

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Bakalářský studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele
Kód oboru: 7506R029

Název bakalářské práce:

**LOGOPEDICKÁ PÉČE U DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU
OBRNOU
LOGOPAEDICAL CARE OF CHILDREN WITH CEREBRAL
PALSY**

Autor: **Podpis autora:** _____

Iva Hollerová
Vrchlického 158
468 51 Smržovka

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
73	0	12	1	15	4 + 1CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

Ve Smržovce dne: 30.4.2006

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Iva Hollerová
Adresa: Vrchlického 158, 468 51 Smržovka

Bakalářský studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Název bakalářské práce: LOGOPEDICKÁ PÉČE U DĚTÍ S DĚTSKOU
MOZKOVOU OBRNOU
Název BP v angličtině: Logopaedical Care of Children with Cerebral
Palsy

Vedoucí práce: Mgr. Václava Tomická

Termín odevzdání: 30. 4. 2006

V Liberci dne 11. 3. 2005

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Iva Hollerová

Datum:

Podpis studenta:

Charakteristika práce: Bakalářská práce se zabývá problematikou vadné výslovnosti dětí s dětskou mozkovou obrnou. Má empiricko-deskriptivní charakter.

Cíl práce: Cílem práce jsou možnosti logopedické péče dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Předpoklad práce: Předpokladem práce je teoretická i praktická znalost problému dětské mozkové obrny a logopedická náprava dyslalie.

Hlavní použité metody: Orientační logopedické vyšetření

Základní literatura:

KRAUS, Josef a kolektiv. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Grada Publishing, 2002. 348 s. ISBN 80-247-1018-8

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie*. vyd. Hradec Králové 2003. 195 s. ISBN 80-7041-413-8

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou Logopedické centrum, 2001. 223 s. ISBN 80-902536-2-8

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30.4.2006

Podpis:

Poděkování:

Chtěla bych nejvíce poděkovat vedoucí mé práce, paní magistře Tomické, která mi vždy ochotně pomohla a svojí radou přispěla k úspěšnému dokončení mé bakalářské práce.

Poděkovat bych chtěla i učitelkám a asistentkám všech škol, které mi umožnily sledovat děti v jejich zařízení a zároveň mi ochotně předávaly jejich cenné zkušenosti z práce s dětmi.

Název BP: Logopedická péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Název BP: Logopaedical Care of Children with Cerebral Palsy

Jméno a příjmení autora: Iva Hollerová

Akademický rok odevzdání práce: 2005 - 2006

Vedoucí BP: Mgr. Václava Tomická

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou logopedické péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Jejím cílem bylo potvrdit nutnost včasné a kvalitní péče o děti s tímto onemocněním.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování literárních pramenů objasňovala problematiku dětské mozkové obrny a s ní spojenou logopedickou péčí.

Praktická část zjišťovala pomocí orientačního logopedického vyšetření, jaká je úroveň jednotlivých oblastí a jaký pokrok dělají děti, pokud mají zajištěnu odbornou péči od útlého věku.

Výsledky ukazovaly, že pokud má rodina láskyplný vztah k dětem a nevzdá boj s postižením, má dítě větší šanci na kvalitní život.

Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat spolupráci učitelek všech zařízení, jejich ochotu spolupracovat a předávat mi své zkušenosti.

Klíčová slova

Dětská mozková obrna, příčiny dětské mozkové obrny, formy dětské mozkové obrny, poruchy řeči – dyslalie a dysartrie, diferenciální diagnostika, logopedické vyšetření, logopedická péče, zásady péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Summary

Bachelor Thesis occupy with speech therapy of cerebral palsy effected children. The aim of the bachelor thesis is to confirm necessity of early care of those children.

The structure of the thesis was divided into two main parts.

In the teoretical part is described all problems of cerebral palsy and speech care by means of treating literary sources and scholarly books.

Through tentative logopaedics screening detected the practical part of the work the level of particular areas and progress children can make if there is guarantee of special care early in infancy for them. The results show that if the family has affectionate relationship with the child and doesn't give engagement with illness effect up has the child much more higher chance for the full quality life.

The best benefit of the work, in the view of described problematic is from my point of view the collaboration of all teachers, their readiness to help me and replay their experience.

Obsah

1 Úvod	9
2 Teoretické zpracování problému	11
2.1 Vymezení pojmu dětská mozková obrna	11
2.2 Historie dětské mozkové obrny	12
2.3 Výskyt a příčiny dětské mozkové obrny	13
2.3.1 Prenatální příčiny	14
2.3.2 Perinatální příčiny	14
2.3.3 Postnatální příčiny	15
2.4 Formy dětské mozkové obrny	15
2.4.1 Spastické formy	16
2.4.2 Nespastické formy	17
2.5 Poruchy spojené s dětskou mozkovou obrnou	18
2.5.1 Poruchy tělesného vývoje	18
2.5.2 Poruchy hybnosti	18
2.5.3 Poruchy vědomí – epilepsie	20
2.5.4 Poruchy sluchu	22
2.5.5 Poruchy zraku	22
2.5.6 Poruchy intelektu	23
2.5.7 Poruchy chování	25
2.5.8 Poruchy řeči	26
2.5.8.1 Dyslalie	27
2.5.8.2 Dysartrie	29
2.5.8.3 Diferenciální diagnostika	31
2.6 Diagnostika poruch řeči při dětské mozkové obrně	31
2.6.1 Logopedické vyšetření	34
2.7 Logopedická péče	35
2.7.1 Zásady péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou	35
2.8 Rodina s dítětem postiženým dětskou mozkovou obrnou	38
3 Praktická část	40
3.1 Cíl praktické části	40
3.2 Popis výběrového vzorku	40

3.3 Použité metody	42
3.3.1 Pozorování	42
3.3.2 Studium spisové dokumentace	43
3.3.3 Orientační logopedické vyšetření	43
3.3.4 Rozhovor	44
3.4 Průběh průzkumu	44
3.4.1 Kazuistika č. 1	45
3.4.2 Kazuistika č. 2	48
3.4.3 Kazuistika č. 3	51
3.4.4 Kazuistika č. 4	53
3.4.5 Kazuistika č. 5	56
3.5 Stanovení předpokladů	58
3.6 Výsledky a jejich interpretace	58
3.7 Shrnutí výsledků praktické části	63
4 Závěr	65
5 Navrhovaná opatření	68
5.1 Opatření vzhledem k institucím	68
5.2 Opatření vzhledem k rodině	69
6 Seznam literatury	71
7 Seznam příloh	73
8 Přílohy	

1 Úvod

Zdraví je jedním z předpokladů šťastného a tvůrčího života každého člověka.

V lidské populaci mládeže a dospělých jsou jedinci postižení tělesně, smyslově, mentálně nebo s poruchou sociálních vztahů. Každé zdravotní znevýhodnění znamená zásah do osobního a sociálního vývoje člověka. Míra vlivu závisí na druhu znevýhodnění.

Znevýhodnění určuje vývoj po stránce fyzické, psychické a sociální. Všechny druhy postižení jsou zásahem do života celé rodiny.

V minulosti nebyla společnost zvyklá na kontakt s těmito lidmi, a tak se postižení často dostávali do nepříjemných situací plynoucích z neznalosti a nepochopení jejich problémů.

V posledních letech je patrná snaha o zlepšení situace postižených lidí, což pocítují nejen postižení, ale i jejich blízcí, kteří o ně pečují. I když ani tyto začátky nejsou bezproblémové a bezchybné, lze říci, že cesta, kterou jsme vykročili, míří k vytouženému cíli. Tím cílem by mělo být dosažení takového klimatu ve společnosti, kdy by postižení lidé žili se zdravými ve vzájemné úctě a pochopení.

Počet lidí, kteří jsou zdravotně nebo tělesně postižení roste. To, jak se společnost o tyto lidi stará, se považuje za jeden z ukazatelů hospodářské, kulturní a společenské úrovně státu.

Jak uvádí Kábele (1988, s. 4) ve dlouhodobé statistice, kterou přednesl před lety dr. Stranberg, se zdůrazňuje, že v první polovině 20. století poklesl v rozmezí 34 roků výskyt infekčních nemocí jako příčiny smrti sedmkrát (ze 7 % na 1 %).

U nás vymizela téměř úplně dětská infekční obrna (poliomyelitis). Naproti tomu se zvýšil výskyt dětské mozkové obrny, a to i při zvýšené preventivní péči o ženy v těhotenství, matky, novorozence i starší děti. S dětmi a dospělými postiženými dětskou mozkovou obrnou se setkáváme poměrně často a v budoucnu, čím více se bude snižovat kojenecká úmrtnost, se pravděpodobně budeme setkávat čím dál častěji. O to víc bychom se měli snažit, aby byla společnost o této problematice více informována. Mnozí lidé nevědí, jak se toto postižení projevuje a někteří považují onemocnění dětskou mozkovou obrnou a mozkovou obrnou za totožná. Důsledkem

takovéto neinformovanosti a neznalosti je nevhodné chování vůči takto postiženým a nepochopení snah o jejich co nejširší začlenění do společnosti.

Toto jsou důvody, proč jsem se rozhodla věnovat se dětské mozkové obrně v bakalářské práci. Chtěla bych zde shrnout své zkušenosti a poznatky, které jsem získala pozorováním a prací s tělesně a zdravotně postiženými dětmi.

Cílem bakalářské práce je analyzovat teoreticky i prakticky problematiku dětské mozkové obrny v souvislosti s poruchami řeči. V teoretické části jsou uvedeny základní informace o dětské mozkové obrně, o jejich příčinách, formách a způsobech léčení. Jsou zde nastíněny způsoby přístupu a výchovy dětí s dětskou mozkovou obrnou v rodině a také metody využívané při jejich vzdělávání. Součástí teoretické části je i přehled nejčastějších přidružených postižení.

Podklady pro tuto práci byly získávány z mnoha zdrojů. Byly jimi hlavně odborné knihy, časopisy, brožury a publikace.

Praktická část je zaměřená hlavně na nutnost včasné diagnostiky a s tím spojenou následnou péčí. Zejména rodina může těmto dětem pomoci, ale bez spolupráce s odborníky by tato péče byla nedostatečná.

Budou popsány některé prostředky péče, zaměřené na rozvoj hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou. V bakalářské práci bude zmíněno i to, že tělesně postižené osoby není potřeba litovat, či se jim naopak vyhýbat, ale že bychom je měli spíše přijímat bez předsudků jako rovnocenné partnery.

2 Teoretické zpracování problému

2.1 Vymezení pojmu dětská mozková obrna

Počet žáků, kteří mají speciální vzdělávací potřeby, narůstá. Mění se struktura zdravotních problémů. Některé nemoci se v průběhu let podařilo vymýtit, ale jiné nemoci se objevují. To má mnoho příčin. V současné době se zhoršila kvalita životního prostředí a podmínky k životu. Na zvyšující se počet zdravotních problémů má vliv i lékařská a diagnostická péče. Dříve většina nemocných dětí umírala. Přežívali pouze méně postižení jedinci. Při dnešní zdokonalující se zdravotní péči se snižuje kojenecká úmrtnost, ale zvyšuje se počet dětí narozených s postižením.

Mnohá postižení začínají už v ranném věku a postihují řadu oblastí (kognitivní oblast, zrak, sluch, hybnost, poruchy chování nebo záchvatová onemocnění). Některé poruchy se projevují ve více oblastech.

Zvláštním případem omezení hybnosti je **dětská mozková obrna**. Patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. K poruše hybnosti u dětské mozkové obrny dochází vlivem poškození určité části centrální nervové soustavy, v níž jsou uložena centra pro řízení pohybu. Je to onemocnění neprogresivní, ale nikoli neměnné.

Jak uvádí Vágnerová (2002, s 94), dětská mozková obrna je neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje (prenatálně, perinatálně či na počátku postnatálního období).

Lesný, jak uvádí Kábele (1988, s. 9), definuje dětskou mozkovou obrnu jako raně vzniklé poškození mozku (před porodem, za porodu nebo krátce po něm), projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti.

Definic pro dětskou mozkovou obrnu je mnoho. Všichni autoři se shodují v tom, že jde o postižení mozku v době, kdy vyvíjející se tkáň ještě není zralá.

Dětská mozková obrna má množství příznaků. V souvislosti s poruchou hybnosti se vyskytují poruchy řeči, sluchu, zraku, intelektu a chování. V základní charakteristice se k dětské mozkové obrně nejčastěji přidružují poruchy intelektu (uvádí se až 50%) a poruchy řeči.

Dětská mozková obrna je porucha hybnosti na podkladě poškození mozku. Rodiče si

všimnou této poruchy, až když se pohybový vývoj dítěte začne opožďovat. Bývá to po prvním půlroce života.

Příčinou vzniku mohou být škodliviny nebo nedostatek kyslíku v krvi matky, při předčasném nebo opožděném porodu. Krátce po narození ohrožují mozek různé infekce, zánět mozku nebo mozkových plen.

Tělesné poruchy jsou spojeny s určitou poruchou míry hybnosti, a ta může být částečná nebo úplná, kdy je jedinec zcela odkázán na pomoc okolí. Pokud se jedná o mírné tělesné postižení, může být dítě integrováno na základní škole. Jak uvádí Tomická (2002, s. 14), nejlépe jsou integrovány děti s tělesným postižením. Hlavním cílem při integraci je přiznání zdravotně postiženým a sociálně narušeným jedincům práva na vzdělání v rámci běžných výchovně vzdělávacích institucí. Ve vyhlášce č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, § 3, odstavec 4 se uvádí: Žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy.

Pro tyto děti je to výhoda, protože mohou být u své rodiny a zvyknou si na kolektiv. To má kladný vliv na jejich socializaci a další vývoj.

2.2 Historie dětské mozkové obrny

Jak uvádí Vágnerová (2002, s. 99), dětskou mozkovou obrnou trpěl např. římský císař Claudius. V jeho případě šlo pravděpodobně o dyskinetickou formu dětské mozkové obrny, která se projevuje nepotlačitelnými pohyby. Císař měl poruchu hybnosti, od narození kulhal. Jeho řeč nebyla dostatečně koordinovaná, zejména v dechové regulaci. Jeho vzhled byl abnormální, což nebyl tehdejší ideál, a okolí ho odmítalo a opovrhovalo jím. Byl považován za slabomyslného. Ani po dosažení plnoletosti mu nebyla přiznána svéprávnost. Jeho nástup na trůn byl doprovázen rozpaky. Po celý život byl považován za podivína a za méněcenného člověka.

Podle toho, že napsal dvě historická díla, která byla vysoce ceněna, a podle jeho panování na trůnu však lze usoudit, že byl nadprůměrně inteligentní.

Jak uvádí Kábele (1988, s. 10), poprvé v roce 1859 popsal anglický ortopéd Wiliam John Little nemoc, která se projevovala poruchou hybnosti. Little poukázal na to, že je poškozen mozek, a v důsledku toho je porušena hybnost. Dětská mozková obrna byla původně nazývána jako Littleova nemoc.

U nás se dětskou mozkovou obrnou zabýval zakladatel dětské neurologie I. Lesný. Nejprve jí dal označení perinatální encefalopatie a od roku 1959 je u nás používán termín dětská mozková obrna.

2.3 Výskyt a příčiny dětské mozkové obrny

Údaje o počtu postižených dětskou mozkovou obrnou se liší v různých publikacích. Liší se i poměr jednotlivých forem dětské mozkové obrny. Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění.

Jak uvádí Vágnerová (2002, s. 94), dětská mozková obrna postihuje přibližně 0,5% dětské populace.

Dětská mozková obrna se definuje jako neprogresivní neurologický syndrom, vyvolaný poškozením nezralého mozku. Převládajícím projevem je porucha motoriky. Téměř polovina postižených má navíc kognitivní deficit nebo poruchu inteligence.

K rizikovým faktorům, které mohou vyvolat dětskou mozkovou obrnu, patří nízká porodní hmotnost, předčasný porod, mnohočetné těhotenství, neurologická onemocnění matky, nedostatek hormonů štítné žlázy u nezralých novorozenců, nedostatečná výživa placenty, zánět duhovky a sítnice oka (chorioamnionitis), porodní asfyxie.

Lesný na základě svého zkoumání došel k závěru, jak uvádí Kábele (1988, s. 16), že hlavní příčinou dětské mozkové obrny je asfyxie a nedonošenost, popř. jejich kombinace.

Výsledky výzkumů posledních let ukázaly, že porodní asfyxie není hlavním etiologickým faktorem pro vznik většiny případů dětské mozkové obrny.

Častěji prevalenci ovlivňují intrauterinní léze a následky předčasných porodů. K postižení mozku může dojít prenatálně, perinatálně nebo postnatálně.

2.3.1 Prenatální příčiny

V tomto období se za původce považuje jakákoli infekční nemoc matky během těhotenství, přičemž nejnebezpečnější je pro embryo první trimestr, během něhož může dojít k zánětu mozku vyvíjejícího se zárodku a tedy k jeho následnému poškození. Dalším nebezpečím je otrava organismu matky různými škodlivinami nebo nedostatek některých látek v krvi matky. Dalším nepříznivým vlivem může být krvácení během těhotenství, které může způsobit nedostatečné zásobování plodu kyslíkem a může tak vést k poškození jeho mozku. Vývoj mozku dítěte mohou také nepříznivě ovlivňovat narkotika používaná při operacích nebo rentgenové paprsky. Avšak za jednu z nejdůležitějších příčin dětské mozkové obrny je považována nedonošenost. Nedonošené dítě má křehké krevní cévy a nevyvinuté cévní stěny, a tudíž je u něj mnohonásobně zvýšeno nebezpečí krvácení do mozku při nevyvinuté krevní srážlivosti. Nedonošené dítě je také mnohem více ohroženo infekcemi. Přenošenost je také jednou z příčin poškození mozku plodu. Při přenášení se totiž snižuje sycení krve plodu kyslíkem, a tak vzniká nepoměr mezi nároky na kyslík a jeho dodávkou.

2.3.2 Perinatální příčiny

Tyto příčiny se považují za nejvýznamnější faktory vzniku dětské mozkové obrny. Nejčastější ohrožující situace nastává při dlouhotrvajícím (protahovaném) porodu, během něhož dochází k rozdílům v tlacích mezi porodními cestami a dělohou. Je-li hlavička již v porodních cestách a tělo plodu ještě v děloze, krev se v hlavičce hromadí a může tak dojít ke krvácení do mozku a také k jeho špatnému zásobování kyslíkem. K dalšímu závažnému rizikovému faktoru pro vznik dětské mozkové obrny patří asfyxie novorozence. Jedná se o podmíněné selhání dodávky kyslíku, takže novorozenec musí být kříšen. Kraus a Šandera (1975, s. 39) uvádějí, že čím déle je dítě kříšeno, tím je poškození a tudíž i postižení, větší. Je však možné, že pouze několikaminutové kříšení nemusí novorozence nijak poškodit. Další nebezpečí

pro mozek dítěte představuje překotný porod. Plod je při něm ohrožen tím, že při rychlém vyrovnání rozdílu mezi tlakem nitroděložním a atmosférickým se mohou poškodit cévy a nastane krvácení.

Mezi další příčiny vzniku dětské mozkové obrny patří porod pánevním koncem, při němž může dojít k nitrolebečnímu poranění a krvácení. Při klešťovém porodu dochází ke stlačení mozku, což může způsobit poranění mozku. Z tohoto důvodu se tato metoda už dnes v porodnicích nepoužívá.

Nepříznivý vliv může mít také novorozenecká žloutenka, předčasný odtok plodové vody nebo císařský řez.

2.3.3 Postnatální příčiny

Také jakákoliv onemocnění novorozenců v prvních dvanácti měsících jejich života mohou zapříčinit vznik dětské mozkové obrny. Jak uvádí Kábele (1988, s. 16), nejčastěji se uvádějí jako příčiny vzniku především zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému a jeho plen, mezi něž patří záněty mozku a mozkových blan. K poškození mozku může také dojít při rozsáhlejších infekčních onemocněních, při průjmových onemocněních a při zánětu plic, který omezuje dýchání a mozek může být poškozen nedostatkem kyslíku.

Různí autoři se shodují v tom, že dětská mozková obrna je postižení, které vzniká z více příčin. Příčiny vzniku nejsou vždy stejné a postižení se projevuje více následky.

2.4 Formy dětské mozkové obrny

Léze mozku, které způsobují dětskou mozkovou obrnu, jsou rozmanité a projevují se různými syndromy. V průběhu vývoje a zrání nervového systému a různého stupně poškození dochází k rozvoji definitivní formy dětské mozkové obrny už v průběhu kojeneckého věku. U některých forem mohou být klinické projevy patrné až během druhého roku věku.

V minulých letech byly objevovány jednotlivé formy dětské mozkové obrny, které původně byly označovány jako jednotlivá onemocnění.

Klasifikačních schémat pro rozdělení dětské mozkové obrny je mnoho a ani jednotlivé státy nejsou v názvu jednotné. Mnohá schémata jsou příliš složitá.

Jak uvádí Kábele (1988, s. 12), u nás se v současné době dětská mozková obrna rozděluje podle I. Lesného na formy spastické a nespastické.

Spastická forma je formou častější. Základním znakem spastické formy je zvýšené svalové napětí. Vzniká následkem poškození pyramidové dráhy. Podle rozsahu ji dělíme na parézu (částečnou obrnu) a plegii (úplnou obrnu).

Nespastická forma se projevuje neschopností organizovat a správně provést volní pohyb. Postižený má problémy s koordinací automatických pohybů a s udržením postury.

2.4.1 Spastické formy

Diparetická forma

Při ní je výraznější postižení dolních končetin. Bývá při ní i postižení horních končetin. Svalový tonus dolních končetin je zvýšený. Nastává opoždění vývoje vzpřimování, na dolních končetinách předčasně vyhasíná reflexní úchop. Dítě se neposadí. Vzpřimovací mechanismy v oblasti pánve jsou na úrovni novorozence.

Hemiparetická forma

Tato forma je charakterizovaná jako porucha hybnosti. Častěji bývá postižena ruka. K manifestaci dochází většinou mezi 4.-5. měsícem, kdy se zjistí jednostranný pokus o úchop. Obvyklé je držení ruky v pěst a flexe v lokti.

Postižení dolní končetiny se zjistí až při začátku chůze, kdy postižený má končetinu napnutou tak, že došlapuje na špičky.

Nejvýznamnější komplikací je epilepsie. Někdy ji doprovází i mentální retardace. Výskyt mentální retardace souvisí s mírou hemiparézy. U těchto dětí se mohou vyskytovat specifické školní poruchy.

Hemiparetická forma má vztah k poruchám vývoje řeči a mluvení.

Kvadruparetická forma

Jedná se o nejtěžší formu dětské mozkové obrny. Je to postižení komplexní, vztahuje se ke všem čtyřem končetinám. Téměř vždy se vlivem poškození obou mozkových

hemisfér projevuje těžkou mentální retardací. Často bývá narušena hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra. To se projeví poruchou řeči. U těchto dětí je také problémem výživa.

I u lehčích případů předčasně vyhasíná reflexní úchop na dolních končetinách. Kvadruparetická forma se často pojí s epilepsií. Postižení jsou zcela závislí na svém okolí.

2.4.2 Nespastické formy

Hypotonická forma

Projevuje se povšechným snížením svalového tonusu. Děti mají větší rozsah pohybů v kloubech. Jestliže dítě začne chodit, tak je jeho chůze nejistá, nesvede střídavé pohyby končetin.

Hypotonická forma přechází většinou v jinou formu dětské mozkové obrny. Velmi často se s ní spojuje značná porucha duševního vývoje. Tito lidé jsou většinou odkázáni na pomoc okolí.

Dyskinetická forma

Dříve se nazývala extrapyramidová. Vyznačuje se dominujícími bezděčnými abnormálními pohyby, které vznikají při poruše koordinace pohybů. Postižený nedokáže organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby. Nepotlačitelné pohyby se objevují spontánně nebo je vyprovokují různé podněty, např. náhlý zvuk, při rozčilení a podobně. Pohyby jsou atetické, choreatické, balistické nebo myoklonické.

Různé publikace také uvádějí různé klasifikace postižení. V praxi jde často o různé kombinace jednotlivých forem.

Projevy a příznaky dětské mozkové obrny nejsou neměnné. To se týká stanovení diagnózy. Některá poškození mozku jsou patrná až v době, kdy se poškozená část mozku stává funkční. Některé publikace uvádějí stanovení přesné diagnózy až do věku 3- 4 let věku dítěte, jindy se uvádí hranice do tří let věku dítěte. I po tomto věku se jednotlivé formy mohou měnit nebo mohou přecházet jedna ve druhou.

2.5 Poruchy spojené s dětskou mozkovou obrnou

Hlavním syndromem dětské mozkové obrny je porucha hybnosti. Poškození mozku v dětském věku (prenatálním, perinatálním a postnatálním) má za následek i poruchy psychomotoriky, intelektu, poruchy vědomí a smyslové poruchy.

Jak uvádí Kábele (1988, s. 17), Lesný je označuje jako „přidružené poruchy dětské mozkové obrny“, současně však uvádí, že tento název není zcela na místě, neboť tyto příznaky jsou pro dětskou mozkovou obrnu stejně charakteristické jako příznaky hybné.

U dětí s dětskou mozkovou obrnou se opoždí rozvoj základních dovedností. Opoždění je způsobeno pomalejším zrání centrální nervové soustavy a někdy i přímým poškozením oblastí mozku potřebných k vykonávání určitých dovedností. Tyto děti mají málo příležitostí k nácviku pro sníženou hybnost.

2.5.1 Poruchy tělesného vývoje

Děti postižené dětskou mozkovou obrnou mají poruchy tělesného vývoje po stránce růstu, hmotnosti i celkového vyspívání. Kábele (1988, s. 18) píše o pozorování Lesného, který uvádí studie Thalandra, podle jehož zjištění dosahují děti postižené dětskou mozkovou obrnou v průměru pouze 73% výšky a 70% hmotnosti zdravých dětí stejného věku.

Růst dětí s dětskou mozkovou obrnou je zpomalen. Největší rozdíly nastávají v prvních dvou letech života. Některé těžší formy rozdíly nevyrovnej a vývoj je omezen trvale. Některé problémy souvisí s obtížemi při krmení, děti trpí nechutenstvím a často zvracejí. Správná výživa je pro ně velmi důležitá.

2.5.2 Poruchy hybnosti

Nejzávažnější poruchou pro postižené dětskou mozkovou obrnou je porucha hybnosti. Při všech formách se objevuje opožděný vývoj hybnosti. Děti s dětskou mozkovou obrnou začínají později sedět, stát, chodit i mluvit. Opožděný vývoj hybnosti často souvisí s omezením vývoje rozumového. Děti, které jsou mentálně retardované, se nenaučí vykonávat některé pohyby proto, že nemají schopnost

pohybové projekce a nemají schopnost analyticko- syntetickou, takže nedokáží napodobovat a skládat jednotlivé pohyby v celky. Omezení a opožďování hybnosti můžeme sledovat již v prvních měsících života.

Poruchy hybnosti se váží k jednotlivým formám dětské mozkové obrny.

Při diparetické formě mají novorozenci a později i kojenci ruce sevřené v pěst a palce jsou přitahovány do dlaní. Pokud toto sevření přetrvává i po šestém měsíci, je to příznakem opožděného vývoje centrálního nervového systému. Někdy děti nezačnou chodit vůbec, jindy chodí, ale pouze s oporou. Během života se chůze zpravidla zhoršuje.

Při hemiparické formě je postižena horní a dolní končetina na jedné straně těla. Zpravidla těžší je postižení horní končetiny. Pokud je postižená vedoucí ruka, tak děti mívají větší problémy při učení. Ruka bývá ohnutá v lokti, prsty jsou sevřené a palec je přitážen do dlaně. Mnohé činnosti, jako např. psaní, kreslení, uchopování různého náčiní dětem činí značné problémy a některým dětem jsou tyto činnosti znemožněny zcela.

Při hypotonické formě dítě bezvládně leží nebo sedí. Hypotonie se projevuje snížením svalového napětí, ale reflexy jsou spíše zvýšeny. Tyto děti jsou pohybově značně pasivní. Jak uvádí Kábele (1988, s. 23), podle Lesného se u menších dětí s hypotonickou formou dětské mozkové obrny současně se sníženým svalovým tonusem vyskytuje zvýšená pohyblivost v kloubech zejména dolních končetin, avšak i horních končetin a páteře. Takovým dětem je možno dát nohy až za hlavu, svinout se do klubička apod. U větších dětí je chůze vrávoravá v důsledku poškození mozečku.

Při dyskinetické formě některé děti nejsou schopné provádět koordinované pohyby končetin, chůzi, pracovní výkony, naučit se řeč. Pokusy o vykonání pohybu jsou rušeny nepotlačitelnými mimovolními pohyby. Tyto pohyby jsou velmi silné, protože jsou ovlivňovány zvýšenou dráždivostí a mají nedostatek tlumivé činnosti. Pokud se dítěti podaří vykonat nějaký pohyb, tak se nepodaří tento pohyb zopakovat, protože i radost vyvolává tak silné mimovolní pohyby, že znemožní opakovat

správně provedený pohyb.

Omezení hybnosti znamená pro děti s dětskou mozkovou obrnou velký problém z hlediska léčebného, výchovného a společenského. Děti mají omezený pohyb jak v rodinném, tak i ve školním prostředí. Špatně získávají poznatky o svém okolí, často si své poznatky nemohou ověřit. Mají problémy při nácviu psaní a jiných pracovních dovedností.

Poruchy řeči, které se pojí s poruchami hybnosti, dětem znemožňují vyjadřování a znesnadňuje jim dorozumívání se s okolím.

V dnešní době je dětem s dětskou mozkovou obrnou umožněna integrace na základní škole a podle stupně postižení mají tyto děti nárok na asistenta pedagoga, který jim pomáhá při učení. Pro děti je to velká výhoda, protože mohou vyrůstat mezi vrstevníky, a tím od zdravých dětí získají mnohé poznatky, které by nezískaly, pokud by žily odděleně.

2.5.3 Poruchy vědomí – epilepsie

Dětská mozková obrna je často doprovázena epileptickými záchvaty. Jak uvádí Kábele (1988, s. 40), Lesný zdůrazňuje etiologickou souvislost epilepsie s perinatálním poškozením mozku a s dětskou mozkovou obrnou. Piťha uvádí jako příčinu epilepsie na prvním místě porodní úrazy mozku. Kraus (2005, s. 129) uvádí, že na genetické faktory současně působí faktory pre- i postnatální, proto nelze jednotlivé faktory oddělovat.

Epilepsie se diagnostikuje velmi obtížně, protože děti s dětskou mozkovou obrnou nemají pouze jeden typ záchvatů. Jak uvádí Kraus (2005, s. 131), tonické, atonické, myoklonické záchvaty lze zaměnit za dyskinezi, dystonii nebo stereotypní pohyby, které mohou být součástí určitého stavu chování či úzkosti.

Epileptické záchvaty jsou velmi závažné a značně děti omezují při školním vyučování. Z bezpečnostních důvodů je pro děti těžké zúčastnit se vyučování a pro jejich profesní přípravu je to také značná překážka, protože ztráta vědomí při záchvatu je velké riziko pro možnost vzniku úrazu.

Jak uvádí Kraus (2005, s. 129), výskyt epilepsie u dětí a dospělých s dětskou

mozkovou obrnou publikují různé studie značně odlišně; četnost se pohybuje od 15% do 55%. Pro srovnání uvádím dvě tabulky.

Tabulka č. 1 Výskyt epilepsie podle Kábele (r. 1988)

Forma hemiparetická	43,7%
Forma kvadruparetická	24,9%
Forma diparetická	23,1%
Forma hypotonická	18,7%

Tabulka č. 2 Výskyt epilepsie podle Krause (r. 2005)

Forma kvadruparetická	50-94%
Forma hemiparetická	33-50%
Forma diparéza spastická či ataktická	16-27%
Forma dyskinetická	25%
Čistá ataxie	vzácná

Procenta výzkumu jsou závislá na stupni postižení dětskou mozkovou obrnou. Z obou tabulek je patrné, že výskyt epilepsie při dětské mozkové obrně je poměrně velký a pro svou závažnost a důsledky významný pro léčebněvýchovnou péči o děti s dětskou mozkovou obrnou. Stanovení diagnózy epilepsie je velmi obtížné. Děti s dětskou mozkovou obrnou nemají pouze jeden typ záchvatu, epilepsie se u nich projevuje různými typy. Pro volbu vhodné terapie je však důležitá jejich správná identifikace a klasifikace. Různé typy záchvatů lze identifikovat u jednotlivých forem dětské mozkové obrny.

Děti s hemiparetickou formou mívají nejčastěji parciální záchvaty, to znamená částečné či neúplné.

U kvadruparetické formy se nejčastěji vyskytují generalizované tonicko-klonické záchvaty. Parciální záchvaty tak časté jako u hemiparetické formy nejsou.

Při diparetické formě má stejně jako při formě kvadruparetické více než polovina dětí záchvaty generalizované tonicko-klonické a parciální záchvaty také nejsou tak četné.

Při výskytu epilepsie se může zhoršovat hybnost. Děti s dětskou mozkovou obrnou a epilepsií mají větší kognitivní poruchy než děti s pouze hybnými nebo jinými přidruženými projevy. Důsledky se projevují i v oblasti poruch chování a v oblasti sociální.

Diagnóza i léčba epilepsie při dětské mozkové obrně vyžadují velké zkušenosti.

2.5.4 Poruchy sluchu

Jak uvádí Kábele (1988, s. 26), u poruch sluchu při dětské mozkové obrně nelze zatím bezpečně říci, zda jsou u dětí s dětskou mozkovou obrnou častější a závažnější než u ostatních dětí. Postižení sluchu může negativně ovlivnit vývoj řeči. U některých dětí sluch může kolísat. Souvisí to s celkovým uvolněním. Naopak při vzrušení a při zvýšení spasticity nebo nepotlačitelných pohybech děti slyší hůře. Děti v této chvíli mají sníženou schopnost vnímání a soustředění. Tato situace může nastat ve chvíli, kdy se dítě ocitne v neznámém prostředí.

2.5.5 Poruchy zraku

Také u poruch zraku není jednotný názor na to, zda se u dětí s dětskou mozkovou obrnou vyskytují poruchy zraku častěji než u ostatních dětí. Nové výzkumy ukazují, že poruchy zraku jsou velmi časté u dětí s postižením mozku prenatálního a postnatálního původu.

Postižení zraku má nepříznivý vliv na celkový vývoj, přesto pro děti s dětskou mozkovou obrnou nepředstavuje tak závažnou komplikaci jako poruchy hybnosti nebo řeči.

Včasné rozpoznání poruchy zraku má důležitou roli pro zahájení odpovídající léčby a zahrnuje základní oftalmologické vyšetření a specifické hodnocení různých stránek zrakových funkcí, které mohou být postižené. U dětí s dětskou mozkovou obrnou se vyskytují různé poruchy zraku.

Jednou z nejčastějších poruch je šilhání. Při šilhání nejsou předozadní osy obou očí při pohledu rovnoběžné - oční koule jsou v asymetrickém postavení. U dětské mozkové obrny nejde o toto klasické vadné postavení očí, ale o poruchy mozku,

který není schopný řídit současně pohyby obou očních koulí.

2.5.6 Poruchy intelektu

Poruchy inteligence jsou poměrně časté. Jde o závažnější odchylky nebo poruchy duševního vývoje charakterizované subnormální inteligencí takového stupně, že dítě potřebuje zvláštní přístup – lékařský, rehabilitační a pedagogický. Projevuje se v porušeném vývoji a dozrávání rozumových funkcí, v poruše učení i v poruše sociální způsobilosti, která nedosahuje odpovídajícího stupně mentálního vývoje vzhledem k věku. Jde o stav trvalý a příčiny vzniku jsou různé: mohou být vrozené nebo částečně získané. Předpokladem vzniku mentální retardace je trvalé poškození mozku. Mezi tyto příčiny patří odchylky ve skladbě chromozomů, vrozené metabolické poruchy, infekce matky v době těhotenství či vliv záření. V porodním období může přispět ke slabomyslnosti porodní úraz mozku, v období postnatálním může být příčinou zánět mozku, úraz hlavy nebo vnitřní poruchy. U dětské mozkové obrny nejsou poruchy hybnosti přímo úměrné poruchám psychiky. U takto postižených dětí je velmi obtížné hodnocení intelektu, neboť omezení hybnosti je překážkou poznávání širšího okolí a rozvíjení myšlení dítěte. Obzor poznání se rozšiřuje pomaleji, duševní vývoj se opožďuje.

Pro současný termín mentální retardace je mnoho definic. Je potřebné vytvořit přesnou definici, která by pomohla přístupu k postiženým, jejich dalšímu vzdělávání a výchově. Nejpoužívanějším kritériem je výsledek psychologického vyšetření inteligence, který se udává v podobě inteligenčního kvocientu. Inteligenci měříme a posuzujeme z momentálního výkonu jedince. Ve vyhodnocení se musí spojit všechny dostupné informace, kde je nutná spolupráce několika vědních oborů.

Jak uvádí Švingalová (2003, s. 20), mentální retardaci lze z tohoto hlediska definovat v rámci statistického chápání normy jako inteligenci s IQ nižším než 70. U mentálně retardovaných osob často nacházíme nerovnoměrný vývoj, který se odráží ve všech složkách osobnosti, ale především v rozdílném výkonu ve verbální a neverbální složce intelektu. Tyto rozdíly jsou závislé na etiologii snížení rozumových schopností.

Mentální retardace se dělí podle hloubky postižení na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou.

Dítě lehce mentálně retardované začíná hovořit později, ale je schopné naučit se mluvit a řeč užívat v každodenních situacích. Většina dětí dosáhne úplné nezávislosti na okolí. Myšlení je porušeno kvalitativně i kvantitativně. Paměť je převážně mechanická, ale může být i na dobré úrovni. Paměť je ale oslabena ve všech oblastech. Dlouho trvá, než si dítě něco zapamatuje, rychle zapomíná a pomalu si určité věci vybavuje. To souvisí s pozorností, která zpravidla bývá nestálá. Dítě potřebuje neustále nové podněty. Opožděn je i vývoj motoriky. Tyto poruchy jsou v oblasti jemné i hrubé motoriky, ale i v oblasti senzomotorické koordinace. U těchto dětí je vrcholná doba vývoje inteligence v patnácti letech.

Děti chodí do zvláštní školy, po jejím absolvování jsou schopné se vyučit a pracovat.

Dítě středně mentálně retardované má omezené schopnosti v oblasti rozvoje řeči. Řeč i chápání se rozvíjí pomalu. Také v sebeobsluze jsou děti značně omezené, některé potřebují dohled po celý život. Některé si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Vzdělání a výchova se zaměřuje především na vytváření a osvojování si základních návyků sebeobsluhy, aby byly co nejvíce samostatné. Bývají to žáci pomocné školy. Vývoj inteligence u těchto dětí probíhá asi do deseti až dvanácti let. V dospělosti jsou tito jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, ale většinou potřebují odborný dohled.

Dítě těžce mentálně retardované trpí většinou značným stupněm poruchy motoriky. Psychomotorický vývoj je opožděn ve všech oblastech. Řeč zahrnuje pouze několik špatně artikulovaných výrazů, kterým je obtížně rozumět. U některých jedinců se podaří vytvořit základní hygienické návyky – obléknout se. Vývoj inteligence probíhá asi do šesti až osmi let. Tyto děti jsou vychovávány v rodině nebo v ústavu, žádnou školu nenavštěvují.

Děti s hlubokou mentální retardací nejsou schopné porozumět žádným požadavkům. Většina se nepohybuje, o své základní lidské potřeby nejsou schopni požádat, vyžadují neustálou péči a dohled. V řeči chybí artikulovaný projev, převládají pouze

neartikulované výkřiky. Motorika je velmi špatná, často pouze opakují stejné pohyby a sebepoškozují se. Časté jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Jak uvádí Kábele (1988, s. 36), při dětské mozkové obrně se vyskytuje mentální retardace asi u jedné poloviny celkového počtu postižených dětí. Tento počet se liší u různých forem dětské mozkové obrny. Jak uvádí Kábele (1988, s. 36), Lesný získal výsledky při zjišťování mentální retardace sledováním dvou souborů postižených dětí. Podle průzkumů Lesného je intelekt nejvíce postižen u hypotonické formy (78,3%), pak následují: kvadruparetická forma (65,3%), diparetická (42,7%), hemiparetická (41,1%) a dyskinetická (34,9%). Nejmenší poškození intelektu je u formy hemiparetické a dyskinetické.

V důsledku imobility děti nemohou poznávat okolí a nemohou rozvíjet myšlení. Duševní vývoj se opožďuje a vzniká pseudooligofrenie. Z tohoto důvodu se obtížně hodnotí intelekt dětí s dětskou mozkovou obrnou.

2.5.7 Poruchy chování

Poruchy chování mají také úzkou souvislost s postižením mozku. Na vzniku potíží se může podílet i psychopatologie rodiny.

Jak uvádí Kraus (2005, s. 31), jsou určitá kritická období, která znamenají pro rodinu i školu zvýšenou zátěž.

Jsou to: a) období prediagnostické a diagnostické

b) začátek školní docházky – zjištění, že dítě není schopné školu navštěvovat nebo že jeho funkce nejsou pro normální školu dostatečné

c) puberta

d) období potřeby osamostatnění.

Rodina i děti potřebují v těchto obdobích intenzivnější podporu.

U dětí s dětskou mozkovou obrnou se často objevuje hyperkinetičnost, zvýšená pohybovost. Jak uvádí Dvořák (2001, s. 82), jsou to chorobné mimovolní pohyby, které vznikají obvykle při poruše extrapyramidového systému. Tyto děti mívají problémy s koncentrací pozornosti. Jejich pozornost bývá hůře soustředěná, krátkodobá, ulpívavá. Paměť je ovlivněna horší pozorností. Děti si hůře vytvářejí

paměťové stopy a hůře si vybavují.

Ve škole jsou děti nadměrně neklidné, někdy jsou vzdorovité až agresivní. Mívají sklon k impulsivnímu jednání. Na jakoukoli činnost se nesoustředí a činnosti dost často střídají. Svým neklidem ruší ostatní děti.

2.5.8 Poruchy řeči

Dětská mozková obrna je poškození mozku, které vzniká v raném období, kdy vyvíjející se mozková tkáň není zralá. Poškození mozku v prenatálním, perinatálním a postnatálním období má za následek i poruchy smyslové. Jak uvádí Klenková (2000, s. 33), podle Kábeleho je při dětské mozkové obrně přímá souvislost mezi poruchami hybnosti a poruchami řeči, neboť to jsou v podstatě poruchy mluvních orgánů.

Vývoj řeči u těchto dětí závisí na postižení motoriky, na úrovni intelektu a velkou měrou na prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Vliv má i přidružené postižení jako vady zraku, sluchu, epilepsie.

Poruchy řeči se vyskytují u více než poloviny případů dětské mozkové obrny a mají nepříznivý vliv na psychický vývoj dítěte. Problémy vznikají již od počátku vývoje dítěte. Vývoj řeči bývá u dětí s dětskou mozkovou obrnou omezený nebo opožděný. U většiny dětí se broukání a žvatlání objevuje jen sporadicky. Žvatlání se objevuje až na konci prvního roku. Tyto děti začínají mluvit později než zdravé děti, první slova vyslovují až ve dvou letech. Už v kojeneckém věku špatně dýchají a sají. Těžko přijímají potravu a následně nezvládají žvýkání a polykání. Pláč je málo pronikavý, broukání je vzácné.

Na vývoji řeči se spolupodílejí vnitřní i vnější faktory. Děti potřebují přiměřeně podnětné prostředí, protože některé poznatky získávají pouze zprostředkovaně.

Postiženo je dýchání, fonace, artikulace, síla, rytmus, melodie, plynulost a srozumitelnost řeči.

Dýchání je při spastických formách křečovitě a mělké. Vydechovaný vzduch nepostačuje k vytváření znělé řeči.

Při dyskinetických formách je dýchání neuspořádané a je rušené mimovolními pohyby. Výdechy jsou krátké a prudké, vydechnutí je neekonomické a nepostačuje k vytváření dostatečně znělého projevu.

U hypokinetické formy je kapacita dýchání malá a nepostačující. Rytmus dýchání je plynulý, ale bývá narušován škubavými pohyby.

V případě mechanických příčin jsou to poruchy vývoje zubů, jež nacházíme téměř vždy. Zuby bývají méně hodnotné, dosti často jsou také nepravidelnosti ve vývoji horní a dolní čelisti. Může také dojít k poškození nervových drah mezi mozkovou kůrou a prodlouženou míchou a potom dochází u postiženého k problémům s výslovností a řeč je těžko srozumitelná. Děti s dyskinetickou formou mívají navíc poruchu sluchu, špatně slyší sykavky a proto řeči dobře nerozumějí a těžko se učí mluvit.

Někdy se také můžeme setkat s idioglosií – dítě si vytváří osobitou řeč, jednotlivé předměty pojmenovává svými výrazy a tak těmto dětem kromě rodinných příslušníků málokdo rozumí.

Fonace je postižena u všech forem dětské mozkové obrny. Hlas bývá tichý, jindy nadměrně hlasitý a je těžko ovladatelný. Zhoršena je i srozumitelnost řeči. Hlasu chybí zvučnost a melodie.

Artikulace je nesprávná u většiny hlásek, i u hlásek lehkých, které ostatní děti vyslovují bez problémů. Hlavním důvodem pro špatnou výslovnost je poškození hybných funkcí svalstva všech artikulačních orgánů, především rtů a jazyka. Jazyk je v klidu plochý, poněkud odsunutý od zubů. Rty jsou protaženy v tenké linii se svislými koutky. Děti nezvládnou našpulit rty a proto mají problémy zejména s výslovností hlásky F.

2.5.8.1 Dyslalie

Jak uvádí Klenková (1998, s. 9), **dyslalie** je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.

Dyslalie je nejčastější poruchou komunikační schopnosti u dětí.

Příčiny dyslalie rozlišujeme vnitřní a vnější. K vnitřním příčinám patří schopnost slyšet. Dalším faktorem je nedostatečná diskriminace zvuku. Také některé anatomické vady řečových orgánů patří mezi příčiny narušené řeči. Zde je třeba vyšetření citlivosti ústní dutiny. K neuromotorickým poruchám patří dysartrie,

apraxie řeči a vývojová verbální dyspraxie. V závislosti na stupni mentálního vývoje se objevují kognitivně-lingvistické nedostatky.

K vnějším faktorům patří psychosociální vlivy. Ty působí na artikulační schopnost v závislosti na věku i pohlaví.

Dyslalii dělíme podle několika hledisek.

Jestliže dítě některou hlásku vynechává označujeme tuto vadu jako mogilalii. Pokud dítě hlásku ještě neumí vyslovovat a zaměňuje ji za jinou, jedná se o paralalii. Pokud tato odchylka přetrvává i po dokončeném vývoji výslovnosti, označuje se příponou – izmus.

Dělení podle příčin:

Orgánová (organická) dyslalie, kterou dělíme podle lokalizace na akustickou při vadách sluchu, labiální při defektu rtu, dentální při defektech zubů, palatální při anomáliích patra, lingvální při odchylkách jazyka, nazální při narušení nazality.

Funkční (funkcionální) dyslalie je odchýlná výslovnost bez patologicko-anatomického podkladu. Může být narušena schopnost sluchové diferenciacce (senzorický typ) nebo jde o artikulační neobratnost, která je způsobena patologickou artikulační dynamikou (motorický typ).

Dělení podle rozsahu:

Dyslalie levis (simplex) je jednoduchá vada výslovnosti jedné nebo několika hlásek. Ta se ještě dělí na monomorfní, kdy vadně vyslovované hlásky jsou z jedné artikulační oblasti a polymorfní, kdy vadně vyslovované hlásky jsou z více artikulačních oblastí.

Dyslalie gravis (multiplex) je těžká vada výslovnosti a je postižena artikulace většího počtu hlásek.

Dyslalie univerzalis (tetizmus) u ní je postižena výslovnost většiny hlásek a řeč je prakticky nesrozumitelná.

Dělení podle vývojového hlediska:

Dyslalie fyzilogická – nesprávná výslovnost asi do 5. roku je považována za přirozený jev. Fyzilogická dyslalie se upravuje vývojem diferenciačního útlumu,

pomocí něhož se slyšená slova analyzují a vytvářejí se správné akusticko-artikulační spoje.

Dyslalie prodloužená fyziologická – o ní hovoříme, když nesprávná výslovnost přetrvává do 7. roku. Někdy se výslovnost může sama upravit.

Dyslalie pravá je pokud je vadná výslovnost zafixovaná a neupraví-li se do 7. roku.

Dělení podle kontextu:

Dyslalie hlásková, která se týká jednotlivých hlásek

Dyslalie kontextová, která je slabiková nebo slovní. Jednotlivé hlásky jsou vyslovovány správně, ale ve slabikách nebo slovech jsou vyslovovány špatně.

Dyslalii můžeme dělit na konstantní, kdy hláska je tvořena vadně ve všech artikulačních souvislostech a na dyslalii nekonstantní, kdy hláska není vždy tvořena špatně, v některých spojeních je tvořena správně.

Při **diagnostice** dyslalie je nutné zjistit, zda je dyslalie primární a vyšetřovaná osoba nemá další postižení nebo se jedná o dyslalii symptomatickou a dyslalie vzniká v důsledku jiného postižení.

2.5.8.2 Dysartrie

Jak uvádí Kraus (2005, s. 243), Šáchová píše, že téměř u třech čtvrtin dětí s dětskou mozkovou obrnou se sekundárně vyskytuje vývojová **dysartrie**. Tato porucha může mít různý stupeň. Někdy jde pouze o lehčí poruchu artikulace, jindy jde až o úplnou neschopnost artikulace, hovoříme o anartrii.

Dysartrie je považována za poruchy motorické realizace řeči různého rozsahu, které vznikají na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Definic pro dysartrii je mnoho a jsou zatím nestejně názory, co je projev dětské mozkové obrny a co je projev dysartrie. Proto jsou také nejednotné informace o procentech výskytu dysartrie při dětské mozkové obrně.

Korová dysartrie vzniká následkem poruchy pyramidových buněk v mozkové kůře. Řeč je tvořena těžkopádně, má spastický charakter a někdy se přidávají mlaskavé

zvuky. Projevuje se neschopností bezchybně vyslovit víceslabičná slova nebo složitější mluvní celky.

Pyramidová dysartrie vzniká porušením pyramidové dráhy od buněk v mozkové kůře k jádrům mozkových nervů v bulbu. Někteří autoři ji nazývají spastická, protože provází spastickou formu dětské mozkové obrny. Příznačná je pro ni omezená pohyblivost orofaciálního svalstva, které ovlivňuje artikulaci. Hlávky náročné na artikulaci dítě vůbec nevysloví. Dýchání je mělké, s častými nádechy i uprostřed slov. Hlas je tvořený s větší námahou, příznačné jsou tvrdé hlasové začátky.

Extrapyramidová dysartrie vzniká při poruše extrapyramidového systému, tedy jader v podkorových oblastech. Dýchání je mělké, ruší srozumitelnost řeči. Při nádechu dochází ke stažení hrudníku. Pro hlas jsou typické tvrdé hlasové začátky. Artikulace je zpomalená, rušená nekoordinovanými, mimovolnými pohyby mluvidel. Děti nedořikávají slova do konce, některé hlávky znějí slabě, jiné jsou naopak silně vyražené. Při této formě dysartrie se vyskytuje nejčastěji dysprozodie, narušení modulace řeči. To může zvýraznit nápadně nesrozumitelnost řeči. Projevuje se od pomalého tempa řeči až po skandovanou řeč. Časté je i opakování slabik nebo celých slov.

Cerebelární dysartrie vzniká při poškození mozečku a jeho drah. Dýchání je mělké s nedostatečnou kontrolou při výdechu. Výdechový proud je silný a nepravidelný, což řeč ovlivňuje negativně. Hlas je nestabilní s proměnlivou silou. Řeč je pomalá, nerytmická, s častými pauzami.

Bulbární dysartrie vzniká následkem poškození jader motorických nervů v bulbu nebo nervů vycházejících z nich ke svalům mluvního ústrojí. Hlávky jsou artikulovány odděleně a často prodlouženě. Bývá provázena otevřenou huhňavostí. Je narušeno i polykání a žvýkání.

Kromě těchto typů dysartrie se může objevit dysartrie smíšená, která vzniká kombinací uvedených typů.

2.5.8.3 Diferenciální diagnostika

Jak uvádí Kabele (1988, s. 33), nejčastějšími případy poruch řeči při dětské mozkové obrně jsou poruchy vzniklé na základě poruch hybnosti mluvních orgánů. Předpokladem úspěšné logopedické práce je nutné odborné vyšetření řeči. Na vyšetření řeči se podílí mnoho odborníků (neurolog, foniatr, psycholog a další).

Dysartrie vzniká na podkladě organického postižení centrální nervové soustavy, dyslalie je bez neurologického nálezu.

V tab. č. 3 je uveden rozdíl v jednotlivých oblastech.

Tabulka č. 3 Diferenciální diagnostika mezi dysartrií a dyslalií

	DYSLALIE	DYSARTRIE
Porucha dýchání - respirace	Není narušeno	je narušeno
Tvorba hlasu - fonace	Není narušena	Je vždy narušena
Artikulace	Je narušena	Je narušena
Gramatická stavba jazyka	Je dobrá	Je dobrá
Porozumění řeči	Není narušeno	Není narušeno
Modulační faktory (melodie, intonace, přízvuk, tempo, pauzy, hlasitost, plynulost)	Nejsou narušeny	Jsou narušeny

2.6 Diagnostika poruch řeči při dětské mozkové obrně

Pro zjištění poruch řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou je někdy nutné vyšetření několikrát opakovat a zjistit příčiny opožděného nebo omezeného vývoje řeči. Řečové projevy dětí s dětskou mozkovou obrnou mohou kolísat v závislosti na poloze těla, při vzrušení může zesílit jejich spasticita apod. Vyšetření se provádí v různých polohách, sleduje se i motorika, dýchání, fonace. Může se jednat o poruchu centrálních řečových oblastí v mozku, snížení rozumových schopností,

poruchy sluchu nebo hybnosti mluvních orgánů.

Pro diagnostiku poruchy řeči je nutné komplexní vyšetření, na kterém se podílí tým mnoha odborníků.

Na prvním místě je vyšetření neurologa, který stanoví primární somatickou diagnózu a od ní se odvíjejí další vyšetření. Pro logopeda je důležité vyšetření psychologa, který zhodnotí stav rozumových, kognitivních a duševních schopností. Zároveň je nutné posoudit míru psychické zátěže, kterou je dítě schopné snášet.

Dyslalie u dětí s dětskou mozkovou obrnou nemusí být pouze následek poruch hybnosti mluvních orgánů. Je nutné zjistit příčiny poruch, které mohou být v poruše centrálních řečových oblastí mozku, ve snížených intelektových schopnostech, v poruchách hybnosti nebo v poruchách sluchu. Spasticita nebo nepotlačitelné mimovolní pohyby dětem zabraňují ve vytváření hlásek. Někdy děti správně vysloví jednotlivou hlásku nebo i celé slovo, ale nemají schopnost vytvářet delší mluvní celky.

Při mentální retardaci dítě není schopné vytvořit samostatně delší mluvní celek.

Při poruchách sluchu se dítě jeví jako nepozorné, protože neslyší příkazy. Když pracuje samostatně, je schopné zadaný úkol splnit.

Při centrální poruše v motorické oblasti mozkové kůry dítě rozumí řeči, plní zadané úkoly, ale nemluví.

Při poruchách hybnosti mluvních orgánů dítě nedovede vytvářet správně jednotlivé hlásky.

Důležitá je i spolupráce s rehabilitačním pracovníkem, který pomáhá s rozvojem hybnosti. Neméně důležitá je i spolupráce s ostatními odborníky jako foniatr, oftalmolog nebo psychiatr. Pokud dítě s dětskou mozkovou obrnou navštěvuje školu, tak se připojuje spolupráce se speciálním pedagogem a učitelem.

Nejdůležitější roli hraje rodina. Na té záleží nejvíce, jak se o dítě dokáže postarat, jakou péči mu zajistí. Jak jsem již zmiňovala, děti s dětskou mozkovou obrnou mají pro svoji imobilitu omezený přístup k informacím a právě rodina jim může zajistit dostatek podnětů. Proto je pro děti s dětskou mozkovou obrnou velká výhoda, pokud mohou vyrůstat v rodině, která o ně s láskou pečuje.

Jak uvádí Lechta (2002, s. 106), Kábele vidí specifickou poruchu řeči u dětí s dětskou

mozkovou obrnou v poruchách motoriky a motorické koordinace svalstva mluvních orgánů (dýchacích, fonačních i artikulačních). Řeč je porušena ve všech jazykových rovinách.

Foneticko-fonologická rovina

U dětí s dětskou mozkovou obrnou je typický omezený nebo opožděný vývoj výslovnosti. Dítě nedokáže vytvářet jednotlivé hlásky, protože mu v tom brání spasticita nebo nepotlačitelné mimovolní pohyby. Jak uvádí Lechta (2002, s. 103), často je narušena schopnost automatizace řeči, vytváření mluvních celků.

Morfologicko-syntaktická rovina

Gramatická stavba řeči je nejvíce postižena při snížených rozumových schopnostech. Dítě vysloví slovo, ale není schopné vytvořit větu. Dítě se vyjadřuje v jednoslovných větách.

Lexikálně-sémantická rovina

Děti s dětskou mozkovou obrnou mají omezené možnosti v získávání poznatků. Tvorba slovní zásoby je ochuzená, protože děti nemohou zapojovat všechny smysly. Pojmy jsou proto nepřesné a i když slovo použijí, ne vždy mu rozumí.

Pragmatická rovina

V důsledku postižení motoriky a oromotoriky děti s dětskou mozkovou obrnou nejsou schopné zrealizovat svůj komunikační záměr. Lechta (2002, s. 103) upozorňuje na negativní následky ve vztahu matka-dítě. Matka může být bezradná, protože jí např. chybí důležitá zpětná vazba ze strany dítěte.

Při dysartrii je řeč porušená ve všech jazykových rovinách, při dyslalii je řeč porušena pouze ve foneticko-fonologické rovině.

2.6.1 Logopedické vyšetření

Logopedické vyšetření by mělo navazovat na vyšetření neurologické a psychologické. Měli by ho provádět zkušení logopedičtí pracovníci. Dítě se dostává do neznámého prostředí. Nutné je navázání kontaktu, zbavení dítěte strachu z vyšetření. Tomu může pomoci i vhodné vybavení místnosti. Pouze při získání důvěry dítěte je možná spolupráce a úspěch v práci.

Pro děti je důležitý správný vzor, proto při logopedickém vyšetření je nutné i zjištění výslovnosti všech členů rodiny. Někdy se podaří upravit výslovnost vadné hlásky, která vznikla na základě špatného vzoru.

Dále se sledují poruchy v dalších stránkách mluvního projevu a mluvních orgánů. Jak uvádí Kraus (2005, s. 248), Šáchová se při komplexním logopedickém vyšetření dítěte s vývojovou dysartrií zaměřuje na:

- celkový dojem z dítěte (jak se dítě projevuje, zda chodí s oporou nebo nechodí, hrubá a jemná motorika, soustředění, spolupráce a adaptace, vztah mezi rodiči a dítětem)
- přidružená postižení
- příjem potravy a tekutin (zda dítě jí a pije samo, schopnost přijímat potravu, typ potravy, poloha při krmení)
- orofaciální vyšetření (vyšetření motoriky mluvidel a obličejového svalstva, citlivost v dutině ústní a na obličejí, přítomnost orálních reflexů)
- ovládání slinotoku
- vyšetření fonace (síla, výška, barva a způsob tvoření hlasu)
- vyšetření rezonance
- vyšetření artikulace
- vyšetření porozumění řeči a fonemického sluchu
- vyšetření obsahové stránky řeči (způsob, jakým dítě komunikuje, slovní zásoba, stavba věty, gramatika)
- vyšetření modulačních faktorů mluvené řeči (přízvuk intonace, tempo a pauzy v řeči, hlasitost, mluvní neurózy)

U starších dětí se kontroluje čtení, grafomotorika, zpěv a recitace.

Součástí vyšetření je rozhovor s rodiči, který mám pomůžte upřesnit údaje o dosavadním vývoji dítěte. Rozhovor s rodiči by se neměl provádět před dítětem. Někdy je vhodné odložit rozhovor nebo pozvat rodiče na schůzku bez dítěte.

2.7 Logopedická péče

Cílem logopedické péče je dosáhnout pokud možno uvolněného, plynulého, rytmického a artikulačně správného mluvního projevu. Logopedická péče musí být součástí komplexní rehabilitační péče, protože nejčastějšími případy poruch řeči jsou poruchy na základě poruch hybnosti mluvních orgánů. S logopedií by se mělo začít co nejdříve, už v době, kdy se zjistí, že dítě má problém s polykáním a sáním. Do péče klinického logopeda se dítě dostává na doporučení lékaře (pediatra nebo neurologa). Pokud děti postižené dětskou mozkovou obrnou navštěvují nějaké školní zařízení mají zajištěnu logopedickou péči jako součást výchovně vzdělávacího procesu. Práce logopeda je velice náročná a výsledky se dostávají pomalu. Logoped by měl mít dobré zkušenosti, aby péče o dítě byla dostatečná. Zároveň musí spolupracovat s ostatními odborníky.

2.7.1 Zásady péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Jak uvádí Kraus (2005, s. 249), Šáchová upozorňuje, že při rehabilitační péči dítěte s dětskou mozkovou obrnou je třeba dodržovat určité zásady a postupy.

U nás rozpracoval zásady práce s dítětem postiženým dětskou mozkovou obrnou Ivan Lesný a navázal na něj František Kábele, když zásadu vývojovosti, reflexnosti a komplexnosti rozšířil o zásadu rytmizace, kolektivnosti a přiměřenosti (zásada individuálního přístupu).

1. Zásada vývojovosti

Projevuje se dodržováním zákonitého vývoje hybnosti a řeči člověka. Pro dodržení této zásady je nutné znát jednotlivá vývojová období, ve kterých si dítě osvojuje jednotlivé pohybové a mluvní dovednosti. Ve vývoji pohybových dovedností i ve vývoji řeči. Kábele zdůrazňuje dostatečně dlouhé přípravné období a až potom

nastupuje období vlastního tvoření, vlastních dovedností. V přípravném období dítě pozoruje činnost, kterou se má naučit. Sleduje ji tak dlouho, až získá dostatečné představy a odvahu činnost dělat. Potom teprve přecházíme k vlastnímu vytváření a osvojování pohybových a mluvních dovedností. Samotné osvojování probíhá ve čtyřech fázích a ne všichni postižení dosáhnou konečnou fázi. Děti s hlubokou mentální retardací zůstávají v přípravném stupni.

2. Zásada reflexnosti

Zásada vychází z využívání reflexů při rozvíjení pohybových a dorozumívacích schopností. U dětí s dětskou mozkovou obrnou to znamená především uplatňování tzv. reflexně-inhibiční (tlumivé) polohy. Pro nácvik reflexně-inhibičních poloh se volí taková poloha těla, ve které se dítě udrží bez obtíží a bez větší námahy. V reflexně- inhibičních polohách se provádějí, pokud je to možné, všechna logopedická cvičení. Logoped musí mít na zřeteli, že logopedická náprava zahrnuje celkový stav dítěte a ne pouze nácvik řeči. Logopedická péče musí prolínat s rehabilitačními postupy.

3. Zásada rytmizace

Zásada se uplatňuje už při přípravných dechových a artikulačních cvičeních. Využívá se příznivého vlivu pohybového a mluvního rytmu. Jak uvádí Lechta (2002, s. 116), Kábele zdůrazňuje, že rytmizací můžeme dosáhnout stejně výrazného snížení spasticity a dyskinezií jako při aplikaci reflexně- inhibiční polohy.

4. Zásada komplexnosti

Jedná se o požadavek komplexnosti v péči o postižené dětskou mozkovou obrnou. Při rozvíjení řeči se jedná o posilování účinku sluchových podnětů zrakovými, motorickými a kinestetickými a zejména rytmickým pohybem.

5. Zásada kolektivnosti

Pro děti s dětskou mozkovou obrnou je velmi vhodné, pokud mohou pohybové a dorozumívací dovednosti nacvičovat v kolektivu. Má to i význam pro socializaci. Kolektiv musíme volit pečlivě, protože i začlenění do kolektivu má svá rizika. Jak uvádí Kábele (1988, s. 154), rozvíjení pohybových a dorozumívacích dovedností dětí

s dětskou mozkovou obrnou a jinými kombinovanými vadami svědčí jednoznačně pro cvičení s těmito dětmi v malých skupinkách, zpravidla čtyřčlenných.

6. Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu.

Na každé dítě, se kterým logoped pracuje, musí přihlížet individuálně. Pro každé dítě je vypracován individuální plán, protože každé dítě má jiné schopnosti a předpoklady pro plnění požadavků.

Při odstraňování dyslalie bychom měli dodržovat zásady platné pro odstranění dyslalie. Tyto zásady byly zpracovány různými autory. V dnešní době se používají zásady tak, jak je popsal Seeman.

1. Zásada krátkodobého cvičení

Znamená, že výslovnost procvičujeme krátce a střídáme s relaxací. Jak píše Klenková (1998, s. 23), Seeman doporučoval cvičit 2-3 minuty 20-30 krát denně. Proto je nutná spolupráce s rodiči.

2. Zásada využití sluchové kontroly

Využívá zpětnou kontrolu formou sluchového vnímání nově vytvořené hlásky.

3. Zásada používání pomocných hlásek

Při vyvozování nových hlásek využíváme hlásky pomocné, které dítě už umí vyslovit.

4. Zásada minimální akce

Znamená cvičit bez přehnaného úsilí, protože přepínáním výkonu by se dítě dostávalo zpět do špatných stereotypů.

5. Zásada motivace a novosti

Při nácviku je nutné vzbudit zájem dítěte, snažit se o udržení pozornosti.

6. Postupujeme od snadnějšího ke složitějšímu.

7. Vyvozujeme vždy jen jednu hlásku

Hlásku si musí dítě procvičit a zafixovat, teprve potom přistupujeme k vyvozování další hlásky.

8. Zásada individuálního přístupu

Každé dítě musíme chápat jako samostatnou bytost, každé dítě má jiné předpoklady.

9. Zásada pozitivního přístupu

Snažíme se o posilování sebevědomí dítěte. Zdůrazňujeme klady ne nedostatky dítěte.

2.8 Rodina s dítětem postiženým dětskou mozkovou obrnou

Výchova postiženého dítěte je pro rodiče velká zátěž. Musí změnit své životní priority. Znamená to zátěž emoční, mnohdy bývá i fyzicky náročná.

Psychická zátěž vede často k rozpadu rodiny. Matka se zcela soustředí na péči o postižené dítě a otec rodinu opouští. To má další důsledky, protože pokud nemá matka podporu u dalších členů rodiny (např. prarodiče) těžko zvládá péči po finanční stránce. Pro dítě je nevýhoda, že mu chybí mužský vzor. To má nepříznivý vliv na jeho socializaci.

Nelze pátrat po viníkovi. Každý z rodičů by měl nést svůj díl odpovědnosti nejen k postiženému, ale i k ostatním členům rodiny.

V rodinách bývají zasaženi i sourozenci postiženého, protože větší pozornost bývá věnována péči o postiženého sourozence.

První informace o postižení dítěte by měla být oznámena oběma rodičům současně. Je nutné, aby informaci sděloval ošetřující lékař a v klidném prostředí. Kromě popsání postižení, jeho pravděpodobných příčin, by se rodiče měli dozvědět i možnou prognózu, která obsahuje určitou naději, která nesmí být nereálná. Rodiče mají znát pravdu, možnosti pomoci a spolupráce.

První reakcí rodičů je negace. Nechtějí se smířit s tím, že toto se týká právě jejich dítěte. Potom následuje agrese, kdy se rodiče snaží najít viníka. Následuje fáze

smlouvání, kdy se rodiče snaží najít nějaké rychlé východisko z dané situace. Lékař musí být trpělivý. Některé aktivity, které rodiče nabízejí může rodičům schválit, pokud neohrozí dítě. Po těchto reakcích zpravidla přichází apatie, deprese. Teprve potom přichází fáze smíření. Rodiče se reálně začnou zajímat o možnosti pomoci svému dítěti, jak stav řešit a jak spolupracovat. S informací o postižení dítěte se vyrovnává každý jinak a pro postižené dítě je nejlepší řešení, když rodiče tuto krizi společně zvládnou a starají se společně.

Aby mohli rodiče svému dítěti pomoci, musí vědět co nejvíce o postižení. Pokud mají k lékaři důvěru, je to vhodnější pro získání informací. Je také velice dobré, pokud se spojí s rodiči, které mají také takto postižené dítě. Získají tím mnoho praktických poznatků.

Dítě s postižením potřebuje porozumění. Rodiče by mu měli být oporou, musí ho výchovně vést. U postižených dětí platí ještě více než u zdravých dětí, že potřebují podnětné prostředí. Výchova dítěte s postižením vyžaduje mnoho trpělivosti a času, což přirozeně hodně vyčerpává. Je proto vhodné, když si rodiče dokáží práci rozdělit a aby se na ní podíleli všichni členové rodiny.

Výchova a pomoc postiženému dítěti by měla přijít v pravý čas. Vývoj dítěte má své zákonitosti. Rodiče se mnohdy ve snaze něco udělat pro dítě ukvapují. Předbíhají odborná doporučení, zvyšují doporučené dávky denní rehabilitace. Dětem tím nepomohou, naopak jim mohou ublížit.

Někdy se v rodinách objevuje opačná reakce. Výsledky se dostavují příliš pomalu, rodiče si nedokáží rozdělit úlohy a brzy jsou psychicky vyčerpaní. Vzdávají péči o postižené dítě a soustředí se pouze na jeho základní potřeby.

I zde platí zásada přiměřenosti. Ve spolupráci s odborníky se soustředit na to, co je nejdůležitější a v čem je reálná naděje na úspěch. Je to především sebeobsluha, udržování tělesné čistoty, umět se čistotně najít, dodržovat hygienické návyky. Nutné je, aby očekávání rodičů byla realistická. Nesmějí od dítěte požadovat více, než je schopné zvládnout. Pouze pokud dítě žije v rodině, která ho přijímá takové, jaké je, může dosahovat lepších výsledků v rozvíjení pohybových a dorozumívacích dovedností. Tím mu vytvoří lepší předpoklady pro začlenění ve společnosti.

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Bakalářská práce na téma Logopedická péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou je průzkumného charakteru. Z názvu vyplývá, že práce se týká dětí s dětskou obrnou a jejich komunikací. Bylo pracováno s dětmi, které měly různé formy dětské mozkové obrny. U všech těchto dětí byla odborníkem diagnostikována dyslalie. Jednalo se o děti s dyslalií různého stupně. Vzhledem k věku dětí (nejmladšímu dítěti z výběrového vzorku je 5 let a 6 měsíců) se jedná o dyslalii prodlouženou fyziologickou nebo dyslalii pravou.

S dětmi s dětskou mozkovou obrnou bylo pracováno nepravidelně. Velkou bariérou při práci s dětmi je komunikace. A právě komunikace je mnohdy opomíjena oproti tělesné rehabilitaci.

Cílem praktické části bylo zjištění úrovně řeči a komunikace dětí u různých forem dětské mozkové obrny. Zároveň bylo sledováno, jak mají tyto děti zajištěnou vhodnou logopedickou péči ve spojení s rehabilitační péčí.

Cílů a potvrzení, či vyvrácení předpokladů bakalářské práce bylo dosahováno pomocí použitých metod, mezi které patří: pozorování, studium spisové dokumentace, orientační logopedické vyšetření a rozhovor.

3.2 Popis výběrového vzorku

Průzkum byl prováděn od září do konce listopadu 2005. Výběr dětí byl náhodný. Byly vybírány děti s dyslalií a s dětskou mozkovou obrnou na různých zařízeních.

Pro kazuistiku bylo vybráno pět dětí. Jedno dítě je integrované na základní škole, ostatní děti navštěvují speciální zařízení. Tři děti navštěvují speciální mateřskou školu a jedna dívka základní školu speciální. Tyto děti mají různou formou dětské mozkové obrny.

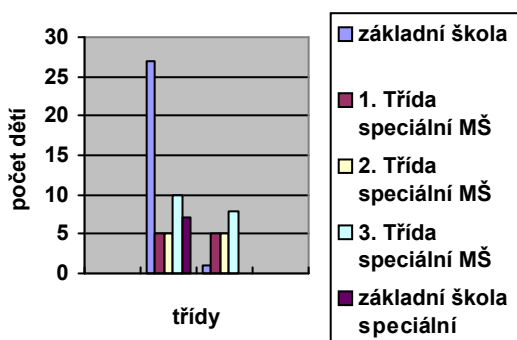
V základní škole, kde je jeden chlapec integrovaný, je 27 žáků. Chlapec má

asistentku. Ve speciální mateřské škole je ve dvou třídách 5 dětí, v jedné 10 dětí. S dětmi jsou většinu času dvě učitelky. V základní škole speciální je 7 žáků a pracuje s nimi 1 učitelka a 1 asistentka. Ve speciální mateřské škole i základní škole speciální jsou děti s různými typy postižení.

Tabulka č. 4 Přehled počtu dětí v jednotlivých třídách

Třída	Počet dětí	Z toho postižených dětí
Základní škola	27	1
1. třída speciální mateřské školy	10	8
2. třída speciální mateřské školy	5	5
3. třída speciální mateřské školy	5	5
Základní škola speciální	7	7

Graf č. 1 Přehled počtu dětí v jednotlivých třídách



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že nejvíce dětí je na základní škole a nejméně dětí je ve speciální mateřské škole. Ve speciálních mateřských školách pracují současně dvě učitelky, v základní škole speciální učitelce pomáhá asistentka a na základní škole má dítě svoji asistentku. Nejnáročnější podmínky pro vzdělávání má chlapec integrovaný na základní škole. I přesto, že má svůj individuální plán, snaží se přizpůsobit tempu třídy zdravých dětí.

Při průzkumu bylo pracováno s dětmi s různými formami dětské mozkové obrny. V tabulce č. 5 je uveden přehled forem, se kterými bylo pracováno.

Tabulka č. 5 Přehled forem dětské mozkové obrny popsanych v kazuistikách

Forma spastická	Počet	Forma nespastická	Počet
diparetická	2	hypotonická	0
kvadruparetická	1	dyskinetická	1
hemiparetická	1	mozečková	0

Při pozorování se u dětí vyskytly častěji formy spastické (2x forma diparetická, 1x forma kvadruparetická, 1x forma hemiparetická) a pouze 1x forma nespastická.

3.3 Použité metody

K získání potřebných dat pro vypracování kazuistik byly použity tyto metody:

1. pozorování
2. studium odborné dokumentace
3. orientační logopedické vyšetření
4. rozhovor

3.3.1 Pozorování

Jak uvádí Hadj Moussová (2002, s. 39), pozorování je základní diagnostickou metodou, která je součástí dalších metod. Pozorování může být volné, kde sledujeme celou šíři pozorovatelných jevů, nebo systematické, které je zaměřené na určitý jev. Dále můžeme využít pozorování přímého a nepřímého.

Pozorování probíhalo různým způsobem. Bylo prováděno pozorování přímé i nepřímé. Děti byly sledovány při volné hře i při řízených činnostech. Pozorování bylo zaměřené na řečový projev dětí, na jejich mluvní projev mezi vrstevníky. Byla sledována i jejich reakce na mluvené slovo dospělého. Výhodou byla spolupráce s učitelkami, které byly ochotny konzultovat tento problém a předávat své poznatky o dětech.

V červnu 2005 byla zahájena příprava na práci. Byly pozorovány děti, u kterých měl být proveden průzkum. V září děti odjely do lázní, proto pro průzkum musely být vybrány jiné děti. Velkou nevýhodou je to, že s dětmi nemohlo být pracováno celý den. Některé děti jsou bojácné a dlouho trvá, než začnou spolupracovat. Další nevýhodou byla časová tíseň. V den, kdy se děti měly zúčastnit průzkumu, byly nemocné a práce musela být přeložena na jiný den.

3.3.2 Studium spisové dokumentace

Jak uvádí Švingalová (2004, s. 21), studium spisové dokumentace je metoda, která je nedílnou součástí jiných metod. Pomocí této metody můžeme získat údaje, které mívají vysokou míru objektivitu.

Ve studiu dokumentace byly omezené možnosti. V některých zařízeních nebylo možné zapůjčit si odbornou dokumentaci nahlédnutí. Byla zde pouze možnost opsat si diagnózu dítěte. Možnost prostudovat odbornou dokumentaci bylo možné pouze ve dvou z pěti případů.

3.3.3 Orientační logopedické vyšetření

Jak uvádí Tomická (2004, s.6), orientační logopedické vyšetření je metoda, která napomáhá nepřehlédnout případné nedostatky ve vývoji řeči dítěte (tedy i v rozumových schopnostech, ve vývoji motoriky, ...). Pomocí této metody zjistíme výrazná opoždění ve vývoji řeči a vady ve výslovnosti. Metoda má několik zkoušek a výsledky jsou pouze orientační. Při zjištění vad je nutná spolupráce s dalšími odborníky.

Orientační logopedické vyšetření bylo prováděno individuálně se všemi dětmi. Cílem bylo pomocí jednotlivých zkoušek zjistit úroveň jednotlivých oblastí. Údaje o dosavadním vývoji dítěte byly získány rozhovorem s učitelkou a některými rodiči. Některé informace, získané při orientačním logopedickém vyšetření, se při pozorování dětí nepotvrdily. Pro upřesnění údajů musely být zkoušky provedené znovu.

Nevýhodou při orientačním logopedickém vyšetření bylo to, že s dětmi nemohlo být pracováno po celý den. Trvalo chvíli, než děti navázaly kontakt a byly ochotny spolupracovat. Jejich soustředěnost s přibývajícím časem klesala.

3.3.4 Rozhovor

Jak uvádí Hady Moussová (2002, s. 43), rozhovor je zařazen mezi základní metody diagnostiky. Patří mezi explorativní metody. Veškerý kontakt s klientem je doprovázen komunikací, pomáhá k navázání kontaktu a vytvoření vztahu. Rozhovory dělíme na řízené a neřízené. Při řízeném rozhovoru má iniciativu dospělý, který má připravený určitý cíl. Klient má více prostoru pro mluvení v neřízeném rozhovoru, kde je v popředí spontánnost pozorovaného.

Rozhovory byly neformální s učitelkami, vychovatelkou, asistentkou, dětmi a některými rodiči.

Rozhovor s dospělými se týkal dosavadního vývoje dětí. Byly získávány informace o tom, jak se dítě zapojilo do kolektivu, jak spolupracuje při plnění zadaných úkolů a jak snáší kolektiv, jaké pokroky dělá od nástupu do zařízení a jaká je spolupráce s rodiči. V některých případech byla možnost konfrontace informací od rodičů a pedagogů.

3.4 Průběh průzkumu

Průběh průzkumu byl zpracován formou kazuistik.

3.4.1 KAZUISTIKA č. 1

Osmiletý chlapec s diagnózou dětská mozková obrna, triparéza s dyskinetickou formou. Zároveň má dyslalickou řeč.

Rodinná anamnéza:

Chlapec nemá sourozence. Rodina je úplná. Bydlí v rodinném domě, chlapec má svůj vlastní pokoj, který je přizpůsobený jeho potřebám. Matka má vysokoškolské vzdělání, otec středoškolské. O chlapce se starají pečlivě, má zajištěnu veškerou péči. Matka chodí do zaměstnání. Pracovní dobu má podle potřeb syna. Ze školy ho vyzvedávají střídavě oba rodiče.

Osobní anamnéza:

Osmiletý chlapec se narodil ve 39. týdnu. Porod byl klešťový, alternace ozev, pupeční šňůra byla krátká, proto měl nedostatek kyslíku.

Dyskineze je hlavně na rukách a vpravo. Sám začal používat přednostně levou ruku. Dnes je levák, ač není jasné, zda se jedná o přirozený vývoj laterality.

Od šesti týdnů s ním rodiče začali cvičit Vojtovou metodou. Cvičení trvalo do tří let. Dnes chodí plavat, na hypoterapii, cvičí Shiatzu, na balónu, používá na cvičení labilní plochy, úseče. Sám nechodí, používá berle nebo chodí s oporou o dospělého. K přemístění v herně používá lezení. Někdy se pokouší o samostatné kroky, ale chůze je nejistá a potřebuje dohled dospělého, aby nespádl. Od narození byl s matkou šestkrát v lázních v Košumberku a v Jánských lázních. V lázních má pravidelnou logopedickou péči. Operaci nemá žádnou. Chlapec s rodiči každý den cvičí. Jednou týdně chodí na hypoterapii a plavat. Ve škole chodí na keramický kroužek a jednou týdně je ve družině. Každý den se učí a to i v sobotu a neděli.

Logopedická anamnéza:

První slůvka začal říkat asi na třech letech. Vzhledem k rozsáhlému postižení motoriky, matka přesně nesledovala, kdy přesně začal mluvit. Ve čtyřech letech mu v lázních doporučili logopedická cvičení. Základem je nácvik správného dýchání. Dýchání je mělké, proto před nácvikem řeči procvičují foukání do polystyrénových míčků, flétnu, brčka. V počátku měl problémy vyslovit jednu slabiku. Stav se

postupně zlepšoval a dnes zvládne kratší slovo vyslovit celé na jeden nádech. Řeč je těžká, obtížně srozumitelná.

Logopedickou péčí má nepravidelně. Většinou se učí s matkou.

Sluch je v normě.

Mimické svalstvo jsem testovala podle Kwintova testu věkové stupnice aktivní mimické psychomotoriky (viz. příloha č. 1). Chlapec pracoval podle mé slovní instrukce a všechny cviky jsem mu ukázala. Při stanování výsledků se hodnotí výraznost pohybu a mimovolní pohyby. IV. stupeň zvládl s obtížemi. V. stupeň nezvládl, mimická motorika podle Kwinta zaostává o 2 roky.

Jednotlivé hlásky vyslovuje. Má problémy s výslovností hlásek S,C,Č (sigmatizmus). Chybí výslovnost hlásky R (mogirotacizmus). Hlásku L podle matky umí vyslovit, ale má špatný nácvik. Pokud ho někdo upozorní, tak ji vysloví. Při mém pozorování ji nevyslovil ani jednou. Chlapec má sigmatizmus, mogirotacizmus a mogilambdacizmus. Jedná se o dyslalií levis, monomorfní, symptomatickou.

Nezvládá rozklad slov na slabiky. Slabiku zopakuje celou. Při určování stejně a více nebo méně občas pouze hádá. Při rozkladu slov na slabiky, kdy má dávat stejný počet tyček, určí správně jen u dvojslabičného slova.

Při hře nebo psaní používá levou ruku a pravou rukou si levou ruku přidržuje. Při hygieně a sebeobsluze je závislý na pomoci. Některá jídla jí sám, ale neudrží čistotu. Při pití potřebuje někoho, aby mu držel hrneček. Když pije sám, tak se většinou polije.

Vypravuje, ale řeč není souvislá, často chybí časová posloupnost. Mluvené řeči rozumí a na slovní instrukce reaguje správně. Potřebuje ale delší dobu, aby si uvědomil, co má dělat. Na práci při vyučování se soustředí pouze krátkou dobu.

Školní anamnéza:

Dnes je žákem první třídy. Rodiče zažádali o integraci na základní školu. Žádost byla povolena a chlapec je integrovaný do základní školy běžného typu jako žák tělesně postižený. Ve třídě je 27 dětí. Chlapec má svoji osobní asistentku, která je s ním po celou dobu vyučování. Pomáhá mu s přípravováním pomůcek. Školní povinnosti zvládá stejně jako ostatní děti. O škole doma rodičům vypravuje, v kolektivu svým postižením netrpí. Zapojuje se do všech činností ve škole. Rád by se vyrovnal ostatním dětem, které ho přijaly velice dobře a pomáhají mu. Pro výuku má svůj

počítač, na psaní má pouzdro, které mu drží ruku. Psaní mu dělá problémy, při postižení, které má, neudrží ruku a psaní čar je nekoordinované. Tempo psaní na počítači je pomalé.

Kontakty s cizími lidmi (např. ve škole s novou učitelkou) navazuje bez problémů. Po třech měsících docházky se stav zhoršil. Řeči je hůře rozumět a učení mu začíná dělat potíže. Děti začaly číst slabiky, chlapec slyší slabiku, ale napíše jen jedno písmeno. Potřebuje více času, než si uvědomí, co má za úkol.

Během zpracování praktické části bakalářské práce jsem sledovala i zapojení postiženého chlapce mezi zdravé děti. Byla jsem se podívat na první den ve škole. Některé děti o tom, že do jejich třídy bude chodit postižený chlapec, věděly a nepřekvapilo je to. U ostatních dětí jsem viděla rozpaky, nevěděly, jak se mají k postiženému chlapci chovat. Při návštěvě třídy po týdnu byla již situace jiná. Děti chlapce přijaly kladně. Pomáhaly mu s připravováním pomůcek, děti z pátého ročníku pro chlapce přišly o přestávce a vzaly ho na procházku.

Učitelka má náročnou práci. Ve třídě je 27 dětí a mezi nimi je postižený chlapec. Chlapec má asistentku, která s ním bude pouze v 1. třídě. Ráda bych zůstala se školou v kontaktu a sledovala chlapce. Měla jsem možnost pracovat s ním první tři měsíce školní docházky. Matka mu věnuje maximální péči, ale někdy mám dojem, že by chtěla, aby se chlapec vyrovnal ostatním, zdravým dětem. Po třech měsících školní docházky je učení pro chlapce náročné, protože potřebuje mnohem více času, než si uvědomí, co má za úkol.

V integraci postižených na základní školu vidím mnoho pozitivního. Postižený člověk má právo žít mezi ostatními, zdravými lidmi a pro zdravé děti je to také velký přínos. Naučí se žít s lidmi s postižením, přijímat je takové, jací jsou. Zvykají si na to, že postižený potřebuje častěji pomoc od ostatních lidí, a nedělá jim problém postiženému pomoci.

Celkové hodnocení:

Chlapec měl opožděný vývoj už v kojeneckém věku. Matka péči nezanedbala a pravidelným cvičením se podařilo chlapcův stav stabilizovat.

Somatické postižení ovlivňuje motoriku ruky a mluvidel. Mimická motorika zaostává o 2 roky.

Měl odklad školní docházky a je integrován na základní škole. Nástup do základní

školy je obtížný i pro zdravé děti a pro dítě s dětskou mozkovou obrnou je to větší zátěž. Podařilo se zajistit osobního asistenta, protože v některých úkonech je zcela závislý na pomoci dospělého. Školu zvládá dobře, i když jsem ho sledovala v době, kdy chodil do školy pouze první měsíce a učení ještě není tak náročné. Matka má pocit, že chlapec učení bude zvládat po celou dobu. Myslím, že je nekritická, protože vůbec nepřipouští, že by mohly nastat nějaké problémy.

Vývoj řeči je pomalý. Do školy nastoupil s diagnózou dyslálická řeč. Jednotlivé hlásky vyslovuje, některé hlásky nemá vyvozené a některé nemá zafixované. Přesto se domnívám, že diagnóza měla být dysartrie, protože celkový mluvní projev odpovídá spíše této diagnóze. Řeč je pomalá, nekoordinovaná, jednotlivá slova vyráží. Při mluvení je mu velice špatně rozumět. Matka s ním pravidelně cvičí, ale logopedickou péčí, včetně rehabilitace obličejového svalstva má nepravidelně. Pravidelnou logopedickou péčí má zajištěnou pouze při lázeňském pobytu.

Vzhledem k problémům, které má nyní ve škole, je možné, že tempo vyučování nebude zvládat.

Chlapec má sigmatismus, mogirotacismus a mogilambdacismus. Jedná se o dyslalii levis, monomorfní. Dyslalie je symptomatická.

3.4.2 KAZUISTIKA č. 2

Chlapec 6 let a 8 měsíců s frustní levostrannou hemiparézou s drobnou centrální symptomatologií i na pravou horní končetinu. Retinopatie nedonošených, dislokace čočky, strabismus a tupozrakost levého oka.

Rodinná anamnéza:

Chlapec je z úplné rodiny. Navštěvuje speciální mateřskou školu. Má sestru, která také chodí do speciální mateřské školy, protože má zrakovou vadu. Při narození vážil 1400 gramů. Bydlí s rodiči a prarodiči v rodinném domku ve městě. Do speciální mateřské školy vozí děti rodiče autem nebo chodí s prarodiči pěšky. Mají psa, se kterým chodí každý den na procházky. Rodiče i prarodiče se dětem věnují.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil ve 29. týdnu. Měl časté záněty a v roce 2004 mu byly odoperované nosní mandle. Narodil se se vpáčenými ušními bubínky, proto má stipulky. Ve vývoji jsou známky lehké mozkové dysfunkce.

Kontakty s cizími lidmi navazuje bez problémů, je rád, když si může s někým povídat. Lokomoce bez problémů, nepotřebuje vozík ani berle. Pouze při chůzi po schodech je nejistý, bojí se a potřebuje pomoc dospělého.

V šesti letech má ještě problémy s pomočováním. V noci se pomočuje pravidelně. Přes den si neřekne doma ani ve školce a pomočí se. Sebeobsluhu zvládá, ale je pomalý.

Logopedická anamnéza:

Chlapec se narodil se vpáčenými ušními bubínky. Do obou uší měl operativně zavedené stipulky. Ty mají pomáhat převádět zvuk k bubínku a zabránit ucpávání ucha ušním mazem. Pokud má dítě převodní vadu sluchu, může mu stipulka pomoci sluch zlepšit. Chlapci jedna stipulka vypadla. V té době měl neštovice, proto šel na audiometrii až po čtrnácti dnech. V jeho případě se sluch neupravil. V jednom uchu má stále stipulku. Vysoké tóny slyší dobře a slova šeptaná i nahlas mluvená opakuje správně. Při hlubokých tónech jsem musela zkrátit vzdálenost při šeptané řeči na 2 metry. Špatně opakoval hlavně při šeptané řeči. Seznam slov pro sluchovou zkoušku viz. příloha č. 2.

Při rozhovoru sledoval moje ústa, někdy jsem mu musela větu zopakovat.

Zatím má první zuby, které se začínají vyměňovat. Rty si neolizuje, obličej má souměrný, jazyk nenechává mezi zuby. Ústa má otevřená, nezvládá dýchání nosem. S jídlem ani s pitím nemá problémy. Při jídle udrží čistotu, pije i brčkem.

Má vysoké patro.

Při mluvení se mezi slovy nenadechuje. Mluví v krátkých větách, které řekne na jeden nádech. Nadechuje se vždy ústy.

S jazykem cvičí správně a dělá cviky s radostí. Umí olíznout spodní i horní ret, jazykem počítá zoubky, bez problémů udělá „kapřika“. Uzdička je v normě.

Podle Kwintova testu mimická motorika zatím nezaostává.

U slov tříslabičných, která jsou obtížnější na výslovnost, občas přesmykuje slabiky, ale po zopakování slova ho vysloví správně. V řadě slov, kde se vyskytují ostré a

tupé sykavky má problém s diferenciací.

Vytleskávání slov na slabiky nezvládne. První hlásku ve slově neurčí, nezvládne určit ani první slabiku u slova, které mu vytleskám.

Samohlásky včetně dvojhlásek zvládá. Problémy má s hláskou L. Na začátku slova ji říká, ale musí si dát pozor, když si nedá pozor, tak ji nahrazuje hláskou V (paralambdacismus). Uprostřed a na konci slova ji nahrazuje hláskou V vždy. R je hrtanové (laryngální rotacismus). Jedná se o fyziologickou dyslalii levis, nonkonstantní, monomorfní, symptomatickou.

Slovní zásoba je malá. Velký zájem má o auta, ale opakuje stejné věty. Věty jsou gramaticky správné, ale používá pouze krátké věty. Pasivní zásoba je dobrá, pokynům rozumí a dokáže je plnit. Při vypravování je potřeba používat doplňující otázky. Samostatně nehovoří, na otázky odpovídá jednou větou, někdy pouze jedním slovem. V prostoru, který zná, se orientuje správně.

Básničky poslouchá rád. Obtížněji se vytvářejí paměťové stopy. Při hře Babička jede do Číny si pamatuje pouze dvě slovíčka, což ale souvisí i s jeho nepozorností. Na práci se neumí soustředit, jeho pozornost je pouze krátkodobá.

Grafomotoriku jsem testovala pomocí testu grafomotoriky (viz. příloha č. 3). Podle předlohy nezvládá obkreslování. Kreslí pouze auta, jiné náměty ho nezajímají.

Při střihání a kreslení používá vždy levou ruku. Koordinace ruka – oko je špatná. Při kreslení cestičky nesleduje trasu, při vybarvování se nedrží čar. Krasohled vezme do levé ruky a dívá se pravým okem, lateralita je zkřížená.

Školní anamnéza:

Chlapec chodí do speciální mateřské školy druhým rokem. V kolektivu si zvykl. Ostatní děti mu nevadí, ale nehraje si s nimi. Většinou sedí blízko učitelky, se kterou si povídá, nebo si sám kreslí. Do společných činností se zapojuje a zadaným úkolům rozumí. Ve speciální mateřské škole má zajištěnou pravidelnou logopedickou péči. Zadané úkoly plní, ale nesoustředí se. U činnosti vydrží pouze chvíli, takže úkol nesplní a potřebuje individuální péči k jeho dokončení. Má odklad školní docházky a rodiče by chtěli zažádat o integraci dětí na základní školu běžného typu.

Celkové hodnocení:

Chlapec má odklad školní docházky. Špatně se soustředí i malý podnět odvede jeho

pozornost. Terapie se soustředí na posilování sebevědomí a sebedůvěru. Práci, kterou započne, málokdy dokončí. Potřebuje pomalejší tempo práce. Grafomotorika neodpovídá věku. Řeč je srozumitelná, dokáže říct přání, zformuluje otázku. Souvislý projev neodpovídá věku. Většinou mluví v krátkých větách, souvětí nepoužívá vůbec. Ve výslovnosti se někdy objevují sykavkové asimilace. Ve speciální mateřské škole má zajištěnou pravidelnou rehabilitaci. Každé logopedické cvičení se začíná rehabilitací obličejového svalstva.

Výslovnost hlásek je správná až na hlásku L a R (paralambdacismus a rotacismus). Jedná se o dyslalii levis nonkonstantní, monomorfní, symptomatickou. Vzhledem k malému postižení oromotoriky je předpoklad, že nácvik hlásky L zvládne.

3.4.3 KAZUISTIKA č. 3

Chlapec 5 let a 6 měsíců s diagnózou dětská mozková obrna, hyperkinetický syndrom, diparéza. Zároveň byl diagnostikován strabismus a dyslálická řeč.

Rodinná anamnéza:

Chlapec je z úplné rodiny. Bydlí ve městě v panelovém domě. Sourozence nemá. Matka se věnuje synovi a do práce nechodí. Do speciální školky ho vozí oba rodiče autem.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil na 29. týdně a vážil 1420 gramů.

Chodí sám, bez opory, ale chůze je těžká, nekoordinovaná, často se zamotá a proto potřebuje dohled, aby se předešlo úrazu. Postižení je na obou rukách. Předmět do ruky uchopí, ale občas si ho musí přidržit druhou rukou. Tužku v ruce udrží, ale psaní je nekoordinované, křečovitě. Na kreslení se soustředí, oči dává blízko k papíru.

Logopedická anamnéza:

Chlapec je hyperaktivní. U činnosti vydrží pouze krátkou chvíli, proto je nutné činnosti střídat. Sluchovou zkoušku jsme dělali několikrát, protože se nesoustředil.

Bylo to na mém prvním setkání s ním a jak mi oznámila jeho učitelka, chlapec se před cizími lidmi rád předvádí. Přesto jsme sluchovou zkoušku dodělali a chlapec slyší mluvenou i šeptanou řeč. Ani ze závěrů vyšetření, která má speciální škola, není nikde zápis o tom, že by měl se sluchem problémy.

Lateralita je nevyhraněná. Při hrách bere vždy stavebnici do pravé ruky a levou si pomáhá, při kreslení bere tužku střídavě do pravé i levé ruky. Na pravém oku má okluzor.

Dýchání je mělké, nadechuje se po každém slovu. Při dechových cvičeních nezvládne hluboký nádech. Při dýchání do pěnových míčků si pomáhá rukou. Při hře často dýchá ústy.

Na lepší úrovni je pasivní slovní zásoba. Při rozhovoru používá kratší věty, souvětí nepoužívá vůbec.

Sluchová paměť na dobré úrovni, ale problém je se soustředěním se na učení. Je ochotný učit se pouze, když ho něco opravdu zaujme. Písničky má rád, ale nemá hudební sluch, tak si vytváří svoje vlastní melodie.

Zatím má první zuby. Uzdička je v normě. Má gotické patro. Při pozorování obličeje jsem nezjistila žádné problémy, rty si neolizuje, obličej má souměrný. Jazyk nenechává mezi zuby, ale při mluvení ho vystrkuje z úst. Jazyk je málo pohyblivý. Vylázne jazyk, ale olízne si pouze dolní ret, horní ret neolízne, olíznout dokola celá ústa nezvládne. I motorika rtů je postižená. Umí se usmát, ale našpulit ústa nezvládá. Podle Kwintova testu mimické psychomotoriky (viz. příloha č. 1) má s některými cviky problémy, jiné zvládá s obtížemi, zaostává o 1 rok.

Nají se a napije sám, ale neudrží čistotu u jídla. Napije se i brčkem. Na toaletu si dojde sám, ale opět potřebuje dohled dospělého, aby se předešlo úrazu.

Ve výslovnosti nezvládne dvojhlásku OU, hlásku U nahrazuje hláskou J. Při výslovnosti hlásek TDN vystrkuje jazyk z úst, ale hlásky vysloví. Když vyslovuje hlásku L, jazyk leží volně v ústech. Hlásku R nevysloví a nahrazuje ji hláskou J (pararotacismus). Jedná se o dyslalii levis, konstantní, monomorfní, symptomatickou.

Rytmizaci slov zvládne pouze s doprovodem učitelky. Když popisuje obrázek, jmenuje věci, které vidí. Téměř nepoužívá přídavná jména. Na otázku „Co dělá?“ odpoví pouze jedním slovem. Mluvené řeči rozumí a pokyn umí splnit. Příběh podle obrázku (viz. příloha č. 4) nevypravuje ani s dopomocí.

Školní anamnéza:

Na cizí prostředí si zvykl bez problémů. Je zvyklý na cizí osoby a kontakt s nimi navazuje rychle. Je rád středem pozornosti, protože v rodině mu často ustupují. Mívá proto také problém s přizpůsobením se v kolektivu dětí. Často skáče do hovoru dětem i dospělým. Také s plněním příkazů má problémy. Pokynům rozumí, ale málokdy je plní.

Celkové hodnocení:

Chlapec chodí prvním rokem do speciální mateřské školy. Do kolektivu se zapojil dobře, ale má problémy s udržením kázně. Je hodně živý, proto potřebuje neustálý dohled. Jeho pohyby jsou nekoordinované a mohl by si ublížit.

Řeč je srozumitelná, ale hodně pomalá. Ve speciální škole má zajištěnou pravidelnou logopedickou péči, ale zadané úkoly s matkou doma neprocvičuje, proto dělá jen velmi malé pokroky.

Vzhledem k tomu, že má gotické patro je výslovnost hlásek TDN, ěDŇ, L, R, ČŠŽ problém.

Jedná se o dyslalii levis, konstantní, monomorfní, symptomatickou.

3.4.4 KAZUISTIKA č. 4

Chlapec 5 let a 7 měsíců s diagnózou dětská mozková obrna, spastická diparéza, vada zraku a dyslalie.

Rodinná anamnéza:

Chlapec žije s matkou sám. Má již dospělého bratra. Ten s nimi nebydlí, ale často je navštěvuje. Oba chlapci si spolu rozumí, vztah mezi nimi je kladný. Matka do zaměstnání nechodí. Syna do mateřské školy vozí autem. Pravidelně ho vyzvedává po obědě.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil na 29. týdnu. Porod byl císařským řezem a porodní váha byla 1,25 kg. Po porodu byl v inkubátoru.

Dnes navštěvuje speciální mateřskou školu. Pravidelně dochází do pedagogicko-psychologické poradny. Lokomoce je pouze lezením, při pohybu po schodech je zcela odkázán na pomoc dospělého. Předměty bere do obou rukou.

Logopedická anamnéza:

Při prvním setkání se mnou odmítal mluvit. Sluchová zkouška neukázala, že by měl problémy se sluchem. Slova (viz. příloha č. 2) opakoval při hlasité řeči i při řeči šeptané.

Nosí brýle. Při kreslení se dívá hodně zblízka. I když jsem mu ukázala velké obrázky, bral si je do ruky a dával si je blízko k očím.

Sám se nají a napije. Hrneček musí přidržovat oběma rukama. Problémy má se sebeobsluhou. Oblečení si svlékne, ale při oblékání potřebuje pomoc. Hygienu zvládne pouze s pomocí dospělého.

Při mluvení je dýchání bez problémů. Řekne větu se čtyřmi slovy na jeden nádech. Nadechuje se ale ústy. Při nějaké činnosti, na kterou se soustředí, dýchá ústy. Při rozhovoru, když chce něco rychle říci, občas zvedne ramena.

Uzdička je v normě.

Jazyk z úst vyplázne, olízne si oba rty, ale při "čertíkovi" je jazyk ztuhlý, i když sledoval můj jazyk a díval se do zrcadla, tak tento cvik nezvládl. Problém je i vysunutí jazyka z úst.

Podle Kwintova testu (viz. příloha č. 1) cviky provádí, ale s námahou.

Nejvíce času tráví s matkou a prarodiči. Při rozhovoru má vyjadřování dospělých lidí. Slovní zásoba je odpovídající věku, ale někdy nemá chuť mluvit a na otázky odpovídá pouze jedním slovem nebo přikývnutím. Sluchovou paměť má na úrovni věku. Po několikerém opakování básničky řekne bez dopomoci. Pasivní zásobu má přiměřenou, na slovní povely reaguje a dokáže splnit.

Skládání půlených obrázků chlapci šlo, ale když měl určovat rozdíly mezi obrázky, tak pouze jmenoval, co na obrázku vidí. Rozdíl nenašel ani u jednoho. Při přiřazování obrázků podle posloupnosti (viz. příloha č. 4) není schopen určit pořadí obrázků. Souvislé vyprávění nezvládá, protože i malý podnět odvede jeho pozornost a vypravuje úplně o něčem jiném.

Při výslovnosti se objevují sykavkové asimilace a nevyšloví hlásku R, kterou nahrazuje hláskou L (pararotacismus). Výslovnost ostatních hlásek zvládá. Jedná se

o dyslalii levis, konstantní, monomorfní, symptomatickou.

Hračky bere do pravé ruky a levou si je přidržuje, někdy bere kostky současně do obou rukou. Krasohled dává vždy k pravému oku.

V mateřské škole má zajištěnou pravidelnou logopedickou péči, která je jak individuální, tak i kolektivní, kde se učitelky zaměřují na procvičování všech hlásek.

Školní anamnéza:

Po nástupu do speciální mateřské školy byl uzavřený, s nikým nemluvil a odmítal si hrát s dětmi. Při kontaktu s cizími lidmi je zpočátku nedůvěřivý, ale zvykne si rychle. Dnes si ve škole zvykl, ale po příchodu do třídy nechce, aby maminka odešla. Chvilí trvá, než se zapojí do her s ostatními dětmi. Pak už pracuje s ostatními bez problémů. V kolektivu dětí je oblíbený, vždy má okolo sebe kamarády. Děti mu pomáhají a podávají mu hračky.

Celkové hodnocení:

Chlapec má velké problémy s udržení pozornosti. Při příchodu do školky je bojácný, ale po chvíli má problémy s kázní. Nesoustředí se a vyrušuje ostatní děti. Nevládne být chvíli v klidu. Je hodně patrné, že matka i prarodiče se orientují pouze na něj.

Ve vývoji řeči byl opožděn. První slova začal říkat až ve čtyřech letech. Nástup do speciální školy byl pro něho velmi důležitý. Než nastoupil do speciální mateřské školy, tak mluvil pouze v jednoslovných větách, ale v kolektivu dětí začal mluvit a slovní zásobu rychle doplnil. Dnes dokáže vyjádřit myšlenku, ale jeho řeč je nedětská. Ve speciální mateřské škole má zajištěnu pravidelnou kompletní logopedickou péči. Matka se mu věnuje a procvičuje s ním i doma.

Nácvik trvá delší dobu vzhledem k jeho špatnému soustředění, ale chlapec dělá pokroky. Je možné, že před nástupem do školy jednotlivé hlásky zvládne.

Ve výslovnosti dělají problém sykavkové asimilace. Hlásku R nemá vyvozenou a nahrazuje ji hláskou L (pararotacismus). Jedná se o dyslalii levis, konstantní, monomorfní, symptomatickou.

3.4.5 KAZUISTIKA č.5

Dívka 14 let s diagnózou dětská mozková obrna, spastická kvadruparéza s dyskinetickou formou, centrální vada zraku. Řeč je dysláická a inteligence na spodní hranici pásma lehké mentální retardace.

Rodinná anamnéza:

Dívka žije v rodinném domku s oběma rodiči. Otec je podnikatel. Matka nechodí do zaměstnání, stará se o dceru. Matka má hyperbilirubinemii, otec je zdravý. U předčasně narozených dětí je závislost mezi koncentrací bilirubinu a rizikem vzniku dětské mozkové obrny.

Osobní anamnéza:

Dívka se narodila ve 29. týdnu ze třetího těhotenství. Sourozence nemá. Porod byl překotný na ambulanci. Vážila 1200 gramů. Nebyla kojena. Objevovaly se epileptické záchvaty a postupně se vyvíjela spastická kvadruparéza.

Neprodělala žádnou operaci a neměla úraz.

Sama se nepohybuje, pouze na vozíku a s pomocí druhé osoby. Při sebeobsluze je zcela závislá na pomoci dospělého. Má potíže při manipulaci s předměty. Tužku neudrží vůbec.

Logopedická anamnéza:

Ze zkoušky sluchu předpokládám, že dívka má sluch v normě. Dobře slyší hlasitou i šeptanou řeč. První problém byl s navázáním kontaktu. Dívka se styděla a musela jsem v celém kolektivu hovořit se všemi dětmi, abych získala její důvěru. Teprve po několika návštěvách se mnou začala hovořit. Našly jsme společné téma, protože dívka bydlí ve stejném městě jako já. Povídaly jsme si, jak tráví volný čas. Na většinu otázek odpovídala jednoslovně. Řeč je těžká, vyrážená. Mluví pomalu, ale slovům je rozumět.

Při práci je nutné rovnat ji na vozíku, protože padá. Hlavu udrží malou chvíli, neustále ji má na stranu. Těžká salivace působí obtíže při mluvení. Sliny stékají z brady na oděv, dospělý jí je musí otřít, protože sama si je otřít nezvládne. Ústa má otevřená a jazyk leží volně. Dýchání je pouze ústy, nezvládne nádech nosem. Rty

jsou málo pohyblivé. Podle Kwintova testu (viz. příloha č. 1) její mimická psychomotorika zaostává o 7 let. IV. stupeň s obtížemi zvládá. Při V. stupni, kdy má nastavit rty jako při pískání, už nezvládne cvik udělat.

Grafomotoriku nelze hodnotit. Obě ruce jsou spastické. Vzhledem k spasticitě nelze učit psaní ani nemůže používat k výuce počítač. Při hygieně a sebeobsluze je zcela závislá na pomoci.

Sluchová paměť je velmi dobrá. Při druhém opakování básničky si již zapamatovala a byla schopná zopakovat ji celou sama pouze s malou dopomocí. Slovním pokynům rozumí a reaguje na ně. Písničky ráda poslouchá a opakuje některá slova, ale nezpívá je.

Zraková paměť není dobrá. Dívka má potíže s fixací oka. Po předložení tří obrázku nebyla schopná jmenovat, který byl na prvním místě. Při práci v kolektivu se špatně soustředí.

Řeč je na poslech srozumitelná. Při řeči má motorické obtíže a vzhledem k samovolnému vytékání slin byla doporučena stimulace ústního uzávěru.

Hlásky vyslovuje dobře, pouze R je nevyvozené. Hlásku R nahrazuje hláskou L (pararotacismus). Vzhledem k postižení má problémy s rozkmitáním jazyka. Zaměňuje Ř za Ž (pararotacismus bohemicus). Při výslovnosti se objevují sykavkové asimilace. Jedná se o dyslalii levis, konstantní, monomorfní, symptomatickou.

Ve škole má zajištěnu logopedickou péči. Logopedka s ní pracuje pouze jednou týdně. Dostává úkoly na procvičování doma, které matka pravidelně plní.

Školní anamnéza:

Pomocnou školu navštěvuje od školního roku 1999 - 2000. Učí se podle Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Ve škole má pomocného pedagoga. Při nástupu do školy byla její inteligenční úroveň na spodní hranici lehké mentální retardace. Trvalo jí dlouho, než si zvykla na odloučení od matky. Dnes je na kolektiv zvyklá a do školy se těší. Kontakty s cizími lidmi navazuje obtížně. Vyžaduje citlivý přístup, protože se často seleká. Není schopná pracovat v hlučném prostředí, proto musela být přeřazena do jiné třídy. O učení má zájem a zadané úkoly s mávou dopomocí plní.

Celkové hodnocení:

Prognóza na zlepšení je nejistá. Je zcela odkázána na pomoc dospělých. U této dívky bych se také přiklonila spíše k diagnóze dysartrie, protože řeč není plynulá. Problémy má i s dýcháním, slova vyráží. Jednotlivé hlásky vysloví, pouze hlásku R nahrazuje hláskou L a hlásku Ř nahrazuje hláskou Ž (pararotacismus a pararotacismus bohemicus). Byla diagnostikována dyslalie levis, konstantní, monomorfní, symptomatická.

Učení ji baví, zapojuje se do všech činností. Ve škole má pravidelnou, kompletní rehabilitační péči.

Dívka je bojácná. Trvá jí dlouho, než začne spolupracovat. V kolektivu je zvyklá a s učitelkou spolupracuje. Těžko udrží pozornost i malé podněty její pozornost odvedou.

3.5 Stanovení předpokladů

Předpoklady byly stanoveny během zpracování teoretické části bakalářské práce.

Po prostudování odborné literatury lze předpokládat:

1. na základě postižení centrální nervové soustavy vzniká porucha artikulace různého stupně na podkladě postižení motoriky, kterou můžeme vidět ve foneticko-fonologické rovině .
2. u dětí s dětskou mozkovou obrnou bez celkové rehabilitace bude symptomatická porucha řeči ve větším rozsahu.

3.6 Výsledky a jejich interpretace

Místem průzkumu řečových vad u dětí s dětskou mozkovou obrnou byla základní škola, speciální mateřská škola a základní škola speciální.

Průzkumu se zúčastnilo 5 dětí. V tab. č. 4 (viz. kap. 3. 2) je uveden počet dětí v jednotlivých zařízeních.

Tabulka č. 4 Přehled počtu dětí v jednotlivých třídách

Třída	Počet dětí	Z toho postižených dětí
Základní škola	27	1
1. třída speciální mateřské školy	10	8
2. třída speciální mateřské školy	5	5
3. třída speciální mateřské školy	5	5
Základní škola speciální	7	7

Všechny děti, které se zúčastnily průzkumu měly odklad školní docházky.

Bylo pracováno s dětmi před vstupem do základní školy i s dětmi staršími. Průzkum probíhal od září do listopadu 2005.

Výběrovým vzorkem byly děti s různou formou dětské mozkové obrny, které měly odborníkem diagnostikovanou dyslalii.

Tabulka č. 6 Přehled forem dětské mozkové obrny popsanych v kazuistikách a zastoupení počtu chlapců a dívek

Forma spastická	Počet dívky/chlapci	Forma nespastická	Počet dívky/chlapci
diparetická	0/2	hypotonická	0
kvadruparetická	1/0	dyskinetická	0/1
hemiparetická	0/1	mozečková	0

Více byla zastoupena forma spastická (4x z toho 2x diparetická forma, 1x kvadruparetická a 1x hemiparetická) a pouze 1x forma nespastická. V průzkumu nebyla zastoupena forma mozečková a hypotonická, proto mohlo dojít ke zkreslení výsledků. U některých dětí se jedná o lehčí formu dětské mozkové obrny, děti jsou více samostatné a nejsou zcela odkázané na pomoc druhé osoby.

Vyšší zastoupení měli chlapci (4x), ale vzhledem k malému výběrovému vzorku není

možné s určitostí konstatovat, že dětská mozková obrna se vyskytuje častěji u chlapců než u dívek.

Děti byly často nemocné nebo odjížděly na lázeňský pobyt. U činnosti většinou vydržely krátkou dobu. Nemohlo být pracováno se všemi dětmi stejným způsobem, musel být brán zřetel na jejich individuální zvláštnosti. Každé dítě potřebovalo jiný přístup.

Z výsledků orientačního vyšetření vyplývá:

- jedno z pěti dětí má sluchovou vadu
- všechny děti mají problémy s dýcháním
- čtyři děti mají problém s artikulační obratností
- tři děti mají sykavkové asimilace
- verbální sluchová paměť je u všech dětí
- všechny děti mají nějaký problém s výslovností hlásek
- u všech dětí převažuje pasivní slovní zásoba před aktivní
- všechny děti hovoří v kratších větách
- vzhledem k postižení motoriky rukou se obtížně určuje laterální

Tabulka č. 7 Výskyt sluchových vad

Sluchová vada	Dívky	Chlapci
Ano	0	1
Ne	0	4

Pouze jeden chlapec má převodní vadu sluchu, ostatní děti mají sluch v normě.

Tabulka č. 8 Způsob dýchání

Způsob dýchání	Dívky	Chlapci
Nosem	0	0
Ústy	1	4

U všech dětí je dýchání mělké, nadechují se ústy. Některé se děti po upozornění nadechnou nosem, ale hluboký nádech nosem dělá problémy všem dětem.

Tabulka č. 9 Postižení oromotoriky

Postižení oromotoriky	Dívky	Chlapci
Ano	1	3
Ne	0	1

Kromě jednoho chlapce mají oromotoriku postiženou v různé míře všechny děti. Některé děti zvládnou cviky s námahou a vydrží pouze krátkou dobu.

Tabulka č. 10 Sykavkové asimilace

Sykavkové asimilace	Dívky	Chlapci
Ano	1	2
ne	0	0

U jednoho chlapce jsou sykavkové asimilace regresivní (vyslovuje hluska místo hruška), jeden chlapec má sykavkové asimilace někdy regresivní a někdy progresivní.

Dívka má sykavkové asimilace progresivní (vyslovuje ošuška místo osuška).

Tabulka č.11 Vytváření paměťových stop

Verbální paměť	Dívky	Chlapci
dobrá	1	2
slabší	0	2

Vytváření paměťových stop souvisí se soustředěním. Některé děti se vydrží

soustředit krátkou dobu a i malé podněty odvedou jejich pozornost.

Tabulka č. 12 Výslovnost hlásek

Špatná výslovnost	Dívky	Chlapci
ano	1	4
ne	0	0

Všechny děti, popsané v kazuistikách, měly odborníkem diagnostikovanou dyslalií. Ve všech případech se jednalo o dyslalií levis. Všechny špatně vyslovované hlásky jsou ze druhého artikulačního okrsku. Pouze jeden chlapec hlásku, kterou neumí, vynechává, ostatní děti ji nahrazují hláskou jinou.

Při práci s dětmi byly zjištěny tyto druhy laterality: 1 chlapec je patologický levák, 1 chlapec má zkříženou laterality, 1 chlapec má laterality nevyhraněnou, 1 chlapec má laterality souhlasnou a je pravák a u dívky vzhledem k postižení motoriky obou rukou nelze laterality určit.

Všechny děti, které navštěvují speciální zařízení mají zajištěnu logopedickou péči minimálně jednou za týden. Všechny děti by měly pracovat i s rodiči. Někteří rodiče tuto oblast podceňují a na cvičení zapomínají.

Lokomoce je různá podle formy dětské mozkové obrny. Některé děti se pohybují samy bez větších problémů, jiné potřebují dopomoc, dívka se pohybuje pouze na vozíku a je odkázaná na pomoc druhé osoby.

Individuální péči mají zajištěnu všechny děti jak v rodině, tak v zařízení, které navštěvují.

Komunikace je také na různé úrovni. Některé děti komunikují bez větších problémů a i když používají kratší věty, jsou schopné se domluvit. Některé děti se do rozhovoru nezapojí a odpovídají pouze jednoslovně.

Všechny děti mají kombinaci dětské mozkové obrny a jiné vady. Výskyt logopedických vad mohl být zkreslen výskytem přidružených vad.

3.7 Shrnutí výsledků praktické části

Cílem bakalářské práce bylo sledovat děti s různými formami dětské mozkové obrny a jejich komunikace mezi vrstevníky a s dospělými.

V průzkum bylo pracováno s pěti dětmi s různou formou dětské mozkové obrny a s různým stupněm vady řeči. Vzhledem k malému počtu zkoumaných dětí nelze výsledky bakalářské práce generalizovat.

Při práci byly sledovány děti, které měly diagnózu dyslalie. V kazuistikách č.1 a 5 se jednalo spíše o dysartrii. Celkový mluvní projev odpovídá spíše této diagnóze. Řeč je pomalá, nekoordinovaná, jednotlivá slova děti vyráží, mají problém i se správným dýcháním.

Pro průzkum byly použity tyto metody: pozorování

studium dokumentace

orientační logopedické vyšetření

rozhovor

Pomocí těchto metod měla být potvrzena nebo vyvrácena diagnóza dyslalie u vybraných dětí s dětskou mozkovou obrnou a měly být potvrzeny předpoklady bakalářské práce.

Bakalářská práce měla tyto předpoklady:

1. na základě postižení centrální nervové soustavy vzniká porucha artikulace různého stupně na podkladě postižení motoriky, kterou můžeme vidět ve foneticko-fonologické rovině .
2. u dětí s dětskou mozkovou obrnou bez celkové rehabilitace bude symptomatická porucha řeči ve větším rozsahu.

V průzkumu nebyly zastoupeny všechny formy dětské mozkové obrny díky poměrně malému výběrovému vzorku. Více dětí bylo se spastickou formou dětské mozkové obrny, proto také není možno porovnat, zda se vyskytují těžší řečové poruchy u spastických nebo u nespastických forem. Všechny děti, popisované v kazuistikách používaly verbální projev ke komunikaci. V žádném zařízení nebylo dítě, které by ke

komunikaci používalo náhradní komunikační systém.

Překážkou v práci byla častá absence dětí a tím dané nepravidelné pozorování.

Během průzkumu byl učiněn závěr, že pro vytvoření kazuistik nebyly zastoupené všechny formy dětské mozkové obrny. Není proto možné porovnávat stupně vadné výslovnosti v souvislosti s jednotlivými formami dětské mozkové obrny. Byly sledovány děti z vybraných speciálních zařízení a jedno dítě integrované na základní škole. Nebyla možnost sledovat více dětí s dětskou mozkovou obrnou a na více zařízeních.

Během vypracování kazuistik se potvrdil první předpoklad bakalářské práce. Děti s dětskou mozkovou obrnou mají narušenou motoriku mluvidel a s tím je spojený problém s artikulací hlásek. Vzniká tak řečová vada různého stupně jako symptomatická porucha řeči.

Ze závěrů orientačního logopedického vyšetření vyplývá, že všechny děti s dětskou mozkovou obrnou mají postiženou oromotoriku, proto mají problémy s výslovností. Problémy souvisejí s mírou postižení oromotoriky. Vzhledem k malému výběrovému vzorku nelze posoudit, které formy dětské mozkové obrny mají řeč postiženu více.

Z těchto závěrů vyplývá, že je nutná nejen logopedická náprava, ale i rehabilitace obličejových svalů.

Pokud mají děti s dětskou mozkovou obrnou lehčí vadu výslovnosti, zapojí se lépe do kolektivu ostatních dětí. Řečová vada není ale pro některé děti překážkou pro navázání kontaktu. Velký problém je často v tom, že k postižení hybnosti se přidružují další vady a někdy se spojí i více vad. Čím menší postižení dítě má, tím snadněji se zapojí do kolektivu ostatních dětí. Také logopedická péče u dětí s menším postižením oromotoriky je úspěšnější a dostávají se větší výsledky.

Během průzkumu došlo k potvrzení druhého předpokladu práce. Na základě porovnání anamnéz bylo zjištěno, že děti s dětskou mozkovou obrnou potřebují kompletní péči a to již od doby, kdy se zjistí nějaký problém ve vývoji. První péči by měly děti s dětskou mozkovou obrnou dostat již v době, kdy se zjistí, že mají problém se sáním, polykáním nebo dýcháním. Logopedická náprava se musí provádět v souvislosti s celkovou rehabilitací, musí navazovat na rozvoj hybnosti, vnímání a dalších.

Při sledování dětí a rozhovoru s učitelkami se potvrdilo, že nestačí, aby děti chodily do logopedické třídy. Postižení vzniká na podkladě postižení centrální nervové soustavy. Děti mají problémy s koncentrací pozornosti, u činnosti vydrží pouze kratší dobu, pak se u nich projevuje únava. Ve škole jich je více a učitelka musí pracovat se všemi dětmi. Toto by si měli uvědomit rodiče. Ve speciálních zařízeních děti mají zajištěnu kompletní péči. Na základní škole speciální mají logopedickou péči dvakrát v týdnu. Některé děti jsou odkázány pouze na logopedickou péči ve škole. Tato péče nemůže být podceňována, ale dětem nestačí. Procvičování, které dělá ve škole učitelka, musí doma s dítětem provádět rodiče. S některými dětmi rodiče doma nepracovali. Po dvou dnech volna jako by učitelka začínala od začátku.

4 Závěr

Cílem práce bylo sledování různých forem dětské mozkové obrny v souvislosti s úrovní řečového projevu těchto dětí.

Bylo sledováno pět dětí s dětskou mozkovou obrnou, u kterých odborník diagnostikoval dyslali. Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou kazuistik. K získání potřebných dat byly použity tyto metody:

- pozorování
- studium odborné literatury
- orientační logopedické vyšetření
- rozhovor

Všechny děti měly odklad školní docházky. Jeden chlapec je integrovaný do základní školy běžného typu jako žák tělesně postižený, ostatní děti navštěvují speciální zařízení. Bylo pracováno s dětmi od pěti do čtrnácti let s různou formou dětské mozkové obrny.

Ve výběrovém vzorku byla více zastoupena forma spastická (4x z toho 2x diparetická, 1x kvadruparetická a 1x hemiparetická forma). Forma nespastická byla pouze 1x.

U některých dětí se jedná o lehčí formu dětské mozkové obrny, pouze jedna dívka je zcela odkázaná na pomoc druhé osoby. Také řeč byla postižena různým stupněm, ale

žádné z dětí nepoužívá náhradní komunikační systém.

Pro zjištění úrovně komunikačních schopností bylo použito orientační logopedické vyšetření. Poznatky z tohoto vyšetření byly upřesňovány rozhovorem s učitelkami, asistentkou a některými rodiči. Nedílnou součástí pro získání dat bylo pozorování. Děti byly sledovány nepřímo při hrách nebo při práci s učitelkou.

Velký problém činilo dojíždění za dětmi. Překážkou v práci byla častá absence dětí, protože tyto děti jsou často nemocné. Na vlastní pozorování a práci s dětmi pak bylo méně času, než by bylo potřeba. Některé děti si musely zvyknout na kontakt s cizím člověkem a trvalo delší dobu, než začaly spolupracovat.

Z výsledků orientačního vyšetření byly

udělány tyto závěry:

1. Pouze jedno dítě má převodní vadu sluchu. Ostatní děti mají sluch v normě a slyší šeptanou i nahlas mluvenou řeč. Pro závěr byl malý vzorek dětí, proto není možné posoudit, zda sluchové vady jsou u dětí s dětskou mozkovou obrnou méně časté postižení, než např. poruchy řeči nebo intelektu.
2. Všechny děti mají problém s dýcháním. Dýchání je mělké, rychlé, děti se často nadechují uprostřed slova. Dochází k celkovému narušení dechové ekonomie. Hlas je tlačенý, tvořený námahou a časté jsou i tvrdé hlasové začátky.
3. Děti mají problémy s artikulační obratností. Artikulaci ovlivňuje omezená pohyblivost orofaciálního svalstva. Podle Kwintova testu věkové stupnice aktivní mimické psychomotoriky zaostávají děti minimálně o jeden rok. Pokud nezaostávají, provádějí cviky s velkými obtížemi.
4. U třech dětí byly zjištěny sykavkové asimilace. Řeč u dětí je celkově pomalá a výslovnost je málo artikulovaná, hlásky někdy splývají.
5. Všechny děti mají verbální sluchovou paměť, ale ta je na různé úrovni. Řídky si pamatují. Některé děti při mluvení zachovávají slovosled, některé mluví pouze v jednoslovných větách.

6. Všechny děti mají problém s koncentrací pozornosti. Některé děti, se kterými bylo pracováno, potřebují klid pro učení. Pokud pracovaly v místnosti, kde je nikdo nerušil, tak spolupracovaly lépe. Stačilo, aby se otevřely dveře, a děti se přestaly soustředit.
7. U všech dětí byl zjištěn problém s výslovností hlásek. U všech dětí se jedná o dyslalii levis, vadná je výslovnost pouze několika hlásek. Některé děti hlásku nahrazují jinou hláskou – paralalie hlásky, některé děti ji vynechávají – mogilalie hlásky. Podle věku zastoupených dětí se jedná ve dvou případech o dyslalii pravou a u třech dětí se jedná o prodlouženou fyziologickou dyslalii funkční (motorickou).
8. U všech dětí převažuje pasivní slovní zásoba před aktivní. Děti s dětskou mozkovou obrnou mají omezené možnosti jak poznávat svět okolo sebe. Vzhledem k omezenému pohybu, senzomotorickému učení a jiným postižením získávají poznatky jinak než zdravé děti, někdy je získávají zprostředkovaně a neznají je z reálného života. Tím je dána i menší slovní zásoba, děti hovoří v kratších větách, někdy pouze jednoslovně. Rozdíl je mezi kvalitou vyjadřování a schopností porozumění. U všech dětí je schopnost porozumění nenarušena.
9. Lateralita se u dětí s dětskou mozkovou obrnou vzhledem k postižení určuje obtížně. Pokud je postižena pravá strana, tak se děti z nutnosti naučí používat levou ruku a nelze určit, zda se jedná o přirozený vývoj laterality. Jde o tzv. patologické leváctví. To byl případ jednoho chlapce. Jeden chlapec má lateralitu nevyhraněnou, jeden chlapec má lateralitu zkříženou, jeden chlapec má lateralitu souhlasnou a u dívky vzhledem k postižení motoriky nelze lateralitu určit.

Ze závěrů orientačního logopedického vyšetření vyplývá, že všechny děti s dětskou mozkovou obrnou mají postiženou oromotoriku, proto mají problémy s výslovností. Problémy souvisejí s mírou postižení oromotoriky. Vzhledem k malému výběrovému vzorku nelze posoudit, které formy dětské mozkové obrny mají řeč postiženu více.

Z těchto závěrů ale vyplývá, že je nutná nejen logopedická náprava, ale i rehabilitace obličejových svalů.

Při práci s dětmi se potvrdil i druhý předpoklad, že děti postižené dětskou mozkovou obrnou potřebují kompletní a kvalitní péči od narození. Často se rodiče soustředí na rozvoj hrubé a jemné motoriky, snaží se, aby děti dělaly pokroky v této oblasti. Pro děti je ale důležitá i oblast komunikace, protože je pro ně obtížné dorozumět se se svým okolím.

I oblast spolupráce mezi odborníky není vždy na takové úrovni, jak by dítě potřebovalo. Občas zaostává i spolupráce rodiny a školy. Rodiče mnohdy přenechávají odpovědnost na škole, ale závěry výsledků z jednotlivých odborných vyšetření škole nepředávají. Učitelky nemají na co navázat a pracují s dětmi na základě svých zjištění. Ve speciálních školách pracují zkušené logopedky. Podle jejich vyjádření mají často pocit, že si rodiče myslí, že ony naučí jejich postižené dítě mluvit. Pokud se výsledky nedostavují nebo jsou patrné pouze malé výsledky, tak rodiče ztrácejí trpělivost a přestávají s dětmi procvičovat. Při postižení motoriky a oromotoriky se výsledky dostavují velmi pomalu.

5 Navrhovaná opatření

5.1 Opatření vzhledem k institucím

K zajištění komplexní péče od raného věku do konce života lidí s dětskou mozkovou obrnou je potřeba meziresortní spolupráce v území působnosti kraje. Do komplexní péče patří rehabilitace, právní pomoc a sociální pomoc.

Instituce by měly vydávat propagační materiály, pořádat akce pro rodiče postižených dětí. Tyto akce by obohatily rodiče o další zkušenosti. Rodiče se většinou setkávají pouze při pobytech svých dětí v lázních. Tento problém se však týká i široké veřejnosti. Lidé by se měli naučit přijímat postižené bez předsudků.

Pokud je dítě s postižením integrované na základní školu, je nutné připravit i ostatní děti na vstup postiženého do kolektivu. Postižené dítě bude potřebovat pomoc ostatních dětí. Tato pomoc musí být adekvátní, postižené dítě si nesmí zvyknout na

to, že za něj budou vše dělat ostatní, sám se musí také snažit.

Škola se musí snažit zajistit kompenzační pomůcky a vhodné prostředí. Zajistit finance na nákup vhodných pomůcek je problém. Někdy se škole podaří sehnat sponzora, který se částečně podílí na nákupu kompenzačních pomůcek. Tím se mohou odbourat stresující faktory, které by mohly narušit vývoj integrovaného dítěte.

Třídní učitel se musí dobře seznámit s dokumentací o postiženém dítěti a při sestavování individuálního plánu přihlížet k postižení a možnostem dítěte. Zde je opět nutná spolupráce mezi odborníky. Škola by měla spolupracovat s pedagogicko psychologickou poradnou a rodiči.

5.2 Opatření vzhledem k rodině

Rodiče by měli být více informováni o nutnosti logopedické péče. Včas by se měli dozvědět o odborníkovi, který jim může pomoci. Musí překonat stud a nebát se zeptat na vše, co jim může vysvětlit problém a usnadnit jim práci se cvičením. V dnešní době si mohou mnoho informací najít na internetu. Například je Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně. Rodiče zde mohou získat četné informace o tomto postižení a zároveň mohou poskytovat své zkušenosti ostatním rodičům formou článků zveřejňovaných na internetových stránkách.

Logopedickou péči by neměli podceňovat a rozvíjet tuto oblast společně s hrubou a jemnou motorikou. Rodiče by měli být informováni, že je potřeba pravidelného cvičení v krátkých intervalech.

Měli by si více všimnout odlišnosti v komunikaci svých dětí. Je dobré, pokud se mohou stýkat s jinými rodiči, kteří mají děti se stejným postižením. Získají tím možnost porovnání. Musí si však uvědomit, že každé dítě je jedinečné ve svých obtížích, vyvíjí se svým tempem a má často i jiné podmínky pro vzdělávání.

Narození dítěte s postižením je pro rodinu velká zátěž, proto si také musí chránit svoji rodinu. Každý rodič by měl nést svůj díl odpovědnosti. Rodičovská trpělivost a pochvala dítěte za sebemenší pokrok podporuje a motivuje dítě k dalším výkonům.

Pro správný vývoj dětí je nutné, aby rodiče spolupracovali se všemi odborníky. Mnohé učitelky mají zkušenost, že rodiče nepředávají informace o vyšetřeních, na

která by mohly navázat v práci ve škole.

Pro lepší spolupráci se školou se mohou rodiče zúčastňovat akcí, které pořádá škola. Tím získají srovnání svých dětí s ostatními postiženými. Rodiče vidí, jak se děti projevují v kolektivu ostatních dětí, ať se jedná o kolektiv postižených nebo zdravých dětí.

Rodiče si musí uvědomit potřebu dítěte ke kontaktu. Děti postižené dětskou mozkovou obrnou tvoří nejnápadnější skupinu dětí mezi postiženými. Rodiče by měli využít každé příležitosti, aby dětem pomohli zmenšit míru postižení tam, kde je to možné. Pokud promeškají včasnou péči, tak mají horší předpoklad, že se dítě zlepší. A i když je prognóza nejistá, neměli by starost o své postižené dítě vzdávat. Výsledky se dostavují velmi pomalu, nácvik se může prodloužit na měsíce, někdy i roky. U dítěte s dětskou mozkovou obrnou je potřeba zkoušet jemným a citlivým způsobem jeho reakce a zajistit mu pokrok, který odpovídá jeho rytmu.

6 Seznam literatury

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 223 s. ISBN 80-902536-2-8

HADJ MOUSSOVÁ, Zuzana. *Úvod do speciálního poradenství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. 77 s. ISBN 80-7083-659-8

KÁBELE, František. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 173 s.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. 93 s. ISBN 80-85931-88-5

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 101 s. ISBN 80-85931-62-1

KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 195 s. ISBN 80-7041-413-8

KRAUS, Jaroslav, ŠANDERA, Oldřich. *Tělesně postižené dítě*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975. 208 s.

KRAUS, Josef a kolektiv. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 348 s. ISBN 80-247-1018-8

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 191 s. ISBN 80-7178-572-5

LECHTA, Viktor a kolektiv. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita,

2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2004. 70 s. ISBN 80-7083-819-1

TOMICKÁ, Václava. *Orientační logopedické vyšetření*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2004. 37 s. ISBN 80-7083-808-6

TOMICKÁ, Václava. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Vybrané kapitoly k integraci ve školství*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. 73 s. ISBN 80-7083-657-1

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie I*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. 90 s. ISBN 80-7083-593-1

7 Seznam příloh

Příloha č. 1: Věková stupnice aktivní mimické psychomotoriky KWINTA (viz. str. 46)

Příloha č. 2: Seznam slov pro sluchovou zkoušku (viz. str. 49)

Příloha č. 3: Grafomotorika (viz. str. 50)

Příloha č. 4: Obrázky pro vyšetření slovní zásoby a řečového projevu (viz. str. 52)

Příloha č. 5: CD

Příloha č. 1

Věková stupnice aktivní mimické psychomotoriky KWINTA

4-5- let: IV. stupeň

1. zdvižené obočí
2. lehké přimhouření očí
3. zavření očí
4. silné sevření očí
5. stisknutí, semknutí rtů
6. nastavit rty jako při hře na trumpetu
7. sešpulit rty jako při vyslovení O
8. nadmout tváře
9. pousmát se (zašklebit se)

6 let: V. stupeň

1. nastavit rty jako při pískání

7 let: VI. stupeň

2. sraštit čelo
3. zavřít jedno oko
4. silně sevřít jedno oko
5. lehce přimhouřit jedno oko

8 let: VII. stupeň

6. vystrčit spodní ret dopředu
7. stáhnout dolní ret dol
8. stáhnout ústní koutky nahoru a do stran
9. stáhnout ústní koutky k sobě

9 let: VIII. stupeň

10. zdvihnout bradu
11. nadmout jednu tvář

10-12 let: IX. stupeň

12. stáhnout ústní koutky dolů a do stran
13. stáhnout obličej na stranu

13-15 let: X. stupeň

14. stáhnout jeden ústní koutek nahoru a do strany
15. vycenit (odhalit) zuby na jedné straně
16. zvednout horní ret

Příloha č. 2

Seznam slov pro sluchovou zkoušku

Slova s převažujícími hlubokými hláskami:

Gumáky, protahuje, roura, podlaha, voda, buben, doba, houba, budeme, budujeme.

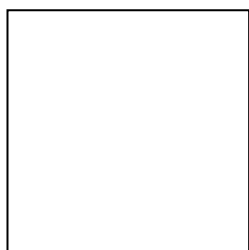
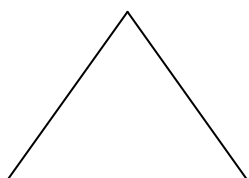
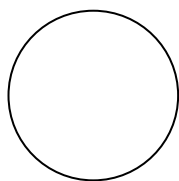
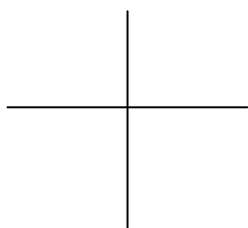
Slova s převažujícími vysokými hláskami:

Silnice, sestřička, vesnice, svačinka, slepička, čokoláda, Saša, líže, myška, miska.

Zkouška byla prováděna nejprve hlasitou řečí, potom šeptem.

Příloha č. 3

Test obkreslování - grafomotorika



Příloha č. 4

Obrázky pro vyšetření slovní zásoby a řečového projevu



