

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

MONIKA FOJTŮ

Využití prvků terapie orální pozice v logopedické praxi

Olomouc 2023

Vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Využití prvků terapie orální pozice v logopedické praxi vypracovala samostatně za použití uvedené literatury a zdrojů.

V Olomouci dne

.....

Monika Fojtů

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a veškerou ochotu, kterou mi věnovala při tvorbě této diplomové práce. Zároveň velice děkuji svým rodičům a příteli za veškerou podporu a pomoc, kterou mi věnovali nejen při psaní diplomové práce, ale také během celého mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 VYMEZENÍ OROFACIÁLNÍ OBLASTI.....	8
1.1 Anatomie orofaciální oblasti	8
1.1.1 Rty	8
1.1.2 Jazyk.....	9
1.1.3 Brada	9
1.1.4 Dolní čelist	10
1.2 Svalstvo orofaciální oblasti	10
1.3 Funkce orofaciálního systému	10
1.3.1 Polykání.....	10
1.3.2 Žvýkání.....	11
1.3.3 Sání.....	11
1.3.4 Dýchání	11
1.4 Vyšetření orofaciálních struktur	12
1.5 Patologie orofaciálního komplexu.....	13
1.5.1 Problematika podjazykové uzdičky.....	13
1.5.2 Ortodontické anomálie	14
1.5.3 Dlouhodobé užívání dudlíku u dětí	14
1.5.4 Rozštěpové vady.....	15
1.5.5 Tongue thrust.....	15
1.5.6 Nadměrné dýchání ústy	16
1.6 Přetrvávající primární reflexy.....	17
2 MYOFUNKČNÍ A OROFACIÁLNÍ TERAPIE.....	20
2.1 Myofunkční poruchy	21
2.2 Druhy myofunkční a orofaciální terapie.....	22
2.2.1 Myofunkční terapie dle Garlinera	22
2.2.2 Myofunkční terapie Anity Kittel	22
2.2.3 Orofaciální regulační terapie Castillo Morales	24
2.2.4 Rehabilitace orofaciální oblasti Gangale.....	25
2.2.5 Terapeutický koncept dle Tardieu.....	26
2.2.6 Neurofunkční reorganizace dle Padovan.....	26
2.3 Interdisciplinarita při myofunkční terapii.....	27
3 TERAPIE ORÁLNÍ POZICE.....	28
3.1 Cílová skupina terapie	28
3.1.1 Bobath koncept.....	29
3.2 Terminologické vymezení	29
3.3 Struktura terapie	30
3.3.1 Oblast fonace.....	33

3.3.2	Oblast rezonance	34
3.3.3	Oblast artikulace	34
VÝZKUMNÁ ČÁST		39
4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	39
4.1	Uvedení do problematiky	39
4.2	Vymezení cílů a výzkumných otázek	40
4.3	Metody sběru dat	41
4.3.1	Případová studie	41
4.3.2	Pozorování	41
4.3.3	Polostrukturovaný rozhovor	42
4.4	Charakteristika výzkumného vzorku	42
4.5	Průběh výzkumného šetření	44
5	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	46
5.1	Případová studie dívky A	46
5.1.1	Průběh pozorování logopedické terapie u dívky A	48
5.2	Případová studie dívky B	52
5.2.1	Průběh pozorování logopedické terapie u dívky B	54
5.3	Analýza rozhovorů s logopedy	56
5.3.1	Využití terapie z pohledu logopeda	58
5.3.2	Klientela	59
5.3.3	Vliv adherence na výsledky terapie	61
5.3.4	Terapeutické pomůcky	62
5.3.5	Bariéry	63
5.3.6	Výsledky terapie	65
6	DISKUZE	68
6.1	Analýza výzkumných otázek	68
6.2	Limity práce a doporučení pro praxi	71
ZÁVĚR		72
ZDROJE		74
ELEKTRONICKÉ ZDROJE		82
SEZNAM ZKRATEK		84
SEZNAM OBRÁZKŮ		85
SEZNAM TABULEK		86
PŘÍLOHY		87

ÚVOD

V logopedické intervenci se stále častěji pohlíží na řečový vývoj jako na komplexní problematiku, která je ovlivněna více faktory. Vedle tradičních přístupů jsou aplikovány nové metody, techniky a pomůcky, které mohou sloužit ke zlepšení koordinace orofaciálních struktur. Například u klientů s oslabeným svalstvem orofaciální oblasti mohou být zařazeny prvky myofunkční terapie. V logopedické terapii lze také využít právě prvky Terapie orální pozice. Terapie orální pozice má jasně danou strukturu a obsahuje širokou škálu hierarchicky sestavených pomůcek.

Podnětem pro vznik této práce byla studijní logopedická praxe autorky, při které se setkala s prvky Terapie orální pozice. Struktura terapie představila nový pohled na to, jak může logopedická terapie vypadat a být propojena s ohledem na fyzioterapeutickou oblast za využití orálně-motorických pohybů a škály cvičení.

Diplomová práce nese název Využití prvků Terapie orální pozice v logopedické praxi. Záměrem práce je popsat průběh logopedické terapie s prvky Terapie orální pozice a jejich využití mezi logopedy, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice. V první polovině práce je vymezena orofaciální oblast, její anatomické části, svalstvo, funkce orofaciálního systému, patologie a je uvedena také podkapitola o přetrvávajících primárních reflexech. Navazující teoretická část je věnována myofunkční a orofaciální terapii, v podkapitolách jsou popsány myofunkční poruchy, druhy terapií a také důležitost interdisciplinární spolupráce při aplikaci terapie. Třetí a poslední kapitola teoretické části se již konkrétně zabývá Terapií orální pozice a zmiňuje cílovou skupinu pro terapii, terminologické vymezení a strukturu terapie.

Praktická část zahrnuje kvalitativní výzkum, pro který jsou využity metody pozorování, případové studie a polostrukturovaného rozhovoru. Záměrem hlavního výzkumného cíle je zhodnotit využití prvků Terapie orální pozice u vybraných klientů s narušenou komunikační schopností. Dále jsou vytyčeny dílčí cíle a výzkumné otázky.

Dle získaných dat jsou představeny dvě případové studie osob, u nichž jsou v logopedické terapii zařazeny prvky Terapie orální pozice. K představení terapie slouží také pozorování logopedických terapií dvou klientů po dobu tří měsíců a spolu s tím též rozhovory s jejich rodiči. Pro dotvoření určitého obrazu, ohledně využití prvků terapie, přišlo autorce přínosné zjistit postoj u konkrétních logopedů, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice. S nimi jsou pomocí polostrukturovaných rozhovorů rozebrány různé tematické

oblasti. Odpovědi jsou následně analyzovány a za pomoci konkrétních výpovědí respondentů je čtenáři představen náhled na terapii z vícero stran. Na konci práce je uvedena diskuze s konkrétními odpověďmi na výzkumné otázky. Také je zmíněno doporučení pro praxi a limity práce, které se při její realizaci projevily.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ OROFACIÁLNÍ OBLASTI

V první kapitole je definována orofaciální oblast a její části. Dále je popsána funkce orofaciální oblasti, její vyšetření a patologie. Teoretické vymezení těchto částí je důležité pro následné porozumění informací v druhé kapitole, která je zaměřena na myofunkční terapie. Informace jsou podstatné i pro třetí kapitolu zabývající se Terapií orální pozice, která je tématem této diplomové práce.

1.1 Anatomie orofaciální oblasti

Pojem **orofaciální** se skládá se ze dvou latinských pojmů *oris* – ústa a *facies* – obličej (Velký lékařský slovník, 2022). Dle lékařského slovníku ho lze definovat jako „*týkající se oblasti úst a obličeje*“ (Vokurka, Hugo, 2015, s. 730). Dvořák (2001, s. 136) popisuje tento termín z logopedického hlediska jako „*týkající se dutiny ústní a tváří (v širším pojetí obličeje)*“. Části orofaciální oblasti plní funkce sání, polykání, žvýkání a slouží také při artikulaci (Castillo Morales, 2006).

Castillo Morales (2006, s. 25) zmiňuje pojem orofaciální komplex, který definuje jako „*orgánový systém, který je tvořen spojením různých anatomicko-fyziologických prvků*“. Tento systém slouží k rozvoji funkce přijímání potravy, mimiky, dýchání a fonace. Pro správnou artikulaci je důležitá koordinace daných částí, pokud nastane nerovnováha, může se vytvořit náhradní mechanismus, po kterém následuje přizpůsobení zakončené chybnou fixací.

Níže jsou popsány vybrané anatomické části orofaciální oblasti, mezi které jsou řazeny **rtý, jazyk, brada a dolní čelist**.

1.1.1 Rty

Rty (lat. *labia oris*) jsou tvořeny kruhovým svalem ústním (lat. *musculus orbicularis oris*), který se řadí mezi mimické svaly (Malínský a kol., 2005). Dle Vitáskové (2005) rozlišujeme pohyby rtů mezi které spadá protruze, retrakce a laterální extenze. Při správné funkci polykání se rty aktivně neúčastní, spodní a horní ret se volně dotýká. Jako chybnou klidovou polohu rtů lze označit otevřená ústa v různé míře či kontakt horních zubů s dolním rtem. Pokud přetrvává chybná klidová poloha rtů, může docházet k jejich nevyrovnanému

tonu (svalovému napětí). Ten se projevuje zkráceným horním rtem a zvětšeným, zrudlým rtem dolním (Kittel, 1999).

1.1.2 Jazyk

Jazyk (lat. lingua) plní funkce pro tvoření řeči, hlasu, dýchání, polykání, žvýkání a jsou v něm uloženy chuťové buňky. Skládá se ze tří částí: tělo (lat. corpus), hrot (lat. apex) a kořen (lat. radix). Hrot jazyka patří k velmi citlivým částem lidského těla patrně kvůli své vysoké inervaci v této oblasti. Svaly jazyka jsou rozděleny na intraglosální a extraglosální a jsou trojdimenzionálně seřazeny. Intraglosálních svaly slouží ke změně tvaru jazyka. Svaly extraglosální napomáhají motorice jazyka a připojují jej k bázi úst (Vitásková, 2005; Malínský a kol., 2005). Mezi svaly jazyka můžeme také zařadit svalstvo nad jazykovou uzdičkou (Kittel, 1999).

Ve správné klidové poloze je jazyk svou přední částí lehce přitisknut k dásňovému výběžku na horním patře, probíhá nazální dýchání, rty jsou v lehkém kontaktu a bradový sval není v tenzi (Kittel, 1999). Jinou klidovou polohu jazyka popisuje Kutálková (2011, s. 15): „*zuby jsou u sebe, jazyk se celou horní plochou dotýká horního patra, špička jazyka je za dolními zuby*“.

Jazyk má svým tlakem vliv na orofaciální struktury a jejich růst a vývoj (Kravanja et al., 2018; Desmukh et al., 2018). Za chybnou klidovou polohu jazyka se považuje, pokud jazyk tlačí na přední či boční zuby, nebo leží mezi nimi. Napětí jazyka neboli tonus způsobí při nesprávném rozložení sil zvětšené okrajové části a slabý střed jazyka (Kittel, 1999). Nesprávná poloha jazyka ovlivňuje vznik poruch artikulace a otevřeného skusu u dětí (Kravanja et al., 2018). Pro terapii chybné polohy jazyka, lze využít terapeutická brčka, nabízená na logopedických webových stránkách, které zároveň napomáhají k polykacímu vzoru a posilují orofaciální struktury (Moje klinika, 2021).

Přítomna může být také zkrácená podjazyková uzdička, jejíž problematika je zmíněna v kapitole 1.5.1.

1.1.3 Brada

Svalstvo brady se skládá ze svalu bradového (lat. musculus mentalis), který funkčně ovlivňuje spodní ret. Při nesprávné funkci orofaciální oblasti může být bradový sval nadměrně využíván jako kompenzace pro uzávěr rtů (Kittel, 1999).

1.1.4 Dolní čelist

Dolní čelist (lat. mandibula) souvisí se žvýkacími svaly, které napomáhají její mobilitě. Pro artikulaci je primárně podstatný pohyb otevírání čelisti (deprese) a zavírání (elevace). Mezi další pohyby lze uvést ještě pohyb dopředu (protrakce), dozadu (retrakce) a do stran (lateropulze) (Skarnitzl a Volín in Neubauer a kol., 2018; Vitásková, 2005). V souvislosti s čelistí je důležité zmínit také funkci temporomandibulárního kloubu (dále jen TMK). TMK slouží ke zpracování potravy, stejně tak napomáhá pohybům svalů při realizaci řeči. Jeho oslabení se může projevit právě při výše zmíněných procesech. Například při artikulaci může docházet k nežádoucím pohybům čelisti do stran (Kučera a Frič, 2019).

1.2 Svalstvo orofaciální oblasti

Svaly orofaciální oblasti se dělí na **mimické** a **žvýkací**. Mezi mimické svaly lze uvést například kruhový sval ústní, tvářový, bradový, velký a malý jařmový sval a menší svaly z okolí rtů. Mimické svaly jsou připojeny k lebečním kostem a také ukotveny kůží. Ke žvýkacím svalům je řazen sval žvýkací, spánkový, zevní a vnitřní sval křídlatý. Svaly žvýkací jsou důležitým komponentem, jak pro udržení jídla či žvýkání, tak i pro artikulaci. S ohledem na funkci polykání je nutné zmínit také svaly nadjazykové a podjazykové (Dlouhá, 2017; Orel, 2019). Dlouhá (2017) rozděluje svaly z pohledu artikulace na svaly ovládající pohyby rtů, svaly ovládající pohyby horní a dolní čelisti, svaly ovládající pohyby měkkého patra a zadní stěny hltanové a svaly ovládající pohyby jazyka. Poslední zmíněná skupina se dále rozděluje na svaly vnitřní a zevní.

1.3 Funkce orofaciálního systému

V kapitole zabývající se činnostmi orofaciálního systému se nachází popis funkcí nezbytných pro každodenní život člověka. Jedná se o **polykání, žvýkání, sání a dýchání**.

1.3.1 Polykání

Polykání je děleno do tří fází – na fázi *orální, faryngeální a ezofageální* (Castillo Morales, 2006). Kaulfussová (in Škodová a Jedlička, 2007) navíc přidává počáteční fázi přípravnou, při které dochází ke zformování bolusu (sousta). Proces polykání dělíme dále na fázi vědomou a nevědomou a podílí se na něm šest hlavových nervů. První fáze *orální* je vědomá a začíná přitlačením přední části jazyka směrem k tvrdému patru, přičemž rty jsou zavřeny. Poté se zvedne střední část jazyka směrem k tvrdému patru a následně zadní část

směrem k patru měkkému. Nosohltan se uzavře a dojde k aktivaci polykacího reflexu, čímž začíná nevědomá neboli reflexní část. Následuje fáze *faryngeální*, při které se uzavře hrtanová přiklopka, aby nedošlo k dostání potravy do dýchacích cest a pomocí peristaltických pohybů je potrava převedena do jícnu. Poslední *ezofageální* fáze dopraví pokrm do žaludku (Castillo Morales, 2006; Kaulfussová in Škodová a Jedlička, 2007; Orel, 2019).

Problém při polykání může způsobovat zapojení bradového svalu či slabý střed jazyka, který se při polykání nezvedne nahoru, a tudíž nevytvoří podtlak důležitý pro posun bolusu. Při chybném průběhu polykání je pomocí velkého tlaku zapojen horní i spodní ret. V jiném případě může jazyk vytvářet nadměrný podtlak a tlačit mezi sevřenou horní a dolní čelist. Pro správnou funkci polykání je také důležitá souhra svalů tvářového mechanismu (Kittel, 1999; Shah, 2021).

1.3.2 Žvýkání

Žvýkání lze rozdělit do čtyř částí: fáze přibližování, uchopení, ukousnutí a rozměňování. Ke žvýkání využíváme velký žvýkací sval (lat. m. masseter) a sval spánkový (lat. m. temporalis). Svou funkci také plní křídlatý sval vnitřní (lat. m. pterygoideus medialis) a křídlatý sval zevní (lat. m. pterygoideus lateralis) (Castillo Morales, 2006; Orel, 2019). Inervaci těchto svalů zajišťuje trojklanný nerv (lat. nervus trigeminus). Tvářový sval (lat. m. buccinator) spadá mezi mimické svalstvo, ale při žvýkacích procesech napomáhá k tlaku tváří na zuby, které drží sousto (Castillo Morales, 2006).

1.3.3 Sání

Pro správnou funkci sání je potřebná souhra tří svalů. Jedná se o kruhový svěrač ústní (lat. m. orbicularis oris), sval tvářový (lat. m. buccinator) a horní sval hltanu (lat. m. constrictor pharyngis superior). Lze také zmínit souvislost mezi sáním a senzorickeou integrací, která dále souvisí se třemi systémy: vestibulární, propioceptivní a taktilní systém. Castillo Morales (2006) ve své publikaci dále blíže popisuje sání z prsu či lahve.

1.3.4 Dýchání

K podpoře dýchání slouží z orofaciální oblasti podjazykové svaly. Jedná se o m. sternocleidohyoideus, m. sternothyroideus a m. omohyoideus, které plní funkci pomocných

dýchacích svalů (Castillo Morales, 2006). Při správném dýchání dochází k zapojení bránice. Jako chybné dýchání je tedy považováno dýchání pouze do hrudníku, které je ovlivněno nesprávnou posturou, díky čemuž je chybně zapojena bránice (Kittel, 1999).

1.4 Vyšetření orofaciálních struktur

Při vyšetřování orofaciálních struktur u klienta je důležité dodržovat určité zásady. Je vhodné nacházet se s pacientem ve stejné úrovni očí a sledovat podrobně jeho celkový vzhled, veškeré nepravidelnosti v obličeji, posturu i způsob dýchání. Konkrétní vyšetření pak obsahuje rozmanité motorické cviky pro oblast rtů, jazyka i zubů (Kejklíčková, 2016). K diagnostice je možné využít hodnotící formulář pro orofaciální vyšetření (např. Kittel, 1999; Lechta, 2003; Gangale, 2004; Castillo Morales, 2006; Kejklíčková, 2016).

K detailní diagnostice lze také využít Test 3F Dysartrický profil, který je věkově ohraničen pro osoby čtenářsky gramotné. Skládá se ze tří částí zaměřených na faciokinezi, fonorespiraci a fonetiku. Později k němu vznikl i doplňkový materiál, který je uzpůsoben i pro osoby s narušenou či ještě nezískanou schopností číst (Košťálová a kol., 2013; Vitásková, 2015).

Ve svých výzkumech si Dzidová (in Vitásková, 2015) určila za cíl vytvoření dětského dysartrický profilu orofaciální oblasti, který by se současně zaměřoval i na typ dýchání, dentici a průběh polykání. V příloze publikace uvedla hodnotící škály profilu rtů doplněné o fotografické materiály. V další publikaci představila škálu pro hodnocení oblasti čelisti (Dzidová in Vitásková, 2017) a dále také stupnici pro hodnocení jazyka (Dzidová in Vitásková, 2016).

Mezi zobrazovací metody pro vyšetření artikulačních orgánů lze zmínit magnetickou rezonanci, ultrazvuk či elektropalatografii. Elektropalatografie inovuje starší metodu palatografie a zaznamenává otisk jazyka na uměle vytvořeném patře. Mezi další modernější metody lze zařadit elektromagnetickou artikulografii (dále jen EMA). Při tomto vyšetření jsou senzory umístěny na různé části artikulačních orgánů, kde zaznamenávají jejich pozici. Vyšetření EMA bylo ve výzkumech využito u osob s koktavostí, myofunkčními poruchami či pro zaznamenávání funkce jazyka při polykání (Pattem et al., 2018; Mironova Tabachová a Václavíková in Vitásková, 2018; Skarnitzl a Volín in Neubauer a kol., 2018). Pro vyšetření tlaku jazyka byl ve studii využit přístroj Flexiforce palatovision (Desmukh et al., 2018).

1.5 Patologie orofaciálního komplexu

Vady orofaciální oblasti mají vliv na řečový vývoj a dítě s patologickými předpoklady se s nimi potýká již od raného věku (Kejklíčková, 2011). Vitásková (2005) dělí patologické vlivy na vývoj artikulačního ústrojí na **organické** a **funkční**. Pod organické faktory lze zařadit problematiku podjazykové uzdičky, rozštěpové vady či patologie jazyka. K funkčním faktorům pak spadá orální dýchání, dumlání palce nebo tongue thrust (patologický tlak jazyka). Na ortodontické anomálie působí vlivy organické i funkční. Rizikovou skupinou jsou pak osoby s diagnózou Downova syndromu, která je spojena s variabilní patologií v orofaciální oblasti (např. Castillo Morales, 2006; Dlouhá, 2017). Mezi patologií orofaciálního komplexu je řazena i myofunkční porucha, která je více rozebrána v kapitole č. 2.1 zaměřující se na toto téma.

1.5.1 Problematika podjazykové uzdičky

V oblasti problematiky orofaciálního komplexu rozlišujeme **zkrácenou podjazykovou uzdičku** (lat. frenulum linnguae breve) a **přirostlou jazykovou uzdičku** (ankyloglosie) (Seydlová a kol. 2010). Většina (zvláště zahraničních) autorů užívá pojmy zkrácená podjazyková uzdička a ankyloglosie shodně (např. Kejklíčková 2016; Bruch a Treister, 2017; Saskianti et al., 2019; Hilbertová a kol., 2022).

Pojem **ankyloglosie** lze definovat jako „*vrozený srůst jazyka se dnem dutiny ústní*“ (Velký lékařský slovník, 2022). Tato vada může způsobovat problémy při krmení kojenců, sníženou motoriku jazyka či problematický rozvoj řeči a následnou artikulaci, jelikož kvůli srůstu není jedinec schopen jazyk elevovat dostatečně nahoru (Kejklíčková, 2011; Bruch a Treister, 2017; Hilbertová a kol., 2022). S ohledem na zkrácenou jazykovou uzdičku Seydlová a kol. (2010) uvádí, že právě schopnost sání dítěte z prsu narušena není. Campanha et al. (2021) ve svém výzkumu u novorozenců uvádí, že novorozenci s ankyglosií měli ve fázi odpočinku sklon k otevřeným ústům a poloze jazyka ve spodní části dutiny ústní, oproti novorozencům s běžnou podjazykovou uzdičkou, kteří měli ústa uzavřené a jazyk byl elevován proti patru.

Jako terapeutickou úpravu je možné v určitých případech zvolit její chirurgické upravení (například pokud je spojená s jazykem v jeho střední části), čímž dojde ke zlepšení hybnosti jazyka (Kittel, 1999; Kejklíčková, 2011). Rozlišujeme dva druhy chirurgické úpravy a to frenulotomii, u níž dojde pouze k přetěti uzdičky. V druhém případě se jedná o frenulektomii, kdy je pacientovi odstraněna celá uzdička (Hilbertová a kol., 2022).

Hornáková a kol. (2009) ve své publikaci zmiňují změnu náhledu na chirurgické přestřihnutí uzdičky, které bylo hlavně prováděno v dřívějších dobách. Spíše doporučují jazyk pomocí různých technik procvičovat a tím i zlepšit jeho hybnost. V současnosti existují i pomůcky pro procvičování zkrácené podjazykové uzdičky jako např. Tongue gym. Jedná se o násadku na prst, pomocí které je dítěti či dospělému v ústech nazdvihován jazyk a tím dochází ke protahování podjazykové uzdičky (Talktools, 2023).

Porovnáním účinnosti myofunkční terapie nebo chirurgické úpravy u osob s ankyloglosií se zabývala systematická review, kdy bylo dle kritérií vybráno 11 článků. Z výsledků studie plyne, že lepší účinnost prokázala chirurgická úprava, ale neúčinnější bylo obě metody zkombinovat. Výsledky je však, kvůli malému vzorku vybraných studií a jejich kvalitě, doporučeno brát s rezervou a do budoucna je vhodné provést další zkoumání (González Garrido et al., 2022).

1.5.2 Ortodontické anomálie

Správný skus se vyznačuje kontaktem horního a dolního zubního oblouku, kdy horní čelist lehce přečnívá přes chrup čelisti dolní. U této problematiky je velmi důležitá spolupráce ortodontisty právě s logopedem, jelikož problematika skusu ovlivňuje i artikulaci sykavek (Kejklíčková, 2011). Dle Lechty (2003) však nemusí mít nesprávný skus velký vliv na řádnou výslovnost hlásek.

Mezi ortodontické anomálie lze zařadit předkus, zkřížený skus, zvětšenou dolní čelist (progenii) nebo otevřený skus. U osoby s otevřeným skusem vzniká volná mezera mezi jeho chrupem, následně může být do těchto míst směřován jazyk a tím je ovlivněna i artikulace sykavek (Kittel, 1999; Kejklíčková, 2011). Tuto problematiku může způsobovat i nadměrné užívání dudlíku, dumlání palce či patologický tlak jazyka, viz dále (Kittel, 1999).

1.5.3 Dlouhodobé užívání dudlíku u dětí

Na vznik předního otevřeného skusu může mít dopad, pokud dítě z dlouhodobého časového hlediska dostává od rodičů dudlík k dumlání. Užívání dudlíku také ovlivňuje funkci orofaciálního svalstva v nečinnosti, při polykání i při artikulaci hlásek. Mezi další negativní vlivy zahraniční studie řadí i tendence k zánětům středního ucha (Kittel, 1999; Hornáková a kol., 2009; Nelson, 2012). Zajímavé zjištění předvedly nové výzkumy, které popisují vliv dlouhodobého užívání dudlíku na pomalejší chápání abstraktních výrazů u dětí

na základní škole. Jako možná příčina se uvádí užívání dudlíku v době sociální interakce během delšího časového úseku (Barca et al., 2020; Barca, 2021).

Ideální věk, pro odvyknutí si dítěte od dudlíku, se dle autorů různí, průměrně je však udáváno období mezi druhým až třetím rokem věku (Kittel, 1999; Poyak, 2006; Hornáková a kol., 2009). Vhodné je začít použití dudlíku omezovat postupně již od 6. měsíce věku, kdy by postupné omezování měli dodržovat všichni jedinci, kteří se o dítě starají. Pro volbu správného typu dudlíku pro děti existují mnohá doporučení, například je důležité se zaměřit na jeho velikost a tvar (Fendrychová, 2016).

1.5.4 Rozštěpové vady

Rozštěpové vady mohou vznikat v různých oblastech orofaciálních struktur označovaných jako rozštěp tvrdého patra, měkkého patra, čípku či rtu. Jedná se o vadu vývojovou, která vzniká na podkladě orgánové anomálie, kdy při prenatálním vývoji nedojde ke spojení orofaciálních struktur. Rozštěpy se mohou vyskytovat buď pouze na jedné nebo obou stranách patra. Tato vada způsobuje poruchu řeči zvanou **palatolálie**. Důležitou roli zde také hraje funkce velofaryngeálního mechanismu. Pokud je tato funkce narušena mluvíme o **velofaryngeální insuficienci**. Rozštěpová vada může být pak příčinou vzniku otevřené huhňavosti (Lechta, 2003; Škodová a Jedlička, 2007). Rozštěpové vady obličejové vznikají během prvního trimestru těhotenství, kdy nedojde ke srůstu tkání. Mezi etiologii spadá genetická predispozice, vnější příčiny, onemocnění či medikace. Rozlišujeme rozštěp rtu, patra, tváří, ale může docházet také ke kombinovaným rozštěpům (Malínský a kol., 2005). Rozštěpová vada rtu je v dnešní době operativně řešena již v raném věku dítěte, ideálně v prvním týdnu po narození nebo poté ve věku 3 měsíců. V případě rozštěpové vady patra je doporučeno podstoupit operaci nejpozději do prvního roku života. Při léčbě je důležitý interdisciplinární tým, který se skládá z odborníků z oblasti plastické chirurgie, logopedie, ortodontie, pediatrie, foniatry, anesteziologie a případně dalších (Kejklíčková, 2016; FN Brno, 2023).

1.5.5 Tongue thrust

Tongue thrust neboli **patologický tlak jazyka** označuje návyk, při kterém jedinec tlačí jazykem proti zubům či jej vkládá mezi zuby při polykání, řeči i v klidové poloze. Tongue thrust spadá mezi orofaciální myofunkční poruchy (dále jen OMD) a tento dlouhotrvající tlak jazyka na zuby může způsobit změnu jejich postavení či zabránit jejich

prořezávání (AOMT, 2023). Dále bývá spojován se vznikem předního otevřeného skusu (Mozzanica, 2021). Vzniká jako přetrvávající primární polykací reflex, který neodezněl v raném věku (Vitásková, 2005).

Lze rozlišit **jednoduchý** a **komplexní** tongue thrust. V případě otevřeného skusu způsobeného oromotorickými zlovyky, je při polykání jazyk tlačěn dopředu pro uzavření prostoru mezi rty. Tento projev nazýváme jako jednoduchý tongue thrust. Druhý komplexní typ bývá přítomen u osob s otevřeným skusem vzniklým z důvodu nadměrného dýchání ústy. K odstranění této patologie mohou sloužit orofaciální myofunkční terapie s různou škálou cviků na tuto oblast, které dle výzkumu prokázaly pozitivní účinek na tuto problematiku (Shah, 2021). Prvky z myofunkční terapie podporují změnu nesprávné polohy jazyka a napomáhají vytvořit nový a správný vzorec. O efektivitě orofaciální myofunkční terapie (dále jen OMT) můžeme nalézt různé názory a je třeba stále více výzkumů této oblasti. Výsledky výzkumu však prokázaly efektivitu OMT u osob s tongue thrust bez ohledu na to, zda měli zkoumané osoby smíšený či úplný chrup (Mozzanica, 2021).

1.5.6 Nadměrné dýchání ústy

Nadměrné dýchání ústy patří ke hlavním příčinám vzniku orofaciálních myofunkčních poruch. Při jeho dlouhodobém užívání se mění klidová poloha čelisti, rtů i jazyka (IAOM, 2023). Proto může funkční patologie způsobovat dentální abnormality jako malookluzi či patologický tlak jazyka (viz kapitola č. 1.5.5). Dýchání ústy může také zvyšovat tendence k zubním kazům, dásňovým onemocněním a ovlivňovat vývoj kraniofaciálních struktur. Příčinou nadměrného dýchání ústy může být obstrukce horních dýchacích cest, způsobená zbytnělou nosní mandlí, zvětšenými krčními mandlemi, alergií či chronickou rýmou. Nadměrné dýchání ústy dále bývá často spojeno i s neprůchodnými horními dýchacími cestami, a proto osoba využívá právě orální respiraci pro zjednodušení. Při dlouhodobějším dýchání ústy se tato patologie stává návykem a je náročné ji následně odstranit (Šlesingerová a kol., 2021; Lin, 2022). Při spánku až 55 % dětí dýchá pomocí otevřených úst. U dětí je ve spánku, mimo dýchání pusou, označováno za poruchu také chrápání či obstrukční spánková apnoe (Archambault, 2018). Při zaznamenání nadměrného dýchání ústy u dítěte by měli rodiče upozornět a případně se objednat na vyšetření na otorinolaryngologii (Kejklíčková, 2016). Cviky z myofunkční terapie pro posílení správného vzorce dýchání nosem popisuje ve své publikaci například Kittel (1999).

V odborné literatuře nejsou daná přesná diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy dýchání ústy, tudíž je omezena možnost provádět výzkumných šetření. Studie však mohou sloužit k šíření podvědomí mezi odborníky pracujícími s dětmi (Lin, 2022).

V mateřských školách proběhl výzkum zaměřující se na podvědomí pedagogů o orálním dýchání u dětí. Ze získaných dat vyplynulo, že si pedagogové všimají způsobu dýchání u dětí a následně při zjištění orálního dýchání doporučí návštěvu dítěte u odborníka. Sami pedagogové projeví zájem o informace ohledně této problematiky (Šlesingerová in Vitásková, 2020). Při navazujícím proběhlém výzkumu, kdy se zapojily další mateřské školy, byly výsledky výzkumu podobné. Nově se zkoumal i vliv kvality ovzduší na nadměrné dýchání ústy. Při porovnání dat z krajů s odlišnou kvalitou ovzduší vyplynuly rozdílné výsledky, tudíž nebyl přímo potvrzen vliv ovzduší na respirační funkce. Získaná data se ale také lišila při srovnání výsledků vzájemně mezi kraji s lepší kvalitou ovzduší, proto je doporučeno další výzkumné zkoumání této problematiky (Šlesingerová in Vitásková, 2021).

1.6 Přetrvávající primární reflexy

Primární reflexy lze charakterizovat jako „*soubor pohybových modelů*“, které jsou u dítěte přítomny již v prenatálním období (Illingworth in Volemanová, 2019, s. 72). Pokud do jednoho roku po narození reflex postupně nevyhasne, označujeme jej jako **přetrvávající primární reflex**. Mezi typy primární reflexů řadíme Moroův reflex, asymetrický tonický šíjový reflex a Spinální Galantův reflex. Z oblasti držení těla se pak jedná o tonický labyrintový reflex. Další skupinou jsou úchopové reflexy, kam spadá palmární reflex a plantární reflex. Poslední skupinou jsou reflexy hledací a sací. Perzistence primárního reflexu může následně ovlivnit různé oblasti vývoje člověka a také způsobit hypersenzitivitu nebo hyposenzitivitu těla (Volemanová, 2019).

Pro potřeby práce je uveden **vliv přetrvávání konkrétních reflexů na oromotorickou oblast:**

- Moroův reflex – perzistence reflexu může mít vliv na vnímání řeči hlavně při zvýšené hlasitosti v okolí (Volemanová, 2020). Ve výzkumu od Mironove Tabachové (in Vitásková a kol. 2021) se po aplikaci Neuro-vývojové stimulace tento přetrvávající primární reflex snížil a došlo ke zlepšení v oblasti oromotoriky.

- Palmární reflex – přetrvávání tohoto úchopového reflexu má vliv na nesprávný úchop při psaní. Právě jemná motorika rukou ovlivňuje i motoriku artikulačních orgánů.
- Hledací reflex – se projeví zvýšenou senzitivitou a potřebou stimulace v orofaciální oblasti.
- Sací reflex – způsobuje nesprávnou klidovou polohu jazyka, kdy je jazyk směřován dopředu a umístěn na za spodními zuby, čímž je ovlivněn i způsob dýchání, řeč a další orofaciální funkce. Zároveň je přítomna nadměrná potřeba stimulace dutiny ústní (Volemanová, 2019).

O přetrvávání primárních sacích reflexů se zmiňuje i Castillo Morales (2006), který popisuje s tím spojené odchylky v oblasti chování dítěte a neadekvátní rozvoj orofaciálních struktur. Jako příčinu této perzistence reflexů uvádí dumláni palce či dlouhodobé nadužívání dudlíku.

Souvislost přetrvávajících primárních reflexů a orofaciálních funkcí je popsána u níže zmíněných **diagnóz**. U osoby s dyspraxií dochází při perzistenci hledacího a sacího reflexu nejen k orofaciálním zlovykům, ale také ke zhoršení produkce řeči. Při vývojové dysfázii ovlivní přetrvávající asymetrický tonický šijový reflex motoriku mluvidel a může být příčinou vzniklých orofaciálních zlovyků. Osoby s poruchou autistického spektra a perzistentními primárními reflexy mohou být hypersenzitivní na dotek či určitou strukturu (Volemanová, 2019).

Ucelenou českou publikaci s názvem *Přetrvávajícími primárními reflexy* vydala Marja Volemanová. V publikaci je také uvedeno vyšetření konkrétních reflexů s příloženými názornými fotografiemi (Volemanová, 2019). Autorka publikace založila **Institut neuro-vývojové terapie a stimulace**, pod kterým pořádá kurzy Neuro-vývojové stimulace určené pro odborníky. Pro širokou veřejnost pak nabízí program Skoro školákem určený pro děti předškolního věku. Ohledně své vyučované metody vydala i další publikaci s názvem *Teoretické základy metody Neuro-vývojové stimulace* (Cortex Academy, 2023).

Právě efektivita Neuro-vývojové stimulace na oromotorickou oblast, vizuomotoriku a zrakovou percepci byla zkoumána u osob s vývojovou dysfázií a přetrvávajícími primárními reflexy. Dle výsledků došlo u všech osob po aplikaci programu neuro-vývojové stimulace ke zlepšení ve všech výše zmíněných oblastech. Výsledky bylo možné statisticky určit dle zvýšeného skóre ve vybraných testech, které proběhly na začátku a na konci šetření (Mironova Tabachová in Vitásková, 2021). O rok dříve proběhl výzkum zkoumající

souvislost přetrvávajících primárních reflexů a narušené komunikační schopnosti u dětí. Výzkumný vzorek se konkrétně skládal z dětí se stejnými diagnózami jako u výše zmíněného výzkumu, kdy u každého dítěte byl zjištěn nejméně jeden perzistentní reflex. Projevy přetrvávajícího primární reflexu byly nižší u skupiny dětí s diagnózou dyslálie (Mironova Tabachová in Vitásková, 2020).

2 MYOFUNKČNÍ A OROFACIÁLNÍ TERAPIE

Na základě níže uvedených informací a prolínající se terminologie nese kapitola název myofunkční a orofaciální terapie.

Myofunkční terapii definuje Dvořák (2001, s. 193) jako „*komprehenzivní systém orofaciální stimulace zaměřený na odstranění svalové nerovnováhy při součinnosti orofaciálního systému, artikulační činnosti mluvidel a polykání*“. Předpona *myo* udává, že pojem souvisí se svaly (Velký lékařský slovník, 2023). Pojem **orofaciální** byl již definován výše v kapitole 1.1.

Cíl myofunkční a orofaciální terapie spočívá v nastavení správného vzorce polykání a žvýkání a také v posílení orofaciálních svalů. Další důležitou oblastí je odstranění patologických návyků jako například dumlání palce, skřípání a zatínání zubů nebo kousání rtů. Zároveň může díky myofunkční terapii dojít ke zlepšení postury a také ke zlepšení v oblasti respirace a produkce řeči (Mlčáková in Müller, 2014; IAOM, 2023).

Myofunkční terapie a orofaciální terapie nachází své využití pro osoby s poruchami polykání, artikulační poruchou, vývojovou verbální dyspraxii, parézou obličeje nebo také syndromovým onemocněním (Dvořák, 2001; Mlčáková in Müller, 2014). Právě dětem s Downovým syndromem byla původně určena orofaciální regulační terapie. V publikaci týkající se této terapie jsou zmíněny i konkrétní odchylky v orofaciální oblasti u osob s Downovým syndromem (Castillo Morales, 2006).

Efektivita využití prvků orofaciální terapie byla zkoumána také u skupiny osob s afázií a dysartrií, kdy právě při afázii neměla daná terapie patřičný význam. U skupiny s motorickou poruchou řeči však byla efektivita pomocí testu 3F Dysartrický profil potvrzena (Konečný a kol., 2017).

Mezi světové organizace sdružující odborníky z této oblasti patří **IAOM** (Mezinárodní asociace orofaciální myologie), která vznikla přibližně roku 1972 a působí jako nejstarší a největší organizace v této oblasti. Nabízí možnost stát se certifikovaným myofunkčním terapeutem, po absolvování kurzu a splnění dalších požadavků. Certifikovaný myofunkční terapeut navazuje na své vzdělání z oboru logopedie, stomatologie nebo dentální hygieny. Pod organizací je také vydáváno periodikum zabývající se problematikou myofunkčních poruch (IAOM, 2023). Mezi další velkou mezinárodní organizací patří **AOMT** (Akademie orofaciální myofunkční terapie), která také poskytuje různé typy certifikovaných kurzů zaměřených na základy myofunkční terapie nebo na oblast učení

se správného vzorce dýchání a tím získání osvědčení certifikovaného lektora dýchání (AOMT, 2023).

V České republice není kurz myofunkčního terapeuta zaveden. Pro klinické logopedy jsou momentálně nabízeny kurzy zaměřené na myofunkční terapii a myofunkční poruchy, které pořádá Asociace klinických logopedů (Asociace klinických logopedů, 2023).

2.1 Myofunkční poruchy

V této podkapitole bude krátce zmíněna myofunkční porucha. Tu lze definovat jako nesprávný vzorec orofaciálního komplexu (IAOM, 2023).

Etiologie myofunkční poruchy již byla nastíněna v kapitole č. 1.5 zabývající se patologií orofaciálního systému. Zde jsou zmíněny odchylky, jako problematika podjazykové uzdičky, ortodontické anomálie, dlouhodobé užívání dudlíku u dětí, rozštěpové vady, patologický tlak jazyka či nadměrné dýchání ústy. Právě nadměrné dýchání ústy bývá označováno jako nejčastější příčina vzniku OMD. Dochází ke změnám orofaciálních návyků a struktur, které mohou vést ke vzniku malookluze, ale také je dýcháním ústy zapříčiněna nedostatečná filtrace vdechovaného vzduchu a tím ovlivněna hygiena dutiny ústní (Lin, 2022; IAOM, 2023).

Mezi další možné příčiny lze zařadit i přetrvávající primární reflexy popsané v kapitole 1.6. Na vliv vzniku myofunkční poruchy může mít i tvar a velikost savičky u kojenecké lahve, stejně jako její nadužívání až do období, kdy dítě dochází do mateřské školy (Kittel, 1999; IAOM, 2023). K myofunkčním poruchám může vést i dědičnost či návyk dumlání palce nebo zatínání zubů (IAOM, 2023).

Je možné rozlišit dva druhy myofunkční poruchy, a to **lehkou** a **těžkou**. Za lehkou myofunkční poruchu lze označit případ, kdy osoba dle instrukcí zvládne správně nastavit jazyk do klidové polohy a také je schopna polknout bez aktivního zapojení rtů. Druhým typem je pak těžká myofunkční porucha projevující se neschopností nastavení klidové polohy jazyka (dále jen KPJ), kdy jsou příčinou oslabené svaly středu jazyka (Kittel, 1999).

Z českého prostředí lze zmínit proběhlý kvalitativní výzkum u dětí předškolního věku s OMD. U vzorku 8 klientů logopedické ambulance byly zkoumány odchylky v řeči a také projevy a příčiny OMD. Dle anamnestických údajů byl častý výskyt proběhlého onemocnění (nejčastěji zbytnění nosohltanové mandle, alergie nebo šelest na srdci), užívání dudlíku a také náročný přechod do mateřské školy. U všech dětí byla pomoci pozorování

také zhodnocena orofaciální oblast. U každého dítěte byly zaznamenány odchylky v oblasti rtu, jazyka, brady, ale například i v dýchací funkci, kdy každé dítě dýchalo primárně ústy. V řeči se jednalo nejčastěji o nesprávnou výslovnost sykavek interdentálním způsobem (Mikuláščíková a Vitásková, 2018). Právě vzhledem k artikulaci hlásek je důležitá správná funkce orofaciálních struktur, ale i bránice. Při nápravě chybné artikulace u dítěte s OMD by měl být na tyto části kladen důraz nejdříve. Až po proběhlé terapii a tím úpravě funkce svalstva a dechu je vhodné přejít na úpravu chybně vyvozované hlásky (Kittel, 1999).

K hodnocení OMD bývá využíván protokol OMES (Orofacial Myofunctional Evaluation with Scores). Tento protokol se skládá ze 4 oblastí zaměřujících se na pohyblivost mluvidel, žvýkání, funkčnost daných struktur, vzhled a držení těla. K hodnocení lze také využít přístroj IOPI (Iowa Oral Performance Instrument), který měří maximální tlak jazyka při výkonu (Mozzanica, 2021).

2.2 Druhy myofunkční a orofaciální terapie

V praxi je možné se setkat s aplikací různých druhů myofunkční a orofaciální terapie. V podkapitolách je zmíněna myofunkční terapie dle Garlinera, myofunkční terapie dle Kittel, Orofaciální regulační terapie Castillo-Morales a Rehabilitace orofaciální oblasti od Gangale, Terapeutický koncept dle Tardieu a neurofunkční terapie od autorky Padovan.

2.2.1 Myofunkční terapie dle Garlinera

Mezi jeden z nejstarších druhů myofunkční terapie řadíme metodu myofunkční terapie dle Garlinera. Její průběh spočívá v desetidenní terapii, která probíhá určitý čas v nemocnici a je doplněna každodenním domácím cvičením. Skládá se z izometrických a izotonických cvičení jazyka a měkkého patra pro správnou činnost orofaciálních struktur. Myofunkční protokol popisuje 10 sezení, kdy se postupně začíná od nácviu správné klidové polohy jazyka a jeho polohy při polykání. Dále se postupuje ke cvikům na posílení rtů a žvýkacích svalů (Garliner in Mozzanica, 2021). Jiný přístup zaujala Kittel, která zdůrazňuje primární posílení orofaciálních svalů s postupně vzrůstající náročností a až poté se přistupuje ke cvičení správného polykacího vzoru, viz níže (Dvořák, 2001)

2.2.2 Myofunkční terapie Anity Kittel

Myofunkční terapie dle Kittel vznikla v návaznosti na myofunkční terapii dle Garlinera. Uvádí se přímo určená věková kategorie, a to mladší dětská klientela. Terapie

se konkrétně zaměřuje na orofaciální oblast a její patologické vzorce jako například nesprávný průběh polykání. Zároveň ji lze aplikovat během logopedické terapie pro osoby s poruchami artikulace či také pro osoby vyžadující zlepšení hybnosti mluvidel (Bytešníková in Klenková, 2007).

Na trhu je uvedena ucelená publikace Myofunkční terapie právě od německé logopedky Anity Kittel, jejíž kniha byla přeložena i do českého jazyka. Kittel v první části publikace popisuje orofaciální anatomické struktury, jejich správnou funkci i patologii. Patologické vzorce jsou znázorněny pomocí fotografií, kterými je publikace doplněna. Dále je popsána etiologie a diagnostika myofunkční poruchy a následná indikace myofunkční terapie. Autorka během terapie zdůrazňuje schopnost nastavení správné KPJ, kterou by měl klient zvládnout nastavit i během svých běžných každodenních aktivit. Zároveň je důležitá kontrola polohy jazyka i večer těsně před spánkem a následně ráno. Právě oproti Garlinerovi přidává Kittel cviky pro oblast rtů a nejprve zaměřuje terapii na svaly jazyka a až poté přechází k řešení chybného průběhu polykání (Kittel, 1999; Bytešníková in Klenková, 2007).

Postupně je terapie zaměřena na cviky pro tyto oblasti:

- oblast jazyka,
- oblast rtů,
- oblast sání pro posílení středu jazyka
- a následně pak upevnění správného způsobu polykání (Kittel, 1999).

Provedení cviků je v publikaci konkrétně popsáno i s uvedeným cílem a popisem, na co si dát při realizaci cvičení pozor. Mezi cviky pro oblast jazyka lze zmínit izometrická cvičení se špátlí, která napomáhají ke zlepšení svalové síly středu jazyka. Na tuto orofaciální oblast jsou zaměřena i cvičení sání. Posílením střední části jazyka napomáháme ke správné funkci polykání, kterou dále fixujeme. Mimo posílení orofaciální oblasti je přínosem terapie i zlepšení postury a práce s bránicí (Kittel, 1999).

Pro správný průběh terapie je důležité zapojení klienta. Terapie probíhá ve třech fázích: intenzivní, kontrolní a fáze automatizace. První fáze je rozplánována pro zhruba 5 měsíců, kdy terapie probíhá jedenkrát týdně (Mlčáková in Müller, 2014).

Pod Asociací klinických logopedů probíhá přímo kurz Myofunkční poruchy se zaměřením na terapii od Anity Kittel (Asociace klinických logopedů, 2023).

2.2.3 Orofaciální regulační terapie Castillo Morales

Terapie vznikla v minulém století v argentinském dětském centru dle lékaře prof. Rodolfa Castillo Morales. Navazuje na dříve publikované metody jako Bobath koncept nebo Kabatovu metodu. Cviky obsažené v metodice se zaměřují na veškeré oblasti těla a jejich funkce včetně té orofaciální. Zároveň na řeč, vnímání, respiraci a fonaci. Dle autora jsou všechny funkce provázány tak, že například orofaciální patologie způsobí přes nesprávný průběh polykání narušení v oblasti řeči (Castillo Morales, 2006; Matějčíková a Smisitelová in Klenková, 2007)

Jak již bylo zmíněno na začátku kapitoly, dříve byla tato terapie zamýšlena výhradně pro osoby s Downovým syndromem, ale sám autor ji po určité době rozšířil pro osoby s mozkovou obrnou (nově používaný termín místo termínu dětská mozková obrna), hypotonií, rozštěpovými vadami, kombinovanými vadami, zpomaleným mentálním oslabením či předčasně narozené děti. Samotná terapie je určena pro všechny věkové kategorie (Castillo Morales, 2006; Saitlová a Limbrock, 2014). Terapii je možné využít i u osob s poruchami autistického spektra (Kejklíčková, 2016).

Morales se také zaměřil na popsání vývojových stupňů dítěte rozdělených na 4 trimenony. V každém z nich charakterizuje vývoj dítěte dle dovedností senzomotoriky, komunikace, příjmu potravy, končetin, hry a audiovizuálního vnímání (Matějčíková a Smisitelová in Klenková, 2007). Podstatným prvkem terapie je také motorický klid, kdy dítě sedí v určité pozici a terapeut u něj provádí svalovou stimulaci. Je důležité se orientovat ve vývoji a možnostech daných osob a dle toho přizpůsobit terapeutické techniky. Mezi ně patří dotek, tření, tah, tlak a vibrace, která je v počátcích terapie brána za nejdůležitější. V poslední kapitole zmiňuje autor konceptu vedení terapie s patrovou deskou, kterou používal u osob s Downovým syndromem. Její funkce spočívala ve změně polohy jazyka a rtů a sloužila ke zlepšení orofaciálních funkcí a podpoře nasálního dýchání. Dle novodobějších informací je užití desky při terapii omezováno (Saitlová a Limbrock, 2014).

Při aplikování terapie je kladen důraz na polohu těla klienta. Autor terapie dělí tělo na dvě poloviny, kdy horní i dolní končetiny tvoří dva protilehlé trojúhelníky, které se setkávají v oblasti břicha a tvoří tak základ pro další pohyb. Následně popisuje tento jev u osob se svalovým oslabením, kdy je potřeba stimulovat svalové napětí v jedné oblasti a tím dojde k ovlivnění i v druhé oblasti. Zdůrazňuje také provázanost zrakové percepce s motorikou a také funkcí orofaciálního systému, kdy při pohybu těla dochází i k pohybu

orofaciálních částí, jako například jazyka (Castillo Morales, 2006; Matějíčková a Smisitelová in Klenková, 2007). Správná funkce svalových skupin těla podmiňuje i kvalitní funkci a pohyb TMK (Mlčáková in Müller, 2014). Této oblasti se dotýká i Fritzllová (2016), která zmiňuje důležitost stability TMK pro správu motoriku mluvidel.

Nově bývá terapie označována jako Koncept Castillo Moralese, který se dělí na **dvě hlavní části**:

- **Terapeutická podpora procesu vzpřimování** – vhodná pro osoby se senzomotorickou poruchou a zlepšení jejich funkcí. Původní název byl Neuromotorická vývojová terapie.
- **Orofaciální terapie** – původní název byl Orofaciální regulační terapie (Saitlová a Limbrock, 2014).

Dle výsledků nalezených studií byl v minulosti značně popisován vliv této terapie u osob s Downovým syndromem. Novodobější výzkumy mimo jiné popisují i zlepšení v oblasti krmení, dýchání, jemné motoriky a salivace (Matějíčková a Smisitelová in Klenková, 2007). Právě snížení salivace bylo zkoumáno při aplikaci terapie s využitím ortodontického aparátu. Z 53 zúčastněných dětí nebyly u 73 % z nich vyžadovány další léčebné zásahy a u většiny v této oblasti došlo ke výraznému snížení salivace (Marinone et al., 2017).

Konkrétní kurz Orofaciální regulační terapie v České republice momentálně neprobíhá, vyškolená byla v zahraničí pouze jedna odbornice poskytující tuto péči (Matějíčková a Smisitelová in Klenková, 2007). Právě publikace Orofaciální regulační terapie byla do českého jazyka přeložena paní doktorkou Matějíčkovou (Castillo Morales, 2006).

2.2.4 Rehabilitace orofaciální oblasti Gangale

Rehabilitace orofaciální oblasti dle Gangale je určena pro osoby s narušením v orofaciální oblasti, které může vzniknout i z důvodu onemocnění (např. mozková obrna, úrazy či Parkinsonova choroba). Výhodou této terapie je, že obsažené cviky zvládne postupně pacient praktikovat samostatně, například v domácím prostředí bez dopomoci logopeda nebo rodinného příslušníka. Mezi cíle rehabilitace lze zařadit svalové stimulační, zlepšení produkce řeči, uvědomění si svalových struktur při orofaciálních pohybech nebo také jejich celkovou relaxaci (Mlčáková in Müller, 2014).

Cviky jsou rozčleněny dle zaměřených oblastí: dýchání, komunikace, postura, kontrola salivace, stimulační terapie, masáže, akupresurní techniky, cvičení hlasu a měkkého patra a dále pak cvičení zaměřené na určité části těla. Konkrétně se jedná o cviky krku, ramen, tváří, čelisti, rtů, jazyka, nosu a poslední kategorie zaměřená na uši, oči a čelo. Cvičení je vhodné provádět každý den ve více sériích opakování, pro dosažení stabilních výsledků. Stejně jako u předchozích terapií, je přínosné využívat různé druhy pomůcek (př. špátle, různé typy a struktury potravin). Většina cviků je doplněna o konkrétní nákresy provedení a také jsou v publikaci uvedeny záznamové archy pro vyšetření orofaciálních funkcí, stejně jako tabulky pro zaznamenání průběhu terapie (Gangale, 2004; Mlčáková in Müller, 2014).

2.2.5 Terapeutický koncept dle Tardieu

Koncept dle francouzského neurologa Tardieu je určen pro dětskou klientelu s lézí centrální motoneuronu. Mezi oblasti, na které se terapie zaměřuje, spadá intelekt osoby, příčina narušení, motorické funkce, vizuální a auditivní vnímání či schopnosti komunikace. Následně je dle odborníků stanoven krátkodobý a dlouhodobý individuální terapeutický plán. Důraz je kladen i na práci s rodiči daného dítěte. Výsledkem terapie by mělo být osvojení si správných motorických procesů (Bytešníková in Klenková, 2007).

2.2.6 Neurofunkční reorganizace dle Padovan

Metodu neurofunkční reorganizace sestavila logopedka Padovan původem z Brazílie. Stejně jako předchozí koncept je tento zaměřen pro osoby s poruchou centrální motorické oblasti. Může se jednat o osoby s mozkovou obrnou (dále jen MO) či poruchou řeči bez ohledu na věk. Dle vývojových fází osoby je terapie zaměřena na učení se správného průběhu orofaciálních i motorických funkcí. Terapie probíhá nejméně dvakrát týdně po dobu jedné hodiny (Bytešníková in Klenková, 2007). Momentálně není dostupná žádná ucelená publikace shrnující informace o této metodě.

Dle systematické review byla zkoumána neurofunkční reorganizace dle Padovan a její vliv na neurovývojové poruchy. Kvůli malému množství zařazených studií nebylo možné určit konkrétní závěr, avšak z výsledků plyne přinejmenším malé doporučení této metody pro snížení příznaků u osob vyžadující neurorehabilitační terapii (Vogel et al., 2022).

2.3 Interdisciplinarita při myofunkční terapii

Při léčbě myofunkčních poruch je podstatná **multioborová spolupráce**. Na tuto skutečnost poukazovali všichni logopedi zúčastnění ve výzkumu. Složení týmu se často lišilo dle věku i potřeb klienta. Logopedi uváděli spolupráci s odborníky z oboru fyzioterapie, ortodontie, chiropraxe, stomatologie či otorinolaryngologie (Shortland et al., 2022). Mezi další odborníky může být řazen i lékař zabývající se spánkovými poruchami, pediatr či certifikovaný myofunkční terapeut (v České republice tato certifikace není) (Shah, 2021; IAOM, 2023). Do týmu při orofaciální regulační terapii bývá řazen i oční lékař nebo speciální pedagog (Matějíčková a Smisitelová in Klenková, 2007).

Dle výzkumu organizace ASHA bylo pomocí systematické kvantitativní review zkoumáno využití a výsledky orofaciální myofunkční terapie a myofunkčních zařízení v logopedické péči. Při výběru studií byl zjištěn nárůst jejich publikování za posledních 10 let. Do výzkumu bylo dle daných kritérií vybráno 28 studií, ve kterých byla OMT začleněna do léčby. U skoro poloviny studií probíhalo využití OMT v interdisciplinárním týmu nebo společně s další léčbou. Dle výsledků všech 28 studií došlo ke zlepšení v jedné nebo více oblastech (např. polykání, dýchání, žvýkání, držení těla), pouze však u 50 % z nich bylo zlepšení významné. Pouze u dvou studií nebylo prokázáno zlepšení u poruch artikulace (Shortland et al., 2021).

Novější výzkum stejných autorů se zabýval využitím myofunkčních přístrojů u logopedů při jejich logopedické terapii. Výzkumu se zúčastnilo 11 logopedů ze čtyř různých zemí, se kterými byl proveden polostrukturovaný rozhovor. Dle zpracovaných rozhovorů mají myofunkční přístroje v logopedické terapii pozitivní vliv. Mezi respondenty byla dále zdůrazněna důležitost multidisciplinární spolupráce, ale také potřeba dalšího zkoumání této oblasti v budoucích výzkumech (Shortland et al., 2022).

3 TERAPIE ORÁLNÍ POZICE

Terapie orální pozice vznikla pod americkou logopedkou **Sara Rosenfeld-Johnson**. Terapie původně nesla název Oral Motor Therapy, který lze přeložit jako orálně-motorická terapie. Termín působil jako zastřešující pro další terapeutické směry a pojmy. Kvůli nejasnostem mezi termíny a nejasnou efektivitou terapie byl později název změněn na Oral Placement Therapy, kdy v českém jazyce nese název Terapie orální pozice (dále jen TOP) (Rosenfeld-Johnson, 2009). V roce 1995 založila autorka terapie webovou stránku Talktools, která sdružuje informace o TOP a také nabízí k zakoupení veškeré pomůcky a publikace. Zároveň informuje o konferencích a pořádaných kurzech, které jsou již celosvětově rozšířeny (Talktools, 2023).

V České republice rozšířila povědomí o TOP klinická logopedka **Mgr. Barbora Červenková, Ph.D.**, která získala informace pod vedením lektorky v USA. Právě její webová stránka Logopedie Červenková nabízí širokou škálu pomůcek využívaných právě v TOP (Logopedie Červenková, 2023). Pod Asociací klinických logopedů vede certifikovaný kurz Terapie orální pozice v klinické logopedii, který je určen pro nelékařské zdravotní pracovníky, logopedy v předatestační přípravě a klinické logopedy (Asociace klinických logopedů, 2023).

3.1 Cílová skupina terapie

Terapii orální pozice lze využít u osob s dysartrií, sluchovou ztrátou, apraxií řeči, hlasovou poruchou, narušením plynulosti řeči či po CMP. Cílovou skupinou jsou osoby, pro které je náročná imitace hlásek. Často se jedná o klienty, kteří již dochází na logopedickou terapii, jejíž techniky pro ně však nejsou účinné. V tomto případě se nejedná o chybu logopeda, rodiče či dítěte, jen daný klient potřebuje zvolit jinou metodu logopedické péče. TOP využívá prvky taktilně-proprioceptivní, které se zaměřují na usnadnění produkce hlásek. Liší se oproti jiným přístupům, které spíše pracují s auditivními a zrakovými pokyny a prvky (Rosenfeld-Johnson, 2009).

TOP by měla být doplňkem k jiné terapii a neprobíhat pouze samostatně. Může být propojena s logopedickou terapií či terapií krmení. Logopedi většinou kombinují TOP a další více tradiční přístupy (př. artikulace hlásky v izolaci a její postupné vyvozování i v běžné konverzaci). Cviky obsažené v TOP lze zařadit do logopedické terapie i díky jejich nižší

časové náročnosti, kdy jejich realizace trvá zhruba 15 minut (Rosenfeld-Johnson, 2009; Bahr a Rosenfeld-Johnson, 2010).

3.1.1 Bobath koncept

Okrajově lze zmínit Bobath koncept neboli Neurovývojovou terapii (NDT), z jehož prvků TOP vychází. V TOP tedy dochází k propojení logopedických a fyzioterapeutických informací a technik (Logopedie Červenková, 2023). Bobath koncept nese název po manželech Bobathových, kteří stojí za jeho vznikem. Cílovou skupinou jsou osoby s poškozením centrální nervové soustavy. Jedná se o celostní přístup zaměřený na každodenní život dané osoby, její okolí a její každodenní aktivity. V konceptu se klade důraz na sestavení terapeutického plánu a také na spolupráci s rodinou i odborníky. V České republice působí Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů, která pořádá kurzy pro získání osvědčení – Bobath terapeut (Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů, 2023). Bobath koncept může být využíván v logopedické terapii pro zlepšení v oblasti řečových funkcí, senzitivity, příjmu potravy nebo postury. Dále lze klienta stimulovat za pomoci různých typů pomůcek (Janovcová in Klenková, 2007).

3.2 Terminologické vymezení

Terminologická oblast kolem TOP je různorodá a je možné se setkat s různou škálou pojmů, které jsou dle odborníků odlišně chápány. Diskutovaným tématem je oblast, zda je TOP Evidence-based (založena na důkazech) (Walsch a Rosenfeld-Johnson, 2015). Někteřími odborníky jsou cviky orofaciální oblasti bez použití řeči nazývány jako **neřečová orálně-motorická cvičení** (angl. Nonspeech Oral Motor Exercises, dále jen NSOME). Právě NSOME a jejich efektivita jsou často diskutovaným tématem ve výzkumu. Můžeme se setkat s názory a články, které popisují, že tato cvičení nejsou nijak podložena, a proto není zaručena jejich účinnost (Lof, 2008; Marshalla, 2011; Volkera, 2019). Na uvedený článek od autorky Volkera, publikovaný pod organizací ASHA, následně reagovali jiní odborníci popisující své pozitivní zkušenosti s danými cviky a také kritizující nepřesnou terminologii uvedenou v článku (Sacks a Merkel-Walsh, 2019).

V Portugalsku proběhl mezi logopedy výzkum o využívání NSOME při terapii poruch artikulace. Z počtu 184 zapojených logopedů uvedlo 78 % z nich, že tyto cviky využilo v intervenci s klienty s poruchami artikulace a 80 % logopedů je následně považovalo za účinné. Podobné procentuální výsledky byly zaznamenány u logopedů

v jiných zemích např. USA či Austrálie. Mezi nejčastější cviky využívané logopedy patřilo foukání, vertikální pohyby jazyka nebo střídání pohybu špulení rtů a úsměvu (Rocha et al., 2022).

Je však důležité uvést, že nelze zaměňovat NSOME a cviky z Terapie orální pozice, jejíž struktura je více popsána v kapitole 3.3. Hlavním rozdílem je, že právě výše zmíněné NSOME neobsahují cviky spojené s artikulací hlásek, jak je tomu v TOP (Bahr a Rosenfeld-Johnson, 2010; Rocha et al. 2022;).

V terminologii je možné nalézt i termín Oral Placement Disorder, který lze vysvětlit jako poruchu, při níž není osoba schopna napodobit dané hlásky pomocí sluchové a zrakové cesty a stejně tak je pro ni problematické následovat pokyny pro vyvození hlásek. Právě pro osoby s Oral Placement Disorder je vhodné využít Terapii orální pozice (Bahr a Rosenfeld-Johnson, 2010).

Cílem Terapie orální pozice je přenesení orálně-motorických pohybů do řeči. Za pomoci různých pomůcek může osoba dosáhnout vyvození hlásky, kterou lze následně aplikovat v řeči (Rosenfeld-Johnson, 2009). Ty ve své terapii využíval v historii již logoped Van Riper. Právě on zdůrazňoval použití pomůcek pro artikulační postavení mluvidel jako možnost pro osoby, pro které bylo náročné dané instrukce pochopit audio-vizuální cestou (Marshalla, 2011).

3.3 Struktura terapie

Terapie orální pozice se zabývá pojmy jako **disociace, grading čelisti, stabilita, fixace a svalová paměť**. Disociace značí oddělení pohybu u dvou různých svalových skupin. Grading lze chápat jako rozčlenění pohybu. Fixace pak vzniká jako kompenzace v důsledku slabé stability. Právě stabilní držení těla ovlivňuje druhotně i stabilitu čelisti. Při průběhu terapie musí být klient v optimální stabilní poloze v sedě (Rosenfeld-Johnson, 2005).

Zaměření na svalové pohyby při řeči je důležitou součástí terapie. Sekundárním výsledkem terapie může být snížení salivace jako jednoho typu orálních návyků. Vývoj oblasti svalů se skládá ze 4 oblastí: propiocepce svalů, nastavení mluvidel, stabilita a svalová paměť a produkce řeči (Rosenfeld-Johnson, 2009).

První oblastí je propiocepce svalů a jeho pohybu. Tato oblast vychází z prvků senzorycké integrace a Neurovývojové terapie (zde je důležité odlišit od neuro-vývojové

terapie, která se zaměřuje na přetrvávající primární reflexy). Právě Neurovývojová terapie přináší prvky ze souvislosti mezi stabilitou těla a pohybem mluvidly. Mezi reakce na dotyk můžeme zařadit více druhů (Rosenfeld-Johnson, 2009).

U každého druhu reakce jsou uvedeny možné typy diagnóz:

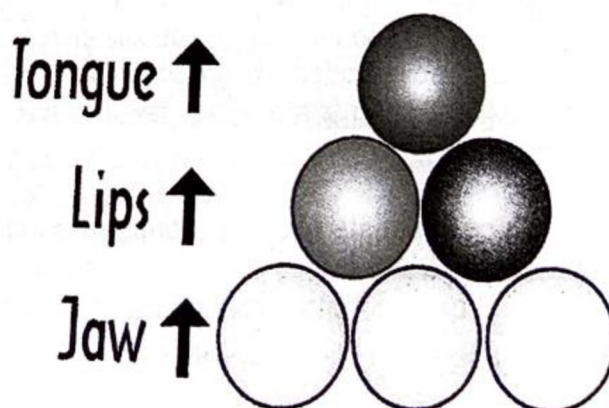
- hypersenzitivita (u osob s MO, ADHD, poruchou autistického spektra),
- hyposenzitivita (u osob s Downovým syndromem, hypotonií),
- kombinace obou druhů (u osob s poruchou sensorické integrace, MO, dyspraxií),
- negativní reakce (u osob z výše zmíněných diagnóz, které mají poruchu vnímání),
- reakce, které se v čase různě mění (u osob s poruchou autistického spektra) (Rosenfeld-Johnson, 2009).

Druhou popisovanou oblastí je nastavení mluvidel pro artikulaci. TOP využívá taktilní techniky pro nastavení mluvidel za pomoci různých pomůcek. Právě pomůcky jsou v TOP významným prvkem. Třetí část se zabývá stabilitou, výdrží a svalovou pamětí. Zde se pracuje s určitým počtem opakování cviků, aby byla naplněna „kritéria k úspěchu“. Poslední částí je produkce řeči, která nastává až po dosažení všech předchozích kroků a naplnění kritérií k úspěchu (Rosenfeld-Johnson, 2009).

Na terapeutickou intervenci s osobami s MO je také zaměřena Orofaciální regulační terapie dle Castillo Morales (kapitola 2.2.3). Právě při pohybu mluvidel lze u osob s MO pozorovat nedisociovaný pohyb čelisti, jazyka a rtů, což způsobuje problematiku v oblasti artikulace i příjmu potravy (Saitlová a Limbrock, 2014). Disociací orofaciálních částí se zabývá právě TOP. Pro správný průběh produkce řeči je zdůrazněna stabilita a disociace ve smyslu oddělení pohybu čelisti od jazyka a rtů. Pokud má klient udržet při otevřených ústech hrot jazyka na alveolárním výběžku, ale zároveň dochází k pohybům čelisti, značí to právě nedisociovaný pohyb jazyka od čelisti (Rosenfeld-Johnson, 2005). Kučera a Frič (2019, s. 171) popisují projevy nestabilního čelistního kloubu jako „*celkově nižší grading pohybové segmentace při řeči, resp. artikulace s nedisociovanými pohyby svalů orofaciální oblasti.*“

Právě postupná disociace orofaciálních struktur je znázorněna na obrázku níže (viz Obrázek 1). Pro dosažení stability rtů a jazyka musí být nejdříve stabilní čelist. Pohyb každé části mluvidel by měl probíhat nezávisle na ostatních. U všech tří částí by měl být klient schopen dosáhnout postupně pohybů, které postupují hierarchicky:

- **čelist** – stabilita, symetrie, grading, ovládání tvářového svalu,
- **rtý** – zavření, otevření, protruze, retrakce, pohyb pouze spodního rtu,
- **jazyk** – na stejné rovině je pohyb jazyka dopředu a dozadu, v dalším stupni se pohyb jazyka dozadu stává častější, následně dochází k jeho lateralizaci a poté k důležitému pohybu, kdy se zvedá špička jazyka (Rosenfeld-Johnson, 2009).



Obrázek 1: Hierarchie artikulace (zdroj: Rosenfeld-Johnson, 2009)

U všech tří výše zmíněných oblastí dochází k propojení funkce artikulace a funkce příjmu potravy. Pokud má dítě problémy se zpracováním potravy může se jednat o oslabení svalstva čelisti, čímž dojde i ke změnám v oblasti artikulace. Při každém vstupním logopedickém vyšetření je proto důležité se zaměřit i na orálně-motorický vývoj dítěte. Zároveň je důležité vnímat, že správné držení těla následně ovlivňuje i správný pohyb orofaciální oblasti (Fritzlová, 2016).

Například při produkci samohlásek, kdy je velikost čelistního úhlu při každé artikulované samohlásce rozdílná, je pohyb čelisti velmi důležitý. Jelikož se jedná o terapii pocházející z USA jsou v publikaci zmíněny i odlišné skupiny hlásek oproti českému jazyku. U každé skupiny hlásek je uvedena pozice čelisti, jazyka a rtů a následně navrženy konkrétní aktivity s postupy pro zlepšení artikulace hlásek (Rosenfeld-Johnson, 2009).

Terapie obsahuje aktivity pro posílení orofaciálních částí, které jsou následně využívány při produkci řeči. Ta je rozdělena do čtyř na sebe navazujících oblastí: **respirace** → **fonace** → **rezonance** → **artikulace** (Rosenfeld-Johnson, 2009).

3.3.1 Oblast fonace

Fonace navazuje na respiraci, kdy dochází ke proudění vzduchu směrem dovnitř a ven. Při fonaci proudí vzduch dál dutinou ústní a je ovlivňován strukturou mluvidel. V této části terapie je popsána škála aktivit pro podpoření fonace. Aktivita s foukáním bublin (angl. Bubble blowing hierarchy), která je sestavena hierarchicky, podporuje tvorbu prodlouženého výdechu a také vyžaduje zapojení orofaciálních struktur. Hierarchie foukání bublin je popsána v 8 stupních s uvedeným počtem opakování a zaměřením daného cviku. Pro cvičení je potřeba terapeutický set Bubble s pomůckami. Podobně zaměřená je další aktivita, při které klient sfoukává svíčky se vzrůstající obtížností. Mezi další cvičení autorka zařazuje aktivity jako foukací fotbal, cvičení s mikrofonem s ozvěnou, aktivita s klasickým mikrofonem nebo pomůckou kazoo (Rosenfeld-Johnson, 2009). Využití těchto pomůcek zmiňuje Červenková (2019) u skupiny dětí ve stádiu předřečového vývoje. Pomůcky kazoo i mikrofon slouží jako motivace pro podporu vokalizace a lze je zařadit při různých denních aktivitách.

Obsáhlejší aktivitou je program s foukáním do píšťalek. Tyto cvičení slouží jak k podpoře oblasti fonace, tak i k oblasti artikulace. Právě v oblasti artikulace dochází při cvičení k lepšímu uvědomění si svalových pohybů mluvidel, snížení salivace, posílení retního uzávěru, břišních svalů a k retrakci jazyka. Posun jazyka dozadu napomůže k řešení interdentálního a laterálního sigmatismu. Dohromady se tato terapie skládá z 12 píšťalek, které jsou seskládány do hierarchie dle obtížnosti (viz Obrázek 2). Píšťalka by neměla být vnímána jako hračka a kvůli nežádoucím pohybům jako např. kousání do píšťalky je doporučeno, aby píšťalku držel v klientových ústech terapeut či rodič. Postupem času se ji klient naučí držet sám (Rosenfeld-Johnson, 2009). Podpora výdechového proudu je důležitým prvkem v rozvoji řeči. U intaktních dětí lze již před dosažením prvního roku života začít zkoušet foukat do nejjednoduššího typu píšťalky a trénovat tak koordinaci výdechového proudu (Červenková, 2019).

Johnson, 2009). Izometrická cvičení uvádí ve své myofunkční terapii i Kittel (1999), kdy využívá práci se špátlí.



Obrázek 3: Kousací bloky (zdroj: Logopedie Červenková)

Patologické návyky v orofaciální oblasti jako skřípání zubů, dumlání palce nebo nadužívání dudlíku, stimulují svými opakujícími se pohyby TMK. Čelistní rehabilitační program dle Rosenfeld-Johnson má za cíl vytvoření terapeutického plánu pro odbourání návyků za pomoci vhodné stimulace TMK (Rosenfeld-Johnson, 2005).

K podpoře orální senzitivity a také posílení čelisti lze využít masážní kartáček Probe. Další variantou je logopedický vibrátor Z Vibe, u kterého je možnost použít různou škálu nástavců dle potřeb klienta. Jiným typem pomůcky jsou žvýkací trubičky (viz Obrázek 4), které také slouží ke zlepšení dovedností čelisti a stimulaci TMK. Žvýkání probíhá na stoličkách, kdy terapeut vkládá trubičku do úst klienta a druhou rukou mu lehce podpírá čelist. Klient žvýká do určitého počtu na obou stranách úst. Při symetrickém oslabení čelisti využíváme dvě žvýkací trubičky naráz. Po úspěšném projití programu se žvýkacími trubičkami následuje další krok v čelistním rehabilitačním programu. Pro zvýšení zátěže při kousání lze pracovat s Grabberem (viz Obrázek 5), ty se stejně jako žvýkací trubičky nabízí ve dvou barevných variantách dle obtížnosti. S pomůckou se pracuje podobně jako s trubičkami, kdy klient žvýká s Grabberem do určitého počtu opakování (Rosenfeld-Johnson, 2005).



Obrázek 4: Žlutá žvýkací trubička (zdroj: Logopedie Červenková)



Obrázek 5: Zelený Grabber (zdroj: Logopedie Červenková)

Aktivity pro rty jsou zaměřeny na podporu stabilního a pevného retního uzávěru. Pro kvalitní výsledky je důležité, aby klient používal správný nasální způsob dýchání. V terapii je například uváděna aktivita s drobkou, špátlí, knoflíkem na provázku, pití z kelímku, dávání pusy a brumendo. Další možností je diadochokineze s fonací nebo aktivita s cereálním kroužkem Cheerios (Rosenfeld-Johnson, 2009).

Rozsáhlejší aktivita je sání z různých typů brček (viz Obrázek 6) sestavených do hierarchické řady, podobně jako v případě pišťalek. Tato aktivita má za cíl disociovat a podpořit stabilitu jazyka. Začíná se sáním klasických tekutin (např. voda, džus) a postupně se přechází k tekutinám s větší hustotou (např. pyré, pudink, jogurt). Stejně tak se hierarchicky zvyšuje obtížnost sání za použití brček se zákrutami nebo brček s menším průměrem (viz Obrázek 3). Při aplikaci terapie je potřeba zohlednit jakékoliv alergie či

problémy s polykáním. Také pozorujeme jakým způsobem a jak velkou část brčka si klient vkládá do úst. Pro upravení vkládané velikosti lze použít náustek na brčko nebo jej sestříhnout do požadované velikosti nůžkami (Rosenfeld-Johnson, 2009). Cvičení sání je důležité pro správnou artikulaci sykavek. Kittel místo brček používá cviky jako přisátí jazyka na patro nejdříve jen s jazykem samotným a poté v dalších fázích s gumovými kroužky (Kittel, 1999).



Obrázek 6: Terapeutický set brček (zdroj: Talktools)

Cviky pro posílení **jazyka** tvoří postupnou hierarchii. Jejich zaměření spočívá ve zlepšení polohy a motoriky jazyka. K docílení retrakce jazyka dovnitř dutiny ústní je možné využít různou škálu pomůcek (např. špátli Toothette, masážní kartáčky nebo ledové tyčinky). Další možností je cvičení, kdy klientovi při retrakci jazyka obalíme jazyk do pruhu látky a na tomto místě jeho jazyk podržíme prsty. Následně se má klient snažit jazyk zatáhnout zpět do úst. Cvik by měl napomoci k retrakci jazyka. Při cvičení pro lateralizaci špičky jazyka pracujeme se stabilní čelistí při kousání tvrdého bloku na stoličkách. Cereální kroužek z aktivit pro rty lze využít při cvičení elevace a deprese špičky jazyka (Rosenfeld-Johnson, 2009).

Přínos TOP zmiňuje Fritzlová (2016) v kazuistice s dívkou se specifickou poruchou artikulace řeči. Při určené logopedické terapii nedocházelo k výraznému zlepšení v artikulaci a až po dalším vyšetření byla do terapie zařazena terapie orální senzitivity a TOP, čímž došlo k rychlému zlepšení v oblasti artikulace za krátký čas. U dívky probíhala

stimulace za pomoci speciálních vibrátorů s nastavci a také posílení TMK při využití žvýkacích trubiček. Zároveň se posílil i jazyk a mezi ním a čelistí došlo postupně k disociovanému pohybu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Výzkumná část této diplomové práce se zabývá využitím prvků Terapie orální pozice v logopedické praxi. Nejdříve je uvedena problematika Terapie orální pozice, následně je vymezen hlavní cíl a dílčí cíle práce, metody sběru dat, charakteristika výzkumného vzorku a také harmonogram výzkumného šetření.

4.1 Uvedení do problematiky

Před konkrétním vymezením cílů a výzkumných otázek bude tato podkapitola věnována uvedení do problematiky daného tématu. Diplomová práce se zabývá využitím prvků Terapie orální pozice v logopedické praxi. Při vyhledávání odborných článků ohledně Terapie orální pozice byly výsledky v databázích velmi nízké. Z tohoto důvodu autorce přišlo zajímavé pokusit se zaznamenat, jak konkrétně bývá daná terapie implikovaná v logopedické terapii a jak ji, dle rozhovorů, vnímají oslovení rodiče a logopedi, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice.

Někteří autoři řadí Terapii orální pozice mezi neverbální orálně-motorická cvičení, jejichž efektivita je často diskutovaným tématem odborné společnosti. Mezi články s negativním nebo nejasným postojem k těmto cvičením lze zmínit například Lof (2008) nebo článek Volkera (2019). Ve svých reakcích na zmíněný článek reagují odlišným názorem Sacks a Merkel-Walsh (2019). Stejně tak pozitivní přínos terapie zmiňuje ve svém článku například Bahr a Rosenfeld-Johnson (2010). Využití těchto cvičení mezi logopedy bylo zkoumáno ve více zemích světa (např. Austrálii, Irsku, USA nebo Velké Británii). Můžeme také zmínit nejnovější výzkum zkoumající tuto oblast u portugalských logopedů (Rocha et al., 2022). Většina článků však zdůrazňuje nutnost dalšího výzkumného šetření pro určení efektivity těchto cvičení.

Z diplomových prací lze zmínit práci od autorky Tučkové (2016), která se zabývala využitím terapie orální pozice u dětí s mozkovou obrnou. Z širší oblasti, a to konkrétně z terapie orofaciální oblasti, lze zmínit diplomovou práci autorky Tušlové (2017), jejíž práce nese název Využití terapií orofaciální oblasti v logopedické praxi u dětí v raném věku.

Pokud by se na toto téma pohlédlo z perspektivy myofunkčních terapií, tak lze zmínit článek od autorky Shortland et al. (2021), která se za pomoci metody systematické

kvantitativní review zabývala využitím myofunkční terapie a pomůcek v logopedické terapii. Zároveň zmiňuje, že za posledních 10 let vzrostl počet článků zabývajících se touto problematikou, skoro většina nalezených článků byla publikována po roce 2010. Stejná skupina autorů navazuje dalším odborným článkem, který zkoumá užívání myofunkčních pomůcek v terapeutických programech logopedů. Ve výzkumu byly dle rozhovorů s logopedy sestaveny kategorie témat, které jsou v článku více rozebrány.

Podobně bude za pomoci využití polostrukturovaných rozhovorů s logopedy koncipována i praktická část této diplomové práce. Dané informace z rozhovorů by měly přinést určitý pohled, jak bývá Terapie orální pozice v logopedické praxi oslovenými logopedy využívána. Pro rozšíření pohledu na tuto problematiku by měly zároveň sloužit dvě případové studie a pozorování logopedické terapie u dvou klientů v určeném časovém období.

4.2 Vymezení cílů a výzkumných otázek

Jako **hlavní výzkumný cíl** této diplomové práce bylo stanoveno zhodnocení využití prvků Terapie orální pozice u vybraných klientů s narušenou komunikační schopností.

Dále byl hlavní cíl rozpracován do dílčích cílů:

- Zaznamenat průběh logopedické intervence s využitím prvků Terapie orální pozice ve dvou případových studiích.
- Analyzovat a interpretovat rozhovory s logopedy praktikujícími prvky Terapie orální pozice v logopedické praxi.

Následně byly stanoveny výzkumné otázky:

- Jaké lze zaznamenat výsledky v průběhu pozorované terapie u dvou dívek?
- Jak hodnotí daní rodiče prvky Terapie orální pozice?
- Jak hodnotí efektivitu prvků Terapie orální pozice oslovení logopedi?
- U jaké nejčastější klientely využívají oslovení logopedie prvky Terapie orální pozice?
- Jakým způsobem začleňují oslovení logopedi Terapii orální pozice do logopedické terapie?
- Vnímají oslovení logopedi určité bariéry při práci s Terapií orální pozice?
- Jaké faktory mohou mít vliv na výsledky Terapie orální pozice?

4.3 Metody sběru dat

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum. Tento druh výzkumu byl vybrán z důvodu cíle zmapovat využití prvků Terapie orální pozice v konkrétních případech logopedické praxe. Cílem bylo získat kvalitativní data a dojmy od zúčastněných osob. Proto byly mezi metody pro sběr dat zařazeny **případové studie**, **pozorování** logopedické intervence a také **rozhovory**, které byly koncipovány jako polostrukturované.

4.3.1 Případová studie

Případovou studii lze dle různých autorů pojímat odlišně. Například Chrastina (2019, s. 50) ji koncipuje jako „*autonomní nebo komplementární aplikovanou metodu kvalitativního výzkumu/přístupu, resp. kvalitativní výzkumné strategie.*“ Tím se právě liší od metod kvantitativního charakteru. Kvalitativní přístup je zaměřen na seskupení většího počtu informací a jejich analýzu, to ale pouze u malého množství případů. Na analýzu dat je pak možné nahlížet z holistického nebo analytického hlediska (Hendl, 2012). Případová studie může sloužit k popsání předem vybraného případu z detailního hlediska. V odborné literatuře jsou zmíněny různé druhy případových studií, které se liší svým cílem. Zároveň jsou popsány stadia jejich tvorby (Sedláček in Švaříček, Šeďová a kol., 2007). Dále je důležité rozlišit pojmy případová studie a kazuistika. Tyto dvě metody se od sebe odlišují využitelností dle oborů a také svým významem. Kazuistika má spíše sloužit k představení určitého pozoruhodného případu, se kterým seznamuje odbornou společnost (Chrastina, 2019).

Diplomová práce má za cíl popsat u jakých klientů a jakým způsobem jsou v logopedické intervenci využívány prvky Terapie orální pozice. Proto jsou zjištěny anamnestické údaje klientů a následně vypracovány dvě osobní případové studie.

4.3.2 Pozorování

Pozorování spadá mezi kvalitativní výzkumné metody. Lze jej charakterizovat jako přítomnost výzkumníka v předem dané situaci, kterou zúčastněná osoba vnímá, případně zaznamenává a následně analyzuje. Během zaznamenávání by měl výzkumník vnímat prostředí a chování zkoumaného jevu. Pozorování se dělí na více typů a mezi hlavní druhy můžeme zařadit zúčastněné a nezúčastněné pozorování (Švaříček in Švaříček, Šeďová a kol., 2007). Hranice mezi zúčastněným a nezúčastněným pozorováním je někdy hůře určitelná.

Obecně ale platí, že při nezúčastněném pozorování pozorovatel nevstupuje do kontaktu s pozorovanou osobou, svou přítomností nenarušuje průběh dění a často o jeho přítomnosti ani pozorovaná osoba neví, kvůli snaze o nezkreslení pozorovaných dat (Hendl, 2012).

Ve výzkumu této diplomové práce bylo zařazeno zúčastněné pozorování logopedické terapie, které probíhalo v období tří měsíců. Při pozorování nebylo do terapie vstupováno, pouze docházelo k zaznamenávání dat jejího průběhu a dané osoby věděly, že průběh jejich logopedické terapie pozorován.

4.3.3 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor spadá spolu s nestrukturovaným rozhovorem pod hloubkové rozhovory. Z hlediska svého názvu má právě polostrukturovaný typ předem stanovenou strukturu skládající se z otázek, které jsou dopředu nachystané (Švaříček in Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Hendl (2012) tento typ rozhovoru nazývá jako rozhovor pomocí návodu, kdy je vytvořena struktura pro rozhovor a oproti strukturovanému rozhovoru s otevřenými otázkami je kladen větší důraz na volnost v pořadí pokládaných otázek a také je dán prostor pro doplňující otázky.

Pro potřeby diplomové práce byl zvolen právě polostrukturovaný rozhovor, jehož záměrem bylo pomocí návodných otázek zjistit anamnestické údaje a data o průběhu logopedické intervence pro účely tvorby případových studií. Dále také zjistit názory daných rodičů na využití prvků Terapie orální pozice u jejich dětí v logopedické terapii. Pomocí polostrukturovaných otázek byly vedeny rozhovory s logopedy ohledně Terapie orální pozice v jejich logopedické praxi.

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Do první části výzkumu byly zařazeny 2 případové studie dívek, které dochází do ambulance klinické logopedie a při logopedické terapii využívají prvky Terapie orální pozice (viz Tabulka 1). Výběr klientů do výzkumného vzorku byl konzultován s jejich klinickou logopedkou. Následně bylo rodičům obou dívek nastíněno téma diplomové práce a realizace výzkumu. V textu nejsou pro zachování anonymity dívek uváděna jejich jména a jsou označeny jako Dívka A a Dívka B.

Označení	Věk	Diagnóza
Dívka A	18 let	Symptomatická porucha řeči
Dívka B	5 let a 6 měsíců	Specifická porucha artikulace řeči, orofaciální zlozvyk

Tabulka 1: Seznam zúčastněných dívek (zdroj: autorka)

Pro realizaci polostrukturovaných rozhovorů bylo osloveno 30 logopedů, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice. Ochotu poskytnout rozhovor projevilo 9 logopedů se kterými byly realizovány polostrukturované rozhovory. Níže je uvedena tabulka s označením každého respondenta, dále je uveden resort působnosti, kraj působnosti, délka aktivní praxe a rok absolvování kurzu Terapie orální pozice (viz Tabulka 2).

Označení	Resort	Kraj působnosti	Délka aktivní praxe	Rok absolvování kurzu
Respondent 1	MZ	Pardubický	24 let	2015
Respondent 2	MZ	Moravskoslezský	7 let	2017
Respondent 3	MZ	Praha	6 let	2018
Respondent 4	MZ	Pardubický	26 let	2017
Respondent 5	MPSV	Jihomoravský	7 let	2017
Respondent 6	MZ	Jihomoravský	10 let	2020
Respondent 7	MZ	Pardubický	12 let	2016
Respondent 8	MZ	Olomoucký	21 let	2016
Respondent 9	MZ	Olomoucký	9 let	2017

Pozn.: MZ – Ministerstvo zdravotnictví; MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

Tabulka 2: Seznam zúčastněných respondentů (zdroj: autorka)

4.5 Průběh výzkumného šetření

Téma diplomové práce bylo zvoleno v lednu roku 2022. V této době také došlo ke stanovení výzkumného cíle, obsahu práce a výzkumných otázek. Zároveň byla vybrána výzkumná metoda pro sběr dat. V březnu 2022 proběhla konzultace s klinickou logopedkou pro výběr dvou klientů, kteří budou zařazeni do výzkumu. Následně proběhlo pozorování logopedické terapie od dubna do července 2022. Při prvním setkání s rodiči daných klientů byl vysvětlen průběh a cíl výzkumného šetření a rodiče podepsali informovaný souhlas (Příloha č. 5).

Logopedická terapie byla u obou dívek sledována v období tří měsíců. U dívky B byla prodloužena o jeden měsíc z důvodu její nemoci a absence na logopedické terapii. Každá terapie probíhala v ambulanci klinické logopedie v odpoledních hodinách. Logopedická terapie s dívkou A probíhala vždy zhruba 45 minut a s dívkou B zhruba 30 minut. Výjimku tvořila poslední terapie u dívky B, která probíhala v rámci logopedického příměstského tábora, kdy s dívkou logopedka pracovala v dopoledních hodinách mezi ostatními programy. Během pozorování probíhající terapie byla autorka práce přítomna v místnosti, psala si poznámky a svou přítomností nijak nenarušovala průběh logopedické terapie.

Rozhovory s rodiči proběhly v říjnu 2022 v ambulanci klinické logopedie, kam obě matky s dívkami dochází na logopedickou terapii. Každý rozhovor trval přibližně 15 minut a byl nahráván na aplikaci diktafon v mobilním telefonu. Na úvod byli rodiče znovu seznámeni s tématem diplomové práce. Následně byla zmíněna anonymita při nakládání s daty a také popsán průběh rozhovoru. Obě matky souhlasily s možností nahrávky rozhovoru na diktafon pro následné jednodušší zpracování. Nejprve se jednalo se o anamnestický rozhovor ke zjištění anamnestických dat daných dívek. Následně rozhovor pokračoval částí ke zjištění názorů rodičů na využití prvků Terapie orální pozice v logopedické terapii. Tyto informace byly následně zpracovány do dvou případových studií dívek. V listopadu 2022 pak proběhl rozhovor s klinickou logopedkou, ke které dané dívky dochází na logopedickou terapii. Rozhovor sloužil ke zjištění dat ohledně vedení logopedické terapie u každé z dívek.

Během listopadu 2022 bylo pomocí osobní i emailové konverzace osloveno 30 logopedů s prosbou o rozhovor týkající se Využití prvků Terapie orální pozice v logopedické praxi. Jelikož není uveřejněn seznam logopedů, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice,

probíhalo jejich hledání přes jejich osobní webové stránky či pomocí osobního dotazování logopedů při absolvování studijní logopedické praxe. Rozhovor mohl proběhnout buď online formou nebo formou osobního setkání. Někteří logopedi jej odmítli z důvodu časového vytížení, jiní nereagovali na email vůbec. Kladně reagovalo 9 logopedů, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru.

V měsíci listopadu a prosince 2022 proběhly polostrukturované rozhovory přes telefonické spojení či přes platformu FaceTime a Google Meet. Rozhovory trvaly v rozsahu 20 až 40 minut. Na úvod byly vždy zmíněny informace o tématu práce, průběhu rozhovoru a také ohledně zajištění anonymity. Každý z rozhovorů byl nahráván na diktafon z důvodu snížení doby trvání rozhovoru a také k následnému jednoduššímu zpracování získaných dat. Získané zvukové nahrávky byly následně během února a března 2023 přepisovány, analyzovány a rozpracovány do jednotlivých tematických okruhů.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Tato kapitola se nejdříve zabývá uvedením dvou případových studií dívek a také analýzou rozhovoru s jejich logopedkou a rodičem. Následně navazuje popsáním průběhu jejich logopedické terapie v průběhu tří měsíců, při které byly využívány prvky Terapie orální pozice. Konkrétně se tedy jednalo o účast na čtyřech logopedických terapiích u obou dívek. V další části dochází k analýze rozhovorů, jejichž informace byly rozřazeny dle jednotlivých okruhů témat a následně dle nich rozpracovány. U každé oblasti jsou poté uvedeny konkrétní výroky daných respondentů.

5.1 Případová studie dívky A

Rodinná anamnéza

Dívka pochází z pětičlenné rodiny skládající se z otce, matky a dvou sourozenců. Všichni žijí společně v rodinném domě ve velkoměstě. Nejvyšší dosažené vzdělání otce je střední, zakončené maturitní zkouškou. Matčino nejvyšší vzdělání je také střední, zakončené maturitní zkouškou. Dívka má dva mladší sourozence ve věku 14 let a 3 roky. Závažné onemocnění se v rodině vyskytuje ze strany otce, a to onkologické onemocnění léčené před delší dobou.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila v České republice v roce 2004 jako nejstarší ze tří sourozenců. Na začátku výzkumu jí tedy bylo čerstvě 18 let.

Těhotenství matky proběhlo bez komplikací. Srdeční funkce i váha dítěte byly dle normy, žádné prenatální vyšetření nepotvrdilo přítomnost syndromického onemocnění. Porod proběhl bez komplikací, fyziologicky a v termínu. Dívka měla porodní váhu 3 300 g. Diagnózu Downova syndromu určili odborníci a rodiče až po narození dítěte dle charakteristických znaků Downova syndromu. Jednalo se o šikmé oční štěrbinu a čtyřprstou rýhu na dlani. Následovalo genetické vyšetření, na jehož základě byl u dívky potvrzen Downův syndrom. Dívka pravidelně docházela na sledování na kardiologii až do věku 3 let, kvůli vrozené srdeční vadě. V jejím případě však nebylo nutné podstoupit operaci srdce. Dále docházela na fyzioterapii, díky níž rodiče s dívkou cvičili Vojtovu metodu, a také na neurologii a oftalmologii. Kvůli snížené funkci štítné žlázy podstupovala další vyšetření i na endokrinologii. Sed u dívky proběhl v normě a chůzi započala v roce a půl. Z oblasti operačních zákroků jí byla odstraněna nosní mandle. Dívka preferuje pravou ruku.

Školní anamnéza

Ve věku čtyř let nastoupila dívka do mateřské školy. Její adaptace byla bez problémů. Následně ve věku 6 let nastoupila na základní školu, do které docházela 2 roky. Ve druhém ročníku základní školy se změnilo vedení školy a dívka přestoupila na školu zřízenou podle §16, odst. 9 školského zákona, kde výuka probíhala v počtu 7 až 8 žáků ve třídě s přítomností pedagoga a asistenta pedagoga.

Logopedická anamnéza

Na logopedickou terapii začala dívka docházet ve věku čtyř let z iniciativy rodičů. Nejprve do speciálněpedagogického centra, kde působil speciální pedagog-logoped. Následně docházela do Centra Kociánka a momentálně dochází do ambulance klinické logopedie. Při terapii se dívka plně soustředí a spolupracuje. Doma je u ní důležité každodenní procvičování, aby docházelo k udržování výsledků terapie.

Analýza rozhovoru s logopedkou

Dívka začala k logopedce docházet v březnu roku 2018. Projevila se u ní symptomatická porucha řeči z důvodu Downova syndromu, který jí byl po narození diagnostikován. Dle vstupního vyšetření bylo potřeba u dívky zlepšení znělosti a měkčení u hlásek, a také plynulosti v řeči. Nejdříve se v logopedické terapii zaměřily na hlásku B a následně na hlásky Ž a Z. Momentálně pracují na znělosti u hlásky H. Obsahem terapie je již zmíněná plynulost řeči, kterou trénují pomocí fonograforytmiky (nádech a výdech s fonací). V logopedické terapii nejprve pracovali s prvky z myofunkční terapie. Logopedka poté absolvovala kurz Terapie orální pozice, tudíž začali aplikovat prvky z této terapie. Z předchozí logopedické terapie využívá dívka pomůcku Facialflex pro posílení svalů obličeje. Jako další logopedické pomůcky využívá dívka pomůcku Myosa proti nadměrnému dýchání ústy a pro udržení správné klidové polohy jazyka. Dále používá vestibulární clonu a Lip trainer Myobraco, u kterého momentálně řeší pořízení speciálního typu, z důvodu nasazení fixních rovnátek v blízké době.

Obsahovou stránkou řeči se s dívkou zabýval již speciální pedagog ve speciálněpedagogickém centru, tudíž na tuto oblast není momentální logopedická terapie zaměřena. Dříve dívka docházela ke klinické logopedce do zařízení Centrum Kociánka. Po jejím odchodu do jiného zařízení přešla dívka na logopedickou terapii do této logopedické ambulance. Logopedická intervence dívky je ovlivněna jejími častými absencemi z důvodu angíny, proto na terapii dochází zpravidla 1x měsíčně. Logopedická terapie probíhá bez

problémů, dívka spolupracuje a je motivovaná pro cvičení. Spolupráce s rodiči je také dobrá. Docházení na logopedické terapie je s ohledem na syndromické postižení doporučeno i dále do budoucna.

V Terapii orální pozice využívala dívka z předchozí logopedické terapie žvýkání se dvěma žlutými trubičkami. Nejprve jí čelist při cvičení přeskakovala a trvalo 2 až 3 měsíce než se postupně osvalila. Výdechový proud začaly s logopedkou cvičit od hierarchicky první píšťalky. V oblasti žvýkání se postupně v terapii dostaly k jedné fialové trubičce. Časově tedy terapie oblasti žvýkání probíhá dva až tři roky.

Rozhovor s rodičem dívky A

Matka dívky A Terapii orální pozice znala již z dřívější doby od tehdejší klinické logopedky, ke které dříve docházely na logopedickou terapii. Vnímá, že tato terapie má význam, ale je potřeba ji cvičit každý den, aby nastal posun. Pomůcky využívané v terapii vnímá matka jako motivační, pouze se musí dát pozor na to, aby si dítě s pomůckou nechtělo spíše jen hrát. Terapii orální pozice cvičí doma denně 10 minut, ale vždy s ohledem na časové možnosti dívky. S dívkou pracuje pouze matka a nejčastěji v čase odpoledne nebo k večeru. Obtíže v terapii pocítovala matka pouze ze začátku, kdy se učila správné provedení cviků u dcery. Cena pomůcek je zahrnuta v rámci ceny logopedické terapie, ale obecně matce připadá vyšší. Dívka doma používá také pomůcku typu vestibulární clona, a i jiné logopedické materiály, které jsou zaměřeny na artikulaci hlásek. Na závěr matka uvedla, že výběr logopedky právě s tímto zaměřením proběhl tak, že hledala logopeda pro svého syna a byla jí doporučena právě tato klinická logopedka. Líbilo se jí, že využívala i různé varianty pomůcek a nezaměřovala se pouze na artikulaci hlásek.

5.1.1 Průběh pozorování logopedické terapie u dívky A

Pozorování terapie probíhalo v období od dubna do června 2022 v ambulanci klinické logopedie.

Duben 2022

Logopedická terapie probíhá zhruba 1x měsíčně v logopedické ambulanci v Brně. Dívka přichází s matkou a prostředí ordinace již dobře zná. Po příchodu si jde sednout na židli před logopedku a již ví, jaký postup logopedické terapie ji čeká. Při první pozorované terapii však následuje změna, kdy logopedka zkouší práci s diagnostickou pomůckou červené kousací bloky, které slouží k posílení stability čelisti. Dívka má blok držet 15

sekund skousnutý mezi stoličkami bez jakýchkoliv nežádoucích pohybů. Následně udržet od 4 do 15 sekund tah s bloky bez pohybu hlavy. Postupně se střídá pravá i levá strana úst. Následuje použití logopedického vibrátoru T Vibe se špátlí Toothette. Logopedický vibrátor se zaměřuje na senzitivitu těla – nejprve začínají vibrací na ruce a postupně přes nohy, paže, rameno a tváře se dostávají ke rtům, jazyku a tvrdému patru. Jazyk na vibraci reaguje a je pohyblivý do obou stran. Dívka dobře spolupracuje, nemá zvýšený dáivý reflex a neprojevuje se u ní hypersenzitivita.



Obrázek 7: Logopedický vibrátor T Vibe s nástavcem Toothette (zdroj: Talktools)

Následně přechází na cvičení 3 oblastí z prvků Terapie orální pozice: žvýkání, dechová cvičení a sání. Začínají oblastí žvýkání, kde využívají trubičku žluté barvy. Dívka sedí ve stabilním sedu před logopedkou a žvýká s trubičkou 10x na pravé a následně i na levé straně. Stejný postup pak procvičí i s fialovým Grabberem, se kterým pracují pomaleji a do počtu 30 opakování na každé straně. V hierarchii píšťalek dívka pracuje se zeleným letadlem č. 10, které jí však do příští terapie ještě zůstává a nepřejdou hierarchicky na další pomůcku. Oblast sání následuje jako poslední a s pomocí logopedky dívka trénuje držení brčka s pauzou, aby došlo k posílení tváří a rtů. U všech cvičení se logopedka matky doptává, jak šlo cvičení doma a kolik opakování s určitou pomůckou zvládaly.

Ke konci terapie dívka používá pomůcku Lip Trainer, kterou si vkládá do úst prodýchá se a drží dech, přičemž chodí po místnosti třikrát kolem dokola. Na závěr konzultuje logopedka s matkou pokroky, práci doma s dítětem a zodpovídá případné dotazy.

Květen 2022

V květnu přišla dívka na logopedii také jednou. Nejprve znovu začínají prvky z Terapie orální pozice, a to konkrétně hierarchií píšťalek. Zde dívka fouká s pomůckou

letadlo č. 10, u které se jí ale nedaří pevný stisk koutků rtů. Logopedka ji instruuje a dívka si zkouší postavení mluvidel pro dýchání i s pomocí logopedických špátlí. S píšťalkou č. 9 je již pevnost retního uzávěru lepší a podaří se foukání až do počtu 25. Na závěr této oblasti dostane dívka novou pomůcku, a to píšťalku č. 11, do které má zatím foukat jen na prázdno a pomalu. V oblasti žvýkání pracují s fialovým Grabbem, dívka žvýká postupně na levé a pravé polovině čelisti. Dívka má levou stranu čelisti silnější, dosahuje zde počtu 30 opakování. Pravá strana je slabší, a proto je zde počet opakování nižší. Oblast sání je ukončena. Následuje práce s pomůckou Facialflex a také s pomůckou Lip Trainer.



Obrázek 8: Trainer (zdroj:moje-pomůcky)



Obrázek 9: Facialflex (zdroj: facialflex)

Ke konci logopedické terapie se zaměřují na fonograforytmiku, kterou do terapie zařadily z důvodu občasných projevů dysfluence u dívky. Dysfluence jsou dle logopedky u dívky způsobeny svalovou dysorganizací jako sekundární jev. Pracují s pracovním listem, kde je nakreslený rybníček, který prstem dívka obkresluje a u toho provádí fonaci hlásky M v prodloužení a dále ve slabikách se samohláskami. Následuje stejná práce s hláskami Z, Ž

a H. Na závěr čte společně s logopedkou vytištěný text a tužkou při čtení postupně podtrhává čárkou slova, kdy směr čárky značí, zdali hlas klesá dolů nebo směřuje nahoru. Zároveň hlasovou intonaci doprovází dívka i pohyby těla – například klesání hlasu společně s klesáním ramen.

Červen 2022

V červnu proběhly dvě logopedické terapie ještě před prázdninami, při kterých je dívka často pryč, a proto logopedická terapie neprobíhá. Na úvod probrala matka s logopedkou dysfluence, které se u dívky začaly častěji projevat. Následně logopedka s dívkou pracovala s prvky z Terapie orální pozice, nejprve se zaměřily na oblast dýchání a práci s píšťalkami. Dívka pracovala s píšťalkou č. 10 – zelené letadlo, kdy jí logopedka jednou rukou stabilizovala hlavu a druhou rukou čelist. Znovu se snažily o správné provedení, a tedy nenafukování tváří, které musí být zpevněné. S píšťalkou č. 11 navyšovaly opakování do počtu 25 a poté následovala pauza. V oblasti žvýkání pracovaly s fialovým Grabberem, kdy začínaly slabší pravou stranou, poté levou a na závěr znovu pravou, vše do počtu 10 opakování. S Grabberem také vyzkoušely držení skusu po dobu 10 sekund na každé straně.

S pomůckou Lip Trainer se nejdříve dívka rozdýchala na židli a poté chodila po místnosti. S pomůckou se stabilizuje klidové napětí a poloha jazyka, kvůli čemuž ji má dívka nosit i na noc, což ale odmítá. Mezitím co dívka cvičila, probrala logopedka s matkou pořízení jiného Traineru, který se vejde i na rovnátka, které mají dívky v blízké době nasazovat.

Dále pokračovaly na fonograforytmiku s rybníčkem a fonací hlásek M, Z, Ž a H, které poté dávaly i do slabik. Cvičení by měla dívka provádět střední hlasitostí hlasu, pomalu a plynule. Jako další cvičily čtení textu s podtrháváním pro lepší uvědomění si poklesu hlasu na konci věty. S publikací Logopedické pexeso pak procvičily hlásky L, R a Ř a na závěr prošly měkčením ve slovech.

Na konci června dívka přišla s matkou na další logopedickou terapii. V oblasti dýchání z prvků Terapie orální pozice dívka pracovala s píšťalkou č. 11. Procvičila do počtu 25 opakování a dostala novou pomůcku č. 12, která je poslední v hierarchii, a u které je pro vyvození zvuku důležité použití bránice. V oblasti žvýkání pracovala s fialovým Grabberem. Znovu postupně prošly pravou i levou stranu, kdy začínala a končila svou slabší

levou stranou. Na prázdniny dostala o stupeň tvrdší zelený Grabber, který má zatím jen na zvykání si.

Následovala práce s pomůckou Facialflex se clonou, který napomáhá poloze jazyka uvnitř dutiny ústní a se kterým dívka chodila kolečka po místnosti se zacpaným nosem. U cvičení fonograforytmiky došlo k velkému zlepšení v plynulosti i udržení hlasitosti. Dívka se již méně zadržává, ale u hlásky H je stále potřeba myslet na její znělost. Poté s logopedkou společně přečetly 2 příběhy, kde trénovaly intonaci hlasu. Na závěr logopedka u dívky prošla určování měkkých a tvrdých hlásek ve slovech.

Shrnutí

Logopedka u dívky pracovala s novými pomůckami na posílení stability čelisti a také u ní vyšetřila senzitivitu, která je v normě a není zvýšen ani dávivý reflex. V oblasti žvýkání došlo k přechodu ze žluté kousací trubičky na fialový Grabber s postupným navýšením na 30 opakování na každé straně. Na prázdniny dívka dostala zelený Grabber střední tvrdosti, který má zatím pouze na zvykání. V hierarchii píšťalek se dívka postupně dostala z píšťalky č. 9 až k píšťalce č. 12, která je v hierarchii poslední. Dařil se jí posílit retní uzávěr a prodloužit výdechový proud. Cvičení s pomůckou Lip Trainer a Facialflex probíhalo ve stejné míře pro udržení výsledků. Dívka má plynulejší řeč a projevuje se u ní méně dysfluencí. Se zlepšováním plynulosti řeči, intonací a fonograforytmickými cvičeními budou nadále v terapii pokračovat.

5.2 Případová studie dívky B

Rodinná anamnéza

Dívka pochází z úplné rodiny a nemá žádné sourozence. Nejvyšší dosažené vzdělání otce je vysokoškolské. Také nejvyšší dosažené vzdělání matky je vysokoškolské. Dívka bydlí s rodiči v bytě ve velkoměstě. V rodině se nevyskytuje žádné závažné onemocnění.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila v České republice v roce 2016. Na začátku výzkumu jí bylo 5 let a 6 měsíců. Těhotenství matky proběhlo bez komplikací, následný porod byl fyziologický a v termínu. Raný psychomotorický vývoj dítěte byl v normě, maximálně v určitých oblastech o jeden měsíc opožděný. Dudlík dívka odmítala a nikdy žádný nechtěla. Vážnější onemocnění ani hospitalizace u dívky neproběhla. V péči jiných odborníků dívka není. U ortodontisty je po vypadání mléčných zubů v plánu řešit její otevřený skus způsobený

dumláním palce. Dívka preferuje pravou ruku. Povahou je dívka společenská a je ráda, když se nachází mezi lidmi.

Školní anamnéza

První měsíc nástupu do soukromé mateřské školy byl pro dívku náročnější, byla často plačtivá, ale matka to nepovažuje za nic výjimečného. Dívka je momentálně v předškolním ročníku mateřské školy, kde dochází do logopedické třídy a od září bude nastupovat do školy základní.

Logopedická anamnéza

Dívka začala docházet na logopedickou terapii v 5 letech od září roku 2021. V čase realizace rozhovoru (říjen 2022) dochází tedy k logopedovi rok a jeden měsíc. Doporučení rodiče dostali od ošetřujícího lékaře dítěte a také od pedagoga v mateřské škole. Na terapii s matkou dochází většinou 1x za 14 dní. Na logopedii se dívka těší, a protože má ráda společnost je pro ni cvičení doma pouze s rodičem náročnější na motivaci. Dívka od září dochází do logopedické třídy mateřské školy, kde momentálně procvičují oromotorická cvičení. K jinému logopedovi dívka dříve nedocházela.

Analýza rozhovoru s logopedkou

Dívka B začala na logopedickou terapii docházet v roce 2021, vstupní vyšetření proběhlo v srpnu. U dívky byla terapie zaměřena na vyvození hlásek K, G, L, R a Ř a realizaci správné artikulace hlásek C, S a Z, které vyslovovala interdentálně. Hlásky L, R a Ř se stále nedaří správně vyvodit, jelikož jazyk a čelist zatím nejsou disociovány od rtů. Hlásku Ř dívka nahrazuje hláskou Ž a hlásky K a G jsou nahrazovány hláskami T a D. Obsahová stránka řeči byla dle úvodního vyšetření v pořádku, tudíž na tuto oblast se v logopedické terapii nezaměřily. Ze začátku logopedické terapie byl dívčin mluvený projev velmi nesrozumitelný. Na logopedii dochází dívka zhruba 1x za 14 dnů. Spolupráce s dívkou i rodičem probíhá bez problémů. U dívky se projevil dumláním palce a zároveň z dentálního hlediska také předkus a otevřený skus. Dívka denně usíná s palcem v ústech a často jej dumlá i během dne.

Jako přídatnou pomůcku využívá dívka logopedický vibrátor Z Vibe, jímž se přidává vibrace na čelistní klouby a lze u ní měnit její intenzita i frekvence.

Terapie orální pozice byla zařazena z důvodu dumláním palce, ke kterému začalo u dívky docházet. Dále u ní byla zaznamenána nestabilní čelist a nestabilní svaly. Terapie

orální pozice probíhala hierarchicky od začátku a obsahovala všechny tři oblasti – sání, žvýkání a dechová cvičení.

Rozhovor s rodičem dívky B

Matka v polostrukturovaném rozhovoru uvedla, že o Terapii orální pozice před začátkem docházení na logopedii neměla žádné povědomí. Sama totiž na logopedii nedocházela a nemá s tím zkušenost ani od nikoho z rodiny. Na struktuře Terapie orální pozice oceňuje, že má jasné instrukce, ví přesně co dělat a dává jí smysl plnění určitého počtu opakování. Pomůcky matka vnímá jako atraktivní pro děti, příjemné a motivační. Terapii se snaží doma cvičit každý den odpoledne, zhruba 15 minut a večer před spaním ještě dalších 10 minut, kdy s dívkou cvičí její otec. Provedení cviků mu vysvětluje manželka dle svých poznámek, které si na logopedické terapii píše. Mezi obtíže matka zmínila občasné náročnější pochopení provedení cviků, kdy na další terapii sama zjistí, že daný cvik prováděly doma jiným způsobem. Jako pozitivní vliv vnímá velký pokrok ve výslovnosti u dívky. V ceně pomůcek se matka neorientuje, protože je zahrnuta v ceně logopedické terapie. Dívka doma mimo jiné využívá i kousací pomůcku, která jim byla od logopedky poskytnuta. Rodičům byla klinická logopedka doporučena, zásadní věc při jejím výběru byla možnost terapie v odpoledních hodinách. Dalším faktorem byla krátká čekací lhůta pro přijetí dívky do péče.

5.2.1 Průběh pozorování logopedické terapie u dívky B

U dívky probíhalo pozorování logopedické terapie od dubna do července 2022. Měsíc červenec byl přidán z důvodu nemoci dívky a její nepřítomnosti na logopedické terapii.

Duben 2022

Dívka přichází s matkou a je dobře naladěna. Je velmi komunikativní a nejradší by celou terapii jen povídala o svých zážitcích. S logopedkou z prvků Terapie orální pozice začaly hierarchií píšťalek, kdy dívka pracovala s pomůckou č. 8 - modrým vláčkem. Nádech nosem i pomalý výdech do píšťalky zvládala, jen občas zvedala ramena, z tohoto důvodu zůstane tato píšťalka i do příští terapie. V oblasti žvýkání pracovaly s fialovým Grabberem, kdy dívka žvýkala 3x na obě strany a poté ještě ve přední části zubního oblouku.

Následovalo procvičování hlásky L ve slabikách a slovech a také oromotorické cviky s jazykem, kdy logopedka konstatovala, že tlak jazyka ještě není odizolovaný od čelisti. Za pomoci párátok si pak ukázaly artikulační postavení mluvidel pro hlásku C.

Na závěr se vrátily k prvkům Terapie orální pozice, a to konkrétně k oblasti sání, kdy si dívka donesla vlastní pudink v kelímku a měla jej pomoci malého černého brčka sát. Zde logopedka zdůrazňovala pevné tváře při sání.

Květen 2022

V měsíci květnu logopedická terapie kvůli nemoci dívky neproběhla.

Červen 2022

Dívka přišla v dobré náladě s matkou. Začaly s logopedkou oblastí dýchání, kdy nejprve zopakovaly práci s modrým vlakem č. 8 postupně po 5 cvicích za sebou až do počtu 15. Dále dostala novou píšťalku č. 9 s třásněmi. Nová pomůcka má působit spíše motivačně, ještě nebudou doma počítat zvládnuté pokusy. V oblasti žvýkání pracovaly s fialovým Grabberem, na každou stranu do 10 opakování. Pro posun čelisti dopředu a její stabilitu u hlásek pokračovaly žvýkáním na horních i spodních řezácích také do počtu 10 plus 10 sekund výdrž. Následně se zaměřily na hlásku L ve slabikách a poté její rozpoznávání na úrovni slov s aktivitou.

Další logopedická terapie proběhla u dívky na konci června, kdy v hierarchii píšťalek dívka pracovala s pomůckou č. 8 modrým vlakem, kdy dle slov matky chce dívka do pomůcky často kousat, což může dle logopedky značit, že má potřebu něco žvýkat. S píšťalkou č. 9 jí šlo foukání dobře a dostala do příště novou pomůcku č. 10 letadlo, kde se bude zaměřovat na délku výdechu. V oblasti žvýkání pracovala za pomoci logopedky ve stabilní poloze na židli s fialovým Grabberem. Žvýkala na každou stranu 3x 10 opakování mezi kterými byla pauza. Nově dostala i druhý fialový Grabber a s jedním na každé straně žvýkala do opakování 10 a poté 10 sekund držení. Také zopakovaly žvýkání na řezácích do počtu 10. Následovalo procvičování hlásky L ve slabikách a přesun na hlásky C, S a Z, jejich artikulační postavení a procvičení v básničce z publikace Kouká Mína do komína. Po prázdninách má logopedka v plánu začít s dívkou hlásky R a Ř. Na závěr dívka sála pudink s tenkým černým brčkem. U dívky je důležité cvičení sání s brčkem pro posun jazyka dozadu v dutině ústní, aby nedocházelo k vyslovování interdentalních sykavek. Matka dívky si při terapii informace zapisovala a případně se ptala na nejasnosti ke cvičením.

Červenec 2022

V červenci probíhala logopedická terapie s dívkou v rámci dopoledního bloku na příměstském logopedickém táboře pořádaném logopedickou ambulancí. Terapie zde u dětí probíhá v intenzivnější míře každý den. Autorka práce se zúčastnila jednoho dne. Mimo jiný pestrý program u dívky proběhla logopedická terapie, kdy s logopedkou začaly hierarchií píšťalek, kdy zopakovaly práci s modrým vlakem č. 8 do počtu 10, poté píšťalku č. 9 s třásněmi do počtu 20, a nakonec letadlo č. 10, které bylo pro dívku ještě náročné, a proto jen do počtu 5 opakování. V oblasti žvýkání s fialovým Grabberem žvýkala dívka na obě strany do počtu 30, poté kousala na řezácích do počtu 10 opakování a na závěr 10 sekund držení. Při oblasti sání sála dívka kapsičku tenkým černým brčkem. Následně zopakovaly hlásku L ve slabikách a poté hlásky C a S také ve slabikách s opakováním. Jako poslední cvičení logopedické terapie měla dívka pracovní list s obrázky zaměřený na sykavky ve slovech.

Shrnutí

U dívky došlo v hierarchii píšťalek k posunu z píšťalky č. 8 na píšťalku č. 10, kde zatím zvládla 5 opakování výdechů. V oblasti žvýkání se s pomůckou fialový Grabber dostala na počet 30 opakování u obou stran. S touto pomůckou také přidali žvýkání na horních a spodních řezácích do počtu 10 opakování s výdrží. K fialovému Grabberu jí byl přidán ještě jeden stejný pro cvičení žvýkání u obou stran naráz. Oblast sání pokračovala během celé pozorované terapie, kdy dívka sála tenkým černým brčkem pudink, pro posun jazyka kvůli artikulaci sykavek interdentalním způsobem. Dále byla logopedická terapie zaměřena na artikulaci hlásky L a následně na hlásky C, S a Z.

5.3 Analýza rozhovorů s logopedy

Během listopadu a prosince proběhlo 9 polostrukturovaných rozhovorů s logopedy, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice. Získané zvukové nahrávky byly následně pomocí transkripce přepsány do textové formy a analyzovány. Obrázek 10 představuje slova s nejvyšším počtem výskytu v rozhovorech.

Bariéry	<ul style="list-style-type: none"> • Finanční zátěž • Kontraindikace
Výsledky terapie	<ul style="list-style-type: none"> • Efektivita terapie • Měření výsledků terapie • Zajímavé postřehy

Tabulka 3: Zvolené okruhy témat (zdroj: autorka)

5.3.1 Využití terapie z pohledu logopeda

Důvody absolvování kurzu

Klinický logoped vnímá důležitost celoživotního vzdělávání a rozšiřování znalostí. Všechny dotazované respondentky zmiňovaly absenci kurzu na tuto oblast ve svém vzdělání. Přínos kurzu a zpracování ocenila respondentka 4. „*Prvopočáteční impulz byl, že se musíme vzdělávat, ale musím říct, že je kurz velmi kvalitně udělaný a efektivní. Myslíte, že po těch letech praxe vás nic nového nepřekvapí, ale pak vám to přijde všechno přínosný.*“ Respondentka 3 zmiňovala kladné recenze kurzu. Využití v praxi s danými pomůckami bylo u respondentek 7 a 9 rovněž významným faktorem pro absolvování kurzu.

Respondentky 2, 5 a 8 mají kurz Bobath terapie ze kterého TOP vychází, tudíž jim toto téma bylo blízké. Respondentka 2 popisuje propojení souvislostí terapií. „*Já jsem Bobath terapeut a dříve jsem pracovala hodně i s klienty s dětskou mozkovou obrnou, poruchami polykání a také v rané péči. Toto je téma, které mě zajímá a vše to spolu souvisí, tak mě zajímal další pohled a možnosti terapií.*“ Podobnou odpověď uvádí i respondentka 5. „*Já jsem vycházela jako fyzioterapeutka a rekvalifikovala jsem se v průběhu, takže mě zaujalo, že tento systém vychází z Bobath konceptu a celé mi to tak imponuje a dává smysl.*“ Fyzioterapeutické doplnění hledala i respondentka 1. „*Chybělo mi fyzioterapeutické podloží. Artikulace je motorický pohybový vzorec a nutno cítit fyzioterapeutické zákonitosti, především proximodistální směr vývoje motoriky. Bylo to pro mě jako prozření, přesné pochopení do hloubky.*“

Variace ve využití

Terapie orální pozice obsahuje celou škálu aktivit a cvičení, které mohou odborníci ve své praxi využívat. Většina respondentů uvedla, že ve své praxi využívá pouze některé prvky terapie. Celý koncept a veškeré prvky z něj již použila respondentka 5 i 3. Respondentka 7 zmiňuje rozsáhlost terapie pro logopedickou intervenci v ambulanci. „*Ona*

ta terapie je i tak rozsáhlá, že když dám pro děti i něco zrakového, sluchového, na grafomotoriku, tak je naplněný čas. My nemáme samé těžce postižené děti, abychom s nimi nemohli dělat nic jiného“. Individualitu dítěte při volbě prvků z terapie zdůrazňuje respondentka 4. *„Každé dítě má nějakou jinou diagnózu. Dejme tomu, že potřebujeme jen urychlit Č, Š, Ž, tak různě sajeme. Tam nebudu dávat všechno od A do Z, když to nepotřebuje.“* Podobně situaci vnímá i respondentka 2. *„No standardně podle té metodiky nepracuji a víceméně se prostě přizpůsobuji dle potřeb toho klienta. Ona je ta terapie poměrně náročná na to, aby to ti klienti v domácím prostředí potom praktikovali úplně přesně podle té metodiky.“*

Pochopení struktury terapie

Názory na náročnost pochopení struktury TOP se lišily. Polovina respondentů uvedla, že jim kurz a TOP přišla nejdříve náročná. Počáteční náročnost popisuje respondentka 7. *„Pro mě to bylo náročné, protože těch pomůcek je hodně. Tím že to ale děláte, to pochopíte, když to jenom vyslechnete, tak to nepochopíte.“* Téměř shodně reagovala i respondentka 3. *„Po tom kurzu si pamatuju, že jsem měla z toho hlavu, že je toho hodně. Ten kurz je náročný, ale co bylo dobrý, že jsme poté museli udělat kazuistiku. No já jsem si to vzala jako příležitost to celý projít a uvědomit si to.“* Na pomyslném středu se nachází respondentka 1. *„Asi středně, musela jsem se ještě dále dozvěděvat, aby mi informace dosedly.“*

Druhá polovina uváděla, že pro ně pochopení terapie náročná nebylo. Například respondentka 8 popisuje rychlé pochopení. *„Nebylo to náročné, poznatky jsem si osvojila celkem rychle.“* Podobně reagovala i respondentka 5. *„Ta struktura terapie, to bylo pro mě strašně logické, takže s tím jsem nějak neměla problém. Ale je pravda, že nějakou dobu to trvá, než člověk získá ten cvik.“* Důležitost orientace ve fyziologii zdůrazňuje respondentka 6. *„Já myslím, že když pochopíte tu fyziologii, tak potom je to strašně jednoduchý... Postupně si sama vymyslíte, jak to upravit, protože každý dítě na to reaguje jinak.“*

5.3.2 Klientela

Nejčastější logopedická klientela

Osm z dotazovaných logopedek pracuje primárně s dětskou klientelou. Pouze jedna uvádí práci hlavně s dospělými klienty. *„Nejčastěji jsou to dospělí pacienti. U diagnóz se bude jednat o cévní mozkovou příhodu a degenerativní onemocnění. Jen v menší míře*

mám děti. “ U dětské klientely byla nejčastěji zmiňována porucha artikulace řeči, opožděný vývoj řeči a myofunkční poruchy. Dále pak respondentky 8 a 9 přidávají shodně diagnózu vývojové dysfázie. K nim respondentka 9 přidává další skupiny klientů. *„Hodně také často děti po adenotomii, s PAS, ADHD a ADD.*“ Neurovývojové poruchy a další škálu poruch zmiňuje ve své odpovědi respondentka 1. *„Nejčastěji se jedná o neurovývojové poruchy, dále pak smyslově integrační poruchy, poruchy smyslové modulace nebo složitější korekce artikulace při fonologických poruchách.*“ Oproti tomu respondentka 5 pracuje s odlišnou skupinou klientů. *„Nejčastěji mám děti s dětskou mozkovou obrnou. Potom děti s kombinovaným postižením, mentální retardací, syndromovými vadami nebo PAS.*“

Nejčastější klientela pro Terapii orální pozice

Mezi nejčastější klientelu řadily respondentky osoby s myofunkční poruchou, poruchami artikulace a poruchou orální senzitivity. Hojně zmiňovanou skupinou byly také osoby s dysartrií. Respondentky 4 a 7 shodně uvedly, že prvky terapie využijí u každé logopedické diagnózy. Respondentka 9 uvádí využití i u osob se zbytnělou nosohltanovou mandlí. *„Využívám ji často i u osob s hyponazalitou u adenoidní vegetace a s ní spojené oslabení retního uzávěru.*“ S těžšími diagnózami pracuje a využívá terapii respondentka 5. *„Hlavně jsou to děti s určitým neurologickým postižením.*“ Respondentka 1 pracuje ve větší míře s osobami s poruchami orálního příjmu na sensorické i motorické bázi. *„Bez pomůcek TOP si u nich terapii nedokážu představit. Především pro mě nepostradatelné různé typy vibrátorků.*“ Zároveň zmiňuje efektivitu i u osob s interdentalním sigmatismem, kdy díky terapii dochází k retrakci jazyka a posílení TMK.

Jako nejpočetnější skupinu, u které terapii provádějí uvedly respondentky děti předškolního věku. Práci s TOP u dětí raného věku uvedly respondentky 1 a 5. Respondentka 3 pracuje zase s celou věkovou škálou klientů. *„Ty principy používám vlastně opravdu napříč tím věkem. Od tří let až po pacienty v geriatrickém věku, ale musíte to vždycky nějakým způsobem modifikovat k tomu věku.*“ S dospělými pacienty má zkušenosti s vedením terapie i respondentka 6. *„Mám i dospělé pacienty, co to tady cvičí. Mají poruchu výslovnosti a cvičí úplně v pohodě.*“

5.3.3 Vliv adherence na výsledky terapie

Rodič a přijetí terapie

Většina respondentek se u rodičů nesetkala s žádnou negativní odezvou na navrženou Terapii orální pozice mimo oblast koupě pomůcek. Snaží se rodičům vždy vysvětlit, proč dané techniky s dítětem provádí. Respondentka 2 uvedla, že osvětlení terapie rodičům je pro ni velmi přínosné. „*Snažím se, abych je edukovala a oni chápali proč to mají dělat. Když to přijmou a mají tu motivaci, tak se potom většinou naučí s tou pomůckou pracovat poměrně dobře.*“ Podobně reagovala i respondentka 1. „*Řekla bych, že jak to na ně působí, tak že to berou ještě vážněji. Vy to najednou přesouváte z té roviny, že tam ve školce dělají čertíčka a konička, tak vy jim do toho dáte, že se jedná o pohyb stovky svalů, který je centrálně řízený.*“ Se zpochybněním terapie se setkala pouze u dvou matek, které pracovaly v oblasti ortodontie a také u dětského neurologa. „*On řekl matce, že je to nesmysl a v podstatě popřel, že se orálně-motorické pohyby vyvíjí nebo zrají v návaznosti na pohyby hrubé motoriky. Po vysvětlení už to ale přijal, a dokonce to zohledňuje.*“

Potřeba domácího procvičování

V pravidelném domácím cvičení u dětí nepocítuje respondentka 1 žádný problém. „*Od té doby, co jsem terapii dala i do té fyzioterapeutické složky, tak si nemůžu stěžovat, že by rodiče necvičili. Není to zas tak náročné cvičení, u těch lehčích poruch stačí, když procvičí třeba ten čelistní kloub.*“ Respondentka 2 zmínila, že ne u každého rodiče doporučí domácí cvičení. „*U těch rodičů, kterým to nabídnu jako domácí cvičení, tak předpokládám, že to zvládnou, takže to asi není úplně pro každého.*“

U této oblasti lze zmínit i návaznost na první část praktické části diplomové práce. V rozhovoru s rodičem dívky A, popisuje matka důležitost každodenního cvičení terapie, které probíhá zhruba 10 minut. „*Ta terapie se musí cvičit doma každý den, aby měla svůj význam, pokud to člověk nedělá, tak se dál neposune, ale posun tam je a má to svůj význam.*“ Podobně odpovídala i matka dívky B. „*Snažíme se cvičit každý den. Věnujeme tomu tak čtvrt hodiny a večer ještě manžel, až přijde z práce, tak dívku ukládá a cvičí s ní znovu. To bych řekla, že je dalších 10 minut.*“

Kontrola správného cvičení

Pro kvalitní výsledky terapie je důležité správné provedení daných cviků. Respondentka 5 popisuje, jak je důležité si vždy u rodiče zkontrolovat, zda správně cvik pochopil. „*Je důležitý ten zácvik a potom vždycky kontrola. Rodič mi to vždycky poté*

ukazuje, jak cvičili, když přijdou na kontrolu. Pak dáváme další úkol a od toho se to potom odvíjí, jestli terapie taky pokračuje nebo ne.“ Podobně odpovídala i respondentka 9 a respondentka 2, která taky vyzdvihuje kontrolu správného provedení techniky. *Samozřejmě, že je potřeba to vždycky při další terapii zkontrolovat, protože ne všichni rodiče vidí všechny detaily, které u toho musí dodržet. A myslím tím třeba posturu celého těla.“* Respondentka 1 se snaží o předávání informací rodičům, ale i dalším odborníkům pracujícím s dítětem. *„Opravdu píšeme zprávy, aby měli pediatři a rodiče k tomu taky nějaké informace, které vlepujeme do sešitků.“*

Důraz na pochopení správného provedení dané techniky zmiňuje i rodič dívky B. *„Něco je možná náročnější, ale těžko teďka něco vypíchnout konkrétně, ale někdy dojde trochu ke zmatení, že si něco zapíšu špatně a pak příští sezení zjistím, že technika nebyla úplně správná.“*

5.3.4 Terapeutické pomůcky

Motivace dítěte

Všechny s dotazovaných logopedek považují pomůcky využívané v TOP určitým způsobem za motivační. Respondentka 5 popisuje vnímání u dítěte, že cvičení s pomůckou je jako hra. *„Ty pomůcky jsou víceméně hezké a je pravda, že i ty rodiče vlastně uvítají, že nemusí dělat nějaké cvičení. V podstatě je to všechno formou hry. Děti mimoděk cvičí nebo rovnou zapojují nějaké funkce.“* Přístup dětí k pomůckám popisuje i respondentka 2. *„Určitě spousta těch pomůcek je hodně motivačních, já, když třeba využívám nástavce na ten logopedický vibrátor Z Vibe a použiju třeba ten nástavec myšky nebo takové předměty, které jsou dětem nějak blízke... Je to taková trošku legrace.“* Lehce odlišný pohled přináší i respondentka 7, která popisuje, že jsou pomůcky spíše motivační pro ni. *„Já to beru motivační pro sebe. Jsou to nové pomůcky, aby nás práce bavila. Ale obecně to děti baví... Jsou tam i hezké barvy, takže to je tak barevné a lákavé.“*

Rodič dívky A vnímá pomůcky pro své dítě jako motivační. *„Ano jsou motivační, někdy to však může sklouznout k tomu, že si chce dítě s pomůckou spíš hrát, ale obecně to vnímám určitě jako plus.“* Shodně reaguje i rodič dívky B.

Nahrazení pomůcek

Ohledně nahrazování pomůcek zmiňují respondentky většinou jejich cenovou náročnost. Proto se často snaží hledat alternativy. Respondentka 3 využívá jako alternativu

různé materiály z nemocnice. „*Ne všichni by si to prostě pořídili, tak já to prostě nahrazuju vším, co najdu v nemocnici a tam jim to vlastně jakoby dávám... V nemocnic máte hrozně moc druhů kanyl a trubiček, který se používají.*“ Podobně reagovala i respondentka 4. „*Využíváme alternativy, řeknu jim vezte si žvýkačku a žvýkejte na jedné straně a na druhé. Nebo sami řeknou, že to zkusí něčím nahradit. Nebo si něco vyrobí nebo vytvoří, kdo si to nemůže dovolit.*“

Vlastní úpravu pomůcek si v praxi vyzorovala respondentka 1, která pro osoby s velmi slabou silou čelisti používá v terapii již dříve okousanou, ale vydezinfikovanou trubičku, která je tím pádem ještě měkčí. „*Pokud je nějaká lehčí vada, tak já ty pomůcky půjčuju a po 3 měsících já si to prostě vydezinfikuji, dám si to do roztoku, vyčistím to a já tu trubičku můžu použít, když je někdo s extrémně slabou silou čelisti, tak pro něho to je vlastně požehnáním... Já ji jakoby takhle využiju, a to už je moje empirická zkušenost. To samozřejmě není v nějakých těch popisech té TOP. To my jsme si takhle vysledovali, protože některé děti to neskousnou vůbec jo.*“

5.3.5 Bariéry

Finanční zátěž

Bariéru v oblasti finanční náročnosti u pomůcek využívaných v TOP zmiňovalo všech 9 respondentek. Dražší pořizovací cenu zmiňovala i respondentka 6, která ale nemá smlouvy s pojišťovnou, a tudíž si rodiče celkově hradí logopedickou terapii, kdy je v ceně vstupního vyšetření zahrnuta i cena pomůcek. „*Oni mají cenu pomůcek v ceně vstupního vyšetření... A takhle tím pádem vlastně já mám podchycený, že jakoby každý rodič má svoje vlastní. Jakože je to v tom vstupu a oni si to nosej domů.*“ Určitou roli na ochotě pořídít si pomůcky hraje i zda logopedická ambulance sídlí ve velkém či menším městě. Tento názor popisuje respondentka 7. „*Pár rodičů si to zakoupilo, ale spousta z nich ohledně té ceny mi řekli, že si to nemůžou dovolit nebo si to nekoupí. V Praze nebo v centru Brna, tak tam bude jiná klientela. Anebo u soukromých ordinací.*“ Respondentka 3 ale tento pohled spíše vyvrací, sama působí ve větším městě, ale finanční náročnost popisuje shodně. „*Já jsem v nemocnici a sama mám takovou malou ordinaci. A v té nemocnici vlastně ty pomůcky jsem si koupila sama, jako pro sebe a cenově to je, jakože opravdu hodně náročný. A protože jsou cenově náročný, a ne všichni by si to pořídili, tak to různě nahrazuju.*“

Respondentka 7 dále zmiňuje, že dříve pomůcky zapůjčovala, což ale také nebylo efektivní. „*Ze začátku jsem pomůcky půjčovala, ale tam je ten problém, že se mi to pak*

nevrací. Že třeba nepřijdou ani s pomůckou ani sami.“ Tento faktor u ní snižuje motivaci pracovat s pomůckami. „Já jsem do toho byla hodně zapálená, ale mě z toho stáhlo, protože já to tady v ambulanci předvedu a ukážu, ale když rodiče nemají ty pomůcky doma a nezakoupí si je, tak jim vlastně ukazuju něco, co doma dělat nemůžou.“

Zohlednit volbu pomůcek dle potřeby klienta se vždy snaží respondentka 5. *„Mám zkušenosti toho terapeuta, aby doporučoval pouze pomůcky, které klient potřebuje... Vždy se snažím, aby to mělo smysl pro toho klienta. Takže určitě pro některé klienty je to náročné, ale když potom rodiče vidí efekt té terapie, tak myslím si, že to stojí za to.“* Zároveň popisuje, jakým způsobem pomůcky nahrazuje. Respondentka 2 vnímá také vyšší cenu pomůcek, ale zároveň dodává, že cena je vzhledem k pomůckám adekvátní. *„Pro mnoho rodičů je to vysoká cena, nechtějí do toho třeba investovat... Ta cena je vyšší, než by spousta rodičů akceptovala, ale tím nechci říct, že není adekvátní tomu, co ty pomůcky nabízejí.“*

Oslovené logopedky pomůcky z TOP klientům vždy shánějí a poté případně prodávají. Tento postup popisuje i respondentka 1. *„Třeba ty vibrátory. Já jim je objednáám, aby nemuseli, prostě to vyhledávat, aby nemuseli platit poštovné a vyhledám jim všechny třeba ty nástavce a oni si je koupí s tím, že jim řeknu, kdy se to někdy tak zlepšilo, že nebudou potřeba, že si je zase vezmu zpátky třeba za nějakou nižší částku.“*

Rodič dívky A vnímá cenu za pomůcky jako vyšší, ale mají ji zahrnutou přímo v ceně logopedické terapie. Stejně tak je to v případě rodiče dívky B, která se ale v ceně pomůcek neorientuje.

Kontraindikace

V oblasti kontraindikace nebo nevhodnosti TOP u určitých klientů se názory více rozcházel. Respondentky 8 a 9 uvedly, že je žádná taková skupina osob nenapadá. Podobná odpověď byla zaznamenána u respondentky 5, která spíše zmiňovala i udržení motivace dítěte. *„Pokud je ta terapie vhodně zacílená, tak tam kontraindikace není. Tam potom už se stává, že někdy děti nechtějí cvičit po určité době, takže tam je potřeba zvažovat jinou formu třeba a postoupit nějak jinak. To je terapií, ale vysloveně kontraindikace mě asi nenapadá, že bych jako řekla, že tady ne.“*

Konkrétní skupinu osob, u které si na použití TOP dávat pozor, zmiňuje respondentka 1. *„No, ostražitá jsem u výraznějších malookluzí nebo těžkých epilepsií, pokud se má používat něco vibračního.“* Odlišnou skupinu uvádí respondentka 6. *„Třeba dysfaticí, fonetické poruchy. Když je to na základě toho, že to neslyší, tak tam se to nehodí no.“*

Skupinu osob s hypersenzivitou udávají respondentky 2, 4 a 7. Respondentka 2 popisuje své poznatky ohledně TOP a osob s hypersenzitivitou. „*No, byť teda některé pomůcky jsou i pro klienty, kteří jsou hypersenzitivní. Tak mám zkušenost, že oni třeba ty pomůcky nebo tu stimulaci celkově v té dutině už s tím moc neakceptují... Ne že by to byla kontraindikace, to si nemyslím, ale že se nám nedaří vždycky tak jak to ta terapie říká, že by to vlastně mělo pomoci, aby nějaká ta desenzibilizace proběhla.*“ Respondentka 4 přidává mimo osoby se zvýšeným dávivým reflexem, také osoby s poruchou autistického spektra nebo osoby úzkostné. „*Ten, kdo má nějaký zvýšený dávivý reflex. Někdo to prostě odmítá buď autista nebo někdo prostě přijde úzkostný a nechce to že jo, tak prostě ho nebudu nutit. Nebo to použiji až časem až dozraje.*“

S geriatrickými pacienty pracuje respondentka 3 a uvádí, na co si je potřeba dávat pozor u této skupiny. „*Nemůžete pracovat v plné šíři u těch starých lidí geriatrických, když mají například jen částečnou dentici. Když lidi nemají tu dentici, tak potom vlastně už s tou čelistí se pracuje hůř. Musíte být vynalézavá, protože když má jen částečně ty zuby, tak takové posilování čelisti, potom je to bolí nebo prostě nevymyslíte tu polohu na ty bloky, takže to nejde.*“ Dále také zmiňuje vliv kognitivních schopností a vysoký věk klientů. „*Záleží prostě na kognitivních schopnostech toho člověka... A potom když jsou dysartrie nebo degenerativní onemocnění v hodně vysokém věku, tak potom už to obcházím jakoby úplně.*“

5.3.6 Výsledky terapie

Efektivita terapie

Efektivitu TOP v logopedické praxi zmínilo 8 respondentů. Pouze respondentka 9 uvedla, že nemůže přesně posoudit. „*Nedokážu to ještě posoudit, až v současnosti mám v péči některé rodiny, které byly ochotné si pomůcky zakoupit.*“ Ostatní respondentky již popisovaly velmi pozitivní pocity z terapie. Respondentka 3 ji vnímá i přes své některé výtky jako efektivní. „*No mě připadá skvělá, to byl ten důvod, proč jsem vám na rozhovor kývla. Já, ač k tomu mám některý výtky, tak mi to připadne jako fakt dobrý.*“ Podobně pozitivně odpovídala i respondentka 4. „*Je to efektivní. Jsem za to ráda, nejefektivnější kurz, na kterém jsem já byla. Jako já to vidím, jak se to zefektivnilo ta terapie.*“ Další pozitivní postoj vyjádřila i respondentka 5, která popisuje i vliv věku pro efekt terapie. „*U dětí s neurologickou diagnózou do 1 roku nejpozději do 2 let, tak ten efekt je úplně úžasný. Čím starší je to dítě, tak k tomu je potom potřeba počítat jako úměrně s prodloužením té terapie*

a trochu menším efektem. “ Respondentka 1 má TOP ve své logopedické praxi velmi zažitou. „Je velmi efektivní, již si bez ní nedovedu přestavit práci. “ Zároveň popisuje i srovnání efektivity TOP a Myofunkční terapie. „Já si nedovedu představit, že bych dělala už jen třeba myofunkční terapii, ta mi přijde už pouze jako taková třešnička na dortu a tím dortem je TOP, která je na rozdíl od myofunkční terapie rozhodně efektivnější. Přitom myofunkční terapie je více známá. “

Určité srovnání využívaných metod popisuje respondentka 6. *„Myslím si, že je to velká chyba, že se prostě učí starýma metodama, který nejsou metodicky podložený. Že je chyba, že se v ordinacích nepoužívají metodický programy, který se dají měřit. Ono vás to taky většinou dovede k cíli, ale tohle je mnohem efektivnější a rychlejší. “*

Rodič dívky B také oceňuje jasnou metodiku terapie. *„Já jsem ráda, že se mám čeho chytit, že mám jasné instrukce a dává mi smysl, že musíme splnit určitý počet opakování. “* Zároveň vnímá i pozitivní vliv TOP u svého dítěte. *„Ten pokrok ve výslovnosti za ten rok je veliký. “*

Měření výsledků terapie

Propracovaný systém měření výsledků terapie uvedla respondentka 1, která má pro své potřeby vytvořený i vlastní diagnostický materiál na vyšetření orální pozice. *„Každé dítě mám na počátku a pak dále kontrolně po 6 měsících vyšetřeno jako doplňující diagnostiku. Na úvod děláme úvodní pohovor a potom zvukovou nahrávku jednoho dějového obrázku...My skutečně ty záznamy děláme, co půl roku a jsou výborné. “*

Zároveň respondentka 6 vyzdvihuje změření efektivity terapie a metodické vedení. *Můžete si to změřit a máte metodickou podporu. Kdežto u obyčejného opakování hlásek metodickou podporu nemáte a nemáte nikde řečené kolikrát to musíte udělat, aby se to povedlo vyvodit. “*

Zajímavé postřehy

Každý respondent byl na závěr rozhovoru požádán o uvedení určitého zajímavého případu či zkušenosti TOP. Některé respondentky žádný hned nenapadl nebo jich bylo mnoho či je nechtěly uvádět. Respondentka 7 uvedla skupinu klientů, u kterých má dobrou zkušenost. *„U mě asi případ osob s interdentálním tvořením sykavek, u toho vidím posun hodně. “* Oblast sykavek uváděla i respondentka 6. *„Hodně dětí to má tak, že se jim třeba správi sykavky úplně samy. A že s tím nemusím nic dělat. Vůbec nic. Prostě si to zautomatizuje úplně. Ale každý má ten sval na tu reakci nastavený jinak. “*

Obecně o určité skupině sdělila své poznatky i respondentka 2. „*I když jsem říkala, že některé děti to neakceptují, ty hypersenzitivní... Tak právě někdy naopak, to zlepšení bylo velké. Takže možná oni jako ty stimulace nějak akceptovaly, nějaké vibrace a něco, co se potom projevilo i při příjmu potravy. Tak toto jsem považovala za úspěch.*“ Další zajímavé postřehy uvedla respondentka 5. „*Mám porovnání práce s menšími a se staršími dětmi. A právě tam vnímám jakoby ten rozdíl. Jak ta péče postupuje tady u těch nejmenších dětí, což je úplně zázrak. Vlastně když do toho roku se pracuje, tak jak má, tak ten efekt právě u těch syndromových vad. Tak to mě dělá největší radost.*“

Případ s konkrétním pacientem uvedly respondentky 2 a 4. První popisuje respondentka 4 práci s chlapcem s lehkou mentální retardací. „*No mě se vybaví jeden kluk, který měl lehkou mentální retardaci a byl řazený do speciální školy... Jako dítě chodil na logopedii, ale prostě chodil na všechno...Prostě přetrvávala ta vadná výslovnost a přestal chodit. Přišel v 7.třídě, že se to chce naučit. Byla jsem po tom kurzu a dala jsem mu, ať si posiluje rty, jazyk a čelist. Říkám, zkus měsíc jenom posilovat. A on za měsíc přišel a tu hlásku R uměl. Tam to bylo evidentní, že by se to nenaučil jako vývojově za měsíc. Naskočilo mu za měsíc R, aniž by trénoval, jen posiloval tu orofaciální oblast.*“

Jiného klienta uvedla respondentka 4, kdy se jednalo o chlapce po prodělané encefalitidě. „*To byl chlapec, který prodělal encefalitidu v dětském věku asi ve 2 letech. Pak měl poruchu extrapyramidového charakteru a měl takový různý jako dyskinézy a oni si mysleli, že bude mentálně postižený. Potom vlastně v 6 letech se zjistilo, že není. Začali s tím klukem pracovat, když mu bylo 10 let.*“ Následně respondentka popisuje, jak se jí dostal do péče a jak s ním pracovala. „*Ke mně se dostal, když mu bylo asi 13 třeba a byl to cizinec z arabských zemí. A přijel vždycky jako na 2 měsíce po půl roce. Každopádně ty 2 měsíce měl tu terapii každý den... Ten kluk se posunul za ty 2 měsíce neuvěřitelně. Pro mě to byl takový jako posun obrovský, který bych vůbec nečekala. Že jsem viděla, jaký to má efekt.*“

6 DISKUZE

Diskuze se skládá ze dvou částí, první část je zaměřena na analýzu výzkumných otázek, které byly stanoveny na začátku praktické části diplomové práce. V druhé části jsou popsány možné limity této práce a doporučení pro praxi.

6.1 Analýza výzkumných otázek

V této podkapitole dochází k analýze výzkumných otázek, které byly stanoveny dle hlavního cíle této diplomové práce, který se zaměřoval na zhodnocení využití prvků Terapie orální pozice u vybraných klientů s narušenou komunikační schopností. Dle stanovených dílčích cílů byl následně proveden kvalitativní výzkum ve formě pozorování logopedické terapie po dobu 3 měsíců. Pomocí anamnestických rozhovorů byly zpracovány dvě případové studie a dále realizováno 9 polostrukturovaných rozhovorů s logopedy ohledně Terapie orální pozice. S ohledem na získané informace bylo možné zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

Jaké lze zaznamenat výsledky v průběhu pozorované terapie u dvou dívek?

Pozorování logopedické terapie u dvou dívek probíhalo v období od dubna do července 2022, kdy bylo pozorování u dívky B rozšířeno právě o jednu terapii v měsíci červenci, kvůli její předchozí absenci na logopedické terapii.

U dívky A došlo, dle hierarchie Terapie orální pozice, v oblasti žvýkání k přechodu ze žluté trubičky, přes fialový Grabber až na zelený Grabber s větší tuhostí. Zároveň proběhl přechod v oblasti foukání z píšťalky č. 9 až na píšťalku č. 12, která je již v hierarchii poslední. Oblast sání byla ukončena. U dívky se dále projevilo zlepšení plynulosti v řeči.

Dívka B v oblasti žvýkání navýšila své opakování a výdrž s pomůckou fialového Grabberu. Při foukání postoupila hierarchicky z píšťalky č. 8 na píšťalku č. 10 a také u ní došlo ke zlepšení artikulace hlásky L a sykavek.

Dle hierarchického postupu s pomůckami lze u obou dívek usuzovat posílení čelisti, retního uzávěru, jazyka či prodloužení výdechového proudu. Dané informace však lze pouze vyvozovat z daného pozorování, nejsou podloženy určitým počátečním a závěrečným vyšetřením.

Jak hodnotí daní rodiče prvky Terapie orální pozice?

Obě dotazované matky vnímají využití prvků TOP pozitivně. Zároveň zmiňují nutnost každodenního cvičení pro dosažení správného efektu terapie. Oceňují jasné instrukce při terapii a například rodič dívky A vnímá u svého dítěte velký pokrok ve výslovnosti. Jako důležité vnímají obě matky správné provedení daného cviku, což může někdy způsobovat nejasnosti. V rozhovoru také zmiňovaly pestrost pomůcek, které mohou, dle jejich názoru, působit na dítě motivačně.

Jak hodnotí efektivitu prvků Terapie orální pozice oslovení logopedi?

Jako velmi efektivní hodnotí TOP 8 z 9 dotazovaných respondentů. Pouze jedna respondentka uvedla, že zatím nemůže posoudit, jelikož má až nyní klienty, kteří jsou ochotni si pomůcky pro terapeutické cvičení zakoupit.

Respondenti mimo jiné zmiňovali významnou efektivitu kurzu a samotné terapie. Uváděli například i případy konkrétních klientů, u kterých vnímali velký pokrok při využití terapie. Jiní popisovali i konkrétní oblasti hlásek, při kterých vnímají efektivitu terapie.

U jaké nejčastější klientely využívají oslovení logopedie prvky Terapie orální pozice?

Mezi nejčastější klientelu, u které oslovení logopedi využijí prvky TOP, byly zmiňovány osoby s myofunkční poruchou, poruchami artikulace, poruchou orální senzitivity či neurologickým postižením. Věková škála klientů pak byla různorodá. Lišila se i dle toho s jakou klientelou a v jakém zařízení logopedi pracují. Většina z nich, však uváděla předškolní či školní věk klientů. Někteří respondenti také popisovali práci s celou věkovou škálou osob od dětí ve věku tří měsíců až po dospělé osoby či s osobami v geriatrického věku. Právě i věk dané osoby může hrát roli při práci s pomůckami a také v efektivitě terapie.

Jakým způsobem začleňují oslovení logopedi Terapii orální pozice do logopedické terapie?

Většina respondentek uvedla, že využívají pouze prvky TOP, přitom záleží na konkrétních potřebách daného klienta. TOP je totiž primárně zaměřena pro osoby s těžší formou postižení a v případě, že logoped pracuje s dítětem pouze na úpravě artikulace, tak si vybírá jen určité části z terapie. Respondenti také zmiňovali i časovou náročnost celého terapeutického programu, kdy právě s dítětem rozvíjí i jiné smyslové nebo grafomotorické schopnosti. Sama autorka TOP Rosenfeld-Johnson zmiňuje důležitost provázání terapie

i s jinými oblastmi. TOP by neměla probíhat samostatně. Toto tvrzení lze potvrdit i dle pozorované terapie dívek v období 3 měsíců, kdy využívané prvky z TOP byly vždy doplněny o cvičení z jiných oblastí.

Vnímají oslovení logopedi určité bariéry při práci s Terapií orální pozice?

Mezi bariéry vnímané logopedy lze určitě zařadit vyšší pořizovací cenu pomůcek. Respondenti se snaží výběr pomůcek uzpůsobit potřebám klienta či pomůcky různým způsobem upravit nebo nahradit. Dle respondentů si někteří rodiče nechtějí pomůcky zakoupit a tento fakt poté znesnadňuje práci samotných logopedů. Jedna respondentka uvedla, že cenu pomůcek má zařazenou v ceně vstupního vyšetření, a to jí zaručuje, že každý klient má své vlastní pomůcky. V této souvislosti jsou zmiňovány i ekonomické možnosti rodiny a případné rozdíly mezi klientelou ve větších a menších městech.

Jako další bariéru při práci s TOP lze zmínit její nevhodnost u určitých skupin klientů. Názory respondentů se zde různily. Zmiňovány byly například skupiny osob s hypersenzitivitou, malookluzí, těžkou epilepsií, fonetickými poruchami, zvýšeným dávivým reflexem nebo poruchou autistického spektra. Respondentka pracující se staršími klienty zmiňovala omezení určitých prvků z terapie, například pokud má klient pouze částečnou dentici, kdy mohou vznikat bolestivé pocity při práci s kousacími bloky.

Za určitou bariéru z pohledu logopedů může být považováno i náročnější pochopení struktury TOP. Tuto oblast zmiňovala zhruba polovina respondentů s tím, že pro ně bylo ze začátku náročné s terapeutickými pomůckami pracovat. Postupně však terapii lépe pochopili.

Jaké faktory mohou mít vliv na výsledky Terapie orální pozice?

Dle respondentů je významný faktor ten, aby rodiče pochopili správné provedení cviků, které budou doma procvičovat s dítětem. Následně se je snaží edukovat i v oblasti důležitosti každodenního cvičení a také jim vysvětlují strukturu a důvod pro zařazení právě TOP do logopedické terapie. Pro většinu rodičů je to totiž neznámá oblast, protože znají pouze klasická cvičení oromotorické oblasti, např. z mateřských škol.

Samotní rodiče dívek z případových studií zmiňují, že pro kvalitní výsledky je důležité každodenního cvičení. Jen tak bude mít terapie význam a dojde k posunu v daných oblastech.

6.2 Limity práce a doporučení pro praxi

Mezi limity této diplomové práce lze zařadit nižší počet pozorovaných logopedických terapií v obou případových studiích. Tento limit vznikl na základě omluv dívek z logopedické terapie z důvodu nemoci či jiné příčiny. U každé dívky proběhlo pozorování čtyř logopedických terapií. U dívky B bylo pozorování rozšířeno i na jednu terapii v měsíci červenci. U dívky A toto nebylo možné, jelikož během prázdnin cvičí pouze doma a logopedickou ambulanci z důvodu vysokého počtu zájmových aktivit nenavštěvuje. Původně bylo avizováno, že dívky dochází na terapii 1x za 14 dní, a proto byl očekáván větší počet pozorovaných terapií.

Jako další limit lze uvést, že na úvod a závěr pozorovaných terapií neproběhlo změření orofaciální oblasti, které by mohlo lépe poukázat na případnou efektivitu prvků Terapie orální pozice. Na případné změření funkcí nebyl vybrán žádný test a předně také nebyl dán časový prostor. Zároveň se tato diplomová práce spíše věnuje popisu, jakým způsobem jsou využívány prvky TOP v logopedické praxi a nehodnotí primárně jejich efektivitu.

V limitech ze strany oslovených osob lze poukázat na odmítnutí logopedů poskytnout polostrukturovaný rozhovor. Buď neproběhla žádná odezva na emailovou zprávu či logopedi kvůli své časové vytíženosti rozhovor odmítli. Zároveň bylo náročné dohledávat konkrétní logopedy, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice. Z důvodu, že nebylo možné dohledat jejich ucelený seznam, byly kontakty shromažďovány pomocí jejich webových stránek či osobního dotazování konkrétních logopedů.

Návazné výzkumné šetření by se mohlo zabývat právě rozšířením výzkumného vzorku dotazovaných logopedů například i formou kvantitativního výzkumu za pomoci dotazníkového šetření. Také by mohlo být přínosem, pokud by došlo ke změření funkce orofaciálních struktur před a po pozorování, kde by byly uvedeny a srovnány konkrétní výsledky. V neposlední řadě by mohl vzniknout materiál pro osvětu mezi rodiči, na jaké všechny oblasti se může logopedická terapie zaměřovat či jaké druhy myofunkční a orofaciální terapie jsou v logopedické terapii využívány.

ZÁVĚR

Diplomová práce nesoucí název Využití prvků terapie orální pozice v logopedické praxi byla zaměřena na zmapování aplikace těchto prvků v logopedické terapii z pohledu různých skupin osob.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Právě v první zmíněné části je obecně definována orofaciální oblast, která konkrétně popisuje anatomické části orofaciální oblasti a to rty, jazyk, bradu a dolní čelist. Následuje svalstvo a funkce orofaciálního systému s popisem životně důležitých funkcí jako polykání, žvýkání, sání a dýchání. Vyšetření orofaciálních struktur obsahuje popis konkrétních škál a přístrojů pro vyšetření této oblasti. V patologii orofaciálního komplexu je následně více rozebrána problematika podjazykové uzdičky, ortodontické anomálie, vliv dlouhodobého užívání dudlíku u dětí, rozštěpové vady, tongue thrust a nadměrné dýchání ústy. Poslední podkapitola se pak věnuje konkrétním typům přetrvávajících primárních reflexů a jejich vlivu na orofaciální oblast.

Ve druhé kapitole lze nalézt popis myofunkční poruchy, důležitost interdisciplinární spolupráce a konkrétní druhy myofunkčních a orofaciálních terapií jako například Myofunkční terapie dle Kittel nebo Orofaciální regulační terapie dle Castillo Morales. Třetí kapitola již konkrétně charakterizuje Terapii orální pozice a její cílovou skupinu, terminologii a strukturu, která se skládá z oblasti fonace, rezonance a artikulace. Záměrně jsou u každé oblasti uvedeny obrázky jednotlivých pomůcek pro lepší náhled do terapie. Ohledně Terapie orální pozice však není v českém prostředí vydána konkrétní volně dostupná publikace a z tohoto důvodu jsou informace čerpány spíše ze zahraniční literatury, zároveň jsou prokládány i českými autory a zdroji.

Na teoretickou část navazuje část praktická, která se již konkrétně zabývá využitím prvků Terapie orální pozice v logopedické praxi. Na úvod bylo představeno uvedení do problematiky, následně byl vytyčen hlavní a dva dílčí výzkumné cíle a stanoveno sedm výzkumných otázek. Byly popsány metody sběru dat, charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření. V další kapitole už došlo k analýze a interpretaci získaných dat. Nejprve byly uvedeny dvě případové studie dívek a průběh pozorování jejich logopedické terapie. Následně proběhla analýza rozhovorů s logopedy a bylo sestaveno šest tematických oblastí, které byly dále rozebrány dle kategorií. Jednalo se o kategorie týkající se využití terapie z pohledu logopeda, klientely, vlivu adherence na výsledky terapie,

terapeutických pomůcek, bariér a výsledků terapie. V diskuzi byly zodpovězeny konkrétní výzkumné otázky a uvedeny limity této diplomové práce a doporučení pro praxi.

Jako hlavní výzkumný cíl bylo určeno zhodnocení využití prvků Terapie orální pozice u vybraných klientů s narušenou komunikační schopností. Získání dat proběhlo za pomoci tří různých druhů metod a také od různých skupin osob, které jsou v kontaktu nebo pracují s prvky Terapie orální pozice. S ohledem na tento fakt lze usoudit, že došlo k naplnění hlavního výzkumného cíle této práce. Následně byla za pomoci dílčích cílů sesbírána data pro zodpovězení výzkumných otázek.

U obou dívek, jejichž logopedická terapie byla pozorována, došlo k hierarchickému posunu v oblasti žvýkání a foukání. Zároveň u každé z dívek došlo ke zlepšení v jejich individuálních logopedických oblastech. Obě jejich matky hodnotily danou terapii pozitivně a stejně tak dotazovaní logopedi hodnotili terapii jako velmi efektivní. Mezi nejčastější klientelu poté řadili například osoby s myofunkční poruchou či poruchou artikulace v různé věkové škále. Mezi bariéry zmiňovali finanční náročnost, nevhodnost u určitých skupin klientů či náročnější pochopení terapie. Do logopedické terapie většinou zařazují pouze určité prvky Terapie orální pozice a zdůrazňují důležitost každodenního cvičení a pochopení cviku u rodičů dítěte.

Získané informace mohou být přínosné k rozšíření náhledu na konkrétní možnost volby logopedické terapie u klientů s narušenou komunikační schopností. Zároveň mohou přinést bližší informace ohledně Terapie orální pozice a také přiblížit, jak probíhá její začlenění do logopedické terapie a jakým způsobem na ni oslovení kliničtí logopedi nahlíží. Zmíněné poznatky mohou být užitečné zájemcům o kurz Terapie orální pozice, logopedům či studentům, ale také veřejnosti, aby poukázaly na to, že logopedická terapie může mít různorodou formu a že na řečový vývoj je důležité pohlížet komplexně.

ZDROJE

ARCHAMBAULT, Nicole. Healthy Breathing, 'Round the Clock. *The ASHA Leader* [online]. 2018, **23**(2), 48-54 [cit. 2023-03-25]. ISSN 1085-9586. Dostupné z: doi:10.1044/leader.FTR1.23022018.48

BAHR, Diane a Sara ROSENFELD-JOHNSON. Treatment of Children With Speech Oral Placement Disorders (OPDs): A Paradigm Emerges. *Communication Disorders Quarterly* [online]. 2010, **31**(3), 131-138 [cit. 2023-03-11]. ISSN 1525-7401. Dostupné z: doi:10.1177/1525740109350217

BARCA, Laura, Claudia MAZZUCA a Anna M. BORGHI. Overusing the pacifier during infancy sets a footprint on abstract words processing. *Journal of Child Language* [online]. 2020, **47**(5), 1084-1099 [cit. 2022-10-06]. ISSN 0305-0009. Dostupné z: doi:10.1017/S0305000920000070

BARCA, Laura. Toward a speech-motor account of the effect of Age of Pacifier Withdrawal. *Journal of Communication Disorders* [online]. 2021, **90** [cit. 2022-10-05]. ISSN 00219924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jcomdis.2021.106085

BRUCH, Jean M. a Nathaniel TREISTER. *Clinical Oral Medicine and Pathology*. 2nd ed. 2017. Cham: Springer International Publishing, 2017, XII, 207 p. 324 illus., 306 illus. in color. ISBN 9783319297675.

CAMPANHA, Silvia Márcia Andrade, Roberta Lopes de Castro MARTINELLI a Durval Batista PALHARES. Position of lips and tongue in rest in newborns with and without ankyloglossia. *CoDAS* [online]. 2021, **33**(6) [cit. 2022-09-27]. ISSN 2317-1782. Dostupné z: doi:10.1590/2317-1782/20202020069

CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8073671050.

CHRASTINA, Jan. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study - a method of qualitative research strategy and research design*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 9788024453736.

ČERVENKOVÁ, Barbora. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2054-3.

DESHMUKH, Shivani Avinash, Sunita S. SHRIVASTAV, Ranjit H. KAMBLE, Narendra S. SHARMA, Arihant M. GOLCHHA a Khushboo R. RATNANI. Evaluation of Tongue Pressure in Cases with Horizontal, Vertical, and Average Growth Patterns using an Innovative Flexi Force Palatovision Appliance: An In Vivo Study. *Journal of Indian Orthodontic Society* [online]. 2018, **52**(3), 184-188 [cit. 2022-09-23]. ISSN 0301-5742. Dostupné z: doi:10.4103/jios.jios_189_17

DLOUHÁ, Olga. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén, 2017. ISBN 9788074923142.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 223 s. ISBN 80-902536-2-8.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. To give a pacifier to an infant or not?. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, **17**(6), 387-389 [cit. 2022-10-06]. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.088

FRITZLOVÁ, Kateřina. Potíže příjmu potravy u dětí na smyslové bázi. In *Senzoricko-senzitivní integrace v rehabilitaci poruch řeči a sluchu: sborník příspěvků: mezioborový seminář pro profese zabývající se rehabilitací poruch řeči a sluchu: 8.-9. ledna 2016*, Praha. Praha: Výzkumné centrum hudební akustiky HAMU, 2016. ISBN 978-80-7331-373-9.

GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0534-6.

GONZÁLEZ GARRIDO, María del Puerto, Cristina GARCIA-MUNOZ, Manuel RODRÍGUEZ-HUGUET, Francisco Javier MARTIN-VEGA, Gloria GONZALEZ-MEDINA a Maria Jesus VINOLO-GIL. Effectiveness of Myofunctional Therapy in Ankyloglossia: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2022, **19**(19) [cit. 2023-02-28]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph191912347

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026202196.

HILBERTOVÁ, Sandra, Taťjana DOSTÁLOVÁ, Jaroslav MICHÁLEK a Petra HLIŇÁKOVÁ. Histological examination of the lingual frenulum in patients with ankyloglossia. *Česká stomatologie/Praktické zubní lékařství* [online]. 2022, **122**(1), 4-10 [cit. 2022-10-03]. ISSN 12130613. Dostupné z: doi:10.51479/cspzl.2022.001

HORŇÁKOVÁ, Katarína, Svetlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. Praha: Portál, 2009. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-612-4.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3941-0.

KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071696196.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.

KONEČNÝ, Petr, Robert VYSOKÝ, Milan ELFMARK a Karel URBÁNEK. Effects of Targeted Orofacial Rehabilitation in Patients after Stroke with Speech Disorders. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2017, **80/113**(3), 316-322 [cit. 2023-03-20]. ISSN 12107859. Dostupné z: doi:10.14735/amcsnn2017316

KOŠTÁLOVÁ, Milena, Martina MRAČKOVÁ; Radek MAREČEK; Dagmar BERÁNKOVÁ; Ilona ELIÁŠOVÁ; Eva JANOUŠOVÁ; Jaroslava ROUBÍČKOVÁ; Josef BEDNAŘÍK; Irena REKTOROVÁ. Test 3F Dysartrický profil – normativní hodnoty řeči v češtině. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2013, **76/109** (5), 614-618 [cit. 2022-10-01]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-5/test-3f-dysartricky-profil-normativni-hodnoty-rci-v-cestine-41400>

KRAVANJA, Sanda Lah, Irena HOCEVAR-BOLTEZAR, Maja Marolt MUSIC, Ana JARC, Ivan VERDENIK a Maja OVSENIK. Three-dimensional ultrasound evaluation of tongue posture and its impact on articulation disorders in preschool children with anterior open bite. *Radiology and Oncology* [online]. 2018, **52**(3), 250-256 [cit. 2022-09-23]. ISSN 1581-3207. Dostupné z: doi:10.2478/raon-2018-0032

KUČERA, Martin a Marek FRIČ. *Vokologie I: funkční diagnostika a léčba hlasových poruch*. Praha: Akademie múzických umění v Praze, 2019. ISBN 978-80-270-6200-3.

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

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

LIN, Lizhuo, Tingting ZHAO, Danchen QIN, Fang HUA a Hong HE. The impact of mouth breathing on dentofacial development: A concise review. *Frontiers in Public Health* [online]. 2022, **10** [cit. 2022-11-21]. ISSN 2296-2565. Dostupné z: doi:10.3389/fpubh.2022.929165

LOF, Gregory. Controversies Surrounding Nonspeech Oral Motor Exercises for Childhood Speech Disorders. *Seminars in Speech and Language* [online]. 2008, **29**(04), 253-255 [cit. 2023-04-03]. ISSN 0734-0478. Dostupné z: doi:10.1055/s-0028-1103388

MALÍNSKÝ, Jiří, Jarmila MALÍNSKÁ a Zdeňka MALÍNSKÁ. *Morfologie orofaciálního systému pro studenty zubního lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1062-1.

MARINONE, Silvia, Wanda GAYNOR, James JOHNSTON a Murali MAHADEVAN. Castillo Morales Appliance Therapy in the treatment of drooling children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* [online]. 2017, **103**, 129-132 [cit. 2023-03-23]. ISSN 01655876. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijporl.2017.10.020

MARSHALLA, Pam. Horns, whistles, bite blocks, and straws: A review of tools/objects used in articulation therapy by van Riper and other traditional therapists. *International Journal of Orofacial Myology* [online]. 2011, **37**(1), 69-96 [cit. 2023-04-02]. ISSN 07350120. Dostupné z: doi:10.52010/ijom.2011.37.1.6

MIKULÁŠTÍKOVÁ, Jana a Kateřina VITÁSKOVÁ. Orofacial Myofunctional Disorders in preschool-age children and their influence on oral speech. *Listy klinické logopedie* [online]. 2018, **2**(1), 45-55 [cit. 2023-03-12]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2018.010

MOZZANICA, Francesco, Nicole PIZZORNI, Letizia SCARPONI, Giorgia CRIMI a Antonio SCHINDLER. Impact of Oral Myofunctional Therapy on Orofacial Myofunctional Status and Tongue Strength in Patients with Tongue Thrust. *Folia Phoniatria et Logopaedica* [online]. 2021, **73**(5), 413-421 [cit. 2022-11-21]. ISSN 1021-7762. Dostupné z: doi:10.1159/000510908

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80247-4172-7.

NELSON, Antonia M. A Comprehensive Review of Evidence and Current Recommendations Related to Pacifier Usage. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 2012, **27**(6), 690-699 [cit. 2022-10-06]. ISSN 08825963. Dostupné z: doi:10.1016/j.pedn.2012.01.004

OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 9788027105311.

PATTEM, Ashok Kumar, Aravind ILLA, Amber AFSHAN a Prasanta Kumar GHOSH. Optimal sensor placement in electromagnetic articulography recording for speech production study. *Computer Speech & Language* [online]. 2018, **47**, 157-174 [cit. 2022-10-08]. ISSN 08852308. Dostupné z: doi:10.1016/j.csl.2017.07.008

POYAK, James. Effects of pacifiers on early oral development. *International Journal of Orthodontics* (Milwaukee, Wis.) [online]. 2006; **17**(4):13-16 [cit. 2022-10-04]. PMID: 17256438.

ROCHA, Joana, Fabiana JESUS, Vania PEIXOTO, Susana MARINHO a Marisa LOUSADA. Nonspeech Oral Motor Exercises: Use and Knowledge of Speech-Language Pathologists Working with People with Speech Sound Disorders. *Revista Chilena de Fonoaudiología* [online]. 2022, **21**(1), 1-19 [cit. 2023-03-11]. ISSN 0719-4692. Dostupné z: doi:10.5354/0719-4692.2022.64331

ROSENFELD-JOHNSON, Sara. *Assesment and treatment of the Jaw*. Talk Tools, 2005. ISBN 978-1-932460-25-X.

ROSENFELD-JOHNSON, Sara. *Oral Placement Therapy for Speech Clarity and Feeding*. Talk Tools, 2009. ISBN 1-932460-00-4.

SAITLOVÁ, Jana, LIMBROCK, Johannes G. 2014. Koncept Castillo Moralese v teorii a praxi. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [on-line]. **21**(4), 236-249, [cit. 2023-3-23]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d567e9f1-8f3f4c19-b7e6-0551ad6b9e2b%40sessionmgr4010>

SACKS, Stephen, Robyn, MERKEL-WALSH. Evidence Base for Oral Motor Treatment. *The ASHA Leader* [online]. 2019, **24**(9), 8-8 [cit. 2023-04-03]. ISSN 1085-9586. Dostupné z: doi:10.1044/leader.IN6.24092019.8

SASKIANTI, Tania, Zita APRILLIA, Mega Moeharyono PUTERI, Alivy Aulia AZ ZAHRA a Udijanto TEDJOSASONGKO. Lingual Frenectomy as Treatment of Ankyloglossia in Children: A case report. *Indonesian Journal of Dental Medicine* [online]. 2019, **1**(1), 18-21 [cit. 2022-10-06]. ISSN 2722-1253. Dostupné z: doi:10.20473/ijdm.v1i1.2018.18-21

SEYDLOVÁ, Michaela; Kristina GINZELOVÁ; Taťjana DOSTÁLOVÁ. Problematika zkrácené podjazykové uzdičky. In *Československá pediatrie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2010 [cit. 2022-10-05]. Dostupné z: <https://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:acd5d531-69a2-11e3-9be7-d485646517a0#page=32>

SHAH Sejal S, Meenakshi Y NANKAR, Vikas D BENDGUDE a Bhagyashree R SHETTY. Orofacial Myofunctional Therapy in Tongue Thrust Habit: A Narrative Review. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* [online]. 2021, **14**(2), 298-303 [cit. 2022-11-21]. ISSN 0974-7052. Dostupné z: doi:10.5005/jp-journals-10005-1926

SHORTLAND, Hollie-Ann L., Sally HEWAT, Anne VERTIGAN a Gwendalyn WEBB. Orofacial Myofunctional Therapy and Myofunctional Devices Used in Speech Pathology Treatment: A Systematic Quantitative Review of the Literature. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 2021, **30**(1), 301-317 [cit. 2023-02-24]. ISSN 1058-0360. Dostupné z: doi:10.1044/2020_AJSLP-20-00245

SHORTLAND, Hollie-Ann Lee, Gwendalyn WEBB, Anne E. VERTIGAN a Sally HEWAT. Speech-Language Pathologists' Use of Myofunctional Devices in Therapy Programs. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* [online]. 2022, **7**(6), 2012-2026 [cit. 2023-02-28]. ISSN 2381-4764. Dostupné z: doi:10.1044/2022_PERSP-22-00145

NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018, s. 122-167. ISBN 978-80-262-1390-1.

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

ŠLESINGROVÁ, Eliška, Kateřina VITÁSKOVÁ a Alena KORPOVÁ. Nasal and Oral Respiration in Speech – Language Therapy within the context of Adenotomy. *Listy klinické logopedie* [online]. 2021, **5**(1), 67-75 [cit. 2023-04-04]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2021.002

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673130.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Vybrané odchylky a narušení komunikační schopnosti se zaměřením na specifika logopedické a surdopedické diagnostiky a intervence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 9788024449081.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Výzkum vybraných parametrů produkce a percepce hlasu, řeči a jazyka ve vazbě na specifické etiologické determinanty v logopedickém náhledu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5099-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Výzkum poruch a odchylek komunikační schopnosti a orofaciálního systému z logopedického hlediska*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017, 206 s. Monografie. ISBN 978-80-244-5288-3.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Komunikační, jazykové a orofaciální procesy v logopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2018. ISBN 978-80-244-5466-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Vybrané otázky logopedického výzkumu ve vývojovém náhledu: výzkum poruch verbální a neverbální komunikace, hlasu, řeči a orofaciálních funkcí v kontextu moderní logopedické diagnostiky a terapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5882-3.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Vybrané determinanty a mechanismy hlasu, řeči a orofaciálních procesů v logopedickém výzkumu: výzkum specifických determinantů a mechanismů poruch verbální a neverbální komunikace, hlasu, kognice a orofaciálních procesů z logopedického a speciálněpedagogického hlediska*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2021. ISBN 978-80-244-6069-7.

VOGEL, Dimitri, Thomas OSTERMANN, Hannah VOGEL, Kathrin LOSKAMP a Katharina FETZ. Recommendation of Neurorehabilitation according to the Padovan-Method Neurofunctional Reorganization® for Treating Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review. *Complementary Medicine Research* [online]. 2022, **29**(4), 330-361 [cit. 2023-03-25]. ISSN 2504-2092. Dostupné z: doi:10.1159/000522571

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 9788073454562.

VOLEMANOVÁ, Marja. *Přetrvávající primární reflexy: opomíjený faktor problémů učení a chování*. 2. rozšířené vydání. Statenice: INVTS, 2019. ISBN 978-80-907369-0-0.

VOLEMANOVÁ, Marja. Primary reflexes and their influence on motor and speech development. *Listy klinické logopedie* [online]. 2020, **4**(1), 37-44 [cit. 2023-03-27]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2020.011

VOLKERS, Nancy. Does Truth Have a Future?. *The ASHA Leader* [online]. 2019, **24**(7), 42-51 [cit. 2023-02-28]. ISSN 1085-9586. Dostupné z: doi:10.1044/leader.FTR1.24072019.42

WALSH, Robyn, Sara ROSENFELD-JOHNSON. Oral Placement Therapy (OPT) versus Non-Speech Oral Motor Exercises (NSOME): Understanding the Debate [online]. 2015, [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: doi: 10.13140/RG.2.2.24061.92642.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Ankyloglosie. Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf [cit. 2022-09-22]. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/ankyloglosie>

AOMT: What is myofunctional therapy? [online]. 2023 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://aomtinfo.org/myofunctional-therapy/>

Asociace klinických logopedů České republiky: Vzdělávací akce na rok 2023 – Myofunkční poruchy – Anita Kittel [online]. 2023 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=aktuality&aid=1925>

Asociace klinických logopedů České republiky: Certifikovaný kurz – Terapie orální pozice v klin. logopedii [online]. 2023 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=vzdelavani--akce-pro-cleny--vzdelavaci-akce-na-rok-2023>

Barbora Červenková: Logopedie Červenková [online]. 2023 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: http://www.logopediecerenkova.cz/index.php?route=information/information&information_id=4

Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů: Bobath koncept NDT [online]. 2023 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.cadbt.cz/bobath-koncept-ndt/>

Fakultní nemocnice Brno: Léčba rozštěpů obličeje [online]. 2023 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/detska-nemocnice/centrum-pro-lecbu-rozstepu-obliceje/lecba-rozstepu-obliceje/t6740>

IAOM: What are Orofacial Myofunctional Disorder (OMDs)? [online]. 2023 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.iaom.com/faq/>

Marja Volemanová: Cortex Academy [online]. 2023 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.cortexacademy.cz/>

Moje klinika: Terapeutická brčka a kazoo - jak s nimi pracovat? [online]. 2021 [cit. 2022-10-09]. Dostupné z: <https://www.moje-klinika.cz/novinky/terapeuticka-brcka-a-kazoo-jak-s-nimi-pracovat>

Myo-. Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/myo>

Orofaciální. Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/orofacialni>

Talktools: What is OPT? [online]. 2023 [cit. 2022-03-25]. Dostupné z: <https://talktools.com/pages/what-is-opt>

TongueGym. Talktools [online]. 2023 [cit. 2023-02-29]. Dostupné z: <https://talktools.com/products/the-liper-device>

SEZNAM ZKRATEK

EMA	elektromagnetická artikulografie
KPJ	klidová poloha jazyka
lat.	latinsky
m.	musculus (sval)
MO	mozková obrna
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OMD	orofacial myofunctional disorder
OMT	orofaciální myofunkční terapie
TMK	temporomandibulární kloub
TOP	terapie orální pozice

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Hierarchie artikulace (zdroj: Rosenfeld-Johnson, 2009)	32
Obrázek 2: Terapeutický set píšťalek (zdroj: Logopedie Červenková).....	34
Obrázek 3: Kousací bloky (zdroj: Logopedie Červenková)	35
Obrázek 4: Žlutá žvýkací trubička (zdroj: Logopedie Červenková)	36
Obrázek 5: Zelený Grabber (zdroj: Logopedie Červenková)	36
Obrázek 6: Terapeutický set brček (zdroj: Talktools)	37
Obrázek 7: Logopedický vibrátor T Vibe s nástavcem Toothette (zdroj: Talktools).....	49
Obrázek 8: Trainer (zdroj:moje-pomůcky).....	50
Obrázek 9: Facialflex (zdroj: facialflex).....	50
Obrázek 10: Slova s nejvyšším počtem výskytu v rozhovorech (zdroj: wordclouds).....	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Seznam zúčastněných dívek (zdroj: autorka)	43
Tabulka 2: Seznam zúčastněných respondentů (zdroj: autorka)	43
Tabulka 3: Zvolené okruhy témat (zdroj: autorka)	58

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- Příloha č. 1: Otázky pro rozhovor s rodiči ohledně Terapie orální pozice
- Příloha č. 2: Rozhovor s matkou dítěte A
- Příloha č. 3: Rozhovor s matkou dítěte B
- Příloha č. 4: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor s logopedy
- Příloha č. 5: Informovaný souhlas zákonného zástupce dítěte

Příloha č. 1: Otázky pro rozhovor s rodiči ohledně Terapie orální pozice

1. Jaké bylo Vaše podvědomí o Terapii orální pozice před zahájením logopedické léčby?
2. Jak vnímáte strukturu Terapie orální pozice?
3. Jak vnímáte využití pomůcek u Terapie orální pozice?
4. Myslíte, že jsou tyto pomůcky pro Vaše dítě motivační?
5. Jaká je domácí časová náročnost cvičení s pomůckami?
6. V jakou denní dobu nejčastěji s dítětem cvičíte?
7. Cvičíte s dítětem pouze Vy nebo i jiný člen domácnosti? Případně, jak se učil práci s pomůckou?
8. Jaké nejčastější obtíže pociťujete při cvičení s dítětem?
9. Vnímáte pozitivní vliv pomůcek pro terapii Vašeho dítěte – případně jaký?
10. Jak vnímáte cenovou stránku těchto pomůcek?
11. Používá Vaše dítě doma i jiné logopedické pomůcky – případně jaké?
12. Proč jste si zvolili logopeda právě s tímto zaměřením?

Příloha č. 2: Rozhovor s matkou dítěte A

1. Jaké bylo Vaše podvědomí o Terapii orální pozice před zahájením logopedické léčby?

Terapii jsem znala již před začátkem docházení na logopedickou terapii. Myslím si, že je to potřeba a hodně to pomůže. Tuto terapii jsem znala už od paní doktorky Červenkové, ke které jsme dříve také docházely.

2. Jak vnímáte strukturu Terapie orální pozice?

Ta terapie se musí cvičit doma každý den, aby měla svůj význam, pokud to člověk nedělá, tak se dál neposune, ale posun tam je a má to svůj význam.

3. Jak vnímáte využití pomůcek u Terapie orální pozice?

Vnímám to jako perfektní, pro dítě je to hravější.

4. Myslíte, že jsou tyto pomůcky pro Vaše dítě motivační?

Ano jsou motivační, někdy to však může sklouznout k tomu, že si dítě chce s pomůckou spíše hrát, ale obecně pomůcky vnímám určitě jako plus.

5. Jaká je domácí časová náročnost cvičení s pomůckami?

10 minut každý den. Samozřejmě pokud je dítě někde na táboře nebo soustředění, tak terapie neproběhne.

6. V jakou denní dobu nejčastěji s dítětem cvičíte?

Nejčastěji odpoledne nebo k večeru. Dívka chce mít terapii spíše hned za sebou, aby si pak mohla dělat své věci.

7. Cvičíte s dítětem pouze Vy nebo i jiný člen domácnosti? Případně, jak se učil práci s pomůckou?

S dívkou cvičím a docházím na terapie pouze já.

8. Jaké nejčastější obtíže pociťujete při cvičení s dítětem?

Vyloženě mě nic nenapadá, pouze pochopit to, aby člověk dělal správně ten cvik. Možná začátek, než se člověk naučí, jak to má být správně provedené.

9. Vnímáte pozitivní vliv pomůcek pro terapii Vašeho dítěte – případně jaký?

Určitě, je to potřeba.

10. Jak vnímáte cenovou stránku těchto pomůcek?

Cena je zahrnuta přímo v ceně logopedické terapie, ale jinak ji vnímám jako vyšší cenu.

11. Používá Vaše dítě doma i jiné logopedické pomůcky – případně jaké?

Dívka využívá vestibulární clonu či jiné logopedické materiály zaměřené na hlásky. Jinak jiné ne.

12. Proč jste si zvolili logopeda právě s tímto zaměřením?

Se synem jsem hledala logopeda a chtěla jsem někoho rychle a protože vím, že u klinických logopedů vykazujících na zdravotní pojišťovnu jsou dlouhé čekací lhůty. No a na Facebooku ve skupině jsem viděla odpověď, že paní logopedka je výborná, tak jsem se podívala na její stránky a už jsme se zkontaktovaly. Po proběhlé logopedické terapii se synem jsem se zeptala, zda by si vzala do péče i mou dceru a líbilo se mi, že paní logopedka využívala pomůcky na terapii a jde tak dopředu, že nedělá jen pouze hlásky a věnuje se i této oblasti. Byla hodně ambiciózní, že se chtěla těmto věcem věnovat a jsem rády, že jsme u ní.

Příloha č. 3: Rozhovor s matkou dítěte B

1. Jaké bylo Vaše podvědomí o Terapii orální pozice před zahájením logopedické léčby?

O terapii jsem dříve vůbec neměla tušení, já sama jsem na logopedii nechodila a nemám s tím zkušenost ani od nikoho z rodiny, tudíž jsem nevěděla.

2. Jak vnímáte strukturu Terapie orální pozice?

Já jsem ráda, že se mám čeho chytit, že mám jasné instrukce a dává mi smysl, že musíme splnit určitý počet opakování.

3. Jak vnímáte využití pomůcek u Terapie orální pozice?

Přijde mi to fajn a víceméně to připomíná hračku a myslím, že je to pro dítě příjemné.

4. Myslíte, že jsou tyto pomůcky pro Vaše dítě motivační?

Ano, zvláště některé jsou vyloženě atraktivní.

5. Jaká je domácí časová náročnost cvičení s pomůckami?

Snažíme se cvičit každý den. Věnujeme tomu tak čtvrt hodiny a večer ještě manžel, až přijde z práce, tak dívku ukládá a cvičí s ní znovu. To bych řekla, že je dalších 10 minut.

6. V jakou denní dobu nejčastěji s dítětem cvičíte?

Když přijdeme z mateřské školy tak odpoledne a pokud máme nějaký jiný program, tak cvičíme k večeru.

7. Cvičíte s dítětem pouze Vy nebo i jiný člen domácnosti? Případně, jak se učil práci s pomůckou?

Ano s dívkou cvičí i manžel. Já si většinou píšu poznámky, přijde mi to tak nejjednodušší a podle toho mu to pak vysvětlím.

8. Jaké nejčastější obtíže pociťujete při cvičení s dítětem?

Něco je možná náročnější, ale těžko teďka něco vypíchnout konkrétně, ale někdy dojde trochu ke zmatení, že si něco zapíšu špatně a pak příští sezení zjistím, že technika nebyla úplně správná.

9. Vnímáte pozitivní vliv pomůcek pro terapii Vašeho dítěte – případně jaký?

Ten pokrok ve výslovnosti za ten rok je veliký.

10. Jak vnímáte cenovou stránku těchto pomůcek?

Já nevím, jaká je přesně cena, jelikož jsou pomůcky zahrnuty v ceně terapie.

11. Používá Vaše dítě doma i jiné logopedické pomůcky – případně jaké?

Dívka doma využívá žvýkátko, ale to jsme také dostaly od paní logopedky.

12. Proč jste si zvolili logopeda právě s tímto zaměřením?

Paní logopedka nám byla doporučena a zásadní věc byla, že můžeme docházet odpoledne, což mi nenabourává pracovní režim. Také i čekací lhůta byla krátká.

Příloha č. 4: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor s logopedy

1. Jaké je Vaše povolání a v jakém resortu působíte?
2. Ve kterém typu zařízení a kraji pracujete?
3. Se kterou klientelou nejčastěji pracujete? Jaké jsou nejčastější diagnózy?
4. V jakém roce jste absolvovala kurz Terapie orální pozice?
5. Proč jste si vybrala absolvování tohoto kurzu?
6. Využíváte celou Terapii orální pozice či jen některé prvky?
7. U jakých skupin tuto terapii využíváte?
8. U jaké skupiny klientů ji využíváte nejčastěji?
9. Pro jaké klienty Vám terapie přijde nevhodná (můžete uvést příklad kontraindikace)?
10. U jaké věkové kategorie terapii nejčastěji využíváte?
11. Jak vnímáte cenovou náročnost pomůcek?
12. Bylo pro Vás náročné pochopit strukturu terapie a naučit se pracovat s pomůckami?
13. Jak vnímáte různorodou škálu pomůcek využívaných při terapii?
14. Jak vnímáte efektivitu Terapie orální pozice v logopedické praxi?
15. Můžete uvést nějaký zajímavý případ či zkušenost týkající se Terapie orální pozice?

Příloha č. 5: Informovaný souhlas zákonného zástupce dítěte

Informovaný souhlas zákonného zástupce dítěte

Údaje o studentovi provádějící výzkum:

Monika Fojtů, studentka oboru logopedie, 4.ročník, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Kontakt: tel.č.: , email: monika.fojtu02@upol.cz

Název diplomové práce:

Využití „Terapie orální pozice“ v logopedické praxi

Obsah výzkumné části:

- Popsání dvou případových studií osob využívajících Terapii orální pozice v logopedické ambulanci Mgr. Šárky Bocianové v Brně, a to v průběhu 3 měsíců.
- Uvedení anamnestických údajů dítěte, přítomnost při probíhající terapii s dítětem a zapisování jejího průběhu.
- Na konci šetření proběhne krátký rozhovor s rodiči dítěte ke zjištění jejich dojmů z terapie.

Veškerá získaná data budou zpracována anonymně, a to pouze pro účely diplomové práce a nebude s nimi jinak nakládáno a manipulováno.

Souhlasím s účastí mého dítěte ve výše popsané výzkumné části diplomové práce. Současně uděluji souhlas ke zpracování výzkumných dat pro potřeby diplomové práce Moniky Fojtů.

V dne

.....

Podpis zákonného zástupce

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Monika Fojtů
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Využití prvků terapie orální pozice v logopedické praxi
Název v angličtině:	Use of elements of oral placement therapy in speech therapy
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá využitím prvků Terapie orální pozice v logopedické praxi. Teoretická část se zaměřuje na vymezení orofaciální oblasti, myofunkční a orofaciální terapie a následně na popsání Terapie orální pozice. V praktické části je vymezen výzkumný cíl a výzkumné otázky. Výzkum se skládá z uvedení dvou případových studií, průběhu pozorování logopedické terapie a z rozhovorů s logopedy, kteří absolvovali kurz Terapie orální pozice. V diskuzi jsou shrnuty výsledky výzkumu, zmíněny limity práce a doporučení pro praxi.
Klíčová slova:	Terapie orální pozice, logopedická terapie, orofaciální myofunkční terapie, případová studie, rozhovor, pozorování
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the use of elements of oral position therapy in speech therapy practice. The theoretical part focuses on defining the orofacial area, myofunctional and orofacial therapy and then describing Oral Placement Therapy. The practical section defines the research aim and research questions. The research consists of the presentation of two case studies, a course of observation of speech therapy and interviews with speech therapists who have completed the Oral Placement Therapy course. The discussion summarises the research findings, mentions the limitations of the thesis and makes recommendations for practice.
Klíčová slova v angličtině:	Oral placement therapy, speech therapy, orofacial myofunctional therapy, case study, interview, observation

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Otázky pro rozhovor s rodiči ohledně Terapie orální pozice Příloha č. 2: Rozhovor s matkou dítěte A Příloha č. 3: Rozhovor s matkou dítěte B Příloha č. 4: Otázky pro polostrukturovaný rozhovor s logopedy Příloha č. 5: Informovaný souhlas zákonného zástupce dítěte
Rozsah práce:	87 stran + 7 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk