogickými centry by měli dle potřeb regionů iniciovat další vzdělávání logopedů ve školství za podpory pedagogických fakult jednotlivých univerzit v příslušném regionu.

8 Seznam informačních zdrojů

Soupis prostudované literatury ze speciální pedagogiky a příbuzných oborů
výběr:

1. ANDĚL J. *Statistické metody*. MATFYZpress, MFF-UK, Praha, 1998.
2. BARTOŇOVÁ, M. *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-38-1.
3. BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. 1. vyd. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-31-4.
4. BERNSTEIN, D., TIEGERMAN, E. *Language and communication disorders in children*. New York, Macmillan Publ. Comp. 1989.
5. BONDERER, E. *Psychodiagnostik und Erziehungspraxis*. In KOBİ, E. Diagnostik in der heilpädagogischen Arbeit. Luzern: Edition SZH, 1994. ISBN 3-908264-51-0.
6. BRUCEOVÁ, T.: *Předškolní výchova*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-068-5.
7. BUNDUSCHUH, R. *Heilpädagogische Psychologie*. München, Basel: Reinhardt, 1992. ISBN 3-8252-1645-4.
8. CANGALE, D. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0534-6.
9. COLEMAN, J. S. et al. *Equality of Educational Oportunity*. Department of Education, Washington D. C.: Government Printing Office, 1966.
10. COLEMAN J. S. et. al. *Youth Transition to Adulthood*. University of Chicago Press, Chicago, 1974.
11. Čáp, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 415 s. ISBN 80-7066-534-3.
12. ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

13. ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1995.
14. Černá, M. Novotný, J., Zemková, J. *Kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1982. 95 s.
15. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
16. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedica clinica, 1998.
17. DVOŘÁK, J. *Slovní patlavost-verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Edice Logopaedica clinica, 1999.
18. ELBRO, C., BORSTROM, I. PETERSEN, D. K. *Predicting dyslexia from kindergarten: The importance of distinctness of phonological representations of lexical items*. Reading Research Quarterly, vol.33, no. 1, s. 36-60.
19. FOX, A.; DODD, B. *Phonologically Disordered German-Speaking Children*. American Journal of Speech Language Pathology. 2001, roč. 10, č. 3, s. 291-398. ISSN 1058-0360.
20. GAVORA, P. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-15-X.
21. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
22. GAVORA, P. *Učitel a žáci v komunikaci*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-104-9.
23. GRIMM, H. *Strukturanalytische Untersuchung der Kindersprache*. Bern: Huber, 1973.
24. GRIMM, H. *Entwicklungsdysphasie – kein einheitliches Konstrukt*. Heilpädagogische Forschung, XV (1), 1989.
25. GRIMM, H., SCHÖLER, H. *Sprachentwicklungsdiagnostik. Was leistet der Heidelberger Sprachentwicklungstest?* Göttingen, Hogrefe, 1985.
26. GRIMM, H., SCHÖLER, H., MIKULAJOVÁ, M. *Heidelberger Sprachentwicklungstest H-S-E-T, Heidelberský test vývoje řeči H-S-E-T*. Brno: Psychodiagnostika, 1997.

27. GRIMM, H., WEINERT, S. *Intervention bei sprachgestorten Kindern. Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen.* Stuttgart, Fischer, 1994.
28. GROHNFELDT, M. *Redeflussstörungen – mehr Fragen als Antworten?* In Grohnfeldt, M. et al.: *Störungen der Redefähigkeit.* Berlin, Marhold, 1992, s. 3 – 18.
29. HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením.* Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.
30. HÁJKOVÁ, V. *Integrativní pedagogika.* Praha: IPPP, 2005. ISBN 80-86856-05-4.
31. HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I. *Inkluzivní vzdělávání. Teorie a praxe.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.
32. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2000, 2004. ISBN 80-7178-303 X.
33. HAVLÍK, R. *Úvod do sociologie.* Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-814-X.
34. HAVLÍK, R., KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-635-7.
35. HILDESCHMIDT, A. *Konzeptuelle Probleme einer Förderdiagnostik in der Sonderpädagogik.* Heidelberg, 1983.
36. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených.* Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
37. JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1
38. JESENSKÝ, J. *Jinakost a integrace.* In VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace.* Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
39. KÁBELE, F. *Základy speciální pedagogiky pro výchovné poradenství.* Praha: SPN, 1986.
40. KAPROVÁ, Z. *Organizace činnosti speciálně pedagogických center pro děti a žáky s vadami řeči.* Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-698-0.

41. KITTEL, A. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-619-5.
42. KLEIN, H.; MAY, L. *Between-Word Simplification Patterns in the Continuous Sérech of Children With Speech Sound Disorders*. *Language, Speech, & Hearing Services in Schools*. 2009, roč. 40, č. 1, s. 17-30. ISSN 0161-1461.
43. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1997, 2000. ISBN 80-85931-41-9.
44. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1
45. KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
46. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
47. KLENKOVÁ, J. *Poradenské služby poskytované logopedy jedincům s narušenou komunikační schopností*. In Vítková, M. (ed.). *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. Brno: PedF MU v Brně, katedra speciální pedagogiky, 2004, s. 154-160. ISBN 80-86633-23-3.
48. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 1998. ISBN 80-04-26710-6.
49. KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy*. 2. aktual. a rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-632-2.
50. KRAHULCOVÁ, B. *Dyslalie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-413-8.
51. KUCHARSKÁ, A., CHALUPOVÁ, E. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: IPPP – Sborník, 2005. ISBN 80-8656-13-5.
52. KUCHARSKÁ, A. a kol. *Obligatorní diagnostika a obligatorní diagnózy ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.
53. KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM, 2001. ISBN 80-214-1844-3.
54. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.

55. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L *Oftalmopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-85931-84-2.
56. KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1996. ISBN 80-7067-677-9.
57. LAHEY, M. *Language disorders and language development*. New York. Macmillan, 1988.
58. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
59. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
60. LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4.
61. LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušení komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
62. LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
63. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
64. LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
65. MAŇÁK, J. a kol. *Kapitoly z metodologie pedagogiky*. 1. vyd. Brno: MÚ, 1994. 121 s. ISBN 80-210-1031-2.
66. MATĚJČEK, Z. *Dyslexie*. Praha: SPN, 1988.
67. MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-24526-9.
68. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany HH, 2001.

69. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
70. MATĚJČEK, Z., KOLUCHOVÁ, J., BUBLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J., BENEŠOVÁ, L. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.
71. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
72. MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program pro zdravotně postižené žáky*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-033-4.
73. MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 230. s. ISBN 80-7178-799-X.
74. MERTIN, V., KUCHARSKÁ, A. *Integrace žáků se specifickými poruchami učení – od stanovení diagnostických kritérií k poskytování péče všem potřebným žákům*. Praha: IPPP ČR, 2007. ISBN 978-80-86856-40-7.
75. *Metodické doporučení MŠMT č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství*. [online]. c2009, poslední revize 26. 8. 2009 [cit. 18. 9. 2010]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/specialni_skolstvi/MT_Metodicke_doporuceni_1ogopedie.pdf>.
76. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
77. MIKULAJOVÁ, M., DOSTÁLOVÁ, A. *Trénink jazykových schopností podle D. B. Elkonina*. Bratislava: Dialóg, spol s r. o., 2004. ISBN 80-968502-2-9.
78. MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová dysfázia. Špecificky narušený vývin reči*. Bratislava (vlastní náklad), 1993. ISBN 80-900445-0-6.
79. MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1996, 1998. ISBN 80-85931-60-5.
80. MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido, 2000. 92 s. ISBN 80-85931-86-9.
81. MORALES, C. *Orofaciální regulační terapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.

82. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno: MU, 2001. ISBN 80-210-2512-3.
83. MÜHLPACHR, P. *Fenomén integrace v kontextu koncepce Vzdělávání světa*. In Vítková, M. (ed.) *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno: PdF MU, 2003. ISBN 80-214-2359-5.
84. MÜHLPACHR, P., VAĎUROVÁ, H. *Vymezení, dimenze a měření kvality života*. In Pipeková, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
85. NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v české společnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-741-8.
86. NOVOSAD, L. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – Somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. ISBN 80-7083-563-X.
87. PEŠATOVÁ, I. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. 364 s. ISBN 978-80-7372-291-3.
88. PEŠATOVÁ, I., TOMICKÁ, V. *Úvod do integrativní speciální pedagogiky*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007, 115 s. ISBN 978-80-7372-268-5.
89. PEŠKOVÁ, J. *Filozofie*. In Kol. autorů. *Základy společenských věd*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. ISBN 80-86432-66-1.
90. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Speciální pedagogika osob s narušením komunikační schopnosti*. In *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
91. Pfeiffer, J. *Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
92. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
93. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Integration Jugendlicher mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt aus transnationaler Sicht*. Brno: MSD, 2004. 271 s. ISBN 80-866633-17-9.

94. PREISS, M.a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
95. PRESTON, J., LOUISE EDWARDS, M. *Phonological Awareness and Types of Sound Errors in Preschoolers With Speech Sound Disorders*. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*. 2010, roč. 53, č. 1, s. 44-60. ISSN 1092-4388.
96. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.
97. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. aktual. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
98. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
99. RABUŠICOVÁ, M. *K sociologii výchovy, vzdělání a školy*. 1. vyd., Brno: MU, 1991. ISBN 80-210-0328-6.
100. REID, G., KIRK, J. *Dyslexia in Adult: Education and Employment*. John Wiley & Sons, Ltd., 2001. ISBN 0-471-85205-8.
101. REID, G. *Dyslexia: A Practitioner's Handbook*. 3 rd ed. John Wiley & Sons, Ltd., 2003. ISBN 0-470-84852-9.
102. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
103. RICKEN, G. *Förderung analogen Schliessens bei körperbehinderten und lernbehinderten Vorschulkindern*. Trier, 1992.
104. RVACHEW, S. *Longitudinal Predictors of Implicit Phonological Awareness Skills*. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 2006, roč. 15, č. 2, s. 165-176. ISSN 1058-0360.
105. RVACHEW, S., BERNHARDT, B. *Clinical Implications of Dynamic Systems Theory for Phonological Development*. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2010, roč. 19, č. 1, s. 34-50. ISSN 1058-0360.

106. RVACHEW, S., PI-YU, C., EVANS, N. *Characteristics of Speech Errors Produced by Children With and Without Delayed Phonological Awareness Skills*. Language, Speech, & Hearing Services in Schools. 2007, roč. 38, č. 1, s. 60-71. ISSN 0161-1461.
107. RYAN, M. *Dyslexie a sociální a emocionální problémy*. In *Specifické poruchy učení a chování*. Sborník 1996. Praha: Portál, 1997, s. 33-37. ISSN 1211-670X.
108. ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M. a spol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0131-4.
109. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-168-2.
110. Sběrka zákonů české republiky *Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ze dne 4. dubna 2000*. [online]. c2000, poslední revize 1. 6. 2000 [cit. 20. 9. 2010]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_b=101/2000&PC_8411_ps=10#10821>.
111. Sběrka zákonů české republiky *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v novelizaci zákonem č. 49/2009 Sb. s účinností dnem 5.3. 2009*. [online]. [cit. 6. 6. 2010]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-49-2009-sb-kterym-se-meni-zakon-c-561-2004-sb>>.
112. Sběrka zákonů české republiky *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění sbírky 227/2009 (účinnost 1. července 2010)*. [online]. [cit. 12. 9. 2010]. Dostupné z: <http://www.portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/702/_s.155/699/place>.
113. SHRIBERG, L., LOHMEIER, H., CAMPBELL, T., DOLLAGHAN, C., GREEN, J., MOORE, C. *A Nonword Repetition Task for Speakers With Misarticulations: the Syllable Repetition Task (SRT)*. Journal of Speech, Language & Hearing Research. 2009, roč. 52, č. 5, s. 1189-1212. ISSN 1092-4388.
114. SKALKOVÁ, J. a kol. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2. dopl. vyd. Praha: SPN, 1985. 209 s.

115. SMOLÍKOVÁ, K. a kol. *Pedagogické hodnocení v pojetí RVP PV – Metodika pro podporu individualizace vzdělávání v podmínkách mateřské školy*. Praha: VÚP, 2007. ISBN 978-80-87000-10-6.
116. SMOLÍKOVÁ, K. a kol. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. [online]. c2004, poslední revize 21. 12. 2005 [cit. 1. 9. 2010]. Dostupné z: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2010/01/RVP_PV-2004.pdf>.
117. SOBOTKOVÁ, I. *Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2003. ISBN 80-86552-62-4.
118. SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha: SPN, 1978.
119. SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1981.
120. SOVÁK, M. *Logopedie – metodika a didaktika*. Praha: SPN, 1984.
121. STRASSMEIER, W. *260 cvičení pro děti raného věku*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-85282-87-9.
122. STRNADOVÁ-LEDNICKÁ, I. *Stresové a resilienční faktory v rodinách s dětmi s poruchami učení*. In *Speciální pedagogika*, č. 3, s. 200 - 215. ISSN 1211-2720.
123. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
124. ŠVANCAROVÁ, D., KUCHARSKÁ, A. *Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky*. Praha: Scientia, 2001. ISBN 80-7183-221-9.
125. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.
126. TOMICKÁ, V. *Vybrané kapitoly k integraci ve školství*. 1. vyd. TU v Liberci, 2000. 42 s. ISBN 55-004-00.
127. TOMICKÁ, V. *Vybrané kapitoly z logopedie – Metodika a cvičné texty k odstraňování sykavkových asimilací*. 1. vyd. TU v Liberci, 2000. 43 s. ISBN 55-003-00.
128. TOMICKÁ, V. *Vybrané kapitoly z logopedie – Metodika a reedukace specifických asimilací*. 2. vyd. TU v Liberci, 2002. 69 s. ISBN 55-097-02.

129. TOMICKÁ, V., ŠVINGALOVÁ, D., PEŠATOVÁ, I. *Kapitoly ze speciální pedagogiky ve vztahu k sociální práci*. 1. vyd. TU v Liberci, 2003. 90 s. ISBN 55-092-03.
130. TOMICKÁ, V. *Orientační logopedické vyšetření*. 1. vyd. TU v Liberci, 2004. 37 s. ISBN 55-017-04.
131. TOMICKÁ, V. *Speciálně pedagogické metody využitelné v logopedické a speciálně pedagogické praxi*. 1. vyd. TU v Liberci, 2006. 106 s. ISBN 80-7372-106-6.
132. TOMICKÁ, V., KUCHARSKÁ, A. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech pro děti a žáky s narušenou komunikační schopností*. In *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2007, s. 82-108. ISBN 978-80-86856-42-1.
133. TŘESOHLAVÁ, Z., ČERNÁ, M., KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjde do školy*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0015-6.
134. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
135. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
136. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: UK-HTF, 1995.
137. VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie I*. Liberec: TU v Liberci, 1995. ISBN 80-7083-158-8.
138. VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie II*. Liberec: TU v Liberci, 1995. ISBN 80-7083-159-8.
139. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-421-7.
140. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémových dětí a mládeže*. TU v Liberci, 2000. ISBN 80-7083-378-5.

141. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
142. VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J, *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 538. s. ISBN 978-80-246-1538-1.
143. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
144. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
145. VALENTA, M. *Speciálně pedagogická diagnostika*. In Renotiérová, M., Ludíková, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2003, 2005. ISBN 80-244-1073-7.
146. VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogika – terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 1994. ISBN 80-08-01217-X.
147. VAŠEK, Š. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Bratislava: Sapientia, 2004. ISBN 80-969112-0-1.
148. VESELÁ, R. a kol. *Rodina a rodinné právo – historie, současnost a perspektivy*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-48-3.
149. VÍTKOVÁ, M. *Kapitoly z úvodu do speciální pedagogiky*. Brno: MU, 1992.
150. VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči. Terapien in der Sonderpädagogischen Behandlung*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. s. 85.
151. VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace*. Praha: IPPP, 2001.
152. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno: PdF MU, 2003. ISBN 80-214-2359-5.
153. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. přep. a roz. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
154. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

155. VÍTKOVÁ, M. *Význam empowerment, kooperace a poradenství pro rodinu s postiženým dítětem*. In Vítková, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2004. 2. vyd., s. 92-96. ISBN 80-86633-23-3.
156. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-696-9.
157. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních ze dne 9. února 2005*. [online]. c2005, poslední revize 17. 2. 2005 [cit. 18. 9. 2010]. Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_l=72/2005&PC_8411_ps=10#10821>.
158. *Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ze dne 9. února 2005*. [online]. c2005, poslední revize 17. 2. 2005 [cit. 20. 9. 2010]. Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_b=73/2005&PC_8411_ps=10#10821>.
159. ZÄHME, V. *Was Kinder wissen müssen*. 2. vyd. Köln, 2002. ISBN 3-8320-8771-0.
160. ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.
161. ŽLAB, Z., ŠTURMA, J. *Some Disorders of Verbal Communication Process – The XXI st Kongres IALP*. Pratur 1989.

9 Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam tabulek

Příloha č. 2: Seznam grafů

Příloha č. 3: UIV – přehled integrací (viz s. 79)

Příloha č. 4: Orientační logopedické vyšetření (viz s. 47)

Příloha č. 5: Diagnostické nástroje využívané psychologem a speciálním pedagogem – logopedem (viz s. 48)

Příloha č. 6: Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství (viz s. 56)

Příloha č. 7: Záznamový arch (viz s. 125)

Příloha č. 1:
Seznam tabulek

tabulka	název	stránka
1a	Přehled respondentů výzkumu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním a respondentů bez postižení	77
1b	Přehled respondentů výzkumu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním a respondentů bez postižení – relativní vyjádření v %	77
2a	Přehled celkového počtu respondentů dle pohlaví	78
2b	Přehled celkového počtu respondentů dle pohlaví – relativní vyjádření	78
3	Přehled jednotlivých druhů zdravotního postižení u respondentů výzkumu	79
4a	Počet žáků s narušenou komunikační schopností v 1. třídách ZŠ	81
4b	Hodnoty statistik pro testování rozdílů mezi podíly respondentů s narušenou komunikační schopností pro jednotlivé roky	82
5a	Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření v absolutních číslech	84
5b	Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření – relativně v %	85
6a	Počty respondentů podle jednotlivých diagnóz a roků	88
6b	Relativní počty respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období	89
7	Počty sociálně znevýhodněných respondentů podle jednotlivých diagnóz a roků	91
8	Počty zdravotně znevýhodněných respondentů dle jednotlivých diagnóz a roků	92
9	Počty zdravotně postižených respondentů podle jednotlivých diagnóz a roků	93
10	Počty respondentů bez postižení a znevýhodnění dle jednotlivých diagnóz a roků	94
11	Relativní počty sociálně znevýhodněných respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období	97
12	Relativní počty zdravotně znevýhodněných respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období	98
13	Relativní počty zdravotně postižených respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období	99
14	Relativní počty respondentů bez postižení a znevýhodnění (v %) pro jednotlivé diagnózy za dané období	100
15	Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování	102
16	Přehled výsledků sluchové zkoušky z OLV prováděné od 4. roku (2006/2007)	104
17	Relativní počty respondentů (v %) pro jednotlivé diagnózy za 4. – 6. rok ve srovnání s poruchami sluchu	105
18	Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – sociálně znevýhodnění	107
19	Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – zdravotně znevýhodnění	108
20	Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – zdravotně postižení	109

21	Přehledová tabulka k testu o shodě podílu respondentů za první tři a poslední tři roky sledování – respondenti bez znevýhodnění a postižení	110
22	Přehled respondentů výzkumu se zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním	111
23a	Výsledek diagnostiky dyslalie u sociálně znevýhodněných v každém roce šetření v absolutních číslech	114
23b	Výsledek diagnostiky dyslalie u sociálně znevýhodněných v každém roce šetření – relativně v %	114
24	Přehled diagnostikované narušené komunikační schopnosti u sociálně znevýhodněných	115
25a	Výsledek diagnostiky dyslalie u zdravotně znevýhodněných v každém roce šetření v absolutních číslech	118
25b	Výsledek diagnostiky dyslalie u zdravotně znevýhodněných v každém roce šetření – relativně v %	118
26	Přehled diagnostikované narušené komunikační schopnosti u zdravotně znevýhodněných	119
27	Přehled výsledků orientačního logopedického vyšetření u sociálně znevýhodněných	121
28	Přehled výsledků orientačního logopedického vyšetření u zdravotně znevýhodněných	124
29	Přehled výsledků orientačního logopedického vyšetření u sociálně a zdravotně znevýhodněných – relativně v %	124

Příloha č. 2:
Seznam grafů

1	Přehled celkového počtu respondentů dle pohlaví	78
2a	Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření	85
2b	Výsledek diagnostiky dyslalie obecně v každém roce šetření – relativně v %	86
3	Souhrnný přehledový graf všech respondentů v kombinaci s narušenou komunikační schopností v průběhu šesti let	87
4	Přehled narušené komunikační schopnosti u sociálně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období	95
5	Přehled narušené komunikační schopnosti u zdravotně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období	95
6	Přehled narušené komunikační schopnosti u zdravotně postižených respondentů v každém roce šestiletého období	96
7	Přehled narušené komunikační schopnosti u respondentů bez postižení a znevýhodnění v každém roce šestiletého období	96
8	Přehled výsledků sluchové zkoušky z OLV prováděné od 4. roku (2006/2007)	104
9	Přehled narušené komunikační schopnosti u sociálně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období	113
10	Přehled narušené komunikační schopnosti u zdravotně znevýhodněných respondentů v každém roce šestiletého období	117
11	Přehled výsledků sluchové zkoušky u sociálně znevýhodněných v druhém tříletém období	123

**Tab. B9.1.1: Individuální integrace do běžných tříd mateřských škol
– děti ve školním roce 2003/04 až 2008/09 – podle druhu postižení**

Druh postižení		2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
		Individuálně integrované děti celkem	2 001	1 919	1 557	1 591	1 683
v tom	mentálně postižené	247	221	205	190	194	198
	sluchově postižené	78	74	63	88	81	82
	zrakově postižené	70	68	67	54	61	62
	s vadami řeči	965	920	637	703	713	701
	tělesně postižené	170	187	163	176	177	159
	kombinované postižení	307	283	247	204	223	218
	s vývojovými poruchami	141	127	130	109	145	152
	s lékařskou diagnózou autismus	23	39	45	67	89	121
Individuálně integrované dívky celkem	725	701	541	554	602	556	
v tom	mentálně postižené	79	71	81	86	76	77
	sluchově postižené	42	33	29	36	35	45
	zrakově postižené	30	31	27	27	28	31
	s vadami řeči	345	335	203	228	238	207
	tělesně postižené	67	70	56	61	79	68
	kombinované postižení	126	115	97	85	98	73
	s vývojovými poruchami	34	37	43	21	34	36
	s lékařskou diagnózou autismus	2	9	5	10	14	19

Zdroj: databáze
ÚIV

**Tab. B9.1.3: Individuální integrace do běžných tříd základních škol
– žáci ve školním roce 2003/04 až 2008/09 – podle druhu postižení**

Druh postižení		2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
		1)	1)				
Individuálně integrovaní žáci celkem		53 550	51 587	45 556	39 982	36 085	34 350
v tom	<i>mentálně postižení</i>	383	557	697	825	962	1 069
	<i>sluchově postižení</i>	557	556	556	537	563	570
	<i>zrakově postižení</i>	436	416	414	401	373	381
	<i>s vadami řeči</i>	671	644	542	542	621	660
	<i>tělesně postižení</i>	1 235	1 178	1 079	1 066	1 070	1 006
	<i>kombinované postižení</i>	1 100	836	784	682	632	733
	<i>s vývojovými poruchami</i>	49 168	47 400	41 346	35 742	31 593	29 520
	<i>s lékařskou diagnózou autismus</i>	.	.	138	187	271	411
Individuálně integrované dívky celkem		15 212	14 647	12 930	11 241	10 266	9 944
v tom	<i>mentálně postižené</i>	169	225	315	355	393	481
	<i>sluchově postižené</i>	265	268	268	265	266	273
	<i>zrakově postižené</i>	177	169	158	158	157	161
	<i>s vadami řeči</i>	185	192	152	147	176	195
	<i>tělesně postižené</i>	499	504	449	418	423	411
	<i>kombinované postižení</i>	404	301	259	220	204	254
	<i>s vývojovými poruchami</i>	13 513	12 988	11 313	9 655	8 612	8 123
	<i>s lékařskou diagnózou autismus</i>	.	.	16	23	35	46

Komentáře:

Zdroj: databáze ÚIV

1) Ve školním roce 2003/04 a 2004/05 jsou zdravotně postižení žáci s diagnózou autismus zahrnuti mezi žáky s mentálním postižením.

Příloha č. 4:

Orientační logopedické vyšetření

Následující text je upraven pro potřeby diagnostického procesu ve školském poradenském pracovišti. Upraveny byly jednotlivé zkoušky Orientačního logopedického vyšetření.

Orientační logopedické vyšetření (Tomická, 2004) vzniklo z potřeby studentů speciální pedagogiky, logopedů a logopedických asistentů. Jeho cílem je poskytnout studujícím *Speciální pedagogiky* a logopedickým pracovníkům metodický postup, jak provádět logopedické zkoušky a za jakým účelem. Stanovení logopedické diagnózy, prognózy a následných logopedických opatření a doporučení je pak součástí specifické prezenční výuky a řízené praxe.

Následně uváděné logopedické vyšetření je zaměřeno na děti ve věku od 3 až do 8 let věku.

Orientační logopedické vyšetření je často prvním kontaktem logopeda či asistenta s dítětem v terénu a na základě závěrů z orientačního logopedického vyšetření budou zákonným zástupcům navrhována další opatření a postupy. Z tohoto důvodu je proto nezbytné dodržet zásady práce s dítětem a rodičem ve smyslu **ochrany osobních dat a dodržení práv dítěte i rodiče** (zákonného zástupce).

Kladem Orientačního logopedického vyšetření je:

- Vstupní logopedický náhled na vývoj řeči dítěte a na stav jeho výslovnosti.
- Umožňuje nám lépe se orientovat v jednotlivých rovinách českého jazyka (foneticko-fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko-syntaktické, pragmatické).
- Napomáhá nepřehlédnout případné nedostatky ve vývoji řeči dítěte (tedy i v rozumových schopnostech, ve vývoji motoriky...).
- Umožňuje začít s nápravou od těch stadií, ve kterých se dítě nachází, a postupně odstraňovat nedostatky ve vývoji řeči či případně jim předcházet.

Po uskutečnění tohoto šetření mají cílové skupiny pedagogů komplexní náhled na narušenou komunikační schopnost dítěte v jeho komplexu a lépe se orientují z hlediska prognózy narušené komunikační schopnosti, z pohledu další spolupráce s odborníky z jiných oborů a z pohledu logopedické reedukace a podkladů pro případný individuálně vzdělávací plán při integraci žáka do vzdělávací soustavy.

Porovnáme-li očekávané výstupy ze školní zralosti a z českého jazyka v oblasti jazykových kompetencí, pak toto Orientační logopedické vyšetření cíleně sleduje všechny oblasti.

Stěžejním cílem této diagnostiky je posoudit úrovně všech jazykových rovin v oblasti řeči a nastavení logopedického plánu, který umožní žákovi v maximální možné šíři dosáhnout na komunikativní kompetence potřebné pro úspěšné vzdělávání u žáků s narušenou komunikační schopností.

Pro potřebu této práce byly vynechány zkoušky zrakové percepce a laterality, neboť jsou součástí vyšetření školní zralosti. Dále u zkoušky slovní zásoby, která je taktéž součástí vyšetření školní zralosti, byla nahrazena tato zkouška z Orientačního logopedického vyšetření Zkouškou jazykového citu (Žlab, 1992). Dále dílčí zkoušky logopedického vyšetření ve fonematickém sluchu byly nahrazeny Zkouškou sluchové diferenciacce (Matějček, 1987). V ostatních zkouškách byly taktéž provedeny některé úpravy:

Anamnéza.

Orientační sluchová zkouška.

Orientační vyšetření mluvidel.

Orientační zkouška dýchání.

Orientační zkouška motoriky mluvidel.

Orientační zkouška artikulační obratnosti.

Orientační zkouška fonematického sluchu.

Orientační zkouška výslovnosti.

Orientační zkouška slovní zásoby.

Orientační zkouška řečového projevu.

Orientační zkouška verbální sluchové paměti.

Anamnéza

Cílem této metody je popis vývoje jedince od početí do současnosti. (Pešatová, Švingalová, 2004). V logopedii jde o získání přesných údajů od rodičů či zákonných zástupců o dosavadním celkovém **psychickém i fyzickém vývoji** dítěte se zvláštním důrazem **na vývoj řeči dítěte**. Diagnostika vad či obtíží vychází i z těchto údajů, proto jsou velmi významné a je třeba jim věnovat náležitou pozornost.

Anamnestická data logoped získává nejčastěji pomocí **anamnestického rozhovoru**, jehož součástí je vždy **pozorování**. V případě, že máme dostupnou nějakou odbornou dokumentaci (**lékařskou zprávu či nález**), je možné údaje z této dokumentace také zahrnout do anamnézy. Informace v takovéto dokumentaci mívají charakter tvrdých dat a bývají obvykle objektivní (např. stanovení diagnózy, porodní míry, medikace apod.).

Průběh snímání anamnestických dat:

Při poskytování anamnestických údajů je nutné nejprve vytvořit pro rodiče atmosféru důvěry a klidu. Zaručíme rodičům naprostou důvěrnost informací a ujistíme je, že nejprve oni budou seznámeni s výsledkem vyšetření. Musíme také objasnit, že výsledky vyšetření nebudou bez jejich souhlasu nikam odeslány.

Je třeba si uvědomit, že některé odpovědi na otázky nedokáže rodič říci zcela přesně. Nemusí to však vypovídat o nezájmu rodičů o vývoj dítěte. Rodič se často nachází v neobvyklé situaci, která na něho může působit stresově, a není schopen si ihned vybavit určitý časový úsek či požadované vývojové stadium dítěte. Pokud si rodiče nevedli záznam o neuropsychickém vývoji dítěte, může se také stát, že si dané stadium vybaví, ale jen útržkovitě nebo nepřesně. Často se stává, že rodič určité anamnestické údaje poskytne až v dalším sezení. Odpovědi rodičů, které jsou neadekvátní otázce, nijak nekomentujeme.

Anamnestické údaje **pečlivě zaznamenáváme**, a to nejlépe do formuláře, který máme předem připravený.

Osobní anamnéza

Sledujeme oblast **celkového psychického a fyzického vývoje** dítěte a zjišťujeme **následující údaje**:

tvrdá data (jméno a příjmení dítěte, datum narození, bydliště, diagnóza ...),

zda bylo těhotenství chtěné či nechtěné,

zvláštnosti průběhu těhotenství – rizikové těhotenství, nemoci v době těhotenství, medikace v průběhu těhotenství apod.,

zvláštnosti průběhu porodu – porod překotný, protražovaný, císařským řezem, asfyxie plodu apod.,

porodní váha a míra dítěte,

období těsně po porodu, tj. časový úsek strávený v porodnici (umístění dítěte v inkubátoru, novorozenecká žloutenka apod.),

kojení – délka,

zda byla jazyková uzdička v normě,

zda a jak dlouho mělo dítě dudlík,

kdy sedělo dítě bez opory,

zda proběhla fáze lezení,

kdy se objevily první kroky,

hygienické návyky – do kdy bylo dítě plenováno, enuréza primární nebo sekundární, enkopréza primární nebo sekundární...

spánek – klidný, s otevřenými – zavřenými ústy, výskyt nočních děsů,
hrubá motorika - motorická obratnost: stoj na jedné noze, chůze do a ze schodů...,
jemná motorika a grafomotorika: zájem o práci s tužkou či manipulaci s předměty,
preferované a odmítané hry...,
problémy okolo jídla: vybíravost, loudavost, problémy při polykání či žvýkání potravy, jak
dlouho bylo dítě krmeno z láhve, jak dlouho pouze mixované jídlo, odkdy jedlo samostatně,
dentice – první, druhá nebo probíhá výměna, rovnátka,
hlasové problémy – má častý chrapot...,
prodělané nemoci, úrazy, operace,
je-li dítě medikováno, a čím,
odkdy je dítě umístěno v kolektivním zařízení,
jaká je jeho adaptace na změnu prostředí,
aktuální tělesné dispozice – současná váha, míra,
jaký je jeho stoj – vzpřímený, kulatá záda,
jaký je jeho sed na židli – vzpřímený, neklidný...,
u kterých lékařů či odborníků jiných je dítě vedeno.

Z hlediska řečového vývoje zjišťujeme o dítěti následující údaje:

první křik – byl spontánní nebo bylo dítě přidušeno,
doba a průběh broukání a žvatlání,
první slova – kdy a jaká,
první věta – kdy a jaká,
první říkadlo kdy a jaké,
kdy první otázky typu – Co je to?,
kdy první otázky typu – Proč?,
zájem o komunikaci,
zájem o básničky, říkanky a písničky – které konkrétně zná a umí,
zachovává dítě při opakování vět slovosled,
mluví srozumitelně nebo musí maminka „překládat“,
mluví spontánně s dospělou osobou – vyhýbá se komunikaci s dospělými,
je-li vada výslovnosti u dítěte, vědí rodiče, které hlásky dítě vadně vyslovuje,
zdál se rodičům vývoj řeči opožděný, např. vzhledem k vývoji řeči u sourozenců,
jaké zvláštnosti zachycují rodiče v mluvě dítěte,
hovoří dítě jednoslovně nebo ve větách,
pomáhá si při mluvení mimikou a gesty,

jak hodnotí rodiče slovní zásobu dítěte,
bylo dítě někdy již logopedicky vyšetřeno a kde.

Rodinná anamnéza

věk a vzdělání obou rodičů,
úplná či neúplná rodina,
počet sourozenců,
majetkové poměry ve smyslu bydlení, soukromí – vlastní pokoj,
zájmy a mimoškolní aktivity dítěte, zájmy rodiny, společné dovolené,
logopedické problémy u rodičů,
logopedické problémy u sourozenců,
zátěžové nemoci v rodině,
průběh dne v rodině – sledujeme, kolik a zda je vůbec prostor ke společné komunikaci, čtení pohádek, prohlížení knížek, příp. pouze sledování televize, počítač a jeho využívání dítětem, společné rituály – stolování, pohádka na dobrou noc...,
pobyt dítěte v širší rodině u prarodičů nebo jiných příbuzných,
jaké je pracovní vytížení obou rodičů, kdo bude provádět případnou logopedickou nápravu s dítětem, jaké jsou časové možnosti rodičů,
jaké zná dítě konkrétní pohádky či básničky, které mu rodič čte, nebo se spolu učili,
jaké konkrétní dětské knihy máte k dispozici doma.

Závěr anamnestického rozhovoru:

Zhodnotíme celkově výsledek anamnestického rozhovoru

Jednak zjistíme stav výslovnosti rodičů, což pro nás bude ukazatelem, zda nemá některý z rodičů vadnou výslovnost. Dále nám tento rozhovor naznačí, jaká bude další spolupráce s rodičem, jeho zájem o zlepšení stavu dítěte atd. Dle výpovědí se budou řídit i naše instrukce směrem k rodičům. U některých rodičů bude potřeba dávat velmi podrobné návody a budeme se muset přesvědčit, zda rodič správně porozuměl našim instrukcím. U některých rodičů bude stačit stručný zápis či jen slovní instrukce.

Anamnestický rozhovor nám dále ukáže, jaké je postavení dítěte v rodině a jak je hodnoceno rodiči, jaká je aspirační úroveň rodičů vůči dítěti, zda je přeceňováno či nedoceněno, což je pro nás návodem, jakým způsobem s dítětem pracovat.

Výsledek anamnestického rozhovoru konfrontujeme s výsledky orientačního logopedického vyšetření

Pokud zjistíme, že výsledky některých zkoušek jsou zřetelně v rozporu s anamnestickými údaji, velmi citlivě interpretujeme rodičům zjištěné výsledky a vždy sdělíme, že výsledky jsou orientační, a ponecháme na rodiči, zda bude pokračovat ve spolupráci, a navrhneme další možné způsoby řešení daného problému.

Je třeba si uvědomit, že logopedický pracovník je často prvním odborníkem, který v předškolním věku sděluje rodiči, že výslovnost dítěte, příp. jeho vývoj, není v normě v porovnání s jeho vrstevníky.

Pokud dojde ke shodě mezi rodičem a logopedem, může se zahájit některá z forem logopedické péče.

Orientační sluchová zkouška

Jejím cílem je zjistit, zda dítě dobře slyší, resp. potvrdit nebo vyloučit sluchovou vadu. Předpokladem správné artikulace je dobrý sluch.

Průběh orientační sluchové zkoušky:

Zkouška se provádí dvěma způsoby – **hlasitou řečí a šeptem**.

Dítěti se předřikávají slova nejprve s převažujícími **hlubokými hláskami**: buben, doba, houba, budeme, budujeme, protahuje, roura, podlaha, voda, gumáky. Dále pokračujeme slovy s převažujícími **vysokými hláskami**: silnice, sestřička, vesnice, svačinka, slepička, číslice, součástka, sněží, soutěže, žáci.

Pozn.: Je potřeba mít v zásobě alespoň 10 slov od každé varianty.

Při této zkoušce **potřebujete asistenta**. Ten si postaví dítě bokem k vám, palcem překryje boltec ucha dítěte odvráceného od vás, tedy vyšetřované ucho je natočeno k vám a je volné. Dítě natočené bokem nemůže odezírat.

Zkoušku provádíte na vzdálenost alespoň **5 metrů**, pokud dítě opakuje jiná slova nebo neopakuje některé slovo, **přiblížíte se vždy o 1 krok (resp. o 1 metr)** a zkusíte **znovu, ale jiné slovo**.

Zkouška se provádí pouze tehdy, je-li dítě zdravé, nemá-li zánět středouší a rýmu.

Závěr orientační sluchové zkoušky:

Zhodnotíme sluchovou zkoušku.

Nejistíte-li žádný problém, předpokládáte, že sluch dítěte je v normě.

Zapisuje se:

5 m – Vs – 5 m

Pozn.: Vs je záznam pro řeč šeptanou, 5 m je obvyklá vzdálenost dítěte od testátora.

5 m – Vm – 5 m

Pozn.: Vm je záznam pro řeč hlasitou, 5 m je obvyklá vzdálenost dítěte od testátora.

Pokud by dítě mělo problémy u hlubokých tónů na pravém uchu, vypadal by zápis takto:

2 m – Vm – 5 m

Zápis ukazuje na **převodní vadu sluchu na pravém uchu.**

Pokud by dítě mělo problémy u vysokých tónů na levém uchu, vypadal by zápis takto:

5 m – Vs – 1 m

Zápis ukazuje **na percepční vadu sluchu na levém uchu.**

Při zjištěné jakékoliv odchylce je nutné domluvit s rodiči dítěte odborné vyšetření – na foniatrii nebo ORL (otorhynolaryngologii), kde bude provedeno audiometrické vyšetření.

Orientační vyšetření mluvidel

Cílem této zkoušky je zjistit případné orgánové změny na mluvidlech – tedy potvrdit nebo vyloučit orgánové postižení.

Průběh orientačního vyšetření mluvidel:

Sledujeme:

celkový pohled na obličej,

souměrnost koutků rtů,

semknutí, případně povolení retního uzávěru v klidové poloze,

zda se jazyk nevysouvá z dutiny ústní a neleží mezi řezáky,

zbytnělost dolního rtu,

skus dítěte – předkus, vydumlaný skus,

stav dentice – zda probíhá výměna – příp. chybění zubů,

jazyk – velikost, zda plazí ve středové čáře,

patro – jeho klenutí,

uzdička – zda je v normě, či je přirostlá,

sledujeme způsob polykání potravy a tekutiny při jídle, příp. slinotok.

Závěr orientačního vyšetření mluvidel:

Je třeba zhodnotit stav mluvidel a dát případná doporučení – např. hypotonie obličejového svalstva má vliv na zřetelnost mluvy a před reedukací hlásek je nutné posílit činnost obličejového svalstva – retního uzávěru, zatažení jazyka do dutiny ústní.

Je třeba zvážit u **výměny dentice**, jaký podíl má chybění zubů na vadné výslovnosti.

U **předkusů** je potřeba konzultovat s rodiči a ortodontistou další postupy.

U **přirostlé uzdičky** je potřeba zvážit odborný zásah (pokud již nebyl proveden), ne vždy je potřeba tento zásah provést či opakovat.

U **gotického patra** je nutné počítat s tím, že opora u jazykových, tvrdopatrových závěrových a polozávěrových hlásek bude problematičtější.

Pokud jsou patrné **nesouměrnosti v obličejové části**, jazyk se stáčí k levé nebo pravé straně, je vhodné poradit se o dalším postupu s rodiči a supervizorem – logopedem.

Případné zjištěné **obtíže při jídle a pití** nebo **zvýšený slinotok** je nutné konzultovat s odborníkem, neboť se objevují u závažnějších poruch CNS a vzácně slinotok je také zlozvykem.

Orientační zkouška dýchání

Cílem této zkoušky je zjistit, jaká je dechová ekonomie dítěte, který typ dýchání převládá a jaká je síla výdechového proudu.

Průběh orientační zkoušky dýchání:

Pozorujeme dítě při řečovém projevu – rozhovoru, vyprávění, recitaci a **zjišťujeme:**

zda jde o brániční dýchání – či mělké povrchové,

jak pracuje s výdechovým proudem:

zda není dýchání rychlé, slyšitelné,

zda dokáže na výdechový proud říci několik slov a nenadechuje se uprostřed slova,

zda je výdechový proud dostatečně silný pro tvorbu hlásek,

zda výdechový proud neuniká laterálně (nenafukuje-li nám jednu nebo obě tváře při tvoření některé hlásky),

zda dítě nemluví při vdechu,

sledujeme poslechem zvýšenou nebo sníženou nosovost při mluvě.

Závěr:

Zhodnotíme stav dýchání. Zde je potřeba při slyšitelném dýchání a většinou u spaní dítěte s otevřenými ústy nepřehlédnout adenoidní vegetaci (nosní mandle) a zvážit další postup. Ne vždy je odstranění nosní mandle účinné.

Pokud dítě dýchá povrchně, mělce a krátce, je potřeba do navrhovaných opatření zařadit do předartikulačních cvičení i nácvik správného dýchání.

Orientační zkouška motoriky mluvidel

Cílem zkoušky je zjistit pohyblivost všech částí mluvidel podílejících se na artikulaci hlásek.

Průběh zkoušky:

Pomocí motorických cviků zjišťujeme pohyblivost rtů, dolní čelisti (zvláště čelistního úhlu při mluvě), jazyka.

Dítě pracuje dle nápodoby a následujících pokynů:

Dítěti před zrcadlem předvádíme cviky rtů, jazyka, dolní čelisti, měkkého patra.

Sledujeme a zapisujeme si výsledky.

Rty – úsměv – koutky nahoru a dolů, zuby nejsou vidět.

Vycenit zuby – rty jsou oddálené.

Přetažení horního rtu přes horní řezáky, dolního rtu přes dolní řezáky, oddálení zubů o 1–2 cm.

Našpulení rtů – kapřík – zuby nejsou vidět.

Našpulení rtů – do kroužku – zuby jsou vidět.

Zvednout horní ret co nejvíce k chřípí nosu.

Jazyk – vysouvat z dutiny ústní a zatáhnout do dutiny ústní, pohladit hrotem jazyka horní ret a dolní ret, hrot jazyka dát za horní řezáky a za dolní řezáky – čelistní úhel do maxima, pohyb hrotu jazyka z jedné strany na druhou – čelistní úhel je 1 cm, přisátí hrotu a středové části na horní patro – koník – udržet několik vteřin, vtlačit hrot jazyka mezi dolní ret a dolní řezáky – opička.

Nafouknout obě tváře vzduchem a několik vteřin udržet.

Nafouknout jednu tvář a vytlačit vzduchovou bublinu prstem, pak obě tváře.

Závěr:

Pokud zjistíte, že motorika některé části mluvidel nevyhovuje normě, zařadíte motorická cvičení do logopedického plánu.

Orientační zkouška artikulační obratnosti

Cílem zkoušky je zjistit artikulační obratnost dítěte, zvláště objevují-li se v řeči dítěte přesmyky slabik, vypouštění hlásek, směšování hlásek atd.

Zde je nutné brát zřetel na věk dítěte a vybírat jen hlásková spojení z hlásek, které dítě správně vyslovuje (neužívá-li dítě hlásku r, nebo ji nahrazuje, nebo ji vyslovuje vadně) – nemůžeme tuto hlásku zařadit do diagnostiky artikulační obratnosti.

Artikulačně obtížná slova nepoužíváme u dětí mladších 5,5 let a totéž platí i pro jazykolamy (ty obzvlášť nepoužíváme u dětí s dysfluencí – neplynulostí v řeči, příp. nesprávnou dechovou ekonomii).

Tuto zkoušku **provádíme u dětí starších 5,5 let.**

Průběh zkoušky:

dítě opakuje slabiky:

ma-ma, ma-ma, vu-vu, vu-vu...,

ba-da, ba-da, be-de, be-de...,

kla-klu, ple-klu...,

dítě opakuje jednoslabičná slova:

frk, brk, trk, vlej, plej, mlok, drak, frač, tank, bank...,

dítě opakuje slova dvojslabičná, trojslabičná a čtyřslabičná z otevřených slabik:

máma, doba, koleno, poleno, limonáda, čokoláda...,

dítě opakuje slova trojslabičná se souhláskovým shlukem:

polívka, pohledy, zádrhel...,

dítě opakuje slova artikulačně obtížná:

čtvrtek, cvrček, paroplavba, podplukovník...,

dítě opakuje slova, ve kterých se vyskytují párové hlásky ostré a tupé řady sykavek:

sešit, šustí, Saša, osuška, švestka, sušenka – pokud dítě nedokáže po nás slova správně opakovat, ve zkoušce nepokračujeme,

slovní spojení: směšné štěně, šustí listí, Saša má žízeň, sušené švestky,

u dětí mladšího školního věku pak lze použít tato spojení: Suší šust'ák. Pan Šusta suší šust'ák.

Suším v sušárně švestky a sušenky.

Závěr:

Zhodnotíme artikulační obratnost, výsledky zapíšeme a doporučíme konkrétní cvičení do logopedického plánu. V případě, že pozorujeme nápadnou těžkou artikulaci dítěte, konzultujeme jeho stav s odborníkem. Pokud má dítě obtíže s artikulací slov, nedokáže je správně vyslovit v daném sledu a shluku hlásek, lze předpokládat u něho obtíže ve čtené řeči a v psané řeči.

Orientační vyšetření fonemického sluchu

Cílem této zkoušky je zjistit, zda je u dítěte dostatečně rozvinutá fonemická diferenciací hlásek, zda již dítě rozlišuje správně jednotlivé hlásky, a je tedy schopno rozlišit správné a nesprávné znění hlásky.

Pokud není fonemický sluch dostatečně rozvinutý a dítě nerozliší akusticky (sluchově) nesprávně znějící hlásku od správně znějící, logopedická náprava se má účinkem, dítě je schopno při správném nastavení hlásku vyvodit, ale není schopno ji zařadit do slov, a tedy fixovat ve správném znění a pozici. Rozvinutí fonemické diferenciací je závislé na zralosti

CNS, a tedy i na věku dítěte. Je nutné opět přistupovat přiměřeně věku dítěte (např. u dítěte čtyřletého nelze použít zkoušku – na kterou hlásku slovo začíná). Je třeba vzít v úvahu i koncentraci pozornosti dítěte, která zde sehrává významnou roli. Dílčí zkoušky byly vypuštěny a nahrazeny Zkouškou sluchové diferenciaci (Matějček, 1987).

V této zkoušce sluchové diferenciaci dítě poznává ve dvojicích nesmyslných slov slova shodná a neshodná. Ve výsledku pak sledujeme úspěšnost. Zkouška nemá normy, neúspěšné bývají děti nezralé, mentálně postižené, děti s podezřením na specifickou symptomatologii. Selhávat mohou i děti se specifickými poruchami řeči.

Závěr:

Zvládá-li dítě tuto zkoušku před vstupem do školy, dá se říci, že je z hlediska rozvinutých akustických center připraveno na výuku čtení a psaní, resp. že fonemický sluch je dostatečně rozvinutý a další opatření nejsou potřeba. Nezvládá-li tuto zkoušku je dítě v riziku vzniku specifických poruch učení. Tento deficit se pak z hlediska stupně závažnosti může promítnout do roviny foneticko-fonologické, lexikálně sémantické a i pragmatické.

Jsou-li zjištěny obtíže, popíšeme je a doporučíme cvičení, která zařadíme do individuálního logopedického plánu dítěte.

Orientační vyšetření výslovnosti

Cílem vyšetření je zjistit, které hlásky dítě nevyslovuje vůbec, které hlásky nahrazuje jinou hláskou a které hlásky vyslovuje vadně. Výslovnost všech hlásek sledujeme vždy na začátku, uprostřed a na konci slova. Výslovnost hlásky pak v dalších zkouškách řečového projevu sledujeme v celkovém kontextu. V této zkoušce tedy dodržujeme kritérium vyslovované hlásky – ve 3 variantách – začátek, střed a konec slova. Obsah slov dítě musí znát. Slova tedy vybírejte přiměřeně věku dítěte.

SAMOHLÁSKY

- A – Adam, ano, máma, Dana, báb
- O – Ota, on, boty, Ola
- U – ucho, bum, bubák, bu-bu,
- E – Eva, mele, dáme, mete, led
- I – indián, Ital, jí, jíme, holí, mísa.

DVOJHLÁSKY

AU – auto, au, fauly

OU – ouvej, moucha, jedou, houpou, budou.

SOUHLÁSKY

1. ARTIKULAČNÍ OKRSEK

- P – Pepa, pá-pá, houpá, hopká, houpačka, hop
B – bába, boty, buben, oba, obojek, dub
M – máma, med, doma, domov, domluví, dům
F – fotí, Fanda, hafá, houfy, puf, pif
V – vana, volá, vlasy, mává, povalí, polívka, loví, pohov

2. ARTIKULAČNÍ OKRSEK

- T – ty, táta, teta, mete, motá, matka, let, jet
D – den, dám, hody, tudy, ledový, lednice, med, led
N – na, noc, Dana, Lenka, lednový, len, den
L – la-la, lak, léto, lino, lupen, loket, kolo, málo, holka, polka, vlak, půl, hůl, kůl
C – cccc, cena, cape, Macek, ulice, kytice, leckdo, pec, moc
S – ssss, sám, seno, maso, mísa, miska, louská, poslouchá, ves, les
Z – bzzz, zima, zelí, zebe, koza, kozička, kůzle, mazel, mazlí, mez
Č – čičí, čelo, čepka, peče, lečo, myčka, váleček, kopeček, heč, peč, počítač
Š – šššš, šála, šije, šnek, Máša, hoši, koště, myška, mašle, myš, piš
Ž – žžžž, žák, žena, žabák, žížala, může, kůže, možná, lež, věž
R – rak, ruka, ryba, ráno, tráva, drak, mrak, kroupy, hrad, Jirka, sirka, vítr, Petr
Ř – řeka, říká, věří, moře, tři, třída, dříví, hřeben, křičí, Jiřka, Mařka, věř, miř

3. ARTIKULAČNÍ OKRSEK

- J – já, Jana, ježek, koleje, myje, moje, můj, tvůj
Ť – ťuk, tik, ticho, tiká, chytí, letí, tělo, na plotě, gatě, leť, chyt', ťape
Ď – dík, díky, hodí, hladit, děda, dělá, děkuji, mládě
Ň – nikdo, Nina, nic, ničí, honí, něco, někdo, něčí, koně

4. ARTIKULAČNÍ OKRSEK

- K – kolo, Kája, oko, mouka, holka, mák, koník
G – ga-ga, guma, gól, vagon, Olga, buggy-buggy
CH – cha-cha, chodí, chová, chleba, bacha, bouchá, buchy, buch

5. ARTIKULAČNÍ OKRSEK

- H – ham, Hana, houká, váha, tahá, táhne, tah

Závěr:

Zapíšeme nevyvozené hlásky, a případně již hlásky vadně tvořené, rozčleníme je do artikulačních okrsků, porovnáme s věkem dítěte a pokusíme se odhadnout, o jaký stupeň dyslalie se jedná, zda jde o fyziologickou, prodlouženou fyziologickou či pravou dyslalii.

Dle stanovené diagnózy a nesprávně nebo vadně vyslovovaných hlásek pak sestavíme logopedický plán, který zařadíme do navrhovaných opatření.

Orientační vyšetření slovní zásoby

Cílem zkoušky je zjistit, zda slovní zásoba dítěte odpovídá jeho věku. Tuto zkoušku můžeme provádět samostatně, nebo ji začleníme do zkoušky řečového projevu. Rozhodujeme se podle výsledků předchozích zkoušek.

Dílní zkoušky byly vypuštěny (jsou součástí šetření školní zralosti) a zkouška byla doplněna o Zkoušku jazykového citu (Žlab, 1992). Zkouška je zaměřena na předškolní děti a na děti školního věku (do 11 let). Zkoušky postihují oblast impresivní a expresivní oblast řeči. Zkouška má původní normy, vzešlé ze standardizace.

Závěr:

Neodpovídá-li stav slovní zásoby – může souviset s **opožděným vývojem řeči a dalšími vývojovými poruchami**.

Nesplní-li respondent Zkoušku jazykového citu, promítnou se jeho obtíže do roviny lexikálně sémantické a morfologicko syntaktické a pragmatické a dítě je v riziku pro vznik specifických poruch učení.

Orientační zkouška řečového projevu

Cílem zkoušky je zjistit, jaký je řečový projev dítěte z pohledu roviny foneticko–fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko-syntaktické, pragmatické. Jedná se o zjištění úrovně zvukové stránky řeči, o to, zda vyvozené hlásky dítě správně užívá, jaké slovní druhy dítě užívá, jak vypadá stavba věty, zda dítě již tvoří souvětí. Dále sledujeme, zda se neobjevují přesmyky slabik, agramatismy..., zda dítě dobře rozumí pokynům a jak používá řeč ke komunikaci s vrstevníky a dospělými.

Průběh zkoušky:

Použijeme následující metody:

Metodu popisu obrázku.

Metodu vyprávění dle obrázku, dle dějových obrázků, volné vypravování na přiměřené téma.

Dramatizaci pohádkového příběhu – dialog.

Tvořivou hru s určením rolí.

Volné vyprávění dítěte.

Závěr:

Tyto zkoušky můžeme různě kombinovat a použít v různém pořadí, částečně již z předchozích zkoušek máme poznatky o tom, jak dítě rozumí řeči, jak s námi komunikuje a jak se vyjadřuje.

Řečový projev zhodnotíme, a v případě obtíží navrhne opatření do individuálního logopedického plánu.

Výsledky této zkoušky porovnáme s anamnestickými údaji, neboť často zjišťujeme, že vývoj řečového projevu je vzhledem k věku dítěte opožděn.

Anamnestické údaje nejsou vždy přesné, neboť rodiče nepřikládají váhu tomu, kdy dítě začalo mluvit. Pečlivě postupujeme u dětí s rozsáhlou vadnou výslovností a dětí, které se velmi málo řečově projevují.

Orientační zkouška verbální sluchové paměti

Jde o zkoušku, která zjišťuje úroveň krátkodobé sluchové paměti na slovní podněty.

Zkoušku verbální paměti provádíme s cílem ověřit si schopnost dítěte zapamatovat si pojmy, vybavit si pojmy, udržet v paměti (přiměřeně věku) větu o určitém počtu slov. Dále schopnost naučit se a zapamatovat si básničku v daném sledu bez přehazování slov, či bez tvoření si vlastních slovních spojení v rýmovačce nebo básničce. Často v této zkoušce selhávají děti s opožděným vývojem řeči, tedy děti s oslabeným výkonem ve verbální složce intelektového výkonu. Tyto děti mají většinou obtíže v základní škole v českém jazyce (často se u nich vyskytují vývojové specifické poruchy učení). V této zkoušce nepoužijeme obrázkový materiál. Jde nám o zkoušku verbální paměti bez optické opory. U dětí z podnětných rodin, kde probíhá velmi dobrá komunikace a rodiče učí dítě od jednoho roku pracovat s knihou a učí se básničky, bude zkouška vykazovat nadprůměrné hodnoty.

Průběh zkoušky:

Zkouška básniček a rýmovaček typických pro daný věk (od Paci–paci po Polámal se mraveneček).

Zkouška věty pomocí např. hry na ozvěnu: 3–4leté dítě – 3slovná věta, 5leté dítě – 5slovná věta, 6leté dítě – 6slovná věta.

Prodlužovaná věta. Tvoříme společně s dítětem větu – logoped říká první slovo a dítě pokračuje – věta roste.

Hra: Babička jede do Číny a do kufru jí dáme ... Logoped dává první věc, dítě vždy zopakuje úvodní větu – Babička jede do Číny a dáme jí do kufru – zopakuje první slovo dané logopedem a přidá svoje. Slova musí být zachována v daném sledu. 4leté dítě by si bez nápovědy mělo zapamatovat 4 slova, 5leté 5 slov...

Pozn.: Úvodní věta se může obměňovat: Maminka jede na výlet a do batohu jí dáme, veze s sebou...

Závěr:

Zhodnotíme výsledky a případně navrhujeme cvičení do logopedického plánu.
Postupujeme přiměřeně dle věku a možností dítěte.

Diagnostický závěr:

Orientační logopedické vyšetření v prvním záchytu dítěte s narušenou komunikační schopností vede logopeda k významným zjištěním (Tomická, Kucharská in Kucharská a kol, 2007, str. 96). Logoped na základě zhodnocení jednotlivých zkoušek je schopen vyjádřit se k podezření na např. orgánový defekt, či na vadu funkce a dále do jaké míry jsou *narušeny jednotlivé roviny českého jazyka* (jak je zmiňováno v úvodu) – tedy k rovině foneticko fonologické, lexikálně sémantické, morfologicko syntaktické a pragmatické.

Při spolupráci dítěte v orientačním logopedickém vyšetření logoped *zjišťuje a diagnostikuje* dyslálii, opožděný vývoj řeči, specifický logopedický nález, vyslovuje podezření na vadu sluchu, na opožděný celkový vývoj i s podezřením na mentální postižení, na autismus, na vývojovou dysfázii, dysartrii, dyspraxii, dysfonii, breptavost, koktavost, dysgramatismus. U těchto diagnóz pak velmi úzce spolupracuje s psychologem a s jeho výsledky ze šetření.

Logopedická diagnostika v e speciálně pedagogických centrech probíhá u některých diagnóz *vždy ve spolupráci a v návaznosti na odborníky* – nejčastěji na foniatry, a to zejména u sluchových vad, u stanovení diagnózy rhinolálie, palatolalie, dysfonie, dysartrie a koktavosti. U diagnózy afázie, dysartrie, narušené komunikační schopnosti u dětí s léčbou epilepsie pak velmi úzce spolupracujeme i s neurology. U zakázek komplexní diagnostiky a při integraci dítěte či žáka by podkladové zprávy dalších odborníků neměly v žádném případě chybět ve spisu dítěte. U některých zakázek je pak i vhodné ve výstupních zprávách citovat či vypsát závěry šetření těchto odborníků.

Příloha č. 5:

DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE VYUŽÍVANÉ PSYCHOLOGEM A SPECIÁLNÍM PEDAGOGEM – LOGOPEDEM

(in Kucharská a kol., 2007)

Raný věk a předškolní období

Těmito následně uvedenými nástroji psycholog a logoped mapuje stav celkového vývoje v oblasti – inteligence, hrubé, jemné motoriky, laterality, sebeobsluhy, myšlení, řeči, sociálního kontaktu a celkový přehled vědomostí, schopnost usuzování, chápání souvislostí a posloupností.

Nástroje psychologické diagnostiky

Vývojová škála Bayleyové (druhé přepracované vydání z r. 1993 nabízí Testcentrum)

Využití u nejmladších klientů (horní hranice 3,6 let), nabízí ji Testcentrum. Obsahuje motorickou a mentální stupnici a Záznam o chování dítěte, kde je hodnocení spíše kvalitativní v oblastech: aktivita, zájem, pozornost, aj.

Stanford-Binetova zkouška (S-B) Terman-Merrillové (LM) (L. M. TERMAN, M. A. MERRILL, USA, úprava M. Šebek, K. Adamovič, 1972)

Používaný nástroj pro zjištění inteligence, byl vydán bez standardizace pro české prostředí, vzhledem k době vydání je hodnocen jako zastaralý. Spornou otázkou je tedy validita zjištěných nálezů.

IV. revize S-B testu (R. L. THORNDIKE, E. P. HAGENOVÁ, J. M. SATTER, USA, česká úprava V. Smékal)

Vyšel v Psychodiagnostice s.r.o. v roce 1995, bohužel bez české standardizace a tudíž i českých norem. Je určen od 2 let až do dospělosti. K opatrnosti při využití výsledků nabádá i Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001). Obsahuje však subtesty, postihující některé roviny řeči, je proto přínosný.

Kaufmanův test (K-ABC) (A. S. KAUFMAN, N. L. KAUFMAN, USA, česká úprava: I. Poledňová, J. Vonkomer, 2000)

Nabízí jej Psychodiagnostika s.r.o., nebyl standardizován pro české prostředí, odborníci se ale shodují, že je vhodný pro diagnostiku dětí s poruchami řeči, neboť obsahuje některé úkoly, mapující problémy v řeči (např. analýza hlásek ve slově aj).

McCarthy Scales of Children Abilities (MCCARTHY, 1972)

Test se používá bez oficiálního vydání a standardizace na české podmínky (koluje v „samizdatové podobě“). Výsledek poskytuje informace o úrovni mentálních schopností, ale i o

dílčích schopnostech: verbální škála, škála percepčně performační, škála početní, škála paměti, škála motoriky. Součástí je i orientační hodnocení laterality.

U dětí s poruchami komunikace cenný pro hodnocení slovníku, verbální paměti, verbální plynulosti a analogií – mohou být na nižší úrovni než ostatní složky postižené v testu.

Pro předškolní děti přitažlivý, poskytuje informace o silných i slabých stránkách vývoje dítěte. Bylo by vhodné test prověřit a vydat v našich podmínkách.

Kresba postavy (ŠTURMA, VÁGNEROVÁ, 1982)

Tento test je zaměřen na orientační vyšetření *intelektových funkcí a percepčně motorických dovedností*. Odráží úroveň dílčích schopností zrakového vnímání, představivosti, paměti, jemné motoriky, senzomotoriky a integrace těchto funkcí. Dle informací v literatuře, ale i na základě odborníků z terénu test nadhodnocuje zejména v období staršího předškolního věku a v časně školním věku, Psychodiagnostika s.r.o. připravuje nové aktualizované vydání. Někdy s testem pracují i speciální pedagogové, je nutný zcvik do metody, spolupráce s psychologem a supervize.

Nástroje logopedické (speciálně pedagogické) diagnostiky

Vývojové škály – 260 rozvíjejících cvičení (STRASSMEIER, 1996)

Vývojové škály pro speciální pedagogy postihují vývoj v oblasti návyků a sociálního chování, myšlení, řeči, hrubé a jemné motoriky. Obsahují soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem. Porovnáním jednotlivých oblastí získá speciální pedagog rychlou informaci o vývoji v jednotlivých oblastech.

Speciálně pedagogické vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči a impresivních jazykových schopností (HEMZÁČKOVÁ, 2001)

Zabývá se hodnocením úrovně rozvoje *impresivní řeči a impresivních jazykových schopností*, je diagnostickým vodítkem, které umožní cílené zaměření na oblast receptivní řeči. Je určen pro subjektivní hodnocení porozumění řeči u dětí, a to speciálními pedagogy, kteří se touto problematikou zabývají. Tito odborníci mohou materiál použít dle svého uvážení pro práci s dětmi různého věku a různého postižení řečového vývoje. Je vhodný např. pro posuzování úrovně rozvoje receptivní řeči dětí s těžším organickým postižením CNS ve věku povinné školní docházky, pro práci s dětmi v předškolním a batolecím věku s opožděním či s rizikem opoždění psychomotorického vývoje i v mnoha dalších případech. Vyhodnocení zkoušek je orientační. Obsahuje:

Základní orientační údaje pro stanovení typu intervenčního programu

Impresivní řečové schopnosti – porozumění v jazykových rovinách.

Impresivní řečové schopnosti – diferenciacie zobrazených pojmů.

Verbální pokyny a manipulace.

Orientační logopedické vyšetření (TOMICKÁ, 2004)

Orientační logopedické vyšetření sleduje v jednotlivých zkouškách např. oslabení v motorice mluvidel, ve sluchovém rozlišování, zrakové percepci, verbální paměti, lateralitě a mapuje stav vývoje řeči (nejen ve výslovnosti jednotlivých hlásek) s promítnutím do jazykových rovin. Cílem je pomoci logopedům při diagnostice dyslalie a také jim pomoci ke komplexnímu přístupu v diagnostice narušené komunikační schopnosti a k určení dalšího směru spolupráce logopeda s dalšími odborníky.

Soubory obrázků pro šetření aktivní a pasivní zásoby

Soubory situačních obrázků pro posouzení vyjadřovacích schopností

Soubory dějových obrázků pro posouzení vyjadřování a porozumění časové posloupnosti

Tyto soubory pro logopedickou diagnostiku nejsou ujednocené a logopedi vycházejí z vybavenosti svých SPC, vytvářejí si vlastní soubory, které pak konfrontují s odbornou literaturou. Soubory pak zaměřují ke zjišťování deficitů ve všech jazykových rovinách, záleží vždy na odbornosti a zkušenosti logopeda. Lze doporučit soubory obrázků z firem Media Dida, Mutanex, Karteximu, Blugu a dalších...

Obrázkovo–slovníková zkouška (KONDÁŠ, 1972)

Je zkouškou, která stanovuje aktuální stav *aktivní slovní zásoby* v daném věku. Zjišťuje slovní zásobu a pohotovost ve vybavování pojmů. Nejčastěji se používá při šetření školní zralosti, pro toto věkové období jsou k dispozici normy. Je však sporné, zda jsou normy vzhledem k době vzniku zkoušky ještě validní. U této zkoušky by bylo vhodné změnit grafiku obrázků, nahradit některé pojmy jinými (např. dnešní děti nemusejí znát káru, skútr aj.) a hlavně vypracovat nové normy.

Artikulační neobratnost a specifické asimilace (MATĚJČEK, 1995)

Je orientační zkouškou pro zjištění *obratnosti mluvidel při vyslovování* slov ko-artikulačně náročných. I když se zpravidla užívá u dětí školního věku, mohou být některá slova této zkoušky využity již v předškolním věku.

Verbální dyspraxie (DVOŘÁK, 2003)

Tyto zkoušky odhalují *motorickou dovednost a schopnost vyslovovat hlásky a slabiky* v určitých ko-artikulačních spojeních a ve slovech. Zkoušky nejsou standardizovány.

Školní zralost

Následující přehled testů a zkoušek používaných pro postižení školní zralosti/připravenosti dítěte pro vstup do školy nemusí přímo korespondovat s běžnou praxí. Zatímco diagnostika inteligence je plně v rukou psychologa, testy a zkoušky uvedené jako nástroje speciálního pedagoga, mohou být využívány i psychology.

Nástroje psychologické diagnostiky

Kohsovy kostky (KOŠČ, 1974)

Test je kulturně nezávislý, postihuje *kvalitu a rychlost vizuální/prostorové percepce a prostorové představivosti*, schopnost nacházet a uplatňovat *pravidla*, podílí se na něm i faktor *učení*. Využití např. v diferenciální diagnostice dětí s problémy ve verbální oblasti, dětí z jiného kulturního prostředí aj. Lze nahradit subtestem Kostky ve Weslerově souboru (WISC III R, viz níže).

Barevné progresivní matice (RAVEN, 1984)

Je určen dětem 5 – 11 let. Obsahuje 3 sety po 12 položkách, byl standardizován na slovenskou populaci. Poskytuje odhad úrovně rozumových schopností u dětí uvedeného věku, na výsledek však může mít i vliv pozornost, zrakové vnímání. Je často využíván jako doplňující test u vyšetření školní zralosti. Je vhodný pro děti, které mají z nejrůznějších důvodů nedostatky ve verbální oblasti.

Pražský dětský Wechsler (KUBIČKA, 1973)

Standardizace před mnoha lety, uvádí se, že je již zastaralý a že již *nediferencuje a výkonově nadhodnocuje*. Zastaralé jsou i některé položky, které neodpovídají současným reáliím, testované dítě může být otázkami zmateno. V diagnostice vad řeči přínosné subtesty Slovník, Podobnosti, cenná je i kvalitativní rovina – jak dítě na jednotlivé otázky odpovídá, jak verbalizuje sledované problémové úkoly. Doporučováno bývá upustit od této metody, začít používat WISC-III R.

WISC-III R (D. WECHSLER, česká verze D. Krejčířová, P. Boschek, J. Dan, nové přepracované vydání, Testcentrum, Praha 2002)

Jedná se test vydaný již v 90. letech, který ale neměl normy vzešlé ze standardizace v našich podmínkách. Proto byla připravena nová standardizace, která přinesla korekci podhodnocování. Užití testu je od 6 let, proto může být přínosný pro diagnostiku školní zralosti pouze u starších dětí v posledním roce před nástupem do školy. Výhodou testu je to, že poměrně *dobře koresponduje se školní úspěšností a predikuje ji*.

V klinické logopedické praxi se používají také některé další testy – např. Test aktivní mimické psychomotoriky (Kwint test), Zkouška sluchové detekce (podmíněná reakce na zvuk, Lingovy hlásky), Token test.

Zkouška znalostí předškolních dětí (MATĚJČEK, VÁGNEROVÁ, 1976)

Není zkouškou inteligence, je pouze měřítkem *znalostí*, které dítě v rámci svých *schopností* a *podnětnosti prostředí* získalo. Výsledek je závislý na kvalitě informací, které se dítěti z prostředí dostávají a nabízejí, na jeho zájmu, zvědavosti i celkové vývojové úrovni. Je určen dětem od 4 – 7 let, lze jej využít u dětí opožděných, u dětí výchovně zanedbaných a mentálně postižených. Je otázkou, zda jsou i v současnosti platné normy, u dětí s poruchami komunikace je velmi přínosný pro kvalitativní rozbor – jaké pojmy si dítě osvojilo, jak je definuje aj. Pokud metodu využívá speciální pedagog, je nutná spolupráce s psychologem (zácvik, interpretace, supervize).

Nástroje speciálně pedagogické – logopedické diagnostiky

Orientační test školní zralosti (JIRÁSEK, 1970)

Test lze využít pro individuální i skupinové vyšetření, kromě *školní zralosti* je možné zvažovat úroveň *grafomotorické a vizuomotorické koordinace, prostorové zpracování*. Vzhledem k době vzniku je možné polemizovat o validitě norem, „silné“ je však jeho kvalitativní využití.

Reverzní test T-1 (EDFELDT, 1968)

Je určený ke zjišťování zralosti pro výuku čtení před vstupem do 1. třídy. Jde o zkoušku 84 párů jednoduchých figur lišících se v horizontální i vertikální rovině. Původně byl vydán k šetření školní zralosti, odhaluje *tendenci ke statickým inverzím*. Je velmi dobrým měřítkem školních návyků – samostatnost, čtení v řádcích, pracovní tempo apod. Normy vychází ze standardizace, která byla provedena ve Švédsku (vhodné by bylo i vzhledem k době standardizace nové prověření metody v našich podmínkách), silné využití má ale klinické – pozorování v průběhu řešení úkolu, analýza typologie chybovosti, pracovní návyky aj.

Vývojový test zrakového vnímání T-6 (FROSTIGOVÁ, 1972)

Méně používaný *test zrakových funkcí*, zejména pro časovou náročnost – sledováno je pět parametrů (vizuomotorické funkce, figura – pozadí, konstantnost tvarů, zraková diferenciacie, prostorové funkce), normy jsou o 4 do 8 let, test má tedy širší věkové použití. Větší využití nachází při dlouhodobějším vedení klienta či terapii zrakových funkcí.

Test je náročnější na interpretaci, doporučujeme zcvik a spolupráci s psychologem, pokud bude s danou metodou pracovat speciální pedagog (BRAUN, 2006)

Zkouška laterality, T-116 (MATĚJČEK, ŽLAB, 1972)

Test *laterální preferenci a dominanci ruky, nohy, oka*. Je určen pro děti a dospělé. V současné době je využíváno 10 zkoušek na ruku a 2 zkoušky na oko (původně bylo 12 zkoušek na ruku, 4 na nohy). Test je využíván u dětí motoricky neobratných. Zkřížena či nevyhraněná laterální ruka nebo oči je často spojena s drobnějšími poruchami senzomotorických dovedností a menší zručnosti, je pak podkladem pro obtíže ve čtení a psaní. Test je využíván i u dětí s dysfluencí či susp. koktavostí, při podezření na přecvičování leváků.

Kresba postavy T-76 (ŠTURMA, VÁGNEROVÁ, 1982)

Viz výše.

Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí (ŠKODOVÁ, 1995)

Test sleduje úroveň *fonemického rozlišování hlásek*. Někteří logopedi tento nástroj často využívají a považují jej za velmi cenný a dobře využitelný pro navazující intervence, i když je poměrně časově náročný pro dítě – lze řešit přerušením, odpočinkovou pauzou.

U dětí s dětskou mozkovou obrnou, které nemohou „ukázat“, lze použít dvojici obrázků připevněné na desku tak, aby zaměřením pohledu mohlo být určeno správné slovo. Magnetofonový záznam přináší některá úskalí: jednotlivá slova jdou ve velmi rychlém sledu a nelze je použít u dětí s dětskou mozkovou obrnou, s poruchami koncentrace pozornosti, mentální retardací apod. (Hemžáčková, písemné sdělení).

Riziko výskytu specifických vývojových poruch učení/obtíží ve čtení a psaní

Tato oblast, která bývá někdy dávána do souvislosti se školní zralostí, jindy je samostatnou zakázkou, je v poslední době hodně rozvíjena. Použití nástrojů je neomezeno jen na psychology, užití speciálními pedagogy – logopedy je běžné, některé jsou naopak určeny i do rukou učitelů. Logopedovi může napomoci posoudit vývojovou úroveň jednotlivých složek řeči a jazykových dovedností, včetně fonologických, před nástupem do školy, příp. na počátku školní docházky.

Předcházíme poruchám učení (SINDELAROVÁ, 1996)

Tato metoda je v praxi často využívána. Jejím cílem je *preventivní odhalení oslabení*, která vedou následně k rozvoji SPU. Mapuje oslabení v optické, akustické a prostorové oblasti a dále v oblasti seriality a intermodality. Výsledky diagnostické jsou jen orientační. Metoda obsahuje následná cvičení na rozvíjení těchto oblastí. Mohou s ní pracovat i učitelé, byla vydána v nakladatelství Portál a je běžně dostupná.

Test rizika poruch čtení a psaní pro rané školáky (ŠVANCAROVÁ, KUCHARSKÁ, 2001)

Tento test je v pedagogické a speciálně pedagogické praxi velmi často využíván. Normy vznikly na základě dlouhodobé standardizace a jsou určeny pro období vstupu do 1. třídy, kvalitativní užití je možné i v průběhu posledního roku před nástupem do školy a v průběhu 1. třídy. Cílem testu je umožnit *včasnou depistáž dětí*, u kterých se mohou *vyskytnout poruchy čtení a psaní* a nastavit *včasná cílená opatření pro práci s dítětem*. Vzhledem k tomu, že cca 70 % testu se vztahuje k oblasti řečově – fonologické, je užití možné i u dětí se susp. vývojovými poruchami řeči.

Prediktivní baterie čtení A. Inizana (LAZAROVÁ, 1999)

Baterii využívají speciální pedagogové (nelze doporučit pro učitele) často jako dalšího testu před vstupem dítěte do školy, kdy rodič chce maximální zjištění o školní připravenosti. Využití je možné také u dětí se susp. vývojovými poruchami řeči či školních dovedností. Tento test je časově náročnější pro dítě. Testová baterie je určená pro *predikci úspěchu v nácviku čtení*. Normy jsou aktuální.

Orientační test dynamické praxe (MÍKA, 1982)

Tento orientační test není běžně užíván v diagnostice vad řeči (více jej využívají pedagogicko psychologické poradny, zvláště v diagnostice školní zralosti a diagnostice specifických poruch učení), přesto je ale užitečný jako metoda orientační depistáže pro *včasná zjištění oslabení*, která pak mohou vést k rozvinutí vývojových poruch v oblasti motoriky i školních dovedností. Postihuje také organickou etiologii.

Deficity dílčích funkcí (SINDELAROVÁ, 2007)

Nová metoda diagnostiky, kterou v r. 2007 vydala Psychodiagnostika s.r.o. je postavena na individuální vztahové normě. Využití najde v *diagnostice vývojových deficitů* v percepčně kognitivní oblasti a zejména je doporučována pro navazující intervence. Užití od poloviny 1. třídy, horní věková hranice je neomezená.

Příloha č. 6:

Metodické doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství

Metodické doporučení se týká podmínek organizačního zabezpečení logopedické péče v resortu školství (dále jen „logopedická péče“), její koordinace, kvalifikačních předpokladů a rozsahu kompetencí pracovníků s pracovním označením „logoped“ a „logopedický asistent“, kteří ve školství logopedickou péčí o rozvoj komunikačních schopností a dovedností dětí, žáků a studentů (dále jen žáků) poskytují.

Smyslem metodického doporučení je přispět ke zkvalitnění logopedické péče, k efektivnějšímu propojení jejích poskytovatelů a zlepšení přístupu žáků a dalších uživatelů ke kvalitním a odborně zajišťovaným podpůrným speciálně pedagogickým službám.

Logopedická péče má přímou vazbu na vzdělávací proces a na školy. Úroveň řečových dovedností a zvládnutí mateřského jazyka úzce souvisí se školní úspěšností žáků. Nedostatky v užívání jazyka se projevují nejen ve vnější podobě řeči mluvené, ale též v rozumění řeči, v užívání její psané podoby, tj. v psaní a čtení, a tím v celém procesu učení.

Čl. I

Vymezení logopedické péče

Logopedická péče představuje vysoce specializovanou činnost v oblasti speciální pedagogiky. Je poskytována žákům s narušenou komunikační schopností, tj. žákům s vadami řeči, včetně žáků se specifickými poruchami učení, v celém komplexu, se zřetelem k jejich potřebám a jejich pedagogické a sociální integraci. Je zahájena co nejdříve od okamžiku zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

Do širšího záběru logopedické péče spadá i významná oblast prevence vzniku poruch komunikace a čtenářských obtíží, dále také oblast péče o kulturu řečového projevu mladé generace.

Logopedická péče zlepšuje podmínky úspěšného vzdělávání žáků s poruchami komunikace a jejich inkluze do škol hlavního vzdělávacího proudu.

Logopedická péče je poskytována žákům s narušenou komunikační schopností v mateřských školách, základních školách a středních školách, především pak v těchto školách nebo třídách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením, a to v rozsahu stanoveném platnými předpisy a učebními plány příslušných vzdělávacích programů

upravených pro potřeby vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zpravidla se jedná o 1 až 2 vyučovací hodiny logopedie, jako předmětu speciálně pedagogické péče, týdně.

Logopedickou péči poskytují také školská poradenská zařízení, především speciálně pedagogická centra logopedická.

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují logopedickou péči zpravidla žákům se specifickými poruchami učení bez souběžného dalšího zdravotního postižení.

Školská poradenská zařízení poskytují logopedickou péči žákům s narušenou komunikační schopností, kteří se vzdělávají ve školách, které nejsou zřízeny pro žáky se zdravotním postižením (v běžných školách), pokud tuto péči neposkytuje škola. Dále tuto péči poskytují dětem v péči rodiny, které nejsou vzdělávány v mateřské škole, případně základní škole.

Školská poradenská zařízení poskytují logopedickou péči žákům v souladu s platnými předpisy, především vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a v rozsahu daném individuální potřebou žáka, nejvýše do rozsahu stanoveném příslušnými vzdělávacími programy.

Školská poradenská zařízení spolupracují se školami hlavního vzdělávacího proudu při zajištění podmínek integrace a inkluze žáků s vadami řeči a poskytují těmto žákům přímou speciálně pedagogickou – logopedickou intervenci v souladu s individuálními vzdělávacími plány.

Dokumentace o průběhu logopedické péče žáků je vedena v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech, v platném znění.

Čl. II

Logoped

Speciálně pedagogické činnosti logopedů při práci se žáky s narušenou komunikační schopností ovlivňují procesy centrální nervové soustavy žáků. Je proto nezbytné, aby tyto činnosti byly svěřeny speciálním pedagogům (logopedům), odborníkům s odpovídající odbornou kvalifikací vymezenou § 18 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů v platném znění.

Logoped je absolvent magisterského vysokoškolského studia v oblasti pedagogických věd se zaměřením na speciální pedagogiku – logopedii ukončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Státní závěrečná zkouška ze surdopedie a znalost komunikace ve znakovém jazyce, resp. znakové řeči se vyžaduje, pokud logoped pracuje i s dětmi a žáky se sluchovým postižením.

Za rovnocenné lze považovat vzdělání v oblasti logopedie získané absolvováním doplňujícího tříletého rozšiřujícího studia speciální pedagogiky, které navazuje na vysokoškolské magisterské studium speciální pedagogiky a je ukončené závěrečnou zkouškou z logopedie, u pedagogických pracovníků, kteří zahájili studium do 31.7. 1998.

Čl. III

Kompetence logopeda ve školství

Logoped zabezpečuje v souladu se svým pracovním zařazením a při dodržování profesní odpovědnosti a etiky odbornou činnost v prevenci, diagnostice a komplexní logopedické intervenci u žáků s narušenou komunikační schopností a zabezpečuje metodické a konzultační činnosti v oblasti působnosti. Odborná činnost logopeda a jeho způsobilost je zejména pro tyto činnosti:

komplexní logopedickou diagnostiku a logopedickou intervenci žákům s narušenou komunikační schopností, která souvisí s konkrétním různým druhem zdravotního postižení,

konzultační a poradenskou činnost pro rodičovskou a odbornou veřejnost ve věcech výchovy, vzdělávání, integrace a budování komunikační kompetence žáků s narušenou komunikační schopností,

zpracování zpráv z logopedických vyšetření pro potřeby vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností a zpracování návrhů na zajištění podmínek jejich vzdělávání,

metodické vedení pedagogických pracovníků s pracovním označením logopedický asistent v oblasti logopedické prevence a odstraňování prostých vad výslovnosti u svěřených žáků,

v souladu se svým pracovním zařazením zabezpečuje rovněž logopedickou podporu při výuce, případně přímo výuku žáků se zdravotním postižením.

Čl. IV

Logopedický asistent

Logopedický asistent pracuje pod metodickým vedením logopeda, zpravidla ze speciálně pedagogického centra.

Logopedický asistent má vždy pedagogické vzdělání a pro svou činnost v oblasti logopedie má odborné předpoklady získané:

absolvováním vysokoškolského bakalářského studijního programu v oblasti pedagogických věd zaměřeného na speciální pedagogiku, ukončeného závěrečnou zkouškou/státní zkouškou z logopedie, resp. surdopedie,

vzděláním stanoveným pro učitele mateřské školy, základní školy, nebo střední školy, kteří nevykonávají přímou pedagogickou činnost ve třídě zřízené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, případně vzděláním předepsaným pro vychovatele, kteří nevykonávají přímou výchovnou činnost v zařízeních zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, v platném znění) doplněného absolvováním programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaného vysokou školou a zaměřeného na speciální pedagogiku – logopedii, nebo vzděláním stanoveným pro učitele mateřské školy, základní školy, nebo střední školy, kteří nevykonávají přímou pedagogickou činnost ve třídě zřízené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, případně vzděláním předepsaným pro vychovatele, kteří nevykonávají přímou výchovnou činnost v zařízeních zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, v platném znění),
vzděláním získaným absolvováním kursu zaměřeného na logopedickou prevenci akreditovaného MŠMT v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

Čl. V

Kompetence logopedického asistenta

Logopedický asistent, který získal odbornou způsobilost podle Čl. IV písm. a) a b) provádí:

přímou logopedickou intervencí u žáků se zjištěnou prostou vadou výslovnosti,
logopedem stanovené edukační, resp. reedukační postupy a cvičení u svěřených žáků
vyhledává žáky s narušenou komunikační schopností,
u svěřených žáků činnosti zaměřené na podporu přirozeného rozvoje řeči a prevenci vzniku poruch řeči a prevenci vzniku čtenářských obtíží,
v rozsahu své působnosti poskytuje zákonným zástupcům žáků s příznaky rizikového vývoje řeči informace o dostupnosti logopedické péče.

Logopedický asistent, který získal odbornou způsobilost podle čl. IV písm. c) se zaměřuje zejména:

na podporu přirozeného rozvoje komunikačních schopností a dovedností u dětí v předškolním věku a mladším školním věku,
na prevenci vzniku poruch řeči,

na prevenci vzniku čtenářských obtíží,

v rozsahu své působnosti poskytuje zákonným zástupcům žáků s příznaky rizikového vývoje řeči informace o dostupnosti logopedické péče.

Čl. VI

Koordinace logopedické péče - krajský koordinátor

Je žádoucí, aby byla logopedická péče v krajích ČR dostupná v kvalitě a rozsahu, který odpovídá potřebám praxe, to znamená vzdělávacím potřebám žáků s narušenou komunikační schopností, potřebám škol a potřebám orgánům státní správy pro účely koncepčních rozhodování a plánování v oblasti vzdělávacích a podpůrných speciálně pedagogických poradenských služeb a jejich financování v daném kraji.

Koordinace logopedické péče směřuje k vyrovnání mezikrajových rozdílů v oblasti péče o žáky s narušenou komunikační schopností, ke sjednocování postupů při zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků, k optimalizaci a propojení sítě poskytovatelů podpůrných speciálně pedagogických poradenských služeb a vzdělávací nabídky pro žáky s narušenou komunikační schopností, a tím k posílení kvality, dostupnosti a efektivity logopedické péče a souvisejícího vynakládání prostředků státního rozpočtu.

Koordinací logopedické péče v kraji může krajský úřad pověřit vybrané školské poradenské zařízení, a to po projednání s ředitelkou/ředitelem tohoto poradenského zařízení. Je vhodné, aby pověřeným školským poradenským zařízením bylo speciálně pedagogické centrum, které v kraji poskytuje logopedickou péči a působí při škole zřízené pro žáky s vadami řeči. Pokud takové školské poradenské zařízení v kraji nepůsobí, doporučuje se pověřit touto koordinací jiné speciálně pedagogické centrum, které v daném kraji poskytuje poradenské služby žákům s narušenou komunikační schopností. V případě, že v daném kraji působí příslušné speciálně pedagogické centrum při škole zřízené ministerstvem, je vhodné pověření koordinací logopedické péče řešit též ve spolupráci s ministerstvem.

Při koordinaci logopedické péče se předpokládá úzká spolupráce koordináčního pracoviště se školami, které mají odpovědnost za vzdělávání a vytváření podmínek ke vzdělávání žáků, a jejich větší zapojení do činností v oblasti podpory přirozeného vývoje řečových dovedností žáků, prevence čtenářských obtíží a podpory kultury mluvního projevu žáků.

Úzká spolupráce koordinátora logopedické péče se předpokládá také s dalšími institucemi působícími ve školství a s institucemi a odborníky z jiných resortů, kteří se podílejí na poskytování péče žákům s narušenou komunikační schopností.

Čl. VII

Kompetence krajského koordinátora pro logopedickou péči

Krajský koordinátor pro logopedickou péči se zaměřuje na:

spolupráci s odbory školství KÚ a zřizovateli škol a školských poradenských zařízení a řediteli škol při zajišťování prevence poruch řeči ve školách,

spolupráci s odbory školství KÚ a zřizovateli škol a školských poradenských zařízení a řediteli škol při zajišťování logopedické péče žákům,

spolupráci s odbory školství KÚ při zpracování návrhů na utváření vzdělávací nabídky pro žáky s narušenou komunikační schopností v kraji,

spolupráci a propojování sítě poskytovatelů poradenských služeb ve školství a koordinaci jejich činnosti v oblasti působnosti,

spolupráci se školami a propojování škol vzdělávajících žáky s narušenou komunikační schopností,

propojování sítě školních speciálních pedagogů - logopedů a jejich metodickou podporu a koordinaci činnosti,

propojování sítě speciálních pedagogů – logopedů, koordinaci jejich činnosti a na poskytování metodické pomoci těmto pracovníkům,

sjednocování postupů při zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikačních schopností, spolupráci s Institutem pedagogicko-psychologického poradenství ČR a profesními organizacemi v oblasti působnosti při stanovování postupů zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikační schopností, provádění kontrolních vyšetření speciálních vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikační schopností pro účely vzdělávání žáků a pro účely správních rozhodnutí a uplatňování požadavků na čerpání prostředků státního rozpočtu podle § 160 zákona č. 561/2004 Sb. v platném znění, spolupráci s poskytovateli kurzů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků při formulaci nabídky kursů zaměřených na rozvoj komunikačních kompetencí pedagogických pracovníků a zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků s narušenou komunikační schopností, provádění vzdělávacích aktivit v oblasti působnosti, poskytování logopedické péče v souladu s platnými právními předpisy,

zpracovávání návrhů speciálně pedagogických a preventivních koncepcí poradenských služeb ve školství v oblasti logopedie včetně zpracovávání návrhů úpravy a optimalizace sítě a struktury služeb školských poradenských zařízení v kraji v oblasti působnosti pro potřeby orgánů státní správy.

Mgr. Klára Laurenčíková, v. r.
náměstkyně ministryně

V Praze dne 24. srpna 2009

Příloha č. 7:

Záznamový arch

Tento záznamový arch byl upraven na základě praktických zkušeností

Sluchová zkouška

	Vs	
	Vs	

	Vs	
	Vs	

Vyšetření mluvidel

Orgán	Vada	Upřesnění vady
Rty		
Patro		
Dentice		
Uzdička		
Skus		

Zkouška dýchání

Typ			Poznámka
Brániční	ano	ne	
Dechová ekonomie	ano	ne	

Motorika mluvidel

Orgán	cvik	A	N	cvik	A	N	cvik	A	N	cvik	A	N
Rty	úsměv			kroužek			špulení			pevnost uzávěru		
Jazyk	pohyb nahoru-dolů			pohyb do stran			vysunout zasunou			napětí ve hrotu		
Dolní čelist	úhel											

Artikulační obratnost

Zkouška	Ano	Ne
Tříslabičná		
Čtyřslabičná		
Artikulačně obtížná		

Fonematický sluch

WM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	

Výslovnost

1. artikulační okrsek	
2. artikulační okrsek	

3. artikulační okrsek	
4. artikulační okrsek	
5. artikulační okrsek	

Jazykový cit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Řečový projev

Typ	Hodnocení tvorby vět – holé, rozvité, souvětí.....
Popis	
Vyprávění dle časové posloupnosti	
Dialog	
Volné vyprávění	
Porozumění	

Zkouška verbální paměti

Zkouška	Poznámka
Opakování slov	
Prodlužovaná věta	
Básničky	