

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

Bakalářské prezenční studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Kadečková

Vliv nácviku dýchání nosem po adenektomii na vývoj
artikulace

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Vlasta Vaněčková

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Full-Time Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Lucie Kadečková

The influence of the nose breathing practice after
adenectomy on the development of the articulation

Prague 2012

The bachelor Thesis Work Supervisor:
PaedrDr. Vlasta Vaněčková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Lucie Kadečková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce PaedDr. Vlastě Vaněčkové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce. Dále klinické logopedce Mgr. Martině Barchánkové za vstřícnost, užitečné informace a za poskytnutí materiálů, které mi při zpracování práce velice pomohly.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem nácviku dýchání nosem po adenektomii na vývoj artikulace. Práce je dělena na teoretickou a praktickou část. Část teoretická vychází z rozboru odborné literatury a dalších zdrojů a je zaměřena na problémy, které způsobuje zvětšená adenoidní vegetace. Praktická část je vypracována na základě šetření v ordinaci klinické logopedie, rozboru dostupných diagnostických zpráv a rozhovoru s klinickou logopedkou.

Klíčové pojmy

Adenoidní vegetace, jazykové roviny, nosní dýchání, orofaciální soustava, otevřená huhňavost, předřečové stádium, rinolalie, smíšená huhňavost, vlastní vývoj řeči, zavřená huhňavost.

Annotation

This bachelor thesis is dealing with the influence of nasal breathing practice after adenectomy on the development of the articulation. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is focused on the literature review and other sources. It is aimed to the problems, which are caused by enlarged adenoid vegetation. The practical part was elaborated on the basis of examination in a speech clinic, analysis of available diagnostic reports and the interview with a speech therapist.

Key words

Adenoid vegetation, language levels, nasal breathing, orofacial system, open rhinolalia, pre-speech stage, rhinolalia, mixed rhinolalia, self-development of speech, closed rhinolalia.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Vývoj řeči	11
1.1 Předřečové stádium	11
1.2 Vlastní vývoj řeči	12
1.3 Vývoj řeči podle jazykových rovin.....	13
2. Rinolalie	17
2.1 Etiologie	18
2.2 Symptomatologie	19
2.3 Diagnostika	20
2.4 Terapie	22
2.5 Prognóza	23
3. Adenoidní vegetace	24
3.1 Příznaky	24
3.2 Lékařská terapie	25
4. Logopedická terapie po adenektomii	27
4.1 Návik nosního dýchání	27
4.2 Podpora rozvoje artikulačních orgánů	28
4.3 Další možnosti terapie orofaciální oblasti	29
PRAKTICKÁ ČÁST	
5. Vlastní šetření	31
5.1 Cíl práce, metody výzkumu	31
5.2 Charakteristika souboru	31
5.3 Kazuistiky několika vybraných dětí	32
5.3.1 Petr, 5 let	32
5.3.2 Pavel, 5 let	36
5.3.3 Matěj, 5 let	39
5.3.4 Kamila, 5 let	42
5.3.5 Nikola, 6 let	45
5.4 Zhodnocení výsledků	48
ZÁVĚR	50

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	51
SEZNAM TABULEK	53
SEZNAM PŘÍLOH	54

ÚVOD

Tato bakalářská práce věnuje pozornost problematice adenoidní vegetace, následnému dýchání ústy a problémům, které to přináší.

Zvětšená adenoidní vegetace způsobuje největší problémy dýchání nosem. Dítě je nuceno dýchat ústy ve dne i v noci, a to vyvolává mnoho dalších problémů. Dítě špatně spí, v noci chrápe, někdy se objevuje noční pomočování. Vlivem špatného dýchání dochází i k poruchám vývinu hrudníku, opakovaným zánětům středouší a horních i dolních cest dýchacích. Dále se objevují i poruchy v řeči. U dětí se často objevuje hyponazalita a interdentalní sykavky. Takto postižené děti mohou také trpět nechutenstvím a ve škole bývají nesoustředěné, nepozorné, podrážděné a snadno unavitelné. Při těchto příznacích je velmi důležité vyhledat odbornou pomoc a zahájit včasnou terapii.

Autorka si téma bakalářské práce vybrala na základě zájmu o tuto problematiku, a jelikož se s ní stále častěji setkává v rámci své praxe u klinického logopeda.

Tato práce je rozdělena do pěti kapitol. První čtyři kapitoly jsou součástí teoretické části a pátá kapitola tvoří část praktickou. V první kapitole je vymezen vývoj řeči dle jeho stádií. Zabývá se předřečovým stádiem, vlastním vývojem řeči a vývojem řeči dle jazykových rovin.

Druhá kapitola je zaměřena na problematiku rinolalie a popisuje její etiologii, symptomatologii, diagnostiku, terapii a prognózu.

Třetí kapitola se zabývá problematikou adenoidní vegetace, jejím popisem, příznakům, které může způsobovat, a následné lékařské terapii.

Čtvrtá kapitola popisuje logopedickou terapii po adenektomii. Je zaměřena na nácvik nosního dýchání, podporu rozvoje artikulačních orgánů a další možnosti terapie orofaciální oblasti.

Poslední, pátá kapitola, která tvoří praktickou část, byla realizována na základě kazuistik několika dětí. Cílem bylo zjistit, jak ovlivňuje zvětšená adenoidní vegetace nosní dýchání a následně i vývoj řeči.

Tato bakalářská práce vychází z rozboru odborné literatury na dané téma. Výzkumné šetření bylo provedeno na základě kazuistik, které byly vypracovány z analýzy dostupných dokumentů a rozhovoru s klinickou logopedkou.

1. VÝVOJ ŘEČI

Vývoj řeči je velmi individuální záležitostí. U každého dítěte se může vyvíjet jinak. Tento vývoj probíhá v určitých vývojových etapách, které na sebe úzce navazují a je těžké určit mezi nimi hranice. Tyto etapy mají různé časové rozmezí a mohou být retardovány, akcelerovány nebo probíhat dle normy. (Klenková, 2000)

Aby se mohla řeč správně vyvíjet, záleží na mnoha dalších faktorech. Tyto faktory se dělí na vnitřní a vnější. Mezi vnější patří, například vliv prostředí a výchova. Pro bezproblémový vývoj řeči je důležitý i správný mluvní vzor a podnětné prostředí. Pro vnitřní faktory jsou důležité vrozené předpoklady a správný fyzický a duševní vývoj. Vývoj řeči souvisí také s dýcháním, smyslovým vnímáním, motorikou, centrální nervovou soustavou a pohybovou koordinací. Je důležité správné nosní dýchání, klidová poloha jazyka, kvalitní funkce sluchového a zrakového analyzátoru. Dále jemná a hrubá motoriky a také motorika mluvidel. (Kutálková, 2011)

Vývoj řeči se dělí na dvě stádia, na předřečové stádium a stádium vlastního vývoje řeči.

1.1 Předřečové (přípravné) stádium

Toto stádium se dělí do několika období a probíhá přibližně do jednoho roku života dítěte.

Vliv na vývoj řeči má již prenatální období, kdy si plod dumlá palec, vnímá různé zvuky z okolí, reaguje na matčin hlas apod. První známkou komunikace v této době bývá nitroděložní kvílení. (Kutálková, 2011)

Prvním stádiem je **období křiku**. Křik je prvním novorozeneckým projevem. Je to hlasový reflex, který je vyvolán reakcí na změnu dýchání. Dítě přechází z placentárního oběhu na plicní dýchání. Tento křik je zatím neurčitý, neznamená žádný projev bolesti. Asi po šesti týdnech se v tomto křiku již

objevuje citové zabarvení. Nejdříve má křik tvrdý hlasový začátek a dítě jím vyjadřuje nespokojenost, bolest, atd. Následně se přidává i měkký hlasový začátek, kterým dítě projevuje spokojenost. Křik dítěte je velmi důležitý, je to příprava k užívání hlasu při řeči. (Vyštejň, 1995)

Dalším stádiem, které přirozeně navazuje a prolíná se s předchozím je **období žvatlání**. Dělí se na pudové a napodobivé. **Pudové žvatlání** se objevuje kolem třetího měsíce dítěte. Jedná se o hru s mluvidly. Tyto zvuky, které dítě vydává, ještě neovládá vědomě. Je to pudový projev, při kterém ještě není zapojena sluchová kontrola a tudíž ho vydávají jak děti slyšící, tak i neslyšící. **Napodobivé žvatlání** začíná mezi 6. – 8. měsícem. Dítě se v tomto období snaží napodobovat hlásky, které slyší a vidí u svých nejbližších. Nejčastěji kopíruje jejich melodii, rytmus a tempo řeči. V této fázi je již zapojena sluchová i zraková kontrola, tudíž neslyšící děti napodobujícím žvatláním již neprocházejí. (Kutálková, 2002)

Posledním předřečovým stádiem je **období rozumění**, nastupuje okolo 10. měsíce. „*Dítě ještě nechápe obsah slov, která slyší, ale slyšené zvuky asociuje s vjemem či představou konkrétní situace, která se často opakuje. Jeho rozumění se projevuje motorickou reakcí (např. „Udělej paci, paci.“)*“ (KLENKOVÁ, 2006, s. 36) V tomto období dítě reaguje spíše na zvuk a melodii slova než na jeho obsah. Je pro dítě velmi důležité. Během tohoto stádia dítěti rychle roste množství slov (pasivní slovní zásoba), kterým rozumí. (Tamtéž)

1.2 Vlastní vývoj řeči

Vlastní vývoj řeči plynule navazuje na předřečový. Skládá se ze čtyř na sebe navazujících období a začíná okolo jednoho roku dítěte.

Mezi první stádium patří **období emocionálně-volní**, ve kterém je dítě schopno vyjádřit svá přání, strach, pocity apod. K vyjádření těchto pocitů dítě již využívá slova. První slova zpočátku zastupují funkci jednoslovných vět. Tyto slova již prošly prahem pochopení i proslovení. (Klenková, 2006)

Dalším stádiem je **období asociačně-reprodukční**, kde dítě přiřazuje slova nejen ke konkrétnímu předmětu, ale už i k předmětům podobným. V tomto období je řeč stále ještě na stupni první signální soustavy. Největším rozvojem prochází komunikace mezi 2. – 3. rokem, kdy si dítě začíná uvědomovat, že pomocí řeči může dospělé ovládat a může dosáhnout svých cílů. (Tamtéž)

Na období asociačně-reprodukční navazuje okolo třetího roku **období logických pojmů**. *„Označení, dosud úzce spjatá s konkrétními jevy, se postupně pomocí abstrakce, zevšeobecnování stávají všeobecným označením čili slovem s určitým obsahem.“* (KLENKOVÁ, 2006, s. 37) V tomto období dítě začíná přecházet z první signální soustavy na druhou. Je to pro dítě velmi náročné období a může v něm docházet k fyziologickým obtížím v řeči. (Tamtéž)

Posledním obdobím ve stádiu vlastního vývoje řeči je **období intelektualizace řeči**. Tato etapa začíná kolem čtvrtého roku dítěte a přetrvává až do dospělosti. Dítě si zde osvojuje další nová slova, prohlubuje se a upřesňuje jejich obsah, celkově se rozšiřuje slovní zásoba a dítě se rozvíjí ve všech jazykových rovinách. Dítě je již schopno své myšlenky vyjadřovat poměrně přesně. Počínaje tímto obdobím začíná převažovat druhá signální soustava nad první. (Tamtéž)

1.3 Vývoj řeči podle jazykových rovin

Existují čtyři jazykové roviny, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická, foneticko-fonologická a pragmatická.

„Tyto jazykové roviny se vyvíjí během ontogeneze řeči a vzájemně se prolínají v kvalitativně vyšším procesu.“ (BALAŠOVÁ, 2003, s. 11)

Morfologicko-syntaktická rovina

Tato rovina se zabývá skloňováním, časováním a používáním slovních druhů. Můžeme ji sledovat až kolem prvního roku dítěte, kdy začíná užívat první slova. Tato slova plní funkci jednoslovných vět, jsou neohebná a děti je ještě neskloňují ani nečasují. (Bednářová, Šmardová, 2007)

Děti nejdříve užívají podstatná jména a potom slovesa. Následně se přidávají přídavná jména a osobní zájmena (mezi 2. – 3. rokem) a nakonec používají číslovky, předložky a spojky. Po dosažení čtvrtého roku by dítě mělo užívat všechny slovní druhy. (Tamtéž)

Časování a skloňování by se mělo začít objevovat po druhém roce. Nejprve se upravuje rod, dále číslo a pád. Víceslovné věty začíná dítě vytvářet po 2,5 letech a souvětí mezi 3. – 4. rokem. (Tamtéž)

„Pravidla syntaxe se dítě učí samo pomocí transferu. Gramatické formy, které slyší v určité situaci, použije analogicky i v jiných situacích. Transfer je přesný, nebere v úvahu gramatické výjimky. Do čtyř let jde o přirozený jev (fyziologický dysgramatismus). Po čtvrtém roce by neměla gramatická stránka projevu dítěte v běžných komunikačních situacích vykazovat nápadné odchylky.“ (KLENKOVÁ, 2006, s. 38)

Lexikálně-sémantická rovina

Lexikálně-sémantická rovina se zaměřuje na slovní zásobu, a to aktivní i pasivní slovník. Nejdříve se utváří slovní zásoba pasivní. Je to přibližně kolem 10. měsíce a jedná se o porozumění řeči. Po prvním roce se začíná již také tvořit i aktivní slovní zásoba. V následující tabulce je předložen průměrný počet slov dle různých výzkumů.

Tabulka č. 1 Průměrný počet slov

věk	průměrný počet slov
1 rok	5 – 7
1,5	70
2.0	270 – 300
2,5	350 - 450
3	1 000
3,5	1 200
4	1 500
5	2 000
6	2 500 – 3 000

Zdroj: KLENKOVÁ, Jiřina. Kapitoly z logopedie. Brno: Paido, 2000. s. 15

Ve vývoji řeči se objevuje první a druhý věk otázek. První věk otázek se objevuje v 1,5 – 2 letech a jsou to otázky typu „Kdo to je?“, „ Co to je?“ Mezi 3. – 4. rokem přichází druhý věk a otázky „Proč?“, „Kdy?“ (Bednářová, Šmardová, 2007)

„Dítě okolo třetího roku života dokáže již říci například své jméno i příjmení, mezi 3. a 4. rokem chápe rozdíly „malý-velký, světlo-tma“, zná jméno svého sourozence, umí říci básničku. Koncem předškolního věku dokáže spontánně hovořit o různých událostech z jeho života, správně realizuje i delší příkazy.“ (KLENKOVÁ, 2006, s. 39)

Foneticko-fonologická rovina

V této rovině se zaměřujeme na zvukovou stránku řeči. Dle Bednářové, Šmardové (2007, s. 29) *„jde o sluchové rozlišování hlásek a jejich výslovnost. Dítě ze zvuků, kterého ho obklopují, postupně vyčleňuje hlásky mateřského jazyka. Tato schopnost ze začíná projevovat okolo 6. – 8. měsíce a její vývoj je poměrně zdlouhavý. Sluchové rozlišování je v úzkém vztahu k výslovnosti.“*

Dítě tvoří nejprve hlásky, které jsou artikulačně nejlehčí a postupně se dostává až k těm nejsložitějším (pravidlo nejmenší námahy). Dítě začíná

vyslovovat nejdříve samohlásky, potom retné souhlásky až se postupně dostane k hláskám hrdelním. Vývoj výslovnosti by měl být ukončen do sedmého roku věku dítěte. (Klenková, 2000)

Pragmatická rovina

Jedná se o rovinu, ve které se dítě učí používat osvojenou řeč v praxi.

Z pohledu lidského bytí je pragmatická rovina nejdůležitější, protože má člověku pomoci zajistit pro sebe své potřeby, a to nejen fyziologické, ale i psychické. Bez toho, aniž bychom dokázali vyjádřit své myšlenky, pocity, přání a názory, bychom nebyli schopni naplnit sociální aplikaci. (Klenková, 2011)

V průběhu ontogenetického vývoje jedince se užití této roviny mění. Od neverbálního a jednoslovného vyjádření až po souvislé vyjádření myšlenek a chování. Nejdříve se dítě učí slovní komunikaci jen používat a postupně začíná chápat svou roli v komunikačním procesu. Snaží se dosahovat pomocí komunikace svých cílů, s dospělými navazovat a udržet dialog. (Tamtéž)

„Ovládnutím řeči dítě zlepšuje své postavení v rodině, zvyšuje svou moc, prosazuje svá přání a vyžaduje plnění svých potřeb.“ (TOMAN, 1974, s. 15)

2. RINOLALIE

Rinolalie je porucha řeči, která patří k poruchám zvuku řeči. „V lékařské terminologii známe tuto poruchu pod názvem rinofonie,“ (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA, 2003, s. 213), v logopedické ji známe spíše pod pojmem huhňavost.

„Huhňavost je patologicky změněná nosovost, která deformuje zvuky vyslovovaných hlásek.“ (BALAŠOVÁ, 2002, s. 23)

„Nosovost je fyziologický jev. U některých hlásek je nosovost minimální (samohlásky, sykavky) a u některých je nosní rezonance naopak jejich charakteristickým zvukem (nosovky – m, n, ň, skupina ng).“ (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA, 2003, s. 212)

Tato porucha zvuku řeči závisí na činnosti patrohrtanového uzávěru, který odděluje dutinu nosní a nosohltanovou od dutiny ústní. Stupeň nazality záleží na funkci tohoto uzávěru a na prostornosti rezonančních dutin. Dle výše uvedeného rozdělujeme tuto poruchu na tři skupiny. Huhňavost otevřená, zavřená a smíšená. (Škodová, Jedlička, 2003)

Huhňavost otevřená:

Dle Dvořáka (2001, s. 167) nazývaná též „*rhinolalia aperta*, *hypernazalita*, *hyperrinolalie*.“

„Tato porucha nastává při patologickém zvýšení nosovosti, pokud nestačí patrohltanový uzávěr zabránit úniku vzduchu do rezonančních dutin.“

Huhňavost zavřená: (*rhinolalia clausa*, *hyponazalita*, *hyporinolalie*)

Nastává při patologickém snížení nosovosti omezením nebo zmenšením prostornosti rezonančních dutin. Omezení vzniká nejčastěji jako následky

orgánových změn. Nadměrně zvýšená činnost patrohltanového uzávěru se vyskytuje jen zřídka.

Huhňavost smíšená: (rhinolalia mixta)

Vzniká, je-li patrohltanový uzávěr nedostatečný a přitom je současně patologicky zmenšený prostor rezonančních dutin.“ (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA, 2003, s. 213)

2.1 Etiologie

Příčiny poruch zvuku řeči jsou různé. Nedostatečná schopnost funkce patrohltanového uzávěru může být vrozená nebo získaná. Patří sem rozštěpy patra, vrozeně zkrácené patro, obrny měkkého patra a změny anatomických poměrů v hltanu. (Škodová, Jedlička, 2003)

Otevřená huhňavost:

U otevřené huhňavosti mohou být příčiny organické nebo funkční. Organické se ještě dělí na vrozené a získané. Mezi vrozené příčiny patří různé druhy rozštěpů (rozštěp měkkého patra, tvrdého patra, submukózní rozštěp patra), zkrácené měkké patro, nedostatečný vývoj svalstva měkkého patra apod. K získaným příčinám náleží následky organického onemocnění nebo úrazu (centrální nebo periferní obrna, obrna měkkého patra, atd.) (Klenková, 2006)

„Funkční příčiny se objevují při snížené činnosti svalstva patrohltanového uzávěru u lidí dlouhodobě nemocných a oslabených, při hysteriích a neurózách, při mentální retardaci, u neslyšících a nedoslýchavých v důsledku nedostatečné sluchové zpětné vazby, jako návyk po odstranění nosních a krčních mandlí, jako důsledek nesprávného mluvního vzoru.“ (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA, 2003, s. 214-215)

Zavřená huhňavost:

Příčiny zavřené huhňavosti se dělí stejně jako u otevřené na organické (vrozené, získané) a funkční. K organickým příčinám vrozeným patří vybočení nosní přepážky, vrozené úzké nosní průduchy, deformace obličeje aj. Mezi získané řadíme nádory, cysty, chronické rýmy, deformace nosní přepážky po úraze apod. (Klenková, 2006)

Nejčastější příčinou vzniku hyponazality bývá hypertrofie adenoidní vegetace u dětí. (Tamtéž)

Dle Klenkové (2006, s. 131) „*se funkční hyponazalita vyskytuje jen velmi ojediněle a je podmíněna poruchou závěru dýchací trubice.*“

Smíšená huhňavost:

„*Smíšená huhňavost je kombinací hypernazality a hyponazality. Vzniká tehdy, je-li patrohltanový uzávěr nedostatečný a současně je překážka v nosní nebo nosohltanové dutině. Příčiny této huhňavosti mohou být organické i funkční, např.: hypertrofie sliznice při rýmě a nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru, zvětšená nosní mandle a organicky podmíněná velofaryngeální insuficience, atd.*“ (ŠKODOVÁ, JEDLIČKA, 2003, s. 215)

2.2 Symptomatologie

Patologické změny nosovosti si může všimnout kdokoli, nejen odborník. (Škodová, Jedlička, 2003)

U **otevřené huhňavosti** se dostává vzduch při mluvení do nosu, protože patrohltanový uzávěr není dostatečný a tím se změní kvalita nosní rezonance. Pokud jsou příčiny organického původu, tak jsou nejvíce narušeny souhlásky, a to sykavky a explozivny. Ze samohlásek je to I a U. Při funkčních příčinách je to opačné, nejvíce porušeny jsou samohlásky. (Škodová, Jedlička, 2003)

Při **zavřené huhňavosti**, kdy je snížena nazalita, dochází především k poruše artikulace nosovek. Hlásky M, N, Ň zní jako B, D, Ď. Ze samohlásek je nejvíce postižené U a O, tyto samohlásky jsou nezvučné a tlumené. Průvodním symptomem u hyponazality může být i dýchání ústy a typický výraz obličeje. (Tatmtěž)

U **smíšené huhňavosti** se tyto příznaky kombinují. Jsou porušeny samohlásky, sykavky i nosovky. (Tamtěž)

2.3 Diagnostika

Hlavním úkolem diagnostiky je zjistit příčinu porušení zvuku řeči. Pokud tuto příčinu zjistíme, bude mít léčba mnohem větší efekt. (Klenková, 2006)

Při diagnostice rinolalie je důležitá spolupráce odborníků z lékařských i nelékařských oborů (pediatra, foniatra, otorinolaryngologa, logopeda a dalších), včetně rodičů. (Tamtěž)

K diagnostikování této poruchy se používají základní vyšetřovací zkoušky, které může provádět logoped sám a také přístrojové vyšetřovací techniky, které ale musí provádět odborník. (Tamtěž)

Škodová, Jelička (2003, s. 217) uvádí tyto **základní vyšetřovací zkoušky**:

„ **Gutzmanova A-I zkouška**:

Je nejčastěji používaným jednoduchým diagnostickým postupem pro diagnostiku huhňavosti. Vyšetřovaný vícekrát za sebou vyslovuje samohlásky A a I při střídavě stlačených nosních chřípích. Zkouška je pozitivní při otevřené huhňavosti, kdy je slyšet výrazný rozdíl při fonaci I. Při zavřené huhňavosti rozdíl ve fonaci uvedených hlásek slyšet není.

Zkouška otofonem:

Zjistíme nosovou rezonanci i u souhlásek. Základní pomůckou je gumová hadička opatřená na koncích dvěma olivkami s otvorem. Jedna olivka je lehce zasunuta do nosu vyšetřovaného a druhá do ucha vyšetřujícího. Při otevřené huhňavosti jsou u souhlásek dobře slyšet šelesty nebo chrčivé a foukavé zvuky.

Czermakova zkouška:

Provádí se pomocí zrcátka (nebo kovové destičky) přiloženého k nosním chrípím. Stupeň poruchy nosní rezonance je dán mírou zamlžení pomůcky. Známkou otevřené huhňavosti je zamlžení při orálách. O zavřenou huhňavost jde, pokud se zrcátko nebo destička nezamlží při nosovkách.

Schlessingerova zkouška:

Slouží k odlišení funkční a organické příčiny otevřené huhňavosti. Provádí se ve stoji a vleže. Pro organickou poruchu svědčí nezměněná hypernazalita v obou polohách. Pokud dojde k výraznému zhoršení ve stoji, jde o funkční poruchu.

Zkouška nafouknutí tváří:

Informuje o dostatečnosti, nebo nedostatečnosti patrohltanového závěru. Pokud je nedostatečný (při rozštěpech patra, obrnách), pacient nedovede fouknout, zapískat apod.

Nedolezného zkouška otáčení hlavy:

Provádí se u jednostranné obrny měkkého patra. Otočením hlavy na nepostiženou stranu se hypernazalita zvýší, protože zadní stěna hltanu se vzdaluje od ochrnutého měkkého patra. Při otočení hlavy na druhou stranu je hypernazalita snížena, případně vymizí.“

Přístrojové vyšetřovací zkoušky patří do lékařského vyšetření. Jsou složitější, finančně i časově náročnější, ale také objektivnější. Patří sem například: ultrazvuk, endoskopie, videofluoroskopické vyšetření, sonografická analýza a další. (Klenková, 2006)

K logopedické diagnostice otevřené huhňavosti se používají slovní i obrázkové sestavy, které obsahují slova s hláskami tvořenými pevným patrohltanovým závěrem. (Tamtéž)

Zavřenou huhňavost lze rozpoznat snadno sluchem. Postižený má tlumený zvuk hlasu a výrazně narušeny nosovky. (Balašová, 2002)

U smíšené huhňavosti používáme všechny vyjmenované diagnostické postupy. Pro správnou terapii je důležité zjistit, který typ huhňavosti převažuje. (Tamtéž)

2.4 Terapie

Při správné terapii rinolalie je důležitá jak terapie lékařská, tak logopedická. Lékařské terapie se účastní hlavně pediatr, foniatr, otorinolaryngolog, případně další odborníci. Při logopedické terapii používáme běžně dostupné logopedické pomůcky a volíme přístup podle individuality jedince. (Škodová, Jedlička, 2003)

Logopedická terapie závisí na druhu huhňavosti. U hypernazality a hyponazality používáme různé postupy. Při smíšené huhňavosti používáme metody dle toho, jaká rinolalie převažuje. (Tamtéž)

U hypernazality používáme cvičení, která jsou zaměřena na zlepšení funkce patrohltanového závěru. Tyto cvičení dělíme na pasivní a aktivní. Mezi pasivní cvičení patří mechanické napínání vln, digitální masáže měkkého patra s fonací, vyvolání dávivého reflexu. Do aktivních cvičení můžeme zařadit foukací hry, pití brčkem, sání, zívání, polykání, kloktání, napodobování přírodních zvuků apod. (Klenková, 2006)

Logopedická péče u hyponazality se začíná až po lékařském odstranění hlavní příčiny (např. odstranění adenoidní vegetace) a spočívá v návratu k správnému (fyziologickému) dýchání nosem v klidu i při pohybové zátěži. Dále

se terapie zaměřuje na nácvik správné artikulace nosovek, a to samostatně, ve slabikách i slovech. (Tamtéž)

Při logopedické terapii nesmíme zapomínat na individuální a multisenzoriální přístup ke klientovi.

2.5 Prognóza

Prognóza u všech tří typů rinolalie je dobrá. Nejhorší je u hypernazality orgánové, která se odvíjí od výsledků chirurgické a neurologické léčby. Prognóza u huhňavosti závisí na včasné diagnostice, lékařském ošetření, správném vedení terapie, ale také na vůli, motivaci a vytrvalosti klienta. (Škodová, Jedlička, 2003)

3. ADENOIDNÍ VEGETACE

Adenoidní vegetace je nazývána také jako nosní mandle nebo nosohltanová mandle. „*Je významnou součástí lymfoepitelového hltanového okruhu. Její postatou je nahromadění lymfoepitelové tkáně, jež široce nasedá na strop a přilehlou část zadní stěny nosohltanu. Zbytnělá nosohltanová mandle bývá polokulovitého tvaru a je zpravidla rozčleněna do několika laloků.*“ (ŠKEŘÍK, 1993, s. 86)

Zbytnění adenoidní vegetace vzniká z různých příčin, nejčastěji však v důsledku častých nebo vleklých zánětů dutiny nosní. (Tamtéž)

Dle Škeříka (1993) je nosní mandle největší u batolat a menších dětí a během puberty se začíná zmenšovat. Oproti tomu Hahn a kol. (2007) uvádějí, že nosohltanová mandle dosahuje největší velikosti u dětí ve věku 4-6 let a poté zvolna atrofuje. Tudíž se jedná o onemocnění dětského věku, které postihuje obě pohlaví a v dospělosti se již vyskytuje jen ojediněle. (Škeřík, 1993)

3.1 Příznaky

Zvětšená adenoidní vegetace se může projevovat mnoha příznaky. K těm nejdůležitějším patří porucha nosního dýchání, kdy dítě je nuceno dýchat ústy z důvodu špatné průchodnosti až neprůchodnosti dutiny nosní. Nemocné dítě dýchá otevřenou pusou ve dne i v noci, což způsobuje chrápání, neklidný a přerušovaný spánek a může se objevit i noční pomočování nebo noční děsy. (Kutálková, 2002)

Vlivem dlouhodobého dýchání ústy dochází k poruchám vývinu hrudníku (hrudník bývá oploštělý) a také k poruchám v dutině ústní. Objevuje se gotické patro (vysoce klenuté tvrdé patro) a nepravidelný růst dentice. (Tamtéž)

V adenoidní vegetaci často bývá přítomna infekce, která vyvolává opakované záněty horních i dolních cest dýchacích a středoušní záněty.

Opakované záněty středního ucha mohou vést i k převodním poruchám sluchu. (Tamtéž)

Dalšími možnými příznaky jsou uzavřená hůňavost, kterou způsobuje neprůchodnost dutiny nosní, a poruchy výživy, kdy postižené děti často trpí nechutenstvím. Dítě může mít problémy i ve škole, je snadno unavitelné po fyzické i psychické stránce. Bývá nesoustředěné, nepozorné a podrážděné. (Tichý, 1983)

Znemožněné dýchání nosem má za následek špatný svalový tonus svalů kolem rtů a tváří (orofaciální svaly) a zároveň negativně ovlivňuje klidovou polohu jazyka. Celá situace je mnohem horší, pokud dítě nedýchá nosem ani v noci. Z výše uvedeného vyplývá, že dlouhodobé dýchání ústy se může projevit na vývoji motoriky mluvidel. Neobratná motorika mluvidel a jazyka má pak za následek nesprávnou artikulaci, a to zejména sykavek a hlásek L, R, Ř. Děti, které dýchají převážně ústy neovládají schopnost vědomě a cíleně pohybovat jazykem nahoru (elevace). (Kutálková, 2011)

„Hypertrofie nosohltanové mandle s uvedenými příznaky a jejich následky jsou často podkladem dosti typického vzezření obličeje dítěte, jež je označováno jako facies adenoidea. Je to výraz nesoustředěnosti, únavy až duševní tuposti s pootevřenými ústy, vyhlazením nosolícnicích rýh a ochablými bledými tvářemi.“ (ŠKERŮ, 1993, s. 88)

3.2 Lékařská terapie

Zda-li je adenoidní vegetace zvětšená natolik, aby se musela odstranit, určí lékař na ORL. Pokud otorinolaryngolog zjistí, že adenoidní vegetace je tak velká, že zabraňuje dítěti dostatečně dýchat, je nutné udělat chirurgický zákrok. Tento zákrok se provádí v nemocnici a odborně se nazývá adenotomií. (Kutálková, 2002)

Adenotomie se vykonává v krátkodobé celkové narkóze a endoskopem se kontroluje, jestli byla nosní mandle odstraněna vcelku, což snižuje počty

znovuvytvoření. Provádí se pouze v případě, že je dítě zdravé a to v kterémkoli věku, nejčastěji v předškolním. (Hybášek, 1999)

„Po odstranění adenoidní vegetace se doporučuje po dobu 3 – 4 dnů nedráždivá kašovitá strava a asi týden domácí klid mimo dětský kolektiv k zamezení infekce ranné plochy v nosohltanu. Důležitým opatřením po adenotomii je cílevědomí nácvik nosního dýchání, které bylo operací opět umožněno.“ (ŠKERÍK, 1993, s. 89)

„Rodiče, kterým lékař doporučí odstranění nosní mandle, by neměli otálet. Tento malý lékařský zákrok bude mít pro jejich dítě blahodárny účinek.“ (BERANOVÁ, 2002, s. 11)

4. LOGOPEDICKÁ TERAPIE PO ADENEKTOMII

Poté, co lékař odstraní adenoidní vegetaci, je třeba zaměřit logopedickou terapii především na správný nácvik nosního dýchání a správnou klidovou polohu jazyka. Dále je třeba posilovat funkci svalů obličeje a měkkého patra. (Kutálková, 2011)

4.1 Nácvik nosního dýchání

Nácvik dýchání nosem je velmi důležitý. Dechová cvičení by se měla provádět bezprostředně po adenotomii a měla by vycházet z různých her. *„Podstatou všech cvičení je hluboký, ale přirozený nádech nosem a dlouhý, úsporný výdech (nosem nebo ústy podle okolností) tak, aby další nádech byl přirozený, aby dítě nemuselo po maximálním výdechu „na výkon“ lapat po dechu.“* (KUTÁLKOVÁ, 2011, s. 209)

Dítě se učí nosní dýchání pouhým napodobováním. Nemělo by ho záměrně sledovat a není nutné mu odborně vysvětlovat, co má při konkrétních cvičeních dělat. Dítě se snaží při hře vyhrát, takže mu postačí, když mu cvičení jen ukážeme. (Kutálková, 2011)

Při nácviku dýchání nosem je vhodné využívat také čich. Dítě učíme, že různé věci mají různé vůně. Necháme ho očichat určené věci a posléze mu zakryjeme oči a necháme ho poznat, jaký předmět to byl. Můžeme mu předkládat předměty doma (mýdlo, koření, atd.) nebo vnímat vůně venku (květiny, jehličí, ...). (Tamtéž)

Dále můžeme vyvozovat a upevňovat nosní dýchání hrou na foukací nástroje, kdy je nejvhodnější zobcová flétna. Dalšími ideálními pomůckami pro nácvik jsou bublifuky, píšťalky apod. Některé pomůcky si můžeme sami vyrobit, například měkké míčky z papíru, s kterými pak hrajeme s dítětem fotbal, kdy foukáme do těchto měkkých a malých míčků a snažíme se dát gól do branky. Dále s dítětem lze foukat do peříčka a snažit se ho udržet ve vzduchu, foukat můžeme také do papíru, do plamenu svíčky, větrníku apod. Také jsou vhodné různé hry ve vaně, kdy se dítě nadechne nosem a potom

fouká pusou do vody a vytváří bubliny, atp. Při všech těchto cvičeních je důležité kontrolovat, zda dítě dýchá nosem. (Klenková, 2000)

4.2 Podpora rozvoje artikulačních orgánů

Kromě nosního dýchání je také třeba posilovat tvářové svaly, pohyblivost jazyka, rtů a čelisti a také funkci měkkého patra. Všechna tato cvičení se provádí rovněž nápodobou a formou různých her. (Kutálková, 2011)

Tvářové svaly se mohou procvičovat mnoha způsoby. Žvýkáním žvýkačky nebo různými grimasami, které si vymyslíme, nebo nám je doporučí logoped. Patří sem například nafukování vzduchu do tváří a následné vyfukování, přesouvání vzduchu z jedné tváře do druhé, střídání našpulených úst s úsměvem apod. Tyto cviky je dobré cvičit před zrcadlem, aby se dítě vidělo a mohlo si zrakem zkontrolovat, zda daný cvik dělá správně. (Klenková, 2000)

Dalším důležitým prvkem terapie po adenektomii je posilování gymnastiky jazyka. Návčiků na rozpohybování jazyka je spousta, záleží na logopedovi, které cviky nám doporučí a na tom, které budou nejvíce dítěti vyhovovat. Mezi tato cvičení patří vyplazování jazyka a následné zasouvání, olizování rtů a zubů, zvedání jazyka nahoru a dolů, pohybování jazyka zleva doprava a naopak, sahaní jazykem na nos, napodobování kopyt koně, atd. (Mlčochová, 2007)

Rty se dají procvičovat také střídáním úsměvu a špulením úst, stejně jako u procvičování tváří. Dále také lze rty trénovat napodobováním „rybičky“ (rty do osmičky), vtažením rtů dovnitř úst, brnkáním prstem o spodní ret, foukáním, pískáním, posíláním pusy nebo dáváním pusy na hřbet ruky, prskáním apod. (Tamtéž)

Čelist lze posilovat spouštěním a zvedáním, kroužením (napodobování přezvykování velblouda, krávy), předsazováním horní a dolní čelisti, širokým otevíráním a zavíráním pusy a žvýkáním. (Tamtéž)

Některá z uvedených cvičení jsou přiložena v přílohách.

Po odstranění adenoidní vegetace, může být také nutné posilovat svaly měkkého patra. Záleží na velikosti mandle a individualitě případu. Při nácviu využíváme kloktání, pití brčkem, pití malými doušky, foukání trubičkou nebo brčkem do vody a mluvením šeptem. (Klenková, 2000)

4.3 Další možnosti terapie orofaciální oblasti

Mezi další možnosti terapie, ze kterých se dá čerpat pro rozvíjení motoriky mluvidel po adenektomii, patří myofunkční terapie a metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje Rudolfa Castilla Moralese (orofaciální regulační terapie).

Myofunkční terapie se zabývá špatnou funkcí polykání, kdy jde zejména o správnou funkčnost a pohyb jazyka. Tato terapie se tedy zaměřuje na správný pohyb jazyka při polykání, ale i vyváženost funkčnosti orofaciálního svalstva. Při terapii je třeba brát zřetel i na to, že dysfunkce se objevuje nejen v orofaciální oblasti, ale druhotně postihuje také funkci svalstva celého těla. Hlavním cílem této terapie je, jak již bylo řečeno, náprava nesprávného polykání a obnovení porušených funkcí orofaciální soustavy. Vedlejším cílem je zlepšení držení těla, vyvážení symetrie těla, zlepšení koordinace ruka – oko a posílení funkce bránice. (Kittel, 1999)

Dle Kittelové (1999) by měl být průběh myofunkční terapie následující. Péče by měla začít procvičováním jazyka a správným dýcháním, pokračovat cvičením rtů, zlepšováním sání, nácviem polykání a končit automatizací správného polykání. Cviky všech těchto oblastí je nutné vybírat dle individuality klienta, provádět je cíleně a podle stupně náročnosti.

Pro posilování orofaciální oblasti po adenektomii lze z myofunkční terapie užívat všechna cvičení, která se týkají jazyka a rtů, případně i cvičení pro zlepšení nosního dýchání.

Další možností je orofaciální regulační terapie Rudolfa Castilla Moralese, která je určena především pro děti s downovým syndromem, ale i pro děti s dětskou mozkovou obrnou a zabývá se správnou činností orofaciálního svalstva, polykáním a řečovým projevem. Cílem této terapie je rozvoj svalové hybnosti a aktivování svalových skupin, které jsou třeba pro náležité fungování oblasti úst a obličeje. Terapie pomáhá kojencům s orofaciálními rozštěpy stimulovat sání, klientům s těžkým mentálním postižením zlepšuje funkci polykání, dětem s downovým syndromem pomáhá rozvíjet řeč apod. (Morales, 2006)

Dle Moralese (2006) je důležité vycházet při orofaciální regulační terapii ze správného držení těla a dbát na následující postup. Terapie by měla začínat přípravným opatřením, ve kterém dbáme na vyvolání již existujících kompenzací a regulací tonu. Zahrnuje techniky jako dotyk, lechtání, tlak, tah a vibrace. Dále je třeba připravit svalové skupiny (zejména mimické svaly) pro další terapii a nakonec přichází léčba cvičením.

Tato terapie obsahuje cvičení na aktivní otevření čelisti, aktivování nadjazykových a podjazykových svalů, cvičení na aktivaci horního rtu, vibraci tváří a rtů, masáž dásní a patra, pohyblivost jazyka, stimulaci sání a další. (Tamtéž)

Existují i další možnosti terapie orofacionální oblasti a záleží jen na terapeutovi, které si vybere a doporučí klientovy, dle jeho potřeb.

5. VLASTNÍ ŠETŘENÍ

5.1 Cíl práce, použité metody

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivňuje zvětšená adenoidní vegetace nosní dýchání. Snahou bylo také zjistit, jaký má vliv dlouhodobé dýchání ústy na vývoj artikulace a jak lze zajistit častý a smysluplný nácvik nosního dýchání.

Vlastní šetření bylo provedeno u klinického logopeda Mgr. Martiny Barchánkové. Pro tuto práci zde byly získány podklady z dokumentace dětí, které prodělaly adenektomii.

Hlavní metodou, která byla užitá při zkoumání, byly kazuistiky neboli případové studie. Toto označení se nyní používá v medicíně, psychologii, pedagogice a sociologii k popisu jednotlivých případů a umožňuje vhléd do vývojového procesu jedince (Musilová, 2003)

Dle Hendla (2005, s. 103) „*se případová studie zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů.*“

Při zpracování kazuistik byly užity i další metody. Vycházelo se z rozboru diagnostických zpráv z odborných pracovišť, z rodinné a osobní anamnézy a rozhovoru s ošetřující klinickou logopedkou.

5.2 Charakteristika souboru

Zkoumání bylo zaměřeno na děti se zvětšenou nosní mandlí a její následné odstranění. Vzorek tvoří pět dětí předškolního věku, z toho tři chlapci a dvě dívky, u kterých jsou užity smyšlená jména. Všem chlapcům je pět let a dívkám je pět a šest let. Jejich logopedická péče se zaměřuje hlavně na nácvik nosního dýchání, rozvoj motoriky orofaciální oblasti a upravení interdentalních sykavek, případně dalších hlásek. Terapie je individuální a je určována dle potřeb každého dítěte.

5.3 Kazuistiky několika vybraných dětí

5.3.1 Petr, 5 let

Jméno, věk: Petr, 5 let

Dg.: Opožděný vývoj řeči

OA:

Matka měla rizikové těhotenství. Chlapec narozen v 31. týdnu císařským řezem pro selhání ledvin matky. Poté byl chlapec 3 týdny v inkubátoru. Porodní váha 1 120g.

Chlapec trpí častými rýmami a následkem neprůchodnosti dutiny nosní dýchá ústy.

Byl léčen s průduškami a dvakrát hospitalizován v nemocnici.

Chlapec dochází do mateřské školy každý den od pěti let. Předtím docházel do mateřské školy nepravidelně, pouze když byla rodina na horách, kde mají chatu. Vstup do předškolního zařízení nedělal chlapci žádný větší problém, také proto, že chodil se svou sestrou. Nyní dochází do mateřské školy rád a pravidelně.

RA:

Oba rodiče jsou zdraví, bez řečové vady a genetické zátěže.

Chlapec z dvojčat, mladší dvojče sestra. Žije v rodině s oběma rodiči a sestrou. Bydlí v rodinném domě. Rodina je dobře zajištěna.

Motorický vývoj:

Chlapec se vyvíjel lehce opožděně. Seděl bez opory v 7 měsících, lézt začal kolem 9 měsíců a samostatně chodil po 14 měsících.

Řečový vývoj:

Řeč se vyvíjela také opožděně. První slova začal říkat v roce a půl, jednoduché věty ve 2,5 letech.

Vyšetření stavu sluchu:

Sluch v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v normě.

Vyšetření fonemického sluchu:

Chlapec má problém s rozlišováním obou řad sykavek.

Vyšetření slovní zásoby:

Při prvním vyšetření velmi chudá aktivní slovní zásoba, korespondující s OVR.

Vyšetření výslovnosti:

Hlásky L, R, Ř nejsou vyvozeny – mogilálie.

Sigmatismus interdentální.

Řeč celkově těžko srozumitelná.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: nepřesná, dráповité držení tužky

jazyka: oslabená

mluvidel: ochablá orofacionální soustava

Vyšetření laterality:

Pravák.

Logopedická péče:

Chlapec přijat do péče ve čtyřech letech pro opožděný vývoj řeči.

Vzhledem k tomu, že je chlapec z dvojčat, rodiče si uvědomili, že se jeho řeč vyvíjí pomaleji a těžkopádněji ve všech jazykových rovinách oproti sestře. Jeho verbální vyjadřování bylo pro okolí špatně srozumitelné a řeč byla

zvukově nápadně narušená huhňavostí. Pro upřesnění diagnózy rodiče s chlapcem absolvovali další doplňující vyšetření. Foniatrické vyšetření s výsledkem: **sluch v normě** a vyšetření ORL s výsledkem: **zvětšená adenoidní vegetace**.

V rámci logopedické péče byl kladen důraz na zpřesňování motoriky mluvidel, zejména pohyb jazykem nahoru a následně procvičování tvářových svalů. Současně probíhalo upřesňování fonemické diferenciaci sykavek a příprava na vyvození a nácvik hlásky L.

Rodiče zvažovali odstranění adenoidní vegetace. Zpočátku váhali, ale nakonec se rozhodli pro a chlapec absolvoval v listopadu roku 2010 adenotomii. Po zákroku bylo možné sledovat vliv odstranění adenoidní vegetace na jeho temperament → chlapec velmi „ožil“ a má více energie. Posléze byla logopedická péče zaměřena také na nácvik nosního dýchání.

Dále v průběhu péče absolvovali psychologické vyšetření, kde terapeut učil rodinu, jak zvládat situace, ve kterých je druhé z dvojčat soustavně úspěšnější.

Následovalo vyvození hlásky L, fixace a automatizace. Hlásky R se v průběhu péče začala objevovat spontánně, následovala i hlásky Ř.

Nyní stále přetrvávají potíže s výslovností sykavek, zejména Č, Š, Ž, fonemická diferenciaci je již v pořádku a obě řady sykavek rozlišuje přesně. Při důsledném procvičování hlásky Č již zvládne i ve slovech na začátku.

Chlapec dobře spolupracuje, pozornost udrží krátkodobě a má specifické zájmy (např. dinosaury).

Prognóza:

Vzhledem k problematickému vývoji řeči, nestabilnímu úchopu tužky a zhoršené schopnosti soustředění bude chlapci navržen odklad školní docházky a v průběhu odkladového roku pokračující logopedická péče a spolupráce se speciálním pedagogem.

Lze předpokládat, že při pravidelném a důsledném procvičování, půjde chlapec do 1. třídy v září 2013 řádně připraven.

Prevence:

Důsledná spolupráce se speciálním pedagogem a příprava na školní docházku bude u chlapce preventivním opatřením proti vzniku specifických vývojových poruch školních dovedností a případnému negativně vnímanému neúspěchu.

5.3.2 Pavel, 5 let

Jméno, věk: Pavel, 5 let

Dg.: Dyslálie

OA:

Těhotenství probíhalo v pořádku. Chlapec narozen ve 40. týdnu spontánně. Porodní váha 3 250 g a míra 49 cm.

Matka s chlapcem docházela na terapii „Vojtovou metodou“ pro nesprávně se vyvíjející záda asi do 1 roku věku dítěte. Žádná vážná onemocnění neprodělal.

Chlapec trpěl častými otitidami a rýmami. Ve 3,5 letech prodělal adenotomii a byly mu zavedeny gromety na 6 měsíců. Chlapec je pravidelně kontrolován na ORL.

Do mateřské školy nastoupil ve 4 letech. Vstup do předškolního zařízení probíhal bez komplikací. Chlapec se velice dobře a rychle adaptoval.

Chlapec je velmi drobný. Pozornost udrží úměrně věku.

RA:

Matka i otec bez řečové vady. Oba rodiče jsou zdraví a v rodině nemají žádnou genetickou zátěž.

Chlapec má mladšího bratra. Žijí všichni společně ve vlastním bytě. Rodina je dobře zajištěna.

Motorický vývoj:

Chlapec se vyvíjel v normě. Přetáčení v 6 měsících, samostatný sed v 7,5 měsících, lezení v 8 měsících. Chůze byla lehce opožděná (ve 14 měsících).

Řečový vývoj:

Řeč se vyvíjela v normě. První slova používal v roce, jednoduché věty ve dvou letech a rozvinuté věty ve 2,5 letech.

Vyšetření stavu sluchu:

Podezření na zhoršený sluch.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v normě.

Vyšetření fonemického sluchu:

Fonemické rozlišování v normě.

Vyšetření slovní zásoby:

Slovní zásoba je úměrná věku.

Vyšetření výslovnosti:

Hlásky L, R, Ř nejsou vyvozeny – mogilálie.

Sigmatismus interdentální.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: oslabená gymnastika jazyka, leží na spodině

mluvidel: oslabená orofacionální soustava

Vyšetření laterality:

Pravák.

Logopedická péče:

Chlapec přijat do péče ve 4 letech na žádost matky pro dyslálii.

Zpočátku byla logopedická péče zaměřena na správné dýchání a zpřesňování motoriky mluvidel, zejména na posílení tvářových svalů a pohyb jazykem nahoru. Současně probíhala příprava na vyvození hlásky L. Poté následovalo vyvození, fixace a automatizace.

V průběhu péče se podezření na zhoršený sluch vyvrátilo (sluch v normě).

Dále se logopedická péče zaměřila na vyvození hlásky R substituční metodou a upřesnění artikulace sykavek, především C, S, Z.

Během terapie byl chlapci doporučen ozdravný pobyt u moře na tři týdny vzhledem k častým otitidám. Po tomto pobytu se chlapec velmi zlepšil po zdravotní stránce a zjevné bylo i zlepšení artikulace, zejména hlásek S a Z.

Nyní stále přetrvávají potíže s výslovností hlásky C (vyslovuje jako „KS“). Při důsledném procvičování hlásky již zvládne vyslovit hlásku C izolovaně i ve slovech na konci. Hláška Ř se objevila spontánně a nyní se automatizuje.

Chlapec vyniká ve schopnostech logických úvah.

Matka zvažuje odklad školní docházky, otec se přiklání k nástupu v řádném termínu.

Prognóza:

Při důsledném procvičování lze předpokládat, že do nástupu do základní školy budou všechny hlásky vyvozeny i automatizovány.

Prevence:

Rodiče by měli dbát na chlapcovu správnou výslovnost, předkládat mu správný mluvní vzor a dodržovat doporučená logopedická cvičení.

5. 3.3 Matěj, 5 let

Jméno, věk: Matěj, 5 let

Dg.: Dyslálie

OA:

Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Chlapec se narodil v 39. týdnu s porodní váhou 3 850g a mírou 51 cm.

Žádná vážná onemocnění neprodělal. Trpěl častými rýmami a z důvodu neprůchodnosti dutiny nosní prodělal ve 4 letech adenektomii.

Nyní chlapec stále dýchá ústy a i nadále trpí rýmami (7 měsíců po AT).

Chlapec dochází do soukromé mateřské školy. Nastoupil ve 4 letech a nástup probíhal bez větších problémů. Zpočátku byl stydlivý, ale velice rychle se adaptoval a přizpůsobil ostatním dětem. Nyní dochází do mateřské školy bez obtíží a rád.

RA:

Oba rodiče jsou zdraví a bez řečové vady. Rodina je bez genetické zátěže.

Chlapec má dva další sourozence a Matěj je z nich nejmladší. Všichni žijí společně v rodinném domě. Rodina je dobře zajištěna.

Motorický vývoj:

Chlapec se vyvíjel v normě. Přetáčet se začal v 6 měsících, lézt a sedět bez opory v 8 měsících a samostatně začal chodit v jednom roce.

Řečový vývoj:

Řečový vývoj se vyvíjel dle normy. První slova začal používat v 1 roce věku. Jednoduché věty používal ve 2 letech a mluvil v rozvinutých větách ve 3 letech.

Vyšetření stavu sluchu:

Sluch v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v normě.

Vyšetření fonemického sluchu:

Fonemický sluch v normě.

Vyšetření slovní zásoby:

Slovní zásoba je úměrná věku.

Vyšetření výslovnosti:

Sigmatismus interdentalní.

Hlásky R, Ř nejsou vyvozeny – mogilálie

Hlávka L vyvozena, ale není fixována.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: oslabená gymnastika jazyka, jazyk leží na spodině

mluvidel: oslabená orofacionální soustava

Vyšetření laterality:

Pravák.

Logopedická péče:

Chlapec nastoupil do zdravotnického zařízení ve 4 letech a 10 měsících na žádost rodičů. Byla mu diagnostikována dyslálie.

Logopedická péče byla nejdříve zaměřena na nácvik správného dýchání nosem a rozcvičení motoriky mluvidel a jazyka.

Dále následovalo upřesňování artikulace sykavek, zejména C, S, Z. Poté následovalo správné vyvození hlásek Č, Š, Ž a zároveň fixace hlásky L. Po vyvození tupých sykavek následovalo vyvození ostrých sykavek (C, S, Z) ve zvucích.

Nyní je fixována hláska L ve slovech na začátku, ve slovech uprostřed a na konci se zatím nedaří. Při důsledném procvičování se daří hlásky C a Č ve slovech na začátku.

Prognóza:

Prognóza je dobrá. Při pravidelném procvičování a spolupráci s logopedem by se měla výslovnost chlapce upravit a dovyvinout.

Lze předpokládat, že chlapec nastoupí do základní školy v září 2013 po řečové stránce řádně připraven.

Prevence:

Rodiče by měli chlapci předkládat správný mluvní vzor a dbát na jeho správnou výslovnost.

5.3.4 Kamila, 5 let

Jméno, věk: Kamila, 5 let

Dg.: Vývojová dysfázie

OA:

Těhotenství probíhalo v pořádku. Dívka narozena ve 40. týdnu sekci. Vážila 3 700 g a měřila 51 cm.

Dívka prodělala asi 11x během prvního roku života otitidu. Trpěla častými rýmami. Z důvodu neprůchodnosti dutiny nosní prodělala 2x adenotomii. Poprvé ve dvou letech a následně ve čtyřech letech. Také měla zavedeny gromety cca 10 měsíců.

Dívka dochází do mateřské školy od tří let. Nejdříve chodila pouze na 5 dní v měsíci. Od čtyř let nastoupila na 5 dní v týdnu.

RA:

Rodiče jsou zdraví, otec bez řečové vady. Matka docházela na logopedii pro dyslálii asi do pěti let, nyní řeč v pořádku.

Dívka má staršího bratra, který docházel na logopedii jeden rok pro dyslálii.

Všichni žijí společně v rodinném domě. Rodina je dobře zajištěna.

Motorický vývoj:

Motorický vývoj v normě. Dívka se začala přetáčet okolo 6 měsíců, seděla bez opory v 8 měsících, lezla v 8,5 měsících a chodila ve 12 měsících.

Řečový vývoj:

Řečový vývoj byl celkově opožděn. První slova začala dívka užívat až ve dvou letech, jednoduché věty ve čtyřech letech a složené věty stále neužívá.

Vyšetření stavu sluchu:

Sluch v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v normě.

Vyšetření fonemického sluchu:

Dívka nerozlišuje znělé a neznělé hlásky a délku samohlásek ve slovech. Problémy jí také činí měkčení a rozlišování sykavek.

Vyšetření slovní zásoby:

Slovní zásoba chudá, věkově podprůměrná. Nejčastěji užívá citoslovce a podstatná jména.

Vyšetření výslovnosti:

Hlásky L, R, Ř a sykavky obou řad nejsou vyvozeny – mogilálie.

Paralálie hlásky D (zaměňuje za G).

Řeč je velmi nesrozumitelná. Věty v běžné řeči neužívá a slovo komolí (užívá dysgramatismy).

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: velmi dobrá

jazyka: v pořádku

mluvidel: v pořádku

Vyšetření laterality:

Pravačka.

Logopedická péče:

Dívka byla přijata do péče ve čtyřech letech na doporučení logopeda. Na terapii dochází s matkou.

Péče byla zpočátku zaměřena na rozvíjení morfoložicko-syntaktické roviny – vyprávění dle obrázků pomocí jednoduchých vět a vytleskávání dvojslabičných slov. Dále na nácvik hlásky D.

Následně se zaměřily na nácvik znělosti, jelikož se dívka nedařila většina znělých hlásek. Znělé hlásky měla trénovat s pohmatem na hrudi a krku a neznělé hlásky cvičit šeptem.

Po šesti měsících terapie dívka začala vyprávět ve větách, ale její řeč byla stále nesrozumitelná. Znělé hlásky se stále nedařily.

Dále péče pokračovala v rozvíjení sluchové diferenciaci.

Po devíti měsících terapie řeč výrazně srozumitelnější, fonemický sluch u měkčení již v pořádku. Objevil se také sigmatismus interdentalní.

Poté se nácvik zaměřil na správné vyvození hlásky C a stále pokračovaly ve vytleskávání víceslabičných slov a vyprávění pohádek ve větách.

Následně byla dívka doporučena na vyšetření na foniatrii a také k psychologickému vyšetření. Výsledky vyšetření matka teprve dodá.

Nyní se při terapii stále věnují vytleskávání víceslabičných slov, která stále v běžné řeči komolí. Dále trénují vyvození hlásek C, S, Z ve zvucích.

Prognóza:

Pokud se budou pravidelně věnovat doporučenému terapeutickému postupu, bude muset dívka podstoupit speciální výuku čtení a psaní. Řeč by se mohla přiblížit normě okolo 8. – 9. roku.

Prevence:

Všichni v rodině by měli být poučeni o tom, jak s dívkou komunikovat, aby se její verbalizace stále rozvíjela.

5.3.5 Nikola, 6 let

Jméno, věk: Nikola, 6 let

Dg.: Dyslálie

OA:

Těhotenství probíhalo v pořádku. Dívka narozena spontánně ve 42. týdnu. Porodní váha 3 800 g a míra 53 cm.

Dívka trpí na alergie (senná rýma). Ve 4,5 letech prodělala adenektomii. Nyní stále dýchá ústy.

Dívka dochází do mateřské školy, kam nastoupila ve 4,5 letech. Vstup do předškolního zařízení probíhal bez problémů. Dívka se velmi rychle adaptovala na prostředí i na ostatní děti. Do mateřské školy dochází ráda.

Dívka velmi pěkně spolupracuje a udrží pozornost úměrně věku.

RA:

Oba rodiče jsou zdraví, bez řečové vady. Matka vysokoškolské vzdělání, nyní na mateřské dovolené. Otec středoškolské vzdělání.

Dívka má další dva mladší sourozence. Všichni žijí společně v rodinném domě.

Motorický vývoj:

Motorický vývoj probíhal předčasně. Přetáčení v 5 měsících, sed bez opory v 6 měsících, lezení v 6,5 měsících a samostatná chůze v 10 měsících.

Řečový vývoj:

Řečový vývoj také předčasný. První slova dívka užívala v 11 měsících, jednoduché věty po prvním roce a složené věty po druhém roce.

Vyšetření stavu sluchu:

Sluch v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v normě.

Vyšetření fonemického sluchu:

Fonemické rozlišování v normě.

Vyšetření slovní zásoby:

Slovní zásoba je úměrná věku.

Vyšetření výslovnosti:

Hlávky R, Ř nejsou vyvozeny – mogilálie.

Sigmatismus interdentalní.

Hlávka L je vyvozena, ale není fixována.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: v normě

mluvidel: v normě

Vyšetření laterality:

Pravačka.

Logopedická péče:

Dívka nastoupila do péče ve 4 letech a 9 měsících na žádost matky. Byla ji diagnostikována dyslálie.

Nejdříve byl nácvik zaměřen na nosní dýchání, jelikož dívka dýchala ústy. Po odstranění adenoidní vegetace nebyli poučeni o nácviku dýchání nosem. Současně probíhalo upřesňování výslovnosti C, S, Z ve zvucích.

Dechová cvičení se dařila velmi dobře. Při další návštěvě už se dívka snažila dýchat nosem.

Dále byla terapie zaměřena na fixaci hlásky L a pokračovalo upřesňování výslovnosti ostrých sykavek ve slovech na začátku. Následně se přidalo i vyvození hlásky R.

Po 5 měsících terapie se automatizovala hláska L a hlásky R a Ř se začaly fixovat. Interdentální sigmatismus v běžné řeči stále přetrvával.

Další nácvik je již zaměřen pouze na správnou fixaci C, S, Z a následně automatizaci do běžné řeči.

Prognóza:

Prognóza je velmi dobrá. Pokud bude pokračovat spolupráce s logopedem, tak by se řeč měla velmi brzy upravit.

Prevence:

Dodržovat doporučená logopedická cvičení a předkládat dívce správný vzor řeči, zejména sykavek.

5.4 Zhodnocení výsledků

Hodnocení bylo zaměřeno na děti se zvětšenou adenoidní vegetací, která způsobuje mnoho problémů nejen v řeči, ale i v jiných oblastech, proto je důležité ji včas odstranit.

Terapii u těchto dětí provádí nejprve otorinolaryngolog odstraněním zvětšené adenoidní vegetace a posléze logoped. Logopedická péče je zaměřena především na nácvik nosního dýchání, rozcvičení motoriky mluvidel a jazyka a následné vyvozování hlásek.

U všech pěti dětí, na které byl průzkum zaměřen se objevovaly stejné nebo podobné problémy v důsledku zvětšené adenoidní vegetace a tím způsobenou neprůchodností dutiny nosní. Všechny děti měly problémy s častými rýmami, dvě z dětí také s opakujícími se otitidami. U všech se objevilo dlouhodobější dýchání ústy a jako následek oslabená motorika jazyka a orofaciální soustava. Tři děti mají diagnostikovanou dyslálii, jedno opožděný vývoj řeči a jedno vývojovou dysfázií.

Při začátku terapie měly děti také stejné řečové problémy. Hlávky L, R, Ř nebyly vyvozeny z důvodu oslabené motoriky mluvidel a jazyka a děti měly interdentalní sykavky. Největší problémy způsobuje dýchání ústy právě u sykavek.

U všech pěti dětí byla logopedická terapie nejprve zaměřena na nácvik dýchání nosem a zpřesňování motoriky mluvidel, především rozcvičení pohyblivosti jazyka a posílení tvářových svalů. Další péče byla u čtyř dětí orientována na vyvození a fixaci hlávky L. U Petra se hlávky R a Ř objevily spontánně, u Pavla se hlávka R vyvozovala a fixovala a hlávka Ř se během terapie objevila spontánně. U Matěje ještě stále hlávky R, Ř nejsou vyvozeny a Nikola má vyvozenou zatím jen hlávku R.

U všech těchto čtyř dětí byly a stále přetrvávají největší problémy s interdentalními sykavkami. U všech byla terapie těchto hlásek nejdříve zaměřena na upřesnění artikulace, následné vyvození a fixaci. Nyní činí

sykavky každému dítěti jiné problémy. U Petra přetrvávají problémy s výslovností Č, Š, Ž, ale ostré sykavky již zvládá. Pavlovi činí největší potíže hláska C, hlásky S a Z zvládá a Č, Š, Ž je již automatizováno. Matěj má stále problémy se sykavkami obou řad, nejlépe se mu daří C a Č ve slovech na začátku. Nikola má automatizovány tupé sykavky a ostré správně vyvozeny, nyní se zaměřuje na fixaci.

U Kamily probíhala terapie odlišně, jelikož má závažnější diagnózu. Péče u ní byla nejdříve zaměřena na rozvíjení morfoložicko-syntaktické roviny a na sluchovou diferenciaci znělých hlásek. Během terapie se u ní objevil také interdentalní sigmatismus, který stále přetrvává. Nyní se snaží vyvodit hlásky C, S, Z.

Při terapii je velmi důležitá spolupráce rodičů dětí a dodržování doporučených cvičení od logopeda.

Z uvedeného vyplývá, že zvětšená adenoidní vegetace způsobuje mnoho problémů. Největším problémem je nosní dýchání, které je tímto znemožněno, a odvíjí se od něj mnoho dalších problémů.

Dlouhodobé dýchání ústy činí největší potíže při vyslovování hlásek u obou řad sykavek a mimo jiné také hlásky L, potažmo R a Ř.

Proto je třeba dbát po adenektomii na častý nácvik nosního dýchání, který závisí na mnoha faktorech. Záleží na logopedovi, aby doporučil rodičům správná cvičení a na rodičích, aby dítě k těmto cvičením dobře motivovali a hlavně je s nimi pravidelně a často trénovali.

Cíl práce byl tímto splněn.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku adenoidní vegetace a její odstranění. Také se zabývá vlivem dýchání ústy a různými problémy, které to způsobuje. Tyto potíže se v dnešní době vyskytují u dětí čím dál častěji. Proto je důležité včasné odhalení příznaků a následná terapie, jak u otorinolaryngologa, tak u logopeda. Čím kratší dobu se dítěti fixuje dýchání ústy, tím méně problémů to způsobí a rychleji se napravují.

Cílem práce bylo zaměřit se na vliv zvětšené adenoidní vegetace na vývoj dítěte, zjistit jaké problémy způsobuje a jak lze zajistit správnou terapii.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se opírá o poznatky uvedené v odborné literatuře. Zaměřuje se na vývoj řeči a jeho stádia, vývoj řeči dle jazykových rovin, problematiku rinolalie, adenoidní vegetace a logopedickou terapii po adenektomii. Ke zpracování praktické části bylo využito několik metod a technik. Byly to především kazuistiky, které byly zpracovány z osobní a rodinné anamnézy, rozboru diagnostických zpráv z odborných pracovišť a rozhovoru s klinickou logopedkou. Šetření bylo realizováno na pěti dětech.

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že děti i po odstranění adenoidní vegetace stále zůstávají u dýchání ústy a je proto nutné začít bezprostředně po jejím odstranění s nácvikem nosního dýchání a následně s posilováním ochablé orofaciální soustavy. Dále bylo zjištěno, že dlouhodobé dýchání ústy má vliv ve vývoji řeči především na interdentalní sykavky a hlásku L. Z výše uvedeného vyplývá, že je nutné zajistit častý a smysluplný nácvik nosního dýchání, na kterém by se měl podílet, jak logoped, tak i rodiče postiženého dítěte.

Stanovený cíl bakalářské práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALAŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie*. 1. vydání. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. ISBN 80-86723-05-4.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina, ŠMARDOVÁ, Vlasta. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. 1. vydání. Brno: Computer Press, a.s., 2007. ISBN 978-80-251-1829-0.

BERANOVÁ, Zuzana. *Učíme se správně mluvit: Logopedické hry a hrátky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0257-6.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

HAHN, Aleš a kolektiv. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HYBÁŠEK, Ivan. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vydání. Praha: Galén a Karolinum, 1999. ISBN 80-7262-017-7 (Galén), 80-7184-949-9 (Karolinum).

KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-619-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vydání. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: Chodíme na logopedii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: Průvodce vývojem dětské řeči*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-667-5.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Průvodce vývojem dětské řeči: Logopedická prevence*. 5. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

MLČOCHOVÁ, Markéta. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-266-9.

MORALES, Rudolfo Castillo. *Orofaciální regulační terapie: Metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.

MUSILOVÁ, Marcela. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0749-3.

ŠKEŘÍK, Pavel. *Otorinolaryngologie pro praktické lékaře*. 1. vydání. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1993. ISBN 80-85526-13-1.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

TICHÝ, Stanislav. *Otorinolaryngologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1983.

TOMAN, Jiří. *Jak dobře mluvit*. 1. vydání. Praha: Svoboda, 1974.

VYŠTEJN, Jan. *Dítě a jeho řeč*. 1. vydání. Beroun: BAROKO & FOX, 1995. ISBN 80-85642-25-5.

SEZNAM TABULEK

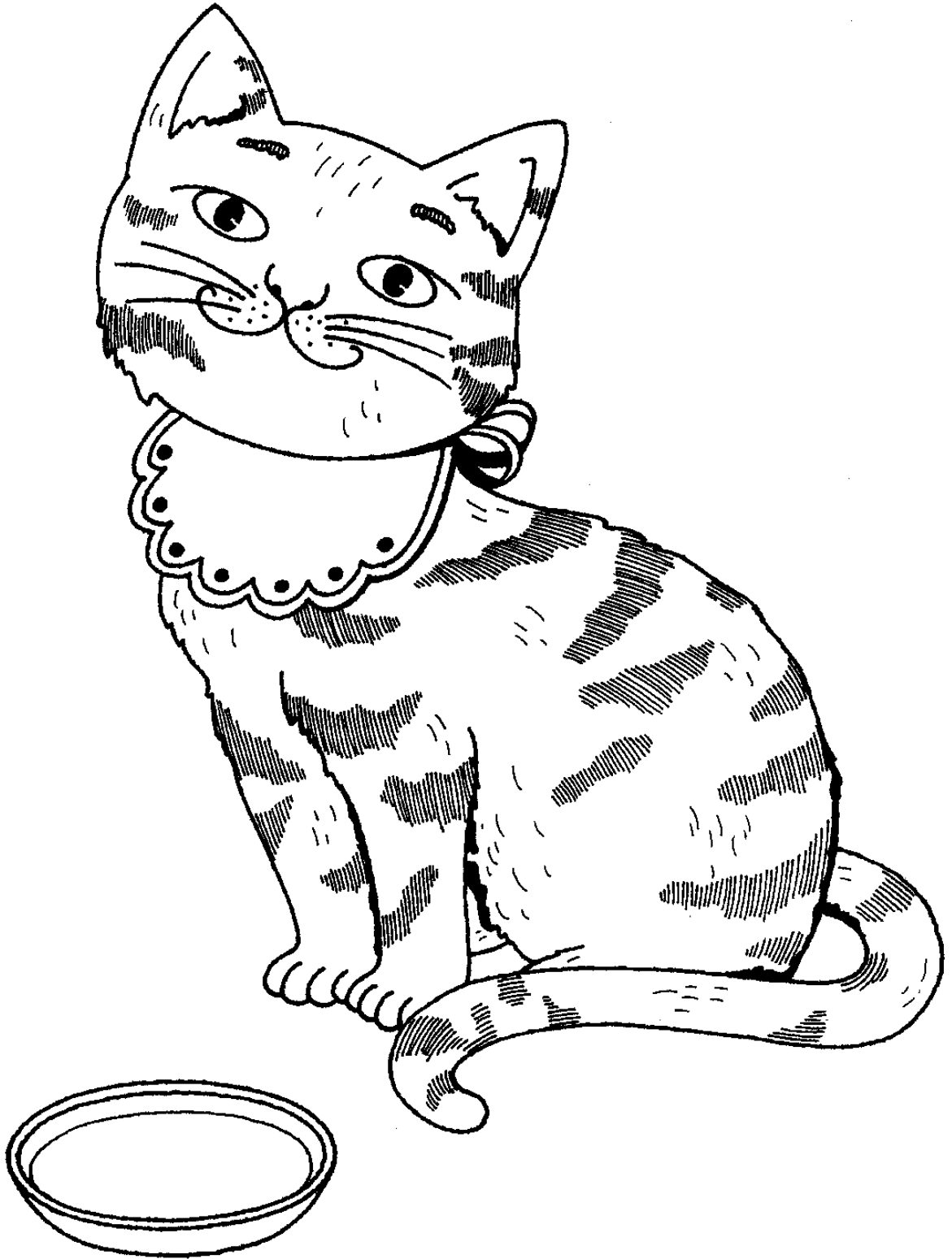
Tab. 1 Průměrný počet slov	14
----------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Mňam	I
Příloha B – Podkovy	III
Příloha C – Koala	V
Příloha D – Rybičky	VII
Příloha E – Opice	IX
Příloha F – Krokodýl	XI
Příloha G – Velbloud	XIII
Příloha H – Ježík	XV

PŘÍLOHY

Příloha A - Mňam



Mňam

Procvičujeme gymnastiku jazyka – olíznout dolní a horní ret, měnit směr **pohybu jazyka**.

Pomůcky: voskovky, nůžky.

MOTIVACE

Klaun: „Já mám chuť na nějakou dobrůtku. Copak máme dnes k obědu?“

Děti odpovědí.

„No to se těším, to mám rád, a co máte rádi vy?“

Děti odpovědí.

„Jestlipak víte, co má rádo zvířátko na obrázku?“

Děti jmenují, co všechno mají kořata ráda, případně vypráví o svých kořátkách.

„To všechno je pro kotě MNAM. Když má něco tak dobrého na talíři, **to se jen olizuje**. Zkusíme to také.“

Děti procvičují.

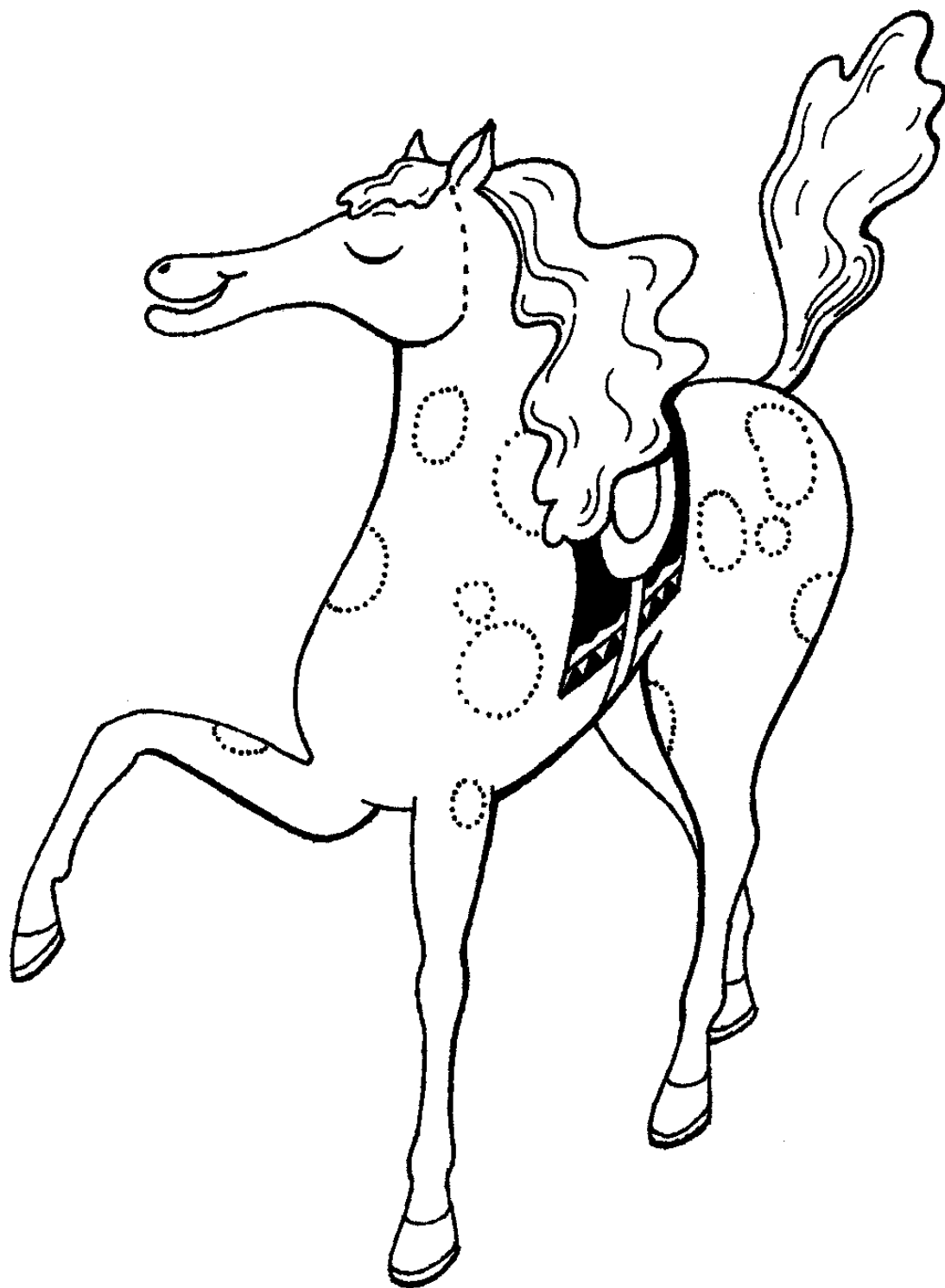
„Ale našemu kořátku něco chybí. Vždyť ono má tak krátký jazýček, že není **ani vidět**. To mu ho přece musíme domalovat. A jakou barvou?“

POSTUP

Děti domalují jazýček, vybarví kotě a do misky dokreslí něco, co by mu **mohlo chutnat**.
Cvičí olizování rtů.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*.
Praha: Portál, 2006. s. 2 - 3.

Příloha B - Podkovy



Podkovy

Procvičujeme jazyk – horní patro.

Pomůcky: pastelky.

MOTIVACE

Klaun: „Kdo si se mnou zazpívá písničku? Ale o čem? Třeba o koních. Umíte nějakou písničku o koních?“

Děti odpovídají a společně si písničky zazpívají.

„Já mám na obrázku také koníka. Má sedlo a čeká, že si na něj někdo naskočí a pojedou spolu přes pole, les a kdovíkam ještě. Ale musíme ještě zkontrolovat, jestli má koník v pořádku podkovy. Víte, co to jsou podkovy? No přece boty pro koně. Když koně jedou po silnici, tak jim ty podkovy krásně klapají. Zkusme si to.“

Děti napodobují zvuk klapajících podkov – jazyk se na chvíli „přilepí“ k hornímu patru, spadne a ozve se mlaskavý zvuk – přidáváme na rychlosti, nejdříve podkůvky klapou pomalu, potom rychleji.

„Teď si obrázek vybarvěme. Nejdříve začneme podkovami. A na pozadí za koníka každý namalujte, kam by chtěl vyjet – les, louku...“

POSTUP

Děti vybarví koníka a potom pozadí.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. Praha: Portál, 2006. s. 4 - 5.

Příloha C - Koala



Koala

Procvičujeme pohyblivost rtů – úsměv, smutek.

Pomůcky: voskovky, nůžky.

MOTIVACE

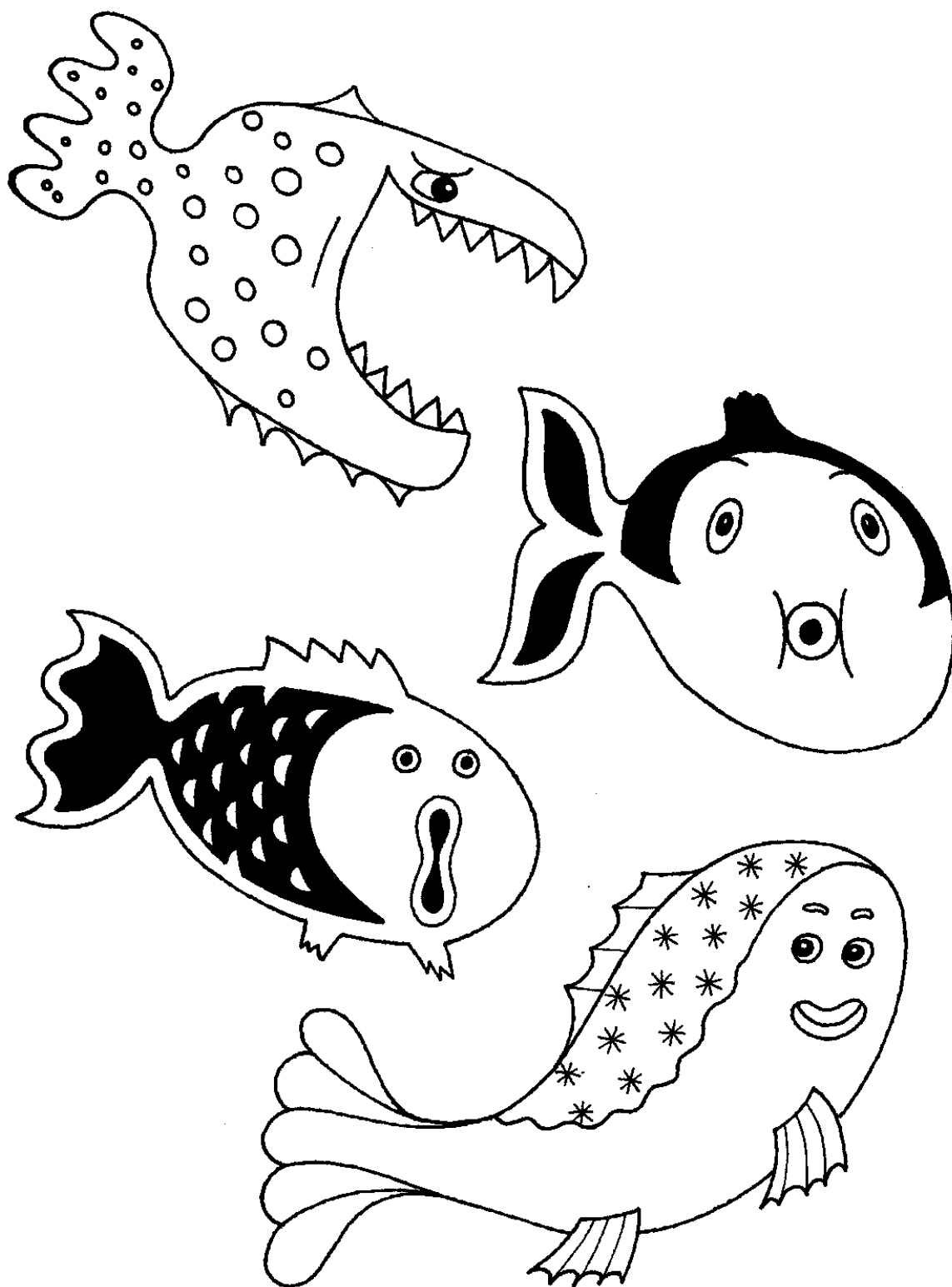
Klaun: „Tohle malé zvířátko se jmenuje koala. Má huňatý, hustý kožíšek a moc rádo spí. Prospí skoro celý den. Jako každé mládětko je nejraději u maminky. To ví přece každý, že u té je nejlépe. A co když maminka zrovna na chvíli odběhne? Podívejte se na něj! Chvilí je smutný, ale když uvidí maminku, hned se usmívá.“

POSTUP

Děti vybarví a vystříhnou obrázek (není nutné vystříhovat jednotlivé listy), vystříhnou i proužek. Prostříhnou otvory u tváří koaly a proužek jimi provlečou. Posouváním proužku mění úsměv a zármutek.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. Praha: Portál, 2006. s. 10 - 11.

Příloha D - Rybičky



Rybičky

Procvičujeme pohyblivost rtů – špulení, bočné vtažení – „rty do osmičky“.

Pomůcky: voskovky, nůžky, balicí papír, lepidlo.

MOTIVACE

Klaun: „Kdo z vás má doma akvárium? Všimli jste si, jak si rybky povídají? Že to pod vodou nejde? Ale to se pletete. Podívejte se, jak rybky špulí pusy. To bychom se od nich mohli naučit. Pusy našpulíme do trubičky – umíte to? Že je to jednoduché? Tak něco těžšího – rty vtáhneme dovnitř tak, že zepředu vypadají skoro jako osmička – napíšeme si osmičku spolu ve vzduchu. Podívejte, jak to těm našim rybičkám jde. – No a vám také.“

POSTUP

Děti podle obrázku vybarví a vystříhnou rybky. Na velký balicí papír namalují akvárium s vodou a rybičky dovnitř nalepí a také mohou domalovat rostliny.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. Praha: Portál, 2006. s. 12 - 13.

Příloha E - Opice



Opice

Procvičujeme pohyblivost rtů – brnkání o spodní ret.

Pomůcky: pastelky, nůžky, lepidlo.

MOTIVACE

Klaun: „Děti, kdo z vás mi předvede, co umí dělat opice? Výborně, předvedte mi to všichni!“
Děti se postaví, jedno z dětí cvičí a jiné se „opičí“.

„Opice umí spoustu věcí, jsou mrštné, hravé a veselé. Opička, kterou mám pro vás nakreslenou, umí zpívat. Ale to není všechno!

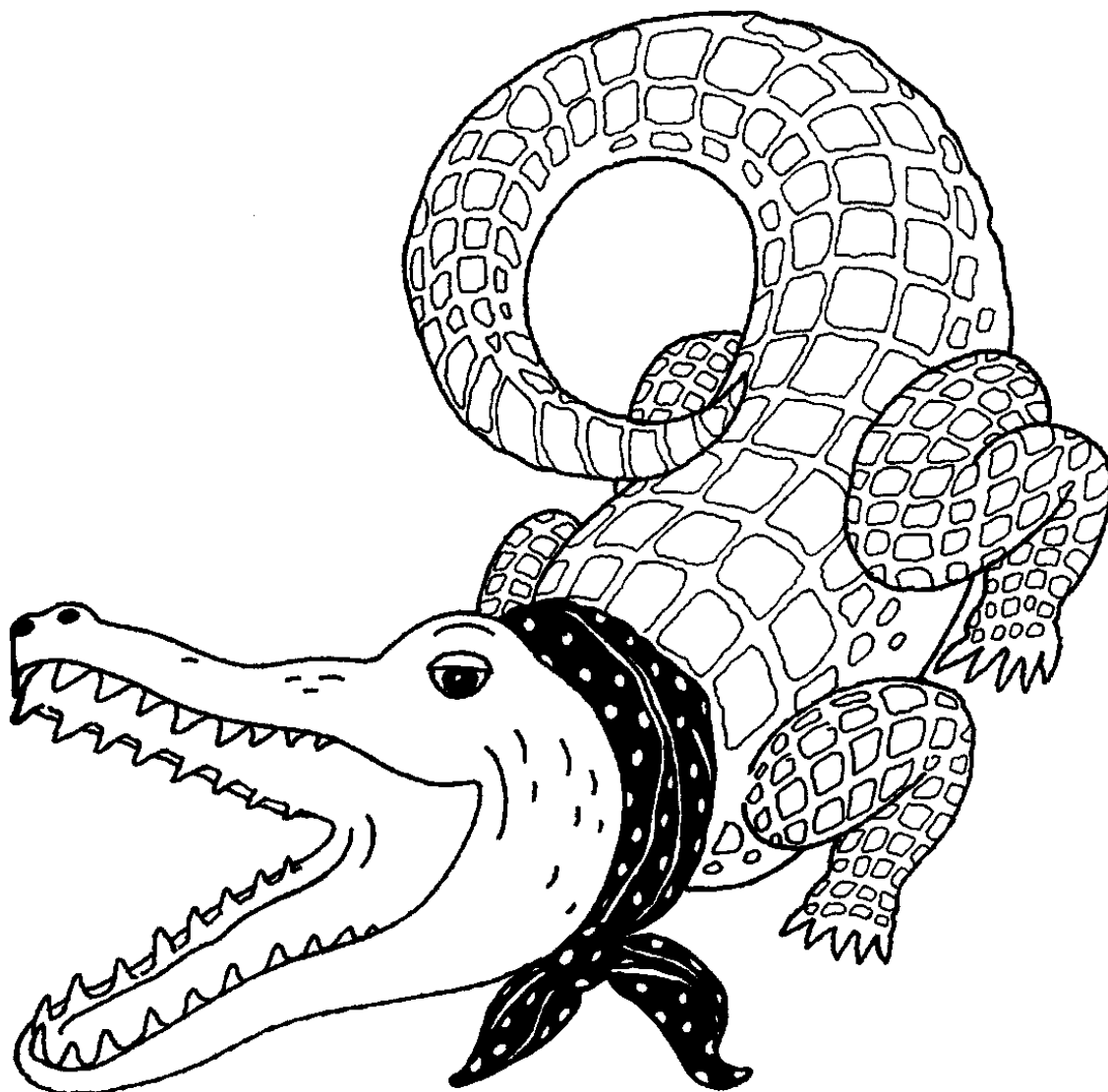
Umí také jen tak mručet a přitom si brnká ukazováčkem (to je ten prst, kterým ukazujeme) střídavě o spodní a o horní ret. Opičku si vybarvěte, dokreslete třeba banány a zkuste zazpívat takovou mručivou opičí písničku.“

POSTUP

Děti obrázek vybarví, dokreslí a „opičí se“. Potom „zamručí“ písničku s brnkáním o spodní ret.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. Praha: Portál, 2006. s. 14 - 15.

Příloha F - Krokodýl



Krokodýl

Procvičujeme pohyblivost čelisti – bezhlasé otevírání úst.

Pomůcky: pastelky, nůžky.

MOTIVACE

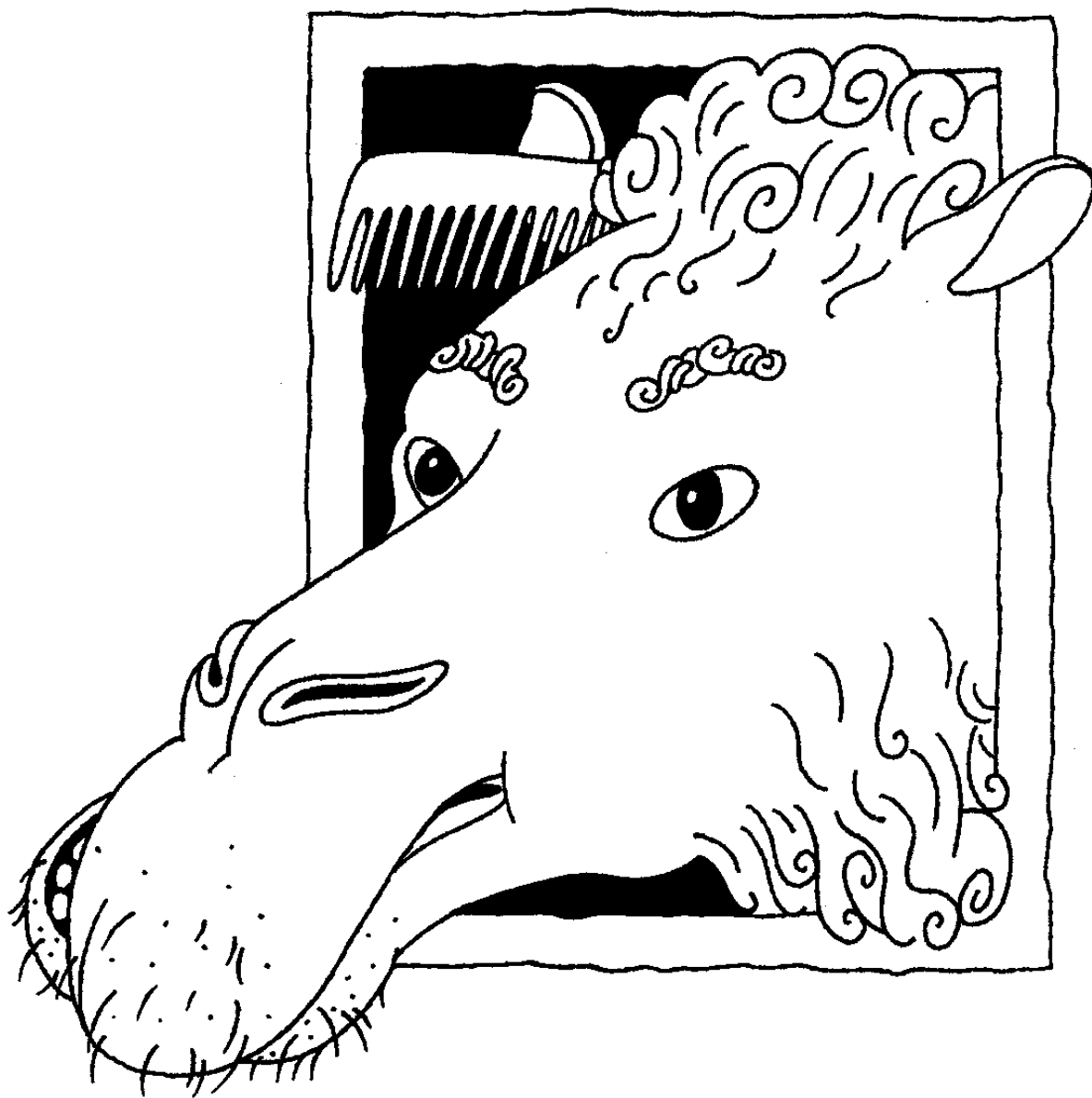
Klaun: „A máme tu další zvíře ze zoo. Je velmi nebezpečné, a proto kolem něj chodím jen po špičkách. I když je ode mě v bezpečné vzdálenosti, přece se ho bojím. Podívejte se na jeho velikánskou tlamu a obrovské zuby. Tiše čeká na svoji kořist.“

POSTUP

Děti obrázek vymalují, dokreslí. Přitom napodobují krokodýla – široce otevírají ústa bez vydávání hlasu.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. Praha: Portál, 2006. s. 16 - 17.

Příloha G - Velbloud



Velbloud

Procvičujeme pohyblivost čelisti – kroužení.

Pomůcky: pastelky, nůžky, balicí papír, obrázek velblouda.

MOTIVACE

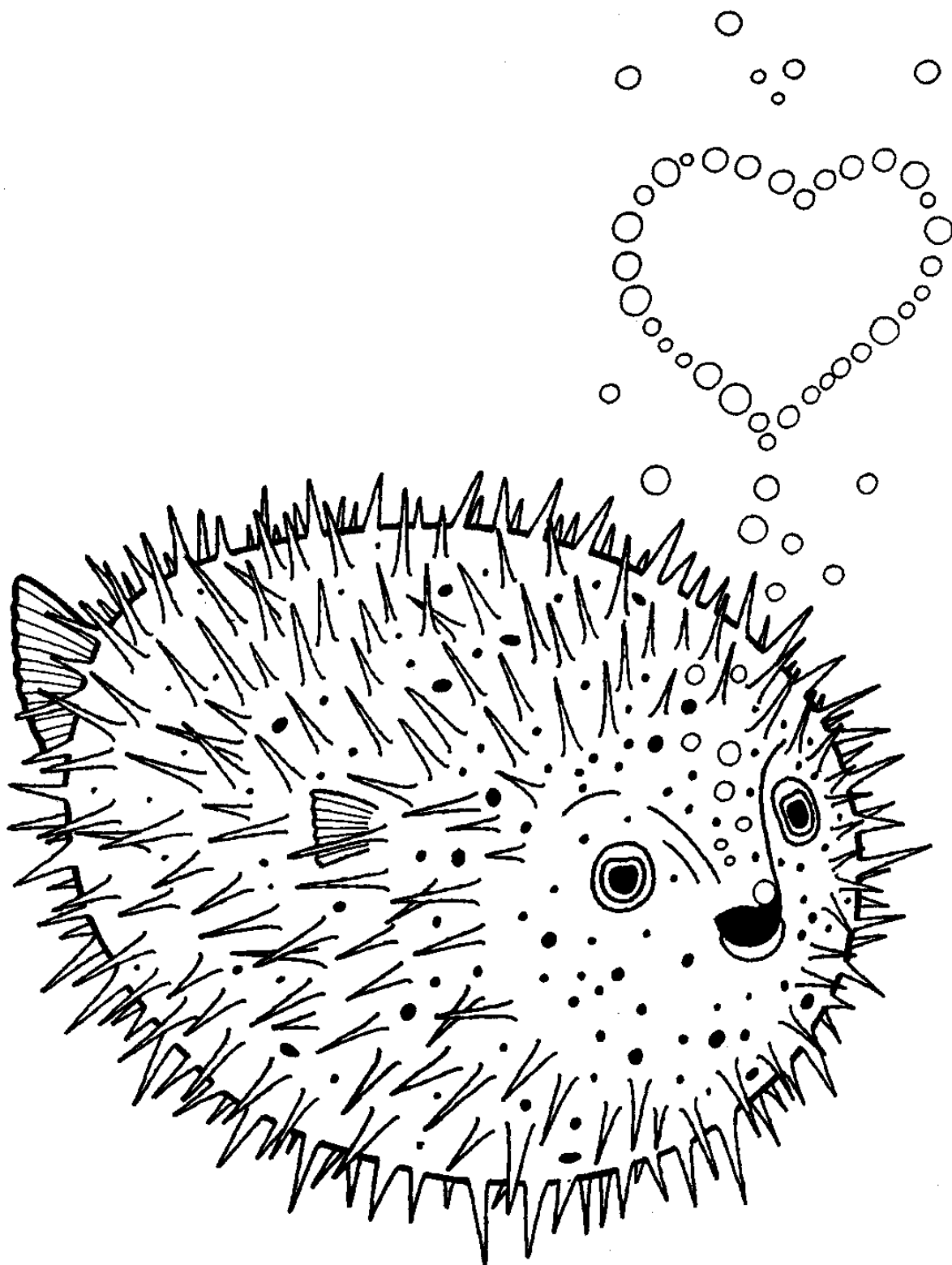
Klaun: „Copak nás asi může naučit tady toto zvíře? Znáte ho? Říká se mu koráb pouště. Je těžké ho na mém obrázku poznat, protože na něj vstrčil jenom hlavu. Tváří se velmi důstojně a dělá, že ho vlastně vůbec nezajímáme. Poznali jste velblouda?

Zkuste dělat to co on. Podívejte, jak umí přežvykovat. A to, prosím, nemá ani žvýkačku. Vybarvěte ho, můžete ho dokreslit a zkusit velbloudí přežvykování. Víte, které zvíře přežvykuje a nebydlí v zoo?“ (*kráva*)

POSTUP

Velblouda děti vybarví, vystříhnou, nalepí na balicí papír, kde ho mohou dokreslit a domalovat výběh pro velbloudy se stromy.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. Praha: Portál, 2006. s. 18 – 19.



Ježík

Procvičujeme tváře – hromadění a postupné vypouštění vzduchu.

Pomůcky: pastelky, nůžky, nitka.

MOTIVACE

Klaun: „Tato zvláštní ryba, která má bodliny podobné ježkovi, má i podobný název. Jmenuje se ježík. Dokáže se nafouknout tak, že je několikrát větší, než obvykle bývá. Stane se z ní potom velká, ostnatá koule.

Z kůže ježíků si lidé, kteří bydleli u moře, kdysi vyráběli válečné přilbice, nebo si z ní udělali lampion, který zavěsili pod strop.

Ježíka si vybarvíte – je hnědavý – a po vystříhnutí jej můžete třeba zavěsit na nitku.“

POSTUP

Děti vybarví, vystříhnou a zavěsí obrázek. Nafukují tváře, napodobují ježíka a postupně vypouštějí vzduch.

Zdroj: MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy 10: Rozvoj obratnosti mluvidel a nácvik dýchání*. Praha: Portál, 2006. s. 21 - 22.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Kadečková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Prezenční

Název práce: Vliv nácviku dýchání nosem po adenektomii na vývoj artikulace

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 42

Celkový počet stran příloh: 16

Počet titulů české literatury a pramenů: 21

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Vlasta Vaněčková