

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

Dominika Kožejová
4.ročník – prezenční studium
Logopedie

HYDROCEFALUS V KOMBINACI S DMO Z POHLEDU LOGOPEDA

Vedoucí práce : doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, pod odborným vedením doc. Mgr. Kateřiny Vitáskové, Ph.D. Použila jsem jen prameny uvedené v seznamu použitých zdrojů.

V Olomouci, dne 1.4. 2011

.....
Dominika Kožežová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podněty, které mi poskytla jako vedoucí diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. HYDROCEFALUS A DMO.....	8
1.1. <i>Posthemorhagický hydrocefalus nezralých novorozenců</i>	8
2. DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA.....	9
2.1. <i>Dětská mozková obrna</i>	9
2.2. <i>Příčina</i>	9
2.3. <i>Klasifikace</i>	10
2.3.1. <i>Spastická hemiparéza</i>	12
2.4. <i>Epilepsie</i>	12
3. HYDROCEFALUS	14
3.1. <i>Nitrolební prostor</i>	14
3.2. <i>Historie</i>	15
3.3. <i>Příčiny vzniku hydrocefalu</i>	15
3.3.1. <i>Porencefalie</i>	16
3.3.2. <i>Dilatace komorového systému</i>	16
3.4. <i>Klinické příznaky hydrocefalu</i>	16
3.5. <i>Diagnostické metody</i>	17
3.6. <i>Klasifikace hydrocefalu</i>	18
4. DĚTSKÁ NEUROLOGIE.....	19
4.1. <i>Vývoj CNS</i>	19
4.2. <i>Vývoj hybnosti</i>	19
4.2.1. <i>Patologie ve vývoji hybnosti</i>	20
4.3. <i>Poruchy CNS a jejich vliv na psychický vývoj</i>	20
5. ŘEČ	21
5.1. <i>Ontogeneze řeči</i>	21
5.1.1. <i>Ontogeneze řeči u dětí s DMO</i>	22
5.2. <i>Jazykové roviny</i>	23
5.2.1. <i>Analýza jazykových rovin</i>	23
5.3. <i>Poruchy jednotlivých složek řeči</i>	24
5.3.1. <i>Narušené dýchání</i>	24
5.3.2. <i>Dysfonie</i>	24
5.3.3. <i>Dysprozódie</i>	25
5.3.4. <i>Poruchy artikulace</i>	25
5.3.5. <i>Narušené koverbální chování</i>	25
5.4. <i>Narušení komunikační schopnosti</i>	25
5.4.1. <i>Dysartrie</i>	26
5.4.2. <i>Dyslalie</i>	27
5.4.3. <i>Agramatismus</i>	27
5.4.4. <i>Narušený vývoj řeči</i>	27
5.4.5. <i>Koktavost</i>	27
5.4.6. <i>Huhňavý charakter řeči</i>	28

6. DYSARTRIE	29
6.1. Terminologie.....	29
6.2. Klasifikace	30
6.3. Výskyt.....	33
6.4. Diagnostika.....	33
6.5. Logopedická diagnostika	34
6.5.1. Hodnocení komunikačních schopností dětí s DMO	36
6.5.2. Token test.....	37
6.5.3. Frenchay Dysarthria Assessment	37
6.5.4. Dysarthria Profile	38
6.5.5. Dysartrický profil – 3F.....	38
7. MOŽNOSTI ROZVÍJENÍ ŘEČI.....	39
7.1. Zásady.....	40
7.2. Průběh logopedického sezení.....	41
7.3. Rozvoj vitálních funkcí a motoriky mluvidel	42
7.4. Rozvoj komunikačních schopností v raném věku	43
7.5. Dechová cvičení.....	43
7.6. Rozvoj dorozumívacích schopností.....	44
7.6.1. Funkční svalová terapie v orofaciální oblasti.....	45
7.6.2. Myofunkční terapie podle A. Kittellové.....	45
7.6.3. Neuromotorická terapie Castillo Moralese.....	45
7.6.4. Metoda M.C.Crickmayové.....	46
7.7. Pomůcky.....	46
7.7.1 Technické pomůcky	47
7.8. Alternativní a augmentativní komunikace.....	48
8. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	51
8.1. Cíle.....	51
8.2. Metodika práce	51
8.2.1. Charakteristika zkoumaného vzorku	51
8.2.2. Metoda výzkumu.....	51
8.2.3. Druhy otázek v dotazníku	52
8.3. Zpracování získaných dat	52
8.4. Organizace šetření.....	52
8.5. Výsledky dotazníkového šetření a sběru anamnestických dat	53
8.5.1 Faktografická data	53
8.6. Anamnézy.....	70
8.6.1 Anamnéza 1	70
8.6.2 Anamnéza 2	72
8.6.3 Anamnéza 3	73
8.6.4. Anamnéza 4	74
8.7. Vyhodnocení praktické části	75
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	83
SEZNAM TABULEK.....	84
SEZNAM GRAFŮ	85
SEZNAM PŘÍLOH.....	86
SEZNAM OBRÁZKŮ	87

ÚVOD

Neměli bychom chápat zdravotní postižení jako kříž, jako neštěstí. Chápejme jej tedy jako možnost „otevření očí“. Najednou přehodnotíte svůj život a přestanete řešit neřešitelné, neztrácíte čas malichernostmi. Najdete krásu v tom, co dělat můžete a nepláčete nad tím, co dělat nemůžete. Postižení dítěte je náročnou životní situací pro rodinu, okolí i samotné dítě.

Tématem diplomové práce je Hydrocefalus v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou z pohledu logopeda. Téma jsme zvolili záměrně, neboť jsme v rodinném společenství s člověkem, který je touto diagnózou ztížen. V průběhu času jsme zjistili, že logopedická péče u této osoby započala v pěti letech věku a byla zaměřena pouze na úpravu výslovnosti. Zjištění nás vedlo k tomu, abychom se zaměřili na povědomí o této problematice mezi logopedy a jejich formy práce s těmito klienty.

Diplomová práce je tedy zaměřena na možnosti logopedické péče dětí s hydrocefalem v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou. Cílem práce je analyzovat možnosti a zkušenosti práce logopedů s dětmi s hydrocefalem v kombinaci s DMO.

Diplomová práce obsahuje teoretickou a praktickou část, je členěna do osmi kapitol. Sedm kapitol jsou obsahem teoretické části diplomové práce. V kapitolách teoretické části se věnujeme východiskům diagnóz hydrocefalus a DMO – příčiny, příznaky a klasifikace. Uvádíme také charakteristiky řeči jedinců s touto diagnózou – ontogenezi, jazykové roviny a rozebíráme blíže jednotlivé složky řeči. Zmiňujeme se také o jednotlivých druzích narušené komunikační schopnosti, blíže se věnujeme dysartrii – uvádíme terminologii, klasifikaci a zaměřujeme se na celkovou i logopedickou diagnostiku. V kapitole, ve které se věnujeme možnostem rozvíjení řeči, uvádíme rozvoj vitálních funkcí, motoriky mluvidel a celkové možnosti rozvoje komunikačních schopností, dotýkáme se zde i systémů alternativní a augmentativní komunikace. V poslední - osmé kapitole se věnujeme dotazníkovému šetření a zpracovávání anamnestických dat.

Všechny kapitoly jsou dále členěny do podkapitol. Rozsah práce je 91 stran a je psána v českém jazyce. K práci je připojena příloha – dotazník, který byl určen logopedům.

Ke zpracování práce jsme použili kvalitativní metody výzkumu a následujících technik: studium odborné literatury, terénní zápisky, pozorování, nestandardizovaný rozhovor s rodiči i kvantitativní metody – písemného dotazování.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. HYDROCEFALUS A DMO

Až 75% dětí, postižených hydrocefalem má nějakou formu postižení motoriky, nejčastěji to bývá dětská mozková obrna. Příčiny, které vedou k poškození mozku, mohou být například krvácení nebo sepse před porodem, v průběhu porodu nebo po porodu. Tyto příčiny mohou vést k poruše tvorby a cirkulace mozkomíšního moku. V důsledku tohoto jevu se rozšiřují mozkové komory nebo prostory kolem mozkových komor. Dokud nejsou kosti lebeční klenby pevně spojené, může vést městnání mozkomíšního moku k abnormálnímu růstu hlavičky. Prokrvení mozku je nepříznivě ovlivňováno a tudíž je zhoršována funkce motorických oblastí mozku a mění se klinický obraz DMO (Komárek, 2008).

S hydrocefalem je nejčastěji spojena spastická forma DMO a v práci se budeme blíže věnovat spastické hemiparéze se sekundární epilepsií a posthemoragickému hydrocefalu nezralých novorozenců.

Komárek a Zumrová uvádějí nádory vycházející z mozkových plen, které nejsou v dětském věku časté. Do dvou let věku jsou diagnostikovány a jsou spojovány s hydrocefalem. Vedle syndromu nitrolební hypertenze poukazují i na epileptické záchvaty a hemiparézy (in Komárek, 2008).

1.1. Posthemoragický hydrocefalus nezralých novorozenců

Intraventriculární krvácení často postihuje předčasně narozené děti. U zralých novorozenců je toto krvácení velmi vzácné a následný rozvoj hydrocefalu je nepravděpodobný. (Papile, 1983) klasifikuje intraventriculární krvácení do čtyř stupňů Stupeň I. zahrnuje subepidermální krvácení, stupeň dva intraventriculární krvácení bez dilatace komor, třetí stupeň intraventriculární krvácení s dilatací postranních komor a stupněm čtyři rozumíme intraventriculární krvácení spolu s krvácením do mozkového parenchymu.

„Jedna z léčebných možností je pravidelná lumbální punkce. Další relativně bezpečná léčebná metoda je zevní komorová drenáž, u které hrozí riziko infekce, proto ji někteří lékaři neprovádí. Lze implantovat komorový katétr s podkožním rezervoárem, který denně aspiruje 5-20ml likvoru“ (Kala, 2005, str.33).

„Retrospektivní studie prováděna Boyntonem (1986) poukázala na těžké poruchy zraku a sluchu, téměř polovina dětí měla epileptické paroxysmy a polovina těžký motorický deficit. Výsledky léčení dětí s prvním stupněm hydrocefalu bývají velmi dobré, naopak u dětí se čtvrtým stupněm byly pozorovány nejhorší výsledky“ (Kala, 2005, str.35-36).

2. DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Neurovývojové syndromy představují funkční omezení způsobené nervovou poruchou. Jsou zasaženy oblasti kognice, hybnosti a smyslových orgánů. Tyto syndromy ovlivňují chování a vyvolávají záchvatová onemocnění. Etiologie těchto disabilit je rozmanitá (Kraus, 2005).

Nejčtenějším neurovývojovým onemocněním je dětská mozková obrna. Je to neprogresivní, nikoli neměnné, postižení vyvíjejícího se mozku. Největší skupinu dětí s DMO tvoří děti s prematuritou. Prognóza při progresivních hydrocefalech a intraventrikulárních hemoragiích se zlepšila vlivem podávání steroidů a surfaktanu. Na vzniku těchto poruch nesou vinu i genetické choroby. V posledních desetiletích se objevují nové skupiny příčin hybných postiženích, a to HIV, infekce matky, zejména meningitis vyvolaná streptokokem B nebo chorioamniitisi, dále patologie placenty nebo systémový lupus erythematosus matky. Poškození mozku dítěte může vzniknout asfyxií nebo hypoxií (Kraus, 2005).

„Jedná se o zcela vymezený syndrom, který vzniká postižením velmi nezralého mozku, u něhož dominují tonusové a hybné poruchy, které doprovázejí epilepsie a poruchy psychických procesů“ (Šlapal, 2002, str. 23).

2.1. Dětská mozková obrna

„Dětská mozková obrna je neprogresivní postižení hybnosti a postury způsobené poškozením vyvíjejícího se mozku v prenatálním, perinatálním nebo časném postnatálním období. Charakteristické jsou poruchy svalového napětí“ (Amblerová in Stožický, 2006, str. 151-152).

„DMO je neurologické onemocnění způsobené poškozením nezralého mozku. Často ji doprovázejí přidružená postižení jako např. mentální retardace, zrakové nebo sluchové postižení a percepční postižení. DMO se považuje za závažné vývojové postižení“ (Lesný, 1989, str. 112).

2.2. Příčina

Hlavní příčinou DMO je hypoxicko-ischemické postižení mozku. Poškozeny jsou jednotlivé mozkové struktury v závislosti na jejich aktuální zralosti. Při poškození hrají klíčovou roli excitační aminokyseliny, které aktivují NMDA receptory. Následuje influx kalcia

do buněk, které nemají dostatečnou aktivitu a vedou buňky k zániku. Poslední dobou se uvažuje o vlivu magnézia, které může blokovat aktivaci NMDA receptorů (Komárek, 2008).

Lesný a Špitz (1989) dělí příčiny DMO na prenatální, perinatální a postnatální.

Prenatální příčiny jsou infekce matky v prvních měsících gravidity, které mohou vést k perinatální encefalitidě. Dále zmiňují termín gestózy, tento termín chápeme jako chorobné projevy v průběhu těhotenství, které vedou k fetální hypoxii (Lesný a Špitz, 1989).

Perinatálními příčinami označujeme všechny okolnosti kolem porodu, které působí na dítě nepříznivě. Můžeme k nim řadit klešťový porod, protrahovaný porod, porodní asfyxii, nedonošenost a přenošenost (Lesný a Špitz, 1989).

Postnatální příčiny jsou všechny okolnosti, které ovlivňují další život a zdraví novorozeněte. Jsou to infekce, které dítě prodělá do šesti měsíců života (Lesný a Špitz, 1989).

Etiologie vzniku DMO je velmi rozmanitá a ne vždy prokazatelná. Mnohdy se příčiny kombinují.

2.3. Klasifikace

V tuzemské literatuře se objevuje více klasifikací, podle různých autorů.

V MKN-10 (1992, str.256) je zařazena DMO pod kódem G80 – G83, Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí.

G80 Mozková obrna

G80.0 Spastická mozková obrna

G80.1 Spastická diplegie

G80.2 Dětská hemiplegie

G80.3 Dyskinetická mozková obrna

G80.4 Ataktická mozková obrna

G80.8 Jiná dětská mozková obrna

G80.9 Dětská mozková obrna

Amblerová uvádí tyto základní klinické formy DMO: spastická infantilní hemiparéza, diparéza a kvadruparéza, dystonicko-dyskinetická forma, mozečková forma a smíšená forma (Amblerová in Stožický, 2006).

Lesný a Špitz (1989) uvádějí klasifikaci na základě charakteru tonusové hybné poruchy. A to na formu hemiparetickou, kterou člení na kongenitální nebo získanou. Bilaterální spastické formy na diparetickou a ataktickou formu – diparéza, triparéza, kvadruparéza. Další formy, které uvádějí jsou: dyskinetická, ataktická a smíšená (viz schéma 1)

Kraus (2005) klasifikuje DMO na formy: hemiparetická, bilaterální spastická, dyskinetická, ataktická a smíšená (viz schéma 2).

Schéma 1 Klasifikace na základě charakteru tonusové, hybné poruchy (Lesný a Špitz, 1989).

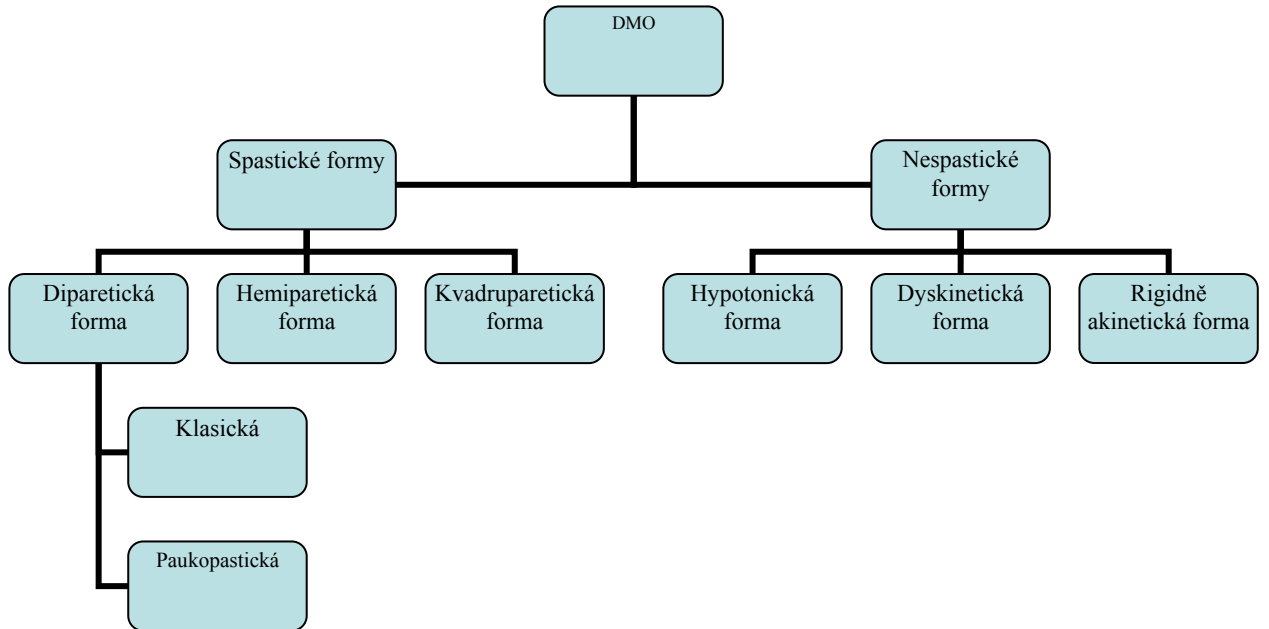
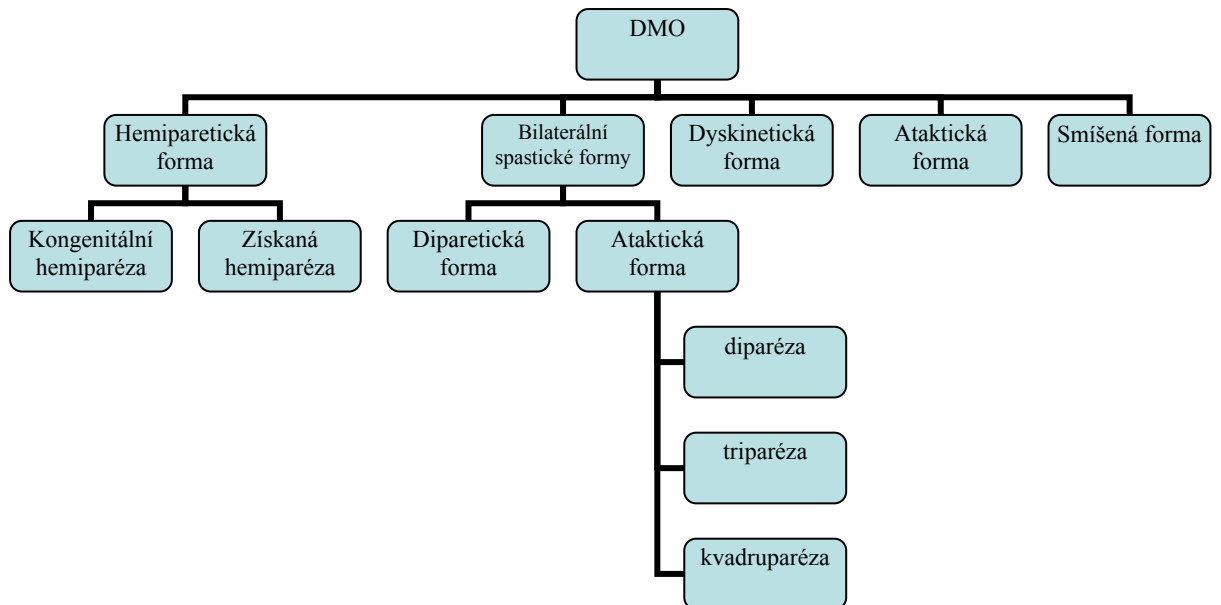


Schéma 2 Klasifikace DMO dle Krause (2005).



2.3.1. Spastická hemiparéza

Je forma DMO, která „je charakterizována větším postižením horních končetin s flekčním držením. Dolní končetiny jsou drženy extenzně. Postižená strana je někdy hypoplastická“ (Ambler, 2006, str.248).

Držení těla při hemiparetické formě DMO má tyto charakteristiky: „Paže je rotována navnitř s palmární flexí ruky. Dolní končetina je taktéž rotována navnitř a noha je v planární flexi. Nepostižená dolní končetina je flektovaná, aby se přizpůsobila hypotrofické kratší končetině s fixními kontrakturami“ (Kraus, 2005, str. 70).

Hemiparetická forma je dána postižením stejnostranných končetin, více končetiny horní. Bývá provázena epileptickými záchvaty a poruchou intelektu (Amblerová in Stožický, 2006).

Kraus (2005) uvádí, že při této formě jsou postiženy zrakové funkce. Bývá přítomna homonymní hemianopsie, častý je strabismus a může se také objevit atrofie optického nervu.

Nejvýraznější komplikací je epilepsie. Kraus (2005) udává, že různé studie ukazují výskyt epilepsie značně odlišně.

2.4. **Epilepsie**

„Epilepsie je onemocnění, kdy se opakovaně vyskytují přechodné neurologické poruchy (záchvaty), jež mohou mít charakter krátkodobých křečí, zahledění, brnění nebo například poruchy chování. Záchvaty mohou, ale nemusí být spojeny s poruchou vědomí. Patofyziologickým podkladem epileptického záchvatu je abnormální synchronizovaná elektrická aktivita určité skupiny neuronů, kterou můžeme zachytit na EEG“ (Love a Webb, 2009, str. 96).

Epileptický záchvat můžeme považovat za syndrom. Pokud chápeme epilepsii jako nemoc, tak je charakterizována opakovanými epileptickými záchvaty. Nejdůležitějším kritériem je paroxysmálnost. „Z fyziologického hlediska je to náhlá a přechodná porucha mozkové kortikální aktivity, nekontrolovatelný mozkový výboj v šedé hmotě mozkové. Z klinického hlediska jde o paroxysmální, stereotypní a intermitentní poruchu vědomí, chování nebo motorických či senzitivních funkcí“ (Ambler, 2006, str.189). Sekundární, někdy symptomatické epileptické syndromy, jsou ty, u kterých je zjištěna etiologie.

Kraus (2005) uvádí procentuální výskyt epilepsie u jednotlivých forem DMO. Nejčastěji je epilepsie sdružena s kvadriparetickou a triparetickou formou. Až polovina jedinců s hemiparetickou formou DMO mají epilepsii. U jedinců s diparetickou formou DMO

se objevuje epilepsie u 16-27%. Téměř 25% lidí s dyskinetickou formou DMO jsou také zatíženi epilepsií a vzácně je epilepsie diagnostikována u jedinců s čistou ataxií (viz tabulka 1).

Tabulka 1 Výskyt epilepsie u jednotlivých forem DMO (Kraus, 2005, str. 129)

Forma DMO	Epilepsie (%)
Kvadruparetická a triparetická	50-94
Hemiparetická	33-50
Diparéza spastická či ataktická	16-27
Dyskinetická	25
Čistá ataxie	vzácná

Výskyt epilepsie u DMO nese důsledky. Epilepsie je další komponenta, která může zhoršovat hybnost. Přidružení epilepsie ovlivňuje kognici. Důsledky se také projevují v oblasti sociální a v oblasti poruch chování. Epilepsie přispívá nejistotou k prognóze a představuje zátěž pro péči a pro rodiče, tudíž se projevují důsledky v dynamice rodiny (Kraus, 2005).

3. HYDROCEFALUS

Hydrocefalus patří z lékařského hlediska k vrozeným anomáliím centrální nervové soustavy. Je to důsledek porušené cirkulace a absorpce mozkomíšního moku nebo vzácněji jeho zvýšené produkce chorioidálním plexem. Obstrukcí v komorovém systému vzniká hydrocefalus nekomunikující (obstrukční), kdežto obliterací subarachnoidálních cisteren nebo poruchou funkce arachnoidálních klků vzniká hydrocefalus komunikující (neobstrukční) (Amblerová in Stožický, 2006).

3.1. Nitrolební prostor

Hydrocefalus patří, mimo jiné, k základním příčinám nitrolební hypertenze. Již několik staletí si medicína uvědomuje devastující herniace kmene v návaznosti na zvýšení nitrolebního tlaku. Roku 1783 se Alexander Monroe (in Šonková, 2009) zmínil o tom, že lebka je uzavřený obal a její obsah je nestlačitelný, takto se začala formovat představa o intracereberální hypertenzi. Průměrný nitrolební prostor dospělého je asi 1 500 ml, 80 % tvoří mozkový parenchym, 10 % mozkomíšní mok a 10 % krev. Přesné hodnoty však nejsou pro praxi důležité, protože ani zobrazovací techniky jednotlivé kompartmenty jako celky rutinně neměří (Šonková, 2009).

Mozkomíšní mok je čirá, zažloutlá, lehce alkalická tekutina o specifické hmotnosti 1,007. Obsahuje soli, stopy proteinů a glukosy, dále jsou v ní ojedinělé deskvamované buňky měkkých plen mozkomíšních. Jedna čtvrtina mozkomíšního moku je v dutinách CNS, ostatní objem je kolem CNS v prostoru mezi dvěma mozkomíšními plenami. Mozkomíšní mok se tvoří v mozkových komorách, kam jej produkují tela chorideae a zčásti i mozková tkáň, přímo stěnami komor. Celkem vzniká 500 m³ likvoru za den. Likvor má své funkce v metabolismu CNS, funkci mechanické obrany CNS má v subarachnoideovém prostoru, neboť nadlehčuje mozek, který v likvoru plave a chrání jej před mechanickými nárazy. Mok protéká z postranních komor do III. komory, z ní cestou aqueductus mesencephali do IV. komory a do centrálního kanálku míšního. Strop IV. komory má otvory, jimiž mok komunikuje se subarachnoideovým prostorem. Neprůchodnost otvorů, nebo neprůchodnost jiného spojení komorového systému způsobuje roztažení komor (kde se mok tvoří, avšak nemůže odtékat) a tak je okolní mozková tkáň utlačována komorovým systémem a vzniká stav zvaný hydrocefalus internus (Čihák, 2004).

Likvor také plní funkci nutriční a transportní, neboť odstraňuje nežádoucí produkty metabolismu a pomáhá udržovat homeostázu mozku (Pfeiffer, 2007).

Mok je vstřebáván do žil na povrchu CNS vzhledem k produkci. Na vstřebávání likvoru se podílejí i výběžky arachnoidey. Pokud je vstřebávání porušeno, tak se likvor hromadí v subarachnoideovém prostoru, ten je pak rozšířen. Zvýšený tlak v likvorovém prostoru poškozují mozek. V růstovém období může způsobit nadměrné rozšíření a zvětšení celé lebky. Porucha se nazývá hydrocefalus externus (Čihák, 2004).

Likvor se také odebírá k diagnostickým účelům. Nejčastěji se odebírá lumbální nebo subokcipitální punkcí. Při lumbální punkci je mok odebrán mezi trny obratlů L3 a L4. Při subokcipitální punkci je likvor odebrán mezi zadní plochou prodloužené míchy a dolní plochou mozečku (Čihák, 2004).

3.2. Historie

Hydrocefalus byl poprvé v historii popsán starověkým řeckým lékařem Hippokratem, který položil základy medicíny jako vědeckého oboru, podle jeho představ se měla mozková tkáň měnit na vodu v důsledku epileptických záchvatů. První klasifikaci hydrocefalu vyčlenil Galén, který rozlišil čtyři typy této choroby. Ve 3. století př.n.l. si Herophilus a Eristratus byli vědomi existence mozkových komor. Otázkami hydrocefalu se zabývali i slavní arabští lékaři Ali Farábí a Avicenna. Leonardo da Vinci zkoumal tvar komorového systému mozku. V 17.století výrazně narostl objem poznatků z anatomie a patologie. V 18.století se objevují zmínky o léčbě hydrocefalu, doporučeným postupem bylo navrtat lebku a poté stáhnout hlavu lýkem. Tyto bandáže se doporučovaly ještě na počátku 19. století (Helcl, 1998).

Mnoho osob usilovalo o léčbu této choroby. Hydrocefalus se léčil solemi rtutí, žilním zavedením komorové drenáže a léčba punkcemi. John Hilton označil jako příčinu hydrocefalu mechanickou překážku v likvorových cestách, tato příčina byla pokládána za chirurgicky řešitelnou, a proto došlo k navržení různých chirurgických výkonů. Ale i nadále byla dominující léčba punkcemi. Keen popsal tři základní přístupy k provedení punkce a drenáže postranních komor, které se užívají dodnes (in Helcl, 1998).

3.3. Příčiny vzniku hydrocefalu

Vrozený hydrocefalus je buď komunikující nebo nekomunikující (obstrukční). Změny v oblasti mozkových plen vedou ke vzniku komunikujícího hydrocefalu, to je zvýšená produkce nebo nedostatečná resorpce moku, případně následky meningitid. Anomálie mokových cest jsou příčinou hydrocefalu nekomunikujícího, například nevyvinutí Sylviova

kanálku, který spojuje třetí a čtvrtou komoru, ale také následky meningoencefalitid (Lesný a Špitz, 1989).

3.3.1. Porencefalie

Jedna z příčin vzniku hydrocefalu je porencefalie. „Pseudoporencefalické cysty vznikají prenatálně nebo v časném postnatálním období, v důsledku abnormalit tepenné nebo žilní cirkulace, hypoxie, krvácení nebo po zánětu mozku. Zpravidla jsou jednostranné a nekomunikují s mozkovými prostory. Projevují se hemiparézami nebo lokálními křečemi, ale neurologický nálezn může být i normální. Mohou být náhodným nálezem na CT mozku u epileptického syndromu“ (Amblerová in Stožický, 2006, str. 339).

Lesný (1982) definuje porencefalii jako změny v předním mozku, které se nacházejí u hemiparetické formy DMO.

3.3.2. Dilatace komorového systému

Hydrocefalus je označení pro výrazné zvětšení objemu komorového likvoru spojeného s dilatací komor. Komorový systém může být dilatovaný celý, nebo jen některá jeho část (Feit, 2010).

3.4. **Klinické příznaky hydrocefalu**

Při uvážení širokého věkového rozmezí pacientů, od neonatálního období až do období senia, a celou škálu základních diagnóz, které hydrocefalus způsobují, musíme očekávat různé klinické obrazy, které mají však společné rysy (Kala, 2005).

Obstrukční hydrocefalus se projevuje různě vyjádřeným syndromem nitrolební hypertenze, u kojenců s neuzavřenými lebečními švy zvětšováním obvodu hlavičky. Při komunikujícím hydrocefalu dochází ke zhoršené resorpci. Normotenzní hydrocefalus chápeme jako samostatnou jednotku, která má charakteristickou příznakovou trias: demenci, poruchy chůze a inkontinenci moči bez syndromu nitrolební hypertenze (Ambler, 1999).

Klinický obraz akutní nitrolební hypertenze je charakteristický „bolestmi hlavy, nauzeou, zvracením, spavostí, edémem papil a poruchami chůze“ (Zeman, 2004, str. 59). Kala (2005) uvádí při náhle vzniklé nitrolební hypertenzi zmatenost, bradykardii, poruchy dýchání a difúzní a trvalou bolest hlavy.

Klinický obraz chronické nitrolební hypertenze je abnormální růst obvodu hlavy (Zeman, 2004).

Hydrocefalus v raném dětství se klinicky projeví nadměrným růstem obvodu hlavy s výraznou žilní kresbou. Dítě je ohroženo poškozením mentálního vývoje, a to zejména, když je léčba opožděná. Apatie, zpomalení aktivit, inkontinence a porucha chůze v důsledku dilatace čelních rohů postranních komor z příčiny frontální ataxie. Nejvíce je traumatizována pyramidová dráha, která je natažená a tato část odpovídá za motoriku dolních končetin. Dilatace třetí komory klinicky doprovází zhoršený stav vědomí a nystagmus je doprovodný stav dilatace komory čtvrté (Kala, 2005).

Dalšími příznaky jsou obrovská hlava s vybouleným čelem, „příznak zapadajícího slunce“ – zvláštní postavení rohovek na spodině oční štěrbin, výrazná venózní kresba na spáncích, spastická kvadruparéza až kvadruplegie (Lesný, 1982).

3.5. Diagnostické metody

K diagnostice hydrocefalu se používají zobrazovací metody.

Zeman (2004) zdůrazňuje počítačovou tomografii (CT), kterou považuje za základní. Ultrasonografii (USG), která je vhodná u nezralých dětí s podezřením zvýšení nitrolebního tlaku. Magnetickou rezonanci (MRI), která umožňuje anatomické zobrazení. Dále uvádí Ventrikulografii a cisternografii, které jsou užitečné k objasnění překážek v komorovém systému.

Výpočetní tomografie (CT) zobrazí řadu důležitých známek, které svědčí o zvýšení likvorového tlaku i diferenciatně diagnostických znaků. Je to radiologická vyšetřovací metoda, která umožňuje zobrazení vnitřních orgánů živočichů a člověka pomocí rentgenového záření (Seidl a Obenberger, 2004).

Ultrasonografické (USG) vyšetření se provádí přes stěnu břišní těhotných žen a lze doplnit přesnějším vyšetřením transvaginálním (Kala, 2005).

Zobrazení magnetickou rezonancí (MRI) je zřetelně lepší než umožňuje CT. MRI stanoví přesný objem komorového systému a byly dokonce sestaveny přehledy standardních hodnot (Seidl a Obenberger, 2004).

Zeman (2004) píše i o jiných metodách. Například to jsou: biochemické vyšetření likvoru, měření nitrolebního tlaku nebo izotopové vyšetření cirkulace. Tyto metody neřadíme do metod zobrazovacích. Pozornosti neuniká ani analýza pulsových vln likvoru, ale pro obecný nedostatek zkušeností se nepoužívá (Kala, 2005).

Další vhodnou metodou je izotopová cisternografie, posuzuje dynamiku proudění mozkomíšního moku. Princip vyšetření spočívá ve sledování pohybu – cestou lumbální punkce

aplikovaného radiofarmaka likvorovými cestami. Izotopová cisternografie je pokládána za nespolehlivou, dokládá to výzkum Bergstranda v roce 1986 (Kala,2005).

Jako další metodu lze použít zobrazovací ultrazvuk, tato metoda je neinvazivní a lze jí vyšetřit celou oblast dutiny lebeční. Tato metoda je nenahraditelná, neboť je důležitá pro sledování vývoje onemocnění. Lze jím zobrazit i přítomnost intraventrikulární hemorrhagie. Lze využít standardní ultrazvukový přístroj vybavený odpovídající sondou (Seidl a Obenberger, 2004).

Zdokonalení těchto zobrazovacích metod zatlačilo do pozadí pneumoencefalografii - vyšetřovací metoda, při níž se nahrazuje část mozkomíšního moku vzduchem (Bahenská, 2008).

Pokud provádíme prenatální diagnostiku hydrocefalu používáme metody, které se řadí do souboru základních screeningových metod. Patří sem vyšetření α - fetoproteinu v mateřském séru. Specifikum vyšetření je poměrně nízké, jelikož se nelze uchránit před falešnými závěry. Patrné výsledky nám přinesou i zobrazovací metody, které jsme uvedli výše (Kala, 2005).

3.6. Klasifikace hydrocefalu

V roce 1994 začala platit MKN-10 i v České republice, v této publikaci spadá hydrocefalus pod kapitolu Jiné poruchy nervové soustavy (G90 – G99) a konkrétně pod kód G91 Hydrocefalus, do této kategorie patří získaný hydrocefalus a nepatří hydrocefalus vrozený (Q03) a hydrocefalus při vrozené toxoplasmóze (P37.1) (MKN -10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 1999).

Kongenitální hydrocefalus je vrozený, tudíž se příznaky projevují ihned po narození. Je často doprovázen malformacemi CNS, jako jsou Chiari I-II nebo Dandy-Walker syndrom. Ostatní hydrocefaly jsou z tohoto pohledu získané (Seidl a Obenberger, 2004).

Pokud cirkulaci likvoru brání překážka, rozlišujeme obstrukční hydrocefalus, kdy je překážka v komorovém systému. A nebo komunikující hydrocefalus, kdy je překážka jinde (Seidl a Obenberger, 2004).

Ambler (1999) rozlišuje hydrocefalus na interní a externí. Při externím jde o mozkovou atrofii nikoli o vlastní hydrocefalus. Obstrukční hydrocefalus členíme na komunikující a nekomunikující. Do skupiny komunikujícího hydrocefalu patří normotenzní hydrocefalus jako samostatná jednotka. V literatuře se dočteme o hydrocefalu e vacuo – de facto starší název externího hydrocefalu.

Zeman (2004) uvádí klasifikaci z hlediska hydrodynamiky a dělí je na aktivní, který vyžaduje drenážní operaci a pasivní, který nevyžaduje chirurgický výkon.

4. DĚTSKÁ NEUROLOGIE

Dětská neurologie je odvětvím medicíny, které významně přispívá k diagnostice poruch CNS u dětí. „Dětská neurologie je dnes samostatnou neurologickou disciplínou. Specifičnost dětské neurologie je dána vývojovými zákonitostmi nervových funkcí a jejich patologických změn. Dětská neurologie se od neurologie dospělých liší především vývojovým pojetím. Dětská neurologie je širší pojem než neurologie vývojová, ta se zabývá změnami v neurologickém nález, který se mění věkem“ (Lesný a Špitz, 1989 str.106).

4.1. Vývoj CNS

Vývoj CNS je samoorganizující se systém, který je geneticky determinován, ale realizace tohoto programu je závislá na vnějších i vnitřních podmínkách. Prosencefalizace patří k hlavním vývojovým poruchám, společně s poruchami neurulace a poruchami histogeneze.

Porucha prosencefalizace, je porucha vytváření předních oblastí mozku = ventrální indukce. Tyto poruchy mohou být součástí obrazu závažných stavů (Komárek, 2008).

Za základní mezníky vývoje CNS považujeme vytvoření neurální ploténky v druhém týdnu intrauterinního života. Přední neuropor je uzavřen 24.den intrauterinního života. Neurogliární proliferace 8-16. týden. Neurony migrují 12.-20. týden a neuroanální organizace 24. týden (Komárek, 2008).

4.2. Vývoj hybnosti

Ivan Lesný rozděluje kojenecký věk podle typů hybnosti do čtyř stadií.

Prvním je holokinetické (holos = celý) – do dvou měsíců. Typické jsou nekoordinované pohyby všech čtyř končetin, roztažení paží a jejich následné připažení. Dalším projevem je reflektorický úchop a sací reflex, který je spojen s pokrmovým reflexem. Přidává se taky pohyb jazyka a polknutí. Dále se dítě opírá nohou o podložku, stáčí trup k boku drážděnému ostrým předmětem a objevují se již chůzové automatismy (Lesný, 1989).

Druhé stádium je monokinetické – do pátého měsíce věku života. Kojenec je schopen pohybovat jen jednou končetinou, ale pohyby nemají ani směr ani řízení. Fenomén roztažených paží zvolna mizí. Objevuje se střemhlavá reakce. Nakloníme-li dítě obličejem k podložce, natáhne horní končetiny a roztáhne prsty (Lesný, 1989).

Stadium dromokinetické (dromos = cesta) trvá do devátého měsíce. Pohyby dítěte mají správný směr, ale ovládání není ještě dobré. Z reflektorického úchopu se vyvíjí volní úchop a dítě již samo sedí. Ke konci této fáze se vytváří radiální úchop. Dítě, které doposud

komunikovalo pláčem začíná komunikovat pohyby, grimasami a začíná vokalizovat. Na rozvoji telekomunikačních funkcí se podílí vývoj zrakového a sluchového analyzátoru (Lesný,1989).

Poslední rané stádium vývoje hybnosti je kratikinetické (kratein = vládnout) stádium. Za ukončení vlastního vývoje hybnosti v raném dětství je považován patnáctý měsíc života. Pohyby nemají trhavý charakter a jsou koordinované, to poukazuje na dozrávání hlavních a vyšších struktur subkortikální motorické regulace. Na počátku tohoto stádia je samostatný stoj a chůze (Lesný, 1989).

4.2.1. Patologie ve vývoji hybnosti

U pacientů s DMO není nikdy dokončena plná zralost v základních modelech posturálního vývoje. Je porušena svalová souhra, která má zajišťovat cílený pohyb (Kolář in Kraus, 2005).

Patologický motorický vývoj můžeme hodnotit. Hodnotíme ve vztahu k době zralosti podle lokomočních stádií Vojty. Jde o škálu deseti lokomočních stádií, které zahrnují období vývoje lidské motoriky do čtyř roků a má vypracovanou analogii pro vývoj motoriky u dětí s DMO (Kolář in Kraus, 2005).

Pro hodnocení vývoje lokomoce u dětí s DMO stanovíme retardační kvocient a na základě výpočtu je možné uvést prognózu vývoje. RQ se vypočítává tak, že věk motorického vývoje se dá do poměru s kalendářním věkem (Kolář in Kraus, 2005).

4.3. **Poruchy CNS a jejich vliv na psychický vývoj**

Poruchy CNS se projevují v psychickém vývoji různým způsobem. Záleží na typu poruchy, její závažnosti a především na vývojovém stupni dítěte. Symptomy společné v období vývoje dítěte jsou: zvýšení reaktivity a unavitelnosti, porušena je pozornost, především slabší koncentrace, ulpívavost a nevýběrovost, paměť, která je negativně ovlivněna sníženou aktivační úrovní. Taky můžeme pozorovat emocionální nápadnosti. U dětí s DMO bývají často sníženy rozumové schopnosti a poruchy percepce. Citové prožívání je nekontrolovatelné a školní zralost je opožděna (Říčan, Vágnerová, 1991).

Důležitým faktorem psychického vývoje lidí s DMO je prožívání tělesné odlišnosti.

„Představa vlastního těla může silně narušit celkové sebehodnocení a může vést k maladaptivnímu chování. Reakcí může být obrana ve smyslu agresivity, úniku od reality, a do izolace“ (Říčan, Vágnerová, 1991, str.72).

5. ŘEČ

5.1. Ontogeneze řeči

Vznik a vývoj řeči u člověka je složitý proces, který je ovlivňován exogenními i endogenními faktory. V současné době považujeme za klíčové období vývoje řeči věk mezi třetím a čtvrtým rokem života. Stádia ontogeneze dělíme na takzvané předřečové období a období vlastního vývoje řeči (Bytešníková, 2007).

„Vnitřními faktory chápeme vrozené předpoklady, dále dobře vyvinuté a funkční dálkové analyzátory, vyvinuté řečově-motorické zóny v mozku, obratné artikulační orgány, celkový fyzický a duševní vývoj, hlavně vývoj intelektu. Z vnějších činitelů ovlivňuje vývoj řeči prostředí a výchova, především přiměřenost řečových projevů a správný řečový vzor“ (Klenková, 2000, str.35).

V období do jednoho roku života zastávají rodiče důležitou roli pro osvojení řeči jejich potomka, a to takovou, že mají poskytovat „interakční rámce“. To jsou takové rámce, které mají posilovat oční kontakt, tvorbu a napodobení hlasu a podporovat hlasové hry. Pro toto období je charakteristické to, že si dítě osvojuje sání, polykání a žvýkání. Zvládnutí těchto dovedností je zásadní pro další rozvoj řeči (Bytešníková, 2007).

Prvním hlasovým projevem dítěte je křik, v podstatě jde o hlasový reflex s tvrdým hlasovým začátkem. Mezi druhým a třetím měsícem života užívá dítě křik s měkkým hlasovým začátkem. Později začíná dítě vydávat hrdelní zvuky, tyto zvukové sekvence označujeme jako broukání (Bytešníková, 2007).

Podle Ohnesorga (1976) je velice důležité pro další řečový vývoj, aby dítě v okolí slyšelo klidný hlas. Dále křik označuje jako „budoucí průpravu hlasu“ – prudký vdech, delší výdech a že je prvotní křik cvičení dechových svalů a mluvidel.

Na předchozí stádia navazuje pudové žvatlání, dítě vykonává podobné pohyby jako při příjmu potravy, které jsou navíc doprovázeny hlasovým projevem (Bytešníková, 2007).

Ohnesorg (1976) uvádí doporučení, která by měla toto vývojové období doprovázet. A to: nesledovat TV, jelikož způsobuje poruchy v nervovém systému a dráždí sítnici, které může vyvolat epileptický záchvat, číst pohádky, které rozvíjí představivost a vyjadřovací schopnosti dítěte a v neposlední řadě dítěti říkat jen to, co je v bezprostředním dosahu.

Období napodobivého žvatlání nastupuje mezi šestým a osmým měsícem. V tomto období se uplatňuje u dítěte vědomá zraková i sluchová kontrola. Dítě začíná zvládat složitou koordinaci jemné motoriky a automatizace – marginální žvatlání, které vede ke kanonickému žvatlání. Kanonické žvatlání splňuje artikulační a akustická kritéria slabik (Bytešníková, 2007).

Přibližně v desátém měsíci nastupuje období rozumění řeči, které nepovažujeme za rozumění v pravém slova smyslu, dítě reaguje na komplexní zvukový obraz v asociaci se situací, která se často opakuje (Lechta, 2002).

Kolem prvního roku života začíná dítě cíleně užívat jednoslovné věty, které vyjadřují emoce a přání. Psychologové toto období nazývají emocionálně-volním. Velkou roli hrají prozodické faktory, které umožňují chápání významu. Následuje egocentrické stádium, kdy má řeč charakter činnosti. Kolem druhého roku nabývají slova pojmenovací funkci – asociačně-reprodukční období. Dalším obdobím, mezi druhým a třetím rokem života, je stádium rozvoje komunikační řeči. V tomto období se dítě snaží dosahovat prostřednictvím řeči drobných cílů. Od tří let se formuje stádium logických pojmů, ve kterém můžeme sledovat fyziologické těžkosti v řeči. Proces intelektualizace řeči nastává kolem čtvrtého roku života a přetrvává do dospělého věku (Bytešnicková, 2007).

I pro další řečový vývoj Ohnesorg (1976) předkládá doporučení: Na dítě mluvit přirozeně, nepřirozený mluvní vzor vede k nesprávné výslovnosti. Nemluvit na dítě ve třetí osobě. Formující vliv pro další vývoj řeči dítěte má projevená radost z vyřčených slov.

5.1.1. Ontogeneze řeči u dětí s DMO

DMO vzniká v nejranějším období dítěte, pochopitelně ovlivňuje i vývoj řeči. V některých případech dochází k opoždování ve vývoji řeči, někdy je vývoj omezen (Klenková, 2000).

Ontogenezi řeči dětí s DMO se zabývali Románek a Kábele. Autoři se shodují, že ontogeneze je ovlivněna rozumovými schopnostmi a poruchou CNS – postižení motorických drah, porucha centrálních řečových oblastí mozku. Vliv mohou mít i přidružená postižení, jako epilepsie nebo porucha sluchu a poukazují na negativní vliv hospitalizace (Klenková, 2000).

Nápadné znaky orálního vývoje uvádí Gundermann (in Lechta, 2002, str.100): „zaostávání orálních reflexů, hypersenzibilita nebo hyposenzibilita v ústní oblasti, neschopnost realizovat při pití rytmické, sací a polykací pohyby, těžké narušení polykacích pohybů, narušená koordinace čelisti, rtů a jazyka při žvýkání a polykání, nápadná tvorba hlasu při vitálních funkcích“.

5.2. Jazykové roviny

Při charakterizaci ontogeneze se zmíníme o jazykových rovinách.

„Jazyková rovina je dílčí systém jazyka, charakterizovaný specifickými základními jednotkami“ (Dvořák, 2007, str.173). Jazyková rovina je systém, který je charakterizován stejnorodostí svých jednotek, jazykovědci jazykovou rovinu chápou jako plán jazyka (Karlík et al.,2002)

V řeči rozlišujeme čtyři základní jazykové roviny: lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou, foneticko-fonologickou a pragmatickou (Bytešníková, 2007).

V lexikálně-sémantické rovině sledujeme pasivní a aktivní slovní zásobu (Bytešníková, 2007).

Morfologicko-syntaktickou rovinu chápeme jako uplatňování gramatických pravidel v mluvním projevu (Bytešníková, 2007). Tato rovina odráží poměrně přesně celkovou úroveň psychického vývoje dítěte. Z tohoto aspektu můžeme řeč zkoumat okolo prvního roku života. Sovák vysvětluje proces učení gramatickým formám reflexní teorií (Lechta, 1990).

Foneticko-fonologická rovina charakterizuje zvukovou stránkou řeči, základními jednotkami jsou hlásky, z fonologického hlediska fonémy (Bytešníková, 2007).

Pragmatická rovina odráží schopnost vyjádřit různé komunikační záměry. Je to sociální aplikace komunikační schopnosti, která není pouhým souhrnem, ale kvalitativně vyšším procesem (Lechta, 1990).

5.2.1 Analýza jazykových rovin

U jedinců s DMO probíhá nejtýpčtěji vývoj v rovině foneticko-fonologické. Porucha hybnosti se promítá do výslovnosti. Výslovnost chápeme jako motorický akt. Dostatečně se nevyvíjí ani fonemická diference (Klenková, 2000). Haupt (in Lechta, 2002) zdůrazňuje, že většina jedinců s DMO se naučí hláskovou řeč, kterou realizuje patologickými pohyby. Podle Rheinweilera (in Lechta, 2002, str. 103) „u dysartrických dětí nejde o fonetické poruchy, ale o narušení procesu osvojování fonologické jazykové roviny“.

Vzhledem k pohybovým možnostem dítěte s DMO je ovlivněno i aktivní získávání poznatků o světě, tudíž je ovlivněna lexikálně-sémantická rovina. Situace je obtížnější, pokud jsou přidružena další postižení (Klenková, 2000). Podle Lechty (2002) vzniká verbalismus, protože děti nemohou přiměřeně zapojovat všechny smysly. Lesný (1988) se zmiňuje o „vývojové pojmové dysfázii“ v souvislosti s omezeností pasivního i aktivního slovníku (Ippolitowa in Lechta, 2002).

Opožděn nebo omezen je vývoj morfologicko-syntaktické roviny. Lesný nazývá poruchu vývoje stavby vět u jedinců s DMO „vývojovou větní dysfázií“. Je narušena tvorba vět, syntax a řeč, která je telegramatická (Klenková, 2000). Gramatická stavba řeči je nejvíce postižena, pokud se k DMO přidružuje mentální retardace (Lechta, 2002).

Komunikační záměr u dětí s DMO je výrazný, avšak naráží na komunikační bariéru, která je charakterizována omezením celkové motoriky i oromotoriky. Tato bariéra může mít negativní dopady, pokud se promítá do vztahu matky s dítětem. Matka může pociťovat bezradnost, neboť se jí nedostává od dítěte očekávaných reakcí, které ovlivňují budování dalšího vztahu (Lechta, 2002).

5.3. Poruchy jednotlivých složek řeči

Postižení hybnosti se nepromítá jen do vývoje řeči a jazykových rovin, ale i do jednotlivých složek řeči. Je narušeno dýchání, fonace, artikulace, koverbální chování a prozodické faktory.

5.3.1 Narušené dýchání

Lechta (2002) uvažuje nad tím, že správné hospodaření s dechem tvoří bázi řečové produkce, význam narušeného dýchání tím vstupuje do popředí.

Sovák (1981) poukazuje na proměnlivost a nestálost dechové činnosti.

Při spastických formách DMO je dýchání mělké, nekoordinované, nevytváří se znělá řeč. Při dyskinetické formě DMO je narušena koordinace dýchacích svalů (Klenková, 2000).

5.3.2. Dysfonie

Poruchy fonace – tvorby hlasu nalezneme u většiny forem DMO. Hlas je tichý, nevýrazný, v důsledku stahů hrtanového a hltanového svalstva je zvuk hlasu změněn. U diparetické formy pozorujeme poruchy hlasu a při spastické formě DMO pozorujeme tlačení hlasu (Klenková, 2000).

Peachec (in Lechta, 2002) zavedl termín „dysartrofonie“ pro současnou poruchu fonace a artikulace, který uvádí Böhme (1976).

Děti postižené DMO většinou nemají zpěvný hlas, tudíž nemohou zpívat (Seeman, in Kábele, 1988).

5.3.3. Dysprozódie

Při DMO jsou narušeny i prozodické faktory. Tímto narušením se řeč stává nápadnou a nesrozumitelnou (Klenková, 2000).

Lokalizace poškození CNS ovlivňuje modulaci řeči, která se projevuje různým způsobem (Lechta, 2002).

Sovák (1978) si všímá tempa řeči, které je buď zrychlené – tachylalie nebo zpomalené – bradytalie a taky poukazuje na značné propulze v mluvě.

5.3.4. Poruchy artikulace

Pro jedince s DMO je charakteristická porucha artikulace jednotlivých hlásek v důsledku poškození hybných funkcí svalstva artikulačních orgánů (Klenková, 2000).

Děti nemají dostatečnou kontrolu pohybů jazyka, ústních a polykacích svalů, tudíž je přítomna hypersalivace, která není důsledkem mentální retardace nebo nadměrného vylučování slin (Vatera a Boudzio in Vítková, 2004).

Kábele (1988) poukazuje na změny mluvního projevu ve smyslu barvy, výšky, síly, tempa, plynulosti a znělosti. Upozorňuje také na nedostatky v analyticko – syntetické činnosti, obsahové stránky řeči a na sníženou schopnost vnímání mluvního projevu druhých lidí. Z těchto nedostatků vyvozujeme závažné závěry, které se dotýkají následné intervence.

5.3.5. Narušené koverbální chování

Lechta (2002) uvádí, že u dětí s DMO se objevuje i narušené koverbální chování, které působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru. Toto chování je dané celkovým motorickým obrazem těchto dětí.

Jak jsme uvedli výše, narušené koverbální chování se promítá do budovaného vztahu matky s dítětem (Lechta, 2002).

5.4. **Poruchy komunikační schopnosti**

Sedláčková (in Lechta, 2002, str. 105) tvrdí, „že neexistuje žádný všeobecný klinický obraz řeči dětí s DMO a příznaky závisí na lokalizaci léze“. Toto zjištění nám opět potvrzuje individualizaci logopedické terapie.

Crickmayová (1980) zdůrazňuje, že verbální projevy dětí s DMO jsou velice variabilní a závisí na momentálním stupni spasticity (in Lechta, 2002).

Kábele (1980) píše, že při pokusu o realizaci řeči dítěte s DMO se objeví spasticita nebo dyskineze, které působí na realizaci pohybu a paralelně se zvyšují se zvyšováním volního úsilí.

V oblasti narušení komunikační schopnosti vzhledem k perinatálním encefalopatiím byly prováděny výzkumy. Výzkumy prováděli například Románek, Cséfalvay, Valešová nebo Kloss (in Vítková, 1999). U dětí s DMO se nejčastěji objevuje dysartrie. Nižší procentuelní zastoupení narušené komunikační schopnosti má dyslalie, opožděný vývoj řeči a anartrie. U jedinců s DMO můžeme pozorovat balbuties a rinolalii (viz tabulka 2).

K symptomům DMO patří porucha motoriky, porucha chování, smyslové poruchy a je narušen tělesný vývoj. U jedinců s DMO může být přidružené mentální postižení a epilepsie. Tyto symptomy se odrážejí v řeči a jsou narušeny všechny složky řeči – dýchání, fonace, artikulace, prozódie a obsahová stránka řeči. Vývoj řeči je taky narušen a obtíže se mohou objevit i v plynulosti řeči (Lechta, 2002) (viz schéma 3).

Tabulka 2 Procentuelní zastoupení poruch řeči při DMO (Kloss in Vítková, 1999, str.61)

Řečové poruchy	Četnost v %
Dysartrie	20,97
Anartrie	3,69
Dyslalie (sigmatizmus)	9,13
Agramatizmus	5,24
Opožděný vývoj řeči	4,47
Koktavost	2,14
Huhňavost	0,19

5.4.1 Dysartrie

Z tabulky vyčteme, že nejčastěji je u jedinců s DMO přítomna porucha artikulace – dysartrie.

„Dysartrie jsou vývojové i získané obtíže při hláskování, vyslovování, narušena je i prozódie řeči; jde o expresivní poruchu řeči, která je způsobena zřejmým (nejčastěji bilaterálním) poškozením mozku a mozkových drah“ (Dvořák, 2007, str.52).

Podle Sováka (in Filčíková-Herfortová, 1965, str.154) „bývá dysartrie tak těžkého stupně, že jde o neschopnost artikulace vůbec. Je to tak zvaná anartrie: postižené dítě nedovede vůbec hláskovat a místo slov vydává neartikulované zvuky“.

5.4.2 Dyslalie

Lechta (1990, str.112) definuje dyslalii jako: „Neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem“.

5.4.3 Agramatismus

Podle Seemana (1955, str.52) chápeme agramatismus jako „tvaroslovné a syntaktické poruchy. Dítě neskloňuje slova a užívá nesprávného slovosledu“.

5.4.4 Narušený vývoj řeči

Podle Kábeleho (1988) je při DMO přímá souvislost s poruchou řeči. V podstatě jde o narušení hybnosti mluvních orgánů. Při vývoji řeči může dojít k opoždění vývoje, v těžších případech až k omezení vývoje. Je ovlivněno i myšlení a vyjadřování.

Tradiční pojetí OVR zahrnuje poruchy vývoje řeči pod termínem alálie. Sovák (in Lechta, 1990) narušený vývoj řeči diferencuje ze dvou hledisek a to: jako vedlejší příznak při mentální retardaci, sluchovém postižení nebo DMO, a jako hlavní příznak.

5.4.5 Koktavost

Definici koktavosti vymezil Lechta (2010, str.28). „Koktavost je syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, které se nejnápadněji projevuje charakteristickými nedobrovolnými pauzami narušujícími plynulost procesu mluvení a tím působícími rušivě na komunikační záměr. Je to multifaktoriální dynamický a variabilní syndrom NKS se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících a nebo recipročně (vzájemně) i souhrnně reagujících příčin.“ Je obtížně diagnostikovat poruchy plynulosti řeči, neboť je někdy obtížné odlišit od spastických a dyskinetických projevů DMO (Lechta, 2002)

Obtížnou diagnostikou koktavostí se zabývají i Kováčsová a Méreiová (in Lechta, 2002), které upozorňují na nutnost odlišit spasmy, typické pro koktavost od spastických projevů DMO. Proto se v této souvislosti hovoří o „dysartrické koktavosti“.

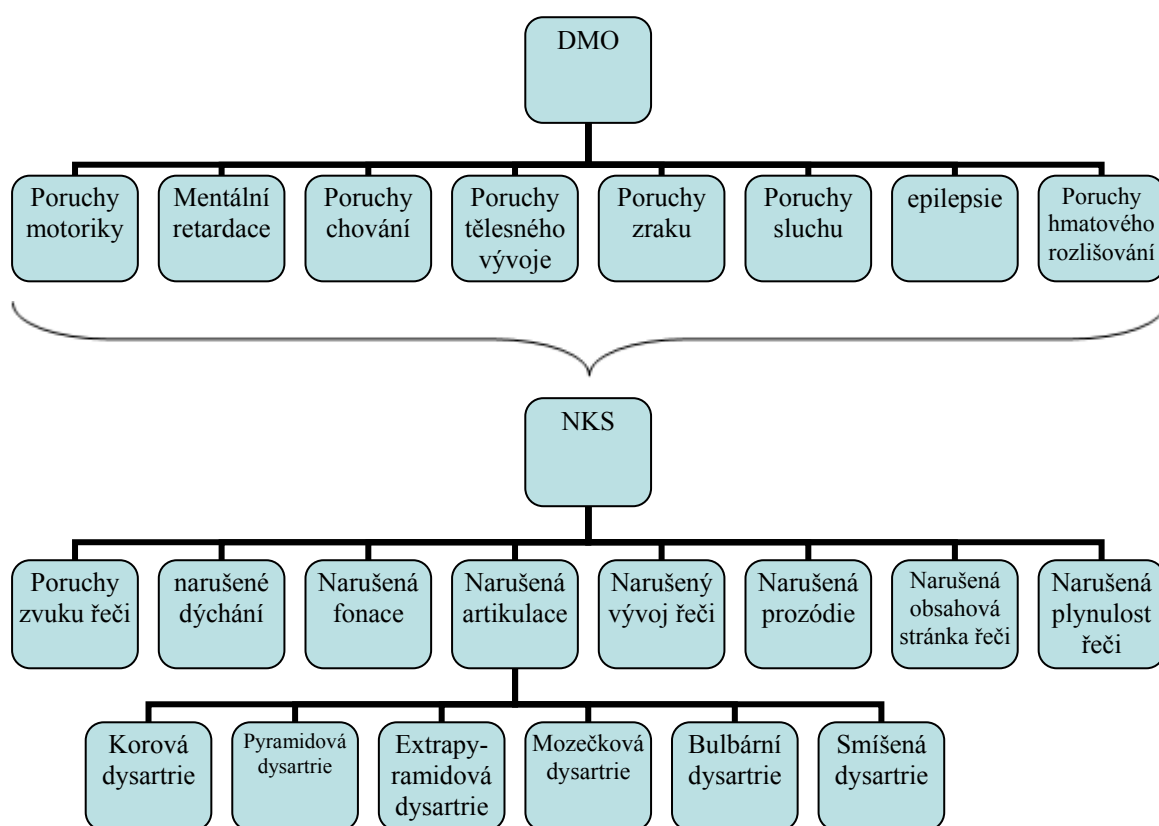
Tarkowski (1999) polemizuje nad termínem dysartrická koktavost, zda jde opravdu o skutečnou koktavost, neboť není potvrzeno, že koktavost vzniká na organické bázi.

5.4.6. Huhňavý charakter řeči

Otevřená huhňavost je patologicky zvýšená nazalita. Příčinou je insuficience patrohltanového závěru na základě orgánových změn (zkrácené velum, obrny, rozštěpové vady, zranění a jiné) nebo funkční (nedbalá mluva, nápodoba, habituální huhňání – návykové (Dvořák, 2007).

„Huhňavost otevřená nastává při patologickém zvýšení nosovosti, nestačí-li patrohltanový uzávěr zabránit úniku vzduchu do rezonančních dutin“ (Škodová a Jedlička, 2007, str. 217).

Schéma 3 Projevy DMO v řeči z logopedického pohledu (Lechta in Lechta 2002, str.109).



6. DYSARTRIE

6.1. Terminologie

V tuzemské literatuře řadíme dysartrie do okruhu narušení článkování řeči. U dětí s projevy DMO se nejčastěji setkáme s termínem vývojová dysartrie, klademe důraz na vznik této poruchy od počátku vývoje organismu (Neubauer in Škodová a Jedlička, 2007).

Termínem dysartrie označujeme poruchy komunikační schopnosti nejen při vývojových onemocněních, ale i při získaných poruchách (Klenková in Vítková, 2004).

Neubauer (2007) definuje dysartrii jako „poruchu motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy“. Na realizaci mluvy se podílí nervus trigeminus, který inervuje žvýkácí svaly. Nervus facialis inervuje svaly tváře, rtů. Svaly hltanu a měkkého patra inervuje nervus glossopharyngeus a nervus vagus, který také inervuje svaly hrtanu společně s nervem accessorius. Svaly jazyka inervuje nervus hypoglossus. Vliv na artikulaci mají nervy trigeminus, facialis a hypoglossus. Rezonanci a fonaci ovlivňují nervy glossopharyngeus, vagus a accessorius (viz tabulka 3).

Tabulka 3 Funkce hlavových nervů participujících se na mluvení (Neubauer, 2007, str.47)

Hlavové nervy	Důležité oblasti inervace z hlediska řeči
Nervus trigeminus	svaly dolní čelisti (žvýkácí svaly), vliv na artikulaci
Nervus facialis	svaly tváře a rtů, vliv na artikulaci
Nervus glossopharyngeus	svaly hltanu a měkkého patra, vliv na rezonanci a fonaci
Nervus vagus	svaly měkkého patra, hltanu a hrtanu, vliv na fonaci a rezonanci
Nervus accessorius	svaly hrtanu, vliv na rezonanci a fonaci
Nervus hypoglossus	svaly jazyka, vliv na artikulaci

Braunová (1994, str.26) rozumí dysartrií „anomálii artikulace, která je podmíněna poškozením částí nervového systému, bez nichž nemůže normálně probíhat v užším slova smyslu řádné fungování artikulace“.

„Někteří autoři (Springer, Kattenbeck) dávají přednost před termínem dysartrie pojmu dysartrofonie, kde zdůrazňují těsnou souhru dýchání, fonace a artikulace“ (Klenková, 2000, str.42).

Kerekrétiová (2009) chápe dysartrii jako motorickou poruchu řeči, která vzniká na základě porušené inervace mluvních orgánů.

V tuzemské literatuře rozumíme dysartrii jako poruše procesu artikulace na základě poškození CNS. Zahraniční autoři Darley a Milow (in Preiss, 1998) považují dysartrii jako proces postižení všech motorických řečových komponent.

6.2. Klasifikace

V literatuře se setkáme s klasifikací dysartrie podle lokalizace léze. Love a Webb (2009) zdůrazňují, že dysartrii může způsobit jakékoli onemocnění nebo trauma, jež narušuje hybnost, koordinaci a plánování pohybů řečového svalstva. Tito autoři uvádějí poruchy při lézi horního motoneuronu, dolního motoneuronu a smíšené léze horního a dolního motoneuronu.

Léze horního motoneuronu je unilaterální nebo bilaterální. Horní motorický neuron je nejčastěji postižen v důsledku cévní mozkové příhody. Při poškození pyramidové dráhy jedinec ztrácí schopnost vykonávat volní pohyby, poškození vede k hyperreflexii a spasticitě. U této formy dysartrie je omezena rychlost a rozsah pohybů orálního svalstva. Bilaterální poškození horního motoneuronu způsobuje spastickou dysartrii (Love a Webb, 2009)

Postižení dolního motoneuronu – postižení periferní motorické dráhy nebo jádra hlavového nervu, může způsobit chabou dysartrii. Vede k hypotonii svalů, je přítomna hyporeflexie a postižené svaly časem atrofují a svaly jazyka vykazují fascikulaci. Fascikulace jsou drobné svalové kontrakce vláken, které byly původně inervovány poškozeným axonem (Love a Webb, 2009)

Jednotlivé typy dysartrie mají výraznou symptomatologii (viz tabulka 4 a tabulka 5).

Tabulka 4 Přehled nejdůležitějších charakteristik různých typů dysartrie (Cséfalvay a Marková in Kerekrétiová, 2009, str.250)

Typ dysartrie	Lokalizace léze	Nejvýraznější charakteristiky řeči
Flacidní	Periferní motoneuron	hypernazalita, dyšný hlas, narušená artikulace konsonantů, dysprozódie
Spastická	Bilaterální léze centrálního motoneuronu	zpomalená a nepřesná artikulace (konsonantů a vokálů), tlačená fonace, dysprozódie
	Unilaterální léze centrálního motoneuronu	nepřesná artikulace konsonantů, tlačená fonace
Hypokinetická	Extrapyramidový systém	monotónní řeč, dysprozódie, zrychlená artikulace, snížená intenzita hlasu
Hyperkinetická	Extrapyramidový systém	nepřiměřené a neočekávané akcenty a pauzy v artikulaci a fonaci
Ataktická	Cerebellum	nekoordinovaná artikulace, stejný akcent na každé slabice slova, nepravidelné artikulační bloky v řeči
Smíšená	Centrální a periferní motoneuron	kombinace uvedených příznaků při fonaci, artikulaci, rezonanci a prozodii

Sovák (1978) uvádí jinou klasifikaci dysartrie.

Tabulka 5 Klasifikace dysartrie dle Sováka (in Vítková, 2004).

Typ dysartrie	Lokalizace léze	Charakteristika
Korová	pyramidové buňky v mozkové kůře (cortex)	Vážne uspořádání složitějších mluvních celků.
Pyramidová	pyramidová dráha od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu	Řeč je tvrdá, spastická a tvořena křečovitě. Pohyby mluvidel jsou zpomalené a nepřesné. Archaické funkce jsou zachovány.
Extrapiramidová	mimokorový systém, objevuje se ve dvou formách	Forma hypertonická: přítomna bradyartrie, nejčastěji se vyskytuje u Parkinsonovy choroby Forma dyskinetická: artikulace je nezřetelná, hrudní dýchání je narušeno
Bulbární	jádra motorických nervů v bulbu (pons Varoli, medulla oblongata) nebo nervů vycházejících ke svalům mluvního ústrojí	Porušena výslovnost hlásek, vyžadujících přesnou koordinaci artikulačních pohybů a zvýšené svalové napětí. Je postiženo polykání a dýchání.
Cerebelární	mozeček (cerebellum) a jeho dráhy	Mluvní pohyby jsou neuspořádané. Řeč je skandovaná s přehnanou dynamikou a tempem.
Smíšená		Lechta (2002) uvádí, že se tato forma vyznačuje současně několika symptomy jednotlivých typů dysartrie.

6.3. Výskyt

Výskytem dysartrie se zabývalo málo badatelů. Pančenko a Hauptová (in Lechta, 2002) zjistili dysartrii více než u poloviny jedinců s DMO, oproti tomu Böhme (in Lechta, 2002) uvádí výskyt dysartrie u třetiny probandů. Lechta (2002) vysvětluje tyto rozpory ve výsledcích nejednotností kritérií. Nejčastěji je dysartrie projevem u atetózy a kvadruplegie. U hemiplegie a diplegie se objevuje méně (viz tabulka 6)

Tabulka 6 Výskyt dysartrie podle Böhma (in Lechta, 2002, str. 110).

Forma DMO	Dysartrie (výskyt v %)
hemiplegie	12
diplegie	23
kvadruplegie	43
atetóza	70

6.4. Diagnostika

Logopedická diagnostika je součástí speciálně pedagogické diagnostiky.

Vašek (1991, str.11) chápe speciálně pedagogickou diagnostiku jako „systém poznatků, zaměřených na možnosti a prostředky poznávání individuálních zvláštností postiženého jedince k odhalení podstatných souvislostí, které jsou příčinou těchto zvláštností.“

Na speciálně pedagogickou diagnostiku nemůžeme pohlížet jako na něco rigidního, stálého, neboť vývoj člověka je dynamický proces (Vítková, 1999).

Úkolem logopedické diagnostiky je určení druhu, příčin vzniku a stupně narušené komunikační schopnosti. Na základě logopedické diagnostiky je možné stanovit diagnózu, z níž vychází nastínění metod logopedické péče a stanovení prognózy vývoje komunikačních schopností (Klenková, 2000).

U dětí s DMO je velice důležitá interdisciplinární spolupráce a dodržení zásadu provedení komplexní diagnostiky. Diagnostikujeme pohybové schopnosti, rozumové i komunikační schopnosti (Klenková, 2000).

Spolupráce je důležitá při zjišťování poruch hybnosti a řeči, stejně jako při pozdější komplexní rehabilitaci (Kábele, 1988).

Při diagnostice spolupracují: Neurolog, který si všímá somatického vývoje a přítomnosti patologických reflexů, stanovuje stav CNS, lokalizaci a rozsah léze. Foniatr posuzuje stav sluchu, patologie v oblasti hrtanu, hltanu a nosohltanu. Oftalmolog zjišťuje stav

zrakového ústrojí a případná zraková postižení. Psycholog se zaměřuje na úroveň rozumových schopností a specifika kognitivních a duševních schopností. Logopedické vyšetření vychází ze závěrů lékařských vyšetření. Logopedická diagnostika stanoví projevy řečové komunikace a logoped vypracuje plán logopedické terapie (Klenková, 2000).

K diagnostice dysartrie můžeme využít kromě zobrazovacích metod také EEG a EMG, které pomáhají určit zdroj příznaků a mohou pomoci při diagnostice příčiny. Vyšetřením krve a moči zjistíme, zda může být příčinou dysartrie zánětlivé nebo infekční onemocnění. Pokud má lékař podezření na nádor mozku, provede biopsii mozkové tkáně (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2010).

Spolupráci vyžadujeme i od pedagogů, kteří se zaměřují na přípustnou míru nároků a požadavků ve výchovně-vzdělávacím procesu. Pedagogická charakteristika je vhodným doplněním psychologické charakteristiky. Tyto podklady jsou nezbytné pro vypracování plánu výchovně-vzdělávací péče a volbě metod. Pedagogové poskytují údaje o celkovém chování, reakcí a výkonech dítěte v průběhu cvičení, které mohou být podkladem dalšímu léčebně-výchovného postupu (Kábele, 1988).

Při stanovení komunikačních schopností nesmíme opomenout, že řečový vývoj souvisí se somatickým vývojem. Podle Lechty (2002) je nutné srovnat stav komunikačních schopností s vývojem dítěte v normě. Lechta (2002) zpracoval materiál, ve kterém předložil rozvoj preverbálních a verbálních projevů od narození do šesti let a taky možnosti stimulace vývoje řeči.

6.5. Logopedická diagnostika

Pro logopedické vyšetření prováděné u dysartrií, jsou u nás nejznámější diagnostické postupy Kábeleho. Toto vyšetření by mělo být prováděno pečlivě a pozorně, zejména při těžších poruchách dorozumívání. Je třeba dbát pedagogických a psychologických zásad, neboť prostředí je pro dítě nové a neznámé. Při dodržování těchto zásad můžeme dosáhnout dobrého výsledku (Kábele, 1988). Neubauer (2007) uvádí, že na logopedické diagnostice symptomů řečové komunikace je závislá následná péče. Hlavním cílem je identifikovat řečové motorické modality, které zodpovídají za stigmatizaci řečového projevu.

Samozřejmostí je individuální přístup ke každému dítěti. Doporučujeme při vyšetření používat krátké a snadné věty se zajímavým obsahem. Motivující jsou vhodné ilustrace a přiměřenost textu. Obrázky mají být barevné a situační. Věty mají být sestaveny tak, aby měly pravidelný rytmus, neboť zvuková a modulační stránka je přitažlivější. Především pro

děti předškolního a mladšího školního věku (Kábele, 1988). Měli bychom brát na vědomí duševní rozložení, aktuální tělesný stav a únavu dítěte (Neubauer in Preiss, 1998).

Dalším významným činitelem je úprava prostředí. Vhodná je pracovna, která je upravena jako herna. Již sám bílý nábytek vzbuzuje u dětí pocit nejistoty, ostražitosti a napjatého očekávání, obdobně působí i bílý plášť logopeda. Vhodné je také upravit výšku židliček a stolků, na dítě nikdy nepůsobí dobře, když sedí bez možnosti opřít se nohama o podlahu. Způsobuje to pocit nejistoty a psychomotorický neklid. Tento neklid potom ovlivňuje mimovolní pohyby a zvýšení spasticity. Dítě má sedět nohama opřené celými chodidly o podlahu, má mít opěradlo pro záda, předloktí a hlavu (Kábele, 1988).

Z psychologického hlediska na děti dobře působí místnost, kde mají možnost prohlížet si obrázky na stěnách, které mohou být primárním tématem pro navození rozhovoru (Kábele, 1988).

Velice důležitý je metodický postup vyšetřování. Nejvhodnější je začít rozhovorem s dítětem, který je zaměřen na denní témata. Následuje vyprávění o obrázcích, které shrnuje pojmenovávání osob, zvířat a situací. Pouze takto můžeme získat celkový obraz mluvního projevu (Kábele, 1988).

Velmi významné je vedení dokumentace. Vzhledem k dlouhodobému charakteru poruch hybnosti poskytují tyto záznamy informace o dosažených výsledcích. Pro tyto účely byl sestaven speciální formulář, neboť běžné formuláře těmto potřebám nevyhovují (Kábele, 1988). V záznamovém archu pro vyšetření dysartrie jsou odstavce pro vyšetření jednotlivých složek řeči a motoriky rtů, jazyka, čelistí s měkkého patra.

V klinické praxi se setkáváme s vyšetřením pomocí škál a vyšetřovacích formulářů, které jsou zaměřeny převážně na dětskou populaci. Adaptace a vyhodnocení diagnostických vodítek závisí na zkušenostech klinického logopeda, který hodnotí motorické řečové modality poslechem a pozorováním. Pozorujeme dítě v kolektivu vrstevníků a v interakci s rodinou. Je vhodné využívat registračních pomůcek – magnetofonový nebo videozáznam (Neubauer, 2007).

Neubauer (in Preiss, 1998) v rámci komplexního vyšetření doporučuje zaměřit pozornost na řečový a jazykový projev, lexické a grafické činnosti, zjistit možnosti a schopnosti komunikace neverbálními prostředky. Doporučuje také vyšetřit fatické funkce a orientační vyšetření kognitivních a percepčních funkcí, které mohou následně ovlivňovat terapii. Při diagnostice dysartrie u dětí s DMO nesmíme zapomínat na propojení somatického stavu dítěte a jeho schopností řečového projevu.

6.5.1. Hodnocení komunikačních schopností dětí s DMO

Kábele (in Lechta, 2002, str. 180) navrhuje vždy vyšetřit:

- Primární pohyblivost řečových orgánů - plynulý výdech, foukání, pískání, regulace vzduchu, protiakce a refrakce jazyka.
- Artikulace izolovaných hlásek a hláskových spojení.
- Celkový řečový projev – opakování vět s různou délkou, reprodukce a samostatný plynulý projev.

Pokud jde o posouzení komplexních komunikačních schopností, zahrneme i hodnocení:

- Základních pohybových schopností – extenze a flexe prstů, extenze a opozice palce.
- Základních motorických předpokladů pro psaní – držení tužky a kresba různých tvarů.
- Schopnost psaní izolovaných písmen i souvislého textu.

Detailní vyšetření jedince s dysartrií zahrnuje posouzení fonace, respirace, rezonance a prozodických faktorů řeči (Lechta, 2002).

Kraus (2005, str. 248) se při komplexním logopedickém vyšetření dítěte s dysartrií zaměřuje na:

- Celkový dojem z dítěte
- Přidružená postižení
- Příjem stravy
- Orofaciální vyšetření
- Ovládání slinotoku
- Vyšetření respirace
- Vyšetření fonace
- Vyšetření rezonance
- Vyšetření artikulace
- Vyšetření rozumění řeči a fonemického sluchu
- Vyšetření obsahové stránky řeči
- Vyšetření modulačních faktorů
- Čtení, grafomotorika, zpěv, recitace
- Rozhovor s rodiči o komunikaci dítěte.

6.5.2. Token test

Gundermann (in Lechta, 2002) doporučuje před vlastním vyšetřením posoudit stav vyšších kortikálních funkcí, k tomuto účelu můžeme použít modifikovaný Token test, který používáme pro screening afázie.

Italští neuropsychologové DeRenzi a Vignolo (1962) publikovali svůj test. Test, který navrhli, byl zaměřen na kvantifikaci receptivní složky řeči a krátkodobé verbální paměti. Původní test měl více než sto instrukcí. Test byl časově náročný, proto vzniklo několik zkrácených verzí (Lechta, 2002).

6.5.3. Frenchay Dysarthria Assessment

Lechta (2002, str.178) doporučuje při vyšetření dysartrie zaměřit se na hodnocení „motorické funkce artikulačních orgánů, výslovnosti jednotlivých hlásek, respirace, fonace, rezonance a prozodických faktorů“.

V zahraničí existuje řada přepracovaných diagnostických metodik. Například „Frenchay Dysarthria Assessment“ (FDA), kterou vyvinula Pam Enderby (1983). Tento nástroj hodnotí kvantitativně orgány, které se zapojují do realizace mluvy. Nabízí nástroj měření srozumitelnosti. Existuje druhé vydání FDA-2, které je aktualizované. Zahrnuje nové poznatky o vývoji řeči, poruchách motoriky a podílu neurologické diagnózy. Na tomto vydání spolupracovala s Enderby Rebecca Palmer. FDA-2 je určena pro věkovou kategorii od dvanácti let, administrace je individuální a poměrně lehká. Může být používána pro mezinárodní výzkumy. Klient je hodnocen na základě plnění jednoduchých úkolů, souvisejících s řečovou funkcí (Pro-ed Australia, 2008).

Úkoly jsou rozděleny do osmi sekcí. „Hodnocení reflexů při kašli a polykání. Hodnocení dýchání v klidu a v řeči. Vyšetření rtů v klidu a v řeči. Vyšetření měkkého patra. Laryngeální vyšetření. Hodnocení jazyka v klidu – zaměříme se na symetrii, tonus a citlivost, dále vyšetřujeme izolované pohyby jazyka -protruze, elevace, laterální pohyby a kroužení okolo rtů, sledujeme i diadochokinezi – rychlé opakování slabik TA, LA, KA a sekvence PA-TA-KA po dobu patnácti sekund. Hodnotíme srozumitelnost ve slovech, větách a v konverzaci. Všímáme si i dalších ovlivňujících faktorů: stavu sluchu, zraku, zubů. Jakou má klient náladu a pocity, jaké je celkové držení těla a rychlost řeči“ (Lechta, 2002, str.179).

Pomocí FDA lze diagnostikovat pět základních typů dysartrie: spastickou, smíšenou, extrapyramidovou, ataktickou a tzv. „chabou“ dysarthrii. Výkon se posuzuje pomocí

devítistupňové škály a hodnocení zaznamenáváme do protokolu, ve kterém zpracováváme výkonový profil klienta (Lechta, 2002).

„FDA je velmi rozšířenou metodikou, užívanou v německé jazykové oblasti, kde byl proveden překlad roku 1991. Právě tam byl opakovaně předmětem kritiky. Někteří autoři upozorňují na několik obsahových nepřesností, které mohou ovlivnit celkové posouzení vyšetřovaného, především na únavu vyšetřovaného a zkoušky, které jsou z hlediska hodnocení někdy zbytečné“ (Vogel a Ziegler in Lechta, 2002, str. 179).

6.5.4. Dysarthria Profile

V anglicky mluvících zemích je nejvyužívanějším diagnostickým vodítkem „Dysarthria Profile“, který je dostupný v angličtině a francouzštině. Autorkou je Sandra Robertsonová. FDA vychází z obdobných principů diagnostiky jako „Dysarthria Profile“. Soubor je zaměřen na vyšetření respirace, fonace, faciální činnost, diadochokinezu, reflexní činnosti, artikulaci, tempo a prozodii řeči a v neposlední řadě na srozumitelnost četby a mluvy (Neubauer, 2007).

6.5.5. Dysartrický profil – 3F

Tento test vypracovali čeští autoři Hedánek a Roubíčková v roce 1997. Tento test nabízí kvantifikaci řeči klienta s dysartrií. Obsahuje dvě části – základní a doplňkovou. Výsledkem je dysartrický profil (DP) a dysartrický index (DX), které vychází z kvantifikace úloh a umožňují nám rychlou orientaci v závažnosti narušení. V testu sledujeme faciokinezi – F1, fonorespiraci – F2 a fonetiku – F3 (Kerekrétiová, 2009). Následně je vytvořen individuální plán, který je zaměřen na stimulaci řečových motorických modalit. Sledujeme funkci, která je zásadní a využitelná pro kompenzační postupy (Neubauer, 2007).

Ďuríková v roce 2007 vytvořila experimentální adaptaci tohoto testu na slovenský jazyk. Dysartrický profil – 3F hodnotí stejné oblasti jako „Dysarthria Profile“ Rozdílem mezi těmito testy jsou hodnotící stupně. Dysartrický profil 3F hodnotí tři stupně.

7. MOŽNOSTI ROZVÍJENÍ ŘEČI

V širším kontextu můžeme terapii dysartrie rozdělit na medikamentózní, chirurgickou a protetickou a logopedickou. Logopedická terapie je neinvazivní, logoped ovlivňuje behaviorálně narušené funkce respiračních, fonačních, artikulačních svalů a svalů měkkého patra. V logopedické terapii dysartrie se můžeme ubírat dvěma směry. Jde o užívání specifických a nespecifických postupů při terapii. Specifické postupy jsou takové, které jsou používány jen pro specifický druh dysartrie. Nespecifické postupy jsou zaměřeny na zlepšení srozumitelnosti jedince s dysartrií bez ohledu o jaký typ dysartrie jde. Logoped se zaměřuje na hlasitost a tempo řečového projevu. Nespecifickým postupem chápeme také cvičení zaměřené na fonaci, regulaci výdechového proudu vzduchu a na snížení hypernazality. Specifické terapeutické postupy jsou zaměřeny na posílení nebo uvolnění svalů participujících na mluvení. Při flacidní dysartrii svaly posilujeme a při spastické dysartrii svaly uvolňujeme (Kerekrétiová, 2009).

Cílem logopedické péče je dosažení správného mluvního projevu, který je uvolněný, plynulý, rytmický a artikulačně správný, vzhledem k individuálním možnostem jedince. Je důležité, aby byly rodiče, vychovatelé a pedagogové informováni o průběhu a požadavcích cvičení, které má dítě dodržovat při mluvním projevu (Kábele, 1988).

Mnoho autorů upozorňuje na individualitu a považuje za úspěch dosažení společensky přijatelného vyjadřování, neboť u dětí s těžkým stupněm DMO se mnohdy nepodaří dosáhnout zcela správného mluvního projevu (Kábele, 1988).

Vítková (2000) klade důraz na všeobecné rozšíření komunikační kompetence v běžných situacích a hrách. Neubauer (in Preiss, 1998) upozorňuje na nutnost doprovázet logopedickou terapii psychoterapeutickým působením, rozvíjet kognitivní schopnosti, paměťové funkce a pozornost jedince. Aby byla terapie efektivní je velice důležitá spolupráce s fyzioterapeutem.

Možnosti rozvoje řeči dětí s poruchami CNS jsou redukovány, jelikož v raném vývoji dítěte je omezena možnost experimentace dítěte (Lechta, 2002). Také možnosti stimulace jsou omezené, neboť okolí dítěti často nerozumí a proto nemá zájem s ním komunikovat (Stará in Lechta, 2002). Možnosti imitace jsou také redukovány, protože se promítají v motorické sféře (Lechta, 2002).

Rozvoj komunikace zahrnuje vytvoření a udržení očního kontaktu, napodobování činností a artikulačních pohybů, cvičení mluvidel formou masáží, rozvoj artikulace jednotlivých hlásek, slovních a větných celků s využitím intonačně-rytmizačních postupů.

Nutné je také rozvíjet pozornost, naslouchání a rozumění. Rozvíjet mimoslovní komunikační kanály, vést s klientem dialog na jakékoliv úrovni, zaměřit se na aktivní i pasivní slovní zásobu. Vždy je přínosná zpětná vazba, která zpřesňuje motorickou korekci (Neubauer in Preiss, 1998)

Při logopedickém terapeutickém postupu doporučujeme zaměřit se na „úpravu postury, vytvoření a udržení očního kontaktu, motivaci ke komunikaci, rozvoj orofaciální motoriky, terapii poruch citlivosti v dutině ústní a na obličeji, stabilizovat svalové napětí orofaciálního svalstva, terapii příjmu potravy, terapii nadměrného slinění, pasivní masáže orofaciálního svalstva, dechovou terapii a cvičení, fonační cvičení, vokalizaci, aktivní provádění motoriky mluvidel, rozvoj komunikačních dovedností, rozvoj fonemického sluchu, rozvoj aktivní a pasivní slovní zásoby, rytmizační cvičení, aktivní napodobování artikulačních poloh a nácvik artikulace, zpěv, recitace, rozvoj grafomotoriky a práci s počítačem“ (Kraus, 2005, str. 250).

Lechta (2002) kromě výše uvedených postupů, uvádí snahu o spojování zvukových a slovních projevů s jazykovým obsahem. Dále klade důraz na rytmizační postupy, neboť podporují dynamiku hybnosti mluvidel a vytvářejí předpoklady pro preciznost mluvních projevů. Rytmizační postupy navozují mluvní podnět spojením s pohybem, tím pomáhá stanovit tempo řeči, které je přiměřené motorickým a koordinačním možnostem jedince s dysartrií (Neubauer, 2007).

7.1. Zásady

Při rehabilitaci hybnosti a řeči je nutno dodržovat zásady, které vypracoval Lesný, na kterého navázal Kábele (Klenková, 2000).

Zásada vývojovosti značí, že je nutné vycházet ze současného vývojového stupně a dodržovat přirozený ontogenetický vývoj (Kábele, 1988). Vatera a Boudzio (1992) upozorňují na nutnost stimulace primární motoriky masáží, aktivním a pasivním cvičením. Pozornost věnujeme rozvoji neverbální komunikace (in Klenková, 2000).

Zásada reflexnosti poukazuje na správnou polohu při cvičení. Pro cvičení je důležitá reflexně inhibiční porucha, v níž se tlumí zvýšená spasticita a mimovolní pohyby (Kábele, 1988). „Systém reflexně inhibičních poloh vypracovali manželé Bobathovi, v logopedii je aplikovala Marlandová, u nás Kábele“ (Vítková, 2004, str. 129).

Další zásadou je zásada komplexnosti, která klade důraz na multisenzoriální přístup. Aplikace zvukových, vizuálních, kinestetických, mluvních a pohybových podnětů (Kábele, 1988). Vašek (1994) také doporučuje uplatňovat zásadu komplexnosti. Dalšími důležitými principy jsou dispenzarizace, optimální prostředí a socializace.

Zásada kolektivnosti je požadavek, který se zaměřuje na reedukaci řeči a hybnosti ve skupině, která čítá maximálně čtyři jedince. Pozitiva nacházíme ve vhodném prostředí pro mluvní projev dítěte a získání správného mluvního vzoru. S touto zásadou souvisí zásada individuálního přístupu a zásada přiměřenosti (Vítková, 2004).

Kábele (1980) uvádí zásadu rytmizace, kterou můžeme ovlivnit spasticitu jako aplikací reflexně-inhibiční polohy.

Zásada minimální akce je doporučení provádět logopedická cvičení v maximální fyzické i psychické pohodě a s nejmenším úsilím (Kábele, 1980).

Dalším principem je snaha o navození uvolněné stabilní polohy a relaxace, dále koordinace práce se somatickou rehabilitací (Neubauer in Preiss, 1998).

Při terapii dysartrie dospělých osob je nutné realisticky a jasně stanovit možnosti zlepšení, využívat kompenzační schopnosti s rychlým efektem a pracovat především s projevy ovlivňující praktickou řečovou komunikaci (Neubauer, 1997).

Lechta (2002) upozorňuje na princip motivace jedince, na pedagogické principy a specificky logopedické principy – princip minimální akce, relaxace, vývoje, týmového přístupu. Také doporučuje v intervenci dysartrie multisenzoriální přístup.

7.2. Průběh logopedického sezení

Kábele (1988) publikuje průběh hodiny logopedické péče a co obsahuje. Začíná společným rozcvičením, které je zaměřeno na nácvik plynulého nádechu a výdechu.

Při zamyšlení nad primární poruchou hybnosti mluvních orgánů je zřejmé, že se nejprve zaměříme na odstraňování těchto poruch, které postupují velmi pomalu. Jakmile jsou rozvinuty základní pohybové dovednosti, můžeme rozvíjet funkce mluvní. Jakékoliv vybízení dítěte ke zvýšení pozornosti a soustředění je nevhodné, neboť s rostoucí snahou dítěte roste spasticita i mimovolní pohyby (Kábele, 1988).

Dalším krokem je nácvik správné artikulace, kde se zaměřujeme na vyvozování jednotlivých hlásek. Při těchto cvičeních se dítěti věnujeme nejen individuálně, ale i skupinově. Hlásky doprovázíme sluchovými, zrakovými, kinestetickými a motorickými podněty. Posléze zapojujeme vyvozené hlásky do slov a krátkých vět (Kábele, 1988).

Nácvik rytmického a plynulého mluvního projevu uskutečňujeme prostřednictvím přednesu logopedických říkanek, reprodukcí textu a vyprávění na dané téma (Kábele, 1988).

Při intervenci neopomíjíme spojování mluvního a pohybového rytmu (Kábele, 1988).

7.3. Rozvoj vitálních funkcí a motoriky mluvidel

Problematika poruch příjmu stravy je úzce spojena s dalším vývojem verbální komunikace. U dětí se závažnými deficity CNS by měl být rozvoj vitálních funkcí zahájen již v raném období, to poukazuje na nutnost logopedické péče již v prvních měsících života. Rozvoj verbální komunikace a adekvátní hybnost mluvidel úzce souvisí s polohou těla a motorikou úst při krmení dítěte (Lechta, 2002).

Logopedická podpora, která je zahájena včas má zlepšit vnitřní řeč a všeobecné komunikační schopnosti. Logoped především podporuje rozvoj preverbálních aktivit (Klenková, 2000).

„Akceptovatelnou metodikou stimulace je ústní terapie, prezentovaná jako součást konceptu rozvoje hybnosti Bobathových, či jako samostatný přístup, vycházející ze zásad fyzioterapeutické metodiky manželů Bobathových“ (Lechta, 2002, str. 294).

Tuto tak zvanou ústní terapii, tedy terapii jedením a pitím vypracovala Švýcarka Millerová. Základ této terapie je ve využívání návyků jedení při nácvičku artikulace. Tuto formu stimulace doporučují Novotný, Kirschbach a Boskovičková (in Lechta, 2002).

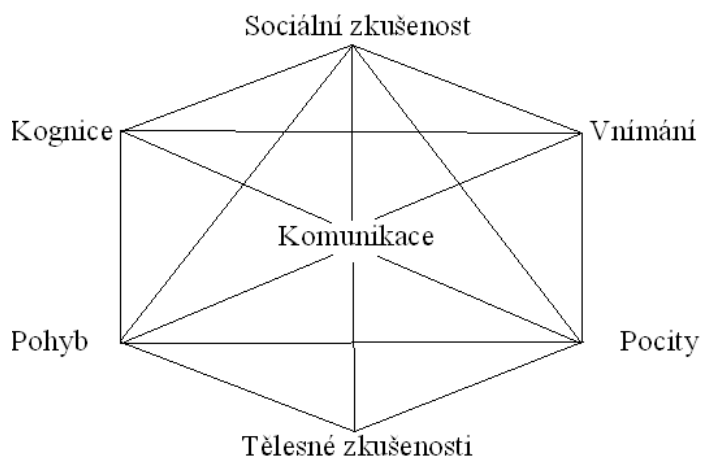
Cílem je stimulace chybějících reflexů novorozence spojené s příjmem stravy. Tedy sací, kousací, hledací, polykací a dávivý. Pokud tyto reflexy přetrvávají je nutno je tlumit a nahrazovat aktivní psychomotorikou (Lechta, 2002).

U spastických forem často vážně polykání, děti zvýšeně sliní, jazyk je ztuhlý a obtížně ovladatelný. Pohyby hlavy a čelistí jsou narušeny. Vývoj hrudníku a dýchání je ovlivněno spasmy dýchacího svalstva a pletence ramenního (Klenková, 2000).

Ústní terapie využívá technik cílené desenzibilizace, masáže mluvidel, cvičení příjmu jídla a tekutin ve vhodné poloze, nechybí ani cvičení na zvládnání slinotoku (Lechta, 2002).

Dítě vstupuje do interakce se svým prostředím. Vnímání, motorika, kognice, paměť a řeč působí na vývoj osobnosti (Klenková, 2000). Hauptová (in Klenková, 2000) vyvinula model, kterým se pokouší o znázornění celistvosti. Dala do souvislosti sedm nejdůležitějších vývojových a osobnostních oblastí člověka (viz obrázek 1).

Obrázek 1 Vývojové a osobnostní oblasti člověka (Hauptová in Klenková, 2000).



Z nákresu můžeme vidět, že všechny vývojové oblasti – sociální zkušenost, kognice, vnímání, pohyb, pocity, tělesné zkušenosti a komunikace se vzájemně prolínají. Musíme zdůraznit, že všechny oblasti jsou stejně důležité a působí společně (Klenková, 2000).

7.4. Rozvoj komunikačních schopností v raném věku

Logopedickou péčí v raném věku musíme pojmut jako součást ucelené rehabilitační péče. Stimulace jednotlivých schopností ovlivňuje rozvoj jemné motoriky, sebeobsluhy a přispívá k rozvoji poznávacích procesů. Na průběh a výsledek logopedické péče má pozitivní vliv přítomnost rodičů. Rodiče se mohou zúčastnit všech léčebně terapeutických i výchovných činností a tak si osvojit správný postup při různých metodách (Klenková, 2000).

Kraus (2005) nedoporučuje distanci rodiny od logopedické péče, aby byla prognóza dalšího vývoje dítěte příznivá je nutností každodenní cvičení dítěte s rodiči nebo v předškolním zařízení. Často dochází k situacím, že dítě začne navštěvovat logopeda až po čtvrtém roce života, což je pozdě. To poukazuje na nedostatečnou spolupráci odborníků s logopedy. Může se také stát, že logoped není dostatečně připraven na závažnější případy dysartrie.

Neubauer (in Preiss, 1998) klade důraz na rozvoj čtení a školních dovedností ve spojitosti s rozvojem řečové komunikace.

7.5. Dechová cvičení

Dechová cvičení můžeme chápat jako součást prevence nežádoucích jevů. Cílem dechových cvičení je prohloubení dýchání a fyziologicky správného vdechu a výdechu při

mluvení a odstranit nesprávné dechové techniky. V průběhu dechových cvičení bychom měli dodržovat zásady: místnost by měla být větraná, klient by měl mít možnost provádět cvičení vleže, je vhodné je provádět formou hry a nesmíme zapomenout na individualitu každého jedince (Štěpán a Petráš, 2005).

Doporučujeme dechová cvičení, kterým začínáme. Dechová cvičení působí jako průprava k mluvním cvičením. Při práci s klientem se zaměřujeme na to, aby cvičení probíhalo formou hry. Dechová cvičení musí plnit tři základní předpoklady: hygienické prostředí, fyziologická potřeba a správné provádění. Hygienickým prostředím rozumíme cvičení venku nebo u otevřeného okna. Fyziologická potřeba dechu nastupuje po předchozím rušnějším cvičením a správným prováděním rozumíme výdech ústy, nádech nosem (Kábele, 1988).

Dechová cvičení mají za cíl zvýšit vitální kapacitu plic, zlepšit sílu a koordinaci dýchacích svalů. Prostřednictvím dechových cvičení stabilizujeme fonaci, artikulaci a prozódii mluvy (Neubauer in Preiss, 1998).

Levinová (1967) doporučuje realizovat dechová a hlasová cvičení na základě rytmizace.

Odborníci by vždy měli zhodnotit vhodnost dechových cvičení pro děti s postižením, neboť při něm může dojít k přerušení okysličení mozku, které vede k epileptickému záchvatu (Klenková, 2000).

7.6. Rozvoj dorozumívacích schopností

Vítková (1999) používá ve spojení s logopedickou péčí termín „komunikační kompetence“, která má být výsledkem terapie dysartrie, která probíhá v souvislosti s podporou dalšími oblastmi vývoje.

Kábele (1988) poukazuje na obtíže při rozvíjení řeči u dětí s DMO, které jsme uvedli výše. Na základě těchto nedostatků v řeči poskytujeme intervenční péči. Současně cvičíme funkce mluvních orgánů, dýchacího, rezonančního, fonačního a artikulačního ústrojí. Toto cvičení působí na všechny stránky mluvního projevu. Cvičíme současně formální i obsahovou stránku mluvního projevu (Kábele, 1988).

Vzájemné propojení fyzioterapeutického a logopedického působení dává naději efektivitě péče o děti s poruchami CNS. Avšak stupeň efektivity je značně variabilní (Lechta, 2002).

V procesu komplexní rehabilitace dětí s poruchami CNS dochází k prolínání jednotlivých rehabilitačních metod. V současnosti odborníci aplikují Vojtovu metodiku reflexní lokomoce, metodiku manželů Bobathových a Kabatovu metodiku. Tyto metodiky jsou v naší literatuře dostatečně zpracovány. V mnoha zemích se užívá metoda M.C. Crickmayové,

kteřá není v naší literatuře dostatečně zpracována a logopedi v praxi ji téměř neznají. V mnoha zemích se také používá funkční svalová terapie v orofaciální oblasti, myoterapie, dále se používá klasická myofunkční terapie dle Garlinera a v neposlední řadě metodika myofunkční terapie podle A. Kittelové. Dnes už poměrně známou, ale málo užívanou je neuromotorická terapie Castillo Moralese (Klenková, 2000).

7.6.1. Funkční svalová terapie v orofaciální oblasti

Tato terapie je výsledek dlouhodobé spolupráce manželů Clausnitzerových. U dětí s DMO můžeme prostřednictvím této terapie ovlivňovat správný čelistní úhel a retní uzávěr. Můžeme ji použít při nácviu přijímání potravy, úpravy polykání a regulaci hypersalivace (Klenková, 2000).

7.6.2. Myofunkční terapie podle A. Kittelové

Poznatky z této metodiky můžeme využít k odstranění poruch polykání. Autorka se věnuje nejen technikám správného polykání, ale i předcházejícím svalovým cvičením, které nácviu polykání předchází. Klade důraz na rozvoj hybnosti jazyka a rtů. Autorka upozorňuje, že je nutné pracovat s celým tělem (Kittel, 1999).

Lechta (2002) upozorňuje, že tato terapie je zaměřena spíše na intaktní populaci s vývojovými obtížemi v artikulaci, neboť je zacílena na jemnou diferenciaci svalových skupin mluvidel a využívá subtilní koordinační pomůcky.

7.6.3. Neuromotorická terapie Castillo Moralese

Neuromotorická terapie vychází z předpokladu, že nervová soustava se do třetího roku vyvíjí, má tudíž velkou plasticitu a celková hybnost dítěte je snáze ovlivnitelná. Na základě těchto hypotéz rozvíjíme celkovou hybnost, hybnost v orofaciální oblasti, polykání a řeč. Tuto metodu mohou fyzioterapeuti a logopedi v praxi využívat pouze tehdy, byli-li proškoleni. U nás tento kurs ještě nebyl zorganizován (Morales, 2006)

„Orofaciální regulační terapie je přímo specializovanou reflexní metodikou pro orofaciální oblast“ (Lechta, 2002, str. 262).

7.6.4. Metoda M.C.Crickmayové

Crickmayová (in Lechta, 1990) aplikovala principy pohybové terapie manželů Bobathových a vytvořila metodiku, která umožňuje maximálně využívat možnosti dorozumívání jedinců s dysartrií. Bobath koncept má v podstatě tři základní cíle.

Prvním cílem je normalizovat svalový tonus - pro logopedii to znamená zabránit abnormálním, primitivním reflexům, které znemožňují vývoj řeči.

Druhý cíl je charakteristický inhibicí reflexních mechanismů, které blokují neuromuskulární vývoj dítěte (Lechta, 1990).

Třetí cíl je stanoven tak, aby vedl k normálnímu motorickému vývoji. Jde o volní řízení motoriky samotným dysartrikem. Pro realizaci tohoto cíle formuluje Crickmayová jednotlivé úlohy a metody, které jsou odstupňovány. Je důležité, abychom začali hrubou motorikou, a až po zvládnutí přešli k pohybům čelisti, rtů a jazyka (Lechta, 1990).

Crickmayová (1980) také popisuje nácvik pomoci odporu podle Kabata a Knotta. Uvádí příklad: „Při rozvíjení motoriky jazyka chytne dítě za jazyk pomocí gázy a pohybujeme různými směry, potom má dítě samo jazyk vysunout a zdvihnout, přičemž logoped klade tomuto pohybu odpor“ (in Lechta 2002, str. 115).

Jakmile jedinec dokáže provádět zvlášť pohyb hlavou a hrudníkem je možno podle Crickmayové (in Lechta, 1990, str. 219) vypracovat „plán desenzibilizace řečového aparátu. Logoped rozvíjí motoriku hlavy, krku, dolní čelisti, brady, rtů, jazyka tak aby inhiboval abnormální reflexní činnost a facilitoval rozvoj správných pohybů“.

I Crickmayová klade důraz především na rozvoj řeči a komunikační schopnosti, ne na bezchybnou artikulaci (Lechta, 1990).

7.7. Pomůcky

O správné úpravě místnosti a nábytku jsme se zmínili již výše.

Lechta (2002) upřednostňuje postupy pasivní korekce, vzhledem k motorickým obtížím. Pro nácvik sacích pohybů můžeme použít dudlík (Pavúrová, 1981). Na odstranění hypersalivace a nácvik žvýkání dáme dítěti žvýkačku nebo gumu. Pro redukci slinění necháme dítě pít slámkou. Pro stimulaci protruze jazyka natíráme rty sladkou tekutinou.

Novotný (1989) uvádí užití pomůcek pro nácvik pohybu jazyka směrem k patru, pomůcky pro nácvik anterolaterálních a laterálních pohybů jazyka – dítě olizuje sladkou tekutinu natřenou kolem úst. Dále doporučuje stimulovat motoriku rtů houbičkami vkládanými

bilabiálně. Jednoduché jsou pomůcky pro posílení bilabiálního uzávěru, například knoflík na niti, který vytahujeme klientovi z úst .

Logoped, který se zabývá jedinci s poruchami CNS by měl mít v pracovně vhodné vybavení a pomůcky. Podlaha by měla být nekluzká a zateplená krytina, neměla by chybět žíněnka nebo matrace. Logopedické zrcadlo je nezbytné. Mezi běžné pomůcky můžeme zařadit špátle, sondy, špejle, ledové tyčinky, štětečky, termopolštářky, knoflíky, pomůcky pro orální stereognozii, registrační pomůcky, ubrousky, dětské knížky, hry, stavebnice, pastelky a maňásky. Přínosným je počítač. Který by měl být vybaven klávesnicovým krytem a trackballem. Počítačové programy nemusí být jen logopedické, ale i výukové (Kraus, 2005).

Neubauer (in Preiss, 1998) upozorňuje na využití technických pomůcek pro neverbální komunikaci, zahrnuje použití upravených psacích strojů, přístrojů ovládaných minimálním pohybem. Dále doporučuje (2007) využít metronom, bzučák, stíněné čtení a grafické znázornění hlásek pro rytmizaci.

Logoped by měl být obeznámen s metodami náhradní komunikace a měl by být schopen hodnotit vhodnost užívání u každého jedince individuálně. Pokud nemá logoped dostačující znalosti, měl by spolupracovat se specializovaným pracovištěm zabývajícím se AAK (Kraus, 2005).

7.7.1 Technické pomůcky

Při intervenci dysartrie můžeme využít i technické pomůcky jako Speech Viewer III, Pitch Control nebo měření hlasového pole.

Speech Viewer III je nástroj pro rozvoj řeči a jazyka, který převádí slova a zvuky do grafické podoby. Tento přístroj zvyšuje účinnost logopedické intervence. Je určen pro pomoc lidem s různým zdravotním postižením všech věkových kategorií. Speech Viewer III poskytuje možnost motivující a zajímavé aktivity pro klienty, má také schopnost ukládat a analyzovat hlas (Axistive, 2011).

Pitch Control je funkce v audio-přístrojích , která pomáhá kontrolovat a plynule utvářet tóny. Logoped by měl být schopen naučit klienta zvládat modulaci prostřednictvím vibrací hlasivek. Je šest různých modelů pro různá cvičení (Smith a Draper, 2011).

Pitch Range je hlasový rozsah jedince. V rámci tohoto hlasového rozsahu může jedinec využít intonaci pro zdůraznění promluvy. Hlasový rozsah patří fyzikálně mezi kvantitativní parametry, ale fyziologicky mezi kvalitativní parametry. Hlasový rozsah jedince zjistíme měřením hlasového pole (Novák, 2000).

7.8. Alternativní a augmentativní komunikace

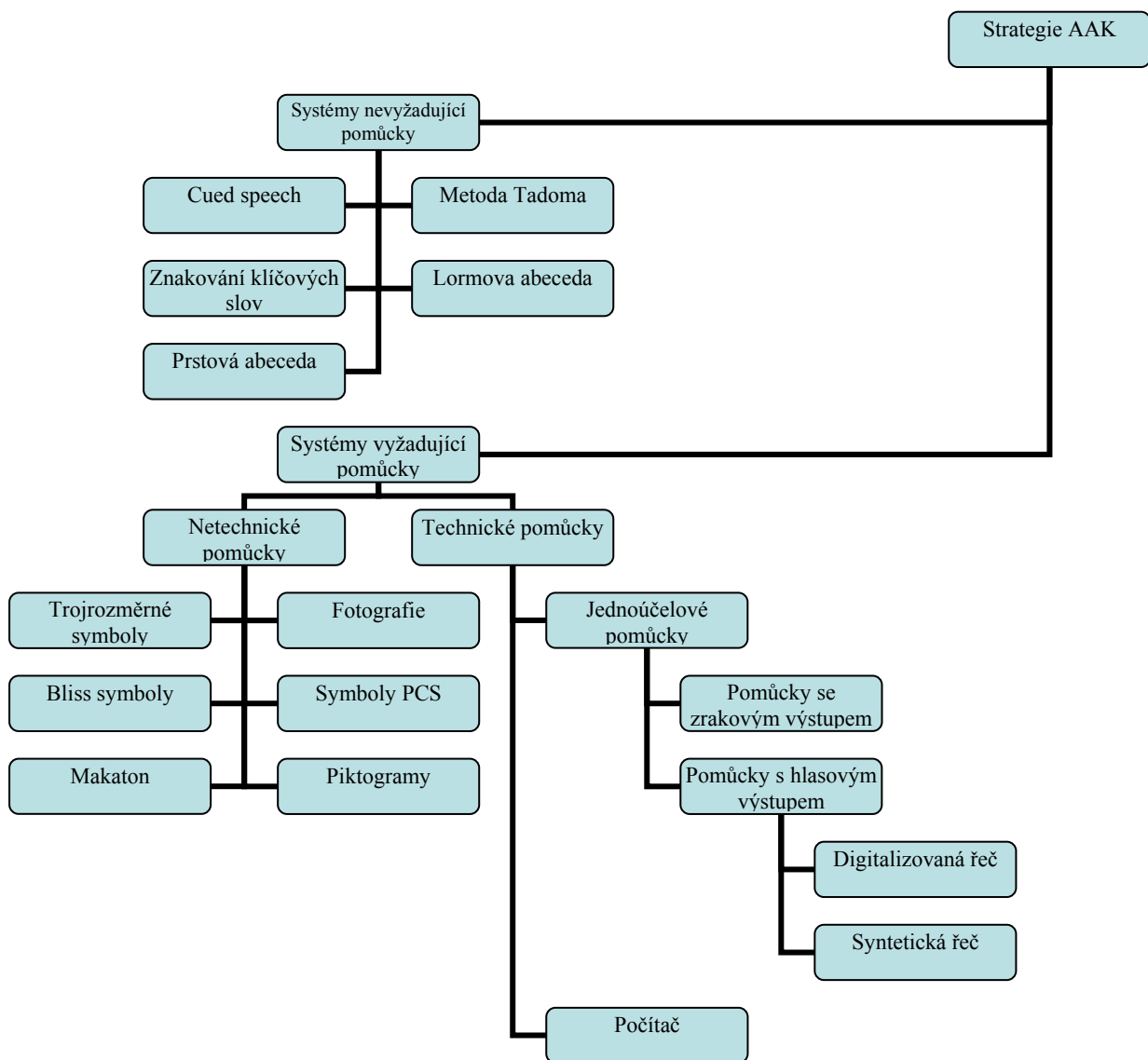
AAK chápeme jako komplexní přístup k osobám s postižením. Augmentativní systémy komunikace jsou rozšiřující systémy, které mají podporovat nedostatečnou komunikační schopnost. Alternativní komunikační systémy používáme jako náhradu mluvené řeči. U dětí je třeba začít s AAK tak brzy, jak je to jen možné. Používání těchto systémů nemá nijak omezovat běžnou verbální komunikaci s dítětem (Laudová in Škodová a Jedlička, 2007).

Systémy AAK můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin: systémy nevyžadující pomůcky a na systémy, které pomůcky vyžadují. Systémy nevyžadující pomůcky jsou: znakování klíčových slov, prstová abeceda, Cued speech, metoda Tadoma a Lormova abeceda. Systémy vyžadující pomůcky dále rozdělujeme na technické a netechnické pomůcky. Netechnickými pomůckami rozumíme fotografie, trojrozměrné symboly, symboly Bliss, PCS, piktogramy a Makaton. Technické pomůcky mohou být jednoúčelové s hlasovým nebo zrakovým výstupem a nebo víceúčelové – počítač (Laudová in Škodová a Jedlička, 2007) (viz schéma 4).

Při volbě komunikačního systému nesmíme opomenout verbální dovednosti dítěte, pasivní a aktivní slovní zásobu, fyzické dovednosti, stav smyslových orgánů, doba práceschopnosti a věk dítěte. Důležitá jsou také systémová hlediska – způsob přenosu a konicita. Důraz klademe také na spolupráci s rodiči (Janovcová, 2003).

Při aplikaci systému AAK bychom měli dodržovat zásady. Vše, co se s dítětem a v jeho okolí děje, komentujeme. Pojmy, které volíme by měly být co nejjednodušší a při komunikaci volíme krátké věty. Důležité pojmy zvýrazňujeme gestem. V prvním roce života spojujeme pojmy s konkrétními předměty a využíváme multisenzoriální přístup. Podněcujeme dítě k výběru a vyjadřování souhlasu. Pokud si dítě vytvoří pojem, přijmeme jej a používáme. Obecně zde platí zásada vývojovosti (ALS Euro, s.r.o, 2009).

Schéma 4 Rozdělení systémů AAK (Laudová in Škodová a Jedlička, 2007)



II. PRAKTICKÁ ČÁST

8. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Tématem praktické části jsou zkušenosti logopedů s terapií a diagnostikou narušené komunikační schopnosti u klientů s hydrocefalem v kombinaci s DMO a pátrání po spojitostech v anamnézách tří dětí a jednoho dospělého s touto diagnózou .

8.1. Cíle:

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je zjistit kolik logopedů mělo možnost pracovat s klientem s diagnostikovaným hydrocefalem v kombinaci s DMO.

Dílčí cíle praktické části diplomové práce jsou zjistit, jaké je povědomí logopedů o problematice hydrocefalu v kombinaci s DMO a možnosti logopedické intervence. Chceme také zjistit v kolika letech začíná logopedická péče. V souvislosti s logopedickou péčí se zaměříme na četnost návštěv klientů s hydrocefalem v kombinaci s DMO u logopeda. Dalším cílem je ověření, zda odborníci, kteří se podílí na léčebném procesu jedinců s hydrocefalem v kombinaci s DMO spolupracují s logopedy. Zjistit, zda se logopedi zaměřují pouze na úpravu výslovnosti, jak pracují a zda mají zkušenost s tvorbou komunikačních tabulek. Tímto máme na mysli, zda provádějí orofaciální masáže, dechová cvičení a zda využívají automatismů jedení při nácvičku artikulace. Nezaměříme se jen na intervenci, ale i diagnostiku - jak logopedi provádějí diagnostiku NKS u dětí s hydrocefalem v kombinaci s DMO.

Chceme také získat anamnestická data a dále srovnávat.

8.2. Metodika práce

8.2.1. Charakteristika výzkumného vzorku

Ve výzkumu jsme použili kvantitativní metodu sběru dat – dotazník, určený logopedům. Cílem bylo zjistit jaká je kvalita poskytované logopedické péče jedincům s hydrocefalem v kombinaci s DMO. Celkem bylo rozdáno 210 dotazníků, návratnost byla 85 vyplněných dotazníků, to je 40,5 %.

Z kvalitativních metod jsme použili sběr anamnestických dat prostřednictvím strukturovaného rozhovoru.

8.2.2. Metoda výzkumu

Ke zpracování praktické části diplomové práce jsme použili metodu kvantitativního výzkumu, který pracuje většinou s velkým počtem respondentů. Kvantitativní výzkum využívá

metod standardizovaného rozhovoru, analýzy dat i dotazníku. Dotazník jsme využili pro zjištění dat. Možnou nevýhodou je obtížnost získávání respondentů.

Dotazník (viz příloha I) obsahuje 17 položek. Úvod dotazníku tvoří oslovení respondentů, představení výzkumníka, téma prováděného šetření, je zde uveden postup k vyplnění a informace o zajištění anonymity. První otázka slouží k informaci, zda respondent měl možnost pracovat s jedincem s hydrocefalem v kombinaci s DMO.

8.2.3. Druhy otázek v dotazníku

V dotazníku bylo použito následujících typů otázek:

- Uzavřené dichotomické – otázky číslo 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17.
- Uzavřené polytomické – otázka číslo 13.
- Polozavřené polytomické – otázka číslo 4, 6.
- Otevřené volné – otázka číslo 2.

8.3. **Zpracování získaných dat**

Získaná data byla uspořádána do pracovních tabulek četností. Dle podskupin byly sečteny četnosti a relativní četnosti, následně vytvořeny sumární tabulky četností a grafy. Pro výpočet a konstrukce byl použit Microsoft Excel. Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností. Relativní četnost (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

Získaná data ke zpracování anamnéz byla ihned zaznamenávána v přítomnosti hovořícího.

8.4. **Organizace šetření**

Samotnému šetření předcházelo sestavení jednotlivých položek dotazníku vztahující se k hypotézám a cílům, dále konzultace a schválení vedoucí práce. Dotazníkové šetření probíhalo od 10.3.2011 – 17.3. 2011.

Anamnestická data jsme sbírali od 20.11. 2010 – 5.3. 2011. Tyto údaje nám poskytli rodiče jedinců.

8.5. Výsledky dotazníkového šetření a sběru anamnestických dat

V dalším textu uvádíme výsledky dotazníkového šetření. Výsledky jsme zapracovali do tabulek a grafů. Zpracované anamnézy jsou obsahem další podkapitoly.

8.5.1 Faktografická data

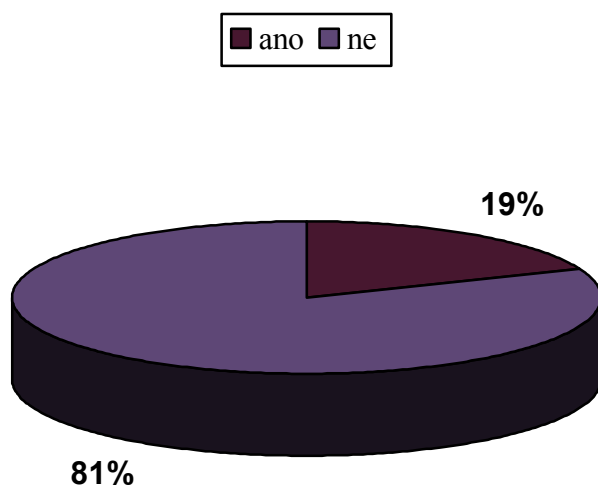
Otázka č.1

Měl(a) jste možnost pracovat s jedincem s diagnostikovanou DMO v kombinaci s hydrocefalem?

Tabulka 7

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	19 %
Ne	69	81 %

Graf 1



V první otázce nám 81 % respondentů zodpovědělo, že dosud neměli zkušenost pracovat s jedincem s diagnostikovaným hydrocefalem v kombinaci s DMO. 19 % respondentů odpovědělo, že zkušenost logopedické intervence s jedinci, kterým je diagnostikován hydrocefalus v kombinaci s DMO mají.

Následující otázky jsou vedeny pouze pro respondenty, kteří odpověděli kladně. Tudiž chápeme 16 odpovídajících jako 100 % (viz tabulka 7, graf 1).

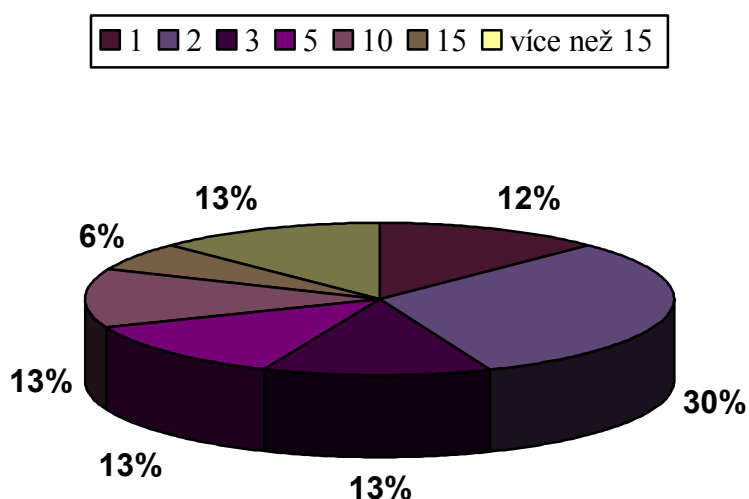
Otázka č.2

S kolika klienty s touto diagnózou jste měla možnost pracovat? Uveďte hrubý odhad, prosím.

Tabulka 8

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 klient	2	12%
2 klienti	5	30%
3 klienti	2	13%
5 klientů	2	13%
10 klientů	2	13%
15 klientů	1	6%
Více než 15 klientů	2	13%

Graf 2



Největší část respondentů – 30 % mělo možnost pracovat se dvěma klienty s kombinací diagnózy hydrocefalu a DMO. Pouze jeden odpovídající (6 %) pracoval s patnácti klienty s touto diagnózou. Více než 15 klientů má/měli v péči pouze 2 respondenti. Jedinou zkušenost s intervenční péčí o osoby s DMO v kombinaci s hydrocefalem mělo 12 % dotazovaných. 13 % logopedů pracovalo s třemi, pěti a deseti klienty (viz tabulka 8, graf 2)

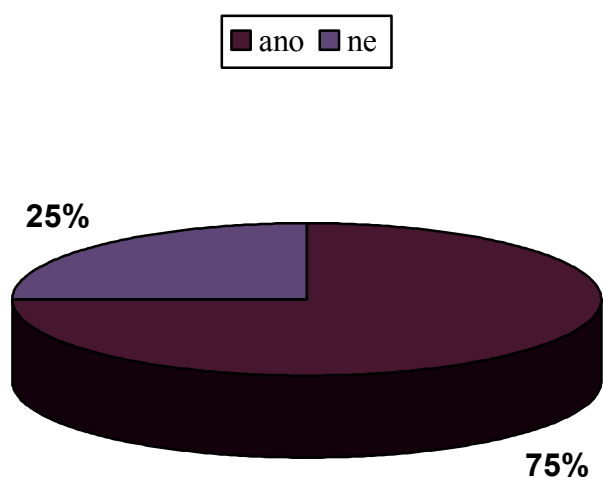
Otázka č. 3

Začal(a) jste s jedincem pracovat před jeho/jejím 4. rokem života? Pokud ne Vy, pracoval s ním jiný logoped?

Tabulka 9

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	75 %
Ne	4	25 %

Graf 3



S jedincem s uvedenou diagnózou začalo pracovat 75 % respondentů již před čtvrtým rokem jeho/jejího života. 27 % respondentů začalo s jedincem pracovat 25 % (viz tabulka 9, graf 3).

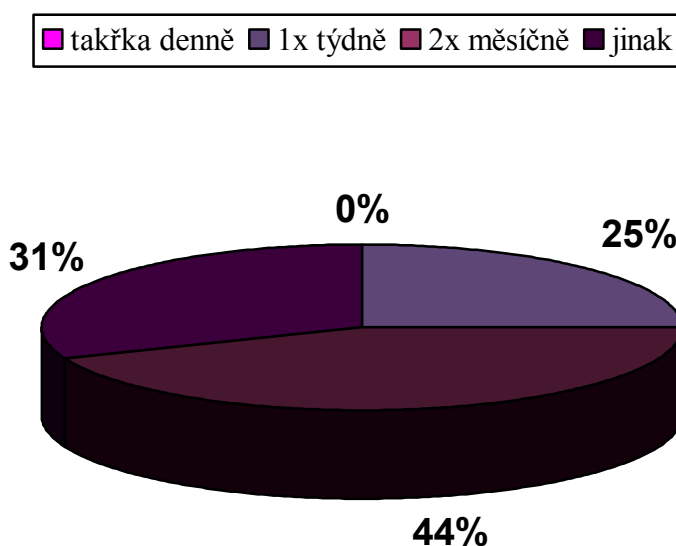
Otázka č. 4

Jak často k Vám klient s touto diagnózou dochází?

Tabulka 10

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Takřka denně	0	0 %
1x týdně	4	25 %
2x měsíčně	7	44 %
jinak	5	31 %

Graf 4



Nejčastější intervaly poskytování logopedické péče jedincům jsou 2x do měsíce, takto odpovědělo 44 % respondentů, 31 % odpovídajících uvedlo, že poskytují logopedickou péči jinak, nejčastěji 2x týdně, někteří logopedi uvedly, že s průběhem logopedické péče se intervaly zkracují s možností širšího zaměření intervence. 25 % dotazovaných uvedlo, že jedinci s uvedenou diagnózou docházejí na pracoviště 1x týdně. Denně neposkytuje služby žádný logoped (viz tabulka 10, graf 4).

Otázka č. 5

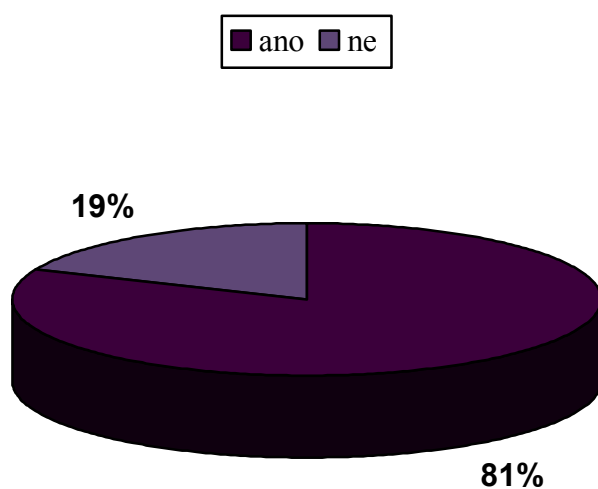
Máte k dispozici výsledky vyšetření ostatních odborníků – foniatr, neurolog, ortoped,...?

Třeba i formou zprostředkovaných informací.

Tabulka 11

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	81 %
Ne	3	19 %

Graf 5



81 % dotazovaných má k dispozici výsledky vyšetření ostatních odborníků, třeba i formou zprostředkovaných informací. 19 % respondentů výsledky vyšetření k dispozici nemá (viz tabulka 11, graf 5).

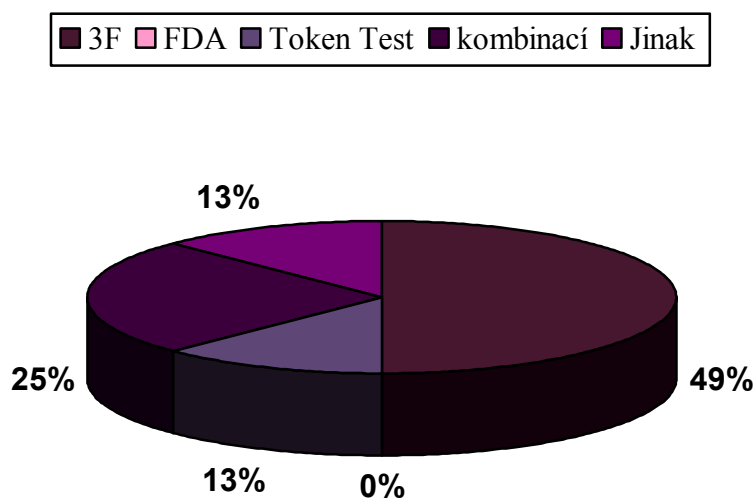
Otázka č. 6

Jakou metodu, testovou baterii využíváte při diagnostikování narušené komunikační schopnosti při poruchách hybnosti?

Tabulka 12

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dysartrický profil 3F	8	49 %
Frenchay Dysartria Assessment	0	0 %
Token test	2	13 %
Kombinací	4	25 %
Jinak	2	13 %

Graf 6



K diagnostikování narušené komunikační schopnosti při poruchách hybnosti využívá 49 % respondentů dysartrický profil, 25 % odpovídajících uvedené možnosti kombinuje. 13 % dotazovaných uvedlo, že využívají modifikaci Token testu a rovněž 13 % uvedlo, že provádějí diagnostiku jinak. Nejčastěji využívají hry, Tekos I, Tekos II a

vyšetření motoriky prostřednictvím Ozeretského škály, testem aktivní psychomimiky dle Kwinta a orientačním testem dynamické praxe Míky (tabulka 12, graf 6).

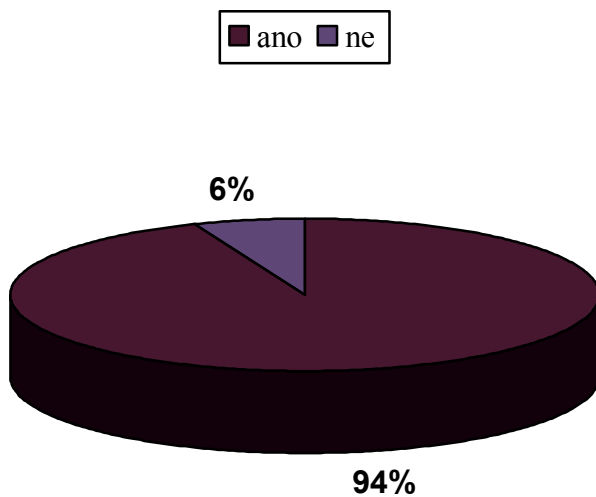
Otázka č. 7

Dodržujete při práci Kábeleho zásady?

Tabulka 13

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	94 %
Ne	1	6 %

Graf 7



94 % dotázaných dodržuje při práci Kábeleho zásady, pouze 1 respondent (6 %) se těmito zásadami neřídí (viz tabulka 13, graf 7).

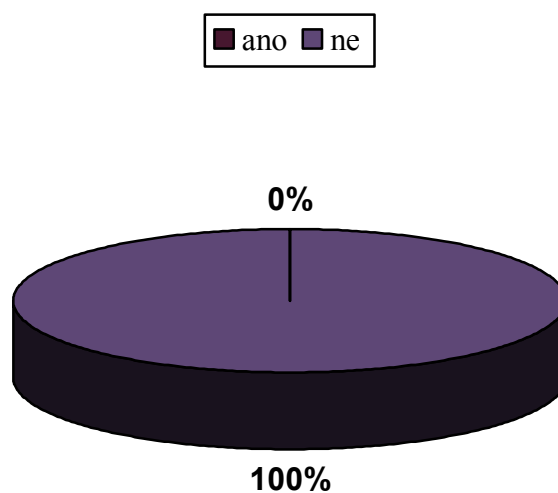
Otázka č.8

Zaměřujete se pouze na úpravu výslovnosti?

Tabulka 14

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	0	0 %
Ne	16	100 %

Graf 8



Všichni dotázaní směřují intervenční péči nejen na úpravu výslovnosti, zaměřují se na verbální i neverbální složku intelektu, rozvíjí motoriku i prozodické faktory řeči. Zaměřují se i na rozvoj slovní zásoby (viz tabulka 14, graf 8).

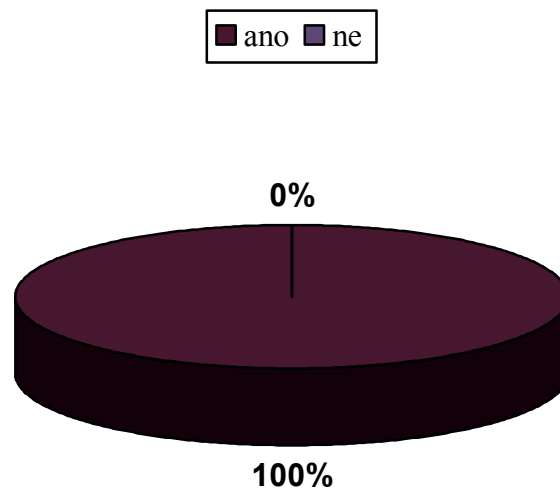
Otázka č. 9

Provádíte dechová cvičení?

Tabulka 15

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	100 %
Ne	0	0 %

Graf 9



Všichni dotázaní provádějí dechová cvičení (viz tabulka 15, graf 9).

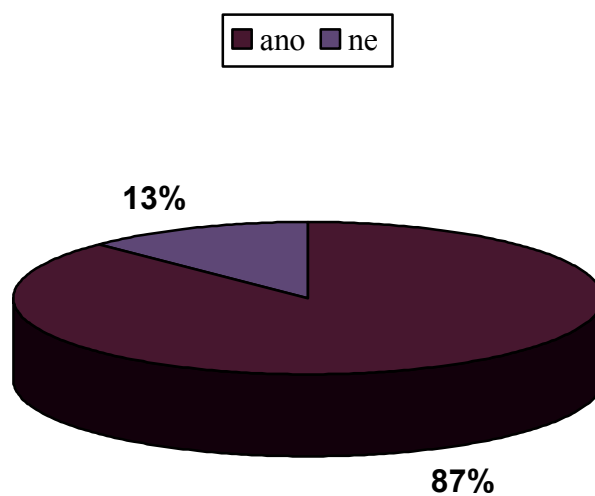
Otázka č. 10

Využíváte při intervenci návyky jedení při nácviu artikulace?

Tabulka 16

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	87 %
Ne	2	13 %

Graf 10



87 % respondentů využívá při nácviu artikulace návyky při jedení, 13 % tyto návyky při intervenci nevyužívá (viz tabulka 16, graf 10).

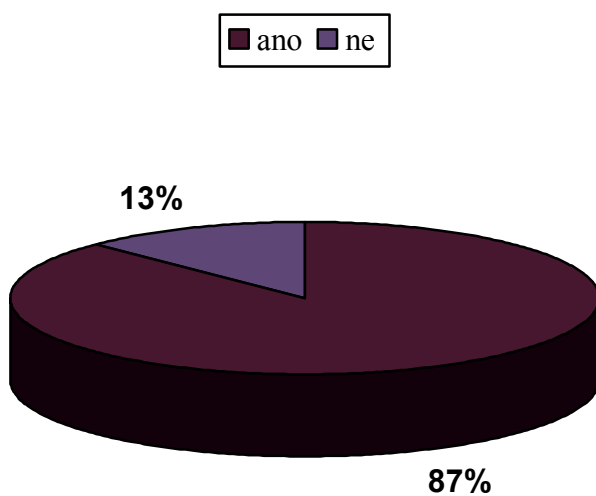
Otázka č. 11

Provádíte masáž v orofaciální oblasti?

Tabulka 17

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	87 %
Ne	2	13 %

Graf 11



Masáže v orofaciální oblasti provádí 87 % respondentů, kteří dále uvádějí, že techniky masírování učí rodiče, kteří tyto masáže provádějí denně. 13 % dotázaných odpovědělo, že masáže v orofaciální oblasti neprovádí (viz tabulka 17, graf 11).

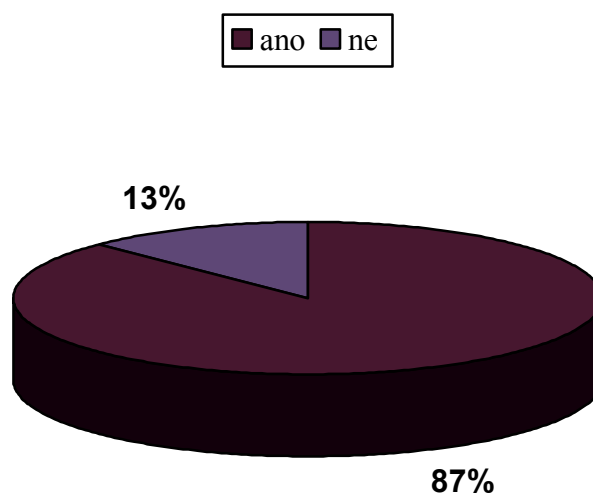
Otázka č. 12

Doporučujete rodičům (zákonným zástupcům) cvičení, která by měla provádět doma?

Tabulka 18

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	87 %
Ne	2	13 %

Graf 12



87 % respondentů doporučuje rodičům (zákonným zástupcům) cvičení, která by měla provádět doma. 13 % odpovídajících žádá cvičení nedoporučuje (viz tabulka 18, graf 12).

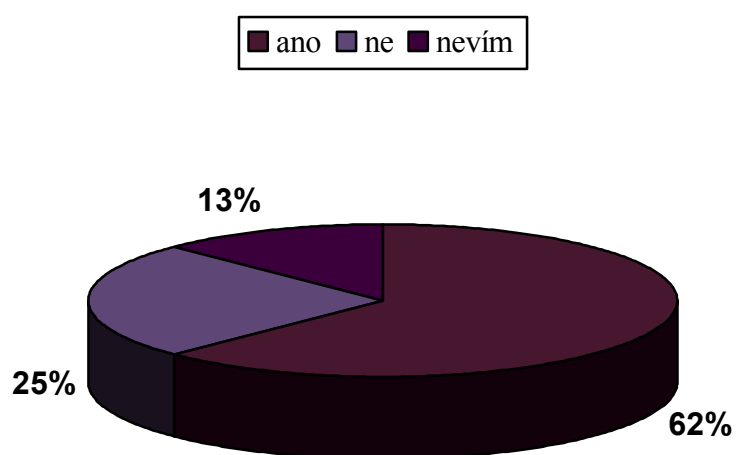
Otázka č.13

Jste jediný logoped, který s jedincem pracuje?

Tabulka 19

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	62 %
Ne	4	25 %
Nevím	2	13 %

Graf 13



62 % respondentů uvádí, že jsou jediní logopedi, kteří pracují s klientem s hydrocefalem v kombinaci s DMO, 25 % logopedů spolupracuje s dalšími kolegy a 13 % neví, zda jsou jediní logopedi, kteří se jedinci věnují (viz tabulka 19, graf 13).

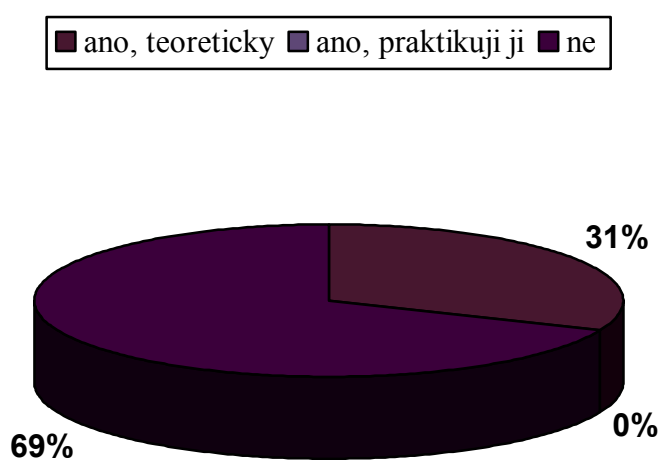
Otázka č. 14

Znáte metodu M.C.Crickmayové?

Tabulka 20

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, teoreticky	5	31 %
Ano, praktikují ji	0	0 %
Ne	11	69 %

Graf 14



Žádný z dotázaných logopedů nepraktikuje metodu Crickmayové, teoreticky ji zná 31 % logopedů, zbytek (69 %) dotázaných se s metodou nesetkalo (viz tabulka 20, graf 14).

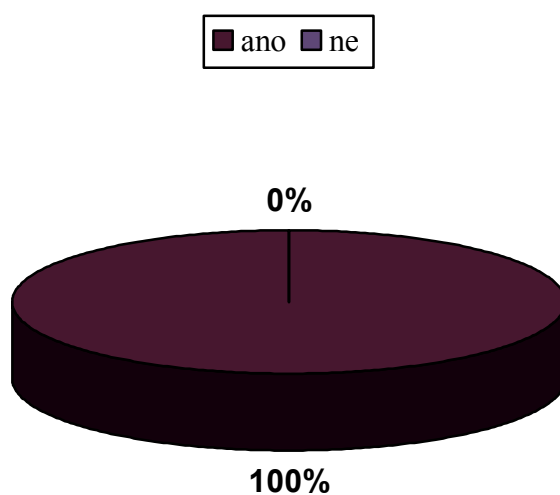
Otázka č. 15

Používáte jednoduché pomůcky (slámka, potraviny, knoflík na niti, dudlík, štetceček, termopolštářky,...) při intervenci tohoto klienta?

Tabulka 21

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	100%
Ne	0	0%

Graf 15



Všichni odpovídající využívají jednoduchých pomůcek při intervenci (viz tabulka 21, graf 15).

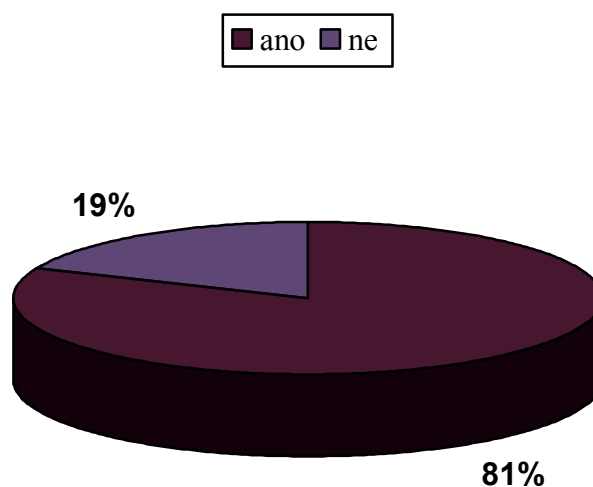
Otázka č. 16

Mají Vaši klienti možnost pracovat s počítačem a počítačovými programy při intervenci?

Tabulka 22

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	81 %
Ne	3	19 %

Graf 16



U 81 % odpovídajících mají možnost klienti pracovat s počítačem a počítačovými programy. 19 % dotázaných uvedlo, že v jejich pracovně tuto možnost neposkytují (viz tabulka 22, graf 16).

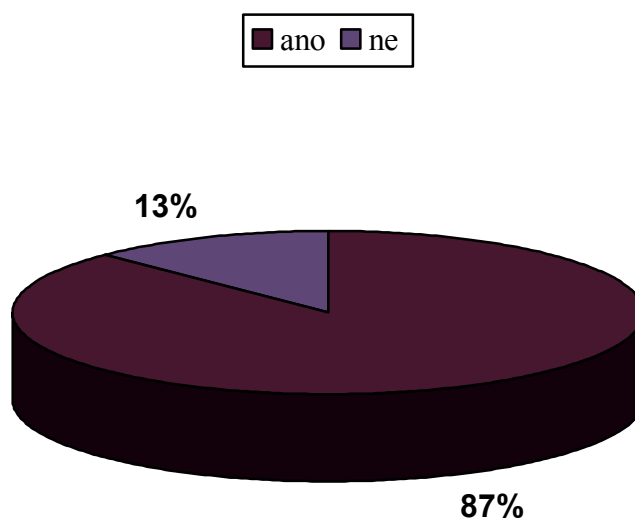
Otázka č. 17

Vytvářel(a) jste již nějaký druh komunikační tabulky?

Tabulka 23

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	87 %
Ne	2	13 %

Graf 17



87 % respondentů již někdy vytvářelo nějaký druh komunikační tabulky, nejčastěji logopedi uvádí zkušenost s vytvořením výměnného obrázkového komunikačního systému . 13 % odpovídajících prozatím žádnou formu komunikační tabulky nevytvářelo (viz tabulka 23, graf 17).

8.6. Anamnézy

Anamnestické údaje jsme získaly prostřednictvím strukturovaného rozhovoru. Anamnestický rozhovor nám poskytl základní informace z různých oblastí života jedinců. Většina otázek je ustálených a jsou směřovány převážně do minulosti. Údaje jsme zapisovali ihned, v přítomnosti hovořícího. Při těchto rozhovorech jsme postupovali „trychtýřovitou technikou“, kdy jsme nejprve pokládaly otevřené otázky, a posléze jsme přešli k cíleným otázkám. Otevřené otázky nám poskytly uvolněnou atmosféru.

8.6.1 Anamnéza 1

RA: matka + proband – balancovaná translokace chromozomů 2/15. Matka + starší sourozenec – balancovaná translokace chromozomů 2/15. Matka pochází z dvojčat.

SA: matka v domácnosti, otec vedoucí hospodářského střediska Ramses (střechy všeho druhu)

OA: dítě z druhé gravidity, fyziologický průběh, indukovaný porod v 41. týdnu pro přenášení, překotný porod, nekříšena, adaptace bez poruch. Ikterus. Porod proběhl týden po plánovaném termínu, porodní váha 3700 gramů, porodní délka 51 cm, ihned křičela. V šestém měsíci křeče, nasazena antiepileptika. V devátém měsíci CT – zjištěn asymetrický hydrocefalus a porencefalická cysta, dále rozvoj epileptického syndromu se sekundární generalizací.

Psychomotorický vývoj: sedí v patnácti měsících, samostatná chůze od dvou let, první slova s významem okolo čtyř let, tělesná čistota od tří let s jistotou.

NO: neurologicky sledována od šestého měsíce, rehabilitace od prvního roku. Epileptické záchvaty nyní jedenkrát ročně typu grand mal, těmto záchvatům předchází nápadné změny nálady (příliš veselá nebo skleslá). Malé záchvaty jsou často vázány na změny počasí a pocit chladna, cvakání zubů. Diadochokineza je nepřesná a výrazně neobratná.

Objektivní NO: menší obratnost a síla končetin, hypertrofie dásně, nedůtklivá, netrpělivá, dýchá pootevřenými ústy, horší orientace v prostoru, impulsivnost, afektivní labilita, rhinolalie, pomalé a přesné slabikování, sebeobsluhu zvládá, písmo je roztřesené, umí plavat

Prodělané procedury: ergometrie na oddělení, chůze v terénu, jodová koupel (jodová sanatoria Klimkovice), logoterapie, plavání, škola, LTV individuální, LTV skupinová, podvodní masáže

Trvalá medikace: Dépakine 500, Dépakine 300, Biston, Diazepam

Foniatrie:

2/1986 diagnostikovány infantilní spasmy, asymetrický hydrocefalus, který se později projevuje formou DMO.

9/1988 aktivní slovník nulový → neartikulované zvuky, vývoj řeči výrazně vážne. Je patrná pohybová dysfunkce – narušena jemná i hrubá motorika. V testu laterality vyšel výsledek L+. Mentální retardace je značná. Při vyšetření reflexů je vyhledávací reflex v pořádku. BERA vyšetření nebylo nutné. Sluch pro rozvoj řeči je dostačující.

4/1990 Diagnostikována poměrně komplikovaná kombinovaná vada s organickým podkladem. V tomto věku aktivně používá patnáct slov. Předřiká slova opakuje a počet slabik souhlasí vždy.

Genetika (1993)

Translokace chromozomů, nelze jím vysvětlit postižení, ale také nelze zcela vyloučit souvislost. Při CT nálezu je zřejmá pravostranná hemiparéza.

1986 – asymetrický hydrocefalus

1988 – znalost deseti barev, tvoří jednoduchá slova, v péči foniatra od tří let

1990 – CT více vlevo s frontální kortikální atofií

Psychologické vyšetření (2003): Ve Zvláštní mateřské škole byla adaptace dobrá, zklidnila se, byla méně drážděna. Ve Zvláštní škole se zlepšil i mentální výkon v rámci pásma lehkého defektu. Po nástupu do školy byla nevládnutelná, silné obranné reakce, dekompenzace epileptických záchvatů. Vřazená do výuky pomocné školy, tam se zapojila dobře. Vyžaduje individuální přístup ve známém prostředí.

Vyšetření v SPC pro MP (2007): K vyšetřením přichází poměrně odhodlaně, kontakt navazuje rychle. Po čase jsou patrné známky únavy, ale po přestávce pracuje dále, u složitějších typů úloh se snadno vzdává. Převážně používá levou ruku, pravou pouze přidržuje. Aktivní slovní zásoba je na vyšší úrovni než porozumění. Schopnost porozumět jednoduchým sociálním situacím. Vyjadřuje se ve větách. Výslovnost je hůře srozumitelná. Nejsilnější je schopnost abstraktně-vizuálního myšlení. Nejvíce oslabenou oblastí je schopnost kvantitativního myšlení a krátkodobá paměť, která dosahuje dolní hranice středně těžké mentální retardace.

EEG: Atypický beta typ záznamu povšechně nízké voltáže. Elektrogenéza opožděná k věku. Jednoznačná specifická aktivita nezachycena. Myšlení je ulpívavé, simplexní.

Vzdělávání:

- Psychologické jesle (do roku 1989)
- Psychologická mateřská škola (1991-1992)

- Zvláštní škola – pomocná třída (1992-2002)
- Praktická škola dvouletá

8.6.2 Anamnéza 2

RA: bez zátěže

SA: matka pracuje v soukromé firmě jako geodet, otec je živnostník v oboru – montáž vzduchotechniky.

OA: Dítě z druhé gravidity, porod v 36 týdnu, porodní váha 2200g, délka 47cm, porod císařským řezem proběhl bez komplikací. V 31.týdnu gravidity zjištěna hypotrofie plodu, na monitoru klesaly srdeční ozvy. Dítě po porodu křičelo, nekříšeno, mělo ikterus. Po porodu bylo dítě v inkubátoru, dýchalo samo. Pátý den po porodu, při USG mozku zjištěna dilatace komor - posthemoragický hydrocefalus. Dítě přestalo dýchat, mělo zvýšenou teplotu a byly přítomny křeče. Osmý den po porodu začalo dítě blednout, bylo zjištěno krvácení do mozku, aplikovaná transfúze. Bylo diagnostikováno vícenásobné zdravotní postižení – DMO, hydrocefalus, episyndrom. Dítě z první gravidity bylo porozeno v 31. týdnu bez žádných komplikací. Matka má srdcovitý tvar dělohy, která může způsobit předčasný porod. Externí drenáž byla provedena opakovaně, 9.6.2005 zaveden VP shunt.

NO: Neurologicky sledován od narození. Parciální epileptické záchvaty do třech let několikrát denně. Poté v průběhu jednoho roku dva záchvaty typu grand mal. Další velký záchvat následoval po dvou a půl roce. Těmto záchvatům nepředchází změny nálady, ani zvýšená teplota. Porencefalické cysty zjištěné nejsou.

Psychomotorický vývoj: Ve třech letech slovní zásoba zhruba o 50 slovech, ve čtyřech letech říká samostatně jednoduchou básničku, v pěti letech tvoří samostatně jednoduché věty. V osmi měsících zvedá hlavičku, do třech let převládá pohyb plazení, okolo třetího roku pohyb po čtyřech, v pěti letech znovu trénink chůze v chodítku a samostatné sezení ve stoličce, udržení rovnováhy v tureckém sedu.

Prodělané procedury: Vojtova metoda, započata v 6 měsících života, Canisterapie, hydroterapie, akupunktura, akupresura, cvičení na fit ballech, vertikalizace. Rehabilitační pobyt v Dunajské Lužné (říjen 2010)

Trvalá medikace: Cereblozin, Botulotoxin, Diazepam, Dépakine, Keppra 500, Olimpiq Stem Cell

Logopedická intervence: Započala ve věku pět a půl let. Návštěvy jsou u logopeda jedenkrát do měsíce. Logoped vede s dítětem rozhovor, hraje hry. Rodina pracuje s dítětem

denně doma, momentálně (6 let) probíhá nácvik rytmizace a rozvoj jazykového citu (doplnění slova do veršů, doplňování básniček. Již spojuje pexeso s výběrem tří párů.

Aktivní slovník dítěte je poměrně široký, v komunikaci používá kombinaci aktivní slovní zásoby a gest. Ptá se otázkou „Kdo to je, co dělá, co to je?“. Ukazuje obrázky v knihách, poznává písničky a říkanky. Výslovnost je hůře srozumitelná.

Psychologické vyšetření (2011): Chlapec se adaptuje na nové prostředí bez problémů. Chování je milé a dětské. K práci přistupuje ochotně a se zájmem o předkládané podněty. Pozornost je krátkodobá lehce odklonitelná, velmi pozitivně vnímá pochvalu a ocenění.

V důsledku primárního postižení je snížena mobilita dítěte, sedí bez opory, obrátě se pohybuje po čtyřech. Chodí jen, pokud je veden za ruku.

Chlapec má klešťový úchop, obtíže v koordinaci ruka-oko. Kresebně se projevuje čmáráním do kruhu a preferuje levou ruku, rozlišuje dvě barvy.

Chlapec má rád ozvučené hračky, hudbu, sleduje sport. Chápe pojem nebezpečí. V kolektivu dětí i dospělých je oblíbený, zajímá se o okolí, má snahu komunikovat. Chování je uspokojivé, občas si prosazuje své, umí dát najevo nevoli.

Hospitalizace

- 24.5.2005 – 26.5.2005
- 6.9.2005 – 14.9.2005
- 14.5. 2008 – 16.5. 2008
- 10.9.2010 – 13. 9. 2010

Vzdělávání: Soukromá speciální MŠ (navštěvuje 2x týdně).

8.6.3 Anamnéza 3

RA: Bez zátěže

OA: Dítě z druhé gravidity. Porod v termínu, porodní váha 3250 g, 48 cm délka, porod komplikovaný. Dítě nebylo kříšeno. 12. den po porodu dítě odmítalo pít, z důvodu ztuhlé dolní čelisti. Objevovaly se křeče a zástavy dechu. Hospitalizace na neontologickém oddělení v Českých Budějovicích, diagnostikovaná meningoencefalitida bakteriálního původu v novorozeneckém věku, původce bakterie E.coli. Po narození přítomen reflex. 14. den po porodu se vyklenula fontanela, aplikován rezervoár Integraf. Ve čtyřech měsících byla provedena shuntová operace, po 14-ti dnech reoperace z důvodu infekce. V 5,5 měsících provedena druhá shuntová operace. Chlapec má diagnostikovanou hypotonickou formu DMO, CVI, poškozen sluch.

NO: U chlapce se objevují generalizované, myoklonické záchvaty – Westův syndrom. Chlapec má poškozený sluch v důsledku adenoidní vegetace.

Psychomotorický vývoj: Po šestnácti měsících denní rehabilitace vyhledá hračku očima, uchopí pravou rukou, zachrastí, nesedí, neleze. Při možnosti zapření noh se otáčí na bok. V poloze na břicho pase koníčky. Ve 27 měsících začíná používat levou ruku.

Rehabilitace: bazální stimulace, orofaciální terapie, ornitoterapie, perličkové koupele, hydroterapie, akupresura, reflexní terapie, Vojtova metoda

Trvalá medikace: Dépakine, Topamax, Sabril

Ontogeneze řeči: Ve věku 22 měsíců vokalizuje (slabiky baba, bubu, dede bez významu). Ve čtyřech letech slabiky tata, ham-ba, nene. Do devatenácti měsíců používala rodina pro komunikaci znaky, dnes používají komunikační kartičky.

Kompenzační pomůcky: židlička Squiggles, kočár Kimba Spring, lehátko do vany Robby, Otto Bock, houpačka Wingbo, Little room Lilly Nielsenové, Sound box, Light box, rehabilitační židle Aris 2, masážní sada, otočná autosedačka, cyklovozik, plovací vesta, lezítko, pomůcky pro inkontinenci, overball, gymball, válec k nápomoci otáčení, maxi válec,

Psychologické vyšetření: Psychologické vyšetření naznačuje těžkou mentální retardaci.

Vzdělávání:

- Stacionář a MŠ
- Ranná péče

8.6.4. Anamnéza 4

RA: Bez zátěže. Dítě vychovává matka. Rozvedená s otcem.

OA: Dítě z první gravidity. Porod proběhl bez komplikací, v plánovaném termínu. Porodní váha 2650 g, délka 47 cm. Dítě mělo po porodu ikterus. Převezen do Brněnské dětské nemocnice, kde byl diagnostikován posthemorhagický hydrocefalus, aplikován shunt. Dítě samo nedýchalo – inkubátor. V šesti měsících na očním oddělení diagnostikovaná CVI.

Psychomotorický vývoj: V šesti měsících se pokouší pást koníčky, překulí se, chytí za stehna. V osmnácti měsících uchopí hračky, momentálně (3 roky) sedí s oporou, neleze, nechodí. Vývoj řeči je v důsledku hypotonie opožděn.

NO: Od šesti měsíců neurologicky sledován. Po roce není přítomna žádná epi aktivita. Vysazena antiepileptika.

Prodělané procedury: aplikace botulotoxinu, Vojtova metoda, Bobath koncept, akupunktura, pobyt v Adeli (Piešťany), logopedie, oxygenoterapie, laser, manuální terapie,

lázeňský pobyt v Klímkovicích, pravidelná holistická léčba kombinací orientální metody a fyzioterapie.

Kompenzační pomůcky: židlička Reha, gymball,

Trvalá medikace: léky egyptské léčby,

8.7. Vyhodnocení praktické části

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na zjištění povědomí logopedů o problematice hydrocefalu v kombinaci s DMO. První otázkou se ptáme, zda měli logopedi možnost se s touto diagnózou setkat, pouze 16 odpovídajících s těmito jedinci pracovali. Logopedi, kteří na tuto otázku odpověděli záporně, dále dotazník nevyplňovali.

55 % respondentů má zkušenost s logopedickou péčí u jedinců s hydrocefalem v kombinaci s DMO, v praxi se však setkali maximálně se třemi klienty. Ostatní logopedi pracovali s pěti a více klienty.

Většina logopedů začne pracovat s dětmi již před čtvrtým rokem života. Můžeme tento jev vysvětlit kvalitnějšími možnostmi diagnostiky, interdisciplinární spoluprací odborníků a širšími možnostmi výběru vhodné péče. Logopedi provádějí ústní terapii. Ústní terapie je forma práce s klientem, kdy logoped využívá návyků jedení při nácviku artikulace. Šetřením jsme zjistili, že nejčastější návštěvnost jedinců je dvakrát do měsíce. Předpokládáme, že tato návštěvnost je ovlivněna hrazením logopedické péče z pojištění.

Ve většině případů odborníci spolupracují, pokud se zaměříme na logopedickou péči, tak jen v několika případech je jedinci poskytována péče více logopedů. Spolupráce s rodiči (zákonnými zástupci) u klientů dětského věku je zřejmá.

Nejčastěji je prováděna diagnostika narušené komunikační schopnosti u jedinců s hydrocefalem v kombinaci s DMO prostřednictvím dysartrického profilu. Tento diagnostický materiál kombinují s hrou a testy Tekos I, II. Při vyšetření se zaměřují také na úroveň motoriky. K tomuto je využívána Ozeretského škála, test aktivní psychomimiky dle Kwinta a orientační test dynamické praxe Míky.

Odpovídající logopedi se při intervenci nezaměřují pouze na úpravu výslovnosti, provádějí dechová cvičení, rytmizační cvičení a orofaciální masáže. Ve většině případů využívají logopedi při intervenci jednoduché pomůcky a počítačové programy, také mají zkušenosti s vytvářením komunikačních tabulek a dodržují Kábeleho zásady.

Při shrnutí a hledání souvislostí v anamnézách se dočteme, že v žádném případě nebylo dítě kříšeno, ve třech případech mělo dítě ikterus. U všech čtyř případů mají jedinci sekundární epilepsii a jsou neurologicky sledováni. Pokud se zaměříme na prodělané procedury

a rehabilitaci, u každého jedince byla jiná. Toto nám poukazuje na skutečnost potřeby individuálního přístupu. Pouze u jednoho případu započala logopedická péče před čtvrtým rokem věku. Při sledování ontogeneze řeči u jedinců zjistíme, že u každého probíhal vývoj jiným tempem a směrem.

ZÁVĚR

Logopedická péče u jedinců s hydrocefalem v kombinaci s DMO je prospěšná nejen z důvodu komunikace se členy rodiny, ale i v širší populaci. Narušená komunikační schopnost při kombinaci těchto diagnóz není jen otázkou výslovnosti, ale všech složek řeči, proto je důležité pro logopeda znát výsledky vyšetření a spolupracovat s odborníky, kteří se podílejí na péči o tyto osoby. V práci se zabýváme možnostmi rozvíjení komunikačních schopností a zaměřujeme se na zkušenosti logopedů s péčí o tyto osoby. Základní předpoklad, že větší podíl logopedů s prací s těmito jedinci zkušenosti nemá se nám potvrdil, z šetření můžeme také pochopit, že ti logopedi, kteří se na intervenci podílejí pracují v institucích, které se specializují na péči o tyto jedince.

Výsledky šetření nás uspokojily a mile překvapily. V úvodu se zmiňujeme o logopedické péči rodinného příslušníka, která byla zaměřena pouze na úpravu výslovnosti. Musím podotknout, že tato intervence probíhala v roce 1989. Prostřednictvím dotazníku jsme zjistili, že v dnešní době je kladen větší důraz na rozvoj motoriky a vyjadřovacích schopností. Rozvíjíme hrubou i jemnou motoriku a samozřejmě oromotoriku. Během zpracovávání diplomové práce jsme si všimli pozitivních výsledků, které přináší orofaciální stimulační metody.

Pokud se zaměříme na následná doporučení a mezery v logopedické terapii o osoby s dysartrií, můžeme z vlastní zkušenosti poukázat na nedostatek znalostí z fyzioterapie a aplikování metod pro zlepšení lokomoce.

Terapie jedinců s DMO je velice náročná nejen pro logopeda a ostatní odborníky, ale především pro jedince samotného a jeho rodinu. Neustále musíme mít na mysli individuální možnosti každého jedince a měli bychom si připustit omezené finanční možnosti každé rodiny, kterou tato životní zkušenost postihne.

Závěrem bych chtěla popřát mnoho sil a neutuchající naději všem, kteří jsou v jakémkoli vztahu s jedinci se zdravotním postižením. Lidem, kteří se v našem oboru nepohybují vzkazujeme: *„Všichni na jednom jevišti velkého světa stojíme, a cokoliv se tu koná, všech se týče“* (Komenský).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-885-9

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. Praha: Galén ; Karolinum, 2006. ISBN 80-246-12585

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí v předškolním věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4454-8

ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1132-X

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: logopedické centrum, 2007. ISBN 80-902-5362-8

FILCÍKOVÁ-HERFORTOVÁ, M. *Výchova řeči u dětí předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1965.

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

KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.

KALA, M. *Hydrocefalus*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-303-6

KEREKRÉTIOVÁ, A. et al. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5

KITTEL, A. M. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-619-6

KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5

KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A. et al. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-492-8

KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8

LOVE, R.J., WEBB, W.G. *Mozek a řeč*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9

LECHTA, V. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-88824-18-4

LECHTA, V. *Koktavost : integrativní přístup*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8

LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990. ISBN 80-0800447-9

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-433-5

LECHTA, V. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-961-5

LESNÝ, I., ŠPITZ J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-0422922-0

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

NEUBAUER, K. et al. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-15-4

NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, 1997.

NOVÁK, A. *Foniatric a pedaudiologie II: poruchy hlasu u dětí a dospělých – základy anatomie a fyziologie hlasu, diagnostika, léčba, reedukace a rehabilitace poruch hlasu*. Praha: A.Novák, 2000.

OHNESORG, K. *Naše dítě se učí mluvit*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1976.

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5

PREISS M. et al. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-443-6

ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ M. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0131-4

SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955.

SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro teorii i praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7

SOVÁK, M. *Logopedie: učebnice*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981.

STOŽICKÝ, F. *Základy dětského lékařství*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1067-1

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6

ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4

ŠTĚPÁN, J., PETRÁŠ, P. *Logopedie v praxi*. Praha: Septima, s.r.o, 2005. ISBN 80-7216-212-8

VAŠEK, Š. *Speciálně-pedagogická diagnostika*. Bratislava: SPN, 1991

VAŠEK, Š. et al. *Špeciálna diagnostika (Terminologický a výkladový slovník)*. Bratislava: SPN, 1994.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika : integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-214-2359-5

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-7315-134-0

ZEMAN, M. et al. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9

Internetové zdroje

ALS EURO, s.r.o. *Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na alternativní a augmentativní komunikaci s.r.o.* [online]. 2009 [2011-4-1]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-kdy-zacit-u-deti-s-aak-4>>

AXISTIVE. *Axistive 2.0 Beta*. [online]. 2011 [cit. 2011-3-29]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.axistive.com/speechviewer-iii.html>>

BAHENSKÁ, M. *Klinika zdraví*. [online]. 2008 [cit. 2011-2-14]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.klinikazdravi.cz/slovník/pneumoencefalografie/>>

FEIT, J. et al. *Atlas patologie pro studenty medicíny*. [online]. 2010 [cit. 2010-3-8]. Dostupné na World Wide Web: <https://atlases.muni.cz/atlases/stud/atl_cz/main+cnspatol+edem.html>

MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. *Mayo Clinic*. [online]. 2010 [cit. 2011-3-28]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mayoclinic.com/health/dysarthria/DS01175/DSECTION=tests-and-diagnosis>>

PRO-ED AUSTRALIA. *Pro-ed Australia*. [online]. 2008 [cit. 2011-2-25]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.proedaust.com.au/details.cfm?number=74>>

SMITH, D., DRAPER, A. *Dysarthria Assessment and Treatment with Speech Viewer III*. [online]. 2011 [cit. 2011-3-20]. Dostupné na World Wide Web: <<http://mick.murraystate.edu/cdi615/spring98/dysarth.htm>>

ŠONKOVÁ, Z. Příčiny a klinický obraz nitrolební hypertenze. *Neurologie pro praxi* [online]. 2009, [cit. 2011-2-14]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3637&magazine_id=3>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DMO: dětská mozková obrna

MKN: Mezinárodní klasifikace nemocí

CNS: centrální nervová soustava

CT: počítačová tomografie

USG: ultrasonografie

MRI: magnetická rezonance

NMDA: amino kyselý derivát jednající jako specifický agonist

CMP: cévní mozková příhoda

př.n.l.: před naším letopočtem

RQ: retardační kvocient

TV: televize

AAK: alternativní a augmentativní komunikace

RA: rodinná anamnéza

SA: subjektivní anamnéza

OA: osobní anamnéza

NO: nynější onemocnění

LTV: léčebná tělovýchova

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výskyt epilepsie u jednotlivých forem DMO	13
Tabulka 2 Procentuelní zastoupení poruch řeči při DMO	27
Tabulka 3 Funkce hlavových nervů participujících se na mluvení	30
Tabulka 4 Přehled nejdůležitějších charakteristik různých typů dysartrie	32
Tabulka 5 Klasifikace dysartrie dle Sováka	33
Tabulka 6 Výskyt dysartrie podle Böhma	34
Tabulka 7 Tabulka k otázce č.1	54
Tabulka 8 Tabulka k otázce č.2	55
Tabulka 9 Tabulka k otázce č.3	56
Tabulka 10 Tabulka k otázce č.4	57
Tabulka 11 Tabulka k otázce č.5	58
Tabulka 12 Tabulka k otázce č.6	59
Tabulka 13 Tabulka k otázce č.7	60
Tabulka 14 Tabulka k otázce č.8	61
Tabulka 15 Tabulka k otázce č.9	62
Tabulka 16 Tabulka k otázce č.10	63
Tabulka 17 Tabulka k otázce č.11	64
Tabulka 18 Tabulka k otázce č.12	65
Tabulka 19 Tabulka k otázce č.13	66
Tabulka 20 Tabulka k otázce č.14	67
Tabulka 21 Tabulka k otázce č.15	68
Tabulka 22 Tabulka k otázce č.16	69
Tabulka 23 Tabulka k otázce č.17	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Graf k otázce č.1	54
Graf 2 Graf k otázce č.2	55
Graf 3 Graf k otázce č.3	56
Graf 4 Graf k otázce č.4	57
Graf 5 Graf k otázce č.5	58
Graf 6 Graf k otázce č.6	59
Graf 7 Graf k otázce č.7	60
Graf 8 Graf k otázce č.8	61
Graf 9 Graf k otázce č.9	62
Graf 10 Graf k otázce č.10	63
Graf 11 Graf k otázce č.11	64
Graf 12 Graf k otázce č.12	65
Graf 13 Graf k otázce č.13	66
Graf 14 Graf k otázce č.14	67
Graf 15 Graf k otázce č.15	68
Graf 16 Graf k otázce č.16	69
Graf 17 Graf k otázce č.17	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník	88
---------------------------------	-----------

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vývojové a osobnostní oblasti člověka.....	43
---	-----------

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den milí logopedi,

jmenuji se Dominika Kožejová, jsem studentka logopedie Univerzity Palackého v Olomouci. Zpracovávám diplomovou práci na téma Hydrocefalus v kombinaci s DMO z pohledu logopeda. A proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Nezapere Vám mnoho času. Samozřejmě při zpracování dotazníku bude zajištěna Vaše anonymita a bude sloužit pouze ke studijním účelům. Předem děkuji za ochotu a spolupráci, kterou jste projevili. Vaše odpovědi zakroužkujte nebo doplňte.

- 1) Měl(a) jste možnost pracovat s jedincem s diagnostikovanou DMO, hydrocefalem? Pokud ne, dále prosím neodpovídejte, ale dotazník i přesto prosím odešlete.**
 - a) Ano
 - b) Ne

- 2) S kolika klienty s touto diagnózou jste měla možnost pracovat? Uveďte hrubé číslo, prosím.**

- 3) Začala jste s jedincem pracovat před 4. rokem života? Pokud ne Vy, pracoval s ním jiný logoped?**
 - a) Ano
 - b) Ne

- 4) Jak často k Vám klient s touto diagnózou dochází?**
 - a) Takřka denně
 - b) 1x týdně
 - c) 2x měsíčně
 - d) Jinak, uveďte prosím

- 5) Máte k dispozici výsledky vyšetření ostatních odborníků – foniatr, neurolog, ortoped,...? Třeba i zprostředkovaně.**
- a) Ano
 - b) Ne
- 6) Jak provádíte diagnostiku NKS při poruchách hybnosti?**
- a) Dysartrický profil 3F
 - b) FDA
 - c) Token test
 - d) Kombinací
 - e) Jinak, (uveďte, prosím jak)
- 7) Dodržujete při práci Kábeleho zásady?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 8) Zaměřujete se pouze na úpravu výslovnosti?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 9) Provádíte dechová cvičení?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 10) Využíváte při intervenci návyky jedení při nácviku artikulace?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 11) Provádíte masáž mluvidel?**
- a) Ano
 - b) Ne

- 12) Doporučujete rodičům (zákonným zástupcům) cvičení, která by měla provádět doma?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 13) Jste jediný logoped, který s jedincem pracuje?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 14) Znáte metodu M.C.Crickmayové?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 15) Používáte jednoduché pomůcky (slámka, potraviny, knoflík na niti, cumel, štěteček, termopolštářky,...) při intervenci tohoto klienta?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 16) Máte v pracovně počítač pro práci s klienty?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 17) Vytvářel(a) jste již nějaký druh komunikační tabulky?**
- a) Ano
 - b) Ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Dominika Kožejová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Hydrocefalus v kombinaci s DMO z pohledu logopeda
Název v angličtině:	Hydrocephalus in combination with Cerebral palsy from the view a language therapist.
Anotace práce:	Práce se zabývá problematikou posthemoragického hydrocefalu v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou a možnostmi logopedické intervence jedinců s touto diagnózou. Je zaměřena na povědomí a zkušenosti logopedů s logopedickou péčí u jedinců s touto diagnózou.
Klíčová slova:	hydrocefalus, dětská mozková obrna, dysartrie, logoped, diagnostika, intervence, epilepsie, řeč
Anotace v angličtině:	My master thesis deals not only with the problematic of posthemarogic hydrocefalus in the combination with childish cerebral palsy but also with the possibilities of logopedic intervention of individuals with such a diagnosis. The thesis concentrates on awareness and experience of speech and language therapists with logopedic care of their individuals with this diagnosis.
Klíčová slova v angličtině:	Hydrocephalus, Cerebral palsy, dysartrie, speech and language therapist, diagnostics, intervention, epilepsy, speech
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 - Dotazník
Rozsah práce:	91 stran
Jazyk práce:	český