

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Povědomí budoucích pedagogů o problematice vývojové dysfázie  
Future Teachers' Knowledge of the Issues of Specific Language Impairment

Bc. Michaela Malá

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Jana Horynová

Studijní program: Logopedie

Studijní obor: N LOGO

Odevzdáním této diplomové práce na téma Povědomí budoucích pedagogů o problematice vývojové dysfázie potvrzují, že jsem ji vypracoval/a pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 16.4.2023

Děkuji Mgr. Ing. Janě Horynové za pomoc a odborné vedení mé diplomové práce, dále všem vysokoškolským studentům podílejících se na vyplnění dotazníku, který byl součástí praktické části závěrečné práce. Na závěr děkuji také studentovi posledního ročníku všeobecného lékařství Jakobovi Novotnému, který mi v průběhu psaní práce poskytl cenné rady.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou vývojové dysfázie a zkoumá informovanost budoucích učitelů v dané oblasti. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část, přičemž obě obsahují tři kapitoly.

První kapitola teoretické části diplomové práce se zabývá základní terminologií a vymezením vývojové dysfázie. Dále popisuje její epidemiologii, etiopatogenezi, symptomatologii (řečovou a neřečovou) a klasifikaci. Druhá kapitola pojednává o jednotlivých komponentech diagnostiky specificky narušeného vývoje řeči. V rámci třetí kapitoly je charakterizována terapie vývojové dysfázie, prognóza, možnosti prevence a jsou rozebrány specifika vzdělávání jedince s touto poruchou.

V prakticky koncipované části diplomové práce jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření. Hlavním cílem bylo zjistit, jak jsou vysokoškolští studenti oboru učitelství pro mateřské školy, učitelství pro 1. stupeň základní školy a učitelství pro 2. stupeň základní školy v průběhu studia informováni v problematice vývojové dysfázie. Informace získané prostřednictvím dotazníku rozeslaného mezi studenty výše jmenovaných oborů jsou detailně analyzovány a zhodnoceny. Výsledná data jsou prezentována prostřednictvím jednotlivých grafů a tabulek. Je provedeno zhodnocení stanovených cílů a hypotéz. Dalším cílem praktické části diplomové práce je vytvořit a prezentovat stručný a přehledný materiál, který bude poskytovat základní informace v oblasti specificky narušeného vývoje řeči a poslouží pedagogům mateřských a základních škol k lepší orientaci v dané problematice.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

vývojová dysfázie, budoucí pedagogové, specificky narušený vývoj řeči, dítě, řeč, terapie

## **ABSTRACT**

This diploma thesis is dedicated to developmental language disorder (DLD) and particularly to studying how well future teachers are informed about DLD. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical, both consisting of three chapters.

The first chapter of the theoretical part defines developmental language disorder, and examines and presents the basic terminology. Further, the chapter describes the epidemiology, pathogenesis, clinical symptoms (both verbal and non-verbal) and classification of DLD. The second chapter examines the individual components related to diagnosing DLD. The third chapter describes the therapy, prognosis and prevention of DLD, as well as the specifics related to educating persons with DLD.

The applied part of the thesis presents the results of a research survey conducted as a part of the thesis. The main objective of the survey was to determine how well the (under-)graduate students majoring in teaching in kindergartens and primary schools are informed about DLD in the course of their studies. The information was collected through surveys spread among the respondents. The collected data are processed and analyzed, the results are presented in the form of graphs and tables. Based on the data collected, the relevant hypotheses are tested.

Another goal of the applied part was to create and present a brief and well-arranged material containing the basic information about DLD that will help kindergarten and primary school teachers orient to the topic.

## **KEYWORDS**

developmental dysphasia, developmental language disorder, future teachers, specific language impairment, child, speech, therapy

## Obsah

Úvod .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 Úvod do problematiky vývojové dysfázie .....	10
1.1 Vymezení pojmu vývojová dysfázie .....	10
1.2 Epidemiologie a etiopatogeneze vývojové dysfázie .....	13
1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie .....	14
1.4 Klasifikace vývojové dysfázie .....	19
1.4.1 Expresivní (motorická) forma vývojové dysfázie .....	20
1.4.2 Receptivní (senzorická) forma vývojové dysfázie .....	20
1.4.3 Smíšená forma vývojové dysfázie .....	21
2 Diagnostika vývojové dysfázie .....	22
2.1 Foniatrická diagnostika .....	23
2.2 Neurologická diagnostika .....	24
2.3 Psychologická diagnostika .....	25
2.4 Logopedická diagnostika .....	26
2.4.1 Vyšetření řečových schopností, čtení a psaní .....	26
2.4.2 Vyšetření motorických funkcí .....	26
2.4.3 Vyšetření grafomotoriky .....	28
2.4.4 Vyšetření paměti, aktivity a pozornosti .....	28
2.4.5 Vyšetření orientace a laterality .....	29
2.4.6 Vyšetření sluchového vnímání .....	29
2.4.7 Vyšetření zrakového vnímání .....	30
2.5 Diferenciální diagnostika .....	31
3 Terapie vývojové dysfázie .....	33

3.1	Zásady při terapeutickém procesu u dětí s vývojovou dysfázií .....	33
3.2	Terapie jednotlivých narušených oblastí .....	34
3.2.1	Rozvoj řeči.....	34
3.2.2	Rozvoj motoriky .....	36
3.2.3	Rozvoj motoriky mluvidel.....	36
3.2.4	Rozvoj grafomotoriky .....	37
3.2.5	Rozvoj myšlení, paměti a pozornosti .....	37
3.2.6	Rozvoj schopnosti orientace .....	37
3.2.7	Rozvoj sluchového vnímání .....	38
3.2.8	Rozvoj zrakového vnímání.....	38
3.3	Prognóza a prevence vývojové dysfázie .....	39
3.4	Možnosti vzdělávání žáka s vývojovou dysfázií .....	40
3.4.1	Předškolní vzdělávání.....	40
3.4.2	Nástup na základní školu .....	40
4	Uvedení do praktické části diplomové práce.....	43
4.1	Výzkumný problém .....	43
4.2	Vymezení cílů, výzkumných otázek a stanovení hypotéz .....	44
4.3	Metodika výzkumu .....	45
4.4	Charakteristika výzkumného vzorku a průběhu výzkumného šetření .....	46
5	Prezentace dat získaných výzkumným šetřením .....	48
6	Závěry výzkumného šetření.....	70
6.1	Zodpovězení výzkumných otázek .....	70
6.2	Ověření hypotéz.....	73
6.3	Doporučení pro praxi .....	77
	Závěr.....	79

Seznam zkratek.....	81
Seznam literatury.....	82
Seznam internetových zdrojů .....	86
Seznam grafických schémat .....	89
Seznam příloh.....	91



## Úvod

Lidský organismus je velice složitý systém jednotlivých orgánových soustav, které vzájemně komunikují na několika úrovních. V lidském těle nalezneme tři základní řídicí systémy-nervový, endokrinní a imunitní, které jsou zcela esenciální pro správnou funkci organismu jako celku. V případě poruchy některého ze systému vzniká porucha nebo vada. Poškození nervového systému jsou zvláště závažná, jelikož nervová tkáň vykazuje nízký regenerační potenciál. Vzniklá vada bývá do značné míry komplexní a může se manifestovat v podobě různých klinických symptomů, které mohou daného jedince výrazně omezovat v běžných každodenních aktivitách.

Výraznou komplexnost vykazuje i vývojová dysfázie. Ačkoliv se primárně jedná o poruchu řeči, lze se u jednotlivých jedinců setkat s obtížemi i v ostatních kognitivních oblastech a také na úrovni motoriky. Lze tedy hovořit o poruše neuromotorické. Vývojová dysfázie vzniká během rané fáze ontogenetického vývoje, ať už v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním. Z toho plyne, že se klinické příznaky objevují zpravidla již v dětském věku. Terapie této narušené komunikační schopnosti spadá nejenom do rukou klinického logopeda, ale vyžaduje aktivní účast nejbližšího okolí dítěte, zejména rodiny a dalších specialistů z oblasti zdravotnictví, sociální péče a pedagogiky. Specifickou roli v přístupu k dětem s vývojovou dysfázií plní pedagogičtí pracovníci. Daná porucha vede u příslušných dětí k narušení vzdělávacího procesu. S tímto faktem by měl každý pedagog počítat, zohledňovat ho při výuce a výuku v těchto případech individualizovat. Potřeba zohlednění poruchy v pedagogickém procesu vedla autorku diplomové práce, aby se zabývala ve své práci z oblasti speciální pedagogiky právě tématem vývojové dysfázie.

Teoretická část závěrečné práce bude tvořena ze tří kapitol a jejím cílem je po důkladném prostudování dostupných odborných materiálů blíže charakterizovat vývojovou dysfázií, popsat její epidemiologii a etiopatogenezi, symptomatologii a klasifikaci. Dále bude teoretická část věnována diagnostickým postupům, které se u vývojové poruchy řeči využívají. V neposlední řadě bude zmíněna terapie vývojové dysfázie, možnost předškolního a základního vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií a její prognóza a prevence.

V rámci praktické části diplomové práce bude prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření zjišťována informovanost budoucích pedagogických pracovníků o problematice

vývojové dysfázie. V návaznosti na zkoumání bude navržen a vytvořen stručný a přehledný materiál pro snadnou orientaci v oblasti vývojové dysfázie věnovaný nastávajícím učitelům v mateřských a základních školách.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Úvod do problematiky vývojové dysfázie

Vývojovou dysfázi lze charakterizovat jako narušenou komunikační schopnost, která je provázená dalšími příznaky alterace globálního vývoje dítěte. Společně s komunikačními dovednostmi bývá ovlivněn psychomotorický vývoj dítěte. Konkrétní projevy vývojové dysfázie vykazují výraznou míru rozmanitosti a jsou do značné míry specifické pro daného jedince. Příznaky se často mohou objevovat současně s dalšími onemocněními.

### 1.1 Vymezení pojmu vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie (VD) je onemocněním komplexním do dnešní doby ne zcela probádaným. Tomu odpovídá i terminologie, která je nejednotná napříč dostupnou odbornou literaturou. V České republice se nejčastěji o vývojovém jazykovém narušení mluví jako o vývojové dysfázii, zatímco v anglicky mluvících zemích se využívá termín specifická porucha jazyka (*SLI - specific language impairment*) (Smolík, Seidlová Málková, 2014). V minulosti byla vývojová dysfázie pojmenovávána jako sluchoněmota nebo alálie. Tyto termíny byly nepřesné, jelikož se používaly souhrnně pro různé typy dětských vývojových nemluvností (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Jiní odborníci nazývali toto onemocnění afémií, avšak ani tento termín nebyl přijatý. S termínem vývojová dysfázie se začínáme setkávat také v psychologické, neurologické a foniatrické literatuře.

Sovák na vývojově narušenou komunikační schopnost nahlíží ze dvou různých pohledů. V prvním případě zmiňuje narušený vývoj řeči jako vedlejší symptom jiného, dominantního onemocnění (např. mozková obrna, porucha intelektu či porucha sluchu). Na druhou stranu lze na vývojovou poruchu řeči nahlížet jako na samostatnou nozologickou jednotku, která může mít původ v lehké mozkové dysfunkci nebo v patologickém působení zevního prostředí na daného jednotlivce. Tu v současnosti označujeme termínem vývojová dysfázie (Klenková, 2006).

S narušeným vývojem řeči se můžeme setkat napříč řadou medicínských i nemedicínských oborů, čemuž odpovídá i nejednotná definice vývojové dysfázie. Odlišné vymezení lze nalézt ve foniatrii, neurologii, psychologii, ale také v logopedii (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Obecně lze na vývojovou dysfázii nahlížet jako na poruchu jazykového vývoje, která je zapříčiněná narušením vnímání řeči v různé míře a dále se projevuje postižením různých složek jazyka jako komunikačního systému (Bishop 1999, Novák 1997, Dlouhá 2003, Rice et al. 2009, Dlouhá 2017).

Tento náhled můžeme doplnit o definici v rámci, které je vývojová dysfázie charakterizována jako *„komplexní, vrozená porucha osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností, kterou nelze vysvětlit celkově zpoždujícím se vývojem, abnormalitou řečového aparátu, poruchou autistického spektra, získaným poškozením mozku, sluchovým postižením, pohybovým postižením ani deprivacními či jinými vlivy prostředí.“* (Pospíšilová, 2018, s. 284-285).

Uvedená definice má blízký vztah k lékařské terminologii, která vývojovou dysfázii řadí mezi specifické vývojové poruchy řeči a jazyka. Dle mezinárodní klasifikace nemocí se jedná o takové poruchy, u kterých je běžný způsob osvojení jazyka narušený již od vývojově raných stádií. Tento stav není způsoben neurologickými abnormalitami, smyslovým postižením, narušením řečového mechanismu, mentálním postižením ani nevyhovujícím prostředím, ve kterém se dítě nachází. Často je vývojová dysfázie doprovázena přidruženými poruchami v podobě dyslexie a dysgrafie. Dále se u dítěte může projevit porucha chování, porucha emocí a patologické navazování sociálních vztahů (MKN-10, 2023, [online]).

Vývojová dysfázie, jinými slovy specificky narušený vývoj řeči, se projevuje narušeným zpracováváním řečového signálu ve strukturách mozku, dochází tak ke snížené schopnosti učit se verbálně komunikovat (Kolesová, 2016).

Jeden z nejpoužívanějších pohledů na vývojovou dysfázii v oblasti klinické logopedie uvádí Škodová, Jedlička a kol. (2007). Popisují vývojovou poruchu řeči jako *„specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“* (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 110)

Ve spojitosti s vývojovou dysfází je třeba také vymezit termín poruchy centrálního auditivního zpracování – CAPD. Jedná se o narušení zpracování akustických signálů (včetně řečových), vznikající na podkladě poruchy jejich časové integrace na úrovni mozkové kůry.

Terminologicky představuje CAPD ve vztahu k vývojové dysfázii nadřazenou skupinu poruch, zahrnující kromě vývojové dysfázie i další prognosticky závažnější klinické jednotky (Mlčáková, Vitásková, 2013).

## 1.2 Epidemiologie a etiopatogeneze vývojové dysfázie

Vývojová dysfázie je poruchou, se kterou se v současnosti potýká velké množství dětských klientů (Kolesová, 2016). Po dyslálii se jedná o druhou nejčastější vývojovou poruchu řeči (Preissová, 2013, [online]). Vývojová dysfázie se vyskytuje častěji u chlapců než u dívek, v poměru 4:1 (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Konkrétní data o výskytu vývojové dysfázie se liší v závislosti na kritériích použitých při diagnostickém postupu. Epidemiologická studie dle Tomblina et al. provedená v roce 1997, která vyšetřila rozsáhlý vzorek dětské populace zjistila prevalenci poruchy u dětí před začátkem školní docházky 7,4 % (Tomblin et al., 1997, Smolík, Seidlová Málková, 2014, Tomblin in Neubauer a kol., 2018). Jiná studie z roku 2014 provedená v Austrálii ukazuje, že se specificky narušený vývoj řeči vyskytuje u 7 - 20 % předškolních dětí (Pospíšilová, 2018).

Přesná etiologie a patogeneze vývojové dysfázie zůstává i přes řadu nově zjištěných informací v dané problematice neobjasněna. Etiopatogeneze VD má multifaktoriální charakter. Na vzniku poruchy se tak u daného jedince různou měrou podílí kombinace genetických příčin a faktorů zevního prostředí (Mikulajová in Klenková, 2006). Vývojová dysfázie může vznikat na podkladě organického poškození centrální nervové soustavy v období prenatálního, perinatálního nebo časného postnatálního (do 1. roku věku) vývoje (Preissová, 2013, [online]). Konkrétní klinický obraz je determinován závažností poškození nervových struktur. Dle Dlouhé et al. (2017) by se na vývojovou dysfázii mělo pohlížet komplexně a brát v potaz hledisko biologické, kognitivní i sociální. Předpokládá se, že prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (např. bilingvální rodina, výchova, socioekonomické zázemí) hraje důležitou roli v rámci etiopatogeneze specifické vývojové poruchy řeči.

Z foniatrického hlediska se vývojová dysfázie řadí k poruchám řeči, které vznikly v době vývoje, z důvodu narušeného vnímání řeči. Současná teorie vzniku vývojové dysfázie pracuje s tvrzením, že se jedná o poruchu centrálního zpracování řečového signálu. Onemocnění tak není doprovázeno specifickým fokálním neurologickým nálezem (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### 1.3 Symptomatologie vývojové dysfázie

Klinický projev vývojové dysfázie vykazuje výraznou interindividuální variabilitu. Závisí na typu a stupni vývojové dysfázie, ale také na přítomnosti dalších komorbidit a jejich dopadu na celkový zdravotní stav daného jedince. Klinický stav dítěte se v průběhu jeho vývoje zlepšuje, avšak k dosažení úplné normy nikdy nedojde (Pospíšilová, 2018). Příznaky se u dítěte s vývojovou dysfázií mohou vyskytovat jak v řečových, tak v neřečových oblastech, přičemž dochází také k výraznému nerovnoměrnému narušení vývoje celé osobnosti dítěte (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Bendová, 2011).

Řeč se většinou vyvíjí opožděně. K narušení dochází ve všech jejích složkách, ačkoliv intelekt dítěte a jeho neverbální vývoj naznačuje, že verbální projev bude na dobré úrovni. Současně je potřeba zmínit, že sluch jako smysl, je u osob s VD intaktní (Klenková, 2006). Obtíže mohou vznikat na úrovni sluchové percepce, porozumění, vytváření paměťových stop, vyjadřování i komunikace. U jedince se specificky narušeným vývojem řeči tedy může nastat porucha vnímání jednotlivých slov ve větných celcích, narušení porozumění významu slov, vět a jednotlivých sdělení a zároveň se může objevovat hypersenzitivita při expozici silným zvukům. Problémy zapamatování bývají obvykle u abstraktních pojmů, symbolů a u momentálně slyšených informací, které je potřeba dále kognitivně zpracovat. Během vyjadřování se mohou objevit dysnomie nebo dysgramatismy. V průběhu komunikace se může dítě s vývojovou dysfázií vyhýbat očnímu kontaktu, může neadekvátně používat prozodické faktory řeči a pravděpodobně bude mít problémy s aktivním vedením dialogu. Při neporozumění je častý výskyt echolálií (Pospíšilová, 2018). V důsledku jmenovaných symptomů dochází k výrazné alteraci komunikačního procesu jako celku.

Rozvoj aktivní i pasivní slovní zásoby je opožděn oproti normě. V řečovém projevu dítěte s vývojovou dysfázií se obvykle objevuje artikulační neobratnost, která se může manifestovat jako mnohočetná patlavost. Charakteristickým příznakem bývá záměna jednotlivých hlásek. Dítě zaměňuje měkké souhlásky (ď, ť, ň) za tvrdé (d, t, n), tupé sykavky (š, č, ž) za ostré (s, c, z) dlouhé vokály za krátké a znělé konsonanty (b, d, g, v, z) za neznělé (p, t, k, f, s). Vadná výslovnost se dále projevuje u vibrantů (r, ř), u dvojhlásek a u shluků více hlásek (Kejklíčková, 2016).

K řečovým patologiím u osob s VD patří také narušení povrchové a hloubkové struktury řeči. V hloubkové struktuře se obtíže objevují v sémantické, syntaktické a gramatické oblasti. Slovosled může být přeházený, frekvence výskytu jednotlivých slovních druhů odchýlná, určitá slova mohou být z mluvního projevu vynechána, slovní zásoba může být omezená, dítě může zvolit nesprávnou koncovku během ohýbání slov a místo dvouslovné věty tvořit větu jednoslovnou. V povrchové struktuře se objevují poruchy vnímání a rozlišování distinktivních rysů hlásek. Dítě s vývojovou dysfázií není schopné od sebe odlišit zvukově podobné hlásky (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Kejklíčková, 2016).

Další symptomy se objevují i v oblastech, které jsou s řečí a jazykem úzce propojeny. Jedná se o oblast pozornosti, exekutivních funkcí a motoriky (Pospíšilová, 2018). Škodová, Jedlička a kol. (2007) a Kejklíčková (2016) popisují výraznou diskrepanci mezi verbálními a neverbálními schopnostmi, narušení zrakového vnímání, narušení sluchového vnímání, narušení paměťových schopností, narušení orientace v čase a prostoru, narušení motorických funkcí a laterality.

### **Narušení pozornosti**

Obecně lze poruchu pozornosti sledovat v rámci jednotlivých verbálních aktivit. Snížená schopnost udržet pozornost se nejvýrazněji projevuje v oblasti vnímání řeči, zejm. tehdy, jsou-li současně přítomny jiné rušivé zvuky na pozadí. Naopak neverbálním složkám komunikace věnuje dítě s VD zvýšenou pozornost, v krajním případě dochází až k perseveracím (Pospíšilová, 2018). Lze tedy mluvit o diskrepanci mezi verbálními a neverbálními schopnostmi. Verbální složka je opožděná narozdíl od neverbálního projevu, který se vyvíjí intaktně. V případě, že nebude verbální komunikace dostatečně stimulována, může u jedince s VD dojít k sekundárnímu zhoršování rozumových schopností (Kaprál in Škodová, Jedlička a kol., 2007, Říčan et al. in Dlouhá, 2017).

### **Narušení exekutivních funkcí**

Poruchy na úrovni exekutivních funkcí lze chápat jako deficit při řešení specifických problémů, nedostatečnou schopnost plánovat a organizovat každodenní činnosti, vytvářet specifické cíle, rozhodovat se a uplatňovat mechanismy seberegulace, sebekritičnosti, pracovní paměti a multitaskingu. Dítě s vývojovou dysfázií nedokáže využít čas efektivně,



není schopné vyhodnotit, v jakých činnostech se mu daří a naopak, ve kterých aktivitách je slabší. Potíže se mohou objevit i v pochopení abstraktních pojmů. Dále se u některých jedinců mohou objevit následující obtíže: nepoučení se z vlastních chyb, nepřizpůsobení se změnám prostředí, nedokončení započaté činnosti a neuvědomování si možnosti změnit své chování v případě potřeby. V řadě těchto symptomů lze pozorovat prolínání specificky narušeného vývoje řeči s diagnózou ADHD (Dlouhá et al., 2017, Pospíšilová, 2018).

Za jeden z hlavních patogenetických mechanismů poruchy exekutivních funkcí řada autorů považuje narušení jednotlivých komponent krátkodobé (pracovní) paměti. Odrazem toho je např. skutečnost, že si dítě s VD nedokáže zapamatovat jednoduchou básničku nebo u něj vznikají problémy při opakování vět. Pokud se dítě pokusí o zopakování, stává se, že větu nereprodukuje doslovně, některá slova mohou být nahrazena synonymy nebo může dojít k vypuštění předložek a záměně koncovek. Význam věty bývá obvykle zachován (Dlouhá et al., 2017).

### **Narušení motorických funkcí**

Porucha motoriky u osob s VD může nabývat výrazně heterogenního klinického obrazu. U osob s VD pracujeme s termínem motorická neobratnost, kterou lze chápat jako potíže v oblasti hrubé motoriky a jemné motoriky, včetně oromotoriky a grafomotoriky a také v prostorovém uspořádání pohybů (Kejklíčková, 2016). V důsledku poruchy koordinace pohybů dochází u jedince s VD k narušení elementárních pohybových stereotypů, jako je chůze, běh, skákání i lezení. Podkladem toho je alterace časování pohybů, rovnováhy a motorické paměti vznikající na podkladě difúzního poškození mozku. Problémy v jemné motorice se projevují při vykonávání běžných denních aktivit (např. neschopnost používat příbor, zavazovat si tkaničky u bot, rozepnout a zapnout knoflíky, česat se, čistit si zuby, odemykat, zamykat a otevírat předměty) (Pospíšilová, 2018).

U dětí s VD je téměř vždy přítomen určitý stupeň poruchy oromotoriky a grafomotoriky. Porucha motoriky mluvidel bývá výraznější než koordinační obtíže celého těla. Střídání protichůdných pohybů v orofaciální oblasti dělá dítěti s VD často problém. Pohyby jsou izolované, neplynulé a vzájemně nenavazují. Zvedání jazyka je omezené. Z těchto důvodů dochází k nesprávné realizaci hlásek a v artikulaci se objevují stereotypy, které jsou patologické a jejich správná reedukace je obtížná (Dlouhá et al., 2017). Narušení

grafomotoriky se významně projevuje v rámci kresby dítěte (Bendová, 2011). Dysfatic má obtíže s napojováním čar, s držetím tužky a jejím přitlakem na papír, dále s umístěním obrázku do prostoru papíru a zakreslením základních tvarů, které bývají obvykle deformované. Kresba lidské postavy je oproti vrstevníkům opožděná a bez detailů. Obkreslování, napodobování i kreslení dle jasně daných instrukcí dělá jedincům s VD značné potíže (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

### **Narušení smyslového vnímání**

U dítěte s vývojovou dysfázií se narušení smyslového vnímání projevuje především v oblasti sluchové, zrakové a taktilní. Jak již bylo zmíněné výše, není výjimkou, že se u vývojové dysfázie objevují problémy v kreslení, což je většinou podmíněno poruchou zrakové percepce. Žák bude mít potíže s vybarvováním souvislé plochy, s přetahováním a s nedotažením čar. Dále se budou vyskytovat obtíže v rozlišování jednotlivých druhů barev. Žák s vývojovou poruchou jazyka nebude dlouho schopný pojmenovat barvy a pro své výkresy si bude volit méně nápadné odstíny (např. šedou, hnědou a modrou). Problematické jsou také tvary. Dítě není schopné zapamatovat si a poznat určitý tvar (např. obdélník, trojúhelník, čtverec a kruh). Tento problém se ve školním věku později profiluje do neschopnosti nacvičit psaní písmen (Kejklíčková, 2016). Kresba se mj. využívá při diagnostickém procesu jako jedno z hlavních posuzovacích kritérií (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Při narušení sluchového vnímání vznikají obtíže s rozlišováním jednotlivých prvků řeči (např. schopnost používat a rozlišovat zvukově podobné hlásky, tvořit sledy hlásek a slabik). Melodii ani rytmus si jedinec s vývojovou dysfázií není schopný zapamatovat nebo je napodobit. Porucha se také projevuje na úrovni zpracovávání akustického signálu, při němž může z časového hlediska docházet k latencím (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Narušení orientace v čase i prostoru**

Problémy s orientací v čase se projevují chybným vnímáním časového harmonogramu. Dysfatic není schopný správně označit časové rozmezí v rámci dne, týdne ani roku. Děti zaměňují jednotlivé pojmy. Dále se objevuje narušení orientace v prostoru a na vlastním těle. Vážně pravolevá orientace (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Kejkličková, 2016, Dlouhá et al., 2017).

### **Lateralita**

U dětí se specificky narušeným vývojem řeči, se častěji, než v běžné dětské populaci setkáváme se zkříženou, nevyhraněnou a souhlasnou levostrannou lateralitou (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Komorbidity**

Společně s vývojovou dysfázií se mohou současně vyskytovat i jiné neurovývojové poruchy. Jedná se o ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), SPU (specifické poruchy učení), dyspraxii, PAS (poruchy autistického spektra), koktavost, úzkostné poruchy, elektivní mutismus či neorganickou enurézu (Pospíšilová, 2018).

## 1.4 Klasifikace vývojové dysfázie

V současnosti existuje několik klasifikačních systémů vývojové dysfázie. Nejčastěji se vývojová dysfázie dělí na motorickou, senzoryckou a smíšenou (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Bendová, 2011). MKN-10 řadí vývojovou dysfázii mezi specifické vývojové poruchy řeči a jazyka (F80), které se dále rozdělují na expresivní poruchu řeči (F80.1) a receptivní poruchu řeči (F80.2). Při expresivním typu vývojové dysfázie je schopnost užívat mluvený jazyk výrazně pod úrovní mentálního věku dítěte, avšak chápání jazyka je v normě. Mohou se vyskytovat artikulační obtíže. Naopak u receptivního typu vývojové dysfázie je pod úrovní mentálního věku dítěte schopnost jazykového chápání. Expresie řeči je většinou také narušená a spolu s ní i tvorba slova a zvuku. Stav je popisován jako „vrozená neschopnost vnímat sluchem“ (MKN-10, 2023, [online]). K dělení vývojové dysfázie na expresivní a receptivní formu se přiklání také další autoři, např.: Krejčířová, Říčan (2006) nebo Dlouhá, Černý (2012).

Jiná klasifikace popisuje vývojovou dysfázii z pohledu závažnosti řečových symptomů ve čtyřech možných stupních. Jedná se o nemluvnost, těžkou dysfázii, dysfázii a dysfatické rysy (Kutálková, 2011).

### **Nemluvnost**

Nemluvnost je definována jako velmi těžká porucha řeči, při které je dítě schopné komunikovat pouze prostřednictvím pohybu a gest. V případě narušení percepce i exprese řeči dochází k negativnímu rozvoji intelektu. U dítěte s nemluvností je využíváno náhradních dorozumívacích prostředků – alternativní a augmentativní komunikace (AAK).

### **Těžká dysfázie**

Pro těžkou dysfázii neboli částečnou nemluvnost je typické pomalé tempo vývoje a častý výskyt echolálií. Dítě s tímto stupněm poruchy má značné problémy v učení se novým věcem. Může zde nastat úplná stagnace vývoje.

### **Dysfázie**

U tohoto typu narušení řeči jsou potíže především na úrovni mluvnické a lexikální. Zároveň jsou u daného jedince přítomny problémy s artikulací.

## **Dysfatické rysy**

Jedná se o nejlehčí stupeň poruchy. V řeči se vyskytují pouze určité specifické odchylky. Největší obtíže činí správná výslovnost hlásek, což může vést k záměně dysfatických rysů s dyslálií. Následná nevhodně zvolená terapie může zapříčinit vznik řady komplikací. (např. logofobie, agresivní chování a stresová zátěž při neúspěchu) (Kutálková, 2011).

Podobný pohled na klasifikaci VD přináší Pospíšilová (2018). Autoři zmiňují snahu o subtypizaci vývojové dysfázie, která byla v minulosti přítomná. V současné době se toto dělení do subtypů nepoužívá. Jiná klasifikace, která se objevuje v rámci diagnostického manuálu DSM-V, naopak zařazuje VD do nově formulované nozologické jednotky označované jako sociální komunikační porucha. V tomto případě se VD nerozděluje na typ expresivní ani na typ receptivní. Dnes se však nejvíce využívá právě toto rozdělení, na VD expresivní a receptivní. Téměř vždy jsou v určité míře vyjádřeny obě formy, přičemž jedna převažuje (Pospíšilová, 2018).

### **1.4.1 Expresivní (motorická) forma vývojové dysfázie**

Expresivní typ vývojové dysfázie se nejvíce projevuje poruchou verbálního vyjadřování. U dětí se manifestuje opožděným vývojem řeči a těžkopádným tvořením mluveného slova. Porozumění řeči je u expresivní formy vývojové dysfázie na lepší úrovni než aktivní slovní zásoba. V mírné formě se mohou objevovat i potíže ve vývoji fonemického sluchu. Při verbálním projevu je výrazně narušená morfologicko-syntaktická jazyková rovina. V řeči dítěte dominují podstatná jména na úkor ostatních slovních druhů, řeč je agramatická a nesrozumitelná. Během exprese se mohou objevovat paralalie (Krejčířová, Říčan a kol., 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Bendová, 2011, Dlouhá et al., 2017).

### **1.4.2 Receptivní (senzorická) forma vývojové dysfázie**

Receptivní typ vývojové dysfázie je typický narušením vnímání řeči. Dítě s touto formou nedokáže diskriminovat sluchové vjemy a vyhodnocovat jejich obsah (Preissová, 2013). Ve slovním projevu lze nalézt echolálie a reauditizace otázek, kdy si dítě otázku během dialogu znovu nahlas zopakuje a teprve poté na ni zareaguje. Fonemický sluch je taktéž zasažen. Kvůli tomu dítě se senzoričnou vývojovou dysfázií není schopné rozlišit sluchovou cestou zvukově podobné hlásky, slabiky a slova. Exprese je u daného jedince zachována, slovní zásoba je relativně bohatá, avšak vyjadřování je nesrozumitelné. Dítě

s receptivní vývojovou dysfázií může být zpočátku z důvodu neporozumění svému okolí vnímáno jako dítě se sluchovým postižením. Aby nedošlo k pochybení při stanovování diagnózy, je potřeba provést komplexní diagnostický proces s důkladnou diferenciací diagnostickou rozvahou. Čistě sensorický typ vývojové dysfázie se vyskytuje vzácně (Krejčířová, Říčan a kol., 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Bendová, 2011, Dlouhá et al., 2017).

### **1.4.3 Smíšená forma vývojové dysfázie**

Nejčastější formou vývojové dysfázie je smíšený (kombinovaný) typ. Jak již z názvu vyplývá, jedná se o kombinaci expresivního a receptivního typu poruchy. U dětí se vyskytují problémy s porozuměním řeči a současně je přítomen určitý stupeň poruchy vyjadřování. U smíšené formy se často objevuje nesoulad mezi pasivní a aktivní slovní zásobou a mezi slovní zásobou a gramatickými pravidly. Těžce narušena je pragmatická jazyková rovina, kdy jedinec s vývojovou dysfázií není schopen vést spontánní komunikační projev (Dlouhá et al., 2017).

## 2 Diagnostika vývojové dysfázie

Správná a zejména včasná diagnostika vývojové dysfázie činí i v současné době obtíž. Příčinou je zejména již zmíněná výrazná variabilita klinických symptomů, z nichž řada není pro vývojovou dysfázii specifická, čímž hrozí záměna s jinými nozologickými jednotkami (např. dyslalie nebo dyspraxie). Pro správné stanovení diagnózy je třeba zhodnotit všechny přítomné symptomy a provést důkladnou multioborovou diferenciální diagnostiku. Na diagnostickém procesu se obvykle podílejí lékaři (foniatr, neurolog, otorinolaryngolog, pediatr), klinický psycholog, speciální pedagog a klinický logoped. V současnosti neexistuje žádný specifický test, který by dokázal jednoznačně prokázat, nebo vyloučit přítomnost vývojové dysfázie. Diagnostika VD je založena na zhodnocení klinického obrazu daného jedince. V rámci klinického vyšetřování provádíme pozorování dítěte a jeho interakce s vyšetřujícím a s jeho zákonnými zástupci. Dále následuje rozhovor se zákonným zástupcem, který je zaměřen na získání anamnestických dat (osobní anamnéza s detailním popisem psychomotorického vývoje, rodinná a sociální anamnéza). Dále je důležité zjistit, zda dítě nepochází z bilingvální rodiny, nebo nevyrostalo v cizí zemi. Třetí významnou diagnostickou komponentou je vyšetření dítěte pomocí jednotlivých testů a zkoušek, které ovšem představují vzhledem k neexistenci ucelené standardizované baterie diagnostické úskalí. Další komplikací je nedořešená otázka diagnostických kritérií, což je podmíněno nedostatkem studií, které by se danou problematikou zabývaly. Obecně tak v rámci odborné společnosti panuje shoda pouze na třech kritériích: jedinec má komunikační obtíže, které narušují jeho každodenní život nebo progresi ve vzdělávání; ostatní možné příčiny byly v rámci diagnostického postupu vyloučeny; ve standardizovaných jazykových testech dosahuje dítě prokazatelně horších výsledků, než je normální pro daný věk (Pospíšilová, 2018). Při vyšetřování je důležité zaměřit se nejen na rozvoj jazykových schopností, ale také na psychický a sociální vývoj dítěte. Odborník, který provádí diagnostiku, zkoumá řečové procesy, kognitivní schopnosti, hru a sociální interakci dítěte s okolím. Pokud existují v některé z těchto oblastí výrazné nedostatky, negativně se to promítne do vývoje dalších oblastí jedince. Toto zjištění je doloženo po teoretické i klinické stránce (Mikulajová in Klenková, 2006).

Diagnostický proces se odvíjí od věku dítěte. Prvním člověkem, který si obvykle všimne nějakého problému u dítěte, je zpravidla jeho rodič. Pokud se objevují potíže v komunikaci i po třetím roce věku dítěte měl by pediatr odeslat rodinu s dítětem ke klinickému logopedovi, kde by měla být zahájena odpovídající péče. Obtíže dítěte mohou být prvotně označovány jako opožděný vývoj řeči (Kolesová, 2016). Pospíšilová (2018) však zmiňuje, že lze vývojovou dysfázi zachytit již v ranějším věku. Toto tvrzení opírá o zjištění nizozemské pediatrické studie z roku 2016. „*Děti, které ve věku 24 měsíců nesplňují jazykové milníky podle věkové normy, jsou vystaveny riziku VD*“ (Pospíšilová, 2018, s. 302). Nejčastěji se však diagnostika provádí u dětí před nástupem do základní školy. U mírnějších forem vývojové dysfázie se může stát, že se u dítěte určí správná diagnóza až během prvních let základní školní docházky, někdy bohužel i později ve vyšších ročnících. Projevy vývojové dysfázie se ve školních letech obvykle manifestují v podobě specifických poruch učení (Dlouhá et al., 2017).

## **2.1 Foniatrická diagnostika**

Důležitou součástí komplexního diagnostického procesu u dítěte se suspektní vývojovou dysfázií je foniatrické vyšetření. Foniatr by měl v první řadě vyloučit vadu sluchu. Konkrétní diagnostický postup je volen dle věku a schopností dítěte.

Vrozená vada sluchu by měla být odhalena ideálně časně po narození, v rámci novorozeneckého screeningu sluchu, který je založen na vyšetření otoakustických emisí (OAE). Pokud jsou opakovaně u dítěte otoakustické emise nevybavné, je důležité provést další specifická elektrofyziologická vyšetření založená na detekci sluchových evokovaných potenciálů – BERA, CERA, SSEP. Ve většině případů přistupujeme k vyšetření kmenových sluchových evokovaných potenciálů (BERA). Vyšetření ustálených evokovaných potenciálů (SSEP) a korových evokovaných potenciálů (CERA) je v rámci ČR vzhledem k omezené dostupnosti prováděno pouze na několika specializovaných pracovištích (Dlouhá et al., 2017).

U starších dětí je možné vyšetřit sluch pomocí objektivních a subjektivních diagnostických metod. Z objektivních metod, při nichž není potřeba spolupráce dítěte, je využívaná tympanometrie, která umožňuje posoudit stav středouší a výše jmenované OAE a vyšetření sluchových evokovaných potenciálů. Nejčastěji používanou subjektivní metodou, kterou lze



využít u dětí starších 6 měsíců, je vizuálně posílená audiometrie (VRA). „*VRA je založeno na principu podmíněných zrakových reakcí dítěte na přesně dané zvukové podněty, kdy je využíváno „odměny“ v podobě zrakového zážitku*“. (Dršata, Havlík et al., 2015, in Šestáková, 2020). Jedná se o metodu behaviorální, při které sledujeme neuvědomělé chování dítěte. Mezi tzv. čistě subjektivní metody, které hodnotí vědomé chování vyšetřovaného dítěte, patří klasická tónová audiometrie hodnotící kostní a vzdušné vedení zvuku nebo tzv. percepční obrázkový test. Provádění obou těchto diagnostických metod je omezeno věkem. Obecně platí, že dítě zvládne testy absolvovat od 3 let. V některých případech se nemusí jednat o vrozenou vadu sluchu, ale o poruchu potencionálně reverzibilní, jako např. při adenoidní vegetaci, sekretorických otitidách či tubárním kataru. Dané patologie je nutné včas diagnostikovat a intervenovat, jinak hrozí negativní dopad na vývoj řeči (Chrobok, 2022).

Pro stanovení diagnózy vývojové dysfázie se využívají speciální testy k vyšetření rozumění řeči. Mezi ně se řadí Index vnitřní informace řeči nebo Dětský percepční test. Oba testy se používají u dětí od tří let. Pokud je skóre u Indexu nižší než 0,7, může to poukazovat na přítomnost vývojové dysfázie u testovaného jedince. Dalším vhodným diagnostickým materiálem může být test fonemického sluchu, se kterým se převážně pracuje v ambulanci klinického logopeda. Pokud je procento úspěšnosti pod hranicí věkové normy, může se jednat o specificky narušený vývoj řeči (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Dlouhá et al., 2017).

## **2.2 Neurologická diagnostika**

Neurologická diagnostika spadá do rukou neurologa, který má s danou problematikou dostatek zkušeností. Základem je odběr anamnestických dat a neurologické vyšetření, které umožní zejm. vyloučit přítomnost příznaků fokální léze. Na základě zhodnocení anamnézy a nálezu při fyzikálním vyšetření mohou být indikována příslušná zobrazovací vyšetření (zejm. CT, MR a EEG). Význam CT a MR spočívá zejména ve vyloučení ložiskových lézí CNS. Při vývojové dysfázii je nález na CT a MR negativní, ev. mohou být přítomny pouze nespecifické změny, jakožto odraz difúzního poškození CNS. EEG vyšetření umožní záchyt epileptiformní aktivity. Jeho provedení (včetně nočního video-EEG) je nezbytné v rámci diferenciální diagnostiky Landau-Kleffnerova syndromu. Při podezření na neuroinfekci je

indikována lumbální punkce s následným laboratorním vyšetřením mozkomíšního moku (Růžička a kol., 2021).

### **2.3 Psychologická diagnostika**

Důležitou součástí komplexní diagnostiky při podezření na vývojovou dysfázii je psychologické vyšetření, které má za cíl zjistit, zda u vyšetřovaného dítěte není narušen intelekt. Obecně platí, že u osob s VD není přítomno narušení intelektu. Pokud by psychologické vyšetření odhalilo snížení intelektových schopností dítěte, je jeho podkladem přidružená porucha a tím pádem se jedná o kombinované postižení. U jedince se specificky narušeným vývojem řeči se může intelekt pohybovat v nadprůměrných hodnotách i v případě, že bude přítomna těžká forma vývojové dysfázie. Jestliže však nedojde k včasnému zahájení terapeutického procesu, může VD interferovat s přirozeným rozvojem intelektu. Vyšetření intelektu a jeho složek (paměť, koncentrace pozornosti, narušené využívání energie, ad.) provádí dětský klinický psycholog. V rámci psychologické diagnostiky se využívá kresba lidské postavy a test obkreslování. Dítě s vývojovou dysfázií bude mít při kresbě lidské postavy obtíže. Po obsahové stránce bude kresba chudá a její úroveň bude nízká. Postava je obvykle nakreslená bez detailů v obličeji (vlasy, uši, nos, oči, ústa) a někdy i bez částí těla (krk, prsty). Kresba má nejenom významnou diagnostickou roli, ale zároveň se využívá jako hlavní způsob pro navázání kontaktu s dítětem. Dítě s narušenou komunikační schopností většinou ocení kresbu namísto rozhovoru. V nakresleném obrázku se projeví nejen kvalita sebehodnocení, postoj k druhým lidem, ale také emocionální ladění. Úroveň motorických schopností, intelektu a zrakového vnímání je možné sledovat pomocí testu obkreslování. Zkouška je rychlá, jelikož se u dětí testuje obvykle obkreslování pouze základních geometrických tvarů (např. obdélník, čtverec, kruh apod.) Obtíže v obkreslování se projevují u všech dětí s vývojovou dysfázií, proto je toto vyšetření důležitou komponentou diagnostiky (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Bez povšimnutí by nemělo být ani neuropsychologické vyšetření, které komplexně posoudí neverbální, kognitivní i řečové oblasti vyšetřovaného dítěte (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## **2.4 Logopedická diagnostika**

Další zásadní komponentou diagnostického procesu je logopedické vyšetření. Provádět by ho měl klinický logoped, který má pro tuto činnost kvalifikaci. Vyšetření je zaměřeno na jednotlivé oblasti, které mohou být u dětí s VD zasaženy. Používané diagnostické metody lze dělit na standardizované a nestandardizované. Diagnózu VD nelze stanovit dle výsledku jednoho provedeného testu. Jelikož neexistuje ucelená baterie diagnostických testů, je diagnóza obvykle stanovena na základě syntézy výsledků jednotlivých testů a zkoušek, které se liší v závislosti na věku dítěte a zvyklostech pracoviště, resp. osobních zkušenostech klinického logopeda (Pospíšilová, 2018).

### **2.4.1 Vyšetření řečových schopností, čtení a psaní**

Řečové (fatické) schopnosti jsou u dětí s vývojovou dysfázií prokazatelně horší, než by se dalo předpokládat podle úrovně intelektových schopností. Potíže se projevují ve všech rovinách jazyka. Exprese a percepce řeči je zasažena různě, podle typu a stupně poruchy. K hodnocení řečových schopností dítěte je někdy používán z Německa převzatý Heidelberský test vývoje řeči (H-S-E-T). Autory původní verze jsou Grimmová a Schöler. Na úpravě testu a překladu do slovenštiny se podílela M. Mikulajová, test byl následně přeložen i do češtiny, do dnešní doby ovšem chybí standardizace testu pro český jazyk. Test je určený dětem ve věku pěti až devíti let a obsahuje 13 subtestů, které jsou zaměřené na gramatickou, sémantickou a pragmatickou stránku řeči. Výsledkem testu má být zjištění dosaženého stupně adekvátního vývoje řeči u dítěte, nikoliv stupně inteligence, míry patologických procesů ani úrovně foneticko-fonologické jazykové roviny. V průběhu testování není analyzována spontánní řečová produkce. Test se využívá především u dětí předškolního věku s přetrvávajícími potížemi, u kterých vyšel test fonemického sluchu v normě (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Pospíšilová, 2018). Společně s narušením řeči se u dětí s vývojovou dysfázií v období školního věku projevují obtíže a opoždění v oblasti lexie a grafie. K zhodnocení těchto oblastí je používán standardizovaný multidimenzionální test Diagnostika specifických poruch řeči (T-239) (Pospíšilová, 2018).

### **2.4.2 Vyšetření motorických funkcí**

Výše uvedené fatické funkce mají úzkou spojitost s motorickými schopnostmi dítěte. Celková alterace motoriky patří do základního klinického obrazu osob s VD, proto by

v rámci logopedické diagnostiky nemělo chybět vyšetření motorických schopností. Při vyšetřování je třeba věnovat pozornost nejenom hrubé a jemné motorice, ale také mimice a koordinaci pohybu mluvidel při komunikaci. Motoriku lze posuzovat již v raném věku. Jako první si obtíží většinou všimnou rodiče dítěte. Opoždění nebo narušení může být viditelné při chůzi ve volném prostoru, chůzi do schodů nebo jako porucha taxie (Dlouhá et al., 2017). Dítě s motorickým deficitem je vždy nutné komplexně vyšetřit. Po primárním vyloučení organické léze, které zpravidla provádí praktický lékař pro děti a dorost, resp. dětský neurolog je dítě vyšetřováno v logopedické ordinaci pomocí řady testových metod.

Jedním z nejpoužívanějších testů je nestandardizovaný Ozeretského test hodnotící jemnou motoriku. Dílčí úkoly jsou rozčleněny podle pohlaví a věku dítěte. Test obsahuje šest základních úloh, které hodnotí statickou koordinaci celého těla, dynamickou koordinaci horních končetin, dynamickou koordinaci celého těla, rychlost motoriky rukou, rychlost a preciznost při současné realizaci dvou pohybů a preciznost izolovaných pohybů. Pokud se u dětí objevují problémy v jednotlivých testovaných oblastech, může se jednat o vývojovou dysfázii, dětskou mozkovou obrnu či mentální retardaci. Pokud je příčinou narušeného vývoje řeči sluchové postižení, motorické dovednosti u daného dítěte zpravidla odpovídají normě.

Druhým často používaným testem je nestandardizovaný Test aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta (Böhme, 1972). Tento diagnostický materiál je zaměřený na vyšetřování motoriky mluvidel. U jedince se specificky narušeným vývojem řeči vážne přesná koordinace jednotlivých pohybů artikulačních orgánů (jazyka, rtů, tváří, patra atd.) Potíže se budou zvyrazňovat především při střídavých pohybech v orofaciální oblasti. Dítě není schopné zvedat jazyk, plynule navazovat jednotlivé pohyby úst, špulit rty a poté se hned usmát. Výsledkem je narušení artikulace. Kwintův test je možné provádět u dětí ve věku čtyř až šestnácti let, přičemž aplikace testu je časově nenáročná. Test zjišťuje přesné obličejové pohyby dítěte a umožňuje stanovit úroveň motorického opoždění. Diagnostik se před zadáváním jednotlivých úkolů musí vždy ujistit, že dítě porozumělo zadání (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Pospíšilová, 2018).

Další metodou, která se využívá při diagnostice motorických dovedností, je Vyšetření jemné motoriky jazyka podle Seemana. Dítě v průběhu vyšetření vyslovuje slabiky (tata, dada) bez

přerušení. Pokud poklesne počet vyslovovaných slabik na 50 – 60 za minutu, hovoříme o deficitu jemné motoriky jazyka (Lechta, 2003).

### **2.4.3 Vyšetření grafomotoriky**

K vyšetření grafomotoriky je používáno zhodnocení kresby dítěte. Správná technika kreslení, při které dítě staví prsty do funkční opozice umožňující úchop psacího náčiní je základním předpokladem pro pozdější osvojení si umění psát. Jak již bylo výše uvedeno, kresba činí dítěti s VD obtíže a je do značné míry specifická. V praxi se ke zhodnocení grafomotorických dovedností využívá test kresby lidské postavy (Šturma, Vágnerová, 1982), který by měl orientačně odhadnout přítomnost poruchy zrakového vnímání, senzomotoriky, jemné motoriky i vizuomotoriky. Zároveň dokáže zjistit úroveň vizuální paměti, představivosti a některé charakterové vlastnosti diagnostikovaného jedince. Vyšetření patří do rukou klinického psychologa. Následně se s výsledky vyšetření seznamuje klinický logoped, který podle zjištěných problémů začíná s jedincem pracovat. Klinický logoped může u jedinců s vývojovou dysfázií provádět pouze orientační zhodnocení kresby. Jeho úkolem je sledovat pokroky, případně stagnaci grafomotoriky u dětí s tímto typem narušené komunikační schopnosti (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol, 2007, Kejklíčková, 2016).

### **2.4.4 Vyšetření paměti, aktivity a pozornosti**

Pro osoby s VD je typické narušení krátkodobé paměti, potíže v opakování dlouhých slov, problém s dodržováním slovosledu věty i s napodobováním rytmických řad. Běžné jsou výkyvy pozornosti (Kejklíčková, 2016). K vyšetření paměti, se kterou úzce souvisí schopnost koncentrace, se v klinické praxi používá škála testových metod. Pro vyšetření krátkodobé slovní paměti lze použít Token test nebo Zkoušku krátkodobé verbální paměti pracující s fonologickými smyčkami (Pospíšilová, 2018). V rámci Token testu předloží logoped dítěti diagnostický materiál s jednotlivými geometrickými útvary různých barev a velikostí. Následně klient dostává instrukce k identifikaci specifických geometrických tvarů, jejichž obtížnost a délka postupně narůstá.

#### **2.4.5 Vyšetření orientace a laterality**

Zhodnocení orientace dítěte v čase a prostoru a pravo-levé orientace je součástí základní skupiny vyšetření prováděných v ambulanci klinického logopeda (Škodová, Jedlička a kol. 2007). Nejznámější metodou při vyšetřování laterality je Test laterality od Žlaba a Matějčka z roku 1972. Test je vhodný pro děti i dospělé. Diagnostiku pomocí tohoto testu může vykonávat klinický logoped, lékař a klinický psycholog (Zelinková, 2003). V rámci testu je na základě reakcí pravé ruky na udílené pokyny stanovován tzv. kvocient DxQ, který určí, o jaký typ laterality se jedná. V průběhu testu se pomocí manoptoskopu vyhodnocuje také laterality očí (Lechta, 2003). Zkouška laterality je standardizovaná (Škodová, Jedlička a kol., 2007). V odborné literatuře se můžeme setkat i s jinými testy laterality. Od roku 1947 je používán Test laterality od Harrise a od roku 1962 Sovákův test laterality. Harrisův test laterality se využívá především v anglosaských zemích u dětí od sedmi let věku. V České republice nebyl test standardizován (Matějček, 1993).

#### **2.4.6 Vyšetření sluchového vnímání**

Vyšetření sluchu je u dětí s narušenou komunikační schopností stěžejním pilířem diagnostiky. V první řadě je důležité zjistit, zda nemá dítě sluchovou vadu. Pokud lékař, obvykle foniatr nebo otorinolaryngolog, vyloučí vadu sluchu, je nutné zhodnotit, zda dítě nemá problémy na úrovni percepce a zpracovávání verbálních podnětů, uchovávání v paměti a vybavování.

Vyšetření sluchového vnímání probíhá v ambulanci klinického logopeda s využitím několika testových materiálů. Diagnostickým testem hodnotícím rozlišování zvukově podobných hlásek je Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí. Autory testu z roku 1995 jsou Škodová, Michka a Moravcová. Jedná se o nejpoužívanější a nejznámější formu testování fonemického sluchu u dětí. Administrace testu je nenáročná a pro děti ve věku pěti let by měl být test již zvladatelný. Test se využívá nejen u dětí s podezřením na vývojovou dysfázii, ale také u jiných narušených komunikačních schopností, např. dyslalie. Pokud dítě v pěti letech nedokáže rozeznávat zvukově podobné hlásky, nemůže u něho dojít ke zlepšení artikulace (Pospíšilová, 2018).

Další metodou využívanou v rámci diagnostiky sluchu je Zkouška sluchové diferenciacce pro děti od pěti do osmi let věku. U tohoto vyšetření dítě posuzuje dvě slabiky nebo slova zcela

smyšlená (tzv. pseudoslova) a vyhodnocuje, zda se jedná o slabiky/slova stejné/á nebo rozdílné/á. Test pracující s pseudoslovy může být pro děti náročnější, protože si dané výrazy nemohou významově s ničím spojit. Test zaměřený na rozlišování slabik sluchovým vnímáním byl pro českou populaci upraven v roce 1987 Matějčkem. Autorem původní verze je Wepman (Lechta, 2003, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Pospíšilová, 2018).

Matějček v roce 1993 vytvořil Zkoušku sluchové analýzy a syntézy, která hodnotí chápání struktury hlásek. Dítě během vyšetření rozděljuje slova, která mu diagnostik předřikává, na jednotlivé hlásky, a naopak hlásky odděleně vyslovované skládá do celých smysluplných slov. Jako patologické se udává narušení v oblasti sluchové analýzy a syntézy u dětí starších osmi let. Do osmi let věku se jedná o záležitost fyziologickou (Matějček, 1987, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Kejkličková, 2016).

#### **2.4.7 Vyšetření zrakového vnímání**

Zraková percepce je posuzována mj. v rámci vyšetření primárně zaměřených na posouzení jiných oblastí. Je hodnocena v průběhu vyšetření kresby a neverbálních zkoušek intelektových schopností, které primárně provádí klinický psycholog.

Klinický logoped používá Vývojový test zrakového vnímání od Frostigové z roku 1969. Tento test slouží k diagnostice dětí ve věku čtyř až osmi let. Pokud má dítě těžší postižení, je možné test využít i v pozdějším věku. Test se skládá z pěti subtestů – vizuomotorická koordinace, diferenciacie figura - pozadí, konstantnost tvarů, poloha v prostoru a prostorové vztahy (Rádlová, 2004, Škodová, Jedlička a kol., 2007). Jedinec s vývojovou dysfázií bude mít značné problémy s plněním úkolů v jednotlivých subtestech. Další možnou metodou při vyšetřování zrakové percepce je Edfeldtův reverzní test, který je orientován na děti mladšího školního věku a snaží se zjistit připravenost těchto dětí na čtení. Jedná se o standardizovaný test, který je časově nenáročný a je lehce dostupný (Lechta, 2003, Rádlová, 2004, Pospíšilová, 2018).

## 2.5 Diferenciální diagnostika

Důkladná diferenciální diagnostika je naprosto zásadní součástí každého diagnostického procesu. Je prováděna z důvodu, aby nedocházelo k záměně poruch, které mají podobné či stejné symptomy, ale vznikly na odlišném etiopatogenetickém podkladě, mají odlišnou prognózu a léčebnou strategii. Pochybení v rámci diferenciální diagnostiky a stanovení nesprávné diagnózy může mít závažné následky, a to jak pro další vývoj dítěte, tak pro logopeda, který nesprávnou diagnózu stanovil.

U vývojové dysfázie je třeba do diferenciální diagnostiky zahrnout opožděný vývoj řeči, dyslalii, vývojovou dysartrii, sluchové vady, mentální postižení, mutismus, autismus a syndrom Landau-Kleffner. Dítě s opožděným vývojem řeči nemá narozdíl od jedince s vývojovou dysfázií potíže s porozuměním řeči a kromě narušené expresivní složky řeči není přítomná porucha jiných oblastí. V případě dyslalie je problém na úrovni artikulace hlásek, ostatní oblasti nejsou alterovány. U vývojové dysartrie vzniká narušení motorické realizace řeči na odlišném neurologickém podkladě než u vývojové dysfázie. Sluchové vady, mutismus, autismus i syndrom Landau-Kleffner vznikají také z důvodu odlišné etiologie. V případě sluchové vady jsou ve větší míře narušeny prozodické faktory řeči a výslovnost, než je tomu u vývojové dysfázie. U mentálního postižení dochází k trvalému snížení intelektu v důsledku organického poškození mozku a vývoj osobnosti je celý rovnoměrně opožděný. Mutismus vzniká na psychogenním podkladě a objevuje se ve vazbě na specifické situace. Daný jedinec mluvit chce, ale nedokáže řeč realizovat, porozumění řeči je zachováno. U poruch autistického spektra zpravidla dominují příznaky v oblasti vnímání a sociální interakce, narušena může být také inteligence. Diagnózu stanovuje dětský psycholog nebo dětský psychiatr. U vývojové dysfázie jsou intelektové schopnosti v normě, nebo dokonce nad normou a nedochází zde k rovnoměrnému opoždění ve všech složkách. Vzácným onemocněním je syndrom Landau-Kleffner, který patří do skupiny primárních epilepsií. Základním symptomem je postupná regrese psychomotoriky, přičemž zasažena bývá především řeč. Diagnostika a terapie spadá do rukou dětského neurologa (Národní institut zdraví, 2023, [online]). K nejčastější záměně dochází u dyslalie a vývojové dysfázie (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Dlouhá et al., 2017, Pospíšilová, 2018).



V rámci diferenciální diagnostiky je nutné pamatovat, že se řada neurovývojových vad může vyskytovat současně s vývojovou dysfázií.

### **3 Terapie vývojové dysfázie**

K terapii vývojové dysfázie by mělo být stejně jako k diagnostice této poruchy přistupováno komplexně. Terapie by měla být vedena multidisciplinárním týmem odborníků. V týmu by neměl chybět foniatr, pediatr, neurolog, psycholog, klinický logoped, ale také pedagog předškolního či školního vzdělávání. Stěžejní úlohu v terapii plní rodič dítěte (Klenková, 2006). Do širšího terapeutického kolektivu lze řadit také ergoterapeuta a fyzioterapeuta (Kejklíčková, 2016).

Dříve se u jedinců s vývojovou dysfázií využívaly terapeutické metody zaměřené pouze na rozvoj řečových schopností a na úpravu výslovnosti jednotlivých hlásek mateřského jazyka. U dítěte došlo obvykle k dosažení odpovídající úrovně řeči k jeho mentálnímu věku, avšak ostatní dovednosti nebyly rozvíjeny, což mělo významný dopad na kvalitu života daného jedince, jelikož docházelo k sekundárnímu rozvoji dalších závažných poruch. U jedné třetiny dětí došlo ke vzniku narušení plynulosti komunikační schopnosti v podobě koktavosti (Novák in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

V současnosti se terapie vývojové dysfázie zaměřuje nejen na oblast komunikačních dovedností, ale také na rozvoj celkové osobnosti dítěte, do které spadá zraková a sluchová percepce, pozornost, myšlení, paměť, orientace a vnímání času. Dále je rozvíjena hrubá a jemná motorika a grafomotorika (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Dlouhá et al., 2017). Aby u jedince s vývojovou dysfázií došlo k co největšímu možnému rozvoji, je nutné využívat kombinaci terapeutických metod, postupů a směrů. Každé dítě s vývojovou dysfázií se bude projevat individuálně, proto je potřeba zjistit, které postupy mu budou nejvíce vyhovovat. Terapie vývojové dysfázie vychází z údajů zjištěných v rámci diagnostiky a dynamicky reflektuje změny v klinickém obrazu daného dítěte. Diagnostický postup je pravidelně, v několikaměsíčním intervalu opakován, což umožní aktualizaci terapeutického plánu klienta a adekvátní vedení terapie (Pospíšilová, 2018).

#### **3.1 Zásady při terapeutickém procesu u dětí s vývojovou dysfázií**

Během terapie vývojové dysfázie je důležité respektovat jednotlivé zásady. Jednou z nich je systematické rozvíjení narušených oblastí. Terapie by měla být prováděna formou hry, aby ji dítě vnímalo kladně. Měla by se volit cvičení, která dítě zaujmou a nebudou mu dělat velké obtíže. Dále by se mělo respektovat pracovní tempo i speciálně vzdělávací potřeby dítěte.

Neméně důležitá je pravidelnost při provádění jednotlivých úkolů v domácím prostředí dítěte s vývojovou dysfázií (Kolesová, 2016).

Během terapie by mělo dojít k napodobování běžného vývoje řeči. Pomocí diagnostického procesu se zjistí aktuální vývojová úroveň. Následná terapie by měla obsahovat cvičení adekvátní ke zjištěnému stupni vývoje. V řečové oblasti se primárně rozvíjí obsahová složka řeči a až později je terapie zacílena na úpravu artikulace. Jedinec s vývojovou dysfázií by měl být dostatečně motivován ke spontánnímu verbálnímu vyjadřování. Rodiče by měli s dítětem co nejvíce komunikovat, a to jak verbálně, tak i neverbálně a být pro své dítě ideálním mluvním vzorem (Klenková et al., 2012).

V terapeutickém procesu je zpočátku nutné zaměřit se na rozvoj kognitivních funkcí, které úzce souvisejí s vývojem řeči. Primárně by mělo docházet k podpoře porozumění řeči, rozvoji fonemického sluchu a snížení výskytu zkomolených slov (Neubauer, Pospíšilová, 2017). Při výběru komunikačního tématu je vhodné respektovat schopnosti a možnosti každého dítěte. Téma by mělo být voleno tím způsobem, aby odpovídalo denním činnostem, které se vztahují k životu dítěte. Terapie by měla plynule navazovat na oblasti, které dítě již částečně nebo zcela ovládá, což umožní snadnější progresi v dalších příbuzných oblastech a zároveň působí motivačně, jak na samotného jedince, tak na jeho blízké. Zaměření pozornosti pouze na oblasti, které dělají dítěti s vývojovou dysfázií obtíže, nemusí přinášet mnoho úspěchů a může vyvolat u dítěte a rodiny pocit zmaru. K lepšímu rozvoji celé osobnosti dítěte je možné zapojit do terapeutického procesu více smyslů (sluch, zrak, hmat, čich, ad.) Využít lze i přístup alternativní a augmentativní komunikace (Klenková et al., 2012).

## **3.2 Terapie jednotlivých narušených oblastí**

### **3.2.1 Rozvoj řeči**

S rozvojem řeči by se mělo u dítěte s vývojovou dysfázií začít v co nejranějším období života. Řada odborníků uvádí za optimální věk čtyři roky dítěte. Při rozvoji mluvního projevu se nejprve u dítěte s vývojovou dysfázií podporuje obsahová stránka řeči – slovní zásoba společně se syntaxí. Po postupném rozvoji lexikálně-sémantické a morfologicko-syntaktické jazykové roviny lze přejít k nácvičku foneticko-fonologické jazykové roviny, do které se řadí fonemické vnímání sluchu a intaktní realizace jednotlivých hlásek. Přednostně

by se měl však rozvoj řeči věnovat pragmatické jazykové rovině (Klenková et al., 2012). Primární zaměření na formální stránku řeči - artikulaci je považováno za nevhodné. Aby dítě s vývojovou dysfázií dokázalo správně artikulovat, musí mít nejprve rozvinuté sluchové vnímání, které umožní dobrou zpětnou zvukovou vazbu (Kejklíčková, 2016). Jednotlivé metody a postupy jsou přizpůsobeny konkrétnímu dítěti podle jeho individuálních možností a schopností.

Terapeutický proces u vývojové dysfázie může probíhat v individuální nebo skupinové formě. V klinické praxi se častěji využívá individuální terapeutický přístup, v rámci kterého se v ambulanci klinického logopeda sestaví každému jedinci s VD individuální plán terapie (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Tato forma terapeutického přístupu má řadu výhod, mezi které se řadí možnost navázání bližšího a kladného vztahu mezi logopedem a dítětem, lepší koncentrace pozornosti dítěte a dále také možnost vedení personalizované terapie (Kejklíčková, 2016).

Vzhledem k zachovalému intelektu se jako podpůrná terapeutická metoda využívá vizualizace. Ta pracuje s různými obrázky, hračkami nebo předměty, které dítě používá při každodenních činnostech (Pospíšilová, 2018). Prostřednictvím vizualizace dokáže dítě snadněji porozumět řeči, tvořit a rozvíjet věty a sestavovat dějovou posloupnost. I během vizualizace se musí respektovat vývojové hledisko dítěte a postupy jednotlivých cvičení musí být sestaveny od nejjednodušších po složitější. Obrazové materiály se nejprve uplatňují při běžných otázkách – co, kdo, kde, kdy, jak apod. Až poté, co si dítě takové úkoly osvojí, je možné přistoupit k popisu obrázku. Dítě by se mělo samostatně pokusit popsat, co na obrázku vidí. K lepšímu pochopení časové a dějové posloupnosti lze využít dějové obrázky. Zároveň mohou obrazové metody zvyšovat motivaci dítěte k verbálnímu projevu. Během plnění úkolů dochází k procvičování krátkodobé i dlouhodobé paměti (Kolesová, 2016).

Skupinová forma terapie se v resortu zdravotnictví uplatňuje na lůžkových odděleních foniatrie, neurologie a psychiatrie nebo v léčebnách pro děti, které mají mnohačetné postižení. V resortu školství se skupinové terapie využívají ve speciálních mateřských a základních školách. Ideální počet jedinců během této formy terapie je šest. Při sestavování skupiny se respektuje typ a druh postižení. Každé dítě by mělo mít stejný prostor k vyjadřování a zapojení se ve skupině. Výhodou takto vedené terapie je pozitivní působení

na psychickou stránku dítěte, větší motivace a uplatnění soutěživosti, ale také rozvoj vzájemné spolupráce mezi dětmi (Kejklíčková, 2016).

Nedílnou součástí celého terapeutického procesu je v co možná největší míře zapojení rodičů, kteří hrají rozhodující roli v komplexním rozvoji dítěte (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Pospíšilová, 2018).

### **3.2.2 Rozvoj motoriky**

U dětí s vývojovou dysfázií se často vyskytuje celková neobratnost. Obtíže jim činí výskoky, přeskoky, běh, chůze do schodů a ze schodů, ale také lezení na strom, jízda na kole apod. Z těchto důvodů je velmi důležité rozvíjení motorických dovedností. Terapie by měla být zaměřena na hrubou i jemnou motoriku. K podpoře správného vývoje jemné motoriky se mohou využívat stavebnice, puzzle nebo kostky různého materiálu, povrchu a tvaru. Dále může dítě zdokonalovat jemnou motoriku lepením, stříháním, trháním papíru na malé kusy nebo přeléváním vody z jedné nádoby do druhé. Ke zlepšení motorických schopností lze využívat i rytmické a pohybové hry. Je vhodné se zaměřit na rozvoj základních sebeobslužných úkonů, jako je oblékání, zapínání knoflíků, zavázání tkaniček, atd, které by si mělo každé dítě časem osvojit. Aby došlo u těchto činností ke zlepšení, je potřeba sebeobslužnou činnost neustále opakovat a nacvičovat (Mikulajová, Rafajdusová, 1993, Škodová, Jedlička a kol., 2007, Kolesová, 2016, Dlouhá et al., 2017).

### **3.2.3 Rozvoj motoriky mluvidel**

Děti s vývojovou dysfázií mají častý problém s motorikou mluvidel. Mezi hlavní projevy se řadí nepřesná pohyblivost rtů, jazyka a tváří. Potíže dítěti činí koordinace pohybů orofaciálního svalstva, což se negativně projevuje při artikulaci jednotlivých hlásek. Pro nenásilné rozvíjení motoriky mluvidel se mohou využívat chvíle během stravování, kdy bude dítě vybízeno k olizování lžičky s krémem, přehazování kousků ovoce či bonbonů v ústech, pití brčkem nebo foukání do horkého čaje a polévky. Pro dítě se jedná o příjemné procvičování a upevňování správného pohybového vzorce několikrát během dne (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Dlouhá et al., 2017).

### **3.2.4 Rozvoj grafomotoriky**

Při prvním kontaktu odborníka s dítětem s VD je ideálním prostředkem pro navázání komunikace kresba, která má mimo jiné důležité postavení v rehabilitaci komunikačních dovedností dítěte. Jedná se o časově nenáročnou činnost, při které lze zjistit nejen vývojový stupeň dítěte, ale také jeho emoční ladění. Při rozvoji grafomotoriky je vhodné začít se základními jednoduchými kresbami. Zpočátku bude dítěti dělat potíže obkreslování i napodobování vzoru, nebo kreslení prvků – např. kolečko, čárka, klubičko, vlnovka. Aby si dítě dokázalo tyto dovednosti osvojit, musí se mu ukazovat jednotlivé kroky postupně a pomalu. V první fázi by se dítě mělo naučit jeden základní tvar, který bude používat izolovaně (např. kolečko), poté co bude tento tvar umět, může přejít ke kombinaci složitějších tvarů (např. kolečko + čára - sluníčko). Pro větší efektivitu při terapii grafomotoriky se doporučuje používat velké plochy, které dítěti umožní lepší uvolnění celé horní končetiny. Grafomotoriku je možné rozvíjet individuálně nebo v malé skupině o 3-4 dětech (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Dlouhá et al., 2017).

### **3.2.5 Rozvoj myšlení, paměti a pozornosti**

Rozvoj řeči a rozvoj myšlení jsou ve velmi úzkém vztahu. Pokud dochází k neadekvátnímu a nesprávnému rozvoji řečových procesů, může dojít ke zhoršení rozumových schopností a naopak (Kaprál, 1982). V případě správně vedené terapie se intelekt u dítěte s VD vyvíjí normálně (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Nedílnou součástí celého terapeutického procesu jsou metody zaměřené na rozvoj paměti a pozornosti. Krátkodobou paměť je možné trénovat od slov, přes věty až k opakování jednoduchých básniček a říkanek. Je třeba počítat s tím, že pozornost bývá u dětí s VD nižší nebo může výrazně kolísat. Dysfatické děti se rychleji unaví a více ulpívají na jednotlivých podnětech (Dlouhá et al., 2017). Pro větší udržitelnost pozornosti je možné častěji střídát prováděné činnosti a úkoly. Zároveň je vhodné, aby se s dítětem pracovalo v klidném prostředí. Po určitém čase je možné jednotlivé činnosti prodlužovat a zároveň dítě vystavovat rušivějšímu prostředí, aby se vůči němu stalo odolnější (Kolesová, 2016).

### **3.2.6 Rozvoj schopnosti orientace**

Častým projevem vývojové dysfázie je narušení prostorové a pravolevé orientace, narušení chápání časových vztahů a orientace na vlastním těle. K nácviku rozvoje orientačních

schopností se využívá kresba, která se skládá z jednoduchých 2 – 4 prvků (např. kolečko, čáry, ad.). Finální podoba obrázku se následně přenáší do prostoru, obvykle na zem, pomocí špejlí, papíru nebo provázků (Dlouhá et al., 2017). Pravolevá orientace se může trénovat pomocí pohybu, který dítě opakuje po dospělém člověku, manipulací s předměty nebo pomocí již výše zmíněné kresby (Kutálková, 2002). Orientaci je možné nacvičovat formou individuální i skupinové terapie. Rozvíjení této oblasti bývá obvykle v kompetenci mateřských škol, denních stacionářů nebo specializovaných pracovišť. Klinický logoped většinou nemá k systematickému rozvíjení orientačních dovedností dostatek času a prostoru (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **3.2.7 Rozvoj sluchového vnímání**

Nedílnou součástí rozvoje sluchové percepce je nácvik sluchové diferenciacce, sluchové paměti, sluchové pozornosti, sluchové orientace, sluchové analýzy a syntézy. Při rozvíjení sluchového vnímání je důležité pamatovat na skutečnost, že je u dítěte narušeno zpracování akustického signálu, což vede k poruše prozodických faktorů řeči (např. tempa, rytmu, melodie). K rozvoji sluchového vnímání jsou využívány dvě skupiny terapeutických metod. První jsou diskriminační cvičení, která se využívají i pro děti se sluchovým postižením. Druhou možností rozvoje sluchového vnímání jsou speciální cvičení, která zlepšují fonemický sluch. Vývoj fonemického sluchu by měl být dokončený přibližně do 5 let. Dítě s vývojovou dysfázií se bude při testování fonemického sluchu i po pátém roce života pohybovat pod hranicí normy. Vhodná cvičení pro rozvoj sluchové diferenciacce zvolí klinický logoped podle osobní zkušenosti. Úkoly by měly i zde respektovat vývojový stupeň dítěte a měly by postupovat od nejjednodušších k těžším. Dítě by se mělo v první řadě naučit rozpoznat základní zvukové vzorce. Později by mělo zvládnout rozlišit slova podobně znějící s odlišným významem a rozpoznat stejná nebo rozdílná pseudoslova. Během terapeutického procesu se používá sluchová analýza a syntéza slov. Aby došlo ke kompletnímu rozvoji, je nutné zapojit trénink zpětné sluchové vazby (Škodová, Jedlička a kol., 2007, Kolesová, 2016, Dlouhá et al., 2017).

### **3.2.8 Rozvoj zrakového vnímání**

Od počátku terapeutického procesu je důležité zapojovat cvičení na zrakové vnímání. Úlohy, vhodné k podpoře zrakové percepce, by se měly věnovat zrakovému rozlišování, zrakové

analýze a syntéze, zrakové paměti a diferenciaci tvarů a barev (Bytešníková, 2012). K nácvičku těchto oblastí lze využít různé obrazové materiály, trojrozměrné předměty a rozlišování pozadí a figury. Ideální pomůckou pro tato cvičení jsou pexesa, kostky nebo hračky, do kterých se mohou vkládat předměty konkrétních tvarů – čtverec, obdélník, trojúhelník (Kolesová, 2016). K rozvoji zrakového vnímání dochází také při cvičeních zaměřených na jiné problematické oblasti (např. při rozvoji grafomotoriky).

### **3.3 Prognóza a prevence vývojové dysfázie**

Terapeutický proces vývojové dysfázie je dlouhodobý, obvykle trvá několik let. Při těžších typech vývojové dysfázie je zpravidla nutné vést terapii po celou dobu školního věku. Pro zlepšení klinického stavu je zásadní včasná diagnostika a na ni navazující pravidelná terapeutická cvičení, která mají za úkol rehabilitovat všechny složky osobnosti dítěte. Opakovaná a pravidelná terapie, na které se zásadní měrou podílí rodič dítěte, vede ke zlepšení soustředění a komunikačních dovedností. Dále jsou viditelné pokroky v dalších oblastech, které dříve činily dítěti obtíže, jako např. v pohybových dovednostech, percepci, paměti a zpracovávání verbálních podnětů.

Zároveň se ale mohou objevit obtíže na kvalitativně vyšších úrovních centrální integrace a koordinace, čemuž odpovídají problémy v základních školních dovednostech. Ty mohou mít u dítěte podobu specifických poruch učení, mezi které spadá dyslexie, dysgrafie, dyspnie, dysmúzie a dyskalkulie. Ve vyšších třídách se objevují potíže při výuce cizího jazyka (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Přestože s rostoucím věkem dochází ke zlepšování, vývojová dysfázie nikdy zcela nezmizí. U jedince s diagnostikovaným specificky narušeným vývojem řeči mohou obtíže přetrvávat do období, kdy proniká na trh práce. Hledání a získání pracovního místa může být pro takového klienta komplikovanější a výsledná získaná pracovní pozice často vykazuje nižší úroveň kvalifikace (Pospíšilová, 2018).

Prognóza je u jedinců s VD velmi variabilní, do značné míry závislá na včasné diagnostice, adekvátní a pravidelně aktualizované terapii, dále na rodinném zázemí a sociální péči, ale také na individuálních kompetencích daného jedince (např. rozumové schopnosti – intelekt) (Škodová, Jedlička a kol., 2007).



Prevenční ve vztahu k vývojové dysfázii je možné rozdělit do dvou oblastí. Primární prevence, která má předcházet vzniku onemocnění je u vývojové dysfázie vzhledem k její etiopatogenezi obtížně definovatelná. Za její základní komponenty lze považovat kvalitní a všeobecně dostupnou prenatální a perinatální péči snižující frekvenci předčasných porodů a s nimi souvisejícími onemocněními z prematurity (Lebl a kol., 2014). V případě, že ke vzniku onemocnění dojde je zcela zásadní ho včasné odhalit a nastavit vhodnou terapii, čímž je bráněno ireverzibilní poruše kognitivních funkcí (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **3.4 Možnosti vzdělávání žáka s vývojovou dysfází**

K dětem s vývojovou dysfází je důležité v průběhu vzdělávání přistupovat individuálně, respektovat jejich potřeby a v co největší možné míře rozvíjet celou jejich osobnost.

#### **3.4.1 Předškolní vzdělávání**

Děti s VD mají možnost docházet v rámci předškolního vzdělávání do běžné mateřské školy nebo do logopedické mateřské školy. V běžné mateřské škole může být pro jedince s narušenou komunikační schopností vytvořena speciální logopedická třída. Docházka do mateřských škol je povinná pouze v posledním ročníku, tzn. poslední rok před nástupem na první stupeň základní školy. Výhodou mateřských škol pro děti s vadami řeči je neustálá přítomnost speciálního pedagoga – logopeda, který provádí individuální logopedickou intervenci. V běžné mateřské škole nemusí speciální pedagog – logoped vždy být přítomen, a tudíž nemusí docházet k adekvátní logopedické péči. Logopedická intervence probíhá často v odpoledních hodinách, kdy se jí může účastnit i rodič dítěte. Výhodou běžných mateřských škol je začlenění dítěte s VD do intaktního kolektivu, ve kterém je zvýšeně stimulováno, což ho může motivovat. Na druhou stranu hrozí přetížení dítěte (Doležalová & Chotěborová, 2021).

V úzké spolupráci s mateřskými školami jsou pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra (Mazánková, 2018).

#### **3.4.2 Nástup na základní školu**

Po dokončení předškolního vzdělávání musí být dítě zařazeno do dalšího vzdělávacího stupně. Požadavkem pro přechod mezi předškolním vzděláváním a vzděláváním na základní škole je tzv. školní připravenost. Každé dítě by mělo doznát do určité vývojové etapy

v rovině bio-psycho-sociální (Bendová, 2011). Přestože by mělo docházet v rámci předškolního vzdělávání k intenzivní logopedické intervenci, stává se, že dítě s VD musí mít odklad školní docházky, protože není dostatečně zralé na nástup do základní školy. Školní zralost posuzuje dětský klinický psycholog nebo psycholog z pedagogicko - psychologické poradny (Kolesová, 2016). Ten v průběhu vyšetření zjišťuje úroveň kognice, pracovní schopnost, dále tělesnou, emocionální, psychickou a sociální zralost. Důležitým kritériem při posuzování školní zralosti jsou komunikační dovednosti dítěte. Prostřednictvím řeči dítě získává spoustu informací, navazuje kontakt s učitelem a se svými spolužáky a rozvíjí kognitivní funkce. Ideálně by měl vývoj jazykových rovin odpovídat chronologickému věku dítěte (Michalík, 2013).

V případech nevyzrálости dítěte v některých vyšetřovaných oblastech může dojít k odkladu povinné školní docházky. Školské poradenské zařízení a klinický psycholog nebo odborný lékař vydají posudek zákonnému zástupci, který následně může podat žádost o odklad školní docházky (Michalík, 2013). S brzkým nástupem do základní školy se pojí riziko nadměrné psychické zátěže vedoucí k chronickému přetěžování dítěte, což může vést k vytvoření negativního vztahu ke škole a vzdělávání (Kendíková, Vosmik, 2016).

Před nástupem do základní školy je nutné vybrat typ školního zařízení, ve kterém se dítě s VD bude vzdělávat. Tento výběr se odvíjí od schopností a dovedností dítěte a možností rodiny a dané školy. Jedinec s narušenou komunikační schopností, tedy i s vývojovou dysfázií, může docházet v rámci integrace do běžné základní školy, při které navíc absolvuje logopedickou terapii u klinického logopeda, nebo mu mohou být na doporučení speciálně pedagogického centra uznána podpůrná opatření. Mezi ně obvykle spadá individuální vzdělávací plán a asistent pedagoga. Další možností je vzdělávání v logopedické třídě při běžné základní škole nebo v základních školách logopedických. Nevýhodou logopedických základních škol je jejich malá dostupnost. Naopak výhodou jsou přidané individuální a skupinové logopedické terapie (Bočková, 2017).

Jelikož děti s vývojovou dysfázií nemají poruchu intelektu, bývají nejčastěji vzdělávány v běžných základních školách. Na prvním stupni základní školy jsou hlavním projevem specifické poruchy učení, které mohou přetrvávat i do pozdějšího věku (Preissová, 2013). Děti s lehkým stupněm vývojové dysfázie mohou běžnou základní školu zvládat bez větších

obtíží, naopak žáci s těžkým stupněm vývojové dysfázie budou potřebovat podpůrná opatření (IVP, asistent pedagoga) nebo zařazení do speciálních tříd/škol (Kolesová, 2016).

S přibývajícím věkem dítěte může docházet k celkovému zlepšení obtíží, výjimkou ale není ani přetrvávání příznaků vývojové dysfázie do staršího školního věku, adolescence, ev. až do dospělosti.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 4 Uvedení do praktické části diplomové práce

V rámci praktické části diplomové práce si autorka klade za úkol provést prostřednictvím dotazníku rozeslaného budoucím pedagogickým pracovníkům analýzu informovanosti o problematice vývojové dysfázie. Výsledky dotazníku budou zpracovány a vyhodnoceny. V návaznosti na informace zjištěné z dotazníku bude vytvořen stručný a přehledný materiál pro praxi budoucích pedagogů mateřských a základních škol. Tento materiál bude součástí seznamu příloh.

#### 4.1 Výzkumný problém

V knize Logopedické poradenství (Peutelschmiedová, 2009) byla položena otázka, zda se pedagogům dostává v patřičné míře potřebných vědomostí o narušených komunikačních schopnostech, zda pedagogové studují z odborných publikací na úrovni současných poznatků. Autorka publikace si sama odpovídá: „*Nebojím se říci, že situace je dosti žalostná [...] Dovolím si dost tvrdě poznamenat, že řečově handicapovaní asi nejsou mediálně tak vděčná a z různých důvodů preferovaná témata, jako některá jiná postižení.*“ (Peutelschmiedová, 2009, s.53). Od vydání uvedené publikace uplynulo již několik let, a proto je vhodné zmapovat, zda v dané problematice, kam spadá také vývojová dysfázie, došlo alespoň k částečné nápravě, nebo problém přetrvává v obdobné míře i v současnosti. Aktuálnější informace lze nalézt v odborném online časopisu Listy klinické logopedie publikovaném Asociací klinických logopedů ČR v červnu 2019. Problematika vzdělávání dětí s VD je zde rozebírána v rozhovoru s Mgr. Janou Šarounovou, logopedkou ze speciálně-pedagogického centra pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na AAK. Zde je mimo jiné probírán přístup pedagogů k žákům se specificky narušeným vývojem řeči a jejich povědomí o symptomech, které se u jedinců s VD mohou vyskytovat. Dále je diskutována také schopnost učitelů zohlednit specifické potřeby, které žáci s VD mají v průběhu vzdělávání. Mgr. Šarounová zmiňuje, že znalosti pedagogů ohledně obtíží dětí s VD se různí v rámci jednotlivých zařízení. Znalosti některých učitelů jsou na dobré úrovni, jiní jsou o problematice informováni minimálně. Dále logopedka hovoří o rozdílu v přístupu k žákům s VD u pedagogů 1. a 2. stupně základní školy. Zatímco učitelé 1. stupně mají často k dětem

s VD vstřícný přístup a jsou schopni zohlednit jejich specifické obtíže ve výuce, u řady učitelů 2. stupně schopnost reflektovat žákova specifika chybí, někteří učitelé se domnívají, že žáci s VD na běžné školy nepatří nebo si myslí, že dítě zanedbává domácí přípravu a nevěnuje se vzdělávání v dostatečné míře. (Lochmanová, 2019, [online])

## **4.2 Vymezení cílů, výzkumných otázek a stanovení hypotéz**

**Hlavním cílem** výzkumného šetření je provést analýzu informovanosti vysokoškolských studentů oboru učitelství pro mateřské školy, učitelství pro 1. stupeň základní školy a učitelství pro 2. stupeň základní školy o problematice vývojové dysfázie.

Na základě řešené problematiky a stanoveného hlavního cíle diplomové práce, byly určeny následující **parciální cíle**:

**PC1: Zjistit, zda byli studenti výše jmenovaných oborů seznámeni s pojmem vývojové dysfázie v rámci teoretické výuky (přednášky, semináře) na vysoké škole.**

**PC2: Zjistit, zda studenti oboru učitelství získali během výuky na vysoké škole praktickou zkušenost s dětmi s vývojovou dysfázií.**

**PC3: Analyzovat informovanost o symptomatice vývojové dysfázie u vysokoškolských studentů učitelských oborů.**

**PC4: Zmapovat u respondentů znalost vhodných postupů, které mohou použít při práci s dětmi s vývojovou dysfázií.**

**PC5: Zjistit, zda by měli studenti vysokých škol učitelských oborů zájem o stručný a přehledný materiál shrnující problematiku vývojové dysfázie.**

**PC6: Vytvořit stručný a přehledný materiál o problematice vývojové dysfázie pro seznámení budoucích pedagogů s danou problematikou.**

V návaznosti na výzkumné cíle byly formulovány **výzkumné otázky**:

**VO1: Byli studenti výše jmenovaných oborů seznámeni s pojmem vývojové dysfázie v rámci teoretické výuky (přednášky, semináře) na vysoké škole?**

**VO2: Získali studenti oboru učitelství během výuky na vysoké škole praktickou zkušenost s dětmi s vývojovou dysfázií?**

**VO3: Znají vysokoškolští studenti učitelských oborů příznaky vývojové dysfázie?**

**VO4:** Jsou budoucí pedagogové seznámeni s vhodnými postupy, které mohou využít při práci s dětmi s vývojovou dysfázií?

**VO5:** Jaký je zájem studentů vysokých škol učitelských oborů o stručný a přehledný materiál shrnující problematiku vývojové dysfázie?

Na základě výše uvedených publikací, konzultace s logopedy a budoucími učiteli byly stanoveny tyto tři hypotézy.

Hypotéza č.1: *Většina vysokoškolských studentů pedagogických oborů není v průběhu studia seznámena s problematikou vývojové dysfázie.*

Hypotéza č. 2: *Schopnost zohlednit specifika žáka s vývojovou dysfázií a informovanost v dané problematice je vyšší u vysokoškolských studentů oboru učitelství 1. stupně než u vysokoškolských studentů oboru učitelství 2. stupně.*

Hypotéza č. 3: *Většina budoucích pedagogů by přivítala stručný a přehledný materiál pro učitele v mateřských a na základních školách shrnující problematiku vývojové dysfázie.*

### **4.3 Metodika výzkumu**

Pro naplnění cílů práce bylo využito kvantitativně orientovaného výzkumu, který lze obecně popsat jako systematické a záměrné působení ověřující, verifikující a testující hypotézy pomocí postupů opírajících se o zkušenosti. Při výzkumném šetření se zaměřujeme na jeden nebo více problémů, které spolu úzce souvisejí. U každého výzkumu lze stanovit základní průběh šetření, který povede k vyřešení předem stanovených problémů. V první řadě se nejčastěji definuje problém, dále se formulují hypotézy, následně se přejde k testování dané hypotézy a v posledním kroku se vyvodí závěry a prezentují se výsledky výzkumu. Jednotlivé fáze výzkumu mohou mít odlišné pořadí, než je výše zmíněné a může docházet k prolínání těchto činností (Chrásková, 2016). Jelikož se závěrečná práce zabývá analýzou informovanosti budoucích pedagogů o problematice vývojové dysfázie a následným ověřováním výsledků prostřednictvím dotazníkové metody určené vysokoškolským studentům pedagogických oborů, je kvantitativní výzkumné šetření nejpřijatelnější strategií. Hlavní metodou sběru dat v závěrečné práci byl dotazník.

## **Dotazník**

Dotazník je považován za nejběžnější metodu využívanou ke sběru dat. Jedná se o „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.*“ (Gavora in Chráska, 2016, s. 158). Otázky neboli položky by měly být vždy předem jasně stanovené a adekvátně seřazené. Odpovědi mohou mít formu otevřenou (nestrukturovanou) nebo uzavřenou (strukturovanou). U otevřené varianty musí respondent sám odpověď vytvořit, zatímco u uzavřených odpovědí vybírá nebo seřazuje z určité nabídky možností. V některých případech se můžeme setkat také s polouzavřenými položkami, které jsou v dotazníku nejčastěji uvedeny jako tzv. „jiná odpověď“. Taková možnost se nabízí, pokud si respondent nemůže vybrat z ostatních variant (Gavora, 2010). Výhodou dotazníku je rychlé, levné a časově úsporné získávání dat od velkého množství respondentů, osob odpovídajících na jednotlivé položky. Dotazníky se mohou předávat buď osobně, nebo se mohou zasílat poštou či elektronicky. Problémy se mohou objevit v případě neodborného sestavení a nevhodně použitého dotazníkového šetření. Dotazník by měl mít vždy promyšlený cíl s přesnou strukturou (Chráska, 2016).

V závěrečné práci je dotazník sestaven z 23 položek. Uzavřených otázek je celkem 19 a pro získání více subjektivních názorů každého respondenta jsou v dotazníku k dispozici také 4 otevřené položky. Součástí dvou uzavřených otázek je možnost volby polouzavřené odpovědi, tzv. „jiná odpověď“. První část dotazníku je zaměřena na osobní údaje respondentů, další část se věnuje osobní zkušenosti studentů s diagnózou vývojové dysfázie získané v rámci vysokoškolského studia. Navazující položky analyzují teoretické znalosti o problematice vývojové dysfázie budoucích pedagogů a poslední část dotazníku zjišťuje zájem respondentů o materiál stručně shrnující problematiku vývojové dysfázie.

### **4.4 Charakteristika výzkumného vzorku a průběhu výzkumného šetření**

Výzkumným vzorkem dotazníkového šetření jsou vysokoškolští studenti oboru učitelství pro mateřské školy, učitelství pro 1. stupeň základní školy a učitelství pro 2. stupeň základní školy, kteří studují na území České republiky. Dotazník byl sestaven pomocí webové stránky survio.com a v elektronické podobě byl nasdílen do facebookových skupin jednotlivých univerzit působících v České republice, které primárně slouží pro vysokoškolské studenty –

budoucí pedagogické pracovníky. Výzkum probíhal v období 22.12.2022 do 26.1.2023. Celkem se do dotazníkového šetření zapojilo 65 studentů. Výsledky dotazníku byly vyhodnoceny prostřednictvím programu Microsoft Excel 2008 do přehledných grafů a tabulek. Bližší vyhodnocení bude uvedené v kapitole č. 6.



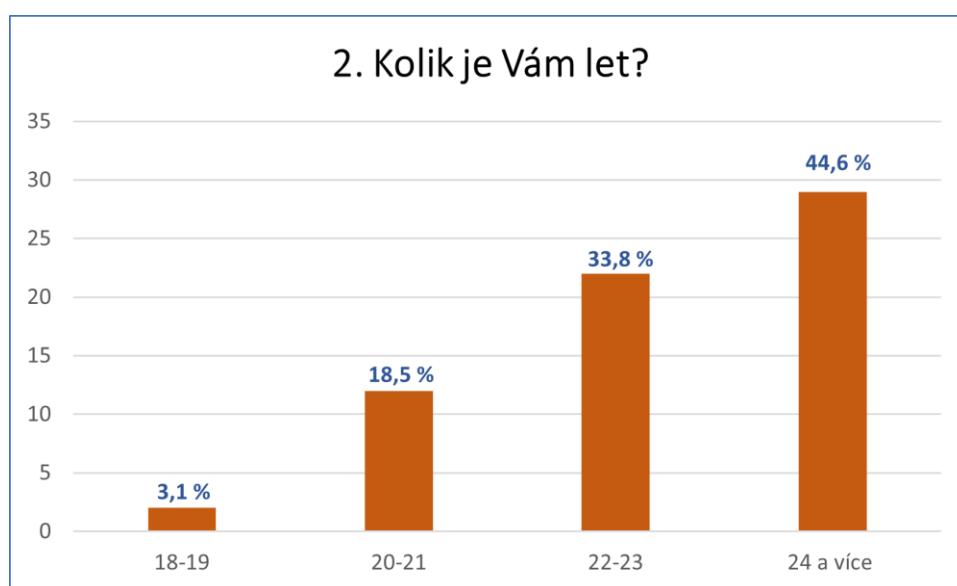
## 5 Prezentace dat získaných výzkumným šetřením

Dotazník sestavený k účelům závěrečné práce je členěn na 23 otázek.

V první části dotazníku jsou položky zaměřené na základní informace o respondentech. Bylo zjišťováno pohlaví a věk, dále aktuálně studovaná vysoká škola a obor respondentů.

Z celkového počtu 65 respondentů vyplnilo dotazník 92 % žen (60 respondentek) a pouze 8 % mužů (5 respondentů). 44,6 % studentů bylo ve věku 24 let a více (29 osob), 33,8 % respondentů spadalo do věkové kategorie 22-23 let (22 osob), 12 jedinců bylo v rozmezí 20-21 let (18,5 %) a zbylým dvěma respondentům (3,1 %) bylo 18–19 let.

Z těchto výsledků autorka závěrečné práce předpokládá, že větší zastoupení v dotazníkovém šetření zaujímají studenti z vyšších ročníků studia.



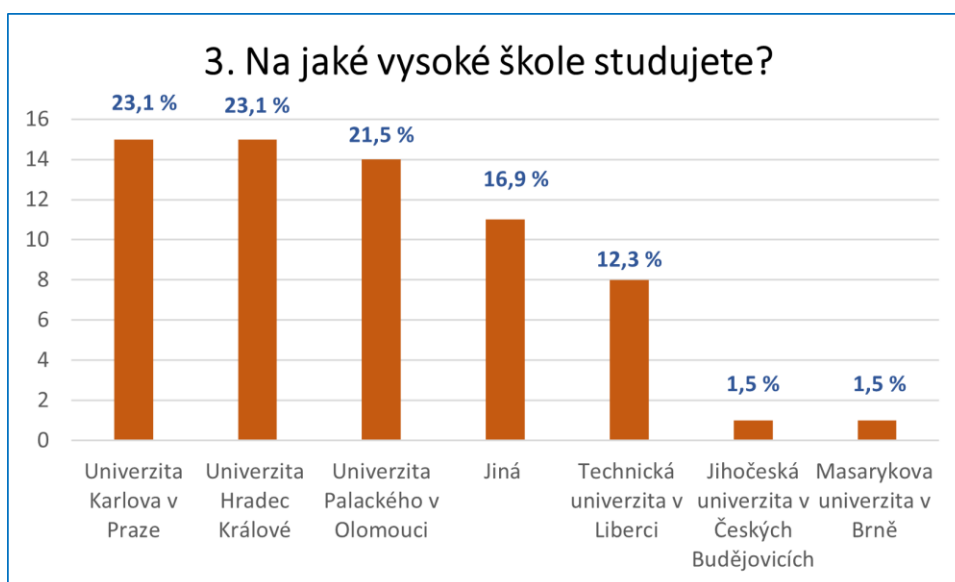
Grafické schéma 1: Vizualizace věku respondentů (vlastní zdroj)

věk respondentů	počet	zastoupení v procentech (%)
18-19	2	3,1
20-21	12	18,5
22-23	22	33,8
24 a více	29	44,6

Grafické schéma 2: Přehled věkových kategorií respondentů (vlastní zdroj)

Položka č. 3 zjišťovala na jaké vysoké škole respondenti aktuálně studují. 15 respondentů (23,1 %) studuje na Univerzitě Karlově v Praze. Stejný počet respondentů (23,1 %) zvolil Univerzitu Hradec Králové a 21,5 % dotazovaných (14 osob) Univerzitu Palackého v Olomouci. Technickou univerzitu v Liberci zvolilo jako odpověď 12,3 % (8 respondentů), zatímco Jihočeskou univerzitu v Českých Budějovicích a Masarykovu univerzitu v Brně zvolil pouze jeden respondent (1,5 %). Ve výběru možností byla také odpověď „jiná“, kterou vybralo 11 respondentů (16,9 %). Mezi univerzity, na kterých ostatní dotazovaní studují patří Univerzita Pardubice (2 respondenti), Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem (3 dotazovaní) a Ostravská univerzita (6 dotazovaných).

Je tedy patrné, že se dotazníkového šetření účastnil heterogenní vzorek respondentů studujících vysoké školy napříč celou Českou republikou.



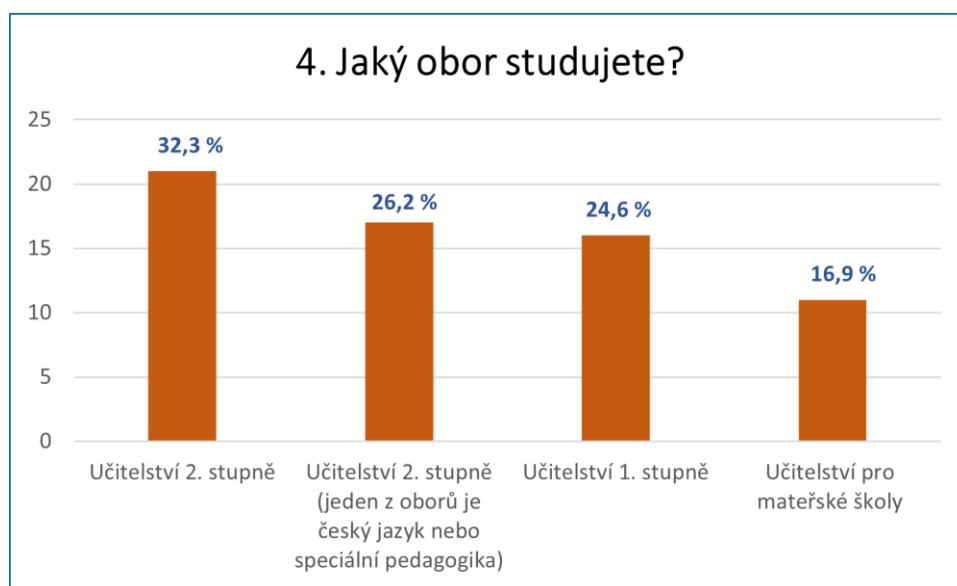
Grafické schéma 3: Vizualizace místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj)

vysoká škola	počet	zastoupení v procentech (%)
Univerzita Karlova v Praze	15	23,1
Univerzita Hradec Králové	15	23,1
Univerzita Palackého v Olomouci	14	21,5
Jiná	11	16,9
Technická univerzita v Liberci	8	12,3
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	1	1,5
Masarykova univerzita v Brně	1	1,5

Grafické schéma 4: Přehled místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj)

V následujícím grafu je zobrazené, jaký obor respondenti studují. Z uvedených výsledků lze konstatovat, že 38 respondentů (58,5 %) studuje obor učitelství 2. stupně. Z toho 26,2 % (17 studentů) má jeden z oborů český jazyk nebo speciální pedagogiku. Oboru učitelství 1. stupně se věnuje 16 respondentů (24,6 %). Nejméně respondentů – 11 (16,9 %) aktuálně studuje obor učitelství pro mateřské školy.

V dotazovaném vzorku převládají studenti oboru učitelství 2. stupně.



Grafické schéma 5: Vizualizace studijních oborů respondentů (vlastní zdroj)

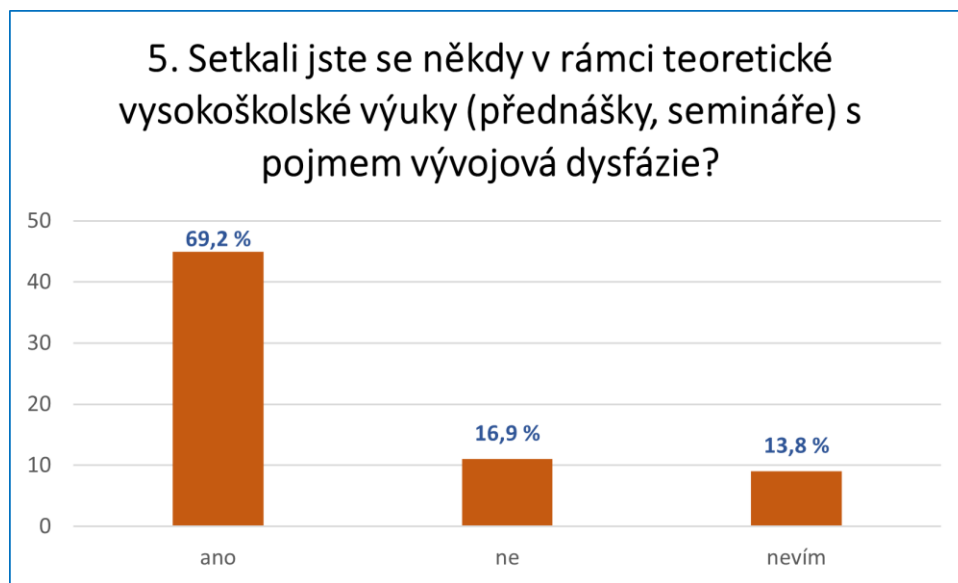
studijní obor	počet	zastoupení v procentech (%)
učitelství 2. stupně	21	32,3
učitelství 2. stupně (jeden z oborů je český jazyk nebo speciální pedagogika)	17	26,2
učitelství 1. stupně	16	24,6
učitelství pro mateřské školy	11	16,9

Grafické schéma 6: Přehled studijních oborů respondentů (vlastní zdroj)

Další okruh otázek se týkal teoretických znalostí a praktických zkušeností vysokoškolských studentů v problematice vývojové dysfázie. Na otázku č. 5 „Setkali jste se někdy v rámci teoretické vysokoškolské výuky (přednášky, semináře) s pojmem vývojová dysfázie?“

kladně odpovědělo 45 dotazovaných (69,2 %). Během výuky na vysoké škole se s pojmem vývojová dysfázie doposud nesetkalo 11 respondentů (16,9 %) a 9 dotazovaných (13,8 %) neví, zda se s problematikou někdy při studiu setkalo.

Z grafického schématu č. 7 lze vyčíst, že se téměř 70 % studentů bylo v průběhu vysokoškolských přednášek a seminářů seznámeno s termínem vývojová dysfázie.



Grafické schéma 7: Vizualizace teoretické zkušenosti respondentů s VD (vlastní zdroj)

teoretická zkušenost s VD	počet	zastoupení v procentech (%)
ano	45	69,2
ne	11	16,9
nevím	9	13,8

Grafické schéma 8: Přehled teoretické zkušenosti respondentů s VD (vlastní zdroj)

Následující otázka byla velmi podobná té předchozí, avšak místo teoretických znalostí byla zjišťována praktická zkušenost respondentů s jedinci s diagnózou vývojové dysfázie získaná v rámci vysokoškolského studia. 45 dotazovaných studentů (69,2 %) nemá žádnou praxi s dětmi s vývojovou dysfázií, naopak 14 respondentů (21,5 %) osobní zkušenost má. Zbýlých 6 studentů (9,2 %) neví, zda se s jedincem s vývojovou dysfázií v rámci praktické vysokoškolské výuky setkali.

V této oblasti lze pozorovat opačný trend, než je tomu v případě zkušeností získaných během teoretické výuky. Necelých 70 % studentů se během praktické výuky na vysoké škole neseťkalo s dítětem s VD.



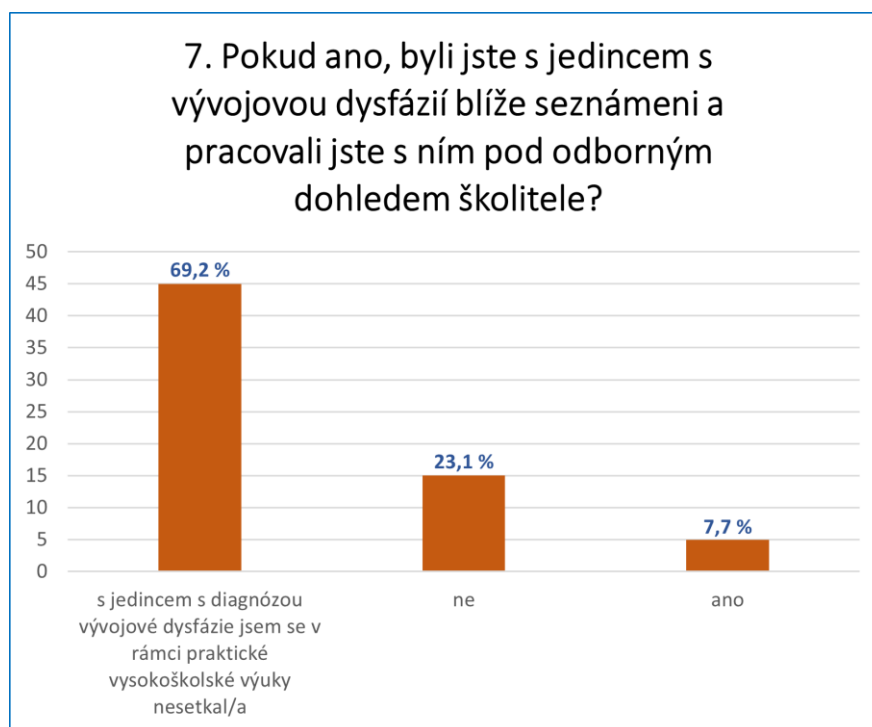
Grafické schéma 9: Vizualizace praktické zkušenosti respondentů s VD (vlastní zdroj)

praktická zkušenost s VD	počet	zastoupení v procentech (%)
ne	45	69,2
ano	14	21,5
nevím	6	9,2

Grafické schéma 10: Přehled praktické zkušenosti respondentů s VD

Navazující otázka se zaměřovala na množství respondentů s praktickou zkušeností v oblasti specificky narušeného vývoje řeči, kteří měli možnost se blíže seznámit a pracovat s jedincem s VD pod odborným dohledem školitele. Pouze 5 dotazovaných (7,7 %) mělo možnost s jedincem s vývojovou dysfázií osobně pracovat, dalších 15 jedinců (23,1 %) nikoliv. 45 respondentů (69,2 % osob) se s jedincem s vývojovou dysfázií v rámci vysokoškolské praxe neseťkalo.

Pouze malé procento studentů bylo v reálném kontaktu s žákem s VD a mělo možnost podílet se na jeho vzdělávacím procesu pod odborným dohledem.



Grafické schéma 11: Vizualizace samostatného vedení praxe pod odborným dohledem (vlastní zdroj)

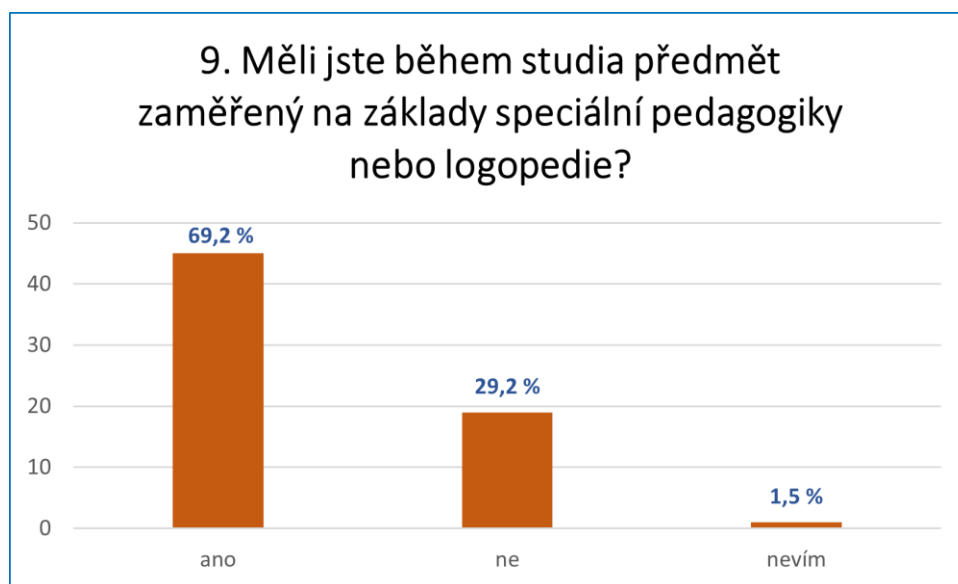
samostatné vedení praxe pod odborným dohledem	počet	zastoupení v procentech (%)
s jedincem s diagnózou vývojové dysfázie jsem se v rámci praktické vysokoškolské výuky nesetkal/a	45	69,2
ne	15	23,1
ano	5	7,7

Grafické schéma 12: Přehled samostatného vedení praxe pod odborným dohledem (vlastní zdroj)

První otevřená otázka (č.8) v dotazníkovém šetření se respondentů ptala, zda se někdy setkali s pojmem nebo s jedincem s vývojovou dysfázií mimo vysokoškolské prostředí. V případě, že se studenti s vývojovou dysfázií setkali, měli uvést, kde k tomu došlo. 47 respondentů na tuto otázku odpovědělo záporně. 4 studentky napsaly, že se s diagnózou vývojové dysfázie setkaly v zaměstnání na pozici učitelky MŠ. 2 respondenti uvedli, že se o VD dozvěděli od svých přátel. Jeden z dotazovaných má praktickou zkušenost s VD v rodině, další dotazovaný se s dítětem s VD setkal v plavecké škole. Praxi s VD získali studenti také na

brigádě při hlídání dětí, na praxi ve speciálním zařízení nebo jako dobrovolníci při pobytech organizovaných ranou péčí. Teoretickou znalost mají dotazovaní ze studia na pedagogickém lyceu, ze střední pedagogické školy, ze speciálně pedagogických knih a z naukových videí na Youtube.

Výzkum se zabýval také tím, zda měli respondenti během studia předmět zaměřený na základy speciální pedagogiky nebo logopedie. 45 osob (69,2 %) alespoň jeden z předmětů mělo, zatímco 19 osob (29,2 %) ne. Pouze jeden respondent (1,5 %) nevěděl, zda předmět zaměřený na základy speciální pedagogiky nebo logopedie během studia absolvoval. Z níže uvedeného grafu vyplývá, že procento studentů, kteří během studia absolvovali předmět zaměřený na základy speciální pedagogiky/logopedie se shoduje s procentem studentů, kteří v průběhu studia získali určité teoretické znalosti o vývojové dysfázii (grafické schéma č. 5). Lze předpokládat, že teoretické znalosti v oblasti vývojové dysfázie respondenti získali při výuce těchto předmětů. Přítomnost daných předmětů ve vysokoškolském vzdělávacím programu můžeme považovat za důležitou, neboť poskytuje studentům základní informace ve speciálně pedagogické/logopedické problematice.



*Grafické schéma 13: Vizualizace absolvování předmětu specializovaného na danou problematiku v průběhu studia (vlastní zdroj)*

předmět specializovaný na danou problematiku v průběhu studia	počet	Zastoupení v procentech (%)
ano	45	69,2
ne	19	29,2
nevím	1	1,5

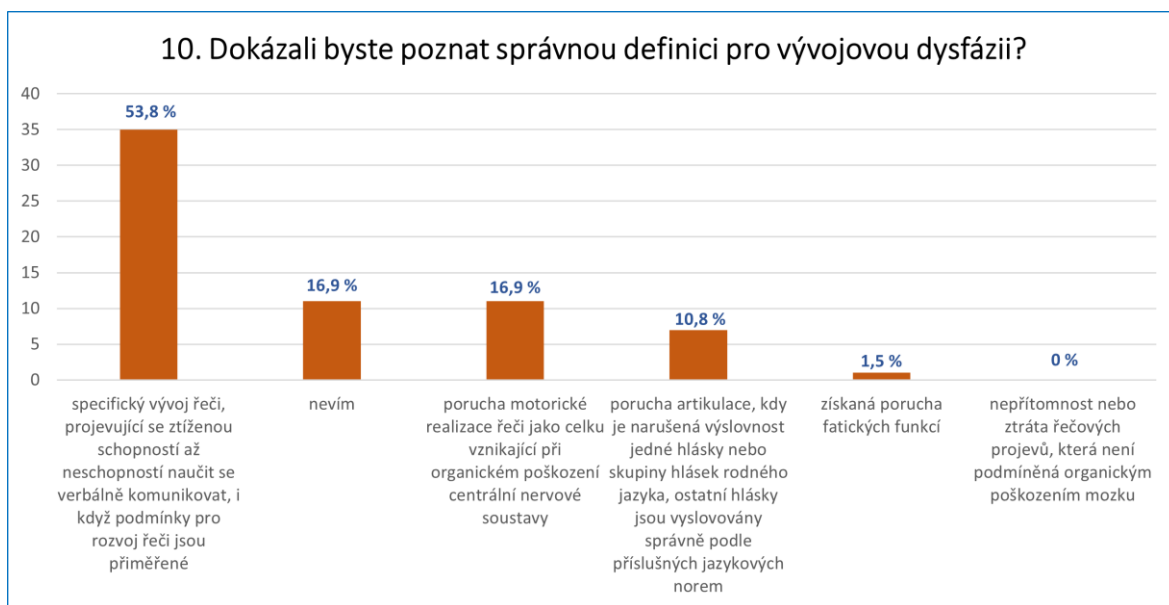
*Grafické schéma 14: Přehled absolvování předmětu specializovaného na danou problematiku v průběhu studia*

*(vlastní zdroj)*

Otázka č. 10 zjišťovala, zda jsou studenti schopni vývojovou dysfázi správně definovat. 35 osob (53,8 %) vybralo správnou definici vývojové dysfázie. 11 zúčastněných dotazníku (16,9 %) přiznalo, že nezná správnou definici VD. Stejný počet studentů zvolilo odpověď „porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození CNS“, která je definicí dysartrie. 7 respondentů (10,8 %) si chybně myslí, že vývojová dysfázie je porucha artikulace, kdy je narušená výslovnost jedné nebo více hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem. Pouze jeden dotazovaný (1,5 %) nesprávně označil VD jako získanou poruchu fatických funkcí. Nikdo ze studentů v dotazníku nezvolil definici typickou pro mutismus (nepřítomnost nebo ztráta řečových projevů, která není podmíněná organickým poškozením mozku).

Přestože nadpoloviční většina respondentů byla schopná vývojovou dysfázi správně definovat, což koreluje s přítomností bazální teoretické znalosti dané problematiky, poměrně velká skupina studentů nedokáže vývojovou dysfázi definovat, nebo si ji plete s jinou narušenou komunikační schopností. V případě neschopnosti rozlišovat jednotlivé poruchy řečové komunikace lze značně pochybovat o kompetenci daného jedince správně pracovat s žáky s VD.





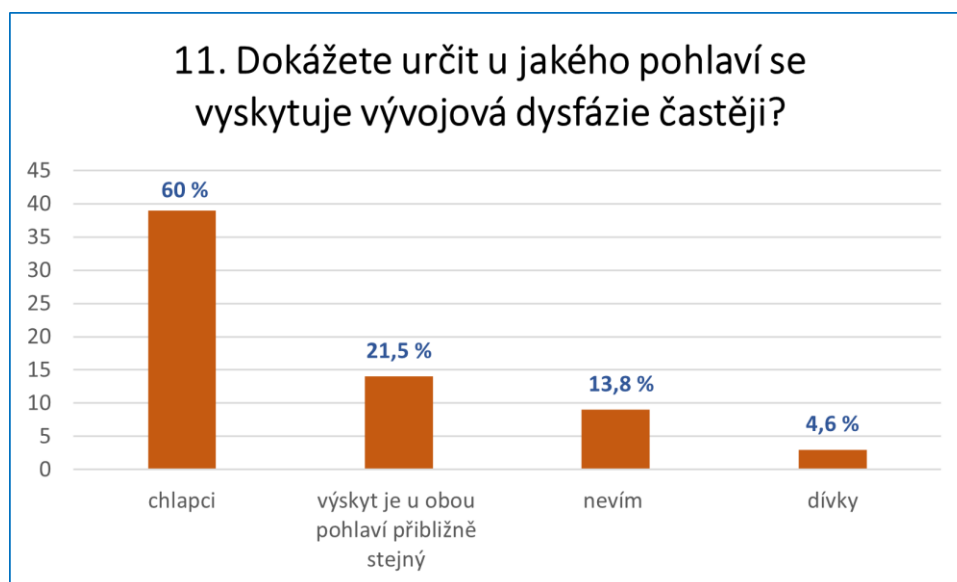
Grafické schéma 15: Vizualizace schopnosti definovat VD (vlastní zdroj)

definice VD	počet	zastoupení v procentech (%)
specifický vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností až neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené	35	53,8
nevím	11	16,9
porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy	11	16,9
porucha artikulace, kdy je narušená výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem	7	10,8
získaná porucha fatických funkcí	1	1,5
nepřítomnost nebo ztráta řečových projevů, která není podmíněná organickým poškozením mozku	0	0

Grafické schéma 16: Přehled schopnosti definovat VD (vlastní zdroj)

Dále bylo zjišťováno, zda respondenti vědí, u jakého pohlaví se specificky narušený vývoj řeči vyskytuje častěji. Celkem 39 respondentů (60 %) zvolilo chlapce, jakožto správnou odpověď. Pouze 3 respondenti uvedli, že se vývojová dysfázie častěji vyskytuje u dívek.

(4,6 %). 14 jedinců (21,5 %) v dotazníku určilo, že výskyt specificky narušeného vývoje řeči je u obou pohlaví stejný. 9 studentů (13,8 %) zvolilo odpověď „nevím“.



Grafické schéma 17: Vizualizace vazby VD na pohlaví (vlastní zdroj)

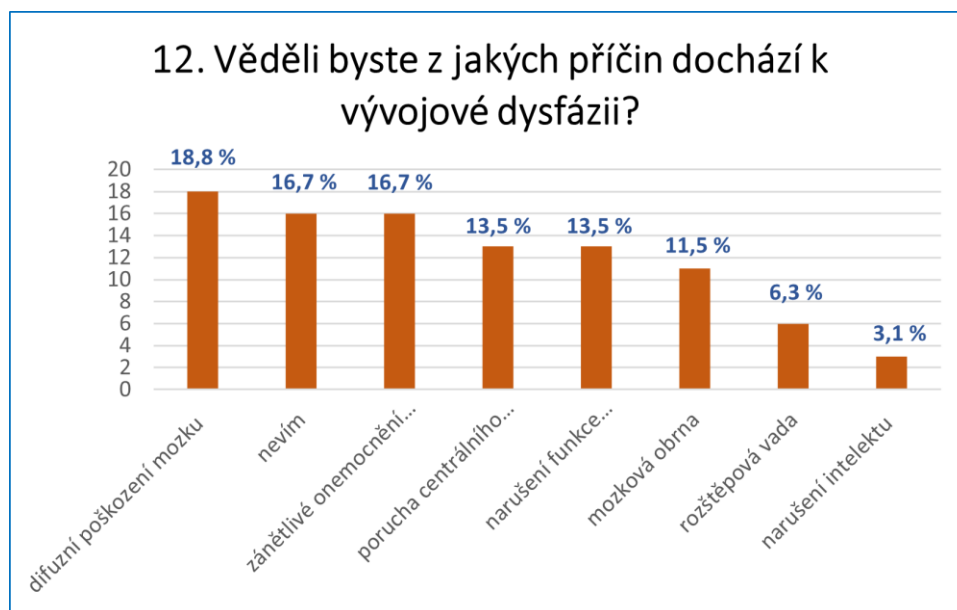
pohlaví	počet	zastoupení v procentech (%)
chlapci	39	60
výskyt je u obou pohlaví přibližně stejný	14	21,5
nevím	9	13,8
dívky	3	4,6

Grafické schéma 18: Přehled vazby VD na pohlaví (vlastní zdroj)

U 12. položky měli respondenti vybrat možné příčiny VD. Z uvedené nabídky možností jich mohli označit více. Dvě z nabízených odpovědí se týkaly VD. Jednalo se o difuzní poškození mozku, které vybralo 18 respondentů a poruchu centrálního zpracování řečového signálu, kterou zvolilo o 5 dotazovaných méně – 13 osob. Nesprávných odpovědí bylo 49. K vývojové dysfázii nedochází z důvodu zánětlivého onemocnění (např. encefalitidy, meningoencefalitidy), jak se domnívá 16 respondentů ani z důvodu narušení funkce hlavových nervů podílejících se na tvorbě řeči, což uvedlo 13 dotazovaných. K příčinám VD se neřadí ani mozková obrna vybraná 11 respondenty, rozštěpová vada zvolená 6 jedinci

a narušení intelektu označené 3 osobami. 16 dotazovaných studentů přiznalo, že neví, jaká je příčina vývojové dysfázie.

Po komplexním vyhodnocení této otázky bylo zjištěno, že ani jeden student nevybral obě správné odpovědi. 16 studentů zvolilo jako jedinou odpověď jednu ze správných možností. 33 respondentů zahrnuje do výběru odpovědí alespoň jednu nesprávnou příčinu.



Grafické schéma 19: Vizualizace možných příčin VD (vlastní zdroj)

možné příčiny VD	počet	zastoupení v procentech (%)
difuzní poškození mozku	18	18,8
nevím	16	16,7
zápřlivé onemocnění mozku (např. encefalitida, meningoencefalitida)	16	16,7
porucha centrálního zpracování řečového signálu	13	13,5
narušení funkce hlavových nervů podílejících se na tvorbě řeči	13	13,5
mozková obrna	11	11,5
rozštěpová vada	6	6,3
narušení intelektu	3	3,1

Grafické schéma 20: Přehled možných příčin VD (vlastní zdroj)

Součástí dotazníkového šetření bylo také ověřování informovanosti respondentů v oblasti symptomatologie VD. Následující problematikou se zabývaly tři dotazníkové položky. U prvních dvou mohli respondenti zvolit více správných možností. První z položek se zaměřovala na řečové abnormality, které se s VD pojí. 14 respondentů (21,5 %) označilo 3 a více správných řečových symptomů, přičemž 4 (6,2 %) byli schopni vybrat všechny správné odpovědi. 11 respondentů (16,9 %) identifikovalo 2 správné odpovědi a celkem 17 studentů (26,2 %) označilo pouze 1 správný příznak. 13 studentů (20 %) zahrnuje do své odpovědi jeden nesprávný symptom. 10 vysokoškoláků (15,4 %) odpovědělo, že neví, jaké jsou řečové příznaky VD.

Z uvedeného vyplývá, že 38,4 % respondentů je schopných identifikovat dva a více řečových symptomů u osob s VD. 61,6 % budoucích pedagogů nemá dostatečný přehled o řečových příznacích, které mohou tuto vadu doprovázet.



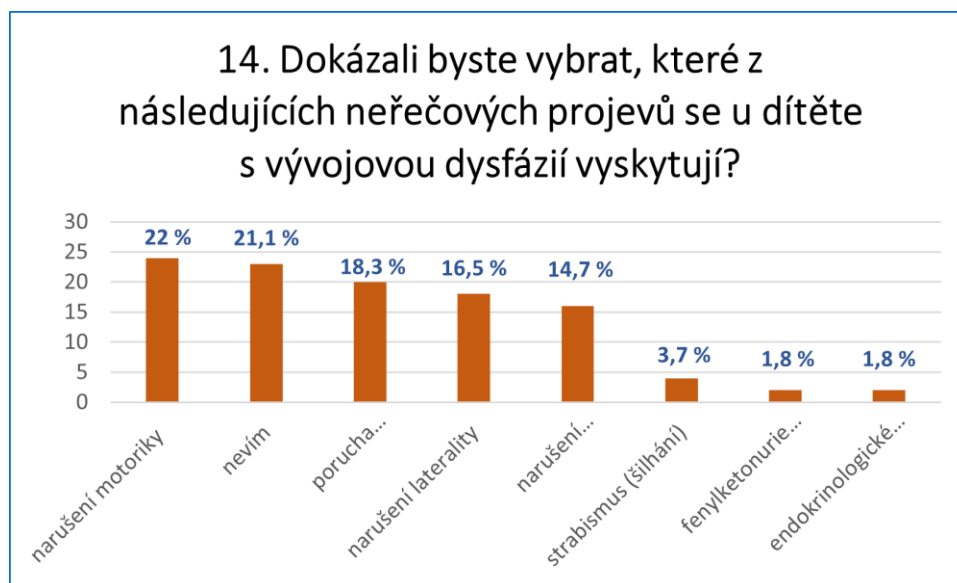
Grafické schéma 21: Vizualizace řečových symptomů VD (vlastní zdroj)

symptomy	počet	zastoupení v procentech (%)
porucha exprese řeči (vyjádření)	43	28,3
porucha prozodických faktorů (tempo, melodie, hlasitost, rytmus, ad.)	26	17,1
paralalie (nahrazování jiných hlásek) a mogilalie (vynechávání hlásek)	24	15,8
agramatická řeč (neschopnost gramaticky správně spojovat slova a věty)	20	13,2
porucha percepce řeči (vnímání)	16	10,5
nevím	10	6,6
porucha respirace (dýchání)	7	4,6
problémy v komunikaci pouze v neznámém prostředí a s neznámými osobami	6	3,9

*Grafické schéma 22: Přehled řečových symptomů VD (vlastní zdroj)*

V dotazníkové položce zjišťující informovanost vysokoškolských studentů v oblasti neřečových projevů u dětí s VD bylo na výběr 8 možností z toho 4 uváděly správné příznaky. 17 respondentů (26,2 %) bylo schopno označit 2 a více správných neřečových symptomů VD, a z toho pouze 3 studenti (4,6 %) vybrali všechny správné nabízené možnosti. Stejný počet studentů (26,2 %) byl schopný označit pouze jeden správný neřečový symptom. 8 respondentů (12,3 %) zvolilo při svém výběru alespoň jeden nesprávný příznak (strabismus, fenylketonurie nebo endokrinní onemocnění) a 23 dotazovaných (35,4 %) odpovědělo, že neví, jaké neřečové příznaky mohou vznikat u jedinců s VD.

Ve vybraném vzorku studentů je znalost neřečových příznaků nižší než znalost řečových symptomů.



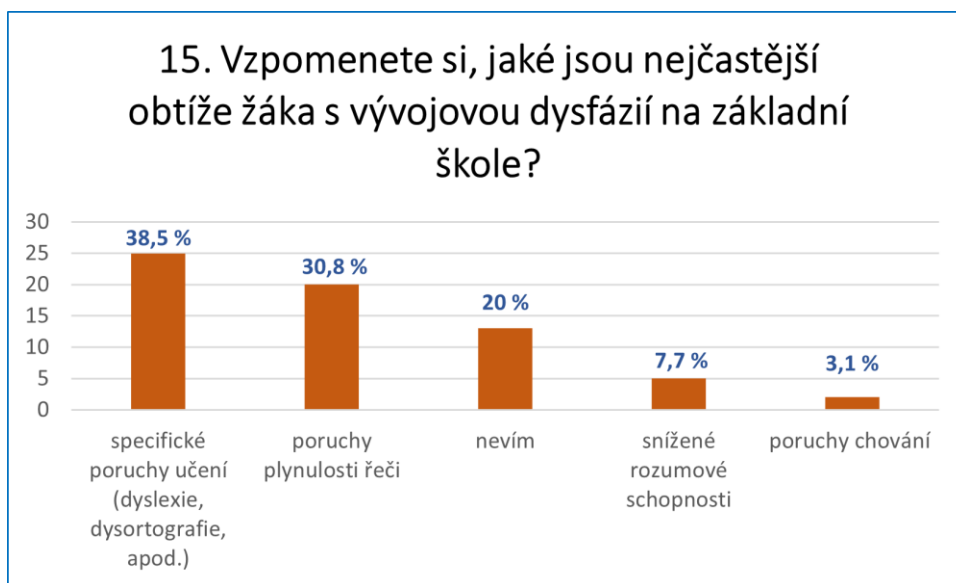
Grafické schéma 23: Vizualizace neřečových symptomů VD (vlastní zdroj)

symptomy	počet	zastoupení v procentech (%)
narušení motoriky	24	22
nevím	23	21,1
porucha sluchového a zrakového vnímání	20	18,3
narušení laterality	18	16,5
narušení paměťových funkcí	16	14,7
strabismus (šilhání)	4	3,7
fenyktonurie (porucha metabolismu bílkovin)	2	1,8
endokrinnologické onemocnění (onemocnění způsobené abnormální hladinou hormonů)	2	1,8

Grafické schéma 24: Přehled neřečových symptomů VD (vlastní zdroj)

Otázka č. 15 byla poslední ze série položek věnujících se příznakům VD. Respondenti měli vybrat nejčastější obtíže žáka s VD při výuce na základní škole. Z 5 možností zvolilo správnou odpověď 25 respondentů (38,5 %). Dalších 20 osob (30,8 %) se mylně domnívá, že největším problémem jsou poruchy plynulosti řeči. 13 vysokoškolských studentů (20 %) přiznalo, že neví, který problém je na základní škole u žáka s VD nejčastější. 5 respondentů (7,7 %) si chybně myslí, že se VD u dítěte během školní výuky projevuje sníženými rozumovými schopnostmi. Zbylí 2 respondenti (3,1 %) nesprávně uvádějí jako nejtýpickejší obtíž žáka s VD při výuce poruchu chování.

Je zřejmé, že více než polovina budoucích pedagogů nedokáže správně identifikovat nejčastější obtíže žáka s VD během vzdělávání na základní škole. Specificky narušený vývoj řeči tak u daného jedince nemusí být rozpoznán, zejména u oligosymptomatických žáků. Z toho může následně vyplývat neadekvátní hodnocení studijních výkonů, chronické přetěžování dítěte a ztráta motivace.



Grafické schéma 25: Vizualizace obtíží žáků s VD na ZŠ (vlastní zdroj)

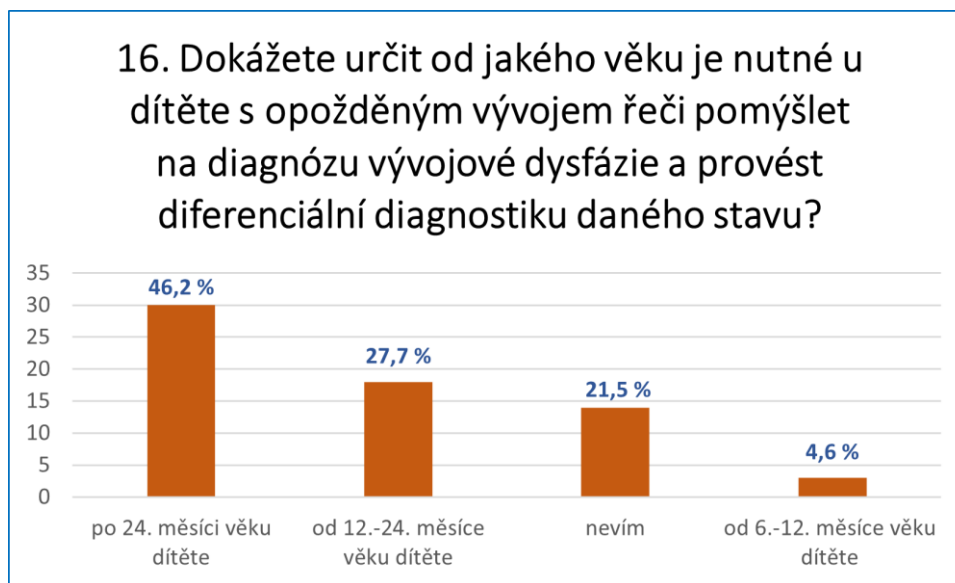
Obtíže žáků s VD na ZŠ	počet	zastoupení v procentech (%)
specifické poruchy učení (dyslexie, dysortografie apod.)	25	38,5
poruchy plynulosti řeči	20	30,8
nevím	13	20
snížené rozumové schopnosti	5	7,7
poruchy chování	2	3,1

Grafické schéma 26: Přehled obtíží žáků s VD na ZŠ (vlastní zdroj)

Dále byla snaha zjistit, zda budoucí pedagogové dokážou určit, v jakém věku dítěte s opožděným vývojem řeči (OVR) je nutné pomýšlet na diagnózu vývojové dysfázie a kdy je potřeba provést diferenciální diagnostiku daného stavu. 30 jedinců (46,2 %) vybralo správnou odpověď, která zní; dítě s OVR by mělo podstoupit diferenciální diagnostiku po 24. měsíci věku dítěte. (Pospíšilová, 2018) 18 respondentů (27,7 %) si nesprávně myslí, že dítěti s OVR může být diagnostikována vývojová dysfázie již od 12. – 24. měsíce věku.

Možnost „nevím“ zvolilo 14 dotazovaných (21,5 %). Chybně odpověděli také 3 jedinci (4,6 %), kteří uvedli, že VD je možné diagnostikovat již od 6. - 12. měsíce věku.

Tato otázka byla pouze orientační, protože si autorka uvědomuje, že stanovení diagnózy a provedení diferenciatní diagnostiky spadá do rukou klinického logopeda nikoliv učitele.



Grafické schéma 27: Vizualizace věku dítěte s VD při stanovení diagnózy (vlastní zdroj)

věk, od kterého lze stanovit diagnózu VD	počet	zastoupení v procentech (%)
po 24. měsíci věku dítěte	30	46,2
od 12.-24. měsíce věku dítěte	18	27,7
nevím	14	21,5
od 6.-12. měsíce věku dítěte	3	4,6

Grafické schéma 28: Přehled věku dítěte s VD při stanovení diagnózy (vlastní zdroj)

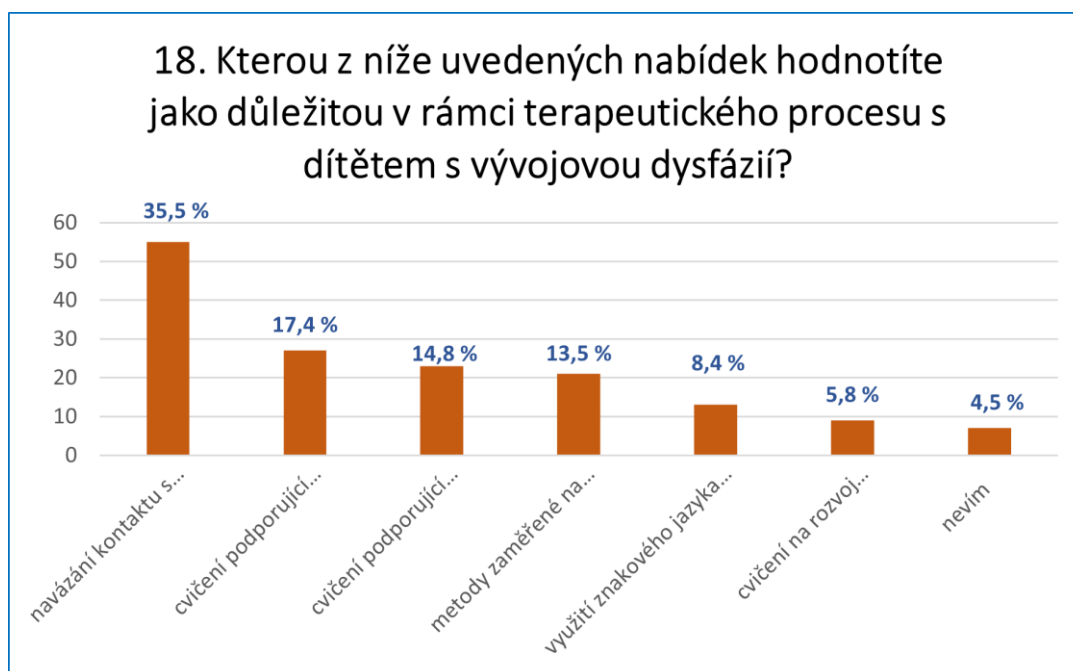
Několik dalších otázek se věnovalo možnostem terapie a rozvoje dítěte s VD. V otevřené otázce „Kdo by se měl podle Vás podílet na terapii jedince s vývojovou dysfázií?“ respondenti uvedli následující odpovědi – logoped/klinický logoped, rodiče, pedagog/škola, speciální pedagog, asistent pedagoga, psycholog, PPP, SPC, lékař (neurolog, otorinolaryngolog, foniatr, pedopsychiatr a pediatr). Nejčastěji byl zmiňovaný logoped (33x), na druhém místě rodič (25x) a třetí nejčastější odpovědí byl pedagog (18x). Dále byl 14x zmíněn speciální pedagog, 11x psycholog, 11x lékař, 6x PPP a 4x SPC. 5 respondentů



odpovědělo nespécificky, přičemž uvedlo, že na terapii by se měl podílet „odborník“. Celkem 9 respondentů si zřetelně uvědomuje nutnost komplexního přístupu k dítěti s VD a ve své odpovědi uvedlo čtyři a více odborníků, nejvíce odborníků – 6 uvedli 2 z nich. 11 vysokoškoláků uvádí tři specialisty. 18 respondentů zmiňuje dva odborníky a stejný počet dotazovaných jmenovalo pouze jednoho specialistu. 9 budoucích učitelů neuvedlo nikoho. Ačkoliv si 50,8 % respondentů uvědomuje, že při terapii hraje důležitou roli logoped, pouze 27,7 % budoucích učitelů ví o své roli v terapii VD.

Terapii vývojové dysfázie se dále zabývala otázka č. 18, která analyzovala, jaké komponenty by dle respondentů měl zahrnovat terapeutický proces u osob s VD. Na výběr bylo sedm možností, přičemž respondenti mohli zvolit jednu nebo více. Čtyři terapeutické možnosti odpovídaly soudobým odborným poznatkům. Pouze 3 respondenti (4,6 %) zvolili všechny čtyři správné postupy a další 4 dotazovaní (6,1 %) vybrali tři správné odpovědi. 5 respondentů (7,7 %) bylo schopno identifikovat dvě správné varianty a 20 vysokoškoláků (30,8 %) označilo pouze jeden vhodný postup. 26 respondentů (40 %) označilo alespoň jeden nesprávný terapeutický postup a 7 studentů (10,8 %) vybralo možnost „nevím“.

Více než 50 % respondentů nedokázalo určit vhodné komponenty terapeutického procesu u osob s VD.



Grafické schéma 29: Vizualizace jednotlivých složek terapie (vlastní zdroj)

terapeutické postupy	počet	zastoupení v procentech (%)
navázání kontaktu s dalšími odborníky (klinický logoped, sociální pracovník, psycholog, foniatr, ad.) a rodinnými příslušníky	55	35,5
cvičení podporující jemnou a hrubou motoriku	27	17,4
cvičení podporující rozvíjení zrakového a sluchového vnímání	23	14,8
metody zaměřené na rozvoj intelektových schopností, které jsou u dítěte s vývojovou dysfázií narušené	21	13,5
využití znakového jazyka v rámci rozvoje komunikačních dovedností dítěte	13	8,4
cvičení na rozvoj orientace v čase a v prostoru	9	5,8
nevím	7	4,5

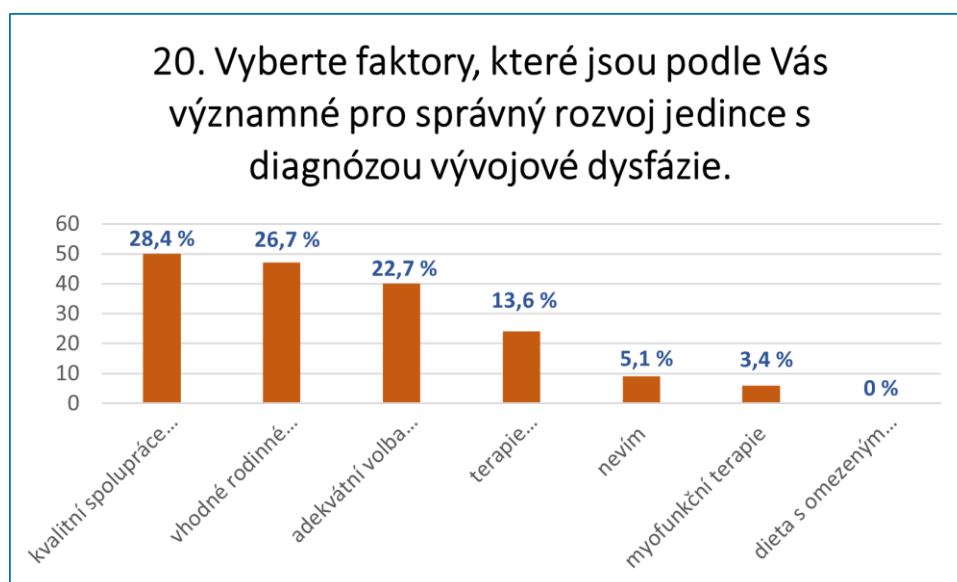
*Grafické schéma 30: Přehled jednotlivých složek terapie (vlastní zdroj)*

Položka č. 19 byla otevřená. Autorku diplomové práce zajímalo, jak by budoucí pedagogové zohlednili přítomnost jedince s VD ve své třídě. Z postupů navržených respondenty byla nejčastěji zmiňována podpora ze strany asistenta pedagoga (12x), konzultace a doporučení z PPP (6x), individuální přístup k jedincům s VD (6x) a dostatek času na práci (6x). 4 dotazovaní studenti by využívali IVP, další 4 by uvítali podpůrná opatření a jiní 4 studenti by připravovali dostupnější úkoly pro děti s vývojovou dysfázií. 4 respondenti považují za důležité informovat spolužáky o problematice vývojové dysfázie, aby předcházeli šikaně. 3 budoucí pedagogové by věnovali zvýšenou pozornost žákovi, jiní by upravovali jednotlivé aktivity, věnovali by více času vysvětlování, nespěchali by při výkladu, vytvářeli by bezpečné prostředí v rámci třídy a používali by alternativní formu komunikace. Někdo by naopak žáka v hodinách nevyvolával a věnoval by mu více času mimo třídu, zkoušel by žáka pouze písemně a při diktování by měl žák k dispozici text. Jiný respondent by využíval rady odborníků, četl by odbornou literaturu a k dítěti by zaujal odlišnou péči. Dále respondenti nezapomněli zmínit odpočinek a relaxaci dítěte s VD během výuky, vzájemnou pomoc od spolužáků, zařazení pomůcek pro zrakový a sluchový rozvoj, respektování vývoje dítěte a ověřování, zda žák porozuměl zadání. Dále by učitel neměl při výkladu látky spěchat a měl

by přesněji artikulovat. Podle jednoho respondenta by měl přístup k žákovi s VD zohledňovat závažnost jeho vady. 21 respondentů (32,3 %) neví, jakým způsobem by s dítětem s vývojovou dysfázií pracovalo.

Dvacátá otázka zjišťovala, jaké faktory považují budoucí učitelé za významné pro správný rozvoj jedince s VD. Otázka byla sestavena tak, že si respondenti mohli vybrat z více možností, přičemž tři byly správné a tři nesprávné. 14 respondentů (21,5 %) označilo všechny tři správné možnosti, dalších 9 dotazovaných (13,8 %) zvolilo dvě správné odpovědi a 7 studentů (10,8 %) vybralo pouze jednu vhodnou variantu. 26 respondentů (40 %) ve své odpovědi označilo alespoň jednu chybnou možnost. 9 budoucích pedagogů (13,8 %) neví, jakými postupy by mohlo rozvíjet jedince s VD v průběhu výuky.

50 respondentů se shodlo na tom, že pro správný rozvoj jedince s VD je důležitá kvalitní spolupráce jednotlivých odborníků participujících na terapii. 47 dotazovaných tvrdí, že je důležité vhodné rodinné zázemí a 40 udává i adekvátní volbu školního zařízení. Terapie dlouhodobě zaměřená na rozvoj jedné kognitivní funkce by neměla velký vliv na správný rozvoj jedince s VD. Přesto tuto možnost označilo 24 respondentů. 6 respondentů zvolilo chybnou možnost „myofunkční terapie“. Dietu s omezeným příjmem bílkovin správně nikdo z dotazovaných studentů neoznačil.

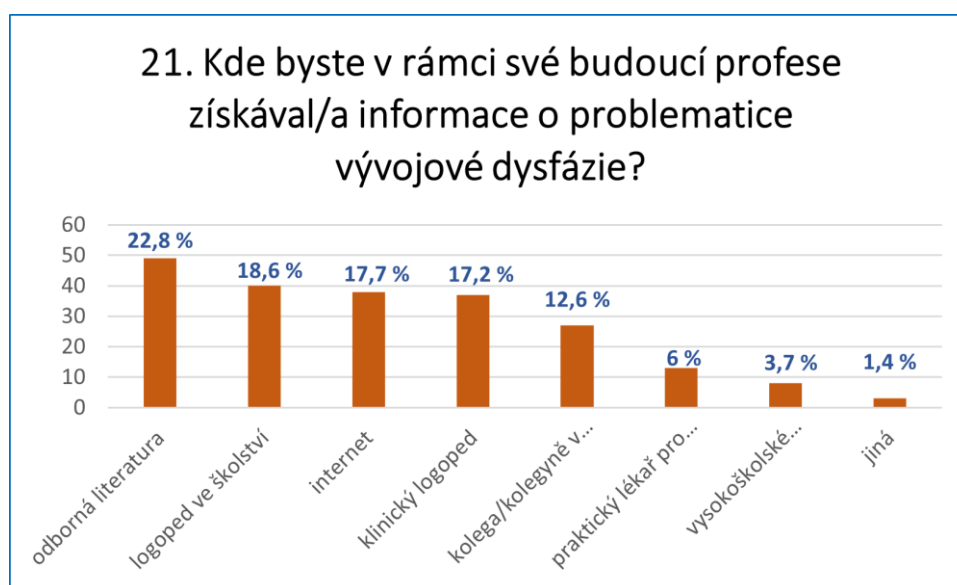


Grafické schéma 31: Vizualizace faktorů významných pro rozvoj jedinců s VD (vlastní zdroj)

faktory významné pro rozvoj jedince s VD	počet	zastoupení v procentech (%)
kvalitní spolupráce jednotlivých odborníků participujících na terapii	50	28,4
vhodné rodinné zázemí	47	26,7
adekvátní volba školního zařízení	40	22,7
terapie dlouhodobě zaměřená na rozvoj jedné kognitivní funkce	24	13,6
nevím	9	5,1
myofunkční terapie	6	3,4
dieta s omezeným příjmem bílkovin	0	0

Grafické schéma 32: Přehled faktorů významných pro rozvoj jedinců s VD (vlastní zdroj)

Následující otázka mapovala, kde by budoucí pedagogové získávali informace o problematice VD v rámci své budoucí profese. Více než polovina z dotazovaných uvedla, že by informace hledala v odborné literatuře (49x), u logopeda ve školství (40x), na internetu (38x) a u klinického logopeda (37x). Méně než polovina respondentů, by pomoc ohledně VD hledala u kolegy/kolegyně v zaměstnání (27x), u praktického lékaře pro děti a dorost (13x), nebo ve vysokoškolských zápiscích (8x). 3 jedinci zvolili možnost „jiná“. Jeden zmínil zkušenější pedagogy, druhý speciálního pedagoga ve škole a poslední PPP. Z výsledků je zřejmé, že většina budoucích pedagogů by si při dohledávání informací týkajících se vývojové dysfázie dokázala poradit.

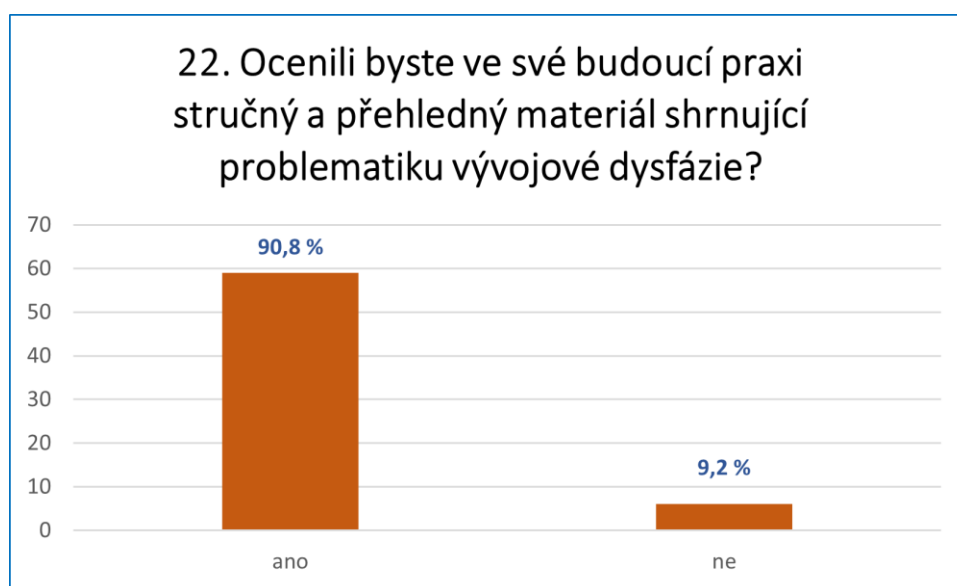


Grafické schéma 33: Vizualizace zdrojů informací o VD (vlastní zdroj)

zdroj informací	počet	zastoupení v procentech (%)
odborná literatura	49	22,8
logoped ve školství	40	18,6
internet	38	17,7
klinický logoped	37	17,2
kolega/kolegyně v zaměstnání	27	12,6
praktický lékař pro děti a dorost	13	6
vysokoškolské zápisky	8	3,7
jiná	3	1,4

Grafické schéma 34: Přehled zdrojů informací o VD (vlastní zdroj)

Předposlední otázka v dotazníku zjišťovala, kolik respondentů by při výkonu svého budoucího povolání uvítalo stručný a přehledný materiál shrnující problematiku VD. Z 65 dotazovaných studentů by materiál uvítalo 59, tedy 90,8 %. Pouze 6 studentů (9,2 %) by materiál neocenilo. Z toho vyplývá, že by o nově vytvořený stručný a přehledný materiál byl ze strany studentů velký zájem.



Grafické schéma 35: Vizualizace názoru na nový materiál shrnující problematiku VD (vlastní zdroj)

názor na nový materiál shrnující problematiku VD	počet	zastoupení v procentech (%)
ano	59	90,8
ne	6	9,2

Grafické schéma 36: Přehled názoru na nový materiál shrnující problematiku VD (vlastní zdroj)

Jelikož jedním z dílčích cílů diplomové práce je navržení stručného a informativního materiálu shrnujícího problematiku VD byl v závěru dotazníku respondentům věnován prostor pro vlastní vyjádření požadavků, které by podle nich neměly v materiálu chybět. 50 respondentů nevedlo žádný požadavek. 10 respondentů by chtělo, aby materiál obsahoval rady, jak s dítětem s VD pracovat. 3 budoucí učitelé by v materiálu rádi našli ukázky jednotlivých projevů, kazuistiku nebo projevy v jednotlivých výukových předmětech. Další respondenti by uvítali obecné vysvětlení vývojové dysfázie, její příčiny, projevy a tipy na aktivity. Jeden z respondentů by uvítal informace o podpoře jedinců s VD při učení a další by ocenil informaci, jak má vyhodnocovat práci dítěte s VD. Poslední žádostí bylo šíření materiálu do škol.

## **6 Závěry výzkumného šetření**

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo analyzovat informovanost vysokoškolských studentů oboru učitelství pro mateřské školy, učitelství pro 1. stupeň základní školy a učitelství pro 2. stupeň základní školy o problematice vývojové dysfázie. Zhodnocení informovanosti bylo provedeno prostřednictvím dotazníkového šetření, které bylo realizováno na základě on-line odpovědí budoucích učitelů. Na vytvořený internetový dotazník odpovědělo celkem 65 respondentů. Jednotlivé odpovědi byly zaznamenány, analyzovány a komplexně vyhodnoceny.

Hlavní cíl praktické části diplomové práce byl naplňován prostřednictvím 6 parciálních cílů.

### **6.1 Zodpovězení výzkumných otázek**

**VO1: Byli studenti výše jmenovaných oborů seznámeni s pojmem vývojové dysfázie v rámci teoretické výuky (přednášky, semináře) na vysoké škole?**

První výzkumná otázka praktické části diplomové práce zjišťovala, zda se studenti oboru učitelství setkali v rámci vysokoškolské výuky s termínem vývojová dysfázie. Danou problematikou se v rámci dotazníkového šetření zabývala položka č. 5. Z celkového počtu respondentů jich 45 (69,2 %) odpovědělo kladně. 11 osob (16,9 %) se s pojmem vývojová dysfázie v průběhu výuky na vysoké škole nesetkalo a zbylých 9 jedinců (13,8 %) neví. Je tedy zřejmé, že více než dvě třetiny studentů se s problematikou vývojové dysfázie v průběhu vysokoškolského vzdělávání setkalo minimálně na teoretické úrovni. Zjištěný údaj ovšem neposkytuje informace o kvalitativní stránce výuky, týkající se dané problematiky. (viz grafické schéma 7 v kapitole 5)

**VO2: Získali studenti oboru učitelství během výuky na vysoké škole praktickou zkušenost s dětmi s vývojovou dysfázií?**

Výzkumná otázka č. 2 hodnotila praktickou zkušenost budoucích pedagogů s dětmi, u nichž byla diagnostikována vývojová dysfázie. K tomu sloužila dvojice dotazníkových otázek (č.

6 a č. 7) Otázka č. 6 mapovala, zda se studenti setkali s dětmi s VD během praktické vysokoškolské výuky. 45 respondentů (69,2 %) uvedlo, že zkušenost s jedinci s VD v průběhu praktické výuky nezískali, dalších 6 dotazovaných (9,2 %) zvolilo odpověď „nevím“ a pouhých 14 vysokoškoláků (21,5 %) se setkalo během praktické vysokoškolské výuky s dítětem s VD. (viz grafické schéma 9 v kapitole 5) Otázka č. 7 dále zkoumala, kolik studentů mělo možnost vést praktickou výuku v přítomnosti dítěte s VD pod odborným dohledem školitele. Jak ukázalo grafické schéma č. 11 tuto možnost mělo pouze 5 studentů (7,7 %).

Velká část studentů oboru učitelství se v průběhu praktické vysokoškolské výuky s dětmi s VD nesešla, což je závažné, neboť řada dětí s VD navštěvuje běžné mateřské a základní školy, kde probíhá pravidelná praxe studentů vysokých škol. Navíc pouze minorita budoucích pedagogů měla možnost vést výuku, které se účastnil jedinec s VD pod odborným dohledem školitele.

### **VO3: Znájí vysokoškolští studenti učitelských oborů příznaky vývojové dysfázie?**

Další výzkumná otázka analyzovala povědomí vysokoškolských studentů o řečových a neřečových projevech vývojové dysfázie. Položky č. 13 a č. 14 byly sestaveny tak, aby umožnily zjistit tento parciální cíl. V otázce ověřující znalost řečových příznaků VD bylo schopno 14 respondentů (21,5 %) vybrat tři a více správných řečových projevů VD, přičemž 4 studenti (6,2 %) zvolili všechny správné odpovědi. 11 respondentů (16,9 %) identifikovalo dvě správné odpovědi a celkem 17 studentů (26,2 %) označilo pouze 1 správný příznak. Celkem 13 studentů (20 %) zahrnuje do své odpovědi jeden nesprávný symptom. 10 vysokoškoláků (15,4 %) odpovědělo, že neví, jakými řečovými příznaky se VD projevuje. Z uvedeného vyplývá, že 38,4 % respondentů je schopných identifikovat dva a více řečových symptomů u osob s VD. U 61,6 % respondentů lze znalosti řečových příznaků VD označit jako nedostatečné, protože byli schopni uvést pouze jeden příznak nebo byla jejich odpověď chybná, případně přiznali, že řečové příznaky VD neznají. (viz grafické schéma 21 v kapitole 5)



Položka č. 14 cílila na znalost neřečových projevů VD. Dva a více neřečových symptomů VD označilo 17 respondentů (26,2 %), a z toho pouze 3 studenti (4,6 %) vybrali všechny správné nabízené možnosti. Dalších 17 studentů (26,2 %) vybralo pouze jeden správný neřečový symptom. 8 respondentů (12,3 %) zahrnuje do své odpovědi minimálně jeden nesprávný příznak. 23 dotazovaných (35,4 %) neví, jaké neřečové příznaky mohou vznikat u jedinců s VD. Získaná data přináší důležitou informaci. Neřečové příznaky v porovnání s řečovými projevy VD nezná mnohem větší procento studentů. Tím pádem je i schopnost budoucích pedagogů zohlednit neřečové projevy VD v průběhu vzdělávacího procesu nižší. (viz grafické schéma 23 v kapitole 5)

#### **VO4: Jsou budoucí pedagogové seznámeni s vhodnými postupy, které mohou využít při práci s dětmi s vývojovou dysfázií?**

Čtvrtá výzkumná otázka mapovala, zda respondenti znají vhodné postupy použitelné při práci s dětmi s VD. Danou problematikou se zabývaly tři dotazníkové položky. Otázka č. 18 analyzovala, jaké komponenty by dle respondentů měl zahrnovat terapeutický proces u osob s VD. Všechny čtyři správné postupy vybrali pouze 3 studenti (4,6 %). Další 4 respondenti (6,1 %) označili tři správné odpovědi. 5 budoucích pedagogů (7,7 %) dokázalo identifikovat dvě správné odpovědi a 20 vysokoškoláků (30,8 %) navrhlo pouze jeden vhodný postup. 26 respondentů (40 %) ve své odpovědi zahrnuje minimálně jeden nesprávný terapeutický postup a 7 studentů (10,8 %) uvedlo, že neví, jaké vhodné postupy lze při práci s dětmi s VD použít. Z uvedených dat je zřejmé, že více než polovina budoucích pedagogů nezná postupy využívané při práci s osobami s VD. Současně 30,8 % dotazovaných vybralo pouze jeden postup, což neodpovídá v současnosti požadovanému komplexnímu terapeutickému přístupu k dětem s VD. (viz grafické schéma 29 v kapitole 5)

Navazující otázka analyzovala, jakým způsobem by respondenti zohlednili přítomnost dítěte s VD při vzdělávacím procesu. Studenti uvedli celou řadu odpovědí, přičemž nejčastěji zmiňovali přítomnost asistenta pedagoga ve výuce (viz otázka č. 19 v kapitole 5). Dotazníkové šetření zjistilo, že 21 respondentů (32,3 %) neví, jak by s dítětem s vývojovou dysfázií pracovalo. Vzhledem k faktu, že výuka žáků s VD má řadu specifík, považuje

autorka práce za alarmující, že téměř jedna třetina budoucích pedagogů netuší, jakým způsobem by při výuce vývojovou dysfázií u žáka zohlednila.

Otázka č. 20 se dotazovala respondentů, jaké faktory považují za důležité pro příznivý rozvoj jedince s VD. Studenti měli na výběr ze tří správných a tří nesprávných odpovědí. Všechny tři správné odpovědi vybralo 14 respondentů (21,5 %) a dalších 9 (13,8 %) označilo dvě správné možnosti. Pouze jednu vhodnou odpověď zvolilo 7 studentů (10,8 %). 26 respondentů (40 %) zahrnuje do své odpovědi alespoň jednu nesprávnou možnost a 9 budoucích pedagogů (13,8 %) neví, jaké faktory jsou důležité pro správný rozvoj jedince s VD. Z této dotazníkové položky vyplývá, že více než polovina respondentů není schopná identifikovat postupy, které by umožnily správný vývoj dítěte s VD. To by v praxi mohlo vyústit v nesprávné vedení vzdělávacího procesu a přetěžování dítěte, ev. k prohloubení některých problémů u dítěte s VD.

#### **VO5: Jaký je zájem studentů vysokých škol učitelských oborů o stručný a přehledný materiál shrnující problematiku vývojové dysfázie?**

Pátá výzkumná otázka ověřovala, zda by vysokoškolští studenti oboru učitelství měli zájem o stručný a přehledný materiál shrnující problematiku vývojové dysfázie. Z výzkumu vyplývá, že 59 zúčastněných dotazníkového šetření (90,8 %) by vytvoření materiálu ocenilo. (viz grafické schéma 35 v kapitole 5)

## **6.2 Ověření hypotéz**

V úvodu praktické části diplomové práce byly stanoveny 3 hypotézy.

Hypotéza č. 1 vychází z knihy od docentky Alžběty Peutelschmiedové. Paní docentka si zde pokládá otázku, zda jsou pedagogové dostatečně informováni o problematice narušených komunikačních schopností, kam spadá také vývojová dysfázie. Následně poznamenává: *“Nebojím se říci, že situace je dosti žalostná [...] Dovolím si dost tvrdě poznamenat, že řečově handicapovaní asi nejsou mediálně tak vděčná a z různých důvodů preferovaná témata, jako některá jiná postižení.”* (Peutelschmiedová, 2009, s.53) Této hypotézy se v rámci dotazníkového šetření týkaly položky hodnotící teoretické znalosti budoucích pedagogů. Bylo zjištěno, že 45 respondentů (69,2 %) absolvovalo v průběhu studia předmět

zaměřený na základy speciální pedagogiky nebo logopedie. Stejně množství studentů uvedlo, že se v rámci teoretické vysokoškolské výuky (přednášky, semináře) setkali s pojmem vývojová dysfázie. Více než polovina dotazovaných (35 osob) dokázala vybrat správnou definici vývojové dysfázie a 39 osob správně určilo, u jakého pohlaví se vada častěji vyskytuje. Při hlubším ověřování informovanosti studentů ve vybrané problematice bylo zjištěno, že pouze 25 % dokáže správně vybrat jednu z možných příčin vývojové dysfázie. Dále 38,4 % respondentů identifikuje dva a více řečových symptomů a 26,2 % budoucích pedagogů je schopno určit dva a více neřečových příznaků VD. Další údaje zabývající se znalostí vhodných postupů při práci s dětmi s VD byly detailně popsány a zhodnoceny v rámci VO4.

definovaná skupina	počet	zastoupení v procentech (%)
studenti, kteří absolvovali předmět zaměřený na základy speciální pedagogiky nebo logopedie	45	69,2
studenti, kteří se v rámci teoretické výuky setkali s pojmem VD	45	69,2
studenti, kteří jsou schopni správně definovat VD	35	53,8
studenti se základní znalostí epidemiologie VD	39	60
studenti, kteří identifikovali alespoň 1 příčinu VD	16	24,6
studenti, kteří znají 2 a více řečových symptomů VD	25	38,4
studenti, kteří znají 2 a více neřečových symptomů VD	17	26,2

*Grafické schéma 37: Pomocné grafické schéma pro ověření hypotézy č. 1*

Z výše uvedeného vyplývá, že více než dvě třetiny budoucích pedagogů získá v průběhu vysokoškolského vzdělávání základní informace o specificky narušeném vývoji řeči. Detailnější znalost dané problematiky byla zjištěna pouze u malého počtu studentů. S tím korelují také praktické zkušenosti s dětmi s VD získané v rámci vysokoškolského

vzdělávání, které udává 21,5 % respondentů. Na tomto místě je třeba si položit otázku, zda je vůbec detailnější seznámení s danou specifickou problematikou v rámci vzdělávání pedagogů možné a jestli by jeho zařazení nebylo na úkor jiných důležitých informací.

Při hodnocení pouze základní teoretické roviny znalostí v problematice vývojové dysfázie, jakožto jedné z kategorií narušených komunikačních schopností, můžeme tvrdit, že **hypotéza č. 1 byla vyvrácena.**

Druhá hypotéza měla potvrdit nebo vyvrátit fakt, že informovanost a schopnost reflektovat specifika žáka s VD je vyšší u vysokoškolských studentů oboru učitelství 1. stupně než u studentů oboru učitelství 2. stupně. Hypotéza byla vytvořena na základě informací, které v rozhovoru pro online časopis *Listy klinické logopedie* uvedla logopedka Mgr. Šarounová. K posouzení hypotézy č. 2 byly použity tři položky z dotazníkového šetření, které byly podrobně analyzovány a procentuálně vyhodnoceny. Studenty oboru učitelství 2. stupně bylo třeba rozdělit na dvě skupiny. První byla tvořena respondenty, u nichž byl jeden z oborů český jazyk nebo speciální pedagogika, kde autorka diplomové práce předpokládala lepší znalost zmiňované problematiky. Druhou skupinu tvořili ostatní studenti oboru učitelství 2. stupně. Absolutní počty studentů v jednotlivých skupinách shrnuje grafické schéma č. 6.

Při zhodnocení otázky č. 5 bylo zjištěno, že teoretickou znalost problematiky VD získalo během vysokoškolského studia 75 % studentů oboru učitelství 1. stupně, zatímco u studentů oboru učitelství 2. stupně se jednalo o 52,4 %. Ze skupiny studující český jazyk nebo speciální pedagogiku má teoretickou znalost 70,6 % respondentů. Téměř stejné výsledky přinesla otázka č. 9, která zjišťovala, kolik respondentů v průběhu vysokoškolské výuky absolvovalo předmět zaměřený na základy speciální pedagogiky nebo logopedie. Jediný rozdíl byl u skupiny vysokoškoláků studující jeden z oborů český jazyk/speciální pedagogika, kde 65 % osob uvedlo, že jeden z výše uvedených předmětů absolvovalo.

Významná pro verifikaci hypotézy č. 2 byla dotazníková otázka č. 19, která zjišťovala, jakým způsobem by budoucí pedagogové zohlednili přítomnost jedince s VD ve své třídě. Podrobná analýza ukázala, že 31,3 % budoucích učitelů 1. stupně neví, jak zohlednit přítomnost jedince s VD při výuce. Ve skupině učitelů, kde ani jeden ze studovaných oborů není český jazyk nebo speciální pedagogika se jedná o 47,6 %. Naopak u studentů oboru

učitelství 2. stupně se zaměřením na český jazyk nebo speciální pedagogiku by nevědělo, jak vadu při výuce zohlednit pouze 17,6 % respondentů.

specifická problematika	studenti učitelství pro 1. stupeň	studenti učitelství pro 2. stupeň	studenti učitelství pro 2. stupeň se zaměřením ČJ/SPPG
	zastoupení v procentech (%)		
teoretická znalost VD	75	52,4	70,6
absolvování předmětu logopedie/speciální pedagogika	75	52,4	65
neschopnost zohlednit přítomnost žáka s VD při výuce	31,3	47,6	17,6

*Grafické schéma 38: Pomocné grafické schéma pro ověření hypotézy č. 2*

Z výše uvedených dat vyplývá, že pokud bychom porovnávali skupinu budoucích pedagogů 1. stupně a studentů oboru učitelství 2. stupně, kde ani jeden z oborů není český jazyk nebo speciální pedagogika, je informovanost první skupiny vyšší a **hypotéza č. 2 by byla potvrzena**. V případě, že do skupiny studentů oboru učitelství 2. stupně zahrneme i jedince studující jako jeden z oborů český jazyk nebo speciální pedagogiku je situace komplikovanější, získaná procenta jsou podobná a těžko můžeme hovořit o výraznějších rozdílech. V tomto případě by **hypotéza č. 2 nebyla potvrzena**.

Třetí a zároveň poslední hypotéza, která byla sestavena po konzultaci s logopedkami a budoucími učiteli ověřovala, zda by byl nově navržený stručný a přehledný materiál pro učitele v mateřských a základních školách shrnující problematiku VD mezi pedagogy vítán.

studenti učitelských oborů, kteří by uvítali vytvoření materiálu shrnujícího problematiku VD	počet	zastoupení v procentech (%)
	59	90,8

*Grafické schéma 39: Pomocné grafické schéma pro ověření hypotézy č. 3*

Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 90,8 % dotazovaných vysokoškolských studentů oboru učitelství by vznik materiálu shrnující problematiku VD ocenilo. Na základě získaných informací byla **hypotéza č. 3 potvrzena**.

### **6.3 Doporučení pro praxi**

Na základě získaných dat z dotazníkového šetření navrhla autorka diplomové práce stručný a přehledný materiál shrnující problematiku vývojové dysfázie. Vytvoření takového materiálu bylo zároveň jedním z parciálních cílů praktické části závěrečné práce.

Autorka diplomové práce si kladla za úkol vytvořit kvalitně strukturovaný dokument, který by mohli využít pedagogičtí pracovníci v průběhu jejich každodenní praxe. Důraz je kladen na poskytnutí základních faktů a informací určených primárně pro práci pedagogů. Při vytváření materiálu byla zohledněna některá přání budoucích pedagogů zjištěná prostřednictvím dotazníkového šetření. Některé informace o specificky narušeném vývoji řeči uvedené v odborné literatuře určené primárně pro klinické logopedy byly záměrně vynechány.

Materiál v celkovém rozsahu pěti stran je koncipován formou otázek, které si mohou pedagogové klást v případě, že pracují s dítětem, kterému byla diagnostikována vývojová dysfázie. Na každou otázku se autorka snaží odpovědět přehlednou a strukturovanou odpovědí. Na úvodní straně lze nalézt charakteristiku vývojové dysfázie, základní epidemiologická data a příčiny specificky narušeného vývoje řeči. Další stránka dokumentu je věnovaná jednotlivým řečovým a neřečovým projevům vývojové dysfázie. Následuje odstavec, ve kterém jsou uvedena specifika vzdělávacího procesu u žáka se specificky

narušeným vývojem řeči, na které by měl každý učitel pamatovat, v případě, že bude s takovým jedincem pracovat. Jedna strana dokumentu je věnovaná roli učitele při rozvoji dítěte s vývojovou dysfázií. Jsou zde jmenována základní doporučení, která by měla zlepšit výuku a rozvoj jedinců s vývojovou dysfázií. Materiál dále obsahuje základní informace v oblasti diagnostiky a terapie. V závěru jsou uvedeny odkazy na užitečné odborné zdroje, ze kterých mohou čtenáři dokumentu dále čerpat v případě většího zájmu o danou problematiku.

Celá příručka pro pedagogy, včetně obrazových doplňků byla vytvořena v grafickém programu Canva.

Pozn. Vytvořený materiál je prezentován v Příloze 2. **Navržením daného materiálu byl naplněn PC6.**

## **Závěr**

Vývojová dysfázie neboli specificky narušený vývoj řeči představuje komplexní vadu, která může mít zásadní vliv na rozvoj a kvalitu života daného jedince. Z hlediska závažnosti vady je třeba zmínit výraznou interindividuální variabilitu. Vývojová dysfázie se projevuje souborem řečových a neřečových příznaků. Neřečové symptomy, které jsou často opomíjeny mohou danému jedinci působit řadu problémů. Řada příznaků se současně vyskytuje i u jiných onemocnění a vad, proto je třeba klást důraz na důkladnou a komplexní diagnostiku provedenou týmem odborníků. Včasné a správné stanovení diagnózy vývojové dysfázie zásadně ovlivňuje rozvoj daného jedince. Terapie této narušené komunikační schopnosti spadá primárně do rukou klinického logopeda, zároveň ale vyžaduje aktivní účast nejbližšího okolí dítěte zejména rodiny a dalších specialistů z oblasti zdravotnictví, sociální péče a pedagogiky. Specifickou roli v přístupu k dětem s vývojovou dysfázií plní pedagogičtí pracovníci, jelikož daná porucha přináší řadu specifík v rámci vzdělávacího procesu. S tímto faktem by měl každý pedagog počítat, zohledňovat ho při výuce a ke každému jedinci s vývojovou dysfázií přistupovat individuálně. Nezbytnost zohlednit poruchu v průběhu vzdělávacího procesu, při současně často zmiňované nedostatečné informovanosti pedagogů v dané problematice, vedla autorku diplomové práce, aby se tématem vývojové dysfázie zabývala.

Diplomová práce se snaží o komplexní charakteristiku vývojové dysfázie. Detailně se věnuje také specifickým, která sebou přináší vzdělávání osob se specificky narušeným vývojem řeči.

V teoretické části diplomové práce byla po důkladném prostudování dostupné odborné literatury popsána definice vývojové dysfázie, její epidemiologie, etiopatogeneze, symptomatologie a klasifikace. V dalším oddílu teoretické části byly charakterizovány diagnostické a terapeutické postupy, které se u vývojové dysfázie využívají. Následně byly prezentovány možnosti předškolního a školního vzdělávání dětí s vývojovou dysfázií. Závěr teoretické části diplomové práce byl věnován prognóze a prevenci.

V praktické části diplomové práce byla prostřednictvím dotazníkového šetření analyzována informovanost budoucích pedagogických pracovníků v oblasti vývojové dysfázie. Výzkumný vzorek byl tvořen vysokoškolskými studenty oborů učitelství pro mateřské školy a učitelství pro 1. a 2. stupeň základní školy studujících na území ČR. Dotazník přinesl řadu



významných zjištění. Ačkoliv byla většina studentů s termínem vývojové dysfázie v průběhu vysokoškolského vzdělávání seznámena, pouze minimum budoucích pedagogů má detailnější znalosti a praktickou zkušenost v dané problematice. Současně bylo zjištěno, že více než polovina budoucích pedagogů nezná vhodné postupy využívané při práci s osobami s vývojovou dysfázií. V návaznosti na informace zjištěné od vysokoškolských studentů byl v rámci praktické části vytvořen stručný a přehledný materiál věnující se vývojové dysfázii. Materiál má podobu pětistránkového dokumentu. Je určen primárně pedagogickým pracovníkům a má přehledným způsobem poskytovat základní informace, které umožní orientaci učitele v dané problematice.

Provedením dotazníkového šetření byl naplněn hlavní cíl diplomové práce. Jednotlivé parciální cíle se také podařilo splnit.

Závěrem je vhodné připomenout, že diagnostika a vytváření terapeutického plánu u osob s vývojovou dysfázií patří do rukou zkušeného klinického logopeda. Realizace terapie specificky narušeného vývoje řeči je primárně v kompetenci rodičů daného dítěte. Na rozvoji jedince s vývojovou dysfázií se zásadní měrou podílí učitelé. Zároveň je pedagogický pracovník vzhledem k intenzivnímu kontaktu s daným dítětem často první osobou, která si dané poruchy všimne. Je proto zcela zásadní, aby každý pedagog získal v průběhu vysokoškolského studia základní informace v dané problematice a měl možnost si kdykoliv během výkonu svého povolání informace o vývojové dysfázii snadno zopakovat.

## Seznam zkratek

AAK – augmentativní a alternativní komunikace

*BERA* - *brainstem evoked response audiometry* (vyšetření elektrických potenciálů mozkového kmene)

*CAPD* – *central auditory processing disorder* (poruchy centrálního auditivního zpracování signálu)

*CERA* – *cortical evoked response audiometry* (vyšetření elektrických potenciálů mozkové kůry)

CNS – centrální nervová soustava

*CT* - *computed tomography* (výpočetní tomografie)

ČR – Česká republika

EEG – elektroencefalografie

MR – magnetická rezonance

OAE – vyšetření otoakustických emisí

OVŘ – opožděný vývoj řeči

PPP – pedagogicko – psychologická poradna

SPC – speciálně pedagogické centrum

*SSEP* - *steady state evoked potentials* (ustálené evokované potenciály)

*SLI* - *specific language impairment* (specifická porucha jazyka)

VD – vývojová dysfázie

*VRA* – *visual reinforcement audiometry* (vizuálně podmíněná audiometrie)

ZŠ - základní škola

## Seznam literatury

BISHOP, Dorothy V. M. Vývojová dysfázie. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018, s. 283-294. ISBN 978-80-262-1390-1.

BOČKOVÁ, Barbora. *Postupy při vzdělávání žáků se specificky narušeným vývojem řeči*. I. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 80-2108-137-6.

BÖHME, G. *Untersuchungsmethoden der Stimme und Sprache*. Leipzig 1972.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. I. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 80-2473-008-0.

DIEPEVEEN, F.B., DUSSELDORP, E., BOL, G. et al. *Failure to meet language milestones at two years of age is predictive of specific language impairment*. *Acta Paediatrica*. 2016, 105.3: 304-310.

DLOUHÁ, Olga. *Vývojové poruchy řeči: vztah centrálních poruch řeči a sluchu*. Praha: Alexej Novák, 2003. ISBN 802391832x.

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

DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. *Foniatrie*. I. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 80-2462-048-0.

DOLEŽALOVÁ, Markéta a Michaela CHOTĚBOROVÁ. *Vývojová dysfázie: průvodce pro rodiče a další zájemce o tuto problematiku*. Praha: Pasparta, 2021. ISBN 978-80-88429-11-1.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

CHROBOK, Viktor, Pavel KOMÍNEK, Jan PLZÁK, Petr ČELAKOVSKÝ a Karol ZELENÍK. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2022. ISBN 978-80-7311-205-9.

KAPRÁL, L. *Psychologický obraz dysfatických dětí*. Nepublikovaná přednáška. Předneseno na Celostátních foniatrických dnech, Bratislava 1982.

KENDÍKOVÁ, Jitka a Miroslav VOSMIK. *Jak zvládnout problémy dětí se školou?: děti se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole - praktická příručka pro rodiče, učitele a další odborné pracovníky*. 2. vydání. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-36-7.

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

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

KOLESOVÁ, Eva. *Jak pomoci svému dítěti s vadou řeči: praktické rady pro rodiče a jejich děti*. I. vyd. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 80-8816-303-9.

KUTÁLKOVÁ, D. *Opožděný vývoj řeči; Dysfázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-177-6.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit - Chodíme na logopedii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

LEBL, Jan. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-131-5.

LECHTA, Viktor et. al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LEJSKA, Mojmír. *Vývojová dysfázie*. In: KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006, s. 67-76. ISBN 978-80-247-1110-2.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie*. 2. upr. a rozš. vyd. Jinočany: H & H, 1993. ISBN 80-85467-56-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie: specifické poruchy čtení*. 3. upr. a rozšíř. vyd. Jinočany: H & H, 1995. ISBN 80-85787-27-x.

MAZÁNKOVÁ, M. *Inkluze v mateřské škole: děti s PAS, ADHD a handicapem*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1365-9.

MICHALÍK, Jan. *Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole: speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se vzácnými onemocněními ...* [Čáslav]: Studio Press pro Společnost pro MPS, 2013. ISBN 978-80-86532-29-5.

MIKULAJOVÁ, Marína. *Vývojová dysfázie*. In: KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006, s. 67-76. ISBN 978-80-247-1110-2.

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

MLČÁKOVÁ, R.; VITÁSKOVÁ, K. *Narušení artikulace a narušení vývoje mluvené řeči – vstup do problematiky*. I. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013, ISBN 80-2443-721-7.

NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie III*. Unitisk, Praha, 1997. In: ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406.

POSPÍŠILOVÁ, Lenka. *Vývojová dysfázie*. In: NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018, s. 283-315. ISBN 978-80-262-1390-1.

RÁDLOVÁ, Eva a kol. *Speciálně pedagogická diagnostika*. Ostrava: Montanex, 2004. ISBN 80-7225-114-7.

RŮŽIČKA, Evžen. *Neurologie*. 2., rozšířené vydání. Praha: Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-908-3.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, s.110. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠTURMA, Jaroslav a Marie VÁGNEROVÁ. *Kresba postavy: (modifikace testu F. Goodenoughové)*. Část 1., Příručka k testu. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982. T.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

## Seznam internetových zdrojů

AUTORSKÝ TÝM APIV B. PODCAST 21. díl: Vývojová dysfázie 2. díl: Rady a tipy pro pedagogy a rodiče. *Zapojme všechny. cz* [online]. Praha: Národní pedagogický institut České republiky, 2021, 10.12.2021 [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://zapojmevsechny.cz/clanek/detail/podcast-21-dil-vyvojova-dysfazie-2-dil-rady-a-tipy-pro-pedagogy-a-rodice>

BISHOP, Dorothy V. M. *An Innate Basis for Language? Science* [online]. 1999, **286**(5448), 2283-2284 [cit. 2023-01-30]. ISSN 0036-8075. Dostupné z: doi:10.1126/science.286.5448.2283

BENDOVIÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole* [online]. Hradec Králové: Grada, 2011 [cit. 2023-01-30]. ISBN 978-80-247-7254-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/dite-s-narusenou-komunikacni-schopnosti-ve-skole-1148674/#>

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: Návod pro praxi* [online]. Praha: Grada, 2016 [cit. 2023-01-30]. ISBN 978-80-271-9291-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/vady-reci-u-deti-1148675/#>

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie* [online]. Praha: Grada, 2006 [cit. 2023-01-30]. ISBN 978-80-247-9088-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/logopedie-1148672/#>

LOCHMANOVÁ, Ester. *Dětem s vývojovou dysfázií přejí laskavé rodiče, chápavé učitele a přiměřený rozvoj: Rozhovor s Mgr. Janou Šarounovou z SPC pro vady řeči. Listy klinické logopedie: Vývojová dysfázie* [online]. Praha, 2019, 2019, **3**(1), 3 [cit. 2023-03-22]. ISSN 2570-6179. Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2019/01/12.pdf>

*MKN-10 2023: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2023, 1.1.2023 [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F80-F89>

*National Institute of Neurological Disorders and Stroke: Landau-Kleffner Syndrome* [online]. Rockville: National Institutes of Health, 2023 [cit. 2023-03-19].

Dostupné z: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/landau-kleffner-syndrome>

OSMANČÍKOVÁ, Alžběta. Foniatr: Péče o poruchu sluchu v raném dětském věku je boj s časem. *Idětskýsluch.cz: informační portál* [online]. Praha: Centrum pro dětský sluch Tamtam, 2018, 7.2.2018 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://www.idetskysluch.cz/panel-expertu/foniatr/pece-o-poruchu-sluchu-v-ranem-detskem-veku-je-boj-s-casem-93/>

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Pomůžete mi? In: PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické poradenství: Příklady a analýzy* [online]. Praha: Grada, 2009, s. 47-90 [cit. 2023-01-30]. ISBN 978-80-247-6233-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/logopedicke-poradenstvi-1018027/#>

POSPÍŠILOVÁ, Lenka. *Vývojová dysfázie současnosti*. Listy klinické logopedie [online]. Praha: proLékaře.cz, 2019, 14.6.2019, **2019**(1), 48-54 [cit. 2023-01-30]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/listy-klinicke-logopedie/2019-1-32/vyvojova-dysfazie-soucasnosti-125520>

POSPÍŠILOVÁ, Lenka, Michal HRDLIČKA a Vladimír KOMÁREK. *Developmental dysphasia – functional and structural correlations*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie [online]. 2021, **84/117**(4), 237-244 [cit. 2023-01-30]. ISSN 12107859. Dostupné z: doi:10.48095/cccsnn2021237

PREISSOVÁ, Irena. *Pediatric pro praxi* [online] 2013 Solen. [cit. 2023-01-30]. Přístup z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/08.pdf>.

RICE, Frances, Gordon T. HAROLD, Jacky BOIVIN, Dale F. HAY, Marianne VAN DEN BREE a Anita THAPAR. *Disentangling prenatal and inherited influences in humans with an experimental design*. Proceedings of the National Academy of Sciences [online]. 2009, **106**(7), 2464-2467 [cit. 2023-01-30]. ISSN 0027-8424. Dostupné z: doi:10.1073/pnas.0808798106

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie* [online]. 4. přepracované a doplněné. Praha: Grada, 2006 [cit. 2023-01-30]. ISBN 978-80-247-9094-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/detska-klinicka-psychologie-1148673/#>



SMOLÍK, Filip a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ. *Vývoj jazykových schopností: v předškolním věku* [online]. Praha: Grada, 2014 [cit. 2023-01-30]. ISBN 978-80-247-9631-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/vyvoj-jazykovych-schopnosti-1002635/#>

ŠESTÁKOVÁ, Petra a Radan HAVLÍK. Visual Reinforcement Audiometry (VRA): examination method of hearing in the youngest children. *Listy klinické logopedie* [online]. 2020, 4(2), 69-73 [cit. 2023-03-17]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2020.040

TOMBLIN, J. B., RECORDS, N. L., BUCKWALTER, P., ZHANG, X., SMITH, E. and O'BRIEN, M.: *The prevalence of specific language impairment in kindergarten children*. [online]. *Journal of Speech and Hearing Research*, 40, 1997, 1245-1260. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9430746/>

## Seznam grafických schémat

Grafické schéma 1: Vizualizace věku respondentů (vlastní zdroj) .....	48
Grafické schéma 2: Přehled věkových kategorií respondentů (vlastní zdroj).....	48
Grafické schéma 3: Vizualizace místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj) .....	49
Grafické schéma 4: Přehled místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj)....	49
Grafické schéma 5: Vizualizace studijních oborů respondentů (vlastní zdroj).....	50
Grafické schéma 6: Přehled studijních oborů respondentů (vlastní zdroj).....	50
Grafické schéma 7: Vizualizace teoretické zkušenosti respondentů s VD (vlastní zdroj) ..	51
Grafické schéma 8: Přehled teoretické zkušenosti respondentů s VD (vlastní zdroj).....	51
Grafické schéma 9: Vizualizace praktické zkušenosti respondentů s VD (vlastní zdroj) ...	52
Grafické schéma 10: Přehled praktické zkušenosti respondentů s VD .....	52
Grafické schéma 11: Vizualizace samostatného vedení praxe pod odborným dohledem (vlastní zdroj).....	53
Grafické schéma 12: Přehled samostatného vedení praxe pod odborným dohledem (vlastní zdroj).....	53
Grafické schéma 13: Vizualizace absolvování předmětu specializovaného na danou problematiku v průběhu studia (vlastní zdroj).....	54
Grafické schéma 14: Přehled absolvování předmětu specializovaného na danou problematiku v průběhu studia .....	55
Grafické schéma 15: Vizualizace schopnosti definovat VD (vlastní zdroj).....	56
Grafické schéma 16: Přehled schopnosti definovat VD (vlastní zdroj) .....	56
Grafické schéma 17: Vizualizace vazby VD na pohlaví (vlastní zdroj).....	57
Grafické schéma 18: Přehled vazby VD na pohlaví (vlastní zdroj) .....	57
Grafické schéma 19: Vizualizace možných příčin VD (vlastní zdroj).....	58
Grafické schéma 20: Přehled možných příčin VD (vlastní zdroj).....	58
Grafické schéma 21: Vizualizace řečových symptomů VD (vlastní zdroj) .....	59
Grafické schéma 22: Přehled řečových symptomů VD (vlastní zdroj).....	60
Grafické schéma 23: Vizualizace neřečových symptomů VD (vlastní zdroj).....	61
Grafické schéma 24: Přehled neřečových symptomů VD (vlastní zdroj) .....	61

Grafické schéma 25: Vizualizace obtíží žáků s VD na ZŠ (vlastní zdroj) .....	62
Grafické schéma 26: Přehled obtíží žáků s VD na ZŠ (vlastní zdroj).....	62
Grafické schéma 27: Vizualizace věku dítěte s VD při stanovení diagnózy (vlastní zdroj) 63	
Grafické schéma 28: Přehled věku dítěte s VD při stanovení diagnózy (vlastní zdroj).....	63
Grafické schéma 29: Vizualizace jednotlivých složek terapie (vlastní zdroj).....	64
Grafické schéma 30: Přehled jednotlivých složek terapie (vlastní zdroj) .....	65
Grafické schéma 31: Vizualizace faktorů významných pro rozvoj jedinců s VD (vlastní zdroj).....	66
Grafické schéma 32: Přehled faktorů významných pro rozvoj jedinců s VD (vlastní zdroj) .....	67
Grafické schéma 33: Vizualizace zdrojů informací o VD (vlastní zdroj) .....	67
Grafické schéma 34: Přehled zdrojů informací o VD (vlastní zdroj).....	68
Grafické schéma 35: Vizualizace názoru na nový materiál shrnující problematiku VD (vlastní zdroj).....	68
Grafické schéma 36: Přehled názoru na nový materiál shrnující problematiku VD (vlastní zdroj).....	68
Grafické schéma 37: Pomocné grafické schéma pro ověření hypotézy č. 1 .....	74
Grafické schéma 38: Pomocné grafické schéma pro ověření hypotézy č. 2 .....	76
Grafické schéma 39: Pomocné grafické schéma pro ověření hypotézy č. 3 .....	77

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Materiál shrnující problematiku vývojové dysfázie

## Seznam příloh

### Příloha 1

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - a) muž
  - b) žena
  
2. Kolik je Vám let?
  - a) 18-19
  - b) 20-21
  - c) 22-23
  - d) 24 a více
  
3. Na jaké vysoké škole studujete?
  - a) Univerzita Karlova v Praze
  - b) Univerzita Hradec Králové
  - c) Technická univerzita v Liberci
  - d) Masarykova univerzita v Brně
  - e) Univerzita Palackého v Olomouci
  - f) Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
  - g) jiná
  
4. Jaký obor studujete?
  - a) Učitelství pro mateřské školy
  - b) Učitelství 1. stupně
  - c) Učitelství 2. stupně
  - d) Učitelství 2. stupně (jeden z oborů je český jazyk nebo speciální pedagogika)

5. Setkali jste se někdy v rámci teoretické vysokoškolské výuky (přednášky, semináře) s pojmem vývojová dysfázie?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
6. Setkali jste se někdy v rámci praktické vysokoškolské výuky s jedincem s diagnózou vývojové dysfázie?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
7. Pokud ano, byli jste s jedincem s vývojovou dysfázií blíže seznámeni a pracovali jste s ním pod odborným dohledem školitele?
- a) ano
  - b) ne
  - c) s jedincem s diagnózou vývojové dysfázie jsem se v rámci praktické vysokoškolské výuky nesetkal/a
8. Setkali jste se s tímto pojmem/jedincem jinde než na vysoké škole? Pokud ano, uveďte kde.
9. Měli jste během studia předmět zaměřený na základy speciální pedagogiky nebo logopedie?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím

10. Dokázali byste poznat správnou definici pro vývojovou dysfázii?

- a) porucha artikulace, kdy je narušená výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem
- b) porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy
- c) nepřítomnost nebo ztráta řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením mozku
- d) specifický vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené
- e) získaná porucha fatických funkcí
- f) nevím

11. Dokážete určit u jakého pohlaví se vyskytuje vývojová dysfázie častěji?

- a) chlapci
- b) dívky
- c) výskyt je u obou pohlaví stejný
- d) nevím

12. Věděli byste z jakých příčin dochází k vývojové dysfázii?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) difuzní poškození mozku
- b) zánětlivé onemocnění mozku (např. encefalitida, meningoencefalitida)
- c) narušení funkce hlavových nervů podílejících se na tvorbě řeči
- d) porucha centrálního zpracování řečového signálu
- e) narušení intelektu
- f) mozková obrna
- g) rozštěpová vada
- h) nevím

13. Dokázali byste vybrat, které z následujících řečových abnormalit se u dítěte s vývojovou dysfázií vyskytují?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) porucha exprese řeči (vyjádření)
- b) porucha percepce řeči (vnímání)
- c) porucha respirace (dýchání)
- d) porucha prozodických faktorů (tempo, melodie, hlasitost, rytmus, ad.)
- e) agramatická řeč (neschopnost gramaticky správně spojovat slova a věty)
- f) problémy v komunikaci pouze v neznámém prostředí a s neznámými lidmi
- g) paralalie (nahrazování jiných hlásek) a mogilalie (vynechávání hlásek)
- h) nevím

14. Dokázali byste vybrat, které z následujících neřečových projevů se u dítěte s vývojovou dysfázií vyskytují?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) narušení laterality
- b) strabismus (šilhání)
- c) narušení paměťových funkcí
- d) endokrinologické onemocnění (onemocnění způsobené abnormální hladinou hormonů)
- e) porucha sluchového a zrakového vnímání
- f) narušení motoriky
- g) fenylketonurie (porucha metabolismu bílkovin)
- h) nevím

15. Vzpomenete si, jaké jsou nejčastější obtíže žáka s vývojovou dysfázií na základní škole?

- a) snížené rozumové schopnosti
- b) specifické poruchy učení (dyslexie, dysortografie, apod.)
- c) poruchy chování
- d) poruchy plynulosti řeči



e) nevím

16. Dokážete určit od jakého věku je nutné u dítěte s opožděným vývojem řeči pomýšlet na diagnózu vývojové dysfázie a provést diferenciální diagnostiku daného stavu?

- a) od 6.-12. měsíce věku dítěte
- b) od 12.-24. měsíce věku dítěte
- c) po 24. měsíci věku dítěte
- d) nevím

17. Kdo by se měl podle Vás podílet na terapii jedince s vývojovou dysfázií?

18. Kterou z níže uvedených nabídek hodnotíte jako důležitou v rámci terapeutického procesu s dítětem s vývojovou dysfázií?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) navázání kontaktu s dalšími odborníky (klinický logoped, sociální pracovník, psycholog, foniatr, ad.) a rodinnými příslušníky
- b) cvičení podporující rozvíjení zrakového a sluchového vnímání
- c) využití znakového jazyka v rámci rozvoje komunikačních dovedností dítěte
- d) cvičení podporující jemnou a hrubou motoriku
- e) metody zaměřené na rozvoj intelektových schopností, které jsou u dítěte s vývojovou dysfázií narušené
- f) cvičení na rozvoj orientace v čase a v prostoru
- g) nevím

19. Jakým způsobem byste zohlednili přítomnost jedince s vývojovou dysfázií ve Vaší třídě?

20. Vyberte faktory, které jsou podle Vás významné pro správný rozvoj jedince s diagnózou vývojové dysfázie.

- a) adekvátní volba školního zařízení

- b) terapie dlouhodobě zaměřená na rozvoj jedné kognitivní funkce
- c) vhodné rodinné zázemí
- d) myofunkční terapie
- e) dieta s omezeným příjmem bílkovin
- f) kvalitní spolupráce jednotlivých odborníků participujících na terapii
- g) nevím

21. Kde byste v rámci své budoucí profese získával/a informace o problematice vývojové dysfázie?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) internet
- b) odborná literatura
- c) kolega/kolegyně v zaměstnání
- d) vysokoškolské zápisky
- e) logoped ve školství
- f) klinický logoped
- g) praktický lékař pro děti a dorost
- h) jiná

22. Ocenili byste ve své budoucí praxi stručný a přehledný materiál shrnující problematiku vývojové dysfázie?

- a) ano
- b) ne

23. Pokud ano, máte nějaký požadavek, co by v materiálu nemělo chybět?

# V D

## VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE NENÍ POUHÁ VADA ŘEČI



### CO JE VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE?

- specificky narušený vývoj řečových a jazykových schopností
  - vzniká, přestože jsou podmínky pro rozvoj jazyka a řeči přiměřené
- společně s komunikačními dovednostmi bývá různou měrou ovlivněn i psychomotorický vývoj

### JE VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE ČASTÁ?

- 2. nejčastější vývojová porucha jazyka (po dyslálii)
- vyskytuje se častěji u chlapců (poměr chlapci/dívky - 4:1)

### JAKÁ JE PŘÍČINA VÝVOJOVÉ DYSFÁZIE?

- multifaktoriální - nejspíše se uplatňuje několik vlivů současně
  - genetické faktory
  - faktory zevního prostředí (významné jsou okolnosti před, při a po porodu)
- podkladem vývojové dysfázie je difúzní postižení centrální nervové soustavy

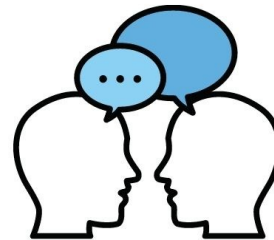


## JAK SE VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE PROJEVUJE?

- projevy jsou rozmanité a do značné míry specifické pro každého jedince
- přetrvávající obtíže v komunikaci po 3. roce života
  - VD lze zachytit v ranějším věku - od 24 měsíců
  - pediatr by měl doporučit návštěvu klinického logopeda
- intelekt není narušen !
- někdy přítomny příznaky dalších současně se vyskytujících onemocnění

### ☀ **ŘEČOVÉ PROJEVY**

- porucha exprese řeči (vyjadřování)
  - potíže s pojmenováním předmětů a věcí
  - jednoslovné odpovědi
  - opožděná aktivní i pasivní slovní zásoba
  - potíže se skloňováním, časováním, užíváním předložek, zvratných zájmen
  - chybný slovosled
  - artikulační neobratnost (záměna jednotlivých hlásek, nesprávná výslovnost)
- porucha percepce řeči (vnímání)
  - potíže s porozuměním slovům, pokynům a textu
- narušení prozodických faktorů řeči (tempo, melodie, hlasitost, rytmus, ad.)



### ☀ **NEŘEČOVÉ PROJEVY**

- narušení pozornosti
- narušení exekutivních funkcí
  - potíže s řešením specifických problémů, plánováním, organizováním každodenních činností, rozhodováním se, seberegulací, sebekritičností, pracovní paměti
- porucha smyslového vnímání (sluchové, zrakové, taktilní)
- narušení motoriky (koordinace pohybu mluvidel, jemné, hrubé, grafomotoriky)
- narušení orientace v čase i prostoru
- narušení paměťových funkcí
- narušení laterality
- psychomotorický neklid
- rychlá unavitelnost
- emoční labilita



## ☀ SPECIFIKA ŽÁKA S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍ NA ZŠ

- individuální - závisí na stupni narušení
- nejčastější obtíže žáka na ZŠ = specifické poruchy učení
  - dysgrafie - porucha psaní
  - dyslexie - porucha čtení
  - dysortografie - porucha pravopisu
  - dyskalkulie - porucha počítání
  - dysmúzie - porucha hudebních schopností
  - dyspinxie - porucha kreslení
  - dyspraxie - porucha pohybových schopností
- obtíže s auditivním přijímáním informací při hodině
- omezená kapacita krátkodobé verbální paměti - obtížné pojmout celé zadání
- narušení exekutivních funkcí



### **MOŽNÉ OBTÍŽE V JEDNOTLIVÝCH ŠKOLNÍCH PŘEDMĚTECH:**

- nepochopení instrukcí a zadání
- neporozumění abstraktním pojmům
- při psaní zápisků
- při vybírání podstatných informací z textu
- u volby postupů při řešení úkolů
- při aktivitách zaměřených na rychlost a paměť
- při psaní diktátu, slohu
- ve slovních úlohách
- při úkolech zaměřených na motorické funkce (tělesná výchova)

**ŽÁK MŮŽE MÍT OBTÍŽE VE VŠECH ŠKOLNÍCH PŘEDMĚTECH, PROTO JE DŮLEŽITÉ ZOHLEDNIT SCHOPNOSTI ŽÁKA V KAŽDÉM PŘEDMĚTU ZVLÁŠT.**



# JAK PODPOROVAT JEDINCE S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ

## ROLE UČITELE

- individuální přístup, respektovat vývojovost
- nesrovnávat dítě s vývojovou dysfázíí s vrstevníky
- opakovaně neupozorňovat dítě na jeho nedostatky
- redukovat tempo řeči, zřetelně artikulovat, opakovat sdělení, doplňovat informaci gestem, mimikou
- respektovat pracovní tempo a speciálně vzdělávací potřeby dítěte
- poskytnout více času na jednotlivé činnosti
- nižší počet žáků ve třídě
- úprava prostředí - posadit dítě do předních lavic
- úprava zadávaných úkolů, zkoušení, testů - individuální, zkrácené, upravené dle potřeb dítěte (práce s osnovou, podtrhávání podstatných informací, ad.)
- rozvíjet více smyslů (sluch, zrak, hmat, ad.)
- kombinované hodnocení - známkování, ústní
- v rámci výuky cizích jazyků preferovat konverzační rovinu, pracovat s obrázkovými slovníky, snížit objem slov
- pozitivně motivovat, akceptovat drobné neúspěchy
- vyzdvihnout silné stránky
- možnost tvorby individuálně vzdělávacího plánu
- využití podpůrných opatření, předmět speciálně pedagogické péče
- využití asistenta pedagoga
- spolupracovat s SPC, popř. PPP



## JAK SE VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE U DÍTĚTE DIAGNOSTIKUJE?

- Nezbytné provést komplexní vyšetření týmem specialistů:

### Klinický logoped

- řečové schopnosti
- čtení a psaní
- motorika
- paměť, aktivita a pozornost
- orientace a lateralita
- orientačně zrak a sluch

### Klinický psycholog

- intelekt

### Foniatr

- komplexní vyšetření sluchu



### Neurolog

- komplexní vyšetření centrální a periferní nervové soustavy

### Speciální pedagog

SPC



### DŮLEŽITÉ ODLÍŠIT VÝVOJOVOU DYSFÁZII OD JINÝCH PORUCH A ONEMOCNĚNÍ

- opožděný vývoj řeči, dyslalie, vývojová dysartrie, mutismus, autismus, mentální retardace, syndrom Landau-Kleffner, sluchové vady, ad. ,

## JAK PROBÍHÁ TERAPIE U OSOB S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ?

- také při terapeutickém procesu spolupracuje tým odborníků
  - klinický logoped, klinický psycholog, foniatr, neurolog, pediatr, rodiče, pedagog předškolního i školního vzdělávání, speciální pedagog

Nutné je rozvíjet všechny narušené oblasti dítěte (řeč, mototriku, myšlení, paměť, pozornost, orientaci, sluchové a zrakové vnímání) kombinací terapeutických metod, postupů a směrů.

## MOŽNOSTI INSPIRACE, JAK PRACOVAT S JEDINCI S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ

- BOČKOVÁ, B. Podpora žáků s narušenou komunikační schopností v běžné škole. Ústí nad Labem: UJEP, 2017
- BOČKOVÁ, B. Podpora žáka se specificky narušeným vývojem řeči. Brno: MU, 2011
- VRBOVÁ, R. Diagnostické domény pro žáky s narušenou komunikační schopností. Olomouc: UPOL, 2012.
- VRBOVÁ, R. et al. Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností. Olomouc: UPOL, 2012

MATERIÁL BYL VYTVOŘEN JAKO SOUČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.