

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Logopedická intervence u dětí s DMO

Bakalářská práce

Autor:	Soňa Sofie Hladíková
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika-intervence
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce:	PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Soňa Sofie Hladíková
Studium:	P16P0197
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - intervence
Název bakalářské práce:	Logopedická intervence u dětí s DMO
Název bakalářské práce AJ:	Logopedic intervention for children with Cerebral palsy

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je zaměřena na analýzu logopedické péče u dětských klientů s DMO ve vybraných zařízeních v ČR. Cílem teoreticky zaměřených kapitol BP bude vymezit pojem dětská mozková obrna, popsat její etiologii a symptomatologii. Dále pak popsat vývoj řeči u dětí s DMO, definovat poruchy řečové komunikace vyskytující se u jedinců s touto diagnózou a blíže specifikovat metody práce užívané v rámci logopedické intervence u dětí s DMO. Cílem empiricky orientované části bakalářské práce bude na základě konkrétních příkladů z praxe popsat a analyzovat průběh realizace logopedické intervence u jedinců s DMO ve vybraných zařízeních v ČR. Z metodologického hlediska bude využito metody pozorování a rozhovoru.

KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8
KUDLÁČEK, Miroslav. Svět dětské mozkové obrny. Praha: Portál, 2012. 186 s. ISBN 978-80-262-0178-6
KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie. Vyd. 1. Grada Publishing, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	5.1.2018

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto závěrečnou bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Soňa Sofie Hladíková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za pomoc, rady a odborné vedení při psaní závěrečné bakalářské práce.

Děkuji všem účastníkům výzkumného šetření za spolupráci a kladný přístup.

ANOTACE

HLADÍKOVÁ, Soňa Sofie. *Logopedická intervence u dětí s DMO*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019, 69 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá průběhem logopedické intervence u dětí s dětskou mozkovou obrnou ve specializovaných zařízeních v České republice. Teoretická část vymezuje základní pojmy jako je dětská mozková obrna nebo logopedická intervence, obsahuje informace o vývoji řeči u dětí s DMO a popisuje prostředky využívané v logopedické terapii. Praktická část obsahuje případové studie, kde je vše popsáno na konkrétních příkladech. Následuje celková analýza získaných informací.

Klíčová slova: logopedie, intervence, dětská mozková obrna, terapie.

ANNOTATION

HLADÍKOVÁ, Soňa Sofie. *Logopedic intervention for children with Cerebral palsy*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2019. 69 s. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with the course of logopedic intervention in children with cerebral palsy in specialized facilities in Czech republic. Theoretical part defines basic terms such as cerebral palsy or logopedic intervention, contains information about speech development in children with cerebral palsy and describes resources that are being used in logopedic therapy.

The practical part contains case studies where everything is described on specific examples. Those are followed by a complete analysis of obtained information.

Key words: logopedy, intervention, cerebral palsy, therapy.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	10
1.1 VYMEZENÍ POJMU	10
1.2 ETIOLOGIE.....	11
1.3 SYMPTOMY DMO	13
1.4 FORMY DMO	15
2 ŘEČ U DĚTÍ S DMO	18
2.1 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ S DMO	18
2.2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U DĚTÍ S DMO	20
3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE	23
3. 1 SPECIFIKA A PROSTŘEDKY LOGOPEDICKÉ TERAPIE U DĚTÍ S DMO	23
3.1. 1 METODY A FORMY LOGOPEDICKÉ TERAPIE	24
3.1. 2 ZÁSADY LOGOPEDICKÉHO PŮSOBENÍ.....	26
3.1. 3 POMŮCKY	27
3.2 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE U DĚTÍ S DMO.....	29
4 UVEDENÍ DO PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	31
4.1 VYMEZENÍ CÍLE	31
4.2 METODOLOGIE ŠETŘENÍ	32
4.3 PRŮBĚH REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
4.4 CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	36
5 REALIZACE LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U DĚTÍ S DMO V PRAXI	37
PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1	37
PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2	42
PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3	47

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4.....	52
PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 5.....	57
6. ANALÝZA REALIZACE LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U DĚTÍ S DMO	62
6.1 ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÍ CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE..	65
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	67
SEZNAM LITERATURY.....	68
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	69

ÚVOD

Komunikace je důležitou součástí lidského života. Je to způsob, kterým lze vyjádřit své potřeby, myšlenky, přání nebo emoce. Děti s dětskou mozkovou obrnou často takovou možnost nemají. Mnohé z nich trpí narušenou komunikační schopností, kdy je pro ně obtížné domluvit se se svým okolím. Inspirací k výběru tématu závěrečné práce pro mě bylo právě setkání s dítětem s kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny. Při prvním setkání s dítětem, které je tak těžce postižené, mě napadla spousta otázek s jediným cílem: „Jak mu pomoci?“ Začala jsem se zajímat o odbornou literaturu a o možnosti rehabilitačních pobytů pro děti s DMO. Hledala jsem informace o specializovaných zařízeních v mém okolí, která se touto problematikou zabývají, kontaktovala jsem je a požádala je o spolupráci při psaní závěrečné bakalářské práce. Podle mého názoru je téma „Dětská mozková obrna“ nadčasové. Děti s diagnózou DMO stále přibývá. Dětská mozková obrna se nedá léčit, cílem terapeutického působení je především udržení funkčního stavu či jeho zlepšení. Proto je důležité, aby se rozvíjela odborná péče. Speciální pracovníci, odborníci a lékaři by měli přicházet s novými nápady, jak s takovým dítětem pracovat a pokusit se zlepšit tak jeho zdravotní stav, a to nejen v oblasti logopedie.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a praktické a je členěna do šesti kapitol. Teoretická část obsahuje tři kapitoly, kdy v první kapitole bude blíže popsán pojem dětská mozková obrna, příčiny vzniku, symptomy a formy DMO. Ve druhé kapitole bude blíže specifikována řeč u dětí s dětskou mozkovou obrnou, charakteristiky vývoje řeči a narušená komunikační schopnost u těchto dětí. Ve třetí kapitole bude vymezen pojem logopedická intervence a popsány jednotlivé faktory při její realizaci, jako jsou pomůcky, zásady logopedického působení, metody a formy práce při logopedické terapii.

Cílem praktické části bakalářské práce je popsat a analyzovat průběh logopedické intervence ve specializovaných zařízeních v České republice.

Praktická část se skládá také ze tří kapitol. V pořadí čtvrtá kapitola je uvedením do praktické části práce a vymezuje cíl práce, použité metody při výzkumném šetření, je zde specifikováno místo šetření, výzkumný vzorek a je zde popsán průběh výzkumného šetření. Pátá kapitola bakalářské práce obsahuje případové studie, kde je na konkrétních příkladech popsána realizace logopedické intervence u dětí s DMO ve vybraných zařízeních v České republice. Poslední, šestá kapitola, je závěrečným shrnutím a analýzou získaných informací.

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Historie dětské mozkové obrny sahá pravděpodobně až k počátkům našeho letopočtu, i když v té době nebyla tak častým jevem. Důkazem nám může být literatura, kde jsou zmínky o významných panovnících, u kterých se vyskytly obtíže charakteristické pro dnešní DMO.

Jedním z prvních odborníků, který popsal tuto nemoc, byl anglický chirurg William John Little, který v roce 1859 přišel s popisem spastické hemiplegie a diplegie v souvislosti s komplikovanými porody. Od té doby se začal používat název **Littleova nemoc**. Název prošel v průběhu let četnými změnami. V jednu dobu existovalo ve světě dvojí názvosloví. Anglosaské, kde se nemoc označovala jako „**Cerebral palsy**“, v překladu mozková obrna, a názvosloví francouzské, které se v našem jazyce uchytilo jako „**Dětské encefalopatie**“.

V průběhu času, s rozvojem dětské neurologie, vznikl pro naše potřeby název „**Perinatální encefalopatie**“. V roce 1959, po celosvětovém sjednocení termínu cerebral palsy, jsme se i my přidali k užívání tohoto názvosloví a ustálil se u nás název „**Raná dětská mozková obrna**“. Ten byl později zkrácen do dnešní podoby. (Lesný, 1985)

1.1 VYMEZENÍ POJMU

Dětská mozková obrna je pojem, který je obtížné jednoznačně vymezit. Podle Lesného (1972) je to tím, že z hlediska času vzniku postižení, z hlediska rozsahu a etiologie je ohraničení pojmu dosti nejasné až sporné.

Dětská mozková obrna je „*raně vzniklé postižení mozku, projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti.*“ (Lesný, 1985, s. 9)

Podobně označuje DMO Vágnerová, která uvádí, že se jedná o „*neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje.*“ (Vágnerová, 2004, s. 144) A dle Krause je to „*neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku.*“ (Kraus, 2005, s. 35)

Autoři se shodují na tom, že se jedná o postižení centrální nervové soustavy v nejranějších stádiích vývoje dítěte, vedoucí k narušení dalšího rozvoje mozku. „*Charakter postižení závisí na lokalizaci primárního poškození, na vývojovém období, kdy k němu došlo, ale i na kompenzačních schopnostech vyvíjejícího se organismu. Obecně platí, že čím dříve k postižení dojde, tím je závažnější.*“ (Vágnerová, 2004, s. 144)

Dětská mozková obrna patří do skupiny neurovývojových poruch a centrálních obrn. „*Je to postižení trvalého charakteru, přestože se míra závažnosti jednotlivých symptomů může měnit.*“ (Vágnerová a kol., 2009, s. 54)

1.2 ETIOLOGIE

Příčiny vzniku DMO nejsou doposud jednoznačné a často se nedají zcela objasnit. Dětská mozková obrna vzniká jako „*následek poškození centrálního nervového systému v období předporodním, porodním i poporodním.*“ (Klenková, 2006, s. 186)

Někteří odborníci rozdělují dětskou mozkovou obrnu na **vrozenou** a **získanou**. (Živný in Bendová, 2006)

Vrozená DMO je nejčastější v počtu výskytů. Je způsobena faktory, které lze zařadit do skupin prenatálních a perinatálních příčin. Příčiny vzniku vrozené DMO se ve spoustě případů nepodaří nikdy objasnit, ačkoliv je přítomna již od okamžiku narození.

Získaná DMO se vyskytuje méně častěji, obvykle se objeví v důsledku poškození mozku v raném dětství. Většina odborníků se shoduje na názoru, že za rizikové období, kdy může dojít k poškození mozku a následně tak k rozvoji dětské mozkové obrny, je celé období nitroděložního vývoje, období porodu a následné období do jednoho roku věku. Takové poškození se projevuje v typických oblastech vývoje, především ve vývoji hybnosti, řeči a psychiky. Poškození mozku vzniklé po prvním roce věku se od tohoto výrazně odlišuje.

Podle období vzniku se příčiny obvykle rozdělují do tří skupin: **prenatální, perinatální, postnatální.**

Mezi **prenatální příčiny** můžeme zařadit dědičnost, která je podle Lesného „*diskutovaný, ale nikdy neprokázaný etiologický faktor dětské mozkové obrny.*“ (Lesný, 1972, s. 37) Vágnerová je ovšem názoru, že „*dědičná dispozice určuje stupeň zranitelnosti CNS, který ovlivňuje riziko, že další nepříznivý faktor způsobí poškození mozku.*“ (Vágnerová, 2004, s. 145) Do této skupiny dále patří vývojové malformace, infekce prodělané matkou v těhotenství vedoucí k encefalitidě či oběhové poruchy zapříčiňující fetální hypoxii. Škodlivý vliv na další vývoj plodu může mít nejrůznější záření jako radiové, rentgenové či nukleární. Všechny tyto faktory mohou vést k nedonošenosti plodu, což je jedna z nejčastějších příčin vzniku dětské mozkové obrny v tomto období. Plod se v mnoha případech rodí s nedovyvinutými biologickými funkcemi a při průchodu „*tvrdými*“ porodními cestami může dojít k poškození křehké hlavičky. Takové děti jsou vždy „*rizikovými novorozenci*“, u kterých o jejich budoucnosti rozhodne první rok života. Za zmínku stojí i opačný případ, přenošenost dítěte.

V takovém případě může dojít k poklesu kyslíku v krvi plodu, což může zanechat neblahé následky v dalším vývoji dítěte.

V **perinatálním období** se můžeme setkat s nejzávažnějšími faktory ovlivňující vznik dětské mozkové obrny. Hlavním problémem v tomto období jsou nejčastěji samotné „abnormální porody“, mezi které patří porod klešťový, protražovaný, porod koncem pánevním nebo překotný porod. Hlavními následky abnormálních porodů bývá krvácení do mozku či asfyxie. S tím často souvisí zvýšené množství užitých analgetik či anestetik, což může mít také negativní vliv na vývoj dítěte. Další příčinou vzniku DMO v perinatálním období může být Rh-inkompatibilita. Příčina, následkem které se u novorozence může rozvinout novorozenecká žloutenka. Ta postihuje převážně bazální ganglia v mozku. V tomto případě může být dětská mozková obrna doprovázena nedoslýchavostí až hluchotou. Tento stav je způsoben zvýšenou hladinou bilirubinu v séru novorozence a má negativní vliv také na vývoj mozečku a rovnovážného systému.

Poslední skupinou jsou příčiny vzniku v **období postnatálním**. Sem patří především rané kojenecké infekce, jako jsou meningitidy či encefalitidy. Dětská mozková obrna se může rozvinout i po úrazu hlavy v prvním roce života dítěte. „*Všeobecně se dnes uznává, že příčinou dětské mozkové obrny bývá více činitelů zároveň. Zpravidla jeden etiologický činitel vyvolá premorbidní situaci, na jejímž podkladě další činitel vyvolá trvalé poškození mozku...*“ (Lesný, 1972, s. 40)

Samostatnou skupinu mohou tvořit tzv. **rizikové faktory** vzniku DMO. Sem patří například těhotenství v pozdějším věku, rodinná zátěž nebo opakované potraty. Dále sem patří hypertyreóza, mentální retardace nebo epilepsie matky.

1.3 SYMPTOMY DMO

Projevy dětské mozkové obrny jsou velmi rozmanité. Vše závisí na stupni poškození CNS a s tím související formou obrny. U všech forem dětské mozkové obrny se vyskytují zdravotní potíže, které jsou pro toto onemocnění typické. Mezi hlavní a nejzávažnější projevy DMO se řadí **poruchy hybnosti**. Poruchy hybnosti u dětí s DMO jsou charakteristické třemi skupinami obtíží, kterými jsou **spasticita, hypotonie a dyskineze**.

Spasticita je „trvale zvýšené napětí svalů ve vnitřních orgánech a zejména svalů kosterních“. (Vokurka, Hugo, 2015) Vzniká poškozením pyramidových drah a mozkového kmene. Při spasticitě jsou zvýšené reflexy, horní končetiny bývají obvykle ohnuty, dolní bývají nataženy. **Hypotonie** vzniká na základě poškození mozečku, mimokorových oblastí a míchy. Projevuje se naopak snížením svalového napětí, které může vést až k úplné ztrátě tonu, **atonii**. Reflexy jsou sniženy, držení končetin je ochablé. V důsledku nedostatku pohybu ubývá svalová tkáň. **Dyskineze** je „porucha souhry normálních pohybů“ (Vokurka, Hugo, 2015), kdy dochází k samovolným neúčelným pohybům, které jsou vůlí nepotlačitelné. Pohyby mohou být atetotické, choreatické, balistické, myoklonické nebo se může vyskytovat **rigidita**, tzv. svalová ztuhlost. Dyskineze vzniká při postižení mimokorové oblasti, bazálních ganglií a extrapyramidových drah.

Poruchy hybnosti úzce souvisí s **poruchami řeči**, v důsledku špatné hybnosti mluvních orgánů. Postiženy bývají i jednotlivé složky mluvního projevu jako dýchání, fonace, artikulace a celková plynulost. U většiny dětí je komplexně narušena oboustranná komunikace, v důsledku problému s navázáním očního kontaktu či změnami svalového tonu.

U všech forem dětské mozkové obrny se často objevuje **opožďení psychomotorického vývoje**. „Děti s DMO se velmi často opožďují v dosahování normálních vývojových milníků, jako je přetáčení, sezení, lezení, smích nebo stoj a chůze.“ (Bendová, 2006, s.10)

V důsledku poškození mozku se u dětí s DMO mohou vyskytovat přidružené vady a onemocnění jako je mentální retardace, smyslové postižení (zraku nebo sluchu) či poruchy vědomí-epilepsie. Opožďení hybnosti často souvisí i s opožďením **rozumového vývoje**. Obvykle platí, že čím závažnější formou DMO dítě trpí, tím je jeho rozumový vývoj opožďenější. Důvodem bývá závislost na pečující osobě, omezený přístup k okolním podnětům nebo psychická deprivace a nezájem okolí. „U dětí s těžším stupněm DMO se setkáváme se značnými poruchami **tělesného vývoje**. Poruchy jsou patrné na růstu, hmotnosti, i celkovém vyspívání a vzhledu. Děti trpí nechutenstvím, zvracením, častými infekcemi dýchacích cest, hodně se potí, mají zvýšenou citlivost kůže.“ (Klenková, 2000, s. 29)

S tím souvisí **potíže v oblasti přijímání potravy**, kdy obvykle není dostatečně vyvinuto kousání. Vyskytují se však problémy také ve fázi polykací, často je postižena oblast žaludku v podobě přítomnosti gastroesofageálního refluxu. V takovém případě musí být příjem potravy u dítěte zajištěn přes PEG.

Dětská mozková obrna ovlivňuje všechny oblasti vývoje. Patrný je i vliv na **emoční a citové prožívání a reakce**. *„Každý intenzivnější citový prožitek je spojen s nápadnější motorickou reakcí, projeví se ztuhnutím svalů nebo zvýšením mimovolných záškubů.“* (Vágnerová, 2004, s. 148) Reakce proto mohou být často neadekvátní situaci, děti mohou být labilnější a často vznětlivé.

Děti s DMO bývají rychleji unavitelné, typické pro ně jsou **poruchy pozornosti a paměti**. Pozornost bývá nevyzrálá, krátkodobá a hůře soustředěná, což ovlivňuje i paměť. Jak uvádí Vágnerová, je důležité si uvědomit, že *„mnohé z osobnostních zvláštností nejsou primárním důsledkem onemocnění, ale vznikají jako reakce na jejich životní situaci.“* (Vágnerová, 2004, s. 151)

1.4 FORMY DMO

Mezi autory odborné literatury se ustálilo jednotné dělení na základní dvě skupiny-formy DMO. Z klinického hlediska jsou formy dětské mozkové obrny rozdělovány na **spastické a nespastické**.

Podrobnější dělení forem dětské mozkové obrny se liší v závislosti na jednotlivých autorech. Pro bližší popsání jednotlivých forem DMO bylo zvoleno dělení podle Lesného (1985).

a) Formy spastické

Jsou to tzv. křečovité formy, které se projevují **trvale zvýšeným svalovým napětím** (spasticitou). Svaly v postižených partiích jsou ztuhlé a trvale stažené, je porušena hybnost a narušeny reflexy. Končetiny kladou odpor pasivnímu ohýbání. „*Dýchání je při spastických formách DMO křečovité a mělké, vydechovaný vzduch nepostačuje k vytváření dostatečně znělé řeči a delších mluvních celků.*“ (Kábele, 1988, s. 28) Spastické formy dětské mozkové obrny můžeme dále rozdělit na **diparézu, hemiparézu a kvadruparézu**.

Forma diparetická

Kábele uvádí, že jde o „*spastickou obrnu dvou párových končetin, zpravidla dolních*“ (Kábele, 1988, s. 13) Jedná se o postižení dolních končetin s výskytem zvýšeného svalového napětí, kdy je chůze digitigrádní (po špičkách) či nůžkovitá (s pokrčenými koleny), v nejtěžších případech děti nechodí vůbec.

Do této skupiny je přiřazována i **forma monoparetická**, která však není tak častým jevem.

Lesný do této skupiny řadí ještě **diparetickou formu paukospastickou**, která se vyskytuje méně častěji a rozsahem postižení není tolik závažná.

Forma hemiparetická

Tato forma DMO vzniká v důsledku poškození mozkových hemisfér. Postihuje horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, kdy často bývá více postižena horní končetina. „*Horní končetina bývá ve flexi v loketním kloubu, v pronaci předloktí a flexi zápěstí.*“ (Klenková, 2000, s. 27)

Forma kvadruparetická

Jedná se o spastickou obrnu všech čtyř končetin. V závislosti na zdvojení jedné z předešlých forem, jsou více postiženy dolní končetiny (při zdvojení formy diparetické) nebo

horní končetiny (při zdvojení formy hemiparetické). Typický je výskyt epilepsie či mentální retardace. Do této skupiny spadá také forma triparetická, která není tak obvyklá.

b) Formy nespastické

Pro tyto formy dětské mozkové obrny jsou typické mimovolní nepotlačitelné pohyby, které mohou být atetotické, choreatické, balistické nebo myoklonické.

Atetóza je „*nervová porucha hybnosti spočívající v neschopnosti udržet svaly v jedné pozici. Projevuje se mimovolními **pomalými** pohyby, často postihuje ruce, prsty a jazyk. Vzniká při poškození bazálních ganglií.*“ (Vokurka, Hugo, 2015) Podle Lesného (1985) se jedná o pomalé, vlnité, červovité pohyby.

Chorea je „*nervová extrapyramidová porucha spočívající v mimovolných **rychlých** pohybech. Postihuje různé části těla.*“ (Vokurka, Hugo, 2015)

Balismus jsou „***prudké** mimovolní pohyby končetin způsobené poruchou extrapyramidového systému. Obvykle bývají jednostranné.*“ (Vokurka, Hugo, 2015)

Myoklonie jsou „***krátké** svalové záškuby, které mohou být způsobeny poškozením nervového systému.*“ (Vokurka, Hugo, 2015)

Nespastické formy DMO můžeme dále rozdělit na formu **hypotonickou, dyskinetickou a mozečkovou.**

Forma hypotonická

Tato forma se dle Kábeleho „*vyskytuje v kojeneckém věku a později se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud přetrvává, je doprovázena zpravidla těžkou mentální retardací.*“ (Kábele, 1988, s. 13) Je charakteristická sníženým svalovým napětím, postihuje více dolní končetiny.

Forma dyskinetická

Dříve nazývaná extrapyramidová nebo athetoidní, je charakteristická samovolnými neúčelnými pohyby, které jsou vůlí nepotlačitelné. „*Pohyby mohou být atetotické, choreatické, balistické nebo myoklonické.*“ (Kábele, 1988, s. 13) *Postiženy jsou obvykle horní a dolní končetiny, v některých případech svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasování, žmoulavým pohybům úst, mlaskání apod.*“ (Živný in Bendová, 2006, s. 8) „*Dýchání je neuspořádané, rušené nepotlačitelnými mimovolními pohyby, které způsobují střídavě spastické zadržení dechu s nemožností výdechu a prudké, nekoordinované vydechnutí.*“ (Kábele, 1988, s. 28)

Forma mozečková

Také nazývaná jako ataktická, se podle Kábeleho „*vyznačuje snížením svalového napětí a poruchami pohybové koordinace.*“ (Kábele, 1988, s. 14)

Zde je zařazení mezi ostatní formy dosti sporné. Lesný tuto formu DMO považuje za samostatný syndrom. Tato forma onemocnění je poměrně vzácná. „*Postihuje především vnímání rovnováhy. Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní, o široké bázi. Problémy nastávají při pokusu o rychlý a přesný pohyb.*“ (Živný in Bendová, 2006, s. 8)

Výše uvedené formy DMO se mohou mezi sebou různě kombinovat. Tím mohou vzniknout **formy smíšené.**

2 ŘEČ U DĚTÍ S DMO

Řeč je důležitým prostředkem k dorozumívání. Člověk pomocí řeči může komunikovat se svým okolím, vyjadřovat své city a přání, sdělovat své potřeby a prožitky. Pro děti s diagnózou DMO jsou typické vady řeči a celkově narušená komunikační schopnost.

Řeč u těchto dětí je „*determinována jednak vlastním postižením motoriky, jednak velmi širokým spektrem dalších projevů dětské mozkové obrny.*“ (Lechta, 2008, s. 99)

2.1 VÝVOJ ŘEČI U DĚTÍ S DMO

Vývoj řeči je složitý a harmonický proces, který se vzájemně prolíná s dalšími oblastmi vývoje dítěte. Souvisí s celkovým motorickým vývojem dítěte, s jeho myšlením, socializací nebo senzorickým vnímáním. U dětí s dětskou mozkovou obrnou úzce souvisí s poruchami hybnosti, v důsledku postižení hybnosti mluvidel nebo postižení sluchu. „*Vývoj řeči determinuje i případný výskyt dalších poškození (např. poruchy sluchu, epilepsie).*“ (Lechta, 2008, s. 100)

Románek uvádí, že vývoj řeči závisí na spoustě faktorů, mezi které patří postižení motorických drah, celkový tělesný stav dítěte, vliv prostředí, kde dítě vyrůstá nebo úroveň IQ. (Románek in Klenková, 2000) Mezi vnitřní faktory můžeme zařadit závažnost postižení CNS, zdravotní a psychický stav dítěte, jeho předpoklady pro další rozvoj nebo povahové rysy. Mezi faktory vnější řadíme například vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a výchovu v rodině. Protože dětská mozková obrna je postižení, které ovlivňuje vývoj dítěte už od raného věku, mohou být patrné odchylky ve vývoji řeči už v preverbálním řečovém období. Dle Románka mají děti s vrozenou DMO už v kojeneckém věku těžkosti s dýcháním a sáním. „*Vzácné je klidné broukání, chybí hra s končetinami, mluvidly i pudové žvatláni.*“ (Románek in Lechta, 2008, s. 100)

Gundermann (in Klenková, 2000, s. 44) ve své literatuře uvádí nápadnosti ve vývoji oromotoriky u dětí s diagnózou dětská mozková obrna, kam patří:

- Hypersenzibilita nebo hyposenzibilita v ústní oblasti
- Problémy s realizací sacích a polykacích pohybů, především při podávání tekutin
- Narušení polykacích pohybů při podávání stravy
- Špatná koordinace rtů a jazyka

„*U dětí s DMO je mezi řečovými odchylkami v popředí opožděný vývoj řeči, dále pak cerebrální porucha hybnosti a opožděný vývoj hlasové motoriky. Více či méně výrazné opoždění*

v řečovém vývoji je třeba vidět v úzké souvislosti s celkovým motorickým vývojem dítěte.“ (Becker in Lechta, 2008, s. 99)

Jak uvádí Lechta: „Vývoj řeči u dětí s DMO je buď **omezený** nebo **opožděný**.“ (Lechta, 2008, s. 100)

V oblasti řečového vývoje **z hlediska jazykových rovin** se také vyskytují určitá charakteristická specifika.

V oblasti **lexikálně-sémantické roviny** brzdí rozvoj řeči dítěte s DMO především omezená hybnost, špatné uchopování předmětů a problém v koordinaci oko-ruka. Jde především o ztíženou přístupnost nebo úplnou nedostupnost okolních podnětů. S tím související postižení motoriky mluvidel způsobuje problémy ve výslovnosti, které brání dítěti bližšímu porozumění obsahu v jednotlivých situacích, také je omezeno v kladení otázek různého typu. S věkem dítěte klesá stupeň pasivního porozumění řeči, dítě i s přibývajícím věkem zůstává na stále stejné úrovni. U těžších případů DMO může docházet k verbalismu. Často dochází k omezenému rozšiřování zásoby pojmů, protože dítě není schopné zapojit všechny své smysly a přijímat nové informace. S omezenou schopností rozšiřování aktivní i pasivní slovní zásoby, zůstává řeč opožděna.

Morfologicko-syntaktická rovina se týká především gramatické stavby řeči, která je u dětí s DMO narušena. Nejvíce se to projeví, pokud se u nich vyskytuje přidružená mentální retardace. V komunikaci dítěte převažují jednoslovné věty, víceslovné věty dítě nedokáže vytvořit správně.

Obtíže v oblasti **foneticko-fonologické** jsou pro děti s DMO asi nejtypičtější. Jedná se o potíže s výslovností hlásek. Postižené dítě není schopné správně tvořit jednotlivé hlásky na základě spasticity a dyskineze. Narušena je také tvorba mluvních celků a automatizace slov. V důsledku omezené hybnosti se u dítěte s DMO může vyskytovat narušená fonemická diferenciací. Dítě například nedokáže otočit hlavu za zvukovým podnětem.

Problémy se vyskytují i v **pragmatické jazykové rovině**, kdy dítě přes všechnu svou snahu nedokáže realizovat komunikační záměr v důsledku omezené motoriky těla a mluvidel. Může docházet k frustraci jak ze strany dítěte, tak ze strany rodičů a blízkých, kteří nedostanou očekávanou zpětnou vazbu. Narušený vývoj řeči u dětí s DMO může mít negativní vliv na celkový psychický rozvoj dítěte.

2.2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U DĚTÍ S DMO

Jak už bylo zmíněno výše, u dětí s dětskou mozkovou obrnou je narušen samotný vývoj řeči už od prvopočátků jejich vývoje a dotýká se všech jazykových rovin.

Vymezení narušené komunikační schopnosti je podle Klenkové (2006) dosti komplikované. Posuzování narušené komunikační schopnosti u daného jedince probíhá na základě srovnání s všeobecnou normou, závisí na místních podmínkách, ve kterých jedince žije, na úrovni dosaženého vzdělání a na mnoha dalších faktorech. (Klenková, 2006)

Klenková poukazuje na vymezení pojmu Lechtou (1990), který praví, že „*komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, pokud některá jazyková rovina nebo více jazykových rovin současně, narušuje komunikační záměr jedince.*“ (Lechta 1990, in Klenková 2006, s. 54)

Narušená komunikační schopnost nevzniká vždy za stejných okolností, ve způsobu vzniku se může lišit. Pokud je hlavním symptomem řečová porucha, jedná se o **primární narušení řeči**. Další skupinou jsou **symptomatické poruchy řeči**. Jsou to „*poruchy řeči, které vznikají jako symptom tělesného postižení, tzn. že je postižena nejen hrubá motorika, ale také motorika řeči.*“ (Klenková, 2000, s. 46) Do této skupiny patří i dětská mozková obrna. Dále jsou tu poruchy řeči při **nepřímém působení tělesného poškození** a poruchy řeči vzniklé při špatných **sociálních podmínkách** u tělesně postiženého dítěte.

Lesný (in Klenková 2000, s. 47) dále rozeznává u dětí s DMO poruchy:

Mechanické, které se u těchto dětí vyskytují často, i když se samotným postižením přímo nesouvisí (anomálie mluvidel, rozštěpy rtu a patra, vývojové odchylky hrtanu...), **poruchy inervačního původu**, což jsou různé parézy artikulačního svalstva a **druhosignální poruchy řeči**. Do této oblasti spadají poruchy vývoje řeči, dysfázie, které je možné dále dělit na tři skupiny:

- a) **Vývojová slovní dysfázie** – jde o narušení tvorby souhlásek
- b) **Vývojová větná dysfázie** – chybná tvorba vět, zcela chybí syntax, řeč je „telegramatická“ (stručná, v holých větách)
- c) **Vývojová pojmová dysfázie** – obtíže se vyskytují v zaznamenávání slov do kinestetické paměti a jejich vybavování, řeč je obsahově chudá

Nejčastěji se vyskytující vadou řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou je **vývojová dysartrie**. Jedná se o vadu řeči v různých stupních závažnosti, od lehkých poruch artikulace až po nejtěžší stupeň, což je úplná neschopnost motorické realizace řeči, tzv. *anartrie*.

„*Při dysartrii dochází k různě závažnému postižení respirace, fonace, rezonance, prozodie a artikulace. Přidružené často bývají poruchy žvýkání a polykání, tedy dysfagie.*“ (Kraus, 2005, s. 243) Klenková (2000) shodně uvádí, že v důsledku postižení svalstva řečových orgánů jsou

narušeny i jednotlivé složky mluvního projevu. U dětí s diagnózou dětská mozková obrna se vyskytují **obtíže v dýchání, poruchy tvorby hlasu**, kdy je hlas tichý a nevýrazný nebo naopak nadměrně hlasitý či huhňavý. Typické jsou **poruchy modulačních faktorů**, kdy je narušené tempo řeči, její síla nebo výška a **poruchy artikulace**. „*U dětí s DMO je často díky narušenému polykacímu reflexu narušené polykání a s tím úzce související hypersalivace.*“ (Klenková, 2000, s. 50)

Dysartrie je „*porucha řeči, při níž je porušena výslovnost z nervových příčin.*“ (Vokurka, Hugo, 2015) Jak uvádí Lesný, „*jde o narušenou inervaci mluvidel v důsledku orgánového poškození CNS.*“ (Lesný, 2008, s. 108)

Dělení se dle jednotlivých autorů mírně odlišuje. **Kraus (2005)**, rozděluje vývojovou dysartrii na pět základních typů: spastická dysartrie, atetoidní dysartrie, ataktická dysartrie, kortikální dysartrie, smíšená dysartrie.

Klenková (2000) dělí dysartrii také na pět skupin: pyramidová dysartrie, extrapyramidová dysartrie, bulbární dysartrie, cerebelární dysartrie, smíšená/kombinovaná dysartrie.

Pro bližší specifikaci jednotlivých typů bylo vybráno dělení podle lokalizace poškození, které užil ve své práci **Lechta (2008)**. Obsahuje šest položek a vypadá následovně:

- Korová dysartrie
- Pyramidová dysartrie
- Extrapyramidová dysartrie
- Mozečková dysartrie
- Bulbární dysartrie
- Smíšená dysartrie

Korová dysartrie je způsobena poškozením motorických korových oblastí mozku. Vyskytuje se vzácně, potíže se objevují převážně při artikulaci složitějších a delších mluvních celků. Vyskytují se iterace na začátku slov, řeč je spastická, nejasná, špatně je užíván přízvuk.

U **pyramidové dysartrie** „*dochází k porušení pyramidové dráhy od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu.*“ (Klenková, 2006, s. 120) Vyskytuje se hypernazalita, obtíže v orofaciální oblasti, spasticita v oblasti mluvidel, ale archaické funkce nebývají porušeny. Objevují se obtíže v dýchání, které je mělké s častými nádechy. Dýchání může komplikovat zvýšené napětí svalů břicha a hrudníku. „*Hlas je tlačný, tvořený se zvýšenou námahou, často tichý a výše posazený. Řeč je nerytmická, těžkopádná, monotónní, rušená častým mluvním frázováním, případně mlasknutím.*“ (Kraus, 2005, s. 245)

Extrapiramidová dysartrie se podle Sováka vyskytuje pouze u dyskinetické formy DMO. (Sovák, 1981) Vyskytují se mimovolní pohyby mluvidel, které omezují artikulaci. Nejobtížnější jsou hlásky závislé na rychlých pohybech jazyka nebo náročné na polohu rtů. Vzniká na základě poruch podkorových ganglií.

Při **mozečkové dysartrii** se vyskytují poruchy dýchání, huhňavost, řeč je často doprovázena hezitacemi a někdy bývá dokonce nesrozumitelná. Tento typ dysartrie vzniká na základě poškození mozečku a jeho drah. Narušena je koordinace mluvních orgánů.

Bulbární dysartrie vzniká poškozením jader motorických nervů v bulbu (oblast prodloužené míchy a Varolova mostu). Objevují se potíže ve výslovnosti hlásek, narušení archaických funkcí, otevřená huhňavost. Hlas je dysfonický až afonický.

Dysartrie smíšená se vyskytuje často, vždy záleží na druhu postiženého motorického systému a na rozsahu postižení. Projevuje se kombinací uvedených symptomů.

Klenková (2006) uvádí, že mezi další symptomatické poruchy řeči u dětí s DMO patří omezený nebo opožděný vývoj řeči, koktavost či breptavost, otevřená huhňavost nebo mutismus. Nápadné odlišnosti se mohou objevovat i v oblasti koverbálního chování.

3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

V úvodu kapitoly by bylo dobré objasnit stěžejní pojem práce, kterým je logopedická intervence. Tento pojem je velmi široký a zahrnuje několik oblastí činností logopeda. V podstatě je složen ze dvou samostatných pojmů, a to z pojmů **logopedie** a **intervence**. Intervence je v širším pojetí chápána jako nějaký „*zákrok*“ či „*zásah*“ s cílem dosažení změny. V užším slova smyslu se pojem přibližuje k označení „*terapie*“.

Podle lékařského slovníku je logopedie „*obor zabývající se studiem a léčbou poruch řeči a výslovnosti.*“ (Vokurka, Hugo, 2015) Což je velmi úzké pojetí. S měnícími se trendy oboru je na tento pojem pohlíženo v širších souvislostech, kdy nejde pouze o samotnou nápravu řeči, ale o celkovou komunikaci ve všech řečových rovinách.

Logopedická intervence, jak ji vystihl Lechta (2011), zahrnuje různorodé činnosti logopeda ve všech jejích oblastech, které se spolu vzájemně prolínají. Jedná se o oblast logopedické diagnostiky, terapie a prevence. V tomto případě je logopedická intervence chápána jako „*specifická aktivita s určitým cílem*“. (Lechta, 2011, s. 18)

Mezi tři hlavní cíle logopedické intervence patří identifikace problému (zjištění závažnosti NKS), zmírnění či překonání příznaků narušené komunikační schopnosti a prevence před jejím vznikem. (Lechta, 2011)

3.1 SPECIFIKA A PROSTŘEDKY LOGOPEDICKÉ TERAPIE U DĚTÍ S DMO

Logopedická péče o děti s diagnózou DMO je náročná a vyžaduje dodržování specifických přístupů, kterými se odlišují od dětí intaktních. V důsledku snížené imunity bývají tyto děti často nemocné, přičemž s každou nemocí se stav řeči opět zhorší, případně stagnuje.

„*Pro logopeda je velmi důležité znát a respektovat zvláštnosti etiopatogeneze DMO, neboť přístup se bude lišit podle etiologie symptomatické poruchy řeči.*“ (Klenková, 2000, s. 49) Logopedickou terapii může narušovat absence inhibičních funkcí, které brání vzniku mimovolných pohybů. Snahu o vyvození řeči ztěžuje také zvýšené nebo snížené svalové napětí. (Klenková, 2000)

Za těchto předpokladů by měl logoped dodržovat určité postupy a zásady logopedického působení, které jsou popsány níže. Důležitá je také volba vhodných pomůcek.

3.1. 1 METODY A FORMY LOGOPEDICKÉ TERAPIE

1) Metody

„Metoda je standardizovaný a ověřený postup sloužící k dosažení určitého cíle.“ (Vokurka, Hugo, 2015) Metody využívané v určitém oboru můžeme shrnout do **metodiky**. Z hlediska všeobecného vymezení rozděluje Lechta (2011) metody na tři typy: metody **stimulující, korigující a reedukující**.

a) Metody stimulující

Slovo **stimulace** v překladu znamená „*povzbuzení*“, „*dráždění*“. (Vokurka, Hugo, 2015) Stimulační metody se v logopedické terapii nejčastěji využívají u nerozvinuté nebo opožděné řečové funkce, například u narušeného vývoje řeči. (Lechta, 2011, s. 22) Pomocí stimulačních metod povzbuzujeme správný vývoj řeči.

b) Metody korigující

Název těchto metod pochází původně ze slova **korekce**, což je „*odstranění či zmírnění vady nebo chorobného stavu*.“ (Vokurka, Hugo, 2015) Slovo **korigovat** podle lékařského slovníku znamená „opravit“ nebo „upravit“. (Vokurka, Hugo, 2015) Korigující metody nachází své uplatnění především při logopedické terapii vadné řečové funkce, například při dyslalii. Cílem je odstranění nebo zmírnění řečové vady.

c) Metody reedukující

Název je odvozen ze slova **reedukace**, což je „*opětovná výchova nebo výcvik k opětovnému nabytí určitých funkcí*.“ (Vokurka, Hugo, 2015) V logopedické terapii se tyto metody využívají u ztracené nebo dezintegrované řečové funkce, například u afázie. Cílem je opětovné získání ztracených řečových schopností.

2) Formy

Při popisu jednotlivých forem logopedické terapie se Lechta ve své publikaci odkazuje na autory Borbonuse a Maihacka, kteří jsou s tímto tématem úzce spojeni. (in Lechta, 2011, s. 27) Podle nich existují v oblasti klinické logopedie tyto formy terapie:

a) individuální

Individuální terapie probíhá pouze za přítomnosti klienta a terapeuta, v našem případě klinického logopeda. U dětí s dětskou mozkovou obrnou může být v odůvodněných případech přítomen doprovod dítěte, zejména při těžších formách DMO. (Wikisofia, 2013, cit. 18.6. 2019) Individuální terapie probíhá po dobu třiceti, pětáctyřiceti nebo šedesáti minut, v závislosti na druhu narušené komunikační schopnosti, věku klienta a jeho celkovém stavu. (Lechta, 2011)

b) skupinová

Při skupinové terapii se jedná o léčbu několika klientů současně, kdy skupinu může tvořit tři až šest lidí s narušenou komunikační schopností. Každý pacient je zde léčen sám za sebe, ale ostatní klienti dodávají setkání jinou atmosféru. Další možností je práce se skupinou jako s celkem, kdy je hlavním cílem rozvoj komunikace s okolím.

c) intenzivní

Intenzivní v překladu znamená „*usilovný*“ nebo „*silný*“. (Vokurka, Hugo, 2015) Pro usilovnější podporu rozvoje řeči a celkově pro silnější efekt logopedické terapie můžeme zvolit intenzivní formu. Logopedická setkání tak můžeme realizovat několikrát denně, za předpokladu dostatečného času a přizpůsobení se individuálním potřebám klienta.

d) intervalová

Interval je „*časové období mezi dvěma událostmi*“. (Vokurka, Hugo, 2015) Intervalová terapie v logopedii je označení pro logopedické terapie s odstupem několika dnů, týdnů či měsíců. V tomto období může být opakovaně aplikována terapie intenzivní.

Výše popsané formy terapií je možné mezi sebou **kombinovat**.

3.1. 2 ZÁSADY LOGOPEDICKÉHO PŮSOBENÍ

Prvními dvěma významnými osobnostmi v Čechách, které se podrobněji začali zabývat zásadami logopedického působení u dětí s dětskou mozkovou obrnou, byl v dětské neurologii Ivan Lesný a ve speciální pedagogice František Kábele, na kterého později navázalo několik dalších odborníků. Vznikly tak zásady logopedického působení, jež by měly být při terapii dodržovány.

Jednou z hlavních zásad je **individuální přístup**, ať už jde o individualitu v druhu postižení nebo o individualitu každého jedince. Tato zásada se nevztahuje pouze k logopedické terapii, ale můžeme ji aplikovat i v dalších oborech u rozličných cílových skupin. Každý člověk je jiný a má jiné potřeby, proto je důležité neposuzovat všechny podle jednoho měřítka. Původním významem této zásady byla především volba individuálního řečového tempa, pohybu a reflexně-inhibiční polohy.

Další důležitou zásadou je **zásada vývojovosti**. V tomto případě jde o „*dodržování postupu fylogenetického i ontogenetického vývoje hybnosti a řeči člověka při rozvíjení jednotlivých hybných a řečových funkcí, při nácviku pohybových dovedností a návyků i při rozvíjení řeči dětí postižených DMO.*“ (Lesný, 1985, s. 210) V souvislosti s tím kladl Kábele důraz na dostatečně dlouhé přípravné období, aby byl prostor pro primární rozvoj motoriky mluvidel.

Při logopedické terapii by dále měla být respektována **zásada reflexnosti**. Pokud je to možné, měli bychom dítě vždy napolohovat do reflexně-inhibiční polohy. V této poloze by pak měla být realizována všechna logopedická cvičení. V reflexně-inhibiční poloze se normalizuje svalový tonus dítěte a tím se podpoří nácvik reflexů a artikulačních cvičení.

Logopedická terapie u dětí s DMO není jen o terapii samotné řeči. Protože řeč úzce souvisí s motorickými schopnostmi, měla by být dodržována **zásada komplexnosti**. Při logopedické terapii, která se prolíná spolu s další rehabilitační péčí by mělo být působeno na všechny složky rozvoje dítěte.

Dalším významnou zásadou je **zásada rytmizace**, kterou Kábele zdůrazňoval z důvodu, že je rytmizací možné dosáhnout „*stejně výrazného snížení spasticity a dyskinezí, jako při aplikaci reflexně-inhibiční polohy*“. (Kábele in Lechta, 2008, s.116) Využití nachází především při přípravných dechových a artikulačních cvičeních.

„*Předpokladem úspěšnosti je včasný začátek nácviku. Většina odborníků zdůrazňuje potřebu začít už v 1. roce života.*“ (Lechta, 2008, s.114) Odborníci uvádí, že v tomto věku by měl probíhat především nácvik funkce sací, polykací, žvýkací a měla by být prováděna dechová cvičení.

3.1.3 POMŮCKY

Výběr vhodných pomůcek závisí na druhu a stupni postižení, na druhu narušené komunikační schopnosti a na individuálních potřebách každého jedince. Výběr pomůcek je také podmíněn věkem klienta, úrovní jeho rozumových schopností a motorických dovedností.

Logopedická terapie dětí s dětskou mozkovou obrnou je v určitých bodech specifická, proto by měla být i místnost, kde logopedická terapie probíhá, přizpůsobena těmto dětem. Podle Lesného „*má být místnost pro cvičení vybavena jako herna, s malým stolem a židličkami upravenými podle velikosti a postižení jednotlivých dětí.*“ (Lesný, 1985, s. 216)

Vhodné je využití žíněnek, matrací nebo pěnové podložky pro děti, které nemohou provádět cvičení v sedě. Lesný (1985) uvádí, že v místnosti by na stěně měla viset zrcadla, u kterých bude možné provádět cvičení na rozvoj motoriky mluvidel a stěny by měly být vyzdobeny tak, aby bylo dítě motivováno k mluvení.

Při popisu vhodných pomůcek poukazuje Lechta (2008) ve své práci na jiné odborníky, kdy například Pavúrová uvádí jako pomůcku cumel (cíp kapesníku), žvýkačku, gumu nebo sladkou tekutinu. Tyto pomůcky by využila zejména při nácvičku sacích a žvýkacích pohybů. (Pavúrová in Lechta, 2008, s. 117) „*Při odstraňování zvýšeného slinění se doporučuje i nácvičku pití pomocí slámky.*“ (Lechta, 2008, s. 117)

Lechta (2008) dále poukazuje na Novotného, který při cvičení orofaciální oblasti, konkrétně jazyka, doporučuje využít sladkou karamelu na niti nebo kapání sladké či kyselé tekutiny na kořen jazyka. Pro stimulaci motoriky rtů doporučuje Novotný využít lízátko „*nebo vkládání různě velkých houbiček mezi rty.*“ (Novotný in Lechta, 2008, s. 117)

Sovák (1984) systematicky dělí logopedické pomůcky následovně:

- **pomůcky stimulační**, často ozvučené, podněcující k napodobení zvuků
- **motivační pomůcky**– motivují dítě ke komunikaci s logopedem
- **didaktické pomůcky**, které lze využít při diagnostice a následném procvičování
- **pomůcky derivační**, jejichž cílem je odvrácení pozornosti jedince s NKS od vlastního mluvního projevu
- **podpůrné pomůcky** fungující na principu zpětné vazby (špachtle)
- **názorné pomůcky** jsou přístroje, které ukazují kvalitu zvuku produkovanou jedincem s NKS
- **registrační pomůcky**, které zaznamenávají výsledky

Toto dělení později doplňuje Lechta a to o skupinu **víceúčelových pomůcek a přístrojů**. (Lechta 1990, in Klenková, 2006, s. 61)

Mezi novodobé pomůcky, které lze využít při logopedické terapii u dětí s DMO, můžeme zařadit: (Therapeutic, 2019 cit. 18.6. 2019)

- Pomůcky podporující hygienu-speciálně upravené zubní kartáčky
- Pomůcky k posilování orofaciální oblasti-kousátka, tyčinky, geometrické tvary, trubičky, ochucené špátle
- Pomůcky k nácviku přijímání potravy a tekutin-speciálně upravené hrnky, lžíce, příbory

3.2 AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE U DĚTÍ S DMO

V situaci, kdy není v silách dítěte ani odborníků plně rozvinout řeč a využívat ji k funkční komunikaci s okolím, přichází na řadu augmentativní a alternativní komunikace. AAK nachází své uplatnění u nejtěžších forem dětské mozkové obrny, kdy dítě trpí narušenou komunikační schopností.

„Augmentativní a alternativní komunikace se pokouší kompenzovat projevy závažných komunikačních poruch. Umožňuje těžce postiženým osobám, u nichž je částečně nebo úplně znemožněna verbální komunikace, dorozumívat se, komunikovat se svým okolím, vyjádřit svoje pocity, přání...“ (Klenková, 2006, s. 206)

Augmentativní systémy podporují nedostatečnou, ale již existující řeč a řečovou komunikaci, zatímco alternativní systémy přímo nahrazují nefunkční komunikaci s okolím. Důležitý je vždy správný výběr funkčního komunikačního systému. Pro předpoklad úspěchu je při výběru komunikačního systému důležité zohlednit určitá kritéria, mezi která patří věk jedince, jeho dosažený stupeň vývoje řeči, osobnostní předpoklady, schopnost spolupráce, stav pohybových schopností a smyslových orgánů a mnoho dalšího. Důležitá je i spolupráce rodiny a nejbližšího okolí. Přítomnost mentální retardace také ovlivňuje výběr komunikačního systému i jeho funkční využití. *„U těžkých komunikačních poruch je nutná taková intervence, aby i při omezené řeči mohlo dítě aktivně komunikovat na takové úrovni, která se co nejvíce přibližuje jeho věku a kognitivní kapacitě.“* (Šarounová in Bendová, 2006, s. 26)

U dětí s dětskou mozkovou obrnou se často dají obtíže s komunikací předpokládat už v době zjištění diagnózy a rozsahu postižení, proto je dobré začít s budováním funkční komunikace co nejdříve. Rozvoj řeči a komunikace má vliv na celou osobnost dítěte, především na jeho psychomotorický vývoj. Dítě s narušenou komunikační schopností může prožívat frustraci z neúspěšných pokusů při navázání funkční komunikace, což později může vést k nepřiměřenému jednání až k poruchám chování a emocí. Jedná se především o nedorozumění v nově vzniklých komunikačních situacích s neznámými lidmi (mateřská škola, základní škola, v obchodě...).

Metody augmentativní a alternativní komunikace se dají rozdělit do několika skupin podle různých kritérií.

Klenková (2000) dělí metody AAK do dvou skupin podle způsobu přenosu informací, a to na metody **dynamické** a **statické**.

Dynamické jsou ty, které *„jsou založeny na aplikaci znaků a gest.“* (Bendová, s. 30) Patří sem například znakový jazyk, prstová abeceda, Makaton nebo Znak do řeči. Oproti tomu **statické**

komunikační systémy jsou různé reálné předměty, jejich zmenšeniny, systém Bliss, piktogramy, fotografie a obrázky nebo komunikační tabulky.

Janovcová (2003) rozděluje systémy z hlediska využití pomůcek do tří skupin.

První skupinou jsou **komunikační systémy bez využití pomůcek**. Ty jsou vhodné pro běžnou komunikaci, dají se využít téměř kdykoli a kdekoliv. Pro podporu porozumění řeči se využívá mimika a gesta, dále jsou voleny manuální znaky, které bývají pro děti s těžkým tělesným postižením zjednodušeny. Znak je upraven nejen po stránce motorické, ale úprava se týká i stránky vizuální a obsahové, kdy se neznakují celé věty, ale pouze klíčová slova. Do této skupiny patří Znak do řeči, Znakový jazyk nebo prstová abeceda.

Druhou skupinu tvoří **komunikační systémy s využitím netechnických pomůcek**. Mezi takové pomůcky patří například různé fotografie, obrázky, předměty, symboly, ze kterých lze poskládat celé komunikační tabulky. Cílem těchto systémů je zapojení dítěte s narušenou komunikační schopností do běžných komunikačních situací, kdy zvládne využitím základních slov vyjádřit svá přání, prožitky, potřeby a emoce.

Tyto komunikační systémy jsou založeny na ukazování konkrétních slov, ze kterých může vzniknout víceslovná věta. V případě těžšího postižení pohybového aparátu (u těžších forem DMO) lze systém přizpůsobit potřebám konkrétního dítěte.

Poslední skupinou jsou **komunikační systémy s využitím technických pomůcek**, kam spadají různě přizpůsobené počítače, notebooky, speciální klávesnice a myši. Ve speciálně upravených počítačích bývají často zabudované hlasové výstupy nebo lišty na snímání očních pohybů. Počítačové myši mohou být dnes upraveny do speciálních ergonomických tvarů, které se dají ovládat různými částmi těla (ústy, konečky prstů, palcem) nebo pomocí externích spínačů zabudovaných v klávesnici. Klávesnice mohou být upraveny do větších rozměrů a opatřeny speciální krytkou zabraňující nechtěným stiskům klávesnice (u dyskinetické formy DMO). Pomocí upraveného počítače může dítě s DMO komunikovat se svým okolím, vzdělávat se a celkově rozvíjet svou osobnost a posilovat sebevědomí.

Podle Klenkové (2006) je vhodné najít pro dítě s dětskou mozkovou obrnou více vyhovujících komunikačních systémů a pomůcek, které může využívat při své komunikaci s okolím a umožnit mu tak multisenzoriální přístup k informacím. U daného jedince bychom ale neměli používat více než tři komunikační systémy současně.

4 UVEDENÍ DO PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

4.1 VYMEZENÍ CÍLE

Praktická část bakalářské práce je realizována s **cílem popsat a analyzovat průběh logopedické intervence u dětí s diagnózou dětská mozková obrna ve vybraných zařízeních v České republice**. Bakalářská práce obsahuje případové studie, ve kterých budou na konkrétních příkladech popsány následující oblasti výzkumného šetření:

- Motivace k činnosti
- Metody logopedické terapie
- Forma práce
- Časová dotace
- Pomůcky využívané při logopedické terapii
- Komplexnost logopedické terapie

V rámci analýzy průběhu logopedické intervence budou sledovány tyto **dílčí cíle**:

- Dodržování zásad logopedického působení
- Organizace prostoru
- Přizpůsobení logopedického působení individuálním potřebám klienta
- Celkový přístup logopedky

4.2 METODOLOGIE ŠETŘENÍ

Při výzkumném šetření byla využita **metoda zúčastněného pozorování** klientů a logopedů při průběhu logopedické intervence. Cílem pozorování bylo sledovat spolupráci klienta a jeho reakci na logopedickou intervenci, práci logopeda při působení na tuto cílovou skupinu klientů a využití prostředků a metod k dosažení cílů při logopedické terapii u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Další metodou, která přispěla ke sběru dat do kazuistických studií, byl **rozhovor s logopedy**.

Mezi klíčové otázky při vedení rozhovoru s logopedem patřilo:

- Jakou vidí prognózu zlepšení řeči u daného klienta
- Jak bude do budoucna pokračovat v terapii daného klienta
- Na jaké oblasti vývoje se zaměří
- Jaké využije pomůcky při práci s daným klientem

Se souhlasem zúčastněných stran (zákonných zástupců dítěte, klinických logopedek) byla provedena **analýza osobních dat a lékařských dokumentů** pouze pro účely závěrečné práce. Výzkumné šetření bylo prováděno v souladu s příslibem mlčenlivosti a zachováním anonymity klientů, proto není relevantní v případových studiích uvádět informace, které by mohly vést k bližšímu určení dítěte.

4.3 PRŮBĚH REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření probíhalo v časovém období leden-březen 2019 ve specializovaných zařízeních, která se zabývají problematikou dětí s diagnózou dětská mozková obrna. Na základě určitých kritérií byla vybrána Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk a Janské Lázně. Obě zařízení jsem koncem roku 2018 oslovila a požádala o spolupráci. S ohledem na výskyt dětských klientů s diagnózou DMO v daném zařízení byly vybrány jednotlivé klinické logopedky. Po navázání spolupráce s logopedkami následoval výběr probandů. Po vytipování klientů vhodných pro tento výzkum jsem se zúčastnila prvních následech při logopedické terapii. Proběhlo seznámení s klienty a zároveň jsem oslovila jejich zákonné zástupce s prosbou o svolení k účasti na tomto šetření. Výběr dětských probandů byl zcela náhodný. U každého sledovaného klienta proběhla čtyři šetření. S logopedkami bylo realizováno ještě jedno setkání, kdy proběhl rozhovor doplňující logopedickou intervencí u každého dítěte. Na základě pozorování, rozhovorů a sběru informací jsem v časovém období březen-květen 2019 provedla analýzu výsledků.

4.4 CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření bylo prováděno ve dvou zařízeních v České republice, která se zabývají dětskými klienty s diagnózou dětská mozková obrna.

Výběr zařízení probíhal dlouhodobě a na základě určitých kritérií. Jedním z nich bylo, aby se dané zařízení zabývalo cílovou skupinou klientů. Dalším bodem byla probíhající logopedická intervence v daných zařízeních. Posledním důležitým faktorem pro mě byla dostupnost z místa bydliště.

Nakonec bylo vybráno zařízení Hamzova léčebna Luže-Košumberk a zařízení Janské Lázně. Obě zařízení fungují jako rehabilitační ústav a zabývají se podobnou cílovou skupinou klientů. Níže uvádím stručnou charakteristiku vybraných zařízení.

Zařízení č. 1

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže-Košumberk

Zařízení číslo 1 je „*odborný rehabilitační ústav, který poskytuje následnou a dlouhodobou péči pro děti i dospělé z celé České republiky.*“ (Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, 2019, cit. 31.5. 2019) Zařízení se nachází ve městě Luže v Pardubickém kraji.

Kapacita objektu je 505 lůžek, ta jsou rozmístěna v deseti moderních pavilonech. Jedná se o největší rehabilitační zařízení svého druhu v České republice. Hlavní cílovou skupinou jsou pacienti, kteří potřebují komplexní rehabilitační péči po operaci, úrazu nebo při onemocnění hybného systému, dále při poškození míchy, při léčbě diabetu a při onkologické léčbě.

U dětských pacientů se nejčastěji vyskytují onemocnění založená na neurologickém či ortopedickém podkladě, ať už jde o onemocnění vrozená či získaná. Sem spadají děti s diagnózou dětská mozková obrna, děti trpící skoliózou a dalšími vadami držení těla.

Nedílnou součástí zařízení je nejen mateřská a základní škola, ale i moderní oddělení ortopedické protetiky.

Zařízení č. 2

Janské Lázně

Zařízení č.2 se nachází ve městě Janské Lázně v Královéhradeckém kraji.

Objekt funguje jako státní léčebné lázně a současně jako rehabilitační ústav poskytující následnou péči pacientům po přímém přeložení z lůžkového oddělení nemocnice a pacientům s chronickým onemocněním pohybového aparátu.

Lázeňský Dům (oddělení pro dospělé), se zaměřuje především na pacienty s problémy pohybového aparátu, po cévních mozkových příhodách, při onemocnění mozku, po operacích hlavy nebo krku nebo po léčbě rakoviny.

„Dětská léčebna Vesna se specializuje na léčení dětí a dorostu do 18 let pro respirační a onkologická onemocnění, nemoci nervové včetně svalových dystrofií a obrn, dále nemoci pohybového aparátu, stavy po úrazech a poruchy látkové výměny, včetně léčby obezity.“

(Janské Lázně, 2019, cit. 31.5. 2019)

Dětská léčebna má sedm lůžkových oddělení, která jsou rozdělena podle rozsahu postižení pohybového aparátu a přizpůsobena i pro děti s nejtěžší formou postižení.

Samozřejmostí je bezbariérový přístup v celém areálu léčebny.

Nedílnou součástí zařízení je mateřská a základní škola, kde pracují kvalifikovaní speciální pedagogové. Dále má léčebna k dispozici kino, tělocvičnu, venkovní hřiště a termální bazén. Kapacita zařízení je zhruba 500 lůžek a mezi přírodní léčivé zdroje patří termální minerální voda a lokální podhorské klima.

4.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumné šetření bylo realizováno na úrovni pozorování a rozhovorů, a to se dvěma skupinami probandů.

Výzkumný vzorek č. 1 tvoří děti s diagnózou dětská mozková obrna.

K výzkumnému šetření bylo náhodně vybráno pět dětí ve věku od dvou a půl roku do patnácti let s diagnózou dětská mozková obrna, v různých stupních závažnosti a s různými dalšími přidruženými vadami či nemocemi. Hlavním kritériem pro výběr probandů byl souhlas zákonných zástupců s účastí na výzkumném šetření. V rámci sledování různých logopedických přístupů jsem záměrně volila klienty s rozličnou formou DMO. Výzkumný vzorek je sestaven z jedné dívky a čtyř chlapců. Případové studie jsou v práci řazeny vzestupně dle ročníku narození.

Výzkumný vzorek č. 2 se sestavuje ze tří klinických logopedek. Jejich výběr byl podmíněn výskytem klientů s diagnózou DMO ve vybraném zařízení a ochotou klinických logopedek se mnou spolupracovat při výzkumném šetření, umožnit mi pozorovat jejich práci s klienty této cílové skupiny a poskytnout mi doplňující informace v podobě rozhovoru. Všechny probandky jsou ženy ve věkovém rozmezí 25-35 let. Logopedka (dále označena jako Logopedka č. 1) je ze zařízení číslo 1, tedy z Hamzovy odborné léčebny. Logopedky (dále označené jako logopedka č. 2 a 3) pracují v zařízení číslo 2, tedy v Janských Lázních.

5 REALIZACE LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U DĚTÍ S DMO V PRAXI

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1

Pohlaví: Dívka

Rok narození: 2016

Diagnóza: DMO, forma spastická diparéza

ANAMNÉZA:

Dívka pochází z neúplné rodiny, žije s matkou a je jediným dítětem v rodině. S rodinou úzce spolupracuje dívčina babička z matčiny strany a pomáhá s péčí o dívku. Narození dívky ovlivnilo hned několik faktorů. Matka měla v minulosti vážnou autonehodu, po které se u ní rozvinula epilepsie. Tato skutečnost později ovlivnila i celé těhotenství.

Dívka pochází z rizikového těhotenství, v prenatalním období měla v děloze zkalenou plodovou vodu.

U dívky byl od počátku opožděný psychomotorický vývoj. Ve 12 měsících se začala plazit, ve 14. měsících začala lézt. Dívce byla stanovena diagnóza dětská mozková obrna, forma spastická diparéza s postižením dolních končetin. Chůze se u dívky objevila na konci roku 2018. V minulosti byla dívka sledována na ORL pro nevýbavné otoakustické emise. Vada sluchu se však nepotvrdila.

SOUČASNOST:

V současnosti je dívka bez vážnějších zdravotních komplikací.

Vzhledem k formě DMO, má oslabené dolní končetiny, chodí po špičkách a s oporou dokáže překročit nízkou překážku.

Sluchové vnímání je přiměřené věku, dívka dokáže lokalizovat směr zvuku, rozpozná známé zvuky. Oblast jemné motoriky je také přiměřena věku, dívka dokáže manipulovat i s drobnými předměty, zvládá postavit komín z kostek. Zrakem dokáže vyhledat známý předmět na obrázku v oblasti pojmů, které si již osvojila. Přiřadí dvě základní barvy. Vnímá pojmy nahoře a dole, vazby „na“, „do“, „v“. Z geometrických tvarů pozná kruh, zvládá početní množství do dvou. Dívka ovládá základní prvky sebeobsluhy, nají se lžičkou a sama se napije z hrnku.

VLASTNOSTI DÍTĚTE:

Dívka je velmi živá, přátelská a veselá. S adaptací na nové prostředí nemá výraznější potíže, projevuje zájem o ostatní děti.

AKTUÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ ÚROVEŇ DÍTĚTE:

U dívky se projevuje opoždění řečového vývoje. V současné době se vyjadřuje různými výkřiky, při spontánní řeči používá zejména citoslovce, vyjadřující potřeby, přání, emoce či známé zvuky zvířat.

JAZYKOVÉ ROVINY:

Foneticko-fonologická rovina: V důsledku opoždění řečového vývoje je u dívky opožděn i vývoj motoriky mluvidel.

Morfologicko-syntaktická rovina: Dívka je v oblasti řečového vývoje zhruba na úrovni jednoho roku věku. Používá jednoslovné věty jako „Hať“, „Haló“, „Ham“, kterými na sebe upoutává pozornost. Slovní zásoba je velmi omezená, většina slov jsou citoslovce. Dívka aktivně užívá přibližně 10-20 slov.

Lexikálně-sémantická rovina: Dívka rozumí základním pokynům, reaguje na ně. Chápe pojmy já, moje.

Pragmatická rovina: Dívka využívá gesta a posunky k navázání komunikace. Ukazuje na předměty zájmu a dožaduje se reakce. O komunikaci s okolím jeví zájem, je aktivní, oční kontakt navazuje bez větších obtíží.

CÍL LOGOPEDICKÉ TERAPIE:

Logopedická terapie byla u dívky zaměřena na posílení orofaciální oblasti, na rozvoj jemné motoriky, rozvoj slovní zásoby a spontánního řečového projevu a do logopedické intervence byla zařazena dechová cvičení.

Motivace: U dívky byla využita motivace v podobě drobné sladkosti, samolepky a výběru libovolné hračky v závěru terapie. Jednotlivé činnosti byly vzhledem k věku dívky motivovány hračkami a obrázky,

Metody logopedické terapie: stimulující

Forma práce: individuální

Časová dotace: 30 minut 2x týdně

Pomůcky: obrazové materiály, zmenšeniny reálných předmětů, logopedické zrcadlo, dětský stůl s nízkými židlemi, pracovní list s pohádkou

PRŮBĚH LOGOPEDICKÉ INTERVENCE:

Logopedka č. 3

Pozorování 1

První setkání s dívkou probíhalo současně jako logopedická diagnostika. Dívku na logopedii doprovázela babička. Logopedka nejprve navázala kontakt s dívkou, poté začala vést rozhovor s doprovodem dívky. Zajímala se především o vývoj dívky od narození po současnost a potíže v oblasti logopedie. Logopedka měla zprávu od lékaře, který dívku do zařízení přijímal, tudíž měla základní informace o stavu dívky a pouze doplňovala podrobnější informace. Při přímé práci s dívkou se logopedka nejprve snažila zjistit, na jaké úrovni dívka je. Vše probíhalo hravou a nenásilnou formou.

Nejprve logopedka s klientkou stavěla komín z kostek. Dívka hezky spolupracovala, v oblasti jemné motoriky nevykazovala žádné výrazné obtíže. Kostky uchopovala konečky prstů.

Dalším bodem byla úroveň zrakového vnímání, konkrétně rozlišování barev. Zjištění probíhalo také při stavbě z barevných dřevěných kostek. Logopedka se tázala dívky: „Kdepak je zelená jako travička?“ „Ukaž mi, kde je žlutá jako sluníčko.“ Dívka označovala barvy spíše náhodně, její pozornost byla v tu chvíli rozptýlena. Při přiřazování barevné kostky do stejné barevného kelímku zvládla správně přiřadit dvě ze čtyř základních barev. Na konci logopedického sezení se logopedka zaměřila na posílení orofaciální oblasti. S klientkou se posadila před zrcadlo a společně prováděly cviky na hybnost jazyka a rtů (jazyk za zuby, olíznout rty, nafouknout tváře, vypláznout jazyk...). Jako motivace logopedce sloužil pracovní list s pohádkou „O Jazyčkovi“, kterou vymyslel logoped tohoto zařízení. Dívku zrcadlo rozptylovalo, potřebovala nám sdělit, že se v zrcadle vidí. Proto se snažila ukazovat na zrcadlo a u toho vydávala různé zvuky. Chtěla po logopedce, aby tyto zvuky komentovala a reagovala na vzniklou situaci.

Pozorování 2

Při druhém setkání se logopedka zaměřila na vyvozování citoslovců a na rozvoj spontánního řečového projevu dívky. Celá logopedická terapie probíhala hravou formou, přičemž byly využity plastové figurky zvířat a obrázky. Logopedka nejprve dívce ukazovala figurky zvířat, která měla k dispozici. Povídala si s ní o tom, kde bydlí a co je jejich potravou.

Poté chtěla po klientce, aby přiřadila zvíře k vyslovenému názvu, například: „Kdepak je koník?“ Porozumění řeči bylo na dobré úrovni, klientka zvládla správně přiřadit většinu zvířat. V další části logopedické terapie se logopedka zaměřila na zvuky, které vydávají zvířata. Nejprve dívce všechny zvuky předvedla a poté chtěla stejnou činnost předvést od ní. Dívka spolupracovala, ale některá citoslovce se vyvodit nepodařilo v důsledku špatné motoriky mluvidel. V závěru logopedické terapie probíhala opět cvičení u zrcadla na posílení orofaciální oblasti.

Pozorování 3

Třetí setkání bylo zaměřeno na dechová cvičení. Dívka přišla ve velmi dobré náladě po předchozím pobytu v mateřské škole, která se nachází přímo v zařízení. Byla nabita energií, čehož logopedka při terapii chtěla využít. Nejprve si logopedka vzala brčko a natrhané papírky a ukazovala dívce, jak za pomoci brčka dokáže všechny papírky sfouknout. Poté dala dívce také brčko, aby to mohla sama vyzkoušet. Ve foukání pokračovaly i nadále, jen bez brčka. Snažily se společně sfouknout natrhané papírky ze stolu a výdechem posunout bambuli. Dívka byla činnostmi nadšena, především proto, že se po ní nevyžadovalo sezení u stolečku na židli. Mohla se volně pohybovat po celé místnosti.

Poté si logopedka vzala jako pomůcku letadlo vyrobené ze špátlí a zkoušela s dívkou vyvozovat citoslovce „ví“, „vé“, „vá“. Slabika „ví“ šla dívce velmi pěkně. V polovině terapie již začala být její pozornost rozptýlena, zajímali ji zvuky, které slyšela z chodby nebo ostatní pomůcky v místnosti.

Dívka při terapii vydávala spontánní výkřiky, spojovala si dohromady vše, co s logopedkou při setkáních dělaly.

Pozorování 4

Poslední logopedická terapie, u které jsem byla přítomna, byla opět zaměřena na vyvozování citoslovců a rozvoj spontánního řečového projevu. Logopedka využila jako motivaci obrázky dopravních prostředků, model auta a vlastnoručně vyrobený model letadla. Vše probíhalo formou hry a povídání. V rámci rozvoje jemné motoriky si dívka všechny předměty mohla vzít do rukou a provádět s nimi pohyby, jako se skutečnými dopravními prostředky. Poté si logopedka s dívkou začala posílat dřevěný vláček po zemi a u toho vydávala různé zvuky, které se dívka snažila napodobovat. Na závěr terapie byly opět zařazeny cviky na motoriku mluvidel.

Komplexnost terapie:

Logopedická terapie byla zaměřena na oblasti vývoje, které byly u dívky důležité rozvíjet v rámci logopedie v pobytovém zařízení. Dle mého názoru zde byla snaha o multifaktoriální působení, protože terapie zahrnovala prvky na rozvoj jemné motoriky, rozvoj motoriky mluvidel, posílení orofaciální oblasti, rozvoj slovní zásoby a spontánního řečového projevu. Také byla zařazena dechová cvičení. Cílem logopedické terapie nebylo rozvíjení hrubé motoriky a pohybových dovedností, tyto oblasti dívka rozvíjela při fyzioterapii či jiných rehabilitačních procedurách v daném zařízení. Logopedická terapie byla záměrně zaměřena nejvíce na podporu rozvoje řeči.

Z rozhovoru s logopedkou:

Dle názoru logopedky, prognóza dalšího vývoje u dívky se jeví pozitivně. Byla zahájena včasná logopedická intervence, kde byl zaškolen i doprovod dívky, proto je možné provádět logopedická cvičení i v domácím prostředí a tím urychlit další vývoj. V důsledku rozvoje chůze, který se u dívky objevil teprve před několika měsíci, by se řeč mohla dostavit brzy a začít se rychle rozvíjet. Dívka by tak mohla rychle dohnat vše, v čem byla opožděna. Při dalším logopedickém působení by se logopedka chtěla zaměřit především na rozvoj slovní zásoby a porozumění mluvené řeči. Dále pak na posílení mluvidel a rozvoj zrakového a sluchového vnímání. Vše se bude odvíjet od aktuálního stavu dívky. V oblasti pomůcek logopedka využije materiály přiměřené věku dívky, v předškolním věku zvolí převážně edukativní hry a hračky, miniatury reálných předmětů a obrazové materiály.

Analýza průběhu logopedické intervence:

Při logopedickém působení byla dodržena zásada individuálního přístupu, zásada včasného začátku, zásada vývojovosti a zásada komplexnosti. Využití pomůcek bylo přizpůsobeno finančním možnostem daného zařízení, dané činnosti, věku a dovednostem dívky. Dle mého názoru byl výběr pomůcek pestrý, pomůcky byly kvalitní a variabilní. Z hlediska organizace probíhala logopedická intervence u dětského stolečku nebo na podlaze, dívka tak mohla zaujmout polohu, která jí byla pohodlná. Z hlediska časových možností byla terapie přizpůsobena možnostem daného zařízení a množství klientů. Dívce byl navrhnout rozpis dle jejích potřeb a možností. Motivace byla dostačující, dívka spolupracovala hezky, byla aktivní. Přístup logopedky byl vřelý a přátelský, přistupovala k logopedické intervenci profesionálně, zajímala se o možnosti dalšího působení.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2

Pohlaví: Chlapec

Rok narození: 2014

Diagnóza: DMO, forma pravostranná hemiparéza

ANAMNÉZA:

Chlapec pochází z úplně funkční rodiny a je jediným dítětem. V rodině se v minulosti vyskytlo nádorové onemocnění. Těhotenství matky bylo fyziologické, porod proběhl bez komplikací. Po porodu se u chlapce vyskytl kefalhematom a poporodní žloutenka. U chlapce byl opožděný psychomotorický vývoj. Zhruba v 6 měsících věku si rodiče všimli asymetrické horní končetiny. V 7 měsících se začal přetáčet na bok, v 11 měsících se postavil, ve 14 měsících začal aktivně sedět a v 18 měsících začal chodit. Chlapci byla stanovena diagnóza dětská mozková obrna, forma pravostranná hemiparéza.

Od šesti měsíců věku rehabilituje chlapec Vojtovu reflexní terapii každý den v domácích podmínkách. Jednou za měsíc navíc dochází na fyzioterapii a logopedii v místě bydliště. Okolo druhého roku věku (v roce 2016) začal chlapec používat při své komunikaci s rodinou znaky. Aktivně využívali okolo 50 znaků. Chlapec byl v době výzkumného šetření v léčebném zařízení po několikáté. Poslední pobyt byl v roce 2017, kdy se jeho stav podstatně zlepšil. Ve stejném roce nastoupil do mateřské školy. V roce 2018 podstoupil léčbu pomocí botulotoxinu.

SOUČASNOST:

Chlapec má problém s koordinací pohybů, dle slov matky často padá. V oblasti jemné motoriky preferuje levou horní končetinu, což je pochopitelné vzhledem k formě postižení. Celkově je ale jemná motorika přiměřena věku, chlapec uchopuje drobné předměty, dokáže s nimi funkčně manipulovat. Zasune předměty do drobných otvorů, dokáže sestavit skládačku, pozná hmatem odlišné předměty. Zvládá přiřadit, ukázat a pojmenovat základní barvy, dokáže vyhledat známý předmět na obrázku.

Zraková diferenciacce je v pořádku, dokáže odlišit jiný obrázek v řadě či obrázek jiné velikosti. Zvládá poskládat obrázek z několika částí a zraková paměť je také přiměřena věku. Vnímá základní předložkové vazby jako nahoře a dole, „na“, „do“, „v“, vpředu a vzadu nebo první a poslední. Sluchové vnímání je v pořádku, fonematické dvojice diferencuje. Chlapec dokáže rozpoznat známé předměty dle zvuku, známé písně podle melodie, dokáže rozlišit změnu hlásky v základních slovech. Sluchová paměť je podmíněna pozorností, chlapec zopakuje větu ze tří slov. Vyskytují se problémy v rytmizaci slov.

VLASTNOSTI DÍTĚTE:

Chlapec je nesmělý až bojácný, obtížně navazuje kontakty s vrstevníky i dospělými. Je fixovaný na matku, drží se v její blízkosti a odloučení od ní je pro něho zatím stresující. V průběhu terapií udělal v tomto ohledu posun, začal chodit na logopedii sám, přestal se tolik stydět a spolupracoval s logopedkou. Zároveň je chlapec velmi energický, má problém s udržením pozornosti. Občas je vznětlivý a urážlivý.

AKTUÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ ÚROVEŇ DÍTĚTE:

Z logopedického hlediska byla chlapci stanovena diagnóza porucha vývoje řeči. Spontánní projev chlapce je ve větách, slovní zásoba je vzhledem k věku přiměřená. Vyskytují se dysgramatismy a občasná asimilace hlásek.

Porozumění řeči je v pořádku na úrovni běžných pokynů, chlapec má problém splnit náročnější úkoly. Motorika mluvidel je lehce oslabena. Vyskytuje se rotacismus a rotacismus bohemicus. Ostatní hlásky jsou izolovaně v pořádku, v mluvním projevu se vyskytují potíže především u sykavek a vibrantů – paralálie.

JAZYKOVÉ ROVINY:

Foneticko-fonologická rovina: Motorika mluvidel je lehce oslabena. Chlapec nediferencuje sykavky, vibranty, vyskytuje se rotacismus, rotacismus bohemicus. Fonematické dvojice diferencuje, zopakuje větu ze tří slov. Vyskytují se obtíže v rytmičtosti slov, najde jednoduchý rým.

Morfologicko-syntaktická rovina: Spontánní projev chlapce je ve větách. Užívá čas minulý, přítomný, budoucí. U chlapce se objevují dysgramatismy.

Lexikálně-sémantická rovina: Chlapec rozumí běžným pokynům, má potíže při plnění náročnějších úkolů. Slovní zásoba je vzhledem k věku přiměřená, zvládá používat obtížnější pojmy, rozumí obsahu jednotlivých slov.

Pragmatická rovina: Chlapec je zpočátku nesmělý, ale o komunikaci jeví zájem, je aktivní. Dokáže navázat a udržet konverzaci, vyjadřovat svá přání a emoce, vyprávět o svých zážitcích.

CÍL LOGOPEDICKÉ TERAPIE:

Logopedická terapie byla u chlapce zaměřena na komplexní rozvoj řečového vyjadřování, na stimulaci sluchového a zrakového vnímání, na rozvoj jemné motoriky a posílení orofaciální oblasti.

Motivace: U chlapce byla využita motivace v podobě razítka, samolepky a pochvaly od matky. Jednotlivé činnosti byly motivovány především obrazovými materiály a pracovními listy.

Metody logopedické terapie: korigující

Forma práce: individuální

Časová dotace: 30 minut 2x týdně

Pomůcky: obrazové materiály, pracovní listy, logopedické zrcadlo, edukativní hry, knihy, dětský stůl se židlemi

PRŮBĚH LOGOPEDICKÉ INTERVENCE:

Logopedka 2

Pozorování 1

Při prvním logopedickém setkání, kdy jsem měla možnost se s chlapcem setkat, byla logopedická terapie zaměřena na rozvoj paměti, porozumění obsahu řeči a pojmů a posílení orofaciální oblasti. Chlapec přichází v doprovodu matky, která je přítomna po celou dobu terapie. Na začátek si logopedka vzala jako pomůcku miniaturu nákupního košíku a k tomu edukační hru „To znám“ od Trefla. Společně s chlapcem si hrála na nakupování. Logopedka dávala do košíku vybrané obrázky, které si měl chlapec zapamatovat. Jeho pozornost byla narušena, nesoustředil se, což ovlivnilo celý průběh a výsledky činnosti. Poté si logopedka vzala 4 stěžejní pojmy a chlapec měl za úkol určit, který z pojmů do skupiny nepatří. Spolupráce s chlapcem byla obtížná, proto danou činnost provedli pouze jednou. Logopedka musela chlapce neustále přemlouvat a motivovat. Při neúspěchu nebo napomenutí se urazil a nechtěl spolupracovat. Na závěr logopedické terapie byla zařazena cvičení na posílení orofaciální oblasti, především cviky na hybnost jazyka.

Pozorování 2

Při mém druhém setkání s chlapcem se logopedka zaměřila na rozvoj jemné motoriky, sluchového vnímání a tvoření rýmů. Jako pomůcku využila nejprve dřevěnou destičku s obrázky a tvary zvířat. V rámci rozvíjení hybnosti pravé horní končetiny nabádala chlapce, aby tuto končetinu více zapojoval při uchopování předmětů. Chlapec měl zasunovat tvary do správných okének a u toho společně s logopedkou pojmenovávat jednotlivá zvířata. Dále byl s chlapcem rozvíjen fonematický sluch, konkrétně tvoření rýmů. Za pomoci výběru z obrázků měl chlapec doplnit rýmy do říkanky. Klient už se s tímto cvičením setkal dříve, proto znal říkanku nazpaměť. Logopedka proto zvolila náhradní činnost, tvoření dvojic (rýmu)

na základě obrázků. Na závěr logopedické terapie byla zařazena činnost na rozvoj pozornosti, společenská hra „Dobble“, kde je cílem co nejrychleji najít symbol, který protíná více karet současně.

Pozorování 3

Na třetí setkání chlapec přichází opět velmi stydlivý, bylo pro něho stresující opustit matku. Po příchodu do místnosti bylo vše v pořádku, v zápětí se osmělil a byl ochotný spolupracovat. Logopedka zahájila terapii cvičením před zrcadlem, zaměřenou na posílení orofaciální oblasti. Chlapec už cviky znal, proto logopedka dbala především na správné provedení daných cviků. V další části terapie byl veden rozhovor na téma „Čtvero ročních období“. K činnosti byly využity obrazové materiály. Chlapec měl přiřadit obrázky typické pro dané roční období. Činnost byla zaměřena na souvislý mluvní projev a porozumění obsahu mluvené řeči.

Pozorování 4

Čtvrtá a zároveň poslední logopedická terapie, kdy jsem se mohla s chlapcem setkat, byla zaměřena na rozvoj zrakového vnímání, paměti a jemné motoriky.

K rozvoji zrakového vnímání zvolila logopedka knihu, která byla přímo pro tuto činnost určena. V knize byla dvojstránka plná obrázků, na které měl chlapec najít konkrétní obrázky, které mu logopedka postupně zadávala. Na obrázcích se nacházely i dopravní prostředky nebo například věci potřebné na stavbu. Potvrdilo se, že se chlapcova slovní zásoba rozvíjí dobře, protože v mluvním projevu ovládal náročnější pojmy jako trolejbus, míchačka, malta a podobně.

Paměť je u chlapce ovlivněna narušením pozornosti. Logopedka s ním opět trénovala zapamatování obrázků, které nejprve vyskládala na stůl a poté zakryla. Chlapec byl nesoustředěný, při neúspěchu odmítal dál spolupracovat.

Pro rozvoj jemné motoriky zvolila logopedka pracovní list, který vložila do popisovací folie. Chlapec měl spojit nadřazený pojem s pojmy podřazenými. Chlapec byl při spojování obrázků velmi pečlivý, zaměřoval se na detaily. Dominantní u něho byla levá horní končetina, proto se logopedka zaměřovala na uchopování tužky do pravé ruky. Neobratnost pravé horní končetiny vyžadovala více času na vypracování úkolu.

Komplexnost terapie:

Chlapec dochází na logopedii v místě bydliště, proto bylo v rámci logopedických terapií v léčebném zařízení vypíchnuto jen několik nejdůležitějších bodů.

Logopedická terapie byla zaměřena na správnou výslovnost, rozvoj sluchového vnímání a paměti, porozumění mluvené řeči a rytmizaci, protože s tím má chlapec největší potíže. Cílem logopedické intervence nebyl rozvoj hrubé motoriky a pohybových dovedností. Tuto oblast chlapec rozvíjel na fyzioterapii po celou dobu pobytu v léčebném zařízení.

Z rozhovoru s logopedkou:

Podle slov logopedky je patrné, že chlapec dělá velké pokroky. Na základě lékařských zpráv je zjevné, že se chlapec s každým dalším pobytem v léčebném zařízení posouvá vpřed. Při tomto pobytu udělal výrazný posun v oblasti socializace, začal docházet na logopedii bez doprovodu, začal spolupracovat s logopedkou. Podle logopedky je prognóza dalšího vývoje příznivá. Do budoucna se při práci s klientem zaměří na pokračování v současném terapeutickém plánu. Postupně se bude zabývat úpravou gramatické stránky řeči, rozvojem paměti a porozuměním mluvené řeči. Nadále bude pokračovat v rozvíjení slovní zásoby. Využití pomůcek se s přibývajícím věkem změní, po nástupu do školy by více využívala pracovní listy a knihy, edukativní a logické hry.

Analýza průběhu logopedické intervence:

Při logopedické intervenci byla dodržena zásada individuálního přístupu, zásada rytmizace a zásada vývojovosti.

Využití pomůcek bylo přizpůsobeno materiálnímu zabezpečení daného zařízení, preferenci dané logopedky a konkrétním činnostem. Při výběru pomůcek rozhodoval věk a dovednosti dítěte. Logopedka využívala při své práci pomůcky, které si často sama vytvořila.

Z hlediska organizace probíhala logopedická intervence u dětského stolečku, chlapcův stav to umožňoval. Z hlediska časových možností byla terapie přizpůsobena možnostem daného zařízení a množství klientů. Chlapci byl navrhnout rozpis dle jeho potřeb a možností. Spolupráce s chlapcem byla někdy obtížná, proto byla důležitá oblast motivace. Podle mého názoru byl chlapec motivován dostatečně, všemi možnými prostředky. Přístup logopedky byl vřelý a přátelský, byla velmi aktivní a kreativní. Snažila se o vytvoření pestrého terapeutického plánu, měla profesionální přístup při rozhovoru s doprovodem dítěte.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3

Pohlaví: Chlapec

Rok narození: 2012

Diagnóza: DMO forma těžká spastická kvadruparéza s levostrannou akcentací,

ANAMNÉZA:

Chlapec pochází z nefunkční rodiny, je jediným dítětem v rodině. Rodiče se o chlapce nestarali tak, jak by odpovídalo jeho specifickým potřebám, proto je nyní v péči dědečka, který chlapce doprovázel i na terapie v léčebném zařízení. Chlapec pochází z rizikového těhotenství. Při porodu nastali komplikace, chlapec byl přidušen a následně bojoval o život. Hned po narození byla chlapci stanovena diagnóza dětská mozková obrna, forma těžká spastická kvadruparéza s levostrannou akcentací. Chlapec rehabilituje od 4 měsíců věku, a to především Vojtovu reflexní terapii. Dále mu byla doporučena bazální stimulace orofaciální oblasti, míčkování obličeje dle Jebavé a bodová terapie dle konceptu Bobathových. Pečující osoba je zaškolená v rehabilitaci, proto chlapec může rehabilitovat doma. Zároveň dochází pravidelně na fyzioterapii a logopedii v místě bydliště. V době realizace výzkumného šetření chlapec nedokázal navázat žádný oční kontakt a neudržel pozornost.

SOUČASNOST:

Chlapec nechodí, jako kompenzační pomůcka mu slouží speciální kočárek. Jemná motorika je výrazně omezena vzhledem k zvýšenému svalovému napětí. Chlapec dokáže uchopit větší předměty celou dlaní, preferuje pravou horní končetinu. Kresba je na úrovni čáranic. Sluchové vnímání nelze blíže posoudit, chlapec dokáže lokalizovat zvuk a pozná známé předměty podle zvuku, reaguje na zvuky zvířat. V oblasti zrakového vnímání nemám dostačující informace o stavu chlapce, rozpozná známé předměty. V oblasti sebeobsluhy je chlapec zcela závislý na pečující osobě, nosí pleny.

VLASTNOSTI DÍTĚTE:

Z celkového projevu chlapce, především z výrazu jeho tváře, bylo patrné, že je živý, veselý a přátelský. Rád navazuje nové vazby, s adaptací na nové prostředí nemá potíže.

AKTUÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ ÚROVEŇ DÍTĚTE:

Z logopedického hlediska byla chlapci stanovena diagnóza opožděný vývoj řeči a spastická dysartrie – narušení motorické realizace řeči. U chlapce se vyskytuje hypersalivace. V současné

době se řečová produkce u chlapce téměř nevyskytuje, chlapec na sebe upozorňuje výkřiky a posunky. V oblasti řečového vývoje je na úrovni preverbálního stádia.

JAZYKOVÉ ROVINY:

Foneticko-fonologická rovina: V důsledku opoždění řečového vývoje je u chlapce opožděn i vývoj motoriky mluvidel. Spastická dysartrie ovlivňuje artikulaci, chlapec není schopen cíleně ovládat orofaciální oblast a tvořit hlásky.

Morfologicko-syntaktická rovina: Chlapec je v oblasti řečového vývoje na úrovni preverbálního stádia, projevuje se výkřiky.

Lexikálně-sémantická rovina: Chlapec reaguje na mluvenou řeč, rozumí jednoduchým pokynům. Slovní zásoba je omezena v rozsahu pojmů využívaných při každodenních činnostech a na oblast zájmu (zvířata).

Pragmatická rovina: Chlapec využívá k navázání komunikace křik a posunky. O komunikaci s okolím jeví zájem, je aktivní a zvědavý. Není schopen navázat oční kontakt.

CÍL LOGOPEDICKÉ TERAPIE:

Logopedická terapie u chlapce byla zaměřena na rozvoj navázání očního kontaktu a zavedení funkčního komunikačního systému. Dalším cílem bylo uvolňování orofaciální oblasti a rozvoj jemné motoriky.

Motivace: U chlapce byla využita motivace v podobě knížky se zvuky zvířat, figurky koně a ozvučených hraček. Jednotlivé činnosti byly motivovány pomocí hraček a obrazových materiálů.

Metody logopedické terapie: stimulující

Forma práce: individuální

Časová dotace: 30 minut 1x týdně

Pomůcky: speciální kočárek, obrazové materiály, hračky, knihy, logopedické zrcadlo, molitanový míček, CD přehrávač

PRŮBĚH LOGOPEDICKÉ INTERVENCE:

Logopedka č.1

Pozorování 1

První setkání probíhalo formou seznámení s chlapcem a jeho doprovodem. Na logopedické terapie doprovázel chlapce dědeček. Chlapec byl při všech setkáních posazen ve speciálním

kočárku. Logopedka nejprve navázala kontakt s klientem pomocí rozhovoru. Klient reagoval libými zvuky, byl vidět jeho spokojený výraz. Poté pokračovala v rozhovoru s doprovodem chlapce, kdy se zaměřila na shrnutí celkového stavu klienta a jeho obtíže v oblasti logopedie. Pro první kontakt s klientem zvolila logopedka obrázkovou knížku se zvuky zvířat. Klient reagoval kladně a radostně, především na zvuk koně, protože má koně velmi rád. Logopedka se při rozhovoru tázala klienta na konkrétní zvířata z knihy. „Copak je to za zvířátko? Je to koník?“ „Je tohle prasátko?“ Klient reagoval hlasitým výskáním, byla zde snaha o označení dotykem, ale v důsledku postižení to šlo velmi obtížně. Klient rychle ztrácel pozornost, rozptylovalo ho vše kolem.

Pozorování 2

Po předchozí zkušenosti, kdy klient kladně reagoval na zvuky zvířat, zvolila logopedka na úvod logopedické terapie dětské písničky, které klientovi pouštěla na CD přehrávači. Současně prováděla stimulaci orofaciální oblasti z konceptu bazální stimulace. Pro podporu rozvoje jemné motoriky půjčila logopedka klientovi ozvučené hračky. Klient jevil obtíže při uchopení předmětů, ale nakonec se podařilo uchopit předmět celou dlaní. V poslední části terapie využila logopedka opět obrázkovou knihu se zvířaty, kdy kladla důraz na vyvozování spontánních zvuků u klienta a na navázání očního kontaktu. To bylo v důsledku postižení obtížné až nemožné.

Pozorování 3

Při třetím setkání se logopedka zaměřila na rozvoj jemné motoriky. Klient obdržel papír a tužku a tématem pro kresbu bylo nejoblíbenější zvíře. Klient uchopil tužku celou dlaní, kresba je na úrovni čaranic. Preference pravé horní končetiny je pochopitelná vzhledem k formě postižení. Hybnost končetiny je značně omezena. Logopedka v rámci rozhovoru s klientem došla k závěru, že klient zřejmě nakreslil koně, protože je to jeho oblíbené zvíře. Načež chlapec vydával libé výkřiky radosti.

Následně logopedka začala provádět míčkování z konceptu bazální stimulace. Zaměřila se na orofaciální oblast a oblast horních končetin. Klient se zklidnil, bylo vidět, že je mu to příjemné.

Pozorování 4

Při posledním setkání logopedka s klientem opakovala povídání o zvířatech. Jako pomůcku opět zvolila obrázkovou knihu se zvuky a zaměřila se na spontánní zvuky klienta. Motivovala

ho k tomu, aby zopakoval zvuky zvířat. Na klientovi byla vidět snaha, bohužel nebylo možné zvuky provést. Později zvolila logopedka miniatury zvířat a hrála si s klientem na farmu. Vše ve snaze vyvodit nějaké zvuky a rozvíjet jemnou motoriku chlapce

Na závěr logopedické terapie provedla logopedka ještě masáž orofaciální oblasti za doprovodu relaxační hudby.

Komplexnost terapie:

Logopedická terapie u chlapce nebyla zaměřena na komplexní rozvoj celé osobnosti. U chlapce bylo primárním cílem zavedení funkčního komunikačního systému do běžného života, pro komunikaci s rodinou a okolím, k vyjadřování potřeb a přání. Dále byla terapie zaměřena na stimulaci orofaciální oblasti a rozvoj jemné motoriky, což mělo přispět k rozvoji v oblasti řeči. Cílem logopedické terapie nebyl rozvoj hrubé motoriky a pohybových dovedností.

Z rozhovoru s logopedkou:

Podle slov logopedky se prognóza dalšího vývoje u chlapce nedá předvídat. Chlapec dělá drobné pokroky v určitých oblastech vývoje, ale celkový vývoj je opožděný. Zlepšení zdravotního stavu stojí pečující osobu velké úsilí a každodenní rehabilitaci s dítětem v domácích podmínkách. V budoucnosti bude logopedka při logopedické terapii dále usilovat o zavedení funkčního komunikačního systému, případně o jeho rozvoj a ukotvení. Dále bude podporovat rozvoj řeči, sluchového a zrakového vnímání. Vše se bude odvíjet od aktuálního stavu dítěte.

Pro práci s klientem zvolí pomůcky, odpovídající jeho úrovni vývoje, rozumovým schopnostem a dané činnosti, především hračky, zmenšeniny reálných předmětů, obrazové materiály nebo ozvučené předměty.

Analýza průběhu logopedické intervence:

Při logopedické intervenci byla dodržena zásada individuálního přístupu, zásada vývojovosti a zásada reflexnosti.

Využití pomůcek bylo přizpůsobeno materiálnímu zabezpečení daného zařízení, rozumovým a motorickým schopnostem dítěte a jeho zájmům. Logopedka využívala při své práci pomůcky, které si často sama vytvořila.

Z hlediska organizace byl chlapec umístěn ve speciálním kočárku, kde bylo možné upravit polohu klienta podle aktuální potřeby. Z hlediska časových možností byla terapie přizpůsobena možnostem daného zařízení a množství klientů. Chlapci byl navrhnout rozpis dle

jeho potřeb a možností. Motivace byla dostačující, klient byl při práci aktivní, v rámci svých možností se snažil o spolupráci. Přístup logopedky byl profesionální, klidný a přátelský, snažila se o vytvoření příjemné atmosféry pro klienta i jeho doprovod. Aktivně si doplňovala informace týkající se možností logopedického působení u daného klienta.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4

Pohlaví: Chlapec

Rok narození: 2010

Diagnóza: DMO forma spastická kvadruparéza

ANAMNÉZA:

Chlapec pochází z úplné rodiny a má jednoho staršího sourozence. Matka trpí hypotyreózou.

Chlapec se narodil z fyziologického těhotenství, porod proběhl v pořádku, bez komplikací. Po narození měl chlapec mírnou novorozeneckou žloutenku.

Zpočátku se vyvíjel jako zdravý kojeneček. Kolem 8. měsíce věku si rodiče všimli opožděného psychomotorického vývoje. Po návštěvě neurologa byla chlapci diagnostikována dětská mozková obrna, forma spastická kvadruparéza. Od 10. měsíce věku začali rodiče s chlapcem docházet na fyzioterapii a začali cvičit Vojtovu reflexní terapii. Ve 12 měsících se chlapec začal přetáčet na bok a na břicho. V letech 2014-2016 podstoupil léčbu pomocí botulotoxinu. Doma s ním rodiče cvičí Vojtovu reflexní terapii a terapii dle konceptu Bobathových. Z hlediska řeči byl chlapec v 5 letech na úrovni preverbálního stádia, žvatlal a používal 2 významová slova k vyjádření nesouhlasu a potřeby jídla. Dále se u chlapce objevovalo několik neverbálních signálů, například vyjádření radosti či rozzlobení.

V léčebném zařízení byl již několikrát. Od pobytu v roce 2015 přišlo zlepšení. Došlo k rozšíření slovní zásoby a k zařazení alternativní komunikace cíleným očním pohledem. U chlapce se také výrazně zlepšilo polykání. V roce 2017 chlapec podstoupil operaci kyčlí v celkové anestezii. Podle slov matky došlo k regresi vývoje.

SOUČASNOST:

V současné době chlapec navštěvuje základní školu speciální v místě bydliště, dochází 1x týdně na fyzioterapii a 3x týdně má rehabilitaci ve speciální škole. Pravidelně dochází i na logopedii. Chlapec nechodí, jako kompenzační pomůcka mu slouží speciální kočárek. Hybnost končetin je značně omezena v důsledku zvýšeného svalového napětí, chlapec zvládne uchopit předmět celou dlaní pouze s dopomocí. O zrakovém vnímání chlapce nemám dostačující informace, rozezná známé předměty a základní barvy. Sluchové vnímání nemohu objektivně posoudit, chlapec reaguje kladně na hudbu a zvuky zvířat, rozezná známé zvuky a hlasy, lokalizuje směr zvuku. V oblasti sebeobsluhy je zcela závislý na pečující osobě, nosí pleny. Chlapec má problémy s polykáním, je krmen v polosedě nebo v krmící židli.

VLASTNOSTI DÍTĚTE:

Z výrazu tváře soudím, že je chlapec vnitru veselý, přátelský, milý a klidný. Rád žertuje s okolím. Je zvyklý být obklopen lidmi, s adaptací na nové prostředí nemá výraznější potíže. Rád se seznamuje s novými lidmi, jeví zájem o ostatní děti.

AKTUÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ ÚROVEŇ DÍTĚTE:

Z logopedického hlediska byla chlapci stanovena diagnóza vývojová spastická dysartrie. V současné době se u chlapce řečová produkce téměř nevyskytuje, projevuje se pomocí neverbálních signálů, kterými vyjadřuje své emoce. Při alternativní komunikaci dokáže pohledem označit jmenovanou variantu.

JAZYKOVÉ ROVINY:

Foneticko-fonologická rovina: Hybnost orofaciální oblasti je v důsledku spasticity značně omezena, hybnost jazyka je narušena, jazyk je oslabený. Spastická dysartrie ovlivňuje artikulaci, chlapec není schopen cíleně ovládat oblast mluvidel a tvořit hlásky.

Morfologicko-syntaktická rovina: Chlapec je v oblasti řečového vývoje na úrovni preverbálního stádia, projevuje se pomocí neverbálních signálů.

Lexikálně-sémantická rovina: Chlapec reaguje na mluvenou řeč, rozumí jednoduchým pokynům. Slovní zásoba je omezena, chlapec se nachází v rozsahu pojmů využívaných při každodenních činnostech. Zná členy rodiny, základní barvy, dopravní prostředky nebo zvířata.

Pragmatická rovina: Chlapec využívá k navázání komunikace neverbální signály a posunky. Zájem o komunikaci závisí na aktuálním zdravotním stavu chlapce, při komunikaci je spíše pasivní. Oční kontakt naváže bez větších obtíží.

CÍL LOGOPEDICKÉ TERAPIE:

Logopedická terapie u chlapce byla zaměřena na rozvoj funkčního alternativního komunikačního systému, komunikaci přes počítač pomocí cílených očních pohybů.

PRŮBĚH LOGOPEDICKÉ TERAPIE:

Logopedka č. 2

Pozorování 1

První setkání probíhalo formou seznámení s chlapcem a jeho doprovodem. Na první setkání doprovázela chlapce maminka. Ta s sebou přinesla notebook s počítačovým programem

Spektra, který měli nově k dispozici. Logopedka vedla rozhovor s maminkou o celkovém stavu chlapce a o problémech vyskytujících se v oblasti logopedie. Maminka logopedce ukázala, jak spolu s chlapcem pracují s novým programem a jak je vybaven. Protože chlapec dochází na logopedii i v místě bydliště, domluvila se logopedka s maminkou, že společně navážou a doplní práci jejich logopedky. Proto všechna logopedická setkání budou zaměřena především na zavedení nového komunikačního systému do chlapcova života.

Chlapec bude při všech setkáních posazen ve speciálně upraveném kočárku a logopedické terapie budou časově voleny tak, aby chlapec zvládl co nejdéle udržet pozornost. Nejvhodnější je pro něho ráno nebo „prázdné okénko“ v rozvrhu dne, kdy nepřichází z jiné terapie a mohl před logopedií odpočívat na svém pokoji.

Pozorování 2

Při dalším setkání se logopedka s chlapcem zabývala novým programem Spektra. K notebooku se připevnila speciální lišta, která snímá oční pohyby. Chlapec tak může pomocí zraku ovládat počítač a tím komunikovat se svým okolím. Všechno chce samozřejmě čas a nácvik manipulace s novým programem. Při nácviku se logopedka s chlapcem zaměřila především na výběr z možností v oblasti rodina, kterou měl chlapec znázorněn reálnými fotografiemi vlastní rodiny. Za účasti maminky, pokládala logopedka chlapci otázky týkající se rodiny, například: „Která babička má doma psa?“ Chlapec se snažil o spolupráci, vše bylo ale časově náročné.

Pozorování 3

Při dalším setkání si logopedka chtěla ověřit, zda chlapec rozumí mluvené řeči. Při minulých setkáních byl jeho výběr ze dvou možností dosti nejednoznačný, což mohlo být způsobeno různými vlivy. Logopedka si při tomto setkání vzala jako pomůcku tištěné obrázky zvířat, na kterých opět s klientem trénovala označení pohledem při výběru ze dvou variant. Časově to opět bylo velmi náročné a zdaleka ne tak úspěšné jako výběr v počítačovém programu. Ve zbytku času logopedka prováděla s klientem prvky bazální stimulace, se zaměřením na orofaciální oblast.

Pozorování 4

Při posledním setkání měla logopedka připravené reálné předměty, na kterých chtěla s klientem opět vyzkoušet porozumění mluvené řeči a výběr ze dvou možností. Tato činnost se ukázala jako nejvíce náročná, protože chlapec hleděl pouze na předměty, které ho něčím zaujali.

Logopedka tedy přešla opět k nácviku za pomoci počítačového programu. V závěru terapie pustila chlapci relaxační hudbu na celkové uvolnění atmosféry. Chlapec reagoval velmi kladně, hudba se mu líbila. Dával to najevo libými zvuky a pokusem o úsměv. Logopedka současně za doprovodu hudby prováděla stimulaci orofaciální oblasti.

Motivace: U chlapce byla zvolena motivace v podobě hudby a pochvaly.

Metody logopedické terapie: stimulující

Forma práce: individuální

Časová dotace: 30 minut 1x týdně

Pomůcky: speciální kočárek, počítačový program Spektra, lišta na zachycení pohledu, notebook, obrazové materiály, reálné předměty

Komplexnost terapie:

Logopedická terapie nebyla zaměřena na komplexní rozvoj osobnosti dítěte z důvodu nedostatku času. Terapie u chlapce byla zaměřena především na zařazení funkčního komunikačního systému do života chlapce a jeho rodiny. Důvodem bylo navázání na dlouhodobý funkční terapeutický plán jiné logopedky. Pro podporu rozvoje řeči byla zařazena stimulace orofaciální oblasti.

Z rozhovoru s logopedem:

Podle slov logopedky se prognóza dalšího vývoje u chlapce nedá předvídat, předpokládaný posun v řečovém vývoji ale nehodnotí příliš pozitivně. Chlapcův vývoj podle slov matky v poslední době stagnoval, proto je otázkou, zda se jeho zdravotní stavlepší či nikoliv. Do budoucna bude logopedka při logopedické terapii usilovat o ukotvení a prohloubení funkčního komunikačního systému. Dále bude pokračovat ve stimulaci orofaciální oblasti a zaměří se na rozvoj jemné motoriky. V neposlední řadě se zaměří také na rozvoj slovní zásoby a porozumění mluvené řeči. Vše se bude odvíjet od aktuálního stavu dítěte.

Pro práci s klientem bude vybírat pomůcky, odpovídající jeho úrovni vývoje, rozumovým schopnostem a dané činnosti, především počítačový program Spektra, který je možné různě modifikovat, dále pak obrazové materiály, fotografie nebo reálné předměty či jejich zmenšeniny.

Analýza průběhu logopedické intervence:

Při logopedické intervenci byla dodržena zásada individuálního přístupu, zásada vývojovosti a zásada reflexnosti.

Využití pomůcek bylo přizpůsobeno materiálnímu zabezpečení daného zařízení, rozumovým a motorickým schopnostem dítěte a dané činnosti. Logopedka využívala při své práci pomůcky, které si často sama vytvořila.

Z hlediska organizace byl chlapec umístěn ve speciálním kočárku, kde bylo možné upravit polohu klienta podle aktuální potřeby. Z hlediska časových možností byla terapie přizpůsobena potřebám klienta, byla realizována v části dne, kdy byl klient na vrcholu svých možností. Motivace byla v dané situaci dostačující, spolupráci klienta ovlivňoval především jeho zdravotní stav a emoční rozpoložení. Klient byl při práci spíše pasivní, přesto se v rámci svých možností snažil o spolupráci. Přístup logopedky byl profesionální, klidný a přátelský, snažila se o vytvoření příjemné atmosféry pro klienta i jeho doprovod. Aktivně si doplňovala informace týkající se možností logopedického působení u daného klienta, zajímala se o modifikace počítačového programu.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 5

Pohlaví: Chlapec

Rok narození: 2006

Diagnóza: DMO, forma levostranná hemiparéza s akcentem na levou dolní končetinu
Dětský autismus

ANAMNÉZA:

Chlapec pochází z funkční úplné rodiny a má dva starší sourozence. Chlapec se narodil z rizikového těhotenství. Při porodu nastaly komplikace, měl omotaný pupečník kolem krku a musel být kříšen. Ve třech měsících se u chlapce začal projevovat špatný zrakový vývoj. Po vyšetření odborným lékařem mu byl zjištěn nystagmus a myopie.

Psychomotorický vývoj dítěte byl opožděn, od 4 měsíců se chlapec začal přetáčet na bok, ve 12 měsících začal chodit. Od 9 měsíců byl sledován na neurologii. Chlapci byla stanovena diagnóza dětská mozková obrna, forma levostranná hemiparéza s akcentem na levou dolní končetinu. V 10 měsících věku se u chlapce začaly objevovat afektivní záchvaty. Ve čtyřech letech podstoupil léčbu botulotoxinem. Postupem času se chlapci zhoršoval zrak a byl mu diagnostikován dětský autismus. Chlapec navštěvuje léčebné zařízení opakovaně. V roce 2015 došlo k posunu v řečové oblasti, vyskytoval se rotacismus + rotacismus bohemicus. Od roku 2017 už dokáže vést rozhovor.

SOUČASNOST:

V současné době je chlapec těžce slabozraký do dálky i na blízko, jako kompenzační pomůcka mu slouží dioptrické brýle a pes pro nevidomé. Hrubá a jemná motorika je narušena v důsledku postižení, převládá preference pravé horní i dolní končetiny. Sluchové vnímání je přiměřené věku. U chlapce se objevují echolálie, stereotypie, hra je nefunkční. Řeč se u chlapce vyskytuje od šesti let ve třetí osobě. V oblasti sebeobsluhy nevykazuje výraznější obtíže.

V současné době navštěvuje základní školu speciální, prospívá dobře.

VLASTNOSTI DÍTĚTE:

Chlapec je velmi pečlivý a snaživý, často bývá nerozhodný a nejistý. Je veselý, komunikativní, vyhledává společnost lidí. S adaptací na nové prostředí nemá potíže, rád se seznamuje s novými vrstevníky. Je slušný, umí jednat s dospělými.

AKTUÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ ÚROVEŇ DÍTĚTE:

Z logopedického hlediska byla chlapci stanovena diagnóza dyslalie a rhinofonie. Od posledního pobytu, kdy byla upevňována hláska „Ř“ se řečový projev výrazně zlepšil. Hláska „Ř“ je již automatizována, přetrvává zvýšená nosovost. Při rychlém řečovém tempu se vyskytuje nedbalá artikulace, při upozornění je chlapec schopen sám dbát na lepší srozumitelnost mluvního projevu.

JAZYKOVÉ ROVINY:

Foneticko-fonologická rovina: Automatizovaná hláska „Ř“, vyskytuje se nedbalá artikulace při rychlém řečovém tempu. U chlapce přetrvává zvýšená nosovost.

Morfologicko-syntaktická rovina: Spontánní projev chlapce je ve větách, bez obtíží používá dlouhá souvětí. Užívá čas minulý, přítomný, budoucí. Občas se vyskytují dysgramatismy.

Lexikálně-sémantická rovina: Porozumění řeči je z velké části ovlivněno diagnózou dětský autismus. Chlapec rozumí běžné řeči, potíže se vyskytují v porozumění náročnějším pokynům. Při chybném splnění úkolu se začne omlouvat („Promiň, že jsem to nevěděl...“). Slovní zásoba je přiměřená věku, stále se rozvíjí.

Pragmatická rovina: Chlapec je v komunikaci aktivní. Dokáže navázat a udržet konverzaci, vyjadřovat svá přání a emoce, vyprávět o svých zážitcích.

CÍL LOGOPEDICKÉ TERAPIE:

Logopedická terapie u chlapce byla zaměřena na tvorbu vět a větného vyjadřování, na zlepšení kvality spontánního řečového projevu, rozvoj jazykového citění a čtení s porozuměním. Byly zařazeny činnosti na rozvoj zrakového vnímání.

PRŮBĚH LOGOPEDICKÉ INTERVENCE:

Logopedka č. 2

Pozorování 1

První setkání s chlapcem (i každé další), zahájila logopedka rozhovorem. U klienta se zaměřovala na srozumitelnost mluvního projevu a gramatickou stavbu vět a souvětí. Logopedka si s chlapcem povídala o předešlém dni, o plánech na víkend nebo o tom, co bylo v zařízení k snídani či obědu. Další činností byla hra „Pexeso“, kdy každá dvojice kartiček obsahovala hádanku s odpovědí. Kartičky byly označeny i barevně pro případ, kdy hráč nezná správnou odpověď. Pro podporu porozumění psanému textu a mluvené řeči, použila logopedka pracovní

list, kde byla různá přirovnání doplněna ilustračními obrázky. Chlapec měl daná přirovnání přečíst a spojit s obrázkem. Nejobtížnější pro chlapce bylo poznat, co je na obrázku. Například: Je chytrý jako... + obrázek lišky. Na závěr logopedické terapie si chlapec vybral hru „Dobble“, která podporuje rozvoj zrakového vnímání a pozornost.

Pozorování 2

Druhé setkání s chlapcem zahájila logopedka opět rozhovorem. Chlapec popisoval, jak byl s rodinou na výletě a co všechno v ten den zažil. Pro podporu rozvoje zrakového vnímání a rozšiřování slovní zásoby logopedka využila knihu „Pro bystré oči“, kde byla dvojstrana plná obrázků. Téma bylo povolání. Chlapec měl nejprve pojmenovat zobrazená povolání a poté k nim přiřadit obrázky, které se k danému pojmu hodí. Například: Kadeřník – hřeben – fén na vlasy – nůžky.

V další části logopedické terapie se logopedka zaměřila na čtení s porozuměním. Chlapec měl nejprve přečíst zadaný text a poté stručně převyprávět, o čem příběh byl.

Na závěr terapie si chlapec vybral hru „Hádej, kdo“. Hlavní téma hry bylo zvíře. Chlapec měl ve své mysli vybrat zvíře, které logopedce popíše slovy tak, aby uhodla, o jaké zvíře se jedná. Cílem byl rozvoj mluvené řeči a správná gramatická stavba vět a souvětí. Chlapec popisoval vymyšlené zvíře dost stroze, při popisu chyběly doplňující informace, především popis vlastností a využití přídavných jmen. Například: „Je to zvíře, žije v lese, má čtyři nohy a hnědou barvu.“

Pozorování 3

Po úvodním rozhovoru s klientem logopedka opět využila knihu „Pro bystré oči“, kde bylo další téma obchody a nakupování. Činnost probíhala podobně jako na minulém setkání, s tím rozdílem, že chlapec měl pojmenovat obchody a přiřadit ke každému obchodu potraviny, které zde můžeme koupit. Další činností byly jednoduché jazykolamy pro posílení motoriky mluvidel. Na závěr logopedické terapie byla opět zvolena hra „Hádej, kdo“. Tentokrát bylo téma dopravní prostředky.

Pozorování 4

Při posledním setkání s chlapcem byla terapie zahájena opět rozhovorem. Dále navázala logopedka novými jazykolamy a další činností bylo čtení s porozuměním. Tentokrát logopedka využila krátké texty s vtipným příběhem. Na závěr logopedické terapie si chlapec opět zvolil

hru „Dobble“. Po celou dobu terapií rád soutěžil s logopedkou a výhra pro něho byla velmi motivující.

Motivace: U chlapce byla využita motivace v podobě soutěží a hádanek, libovolná volba činnosti v závěru terapie.

Metody logopedické terapie: korigující

Forma práce: individuální

Časová dotace: 30 minut 2x týdně

Pomůcky: pracovní listy, knihy, edukativní hry

Komplexnost terapie:

Logopedická terapie nebyla zaměřena na komplexní rozvoj osobnosti dítěte. U chlapce bylo hlavním cílem doladit řeč a větné vyjadřování a zaměřit se na posílení spontánního mluvního projevu. Důležitým bodem byla správná artikulace a čtení s porozuměním.

Chlapec je v dlouhodobé logopedické péči, proto terapie v léčebném zařízení navazovala na předchozí logopedický plán.

Z rozhovoru s logopedkou:

Podle slov logopedky je tento chlapec jedním z případů, kdy dítě s diagnózou dětská mozková obrna udělalo tak zjevný pokrok v celkovém vývoji. Za tu dobu, co navštěvuje léčebné zařízení, jsou pokroky opravdu viditelné a v podstatě se blíží ke konci své logopedické cesty. Pokud bude nutné v logopedické intervenci pokračovat, logopedka by dále rozvíjela oblast řečového vývoje a pilovala všechny nedokonalosti v řečovém projevu. Změnila by obtížnost pomůcek, aby se přizpůsobila věku a znalostem klienta.

Analýza realizace logopedické intervence:

Při logopedické intervenci byla dodržena zásada individuálního přístupu a zásada vývojovosti. Využití pomůcek bylo přizpůsobeno především věku klienta, jeho rozumovým znalostem a dovednostem a daným činnostem. Z hlediska organizace probíhaly logopedické terapie u klasického stolu, nebylo třeba žádných speciálních opatření. Z hlediska časových možností také nebyla nutná žádná úprava pro potřeby klienta, harmonogram terapií byl přizpůsoben danému zařízení. Motivace byla v dané situaci dostačující, klient aktivně spolupracoval, choval se slušně, nevykazoval žádné obtíže. Přístup logopedky byl přátelský,

zároveň ale profesionální, atmosféra při terapiích byla příjemná. Logopedka se snažila vyhovět
přáním klienta při výběru činností, při výběru činností byla kreativní.

6. ANALÝZA REALIZACE LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U DĚTÍ S DMO

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na popis průběhu logopedické intervence u dětí s dětskou mozkovou obrnou ve specializovaných zařízeních v České republice. Obsahuje případové studie, na kterých byl popsán postup terapie u konkrétních jedinců s DMO. Níže uvádím analýzu nasbíraných dat a informací. Analýza se skládá z obecného shrnutí a rozboru jednotlivých oblastí, které byly zkoumány při logopedickém působení.

Pro lepší orientaci v celkovém shrnutí přikládám tabulku se stěžejními body z jednotlivých případových studií. Tabulka obsahuje číslo pořadí případové studie v textu, pohlaví pozorovaného dítěte, formu dětské mozkové obrny a číslo logopedky, která s dítětem pracovala.

Pořadí případové studie	Pohlaví dítěte	Rok narození	Forma dětské mozkové obrny	Působení klinické logopedky
Č. 1	Dívka	2016	Spastická diparéza	Č. 3
Č. 2	Chlapec	2014	Pravostranná hemiparéza	Č. 2
Č. 3	Chlapec	2012	Spastická kvadruparéza, levostranná akcentace	Č. 1
Č. 4	Chlapec	2010	Spastická kvadruparéza	Č. 2
Č. 5	Chlapec	2006	Levostranná hemiparéza, akcent na levé dolní končetině	Č. 2

Hlavní cíl logopedické terapie u dětských probandů, vybraných do případových studií, se u každého dítěte lišil, v závislosti na stupni a formě postižení. U dětí s těžkou formou DMO bylo prvotním cílem rozvinutí funkční alternativní komunikaci a stabilizace jejich aktuálního stavu, případně jeho zlepšení. U dětí s lehčí formou DMO byla logopedická terapie zaměřena na rozvoj aktivní řeči a řečových nedostatků.

Motivace

Motivace při logopedické terapii byla různorodá, byly využity drobné sladkosti, samolepky nebo razítka, hudba, obrazové materiály či hračky. Nejčastěji využitou motivací byla volba závěrečné činnosti, hry nebo hračky klientem. Často byla použita pochvala a povzbuzení pro další práci. U klienta č. 5 se nejvíce osvědčilo motivovat vše různými soutěžemi a hádankami. Z výzkumného šetření vyplývá, že motivace byla zvolena správně, klienti

spolupracovali s logopedkou při logopedických cvičeních. Dále je patrné, že pro každé dítě s diagnózou DMO byla vybrána individuální motivace, podle jeho věku, zájmů a vlastností.

Metody logopedické terapie

Z praktické části práce je patrné, že ve vybraných zařízeních lze popsat využití metod logopedické terapie dle doporučení odborné literatury (LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. II. vyd. Praha: Portál, 2011. 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9) Při realizaci logopedické intervence byly využity metody stimulující a metody korigující. Stimulační metody byly využity u klientů č. 1, č. 3 a č. 4. Metody korigující byly využity u klientů č. 2 a č. 5.

Forma práce

Vzhledem k povaze jednotlivých zařízení byla u všech klientů použita individuální forma práce při logopedické terapii. Individuální logopedická terapie závisela i na druhu postižení a druhu narušené komunikační schopnosti.

Časová dotace

Délka jedné logopedické terapie byla vždy třicet minut. U klientů č. 1., č. 2 a č. 5 probíhala logopedická terapie 2x týdně. U klientů č. 3 a č. 4 probíhala terapie pouze 1x týdně. Častěji probíhala terapie u klientů s lehčí formou dětské mozkové obrny z důvodu, že jejich potenciál rozvoje řeči byl vyšší než u dětí s těžkou formou DMO. Z hlediska časových možností tohoto typu zařízení nebylo reálné navýšení časové dotace pro jednotlivé klienty. Z výzkumného šetření je patrné, že v době pobytu v zařízení bylo prvořadé, aby klienti s těžší formou dětské mozkové obrny využili čas především k absolvování terapií zaměřených na hybnost a uvolňování svalového napětí, jako jsou masáže, koupele a rehabilitace. Logopedie byla v jejich případě druhořadým problémem. Klienti dochází pravidelně na logopedii v místě bydliště, doprovod je zaškolen v oblasti polykání a příjmu potravy, proto se považoval jejich stav za stabilizovaný.

Pomůcky

Při realizaci logopedické terapie u těchto klientů byly využity pomůcky technické i netechnické. Mezi technickými pomůckami se vyskytl notebook s počítačovým programem Spektra a lištou k zachycení očního pohledu a CD přehrávač. Další zvolené pomůcky byly různé obrazové materiály, reálné předměty nebo jejich zmenšeniny, logopedické zrcadlo,

pracovní listy, knihy, různé edukativní hry nebo třeba molitanový míček. Z pozorování je patrné, že v oblasti logopedické terapie u dětí s DMO je prostor pro další nové pomůcky, které nebyly v praktické části zmíněny. Vzhledem k daným klientům a materiálnímu zabezpečení daných zařízení, byla tato oblast zastoupena kvalitně. Pomůcky byly pestré a variabilní, daly se využít v obměně při spoustě činností. Byly přizpůsobeny věku klienta a jeho rozumovým vědomostem a pohybovým schopnostem.

Komplexnost terapie

Terapie byla komplexně zaměřena u dívky, kdy bylo třeba rozvíjet všechny oblasti osobnosti dítěte. Tuto skutečnost ovlivňoval i věk klientky. U ostatních pozorovaných dětí byla logopedická terapie zaměřena na oblasti vývoje, které byly nejvíce problematické. U chlapců č. 3 a č. 4 byla terapie zaměřena především na zavedení funkčního komunikačního systému. U chlapců č. 2 a č. 5 byla rozvíjena řeč a všechny její stránky.

Zásady logopedického působení

U všech klientů byla dodržena zásada individuálního přístupu a zásada vývojovosti. Zásada včasného začátku byla dodržena pouze u klientky č. 1, které v době výzkumného šetření nebyli ještě tři roky. U stejné dívky byla dodržena zásada komplexnosti, kdy se logopedická terapie zaměřovala na všechny oblasti vývoje dívky. U ostatních dětí byla logopedická terapie zaměřena na konkrétní oblasti vývoje, které byly u daného klienta problematické. Zásada reflexnosti byla dodržována u klientů č. 3 a č. 4 s nejtěžší formou DMO, kdy byli chlapci při logopedické terapii napoložováni ve speciálním kočárku. U chlapce č. 2 byla aplikována zásada rytmizace.

Organizace prostoru

U klientů č. 1 a č. 2 byla logopedická terapie realizována u dětského stolečku. Klienti č. 3 a č. 4 byli po dobu terapie umístěni ve speciálním kočárku a chlapec č. 5 seděl při terapii u velkého stolu. Kromě dvou klientů s těžkou formou DMO se mohly děti v rámci jednotlivých činností volně pohybovat po celé místnosti.

Obecné shrnutí

Z výzkumného šetření, které probíhalo na základě pozorování dvou skupin probandů a rozhovoru s klinickými logopedy vyplývá, že obě vybraná zařízení fungují podle určité „šablony“, která je však modifikována podle specifických požadavků jednotlivých klientů.

Přesto, že cílem práce nebylo posuzování vlivu logopedické terapie na vybrané klienty, je patrné, že logopedické terapie realizované v obou zařízeních, měly kladný vliv na rozvoj dětí, které zařízení navštívily.

6.1 ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÍ CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem praktické části bakalářské práce bylo **popsat a analyzovat průběh logopedické intervence u dětí s diagnózou dětská mozková obrna ve vybraných zařízeních v České republice.**

Realizace průběhu logopedické intervence byla v závěrečné práci popsána na jednotlivých případových studiích, získaných na základě zúčastněného pozorování dvou skupin probandů a na základě analýzy osobních údajů a lékařských dokumentů.

Stručná analýza průběhu logopedické intervence byla provedena po rozhovoru s logopedy a po získání vhledu do činnosti obou zařízení, poskytujících logopedickou intervenci a byla umístěna za jednotlivé případové studie.

Závěrečná analýza průběhu logopedické intervence je vytvořena z poznatků při studování odborné literatury doplněna subjektivními názory autorky práce.

Cíl bakalářské práce byl na základě předešlých případových studií a závěrečné analýzy naplněn. Získané poznatky mohou sloužit k dalšímu zkvalitňování logopedické péče ve specializovaných zařízeních při práci s dětskými klienty s diagnózou DMO.

V rámci dílčích cílů byly při logopedickém působení dodržovány zásady logopedického působení. Organizace prostoru byla přizpůsobena specifickým potřebám daného jedince, což souvisí s dílčím cílem přizpůsobení logopedického působení individuálním potřebám klienta. Oba tyto dílčí cíle byly naplněny.

Celkový přístup klinické logopedky byl odborný a profesionální.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na popis průběhu logopedické intervence u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Při výzkumném šetření jsem se zabývala několika faktory, které se prolínají průběhem logopedické terapie a tyto informace jsem na konkrétních příkladech popsala v případových studiích v praktické části práce.

Teoretická část byla poskládána z informací, které jsem načerpala v odborné literatuře a praktická část byla ověřením získaných informací v praxi.

Výzkum potvrdil, že nejdůležitějším bodem při logopedickém působení je individuální přístup ke každému klientovi a že při vhodně zvolené motivaci a pomůckách lze začít s dítětem spolupracovat a rozvíjet tak jeho osobnost.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DMO-dětská mozková obrna

CNS-centrální nervová soustava

PEG-perkutánní endoskopická gastrostomie

NKS-narušená komunikační schopnost

SEZNAM LITERATURY

- BEDNÁŘOVÁ J., ŠMARDOVÁ V., *Diagnostika dítěte předškolního věku*. I. vyd. Computer Press, a.s., 2007. 212 s. vč. příloh. ISBN 978-80-251-1829-0
- BENDOVÁ, Petra. *Komprehenzivní rehabilitace u dětí s dětskou mozkovou obrnou*. I. vyd. Univerzita Palackého, Olomouc, 2006. 49 s. ISBN 80-244-1561-5
- BENDOVÁ, Petra. *Alternativní komunikační techniky*. I. vyd. Univerzita Palackého, Olomouc, 2013. 114 s. ISBN 978-80-244-3704-0
- BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. I. vyd. Grada Publishing, a.s., 2012. 236 s. ISBN 978-80-247-3008-0
- FISCHER, S., ŠKODA, J., SVOBODA, Z., ZILCHER, L. *Speciální pedagogika*. I. vyd. Praha: Triton, 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7
- JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. I. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. 48 s. ISBN 80-210-3204-9.
- KÁBELE, František. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. I. vyd. Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 173 s. ISBN neuvedeno.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí*. I. vyd. Praha: Grada, 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Paido: Brno, 2000. 123 s. ISBN 80-85931-91-5
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. I. vyd. Grada Publishing, a.s., 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-9
- KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. I. vyd. Grada Publishing, a.s., 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8
- KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny*. I. vyd. Praha: Portál, 2012. 192 s., 8 s. obr. příl. ISBN 978-80-262-0178-6
- LANGMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. I. vyd. Praha: H&H, 1998. 132 s. ISBN 80-86022-37-4
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. II. vyd. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN 978-80-7367-433-5
- LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. II. vyd. Praha: Portál, 2011. 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9

- LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. II. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 236 s. ISBN neuvedeno.
- MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S. *Dětská mozková obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. I. vyd. Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-703-5
- SOVÁK, Miloš. *Uvedení do logopedie*. II. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 327 s. ISBN neuvedeno.
- SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. V Praze: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 223 s. ISBN 14-434-84
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. III. Vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství*. I. vyd. Univerzita Karlova, Praha, 2009. 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Maxdorf, s.r.o., 2015. ISBN 978-80-7345-456-2

INTERNETOVÉ ZDROJE

- HAMZOVA ODBORNÁ LÉČEBNA PRO DĚTI A DOSPĚLÉ. *Léčebna a její služby* [online]. 2019 [cit. 30.5.2019]. Dostupné z: <http://www.hamzova-lecebna.cz/cz/p/lecebna-a-jeji-sluzby/>
- JANSKÉ LÁZNĚ. *Léčebně rehabilitační péče pro dospělé* [online]. 2019 [cit. 31.5.2019]. Dostupné z: <https://www.janskelazne.com/za-lecbou/lecba-dospelych/>
- JANSKÉ LÁZNĚ. *Léčebně rehabilitační péče pro děti* [online]. 2019 [cit. 18.6.2019]. Dostupný na WWW: <https://www.janskelazne.com/za-lecbou/lecba-deti/>
- WIKISOFIA. *Psychoterapie* [online]. 2013 [cit. 18.6.2019]. Dostupné z: <https://wikisofia.cz/wiki/Psychoterapie>
- THERAPEUTIC. *Speciální logopedické pomůcky* [online]. 2019 [cit. 18.6.2019]. Dostupné z: <https://www.logopedicke.cz/specialni-pomucky-a-prirucky/specialni-logopedicke-pomucky.html?dir=desc&mode=list&order=name>