

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta pedagogická

Katedra pedagogiky

Řečový rozvoj dítěte s DMO na 3. ZŠ Cheb

Diplomová práce

Autor: Ivana Řeřichová, obor učitelství 2. stupně ZŠ

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Sovová, Ph.D.

Plzeň 2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou v práci citovány a uvedeny v seznamu literatury. Jako autorka diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Plzni dne 18. června 2014

.....

Ivana Řeřichová

Poděkování autora

Děkuji své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Pavle Sovové, Ph.D. za odborné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracovávání mé diplomové práce.

Obsah

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. ÚVOD | 1 |
| 2. TEORETICKÁ ČÁST | 3 |
| 2.1 Dětská mozková obrna..... | 3 |
| 2.1.1 Vymezení pojmu..... | 3 |
| 2.1.2 Příčiny vzniku..... | 4 |
| 2.1.3 Formy DMO..... | 6 |
| 2.1.4 Poruchy spojené s DMO..... | 9 |
| 2.1.5 Ucelená rehabilitace při DMO..... | 10 |
| 2.2 Komunikace neboli dorozumívání..... | 12 |
| 2.2.1 Tvorba hlasu..... | 13 |
| 2.2.2 Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO..... | 14 |
| 2.2.2.1 Dysartrie a DMO..... | 18 |
| 2.2.3 Faktory podílející se na vývoji řeči u dětí s DMO..... | 19 |
| 2.3 Vývoj řeči u dětí s DMO..... | 19 |
| 2.3.1 Jazykové roviny..... | 21 |
| 2.4 Logopedie..... | 25 |
| 2.4.1 Poruchy vývoje řeči..... | 25 |
| 2.4.2 Logopedická péče v České republice..... | 28 |
| 2.5 Integrace dětí s DMO do běžných základních škol..... | 29 |
| 2.5.1 Právní úprava integrace zdravotně postižených dětí do škol v ČR po roce 1989..... | 29 |
| 2.5.2 Školský zákon č. 561/2004 Sb. a související dokumenty..... | 31 |
| 2.5.3 Integrace zdravotně postižených dětí do základních a středních škol v Chebu..... | 32 |
| 3. PRAKTICKÁ ČÁST | 34 |
| 3.1 Úvod do praktické části..... | 34 |
| 3.2 Případová studie – kazuistika..... | 37 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2.1 Ivana | 38 |
| 3.2.2 Dívka A..... | 52 |
| 3.2.3 Chlapec B..... | 53 |
| 3.3 Řečová náprava | 55 |
| 3.3.1 Návrh logopedické intervence..... | 56 |
| 3.3.1.1 Dechová cvičení | 56 |
| 3.3.1.2 Fonační cvičení | 57 |
| 3.3.1.3 Artikulační cvičení | 58 |
| 3.3.1.4 Procvičování hrubé a jemné motoriky a grafomotoriky | 59 |
| 3.3.1.5 Smyslové vnímání | 61 |
| 3.3.1.5.1 Sluchová percepce..... | 61 |
| 3.3.1.5.2 Zraková percepce | 62 |
| 3.3.1.5.3 Rytmičké a rozumové schopnosti..... | 62 |
| 3.4 Popis logopedického programu | 63 |
| 3.4.1 Ukázka č. 1 | 64 |
| 3.4.2 Ukázka č. 2..... | 64 |
| 3.4.3 Ukázka č. 3..... | 65 |
| 3.4.4 Ukázka č. 4..... | 65 |
| 3.4.5 Ukázka č. 5..... | 65 |
| 3.4.6 Ukázka č. 6..... | 66 |
| 3.4.7 Ukázka č. 7..... | 67 |
| 3.4.8 Ukázka č. 8..... | 67 |
| 3.4.9 Ukázka č. 9..... | 67 |
| 3.4.10 Shrnutí..... | 67 |
| 4. ZÁVĚR..... | 69 |
| 5. RESUMÉ..... | 71 |
| Seznam literatury: | 72 |
| Seznam příloh:..... | 74 |

1. ÚVOD

Tématem diplomové práce je řečový rozvoj dítěte integrovaného do běžné základní školy v Chebu. Jeden z důvodů, proč jsem si vybrala právě uvedené téma je, že jsem matkou šestnáctileté dívky s diagnózou dětská mozková obrna (dále jen DMO) – spastická kvadruparéza s dalšími přidruženými vadami.

Hlavním cílem práce je analýza komunikačních dovedností nejen mé dcery Ivany, ale i dalších dětí s DMO, které jsou od 1. třídy integrovány do běžných základních škol v Chebu. U dětí s DMO se vyskytují vedle motorického postižení i poruchy řeči, které jdou závislé na stupni pohybového handicapu. Jedná se o lehké vady výslovnosti až po úplnou neschopnost dorozumívat se mluvenou řečí. Významnou úlohu zde hrají přičleněné problémy, postoj okolí a samotná kapacita dítěte.

V teoretické části se budu zabývat podrobněji obecnou problematikou DMO, její etiologií a klasifikací. Není pochyb, že na děti s DMO má podstatný vliv ucelená rehabilitace, jejíž podstatnou součástí je nejen léčebná, ale i sociální a pedagogická rehabilitace. Další část bude zaměřena na vývoj řeči dětí s DMO s narušenou komunikační schopností, kde podrobně charakterizují jednotlivé jazykové roviny a poruchy vývoje řeči. Posledním úsekem teoretické části je právní úprava integrace zdravotně postižených dětí do škol v ČR po roce 1989. Součástí je také stanovení integrace zdravotně postižených dětí do běžných základních a středních škol v Chebu se zaměřením na děti s DMO.

Praktická část zabývající se kvalitativním výzkumem popisuje řečovou nápravu dívky A., chlapce B. a mojí dcery Ivany, kdy důležitou kapitolu tvoří můj názor - názor matky. Jsou zde shrnuty veškeré podstatné informace o jejím vývoji od narození až do současného věku. V případové studii se zabývám její komunikací v běžné ZŠ.

Další dvě případové studie jsou věnovány dívce A. a chlapci B, kteří také navštěvují běžnou ZŠ. V případových studiích jsou zahrnuty osobní, rodinné a školní anamnézy.

Aktivním krokem k nápravě řečových schopností dětí s DMO je intenzivní logopedický program, který vytvořím na základě zjištěných řečových nedostatků. Znalosti k vytvoření logopedického plánu jsem získala v intenzivním týdenním kurzu „Logopedická prevence u dětí a žáků v ČR“, na jehož základě jsem v roce 2011 získala osvědčení (viz. příloha č. 1).

Domnívám se, že intenzivním logopedickým cvičením lze upravit kvalitu řeči u dětí s DMO.

V poslední kapitole této práce budou vyhodnoceny výsledky získané výzkumnou činností. Součástí hodnocení bude i vybraným vzorkem dětí písemně vyplněný dotazník, ve kterém samy zhodnotí svoji práci a výsledky.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Dětská mozková obrna

„Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.“

Fjodor Michajlovič Dostojevskij

Dětská mozková je porucha hybnosti, kterou způsobuje poškození mozku. V průběhu dějin měli toto postižení i mnozí významní lidé – např. římský císař Claudius, anglický král Richard III. či básník Byron. Jedná se o nemoc na celý život.

2.1.1 Vymezení pojmu

Terminologie této choroby dlouho nebyla a vlastně dosud stále není jednotná. Nejednotnost v označení se vyskytuje nejen u nás, ale i v zahraničí. V anglosaských zemích se vžil název „cerebral plasy“ (mozková obrna), zatímco v Německu „zerebrale Kinderlahmung“ (dětská mozková obrna)¹.

V České republice zavedl v r. 1952 zakladatel české dětské neurologie Ivan Lesný označení „perinatální encefalopatie“. Od roku 1959 se užívá současný název „dětská mozková obrna“. Dřívější termín „perinatální encefalopatie“ se však nadále používá pro souhrn všech druhů a stupňů raného poškození mozku v perinatálním období.

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) se řadí tedy mezi nejčastější neurologické vývojové poruchy. Jedná se o neprogresivní, ale nikoli neměnicí se postižení vyvíjejícího mozku.

Pojmem DMO charakterizuje skupinu chronických onemocnění, pro která je typická porucha hybnosti objevující se v několika prvních letech života a která se většinou v průběhu života nezhoršují. *„DMO popisuje skupinu trvalých poruch vývoje pohybu a držení těla způsobujícím omezení aktivity, související s neprogresivním poškozením fetálního nebo dětského mozku. Motorické poškození u DMO je doprovázeno poruchami*

¹ <http://www.detskamozkovaobrna.estranky.cz/clanky/detska-mozkova-obrna.html> 23.11.2012, 21.30

smyslu, vnímání, myšlení, komunikace a chování, dále epilepsií a sekundárními muskuloskeletálními (svalovokosterními) problémy“.²

Nedonošené děti během prvního roku života mívají poměrně často lehké svalové poruchy, které jsou přechodné a mezi 12 – 18 měsíci korigovaného věku postupně mizí. Dětskou mozkovou obrnu můžeme diagnostikovat dříve, jsou-li přítomné významné odchylky při neurologickém vyšetření. V rámci odlišné diagnostiky je zapotřebí vyloučit především geneticky podmíněná postižení CNS a metabolické poruchy, které mohou způsobit postižení mozku.³

DMO se velice často kombinuje s množstvím dalších problémů, kterými jsou mentální retardace (dále jen MR), poruchy učení, problémy s chováním, obtíže s příjmem potravy, poruchy sluchu, poruchy zraku (strabismus, nystagmus, refrakční vady), emoční problémy, komunikační problémy a epilepsie.

2.1.2 Příčiny vzniku

DMO je onemocnění s mnoha příčinami. Jedná se o to soubor onemocnění, která jsou si příbuzná, ale mají různé příčiny. Při stanovení příčiny DMO u určitého dítěte berou lékaři v úvahu zejména formu DMO, zkoumají anamnézu matky (zejména průběh těhotenství a porodu) a anamnézu dítěte od porodu až do současnosti. Důležitým argumentem pro správné stanovení je i určení doby, kdy se nemoc začala projevovat.

Základním dělením příčin vzniku DMO je období, kdy dochází k narušení vývoje mozku plodu nebo dítěte, ovšem ne vždy zcela jasně prokazatelným.

Dělení příčin:

- Prenatální – období před narozením, kdy hlavní příčinou je nedonošenost, nitroděložní infekce, gestózy⁴, infekce matky (žloutenka, zarděnky, toxoplazmóza).

² <http://www.dmo.cz/home/co-je-dmo> 23.11.2012, 22.10

³ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005, s. 38

⁴ *Gestóza je chorobný stav vázaný na těhotenství, charakterizovaný otoky, přítomností bílkoviny v moči a vysokým krevním tlakem. Jednotlivé příznaky se mohou vyvíjet postupně.* KOL. AUTORŮ: *Lékařské repertorium*. sv. 1. 4. přepracované vydání. Praha: Avicenum 1981. s. 680-686

DMO je v tomto případě vrozená, ovšem nemusí být ihned rozeznána. Ve většině případů se příčinu vrozené DMO nepodaří zjistit. Výzkum přinesl poznatky nasvědčující tomu, že některé příhody v průběhu těhotenství nebo kolem porodu mohou vést k poškození motorických center ve vyvíjejícím se mozku.

- Perinatální – období bezprostředně související s porodem. Důvodem perinatálních příčin DMO jsou neobvyklé porody nebo novorozenecká asfyxie⁵, která vzniká při nedostatku kyslíku.
- Postnatální – období po narození dítěte a tyto příčiny se uplatňují do jednoho roku věku. Jedná se tedy o DMO získanou a vzniká následkem poškození mozku v několika prvních měsících až letech života. Prvotní příčinou je často mozková infekce, kterou může být bakteriální meningitida, neboli zánět mozkových blan, či virová encefalitida, což je zánět mozku. Příčinou může být také mozkové poranění, např. při porodu, následkem pádu, dopravní nehody nebo týrání dítěte.⁶

V případech, kdy se lékařům nepodaří zjistit jednoznačnou příčinu DMO, je za ni označována právě asfyxie. Ukázalo se však, že situace není tak jednoduchá. Jen u mála dětí, které prodělaly novorozeneckou asfyxii, dojde k rozvoji encefalopatie krátce po porodu. Velká část dětí s anamnézou novorozenecké asfyxie dorostla do dospělého věku, aniž by se u ní projevil známky DMO nebo jiného neurologického onemocnění.

⁵ *Asfyxie je nedostatek kyslíku, který má za následek dušení. Nastane-li k takovému stavu před porodem, během porodu či bezprostředně po porodu, může dojít k nenávratnému poškození mozku novorozence. Asfyktický novorozenec je cyanotický, až bledý, nedostatečně dýchá, má sníženou srdeční frekvenci nebo nepřítomnou srdeční akci, snížené svalové napětí, malou až chybějící reakci na podráždění. Pokud není včas zahájena resuscitace a adekvátní intenzivní péče, dojde vlivem nedostatku kyslíku k destrukci mozkových struktur. Výsledkem může být dětská mozková obrna, v krajním případě úmrtí novorozence.*

KOL. AUTORŮ: *Lékařské repertorium*, sv. 1. 4. přepracované vydání. Praha: Avicenum 1981. s. 298-300

⁶ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005, s. 41

Jednou z mnoha příčin DMO je zvýšená frekvence porodů dětí s nízkou porodní hmotností. Česká neonatologická společnost na svém sjezdu v r. 2006 v Poděbradech uvedla přehled počtu dětí se závažnými formami DMO (ročníky 1997 – 2003) následovně:

- Výskyt dětí s DMO pod 1500 g - referenční výskyt se pohybuje mezi 7 – 11 %
- Výskyt dětí s DMO pod 1000 g - referenční výskyt se pohybuje mezi 10 – 25 %
- Výskyt dětí s DMO pod 750 g - referenční výskyt se pohybuje mezi 20 – 30 %⁷

Na souhrnu je patrné, že s klesající porodní váhou roste procento dětí s DMO.

2.1.3 Formy DMO

Vzhledem k tomu, že se jednotlivé projevy poruch hybnosti a schopnosti cíleného zajištění polohy u jednotlivých pacientů s DMO velmi odlišují, dochází k třídění do jednotlivých forem DMO.

Dělení nejčastějších forem:

1. Spastické: a) jednostranné – spastická hemiparéza
b) oboustranné – spastická diparéza
- spastická kvadruparéza
2. Dyskinetické
3. Ataktické
4. Ostatní

Incidence⁸ jednotlivých forem DMO se v různých průzkumech liší.

Poslední doložené studie dokazují, že nejčastější formou je spastická diparéza (0,79/1000) a hemiparéza (0,59/1000). Na třetím místě je dyskinetická a ataktická forma (obě po 0,13/1000) a poslední pořadí zaujímá kvadruparetická forma (0,13/1000).⁹

⁷ www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Pozdni_morbidita 1.1.2013, 8.45

⁸ *Incidence je demografický ukazatel počtu nemocných k počtu obyvatel. Je to počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období. Je obvykle dávana do poměru k velikosti exponované populace ve studovaném období.*

KÁBRT, J., KÁBRT. J. : *Lexicon medicus*. Praha: Avicenum 1988. s. 329

1. Spastické formy

Spastické formy DMO jsou následkem poškození pyramidové dráhy, tj. centrálních mozkových neuronů, kdekoli v jejich průběhu od kůry čelního laloku až k rozvětvení kolem motorických buněk v předních rozích míšních. Mezi charakteristické znaky patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie a stereotypní pohyby. Z důvodu ztuhlých končetin můžeme diferencovat děti ohnuté, které jsou zcela schoulené, a děti napnuté, jejichž ústa jsou otevřená, mají problémy s nadměrným sliněním, jídlem i řečí. Typickým rysem těchto dětí je nápadná mimika. Psychické ladění se ve většině případů projevuje úzkostí, nejistotou a nedostatkem sebedůvěry.¹⁰

- Projevem spastické hemiparézy je ochrnutí jedné poloviny těla. Na protilehlé hemisféře předního mozku jsou patrné změny různého charakteru. Může se jednat o atrofii laloků, vrozené chybění části mozku, čímž následně vzniká dutina a jiné. Horní končetiny jsou většinou postiženy více jak dolní. Paže jsou v abdukci, což znamená pohyb od těla nebo v addukci, čímž rozumíme pohyb k tělu. Často se u dětí nevyvine pinzetový úchop. Postižena bývá jemná motorika, činnost oběma rukama najednou nebývá možná nebo je velmi omezená či stížená. Na dolní končetině převažuje vnitřní rotace, často se objevuje chybné držení nohou, i když volná chůze je možná.¹¹
- U spastické diparézy dochází zejména k postižení dolních končetin. Příčinou je poškození mozkových struktur v oblasti temenní, které nejčastěji vznikají při předčasných porodech nebo krvácením do mozku. Spasticitou bývají nejvýrazněji postiženy dolní končetiny. Horní končetiny bývají relativně zdatné a intelekt nebývá narušen. Chůze je nůžkovitá, kdy kolena se třou o sebe nebo po špičkách (digitigrádní), s pokrčenými koleny při elasticitě flexorů bérce. Toto narušuje rovnováhu, což se projevuje kolébavou chůzí, též někdy nazývanou „lidoopí“.¹²

⁹ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 68

¹⁰ TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J.: *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o. 2001, s. 105-106

¹¹ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 68

¹² TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J.: *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o. 2001, s. 104

- Nejzávažnější a nejtěžší formou DMO je spastická kvadruparéza. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací, mikrocefalií a často i epilepsií. Uvedená forma DMO znamená pro postižené dítě závažný problém, protože je zcela závislé na jiné osobě, na jeho pomoci a péče o takto takového jedince je pracná a celoživotní. Kvadruparézu dělíme do dvou skupin. V prvním případě se jedná o větší postižení dolních končetin a s menším postižením horních končetin, které vzniká převážně poškozením mozkového kmene. Druhá skupina je charakteristická větším postižením horních končetin na základě poškození obou hemisfér předního mozku, a proto je prognóza v tomto případě mnohem horší než u první skupiny.¹³
- Do spastických forem DMO řadíme i triparézu, kdy se jedná o postižení obou dolních končetin s postižením jedné končetiny horní.

2. Dyskinetické formy

U dětí s dyskinetickou (atetoidní) formou DMO jsou charakteristické mimovolní kroutivé a pomalé pohyby rukou, nohou či celých horních nebo dolních končetin. Často se projevují i kroutivé pohyby celého trupu. Základní vadou je neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat vzpřímenou polohu těla. Nemožná kontrola trupu brání rozvoji stoje a chůze. Postižení svalů v orofaciální oblasti nápadně působí na rozvoj vokalizace a téměř znemožňuje schopnost mluvit, což se projevuje ve výslovnosti i artikulaci. Děti s atetoidní formou DMO mohou trpět dysartrií, tedy nemusí být schopné mluvit, protože nejsou schopné kontrolovat svaly potřebné k potřebné artikulaci. Postižení mívají velký problém s polykáním a nadměrným sliněním.¹⁴

3. Ataktické formy

Ataktická neboli cerebrální forma DMO nastupuje plíživě. Často se zpočátku velmi špatně odlišuje od prosté dětské neobratnosti. Děti v důsledku častého zvracení a problémů při podávání stravy, obvykle neprosívají. Většina jich začíná později chodit a chůzi mají značně nestabilní se širokou základnou. U některých dětí se objevuje mikrocefalie a

¹³ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 79

¹⁴ Tamtéž. s. 81

výrazná mentální retardace. Jiné obtížně kontrolují svalové napětí a rovnováhu ve stoji, takže jejich pády jsou nekontrolované a bez obranné reakce. V raném věku při neurologickém vyšetření obvykle „neplachtí“ a „nepřistávají“.¹⁵

4. Ostatní formy

Ostatní či smíšené formy DMO se mění s nemožností zařadit některé děti do jedné z výše uvedených forem. Někdy se projevují atypické projevy nebo symptomy více forem DMO.

U žádného z mnoha typů a subtypů DMO není známa žádná „lčba“. Léčebná intervence je obvykle omezena na léčení a prevenci komplikací způsobených účinky DMO.

2.1.4 Poruchy spojené s DMO

V mnoha případech je DMO kombinována s dalšími poruchami:

- Mentální retardace – Může ještě více zhoršit vývoj dětí s DMO. Uvedená kombinace patří k nejtěžším vadám.
- Narušené chování – Emoční projevy mohou ústít z dlouhodobé nemoci, frustrace či přehnané ochrany ze strany rodičů, což se projevuje přehnanými reakcemi ze strany dětí s DMO při školní či sociální adaptaci. Děti projevují agresivitu, úzkost. Narušené chování se nejčastěji projevuje u dětí s dyskinetickou formou DMO.
- Narušený tělesný vývoj – Projevem DMO může být i narušený tělesný vývoj, kdy děti obvykle zaostávají za svými vrstevníky v oblasti tělesného růstu, vzhledu a celkové vyspělosti. Děti mívají opožděný kostní věk a vývoj končetin může být diametrálně odlišný.
- Poruchy zraku a sluchu – Poměrně častým jevem i dětí s DMO jsou poruchy zraku a sluchu, které se projevují nejčastěji u spastické formy.

¹⁵ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 84-86

- Epilepsie – Vedle mentální retardace je epilepsie velmi vážnou kombinací DMO (často se stává, že se kombinují dohromady). Častý výskyt epileptických záchvatů má vliv na osvojování poznatků o okolním světě.¹⁶

2.1.5 Ucelená rehabilitace při DMO

Vzhledem k tomu, že důsledky postižení DMO jsou dlouhodobé či trvalé, je nezbytné řešit tento stav včasnou a ucelenou rehabilitací. Podmínkou ucelené rehabilitace je existence nejméně dvou složek, které jsou navzájem propojeny.

U dětí s DMO se rehabilitační program zahajuje léčebnou rehabilitací, která tvoří nejvýznamnější složku tohoto plánu. Je zajišťována zdravotníky ve zdravotnických zařízeních. Léčebná rehabilitace představuje soubor rehabilitačních, terapeutických a diagnostických programů směřujících ke zlepšení funkčního postižení. Významným efektem léčebné rehabilitace je zpomalení progresu disability zapříčiněnou onemocněním nebo vrozenou vadou.

Přehled prostředků léčebné rehabilitace:

- balneoterapie
- ergoterapie
- canisterapie
- hypoterapie
- léčebná tělesná výchova
- fyziatrie – termoterapie, magnetoterapie, elektroterapie
- dietoterapie
- expresivní terapie – muzikoterapie, arteterapie¹⁷

Součástí ucelené rehabilitace je sociální rehabilitace, která „představuje soubor určitých specifických činností (služeb), které jsou aktivními nástroji, určenými ke snížení stupně

¹⁶ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 81-84

¹⁷ NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K.: *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 2012, s. 19

závislosti osoby se zdravotním postižením. ¹⁸ Smyslem či posláním sociální rehabilitace je, aby se člověk se zdravotním postižením integroval do společnosti.

U dítěte postiženého DMO tvoří předpoklad pro následující pedagogickou a pracovní rehabilitaci, jejímž konečným výsledkem je úplná integrace dospělé osoby se zdravotním postižením do společnosti a na otevřený trh práce.

Sociální rehabilitace se uskutečňuje prostřednictvím charitativních, neziskových organizací či profesionálních institucí. Velmi důležitou roli zde hraje široká rodina.

Další podstatnou složkou ucelené rehabilitace u dětí s DMO je pedagogická rehabilitace, jejímž primárním záměrem je dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání. Jejím smyslem je poskytování kvalitního vzdělávání žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami za účelem jejich společenské integrace a pracovního uplatnění. Pedagogickou rehabilitací rozumíme výchovu a vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve všech školských zařízeních na základě speciálně pedagogického přístupu. Na základě směrnice MŠMT ČR k integraci dětí a žáků se speciálními potřebami do škol a školských zařízení č.j. 13 710/2001-24 je pro tyto děti určeno vypracování individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP).

Kritériem pro zařazení žáků do IVP je:

- nemožnost zvládnutí osnov pro další handicap
- nutnost zkrácení výuky ze zdravotních důvodů
- nutnost vstupu dalších odborníků do výuky
- ohled na speciální vzdělávací potřeby žáky

Pro děti postižené DMO integrované do běžných základních či speciálních škol je na základě speciálně pedagogické diagnostiky, jež vypracuje SPC se souhlasem rodičů, vytvářen IVP, na jehož základě jsou stanoveny výchovné a výukové cíle, prostřednictvím kterých se dosáhne optimálního cíle. IVP také navrhuje prostředky a pomůcky, kterých je při vzdělávání žáka s DMO využíváno. Jedná se o písemnou dohodu mezi vedením školy, pedagogy a rodiči. IVP je osobní dokumentace žáka.

¹⁸ NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K.: Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy. Hradec Králové: Gaudeamus. 2012, s. 19

Individuální výukový přesně plán vymezuje:

- organizaci, obsah a cíle vzdělávání
- prostředky k dosažení cílů
- využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
- způsoby hodnocení
- osoby odpovědné za plnění IVP¹⁹

Ve školách a jiných školských zařízeních mají integrované děti ze zákona nárok na asistenta pedagoga. Dle ustanovení §2 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících je asistent pedagoga pedagogickým pracovníkem. Náplň jeho práce stanovuje ředitel školy nebo školského zařízení a je směřována na pomoc při výchově a vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Asistent pedagoga dále pomáhá žákům při přizpůsobení se okolnímu prostředí, komunikaci se spolužáky, spolupracuje se zákonnými zástupci žáka a komunitou, ze které žák pochází. Nezbytná je také pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou i mimo školu.

Ustanovení § 16, odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) umožňuje řediteli školy zřídit pozici asistenta pedagoga, o jejíž zřízení žádá krajský úřad. Impulsem k vytvoření pracovního místa je doporučení z SPC či pedagogicko psychologické poradny.

2.2 Komunikace neboli dorozumívání

Pojem komunikace obecně chápeme jako obrazné slovo pro vzájemné a oboustranné působení a ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. V podstatě se jedná o přenos informací, který působí na jedince podílejících se na komunikaci, jež si vyměňují obsah sdělení. Každá komunikace se odehrává v určitých souvislostech a je součástí komunikačního procesu, jenž se skládá ze čtyř základních složek:

1. komunikátor – osoba, od níž vycházejí informace
2. komunikant – příjemce sdělení, který zprávy dešifruje

¹⁹ <http://aplikace.msmt.cz/HTM/ZKPokynSPUCHVestnik.htm> 4.1.2013, 8.45

3. komuniké – znamená obsah sdělení
4. účinek – výsledek vyvozený komunikací

Je zcela zřejmé, že ideální komunikace je taková, při níž komunikátor i komunikant používají dorozumívací kódy, kterým obě strany dobře rozumí a ovládají je. V případě neznalosti či neschopnosti tyto kódy využít se komunikace stává oslabenou, ochuzenou či dokonce nemožnou.²⁰

Mezi dorozumívací prostředky řadíme škálu verbálních (slovních) a nonverbálních (mimoslovních) forem. Podíl verbálních i nonverbálních projevů ve sdělení je následovný:

- 7 % tvoří sdílený obsah informace
- 55 % tvoří mimika, gestikulace, postoj atd.
- 38 % tvoří zabarvení hlasu²¹

2.2.1 Tvorba hlasu

Hlas je zvuk, který je vytvářený hlasivkami. Tlak vzduchu proudící z plic působí na hlasivky a tím vzniká lidský hlas. Vytvořený zvuk se prostřednictvím vzduchového sloupce v dutině ústní a nosní dále mění. Proces vzniku hlasu se označuje jako fonace.

Proces vzniku hlasu lze shrnout následovně:

- *V motorickém centru kortexu vzniká série impulsů, které jsou nervovými dráhami dále vedeny do příslušného mozkového centra.*
- *Impulsy jsou tak vzájemně sladěny, že na nejrůznějších místech v těle může plynule vznikat určité množství vzájemně koordinovaných funkcí.*
- *Nejdříve se otvírá hlasový trakt od úst a nosu k plicím. Nádechová muskulatura zmenšuje tlak v hrudním koši, takže vzduch může relativně volně klesnout do plic.*
- *Když je pro zamýšlený projev nadechnuto dostatek dechu, dechový systém se promění: kombinací elastického odrazu natahujících, roztažených tkání, a*

²⁰ VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. 2004. s. 95-96

²¹ <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/O/4612/nonverbalni-komunikace.html/> 31.12.2012, 14.15

kontrakcí břišního a hrudního svalstva je vytvořena síla, která nasměruje výdech hlasovým traktem, ústy a nosem ven.

- *V počátku výdechu se v hrtanu alespoň částečně uzavřou hlasivky, což vytvoří odpor dechovému proudu, který směřuje zpět.*
- *Ohebné hlasivky jsou dechovým proudem uvedeny do kmitání.*
- *Toto kmitání rozkládá dechový proud na vzduchové nárazy, které směřují do nástavní trubice (část hlasového traktu ležící nad hlasivkami).*
- *Vzduchové nárazy vedou dech do rezonančních dutin hrtanových, ústních a nosních a dají vzniknout tónu.*
- *Základní tón našeho hlasu je určen kmitáním (jeho frekvencí), vibrací hlasových rtů. Svrchní tónovou strukturu zvuku určuje forma, volumen, otevřenost a pružnost rezonátorů.²²*

2.2.2 Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO

V důsledku organického poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS) dochází k častým poruchám řeči. „Obvykle se uvádí, že téměř u třech čtvrtin dětí s DMO se sekundárně vyskytuje vývojová dysartrie, a to různé závažnosti – od lehkých poruch artikulace až k úplné neschopnosti motoricky realizovat určitý artikulační záměr“.²³ Při DMO nelze pochybovat o nápadném narušení verbální komunikace většiny dětí. Je potřeba dodat, že dysartrii mohou získat i dospělé osoby při degenerativním onemocnění CNS, Parkinsonově nemoci či roztroušené skleróze.

Dysartrii můžeme charakterizovat jako poruchu motorické tvorby řeči různého stupně vznikající na základě organického poškození mozku. Současné názory na vývoj patologie pohybu u dětí s DMO uznávají rychlý rozvoj příznaků onemocnění během procesu zrání CNS. U vývojové dysartrie jde také o dynamický proces, u kterého se projevují na jedné

²² LINKLATER, K.: *Die persönliche Stimme entwickeln. Ein ganzheitliches Übungsprogramm zur Befreiung der Stimme.* München: Verlag. 2005. s. 21-22

²³ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna.* Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 243

straně nestálé defekty, na straně druhé může jít o trvalé vady vývoje řečových schopností podmíněné zráním CNS dítěte.²⁴

Dysartrii doprovází následná postižení:

- dýchání (respirace)
- tvorby hlasu (fonace)
- ozvučení v dutinách (rezonance)
- přízvuku, intonace, tempa, hlasitosti a pauzy (prozódie)
- výslovnosti (artikulace)

Mezi přidružené poruchy řadíme dysfagii, tedy vady žvýkání a polykání.²⁵

Vývojovou dysartrii nejčastěji trpí atetonici a osoby se spastickými formami DMO, přičemž nejčastěji bývá zastoupena u jedinců s kvadruparézou.

Nejzávažnějším postižením orofaciální motoriky v důsledku postižení CNS je anartrie, kdy se jedná o „*neschopnost artikulace v důsledku obrny svalů, které se zúčastňují řeči.*“²⁶

Jak je uvedeno, na správnou artikulaci mají vliv svaly, které se jí zúčastňují. Abychom porozuměli dětem postiženým DMO, u nichž se ve většině případů objevuje dysartrie, musíme porozumět funkci hlavových nervů, které se účastní na koordinaci svalstva podílejícího se na tvorbě řeči. „*Poškození motorického systému, které vede ke vzniku dysartrie, může vzniknout kdekoli na dráze od mozku po samotný sval.*“²⁷

²⁴ NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K.: Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy. Hradec Králové: Gaudeamus. 2012, s. 55

²⁵ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 243

²⁶ KÁBRT, J., KÁBRT J.: *Lexicon medicus*. Praha: Avicnum. 1988, s. 129

²⁷ RUSSEL, J., LOVE, WANDA, G., WEBB: *Mozek a řeč*. Praha: Portál. 2009, s. 178

Tabulka č. 1: Hlavové nervy

| Číslo nervu | Latinský název | Vliv poškození |
|--------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| V. | Nervus trigeminus | Ovládání čelisti, otvírání, zavírání úst. |
| VII. | Nervus facialis | Mimika obličejového svalstva, ochabování špulení a retoretního uzávěru. |
| IX. | Nervus glossofaryngeus | Pohyblivost jazyka, kořene jazyka a svalstva hltanu. |
| X. | Nervu vagus | Svalstvo hrtanu, hltanu, měkkého patra a hlasivek. |
| XII. | Nervus hypoglossus | Inervace ²⁸ jazyka, jeho vyplazování a pohyby. |

Zdroj: KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 2005. s. 245

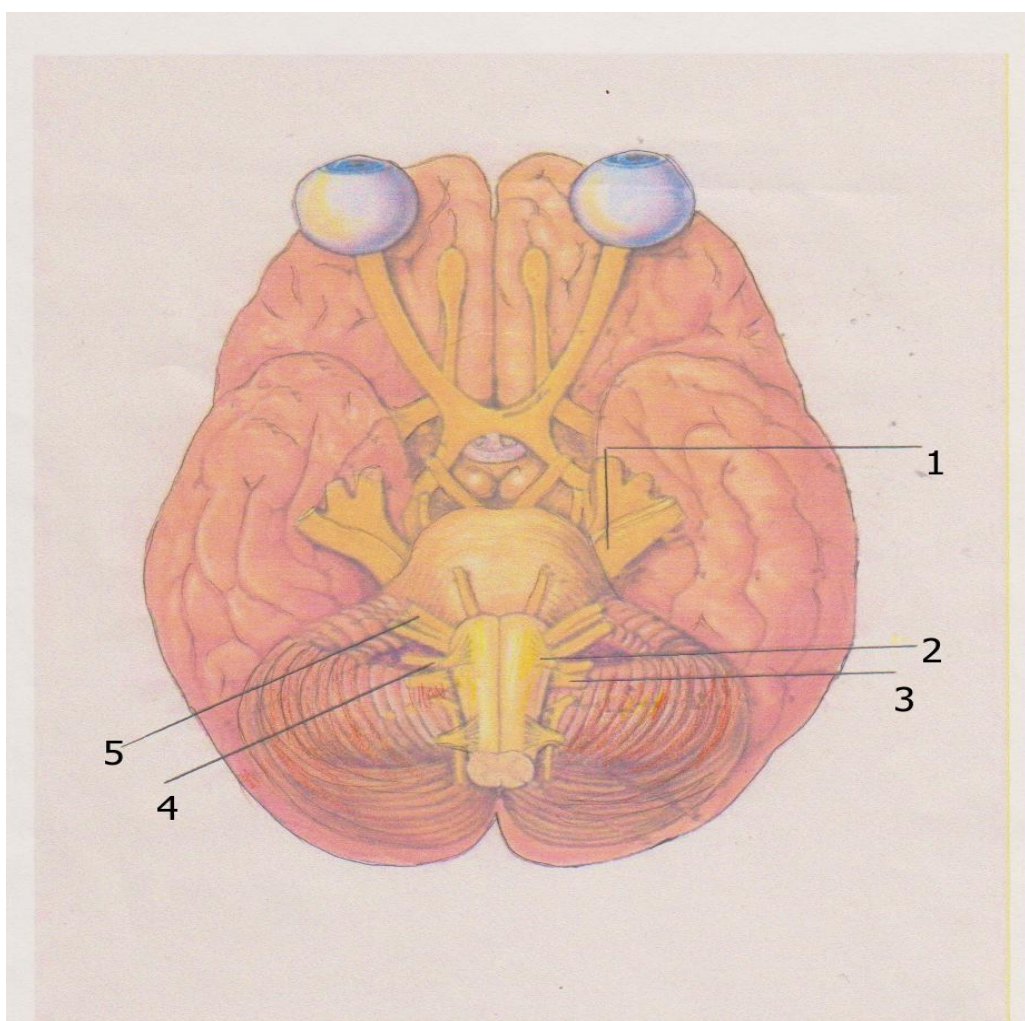
Zpracování: Vlastní

Výše uvedená tabulka nám poskytuje přehled hlavových nervů, které bývají u dysartrie poškozeny.

Pro důkladnou představu rozložení hlavových nervů, jež mohou být u dětí s DMO postiženy, je přiložen následující obrázek.

²⁸ Inervace znamená zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu.

Obrázek č. 1: Pohled na mozek



Zdroj: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/anatomie-lidske-telo/hlavove-nervy-anatomie-obrazek-popis-latinske-nazvy-nervu> 2.1.2013, 11.50

Zpracování: Vlastní

Tabulka č. 2: – Popis obrázku:

| Číslo nervu | Název nervu | Číslo v obrázku |
|-------------|-------------------------|-----------------|
| V. | Nervus trigeminus | 1 |
| VII. | Nervus facialis | 5 |
| IX. | Nervus glossopharyngeus | 4 |
| X. | Nervu vagus | 3 |
| XII. | Nervus hypoglossus | 2 |

Popis obrázku znázorňuje výše uvedené hlavové nervy.

2.2.2.1 Dysartrie a DMO

Dysartrie je porucha koordinace mluvního výkonu, ztížená artikulace (výslovnost) při normálním chápání významu řeči. Vyznačuje se omezenou nebo deformovanou hybností artikulačních orgánů (jazyk, rty, mimické svaly), řeč je neobratná a pomalá. Jde o poruchu článkování řeči, tj. o poruchu vyslovování vůbec, ne jen o poruchu vyslovování jednotlivých hlásek, jak je tomu při dyslalii. Dysartrie je porucha organická, při níž se hláska tvoří nesprávným způsobem.

Tato porucha je jedním z příznaků **dětské mozkové obrny**. Při těžším postižení motorických drah je výrazně porušena koordinační schopnost mluvidel a dítě je nedokáže nastavit tak, aby mohlo příslušnou hlásku správně vyslovit. Tyto děti mají často i poruchy polykání a nadměrně sliní i v pozdějším věku.²⁹

V logopedické péči se obecně zaměřujeme na:

- uvolňování svalového tonu (napětí), relaxaci, rehabilitaci orofaciální oblasti, odstranění nebo zmírnění slinění (zde je vhodná spolupráce s fyzioterapeutem)
- dechová cvičení – zvýšení kapacity plic, zlepšení koordinace dýchacích svalů, správný dechový vzorec
- fonační (hlasová) cvičení – síla, hlasový začátek, koordinace s dechem
- rezonanční cvičení (zejména funkce měkkého patra)
- cvičení hybnosti mluvidel
- artikulační cvičení – podle možnosti správné vyvození jednotlivých hlásek a jejich užívání
- cvičení prozodie (intonační cvičení)
- rytmizační cvičení, ovlivňování srozumitelnosti řečového projevu³⁰

²⁹ JEDLIČKA P., NEBUDOVA J.: *Neurologie*. Praha: Avicenum 1989. s 174 - 216

³⁰ SOVÁK M.: *Logopedie*. Praha:SPN 1972, s. 134

2.2.3 Faktory podílející se na vývoji řeči u dětí s DMO

Na rozvoji řeči u všech dětí mají vliv vnější a vnitřní faktory spolupodílející se na celkovém rozvoji osobnosti. V případě rozvoje řeči je účinnější podpořit rozvoj řeči komplexně, tedy prostřednictvím kvalitních podnětů, a tím je ovlivněn i tělesný a duševní rozvoj dítěte.

Mezi vnitřní faktory, které jsou dány stavem organismu, řadíme:

- postižení CNS
- úroveň intelektu
- stav smyslových orgánů
- funkčnost orofaciální motoriky

Mezi vnější faktory náleží:

- výchova v rodině
- podnětné prostředí, ve kterém se dítě nachází

Vývoj řeči může být ovlivněn i kombinací DMO a dalšího postižení. Takovou možností je závažné smyslové onemocnění, epilepsie nebo mentální retardace.³¹ Dalším argumentem pro negativní ovlivnění vývoje řeči je i častá hospitalizace těchto dětí.

2.3 Vývoj řeči u dětí s DMO

Když hovoříme o DMO, je třeba si uvědomit, že se jedná o postižení postihující děti v nejranější fázi života, většinou do jednoho roku života. Jedná se o onemocnění vyznačující se postižením celkového vývoje jedince a to již od prvopočátku nástupu onemocnění.³²

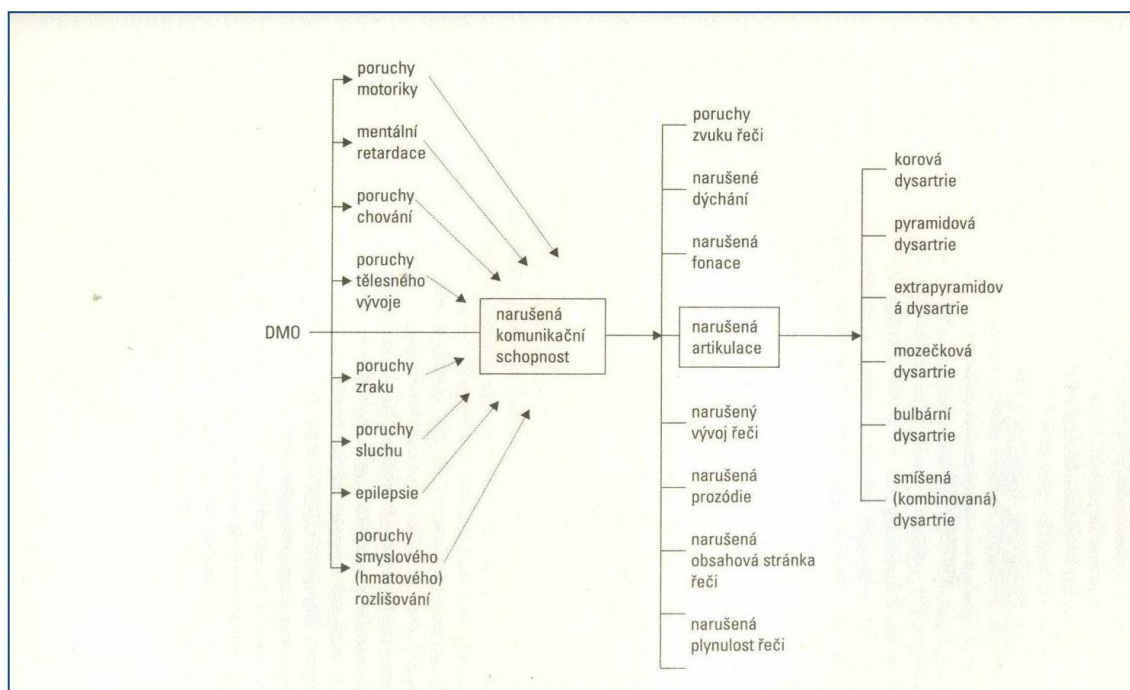
³¹ KRAUS, J. a kol.: *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. s. 244

³² LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál. 2008. s. 99

Motorické postižení u dětí s DMO souvisí i s jejich narušením komunikačních schopností. Vady řeči jsou dle významu velmi různé a vyskytují se od lehkých defektů výslovnosti až po úplnou nezpůsobilost dorozumět se mluvenou řečí.

Vývoj řeči je u dětí s DMO ovlivněn již od narození, kdy se začínají projevovat problémy s dýcháním a sáním. Častým jevem je absence pobrukování, her s končetinami, mluvidly či žvatlání. U těchto dětí dochází k opoždování orálních reflexů, vyskytují se problémy s přijímáním potravy a jejím zpracováním, což se projevuje při žvýkání, polykání, koordinaci pohybů čelisti, rtů a jazyka. Chybná souhra svalů v orofaciální oblasti je příčinou nesprávných a abnormálních pohybových vzorů v obličejové části těla. Vzhledem k jejich dlouhodobému užívání se pak tyto chybné vzorce plně zautomatizují a zafixují. Dalším nebezpečím pro orofaciální oblast u dětí s DMO je příjem potravy nasogastritickou sondou. Tímto způsobem přijímaná potrava v prvních měsících života neposkytuje dostatečné množství impulsů k procvičování úst a může vzniknout omezená či narušená funkce řečových orgánů.

Obrázek č. 2: Projevy DMO v řeči z logopedického pohledu



Zdroj: LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál. 2008. s. 109
 Zpracování: Vlastní

Obrázek prezentuje příčiny narušené komunikační schopnosti u dětí s DMO, jejichž důsledkem je narušená artikulace.

Důvodem vzniku DMO je poškození CNS vznikající v počátečních fázích vývoje jedince. Jedná se o soubor poruch hybnosti a smyslů zasahující do vyšší nervové činnosti, což je myšlení, řeč, učení a paměť.

Poruchy řeči u dětí s DMO lze vystihnout termínem narušení vývoje řeči. Již od narození se řeč vyvíjí abnormálně, vrozené postižení negativně ovlivňuje motorickou i senzoryckou složku řeči. Stupeň postižení řeči závisí na úrovni motorického postižení, intenzitě přičleněných problémů, na postoji okolí a kapacitě dítěte.

Centrální porucha hybnosti postihuje orofaciální svalstvo, které se podílí především na příjmu potravy, druhotně na artikulaci. Spasticita a opakující se spasmy narušují dýchání a tvorbu hlasu. Je také postižena kontrola pohybu hlavy, čelisti, rtů, jazyka, patra a hltanu. Kombinaci poruch dýchání, fonace, artikulace, rezonance, prozodie řeči a hypersalivace³³ nazýváme vývojovou dysartrií.³⁴

Důsledkem kombinace DMO s dalším závažným postižením, např. autismem, mentální retardací, vadou sluchu či zraku jsou projevy velmi těžké vady komunikace.

2.3.1 Jazykové roviny

Řeč je artikulovaný a zvukový projev člověka sloužící k dorozumívání. Má složitější strukturu a lze ji rozdělit do několika jazykových rovin. Řeč dětí s DMO má své jisté zvláštnosti ve všech jazykových rovinách.

Dělení jazykových rovin:

- Lexikálně-sémantická – Charakterizuje porozumění řeči v běžném hovoru. Náleží sem úroveň vyjadřování, tedy aktivní slovní zásoba, smysluplné označení toho, co

³³ *Zvýšené vylučování slin.*

KÁBRT, J., KÁBRT J.: *Lexicon medicus*. Praha: Avicnum. 1988, s. 317

³⁴ KLENKOVÁ, J.: *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 1. vydání. 2006, s. 188-191

dítě vnímá, prožívá, co si myslí. Zahrnuje popis obrázků, situací, událostí a samostatné vyprávění.

Rozvoj slovní zásoby probíhá prakticky při všech činnostech. Je základem rozvoje myšlení. Řeč dítěte je zpočátku vázána na konkrétní předměty a situace. Proto se dítě učí nejprve poznávat předměty a situace, činnosti a jevy a také je pojmenovávat. Vývoj slovní zásoby vychází ze zkušeností, poznatků, jejich pochopení a porozumění vzájemným vztahům

- Morfologicko-syntaktická – Pro tuto rovinu platí správné užívání jednotlivých slovních druhů, skloňování či časování slov, tvorba vět a souvětí.

Gramatická rovina verbálních projevů odráží mentální úroveň dítěte. Začíná se vyvíjet kolem jednoho roku věku, kdy začíná rozvoj v pravém slova smyslu. Rozvíjí se postupně zejména napodobováním v každodenním styku s mluvícím okolím. Postupně dítě vniká do jazykového systému mateřštiny.

Neodmyslitelným předpokladem rozvoje gramatiky je jazykový cit. Většinou je dítěti dán a rozvíjí se nejprve pouze řečí a později i čtením.

- Foneticko-fonologická – Jde o sluchovou diferenciaci hlásek mateřského jazyka a jejich správnou výslovnost. Verbální projev člověka musí odpovídat foneticko-fonologickým jazykovým rovinám příslušného národa. Dítě se jej učí nápodobou. Správná výslovnost jednotlivých hlásek je závislá na celkové úrovni smyslového vnímání, rozumových a napodobovacích schopnostech.

Narušení foneticko-fonologické jazykové roviny se nejvíce projevuje u jedinců s diagnózou vývojová dysfázie, opožděný vývoj řeči, dyslalie, dysartrie, palatolalie, rhinolalie.

- Pragmatická – Vystihuje užívání řeči v praxi, tedy v určitých sociálních souvislostech. *„Jedná se o takové dovednosti, jako je například vyžádání nebo oznámení informace, vyjádření vztahů, pocitů, prožitků, událostí. Zahrnuje tzv. regulační funkci řeči (tj. pomocí řeči dítě dosahuje cíle, usměrňuje sociální interakce) a tvoření dialogu (střídání role naslouchajícího a mluvícího, udržování*

tématu hovoru). Součástí této roviny je rovněž užívání prvků neverbální komunikace, jako je mimika, gestikulace a zejména oční kontakt.“³⁵

Zde hraje důležitou roli souvislé vyjadřování a využívání řečové produkce v sociálních situacích. U dětí podporujeme vyprávěná, reprodukci a dramtizaci. Na děti mají velký vliv pohádky, které je důležité vybírat podle věku.

Lexikálně-sémantická rovina

Vlivem omezené motoriky mají děti s DMO sníženou možnost aktivně získávat poznatky o okolním prostředí. Adekvátnímu rozvoji obsahové stránky řeči brání i formální stránka řeči, protože obtížně pochopitelné a nesrozumitelné hlasové projevy často dítěti překážejí ve formulaci otázek ke zjišťování nových poznatků.

Pasivní porozumění řeči u dětí s DMO se vyvíjí přibližně do čtyř let věku. Když je nezbytné v pozdějším věku vzájemně podmínit vnitřní a vnější řeč, nastává stagnace porozumění řeči, což může vyvolat dojem mentální retardace. U těžších forem DMO vzniká verbalismus.³⁶

Bylo zjištěno, že z důvodu absence přiměřeného zapojování všech smyslů, tvorba pojmů je u dětí s DMO velmi ochuzená. Jejich pojmy jsou často nepřesné, získané z obrázků. Pokud nějaký název či pojem použijí, nemusí mu vždy i rozumět.

Morfologicko-syntaktická rovina

Morfologicko-syntaktická rovina řeči, resp. její gramatická stavba, je nejvíce narušena v situacích, kdy k základní diagnóze DMO je přidružena mentální retardace.

Je uvedena „možnost vzniku vývojově větné dysfázie, při níž není porušeno tvoření slov, chybná je však tvorba vět, syntax. Proto se dítě vyjadřuje pokud možno v holých větách. V tomto případě jde o „telegramaticky“ stručnou řeč. V některých případech může dojít i k idioglosii.“^{37, 38}

³⁵ LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál. 2008. s. 99

³⁶ Tamtéž. s. 101

³⁷ Tamtéž. s. 102

U některých forem DMO z důvodu nadměrné spasticky a jejího namáhavého překonávání setrvává řeč dlouhou dobu na úrovni jednoslovných vět. Při jiných formách se řeč objevuje až ve třech až čtyřech letech.

Foneticko-fonologická rovina

Charakteristickým znakem dětí s DMO patří narušení vývoje foneticko-fonologické roviny jazyka, kdy se v důsledku narušení motoriky projevují i poruchy výslovnosti. Většina dětí se nějakým způsobem naučí hláskovou řeč, ovšem vždy s patologickým vzorcem pohybů. Spasticita či neovladatelné mimovolní pohyby nedovolí dítěti správně vytvářet jednotlivé hlásky. Projevuje se neschopnost spojovat naučená slova do plynulých vět.

Úroveň vývoje výslovnosti závisí na úrovni sluchového rozlišování neboli fonematické diferenciace. Dítě s poruchou hybnosti, která je pro DMO typická, nemůže reagovat na zvuky, které slyší, neboť nedokáže otočit hlavu či se obrátit na druhou stranu. Z tohoto důvodu si velmi obtížně vytváří spojení mezi zvukem a jeho zdrojem.³⁹

Pragmatická rovina

V těžších případech DMO se objevují vážné bariéry v komunikaci ve smyslu omezení celkové motoriky i oromotoriky. U dětí se projevuje snížená mimika, zpomalená řeč, v důsledku obrny svalů zúčastňujících se řeči nemohou správně artikulovat či trpí nadměrnou tvorbou slin. Uvedené důvody mohou způsobovat dlouhodobé negativní důsledky, pokud jde o tvorbu vztahu dítěte se svým okolím, což se může projevit jako významná komunikační bariéra.

³⁸ Idioglosie je vlastní osobitá řeč dítěte, která je pro ostatní kromě nejbližších osob nesrozumitelná. Vlastní řeč dítěte liší se od mateřského jazyka komolením výrazů až k nesrozumitelnosti.

KÁBRT, J., KÁBRT J.: *Lexicon medicus*. Praha: Avicnum. 1988, s. 325

³⁹ LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál. 2008. s. 103

2.4 Logopedie

Logopedie je vědní obor, který je součástí speciální pedagogiky, zabývající se patologickou stránkou procesu komunikace. Logopedie v současném pojetí není zaměřena pouze na děti, ale dotýká se všech věkových kategorií s poruchou řeči, což je vymezeno vztahem k ostatním vědním oborům, např. neurologii, foniatrii, stomatologii, psychologii, fonetice a fonologii.⁴⁰

2.4.1 Poruchy vývoje řeči

Přibližně do jednoho roku věku prochází zdravé dítě přípravnými fázemi vývoje řeči. V tomto období nemluví, nepoužívá slova, ale křičí, brouká nebo žvatlá. V období kolem prvního roku se začínají objevovat první slova a tím začíná vývoj řeči.

V případě, že dítě ve třech letech života nemluví nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku, přinejmenším se jedná o opožděný vývoj řeči, a je nutné dítěti zajistit vhodná odborná vyšetření.

Jedná se o vyšetření:

- sluchu
- zraku
- intelektu
- autismu
- mluvicích orgánů⁴¹

⁴⁰ KLENKOVÁ, J.: *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006, s. 11-13

⁴¹ VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. 2004. s. 109-110

Přehled poruch vývoje řeči:

1. Centrální vady a poruchy

- Vývojová dysfázie (vývojová nemluvnost) - opožděný vývoj řeči s výrazně narušenou schopností sluchového rozlišování, vnímání a chápání řeči, stavby vět a výraznými agramatismy (většinou dobrý prognóza vývoje a nápravy)
- Afázie - narušení již vyvinuté schopnosti porozumění a reprodukce řeči zpravidla na základě organického poškození pravé mozkové hemisféry (velmi častá u dospělých osob po cévních mozkových příhodách, úrazu hlavy či nádorech mozku)
- Brebtavost (tumultus sermonis) - velmi rychlá, artikulačně nedbalá a proto špatně srozumitelná řeč (porucha tempa řeči) – podle EEG nálezu bývá spojena s drobným organickým poškozením mozku
- Koktavost (balbuties) - porucha plynulosti řeči, která je patrná především v dialogu. Projevuje se tonickými (spínávkami), klonickými (škubávkami) nebo smíšenými (tonoklonickými) křečemi svalstva mluvních orgánů. Může být doprovázena koverbálními projevy chování, např. souhyby – tiky a záškuby nebo součiny, např. složitější uvolňující pohyby před vlastním mluvním projevem. Dříve byla považována za neurotickou poruchu, ovšem novější výzkumy řadí tuto vadu řeči do organického postižení mozku.⁴²

2. Neurotické vady a poruchy

- Mutismus - oněmění, jehož příčinou bývá psychické trauma. K terapii je nezbytná pomoc psychologa.
- Efektivní mutismus - výběrová nemluvnost vůči konkrétní osobě (matka, otec, učitel...). Projevuje se v určité situaci nebo prostředí a jeho příčinou jsou velmi často nevhodné výchovné postupy. Úpravou negativních faktorů je prognóza velmi dobrá.

⁴² SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008, s. 88-89

- Surdomutismus - neurotická ztráta řeči spojená s útlumem slyšení řeči a s projevy nápadně živé schopnosti odezírat řeč podle mimiky a úst mluvícího a to na základě nevědomého slyšení.⁴³

3. Vady mluvidel

- Huhňavost (rhinolalia) - patologicky snížená rezonance hlasité řeči vlivem překážky v nose nebo nosohltanu. V tomto případě se jedná o zavřenou huhňavost – je porušena kvalita výslovnosti např. hlásek –m, -n, které znějí jako –b, -d. Také se projevuje v důsledku poruchy patrohltanového uzávěru. Zde jde o otevřenou huhňavost, kdy hlásky jsou vyslovovány s nosovým přízvukem.
- Palatolálie - porucha výslovnosti při rozštěpu patra (patologická výslovnost v důsledku rozštěpových změn na mluvních orgánech). Po operativní léčbě dobrá prognóza nápravy.

4. Poruchy artikulace

- Dyslálie – jedná se o patologickou formu výslovnosti některých hlásek, resp. jejich nahrazování hláskami jinými (paralálie) nebo vynechávání hlásek (mogilálie). Jednotlivé typy dyslalie jsou označovány podle písmen řecké abecedy, např. patologická výslovnost sykavek je sigmatismus, patologická výslovnost hlásky –r se nazývá rotacismus.
- Dysartrie – je to celková porucha artikulace, např. při DMO nebo Parkinsonově chorobě, kdy jsou postiženy řečové funkce

⁴³ SLOWÍK. J.: *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008, s.89

5. Poruchy hlasu

- Chraptivost (dysfonie) – je to porucha způsobená patologickými změnami na hlasivkách
- Mutace – nejčastěji jde o fyziologickou změnu projevující se v období puberty⁴⁴

2.4.2 Logopedická péče v České republice

V České republice se logopedická péče uskutečňuje prostřednictvím součinnosti ministerstev tří resortů:

1. Školství, mládeže a tělovýchovy - ve školách a školských zařízeních se na logopedické péči účastní:

- logopedický preventista, který absolvoval kurz logopedické prevence. Působí většinou v mateřských školách. Je jím učitelka mateřské školy, která v rámci svého pracovního úvazku logopedicky působí na děti v předškolním věku.
- logopedický asistent pracující pod dohledem klinického logopeda či speciálního pedagoga.
- speciální pedagog, tedy učitel zaměřující se na poruchy řeči a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Může působit ve všech zařízeních v resortu školství.

2. Zdravotnictví – v tomto resortu pracovníci:

- logoped, tedy absolvent studia logopedie nebo speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Vzhledem k tomu, že nesplňuje podmínky pro udělení licence k privátní praxi, pracuje pod dohledem klinického logopeda.
- klinický logoped, který je absolventem postgraduálního vzdělávání a pracuje samostatně. Ve své praxi může získat licenci k provozování privátní praxe.

⁴⁴ SLOWÍK. J.: *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008, s.89

3. Práce a sociálních věcí – zde pracují logopedi, kliničtí logopedi a speciální pedagogové se specializací logopedie a surdopedie, přičemž jejich kvalifikační požadavky spočívají v konkrétním typu pracoviště a náplni práce v dané sféře.

Logopedická péče je zprostředkována prostřednictvím těchto institucí:

- státní – kliniky, větší nemocnice, státní polikliniky, lázně
- nestátní – městské, okresní, církevní a charitativní organizace
- soukromé – soukromé praxe klinických logopedů

Uvedené instituce se podílejí na logopedické péči nejen u dětí ale i dospělých osob.⁴⁵

2.5 Integrace dětí s DMO do běžných základních škol

Argumentem pro praktickou část je mimo jiné i integrace dětí s DMO do běžného typu základních škol.

„Léčba projevů spojených s DMO se opírá na prvním místě o integraci dětí do běžného typu školy. Častým problémem je však vybavení školy příslušnými speciálními pomůckami, jak pro výuku, tak pro pohyb dítěte ve škole. Situace ve větších základních školách je však stále lepší a integrace je dobrou vizitkou pro celou školu.“⁴⁶

2.5.1 Právní úprava integrace zdravotně postižených dětí do škol v ČR po roce 1989

Politické a ekonomické změny společnosti po roce 1989 se promítly do systému vzdělávání a celkové koncepce školství.

Otázku školské integrace zdravotně postižených dětí do běžných škol řešil, či spíše neřešil, zákon ČNR č. 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě ve školství, ve znění pozdějších novel. Tento zákon potvrdil širokou pravomoc ředitelů škol rozhodovat o přijetí nebo nepřijetí postiženého žáka do stavu školy. Za této právní úpravy již nemělo docházet k tomu, že by žák se zdravotním postižením, pokud se takto rozhodou zákonní zástupci, nemohl navštěvovat běžnou základní školu patřící do obvodu trvalého bydliště, resp.

⁴⁵ ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I.: *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 2003, s. 45-48

⁴⁶ <http://www.dmo.cz/lecba-a-pece/specialni-pedagogika/lecba-symptomu> 28.11.2012, 14.45

spádovou základní školu. V ustanovení § 13 písm. m) stanoví povinnost Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT), že vypracuje „*postup při integraci zdravotně postižených dětí do předškolních zařízení, škol, středních škol a školským zařízením jim sloužícím*“. MŠMT po dobu účinnosti zákona nikdy tuto povinnost nesplnilo.⁴⁷ Tento zákon zároveň stanovuje školskému úřadu povinnost přidělit finanční prostředky na nezbytné zvýšení nákladů spojených s výukou zdravotně postižených dětí.

Zákon č. 29/1984 Sb., o soustavě základních škol, středních škol a vyšších odborných škol (školský zákon) se věnoval integraci zdravotně postižených dětí jen okrajově. Hovořil pouze o speciálních školách, jež *pomocí zvláštních výchovných a vyučovacích metod a prostředků poskytují výchovu a vzdělávání žákům mentálně, smyslově nebo tělesně postiženým, žákům s vadami řeči, žákům s více vadami, žákům obtížně vychovatelným...*⁴⁸ Přestože byl opakovaně novelizován, nikde zde není zmínka o integraci dětí se zdravotním postižením, která je žádoucí při plnění základních cílů a úkolů škol.

Oficiálně vzal resort školství na vědomí možnost přijetí dítěte s postižením do běžné školy ve vyhlášce MŠMT č. 291/1991 Sb., která to umožňovala (nenařizovala) ředitelům škol formou zřízení speciálních tříd. Individuální integrace je podle této vyhlášky možná pouze u žáků se smyslovým nebo tělesným postižením a s vadou řeči na základě žádosti zástupce žáka a vyjádření pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP) nebo speciálně pedagogického centra (dále jen SPC). Tato vyhláška ovšem neumožňuje individuální integraci dětí s mentálním postižením. MŠMT přesto stanovilo tzv. výjimku a vzdělávání některých žáků s mentálním postižením probíhalo formou experimentu, který se oficiálně nazýval „*Pokusné ověřování individuální integrace žáka s mentálním postižením v základní škole na základě možnosti § 58 písm. a) Zákona číslo 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol, ve znění pozdějších předpisů*“.⁴⁹ Uvedené ověřování bylo povoleno čtyřem stům vybraným základním školám v ČR na základě § 58 písm. a) zákona č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol (školský zákon), ve znění pozdějších

⁴⁷ ŘEŘICHOVÁ, I.: *Pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, 2012. Diplomová práce. ČZU Praha.

⁴⁸ ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I.: *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 2003, s. 236

⁴⁹ ŘEŘICHOVÁ, I.: *Pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, 2012. Diplomová práce. ČZU Praha.

předpisů, a bylo ukončeno k datu 29. 2. 1994. Po tomto termínu byli žáci zařazení do pokusného ověřování přeřazeni do standardní formy výuky, tedy do standardní formy integrace ve smyslu Směrnice k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení č. 13 710/2001-24 ze dne 6. 6. 2002, zveřejněné ve Věstníku MŠMT č. 9/2002 a Věstníku vlády pro orgány krajů, okresní úřady a orgány obcí částka 4/2002.⁵⁰

Přestože v rámci projektu bylo jistě nutné řešit mnoho problémů, přeřazení žáků s mentálním postižením do běžné formy výuky je významný pokrok ve vzdělávání žáků se speciálními potřebami. Tímto počinem byla důstojným způsobem zahájena integrace mentálně postižených žáků do běžných základních škol a tím se jim otevírá možnost jejich dalšího uplatnění na trhu práce.

2.5.2 Školský zákon č. 561/2004 Sb. a související dokumenty

Od 1. ledna 2005 nabývá účinnost zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Z předešlé kapitoly je zřejmé, že integrace dětí se zdravotním postižením do běžných základních škol není nová záležitost. Mnohé školy mají řadu zkušeností, které dokázaly, že se jedná o cestu správným směrem. Tento zákon se již podrobněji zabývá vzděláváním postižených žáků na různých stupních školní vzdělávací soustavy a v § 16 odst. 1) specifikuje dítě, žáka nebo studenta se speciálními vzdělávacími potřebami jako osobu se zdravotním postižením, které je dle odst. 2) postižení mentální, zrakové nebo sluchové, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Takto postiženým dětem je na základě odst. 6) potvrzeno právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Mají právo na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského zařízení. Také délka jejich vzdělávání na středních a vyšších odborných školách jim může být prodloužena, nejvýše však o dva roky. Mohou bezplatně při vzdělání využívat speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační pomůcky poskytované školou.

⁵⁰ ŘEŘICHOVÁ, I.: *Pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, 2012. Diplomová práce. ČZU Praha.

Zákon pamatuje i na žáky a studenty s těžkou poruchou zraku, řeči nebo sluchu a těmto umožňuje jejich výuku provádět za pomoci konkrétních vzdělávacích pomůcek, kterými jsou knihy psané Braillovým hmatovým písmem nebo výklad učiva ve znakové řeči. Ředitelé různých školských zařízení mohou se souhlasem krajského úřadu, podloženým vyjádřením školského poradenského zařízení, pro tyto děti, žáky a studenty zřídit funkci asistenta pedagoga. Průběh celého školního vzdělávání může probíhat na základě individuálního vzdělávacího plánu, který vypracovává třídní učitel ve spolupráci s ostatními pedagogy školy s doporučením a souhlasem školského poradenského zařízení. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, s více vadami a s autismem se mohou vzdělávat, jak je uvedeno v § 48 tohoto zákona, v základních školách speciálních, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení.

2.5.3 Integrace zdravotně postižených dětí do základních a středních škol v Chebu

Předpokladem úspěchu nejen v běžném životě, ale i na trhu práce pro osoby se zdravotním postižením je mimo jiné úroveň jejich vzdělání. Konečným cílem integrace zdravotně postižených dětí do běžných základních, středních škol a učilišť by mělo být umožnění co nejvyššího stupně vzdělání, které přispěje ke zvýšení kvality jeho života a posílí soudržnost společnosti.⁵¹

Na území města Chebu se nachází:

- šest základních škol
- jedno gymnázium
- jedna integrovaná střední škola
- jedna střední zdravotnická a vyšší odborná škola
- jedna soukromá základní škola a gymnázium

Tyto školy navštěvovalo ke dni 30. června 2011 celkem 5 330 žáků a studentů, kdy z nich 2 632 navštěvuje základní školu a 2 698 navštěvuje gymnázia, střední školy či učiliště. V rámci uvedených školských zařízení jsem provedla výzkum se zaměřením na zjištění počtu integrovaných žáků a studentů s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením, resp. zdravotním postižením.

⁵¹ MICHALÍK, J.: *Školská integrace žáků s postižením na základních školách v České republice*, s. 225

Popis způsobu a místa výzkumu:

Při výzkumu byli průvodním dopisem osloveni ředitelé uvedených školských zařízení se žádostí o vyplnění požadovaných údajů do přiložené tabulky.

Požadované údaje:

- Celkový počet žáků navštěvující školu
- Počet integrovaných žáků se zdravotním postižením
- Počet integrovaných žáků s DMO

Popis vzorku:

- Děti navštěvující běžné základní školy
- Mládež připravující se na budoucí povolání

Tabulka č. 3: Přehled žáků a studentů se zdravotním postižením integrovaných ve školských zařízeních v Chebu

| Název školy | Celkový počet žáků nebo studentů | Počet integrovaných žáků nebo studentů | Počet žáků nebo studentů s DMO |
|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ZŠ Cheb | 310 | 0 | 0 |
| 2. ZŠ Cheb | 470 | 0 | 0 |
| 3. ZŠ Cheb | 358 | 5 | 2 |
| 4. ZŠ Cheb | 487 | 20 | 2 |
| 5. ZŠ Cheb | 508 | 0 | 0 |
| 6. ZŠ Cheb | 499 | 0 | 0 |
| Gymnázium Cheb | 715 | 0 | 0 |
| Integrovaná střední škola Cheb | 1 400 | 30 | 2 |
| Střední zdravotnická a VOŠ Cheb | 390 | 1 | 0 |
| Svobodná chebská škola a gymnázium s r. o. | 93 - ZŠ 100 - gymnázium | 7 2 | 1 |
| Celkem | 5 330 | 65 | 7 |

Zdroj: vlastní šetření, zpracování: vlastní

Na území města Chebu se nachází další škola, která je zaměřena pouze na žáky se speciálními potřebami a ve které se vyučuje podle vzdělávacích programů „Zvláštní škola“ a „Pomocná škola“. V této škole nedochází k integraci v pravém slova smyslu, protože ji navštěvují jen děti, které mají řádné doporučení od odborného lékaře, z PPP nebo SPC. Úmyslně nebyla tato škola zahrnuta do zkoumaného vzorku, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. I přes tuto skutečnost jsou zde uvedeny získané údaje.

| | | | |
|----------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Základní škola zaměřená na žáky se speciálními potřebami | 165 | 165 | 15 |
|----------------------------------------------------------|-----|-----|----|

Zdroj: vlastní šetření, zpracování: vlastní

Výše uvedená tabulka nám jasně dokládá, že z celkového počtu 5 330 žáků a studentů ve školských zařízeních v Chebu je integrováno pouze 65 dětí či mladistvých se zdravotním postižením, což činí jen 1,2%. Toto žalostně nízké číslo svědčí o velmi nízké, téměř neexistující, úrovni integrace zdravotně postižených dětí do škol v Chebu.

S DMO je v běžných školách v Chebu integrováno celkem 7 dětí, to znamená 0,1% z celkového počtu dětí.⁵²

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Úvod do praktické části

Tato část diplomové práce se bude zabývat řečovou nápravou tří dětí, kterým byla jako základní diagnóza stanovena DMO a které jsou od 1. třídy integrovány do běžné základní školy v Chebu.

Jedná se o dívku s nejtěžším postižením – DMO – spastická kvadruparéza + další přidružené postižení. V současné době navštěvuje 8. třídu 3. ZŠ Cheb, kam ji doprovází

⁵² ŘEŘICHOVÁ, I.: *Pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, 2012. Diplomová práce. ČZU Praha.

její asistenční pes Benny, a která je jedinou bezbariérovou školou v Chebu. Dívce, resp. asistentce pedagoga usnadňuje přesuny po škole výtah. Ve třídě je celkem třicet jeden spolužák.

Řečová náprava bude také realizována u patnáctileté dívky A. se základní diagnózou DMO – spastická diparéza. Děvče bylo integrováno do běžné základní školy již od 1. třídy a v současné době navštěvuje 7. třídu 3. ZŠ Cheb. Je samostatně chodící a ve třídě je celkem dvacet osm spolužáků. Dívka pracuje s asistentkou pedagoga.

Dalším žákem provádějícím řečovou nápravu bude šestnáctiletý chlapec B. se spastickou diparézou a epilepsií, jenž je také od 1. třídy integrován do běžné základní školy. Hoch v současné době navštěvuje 9. třídu 4. ZŠ Cheb, kam přešel ze 3. ZŠ Cheb. Chodí s berlemi a ve třídě je celkem dvacet šest spolužáků. Chlapci ve třídě dopomáhá asistentka pedagoga.

Obrázek č. 3: Část školní třídy - Ivana



Hlavním cílem práce bude zjištění, k jakým změnám v řečových a komunikačních dovednostech dojde u všech zkoumaných dětí v průběhu deseti měsíců při aplikaci logopedického cvičení. Vzhledem k základnímu postižení lze očekávat i změny v jejich motorickém vývoji.

Metody výzkumu:

- případové studie – žáci: Ivana, dívka A., chlapec B.
- metoda individuálního hloubkového rozhovoru (děti, matky)
- metoda přímého pozorování
- dotazníkové šetření
- analýza dokumentace

Průběh výzkumné činnosti:

Vzhledem k tomu, že jsem absolventkou vzdělávacího kurzu „Logopedická prevence u dětí a žáků v ČR“⁵³, pozorování řečových schopností žáků jsem zahájila v lednu 2013, kdy jsem provedla první „Záznam komplexního logopedického vyšetření“ s cílem zjistit úroveň komunikačních schopností. Na základě zjištěných údajů byl pro děti navržen speciální logopedický program se začátkem v lednu 2013 a s ukončením v říjnu 2013.

Po celou dobu výzkumné činnosti jsem byla v úzkém kontaktu nejen s dětmi a jejich matkami, ale i s pedagogy, od kterých jsem čerpala cenné informace o ústních projevech žáků. Od uvedené doby jsem problematiku konzultovala i s některými vyučujícími.

Případové studie byly provedeny na základě lékařské dokumentace (záznamy od obvodního lékaře a neurologie), zápisy ze SPC a vyjádření pedagogů, rozhovory s matkami a mého přímého pozorování dětí.

Na závěr výzkumné činnosti bude proveden kontrolní „Záznam komplexního logopedického vyšetření“ jednotlivých žáků, na jehož základě budou provedeny analýzy, vyhodnocení a shrnutí desetiměsíčního logopedického programu.

Součástí hodnocení bude dětmi vyplněný dotazník, ve které zhodnotí svoji práci a výsledky (viz. příloha č. 2).

⁵³ Vzdělávací kurz „Logopedická prevence“, akreditace MŠMT pod č.j.: 27 350/2007-25-542 ze dne 1.2.2008

3.2 Případová studie – kazuistiky

3.2.1 Ivana – 16 let

Osobní anamnéza

Dívka, které je v současné době šestnáct let, se narodila v druhém rizikovém těhotenství. Porod byl spontánní v třicátém pátém týdnu. Porodní váhu měla 1850 g a měřila 41 cm. Po porodu bylo matce řečeno, že u ní lékaři zjistili mikroplacentu (200g). Dívce byla po porodu ihned přiložena kyslíková maska a napíchnuta infuze a byla na měsíc umístěna do inkubátoru.

Její psychomotorický vývoj byl do pěti měsíců v pořádku. Zhoršovat se začal ve věku šesti měsíců a v necelých třech letech jí byla diagnostikována spastická forma DMO – kvadruparéza, mikrocefalie, opoždění kostního věku, předčasná puberta, vada sluchu – později byla vyloučena, a vada zraku – strabismus. Je zde nutno uvést, že dívka netrpí epilepsií. Při pití z hrnečku se stále projevuje sací reflex.

Je sledována na oftalmologii, neurologii, endokrinologii, ortopedii, rehabilitaci. V současné době je dívka na invalidním vozíku.

Dívka se narodila do běžných poměrů. Manželé vlastní byt 1+3. Zdravé a pečující prostředí je podnětem ke zdárnému vývoji děvčete.

Rodinná anamnéza

Matce bylo v době porodu třicet let a už v této době trpěla roztroušenou sklerózou (dále RS). Přestože zcela zodpovědně docházela před porodem na neurologii, vždy byla ujištěna, že veškeré drobné i větší neurologické problémy pramení ze stresu. Na základě klasického neurologického vyšetření jí bylo vystaveno potvrzení, že je zdravá a že může otěhotnět. Tak se i stalo. Dva měsíce po porodu ovšem ochrnula na levou část těla, jemnou i hrubou motoriku měla omezenou, špatně artikulovala a měla rozostřené vidění. Nikdy, kromě akutní fáze, kdy je v bezvědomí a je nutná hospitalizace, vědomě neužívala žádné neurologem předepsané léky. Matka má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako asistentka pedagoga.

Otci bylo dvacet pět let a je zcela zdravý. Je absolventem střední školy a podniká. Také nevlastní bratr je zdravý.

Školní anamnéza

Dívka měla roční odklad školní docházky. V průběhu roku matka zvažovala, do jaké školy ji umístí. Sama si nebyla jistá její vzdělavatelností, a proto se rozhodovala mezi speciální a běžnou základní školou. Vzhledem k tomu, že u matky se ataky RS každé dva roky opakovaly a vždy zůstala nějakým způsobem postižená, rozhodla se, že ji vzhledem ke svému zdravotnímu stavu integruje co nejlíže k místu trvalého pobytu. Tím místem byla běžná základní škola. Šla tedy s dcerou k zápisu a ředitel školy neviděl jediný problém, proč dceru neintegrovat. Dívka nastoupila ve věku sedmi let do běžné základní školy, kam ji matka integrovala bez asistenta pedagoga. Chci zde uvést, že matka dceru musela všude přenášet a dívka sama neudržela nic v rukách. I přes své postižení měla velkou výhodu, protože v první třídě měla paní učitelku, která její integraci pojala jako výzvu s tím, že ona asistenta nepotřebuje a že to s dívkou zvládne sama.

Prognóza dalšího vývoje

V současné době dívka navštěvuje 9. třídu běžné základní školy již s asistentem pedagoga. Školní výsledky má výborné, v pololetí měla na vysvědčení průměr 1,29, a má předpoklad, aby vystudovala střední školu, kam ona sama také chce nastoupit.

Po stránce motorické se u ní stále výrazně projevuje základní diagnóza, tedy DMO-kvadruparéza, s čímž souvisejí i další problémy.

V loňském roce dívka s matkou absolvovaly speciální rehabilitační program v Sanatoriu Klimkovice.

Názor matky

Moje dcera Ivana se narodila předčasně (rizikové těhotenství pro zkracování děložního hrdla) v 33. týdnu těhotenství. Po porodu byla kříšena (byla přiložena dýchací maska) a asi měsíc byla v inkubátoru. Po celou dobu byla sondována mateřským mlékem a absolvovala všechna dostupná vyšetření (ultrazvuk mozku, odběry krve...) a pak mi byla předána s tím, že je to normální zdravé dítě, se kterým nemusím ani rehabilitovat.

Ivana se skutečně jako normální zdravé dítě vyvíjela, byla kojena, udržovala oční kontakt s okolím, položena na břicho aktivně zvedala hlavičku, po příchodu jiné osoby do místnosti

reagovala normálně (přiměřeně), otáčela hlavičku za zvukem, když na ni někdo promluvil, projevovala radost, třepala ručičkami, mračila se, plakala, usmívala se...

Když jí byly asi 3-4 měsíce byla očkována v jeden den trojkombinací černý kašel-tetanus-záškrt a ten samý den „obrnou na lžičku“. Po tomto očkování do třech týdnů začala velmi silně šilhat (dívalo se na mě pouze jedno oko, to druhé zapadalo směrem k nosu), ale vždy střídala. Začala také velmi prohýbat tělo a končetiny byly jakoby „tvrdé“ a napnuté. Přestala se spontánně hýbat a stále velmi plakala. Byla hodně dráždivá a začaly se u ní projevovat poruchy spánku. Dále se u ní velmi intenzivně projevoval dávivý reflex po čokoládě, tzn., ona sama čokoládu nejedla a ani nikdo v jejím okolí ji nesměl jíst, protože se začala dávit.

Jedna příhoda z čekárny u očního lékaře. Seděla jsem s Ivanou na klíně a čekaly jsme, až na nás přijde řada. Před námi seděl mladý muž, četl noviny a jedl koblihu. Bylo vidět, že mu opravdu chutná. Ivana ho chvíli pozorovala a pak začala zvracet...

Po opakovaných návštěvách u lékaře mi bylo sděleno, že jí nic není a že bude jen chvíli opožděná. To samé mi bylo řečeno i v rizikové poradně.

Následně byla opakovaně (3krát) hospitalizována na neurologickém odd. Thomayerovy nemocnice v Praze, kde byla stanovena dg. a při posledním pobytu mi bylo řečeno, že není co léčit a abych jí dala do ústavu, že „z toho“ nikdy nic nebude. To jí byly asi 2 až 2,5 roku, které jsem velmi intenzivně trávila v čekárnách a ordinacích lékařů (dětský lékař, oční, ušní, riziková poradna, neurologie), kde bylo vždy konstatováno, co je u ní špatně, co jí nepracuje atd.

V nemocnici jí byly provedeny následující vyšetření: opakovaně EEG, lumbální punkce, metabolický screening, různá neurologická vyšetření, nácvik na rehabilitaci atd.

Zpětně si uvědomuju, že mi ještě v nemocnici velmi pomohla návštěva dětského psychologa. Pro mě osobně to byla **první kapka** naděje. Ivana mi seděla na klíně a já si povídala s paní psycholožkou. Před námi byl pouze konferenční stůl a na stolku byla dřevěná hračka na provázku. Stále jsme spolu mluvily a o Ivanu nejevily zájem. Po chvíli si Ivana sáhla pro hračku, ale nejdřív zatáhla za provázek, aby dostala hračku blíž k sobě a pak si ji vzala. Udělala to správně. Nejdřív provázek, potom hračka... **(Ivaně byl víc jak 1 rok)**

Stále jsem velmi intenzivně rehabilitovala Vojtovu metodu (cca hodinu denně s přestávkami) a čekala jsem nějaký výsledek, rozvoj řeči, pohybu atd. Nic se ale nedostavilo. Z Ivany byl plačící dráždivý ležák.

Její základní dg. jsou: DMO kvadruparéza, mikrocefalie, poškození zraku, mentální retardace + přibýlo opoždění kostního věku, předčasná puberta, subluxe kyčlí. Nejdříve bylo podezření na i na poškození sluchu, ale následně jsem pak dlouhé roky u ušního lékaře nebyla.

Po sdělení lékařů z Prahy, resp. po posledním pobytu v nemocnici, jsem se rozhodla izolovat se od okolního světa a začala jsem s ní velmi intenzivně pracovat. Snažila jsem se pochopit její mozek, resp. jak „pracuje“, když vlastně „nepracuje tak, jak má“ a hlavně jak ho mám donutit „pracovat správně“. Přestala jsem s ní navštěvovat lékaře, začala jsem hodně studovat a zkoušet s ní různé „věci“. **(bylo jí kolem 3 let).**

Jsem ale trochu ve výhodě, bohužel nebo spíše bohudík i oproti lékařům, protože sama mám diagnostikovanou roztroušenou sklerózu (dále jen RS, atakující formu), takže vím úplně přesně, co se v mozku odehrává, když nemůžu hýbat tělem, povolují mi svěrače, špatně artikuluji, šilhám, mám nystagmus... Druhou ataku, velmi těžkou – byla jsem v bezvědomí asi 4 dny, jsem měla 2 měsíce po porodu... Po ní jsem zůstala částečně ochrnutá na levou stranu těla, objevily se poruchy hrubé a jemné motoriky, šilhala jsem a špatně artikulovala. Následně se ataky dostavovaly pravidelně každý 2. rok...

Při dobrovolné izolaci jsem měla na Ivanu spoustu času. Protože měla těžké poruchy spánku, probouzela se ráno kolem 5. hodiny a plakala, resp. vyžadovala moji přítomnost. Přítomna jsem musela být u ní po celý den (přes den usnula maximálně na 30 minut, večer usínala až k 22. až 23. hodině).

První začátky „práce“ s Ivanou byly takové, že jsem vypnula televizi, rádio, v bytě bylo ticho a já jsem pouze mluvila. Měla jsem strach, že má opravdu poškozený sluch, tak jsem jí hodně četla, povídala na ni, ukazovala obrázky a stále mluvila a mluvila. A Ivana nic. Občas cosi velmi neartikulovaně zamumlala. Svému bratrovi, který se jmenuje Václav, říkala „ňáňa“.

Druhou kapkou naděje bylo, když jsem si byla na úřadě požádat o nějaký příspěvek. Na chodbě jsme byly spolu samy, Ivana seděla na lavičce v jakési poloze polosedu pololehu,

protože to jinak nešlo a z kanceláří vyšly 3 úřednice. Přišly k ní a začaly na ní mluvit, jako, že je hezká, a ptaly se jí, jak se jmenuje a položily jí otázku: „Jak se máš?“ Na tuto otázku Ivana odpověděla zcela zřetelně, nahlas a s krásnou artikulací: „Na píču“. **Omlouvám, ale musela jsem to napsat, protože to tak bylo a mě to posunulo zase trochu dál.** Jedna z nich mávla rukou a odpověděla: „To my se máme taky“, a pak odešly. **(Ivaně byly 3 roky)**

Po její odpovědi jsem se hrozně styděla, protože sprostě vůbec nemluvíme, ale uvědomila jsem si, že to asi někde slyšela, tak to prostě řekla. Když jsem o tom doma v klidu přemýšlela, došlo mi, že by chtěla mluvit, vyjadřovat se, ale neví jak, neumí to... Prostě, že něco umí, ale její postižení jí nedovolí projevit se a normálně mluvit. Začala jsem tedy s „dechovou rehabilitací“. Tak jsem to nazvala. Přinesla jsem sklenici od okurek (asi 0,75 l), udělala jsem do víčka díрку, strčila jsem do ní silnější brčko a Ivanu jsem učila správně dýchat. To silnější brčko je na začátek velmi důležité pro pochopení nádechu nosem a výdechu ústy. Foukání nesmí být namáhavé, aby se dítě neodradilo a aby foukalo s radostí. Samozřejmě jsem vedle ní měla i svoji sklenici a foukaly jsme do vody spolu. Soutěžily jsme, která bude mít větší bublinky. Zpočátku to nebyl žádný zázrak, ale postupně se Ivana vycvičila a mohla jsem silné brčko vyměnit na užší, abych jí tu činnost ztížila a ona sama aby se více snažila. Řeč se pomalinku začala rozvíjet. I po motorické stránce se začala vyvíjet a lezla po kolenou. Já jsem stále mluvila, mluvila, četla a povídala. Ťukala jsem na různé věci a zjišťovala, zda reaguje či nikoliv. Později začala foukat i polystyrenového míčku („magic ball“ – koupeno v hračkářství).

Ven jsem s ní chodila minimálně, protože jsem vycházku venku považovala za plýtvání časem a stále jsme spolu pracovaly. Myslím, že jí stačil pobyt venku, když jsme šly spolu do obchodu na nákup (cca 1,5 hodina denně, žádné dlouhé procházky).

V té době jsem k dechové a tělesné rehabilitaci jsem „přibrala“ i smyslovou rehabilitaci, tzn. nutila jsem ji sahat na různé věci – hladké, ostré, teplé, studené, kulaté, hranaté, špičaté... Všimla jsem si, jak se soustředí a její mozek „pracuje“, začala se rozvíjet řeč, trochu jemná motorika, ustoupilo dávení a zlepšil se sociální kontakt s lidmi. Držela jsem ji v náručí nebo jsem ji měla na klíně a osahávaly jsme, co se dalo. Vždy jsem jí pozitivně, až překvapeně řekla, co to je. Všemu jsem se divila, byla jsem překvapená (před Ivanou), vždy se slovním doprovodem. Také jsme čichaly k různým vůním – mýdla, saponáty,

koření... Opět pozitivně a s údivem – „Jééé, to krásně voní, čuchni si taky. Nám ale budou vonět ručičky, až si je umyjeme voňavým mýdlem. Ukaž, voní?“ Hodně jsem ji chválila a povzbuzovala. Ve svém ústním projevu jsem si nedovolila mluvit negativně, vždy jsem věty formulovala tak, aby tam bylo pozitivní tvrzení, a v žádném případě jsem o jejím postižení nemluvila před ní.

Pak přišla zraková rehabilitace. Nosí sice brýle (stále trochu šilhá a má 3 oční vady), ale tím, že jsem jí četla velká písmena, ona seděla vedle mě a já jsem prstem ukazovala řádky, ze kterých čtu, sledovala můj prst zleva doprava a tím si procvičovala oční svaly. Pak jsme oči cvičily tak, že jsem jí držela hlavu a ona se musela podívat nahoru a dolů (zde byla potřeba asistence další osoby).

Když bylo krásné počasí, položila jsem ji jen tak na trávu a kutálela jsem jí (štípala jí včela, ale alespoň jsem zjistila, že není alergická na včelí jed). Musela také obírat rybíz (měla jsem jistotu, že neuteče, a občas jsem jí se židličkou, na které seděla poposunula, aby obírala dál...)

Nosila jsem do bytu písek a kamínky (oblé i hranaté), aby si s nimi v rámci svých možností hrála a sahala na ně. Navlékla jsem jí jehlu (tu největší) a musela navlékat korálky (když se píchne, nedá se nic dělat... Musela třídít korálky (podle tvaru, barvy v té době ještě neuměla), hrách a kukuřici... (ergoterapie)

Také jsem jí míčkovala a masírovala – ruce, nohy i chodidla, záda i žebra, resp. mezižeberní svaly. Do lázní jsem v té době nejzdila, protože jsem je považovala za zbytečnost.

Dopřála jsem jí nepořádek v bytě, prstové barvy, naučila jsem jí mýt nádobí ve dřezu (plastové), prala prádlo (drobné, třeba svoje ponožky) v umyvadle na stole, utírala prach, musela trhat papír, žmoulat ho různě v dlaních, učila jsem jí kreslit pastelkami, vodovými barvami, naučila jsem jí jíst lžičkou, mazat příborovým nožem máslo na chléb, musela si uklízet hračky do beden...

Hračky a hry byly a stále jsou pro ni důležité. Snažila jsem se shánět takové, které ji budou podporovat v přemýšlení, žádné krásné panenky, ale stavebnice, kostky, skládačky, velké puzzle, provlíkačky... Jsou důležité pro rozvoj motoriky a logického myšlení. Stále jsem kupovala nové a nové, protože časem se je naučila, takže to chtělo změnu.

Chovala jsem se k ní jako ke zdravému dítěti a ani chvilinku jsem o tom nepochybovala. Děti jsou velmi citlivé a ona by podle mého obličeje nebo hlasu pozvala, že je něco v nepořádku. Musela jsem se to naučit, protože je pravdou, že po návratech z nemocnice (RS) mi nebylo vždy do smíchu, byla jsem hodně unavená a necítila jsem se dobře.

Ivana začala ve vývoji postupovat. V žádném případě to nikdy nebyl a není plynulý vývoj, vždy se to odehrává „ve vlnách“, kdy delší nebo kratší čas nepozorují žádnou změnu, ale pak nastane. Je otázkou, za jak dlouho.

Nyní chci uvést **třetí kapku** naděje. V tomto období samozřejmě měla pleny, ale snažila jsem se jí je nedávat, když jsme byly doma. Ivana odmítala nočník, seděla na něm nejistě a asi měla strach, takže chodila na normální toaletu. Jednou, to jí **bylo už asi 5 let**, jsem si všimla, že po vykonání velké potřeby se jí uvolnila mimika v obličeji (dříve byla taková „vosková“, bez emocí...), takže pak jsme strávily mnoho hodin na WC v panelovém bytě, protože vlastně tam jsem jí začala velmi intenzivně rozvíjet jazyk, olizovat rty, vyplazovat jazyk dopředu, nahoru, dolů, ze strany na stranu, špulit rty, cenit zuby, zamračit se, ze široka se usmát...

Také jednou při fénování ofiny jsem jí nechtěně ťukla kulatým hřebem do čela. A ona zvedla obočí, od té doby jsem ťukala každý den několikrát...

Stále jsme foukaly do vody, do míčku, na různě dlouhé barevné papírky nebo jen do autíčka na stole, rehabilitovaly a vykonávaly předešlé činnosti. V žádném případě jsem nevynechala žádnou naučenou činnost.

Chci také uvést, že se zpětně domnívám a trvám na tom, že každé postižené dítě má oblast, ve které nějakým způsobem vyniká, která zůstala zachována. Je velmi důležité jí co nejdříve najít (objevit). Nemá moc velký význam učit postižené dítě věcem, které samo neumí, nedospěje či nedozraje do nich. Ba naopak je důležité pracovat s oblastí, kterou zvládne, podporovat a rozvíjet ji, protože to ostatní se nabalí „samo“. Není to úplně přesný výraz, ale pokud se postiženému dítěti někdo velmi intenzivně věnuje a najde tu oblast, ve které je „vcelku v normě“, má vyhráno a jednou bude „sklízet ovoce“ (sklízím ho dodnes).

Celou dobu jsem se snažila tuto oblast najít a našla jsem ji ve svém bytě na WC. Protože jsem při cvičení s jazykem počítala, abych náhodou nic neošidila, přišla jsem na to, že Ivana má výbornou paměť (vzpomeňte si na paní na úřadě, na mé neustálé mluvení, čtení a

povídání...). Takže v období **5-6 let** došlo k „explozi“ řeči. Ivana začala mluvit. Řeč byla pomalejší, tempo bylo pomalejší, ale mluvila. Měla krásnou slovní zásobu, velmi slušnou artikulaci. Měla jsem pocit, jakoby ty předešlé roky byla „někde zamčená“ a nyní „vyšla ven“. Začala také počítat (nejdřív do 10 – nahoru, dolů, pak jsme to zkusily po 2 a také to šlo). Je pravdou, a trvá to dodnes, když Ivana mluví, ostatní svaly na jejím těle jsou napnuté. Také se u ní projevují emoce, ale nechci předbíhat.

V tomto období jsem koupila školní slabikář a začala jsem Ivaně platit slečnu Lenku na doučování. Lenka (dnes učí ve střední zdravotnické škole) k nám chodila 2-3krát týdně, zavřely se spolu do pokoje, učily se číst, psát, počítat nebo si jen tak povídaly. I tento prvek byl pro Ivanin ústní projev velmi důležitý. Musela se naučit mluvit před cizí osobou, Lenka ji opravovala a Ivana musela opakovat správné slovo.

Také nastoupila do mateřské školky pro děti s vadami zraku. Chodila tam několik měsíců každý den jen dopoledne, ale stihla rehabilitovat oči na přístrojích a velmi slušně se integrovala do kolektivu. Pro její řeč a vystupování (socializaci) bylo výborné, že při nácviu různých představení byla Ivana vypravěčem, tzn., seděla na židli, vyprávěla pohádku nebo příběh a ostatní děti hrály.

Blížil se nástup do školy (1 rok měla odklad) a já jsem přemýšlela, do které školy ji zapíšu. Protože jsem si nebyla tak úplně jistá její vzdělatelností, k lékařům jsem nechodila, zapsala jsem jí do nejbližší školy. Nastoupila do ní v **7 letech** a s integrací jsem neměla žádný problém. Díky Ivaně jsem se naučila být velmi pozitivní, asertivní a stále ve své řeči uvádím pozitivní tvrzení, což mi pomohlo a dodnes pomáhá v jednání nejen s lékaři, ale i s učiteli nebo ředitelem školy.

Čtvrtou kapkou (a asi tou největší) byla její integrace do běžné základní školy bez asistenta (na čůrání jsem jí dávala plenu). Měla jsem štěstí na učitelku, protože mi řekla, že to zvládne. A zvládla to, vlastně to zvládly obě. Představte si dítě, které je 7 let zvyklé na matku a pak se dostane do školy, kde jsou nové děti, které křičí, kde zvoní, musí se učit, vydržet 45 minut sedět a vykonávat nějakou činnost...

Jak jsem uvedla, Ivana má kvadruparézu, takže při nástupu do školy téměř neuměla držet ani tužku, natož psát a kreslit. První pololetí v 1. třídě mi občas zavolala paní učitelka, že jí posadí k počítači, že se naučí psát na něm, ale prosila jsem jí, ať to nedělá. Vysvětlila jsem

jí, že je pro Ivanin vývoj důležité sedět, snažit se psát a při tom poslouchat, dívat se na tabuli a zvládat školní tempo. Pro tyto děti je opravdu důležité zapojit jemnou motoriku, sluch a zrak pokud možno najednou. Neumí to okamžitě, časem se to určitě naučí a pak zvládnou i další úkoly. Líbil se mi i přístup učitelky, která ostatním dětem vysvětlila, jaké má Ivana postižení a děti se k ní chovaly báječně.

Také si občas paní učitelka volala s tím, že se Ivaně zvedá žaludek a dáví se. Uklidnila jsem ji a doporučila, ať na Ivanu zvýší hlas. Je ve škole, musí si to uvědomit, že si nevynutí pozornost nebo úlevy tím, že se začne dávit. Je sice postižená, nechodí, neumí pořádně kreslit ani psát a má další problémy, ale musí mít od začátku velmi přesné hranice, aby věděla, co smí a co už ne. Musí se sama snažit překonávat různé problémy, prostě musí chtít, musí se to naučit. A naučíme jí to tak, že potáhneme „za jeden provaz“. Se soucitným nebo úzkostlivým přístupem by zdaleka nebyla tam, kde je dnes.

Ivana to vůbec neměla lehké, po návratu ze školy odpočívala asi 1 až 1,5 hodiny a pak jsem nastoupila já se svými metodami. Chci podotknout, že v té době jsme nechodily do školní jídelny, abych jí zbytečně nestresovala jídlem a jejím dávením. Najedla se v klidu doma.

Po odpočinku jsem se s ní začala učit já. Byla jsem velmi přísná (úmyslně), vědomě jsem jí stresovala (chtěla jsem jí naučit psát). Bylo to nepříjemné období trhání sešitů a jejich házení na zem...Ale za půl roku, krátce po pololetním vysvědčení, začala Ivana psát obyčejnou tužkou, velmi se zlepšil její úchop a s tím se jí zvedlo její sebevědomí a samostatnost. Samostatně vypracovávala domácí úkoly, začala být snaživá, krásně četla. Do školy se těšila. Ulevilo se mi, protože již v té době jsem si byla jistá, že běžnou základní školu zvládne.

Ještě pořád jsme doma prováděly dechová cvičení, klasickou rehabilitaci, zrakovou rehabilitaci + ostatní činnosti. Do a ze školy jsme jezdily rehabilitačním kočárem a snažila jsem se vést s ní úplně normální život, tzn., když přšelo, musela držet deštník, při cestě z obchodu držela nákup, doprovázeli nás její spolužáci, chodili k nám na návštěvu a chodili jsme ven na procházky.

Ve **2. třídě** začala psát propiskou a její vývoj šel stále kupředu i bez asistenta. Přijala jsem na doučování 2 vietnamské bratry, aby se děti společně učili. Kluci zrovna přijeli

z Vietnamu, v ČR byli asi jen 2 týdny a nic neuměli. Později u nás začali spát a přibyl k nim ještě jejich bratranec. Bylo to velmi hektické a náročné období. Trvalo několik let, nicméně Ivaně velmi prospělo, jakoby se jí „rozšířil obzor.“ Tím, že jsme společně žili, učili se, pracovali, vařili, jedli, trávili jsme volný společně volný čas a každé dítě mělo své povinnosti, musela i ona svým dílem přispívat k „domácí pohodě“. Ivana viděla, jak se kluci učí a i ona se velmi pilně učila. Viděla a slyšela, jak je učím mluvit česky, jak je držím za tváře, aby správně vyslovovali samohlásky, jak jim roztahuji koutky úst při vyslovování hlásek –e, -i, -c, -s... I ona se snažila.

Ve **4. třídě** jsem se rozhodla, že nastal čas, aby se naučila jíst v cizím kolektivu. Nebylo to lehké, Ivana odmítala jíst ve školní jídelně, takže jsem opět musela k tomuto problému přistoupit po svém. I. P. Pavlov by měl ze mě jistě radost, protože jsme jedly z jednoho talíře. A tím, že Ivana začala mít obavu, že jí jídlo sním, tak se prostě připojila a jedla se mnou. Ano, byly dny, kdy jsem jí musela krmit, ale časem naučila jíst sama a v dnešní době má ona svůj táč s jídlem a já také svůj.

Jako její asistentka jsem začala pracovat až v **5. třídě**. Učiva a povinností přibývalo, tempo se zrychlovalo a Ivana si již nestíhala zapisovat do sešitu. Již v této době jsem nastavila takovou laťku, že pokud bude test, prověrka nebo zkoušení, odcházím ze třídy a Ivana pracuje samostatně. Jí osobně to velmi pomohlo. Naučila se být ještě více samostatnější, průbojnější a zároveň i školní klima (klima třídy) bylo příjemné. Znamky, které dostávala a dostává, jsou výsledkem jejího snažení, píle a úsilí.

Také začala v tomto období jezdit do školy na kole v plném silničním provozu, resp. na invalidní tříkolce. Trvalo mi to 3 měsíce, než jsem jí to naučila, potom ale jezdila zcela samostatně. Já jsem běžela vedle ní. Považuji to za další krůček k samostatnosti.

V průběhu 5. třídy jsme přemýšlely, kam dál. Ivana, po vzoru svých spolužáků, zatoužila po gymnáziu. Proč ne, řekla jsem si a velmi naivně jsem zašla za „odborníky“ do pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP), aby Ivanu vyšetřili a doporučili jí vykonání přijímacích zkoušek. Bohužel nepochopili, že ani mě ani Ivaně nejde o samotné studium, ale když všechny děti hovoří o přijímacích zkouškách, jde jí o tu účast na nich. Prostě si to chtěla zkusit. Já, jako matka jí v jejích touhách od samého začátku podporuji. Neviděla jsem jediný důvod, proč by si nemohla zkusit přijímací zkoušky.

PPP jí zkoušky písemně doporučila, ale, což do dnes nechápu, Ivana měla přijímací zkoušky vykonat v čase, který jí nastavili o 100% oproti jiným dětem s podmínkou, aby je vykonávala společně s ostatními. V praxi to znamená, že matematika je 60 minut (Ivana 120 minut), všeobecný přehled je 60 minut (Ivana 120 minut) a český jazyk 45 minut (Ivana 90 minut) + mezi každým předmětem 20 minut přestávka. Když jsem to sečetla, tak jsem zjistila, že by se Ivana měla soustředit celkem 330 minut (5 hodin a 30 minut). Nevím o nikom, kdo by dokázal se takhle dlouho soustředit. Spíše jsem očekávala, že jí doporučí asistenta z řad pedagogů, ale nestalo se tak. Také nevím, kdo by se měl o ty ostatní děti, které by měly práci již dávno splněnou, starat. Myslím, že to neví ani pracovnice PPP. Domluvila jsem se ale s vedením gymnázia, že jí prostě nastavíme čas maximálně o 15 minut.

Nastal den přijímacích zkoušek, Ivana měla rýmu, takže docela dost smrkala, a vyrazily jsme směrem ke gymnáziu. Těšila, protože tam byli i její spolužáci ze třídy. Pracovala zcela samostatně, dokonce se jí i dozorující učitelka nabídla, že jí pomůže se smrkáním, ale Ivana to odmítla. Mě samotnou překvapila a potěšila, s jakým klidem pracovala, bez stresu a bez úzkosti. Přijímací zkoušky dopadly výborně. Samozřejmě, že byla na posledním místě (získala 106 bodů), ale to její vyjádření, že to sice nestihla přečíst, ale všechna políčka vyškrtala, mě „dostalo“. Vlastně k tomu přistoupila, jako kdyby vyplňovala tiket sportky a to se mi na ní líbilo. Neplakala, nebyla smutná, splnila si sen. Jsem ráda, že jsem se nenechala zviklat.

Do **6. třídy** jsme nastoupily do soukromé školy, ale tu jsme po roce opustily. Mě i Ivaně nejde o jedničky, které tam dostávala téměř zadarmo, ale o skutečné vzdělání. Proto jsme do **7. třídy** nastoupily zpět do státní školy, i když do jiné než na 1. stupni.

V tomto období jsem jí pořídila asistenčního psa, který ji do školy doprovází. Doma se spolu mazlí, je s ní v pokoji a provádíme canisterapii. Beny je také úžasný společník a doprovází ji všude, kam s Ivanou jdeme. Jsem toho názoru, přestože se mnou někteří pracovníci školy nesouhlasí, že pokud má dítě asistenčního psa, měl by s ní chodit i do školy. Pro samotné dítě přítomnost asistenčního psa přináší větší pocit jistoty a rovněž se nepřerušuje kontakt se psem v průběhu vyučování. Beny leží za její židlí a Ivana se učí... Doprovází ji i do školní jídelny.

V jedné škole nás odmítli kvůli psuvi, takže jsem během 24 hodin musela sehnat jinou školu, kam nastoupíme. A sehnala jsem jí. Sice to asi nebylo příjemné, protože nikdo neměl zkušenost s těžce tělesně postiženým dítětem na vozíku, jeho matkou jako asistentkou pedagoga a asistenčním psem, ale opět se nám to povedlo.

V této škole jsme opět měly štěstí na některé vyučující. Po našem nástupu jsem jim vysvětlila, jako cestou Ivanu vedu (k samostatnosti), že vedle ní opravdu nebudu sedět při zkoušení a psaní testů a prověrek, protože je to její samostatná práce. Dostala skvělé vyučující na hlavní předměty. Velmi bych chtěla ocenit přístup pedagogů na český jazyk a matematiku. V hodinách českého jazyka a literatury se dbá na její ústní projev. Podporuje se při mluvení před třídou. Artikulace je pomalejší, ale zřetelná. Ivana se nebojí mluvit na veřejnosti, výborně zvládá referáty, které se sama naučí a pak je odříká. Svalové napětí má stále silné a na hlase je patrný i vliv emocí, nálady či únavy. Styl písma se v průběhu školní docházky také velmi zlepšil. Ano, tempo má stále pomalejší, písmo je mírně kostrbaté, ale krásně čitelné. V hodinách matematiky jí paní učitelka, kterou mimochodem Ivana zbožňuje, podporuje a chová se k ní stejně jako k ostatním dětem, tzn., když Ivana zapomene pomůcku, dostane „čárku“ do třídní knihy stejně, jako ostatní děti. Všem je jasné, že pomůcky připravuji já, ale nemluvíme o tom.

Ivaně bylo již **16 let, je v 9. třídě** běžné základní školy a nedávno ji chválila učitelka na český jazyk, jak krásně mluví. Za necelé tři roky, co jsme v nové škole, se výrazně zlepšila, je pohotovější, uvolněnější, aktivnější, také drzejší. Umí se smát svým nedostatkům, je s ní legrace, není smutná, když jí zrovna něco nejde, ale snaží se a bojuje. Přestože je ve školních dokladech uvedeno, že se vyučuje podle IVP, není to pravda. Ivana zvládá běžné školní tempo a má výborný prospěch. Jsem ráda, že k ní vyučující přistupují jako k normálnímu dítěti. Je ale asi pravdou, že je to také tím, že já, jako matka, zároveň vykonávám funkci asistenta pedagoga (učitelé jsou přede mnou malinko na pozoru, cítím to, ale nevadí mi to...) V jiné třídě má postižená dívka také asistentku a bohužel, rozdíly jsou zde vidět.

Chci říct, že zdaleka nemáme vyhráno, čeká nás ještě střední škola. Vybrala jsem Církevní střední školu ve Spáleném Poříčí, obor ekologie a její bratr Václav, který je již dospělý mi slíbil, že jí bude dělat asistenta pedagoga. Vzala jsem ho za slovo, mlčím a tajně doufám,

že si to nerozmyslí... Už jsme se tam byly i podívat a paní ředitelka je velmi vstřícná a ochotná.

Já konečně nastoupím do nějakého zaměstnání.

Shrnutí:

Na závěr bych se ráda vyjádřila k problémům, které mě potkaly v průběhu posledních 16 let, resp., které vyvstaly s jejím postižením.

Pro mě osobně nebylo vůbec lehké její postižení přijmout. Přestože jsem měla dřívější zkušenost jako učitelka ZvŠ Cheb, s takovýmto typem postižení jsem zkušenost neměla. První 2 až 3 roky jejího života jsem důvěřovala lékařům a stále jsem trávila poměrně dost drahocenného času v jejich čekárnách o ordinacích. Ale pomoc nepřišla. Opravdu jsem hledala lékaře, který by mi poradil, jak dál postupovat, ale nenašla jsem ho. Stále se preferuje tělesná rehabilitace s tím, že se úspěch odstaví, ale nikdo mě neinformoval o dalších možnostech. Je to škoda, mnohým rodičům a jejich dětem by to pomohlo. Nepřijala jsem ortel o ústavu, a pokud jsem se chtěla hnout z místa, musela jsem si pomoci sama. Jak jinak, než studiem odborné literatury a opakovanými pokusy a omyly s Ivanou. V první řadě jsem si sehnala knihy, ze kterých jsem se dozvěděla o DMO. Velmi užitečné jsou také diskuse rodičů postižených dětí na internetu, či později (Ivaně bylo už asi 10 let) výpovědi maminek v lázních. Od nich jsem se dozvěděla osudy jejich dětí, získala jsem kontakty na jiné lékaře atd. Je zvláštní, že velmi často jsem se setkávala se zanedbáním ze strany lékařů, které mělo pro jejich děti fatální následky.

Začala jsem hodně studovat a číst odborné knihy. Zvláště kniha „Jak pečovat o vaše postižené dítě“ od Dogmana mi velmi pomohla. Byla pro mě průlomová, protože díky ní jsem si uvědomila, že své postižené dceři nepomohu tak, že jí budu „zametat cestičku“ životem, že jí budu omlouvat a litovat ji, ale naopak, že jí na tu cestu budu klást větší či menší překážky a ona je bude muset překonávat. Je příjemné a milé potkávat na té cestě lidi, kteří jsou ochotni vám pomoci. Mnoho jich skutečně není, ale existují a objeví se sami. Právě díky této knize se změnil můj přístup k rehabilitaci a začala jsem kombinovat různé způsoby, nejen tělesné, ale právě dechovou a smyslovou rehabilitaci dnes považuji za stěžejní bod v jejím vývoji.

Další knihy mi také pomohly poznat, co je to DMO a věděla jsem, že to vše bude „běh na dlouhou trat“ a že hlavně já musím být silná, abychom to obě zvládly. Musím uvést, že jsem stoupencem alternativní medicíny, a když jsem byla s Ivanou vůbec poprvé u lékaře-léčitele, tak mi pověděl příběh a čekal, jak mu odpovím: „Jdete sama lesem se svými dvěma dětmi, je noc, prší, máte všichni žízeň a hlad, děti pláčou. Jste už opravdu hodně unavené a vy máte v kapse poslední krajíc chleba. Komu ho dáte?“ Řekla jsem, že dětem, ale později jsem si uvědomila, že ten poslední krajíc chleba je pro mě. Ano, pro mě. Já, matka, musím být silná, protože až děti padnou, budu mít dostatek síly, abych je odnesla do bezpečí. Když padne jejich matka, děti jsou malé a slabé, nepomohou jí... Tím chci uvést, že ty další knihy (a bylo jich mnohem více) mi pomohly v tom, abych zvládla svůj život s RS a Ivaninou DMO. Vlastě jsem obě postižení přijala jako výzvu, postavila se k nim čelem, přestala se bát (strach je hodně svazující), přestala jsem o nich mluvit a žila jsem plnohodnotným životem v rámci našich možností. Všichni lékaři-léčitelé, či propagátoři alternativní medicíny z řad akademické veřejnosti (homeopatie, gemmoterapie) i babičky-léčitelky nás obě pomalu posunovali dál a dál. Akceptuji plnou odpovědnost za své zdraví a zdraví své dcery.

Také bych se zde chtěla zmínit o důvodech, které vedly k redukci Ivaniných návštěv u lékařů. Zdravotnictví jako takové je byznys a bohužel lékaři na mě někdy vyvíjeli opravdu nátlak, abych se podvolila jejich verdiktům. Nepodlehla jsem konzumnímu systému, který panuje i v medicíně. Vždy si volím lékaře sama a je pouze na mě, jak bude s Ivanou postupováno. Protože kdysi lékaři o Ivaně rozhodli, že by měla být umístěna do ústavu, a já jsem neuposlechla, dlouho nebyl patrný z jejich strany žádný zájem. A vlastně ani z mé strany nebyla tímto směrem vyvíjena žádná aktivita. Homeopatika, gemmoterapeutika a další doplňky jsem jí podávala sama po poradě s odborníkem (homeopatika jsem se jí naučila píchat i.m.). Sama jsem se musela informovat o různých volně dostupných přípravcích, které by Ivaně mohly pomoci (nootropil, dologran...)

Postoj lékařů se změnil až v období, kdy navrhovali různé operace, např. kyčlí pro jejich subluxaci. I tento tlak jsem ustála a asi před 2 roky jsem navštívila Prof. Dungla. Tento starý pán, absolutní špička v ortopedii dětských i dospělých kyčlí (mimochodem, operoval i prezidenta Klause), se mi poklonil a sám uznal, že Ivana je opravdu, vzhledem ke svému těžkému postižení, na vysoké úrovni nejen mentálně ale i motoricky. Dojalo mě to a pan profesor si nás vzal do péče. Letos se k němu chystáme znovu.

Ivana a škola

Praxe s vlastním postiženým dítětem ze mě vytvořila zastánce plné integrace postižených dětí do běžných školských zařízení. Samozřejmě v rámci jejich možností, i když osobně bych integrovala všechny postižené děti. Tyto děti tím, že jsou v kolektivu „normálních“ dětí se od nich učí, poslouchají je, dívají se na ně, opakují po nich a mají tendenci vyrovnat se jim. Dostaly by tak možnost začlenit se do běžného života a nežít v izolaci. Ostatní děti, pokud jsou řádně informovány pedagogem, postiženého spolužáka bez problémů přijmou, snaží se mu pomáhat a chovají se k němu jako ke zdravému dítěti. A vlastně již od raného věku se učí žít vedle dítěte s postižením, což obohacuje i jejich život.

Školní i sociální politika ČR je takto zákonně nastavena, ale řekněme si upřímně, je to reálné? Ano, reálné by to bylo, kdyby ve vedoucích pozicích seděly a rozhodovaly kompetentní osoby. Integrované postižené děti mají ve školských zařízeních nárok na asistenta pedagoga, vlastní IVP, speciální pomůcky, prodlouženou školní docházku, ale stále se školství skrytě potýká s diskriminací těchto dětí. Z jedné strany je to neznalost, neochota a nezájem ředitelů a pedagogických pracovníků tuto integraci realizovat, na druhé straně je to však i samotná neznalost možností rodičů postižených dětí, kteří se spíše spokojí s vyjádřením SPC či PPP a děti jsou následně umístěny do speciálních zařízení.

Když jsem integrovala Ivanu, využila jsem právě neznalosti ředitele školy a do školy byla přijata bez posudku odborného pracoviště. Měla pouze doporučení od obvodního lékaře. Samozřejmě i my jsme se setkaly s diskriminací, např. když jsem chtěla, aby se Ivana naučila jíst v kolektivu, byla přijata do školní jídelny pouze s doporučením lékaře, že ji může navštěvovat v doprovodu matky. Se sháněním potvrzení jsem měla trochu problém, protože mi ho lékaři odmítali vystavit (logicky), ale umluvila jsem neurologa, potvrzení vystavil a Ivana začala chodit do školní jídelny.

K její integraci chci ještě uvést, že se absolutně zdařila.

Zastávám názor, že největší „podíl“ na celkovém úspěchu měla včasná socializace (integrace do běžné základní školy bez asistenta, pouze „z dálky“ přihlížela a vůbec jsem se do tohoto procesu nevměšovala). Dále psychická stránka, kterou jsem se snažila udržovat vždy (nebo alespoň téměř vždy) v pozitivním stavu s důrazem na poznávání a prožívání. Jestliže chtěla něco poznat, umožnila jsem jí to prožít. Opakovaně jsem jí

dodávala pocit jistoty a bezpečí, a tím se takřka zbavila úzkostných stavů spojených s dávením (příjmem potravy v cizím prostředí).

Na závěr dodávám, že zde nejsou uvedeny zdaleka všechny postupy, které byly aplikovány a zkoušeny v případě Ivany.

3.2.2 Dívka A – 15 let

Osobní anamnéza

Dívka se narodila z prvního těhotenství matky. Na základě údajů matky se jednalo o bezproblémové těhotenství, porod byl v řádném termínu ovšem komplikovaný. Dívka byla krátce po porodu pro nedostatek kyslíku přiložena kyslíková maska.

Matce bylo sděleno, že se nejedná o nic vážného a že dívka bude v pořádku. Psychomotorický vývoj ovšem vážnul a děvče se nevyvíjelo zcela podle předpokladů. Dle matky byl její vývoj zpomalený a chodit začala až kolem druhého roku věku. Její chůze je nůžkovitá. Dívka A. chodí sama bez opory či berlí.

Je sledována na neurologii a s matkou intenzivně rehabilituje. Věnuje se také hipoterapii a nikdy nebyla v lázních. Netrpí epilepsií ani žádnými dalšími vadami. Nikdy nebyla v péči logopeda.

Ve škole ji od 6. třídy dopomáhá asistentka pedagoga zejména v hodinách geometrie, výtvarné či pracovní výchovy. Dbá také na opatrné přesuny po škole a nosí jí tašku s učebnicemi.

Narodila se do podnětného prostředí a je jediným dítětem. Cestu do a ze školy absolvuje s babičkou.

Rodinná anamnéza:

Matce v době porodu bylo dvacet čtyři let a otci dvacet osm let. Oba byli zdraví. Matka v době těhotenství neužívala žádné léky.

V širší rodině se žádné další handicapované dítě nevyskytuje. Matka má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako učitelka. Otec je absolventem střední školy a je zaměstnán jako řidič.

Školní anamnéza:

A. byla integrována do běžné třídy ZŠ, která se nachází nedaleko jejího bydliště. Celý první stupeň absolvovala bez asistenta pedagoga, který byl k dívce přijat až od šesté třídy z důvodu rychlejšího tempa na druhém stupni ZŠ.

Prostředí běžné ZŠ je pro dívku podnětné, ovšem ona sama je úzkostná, kolektivu spolužáků se straní a velmi těžce nese jakoukoliv připomínku ke své osobě. Ve škole prospívá velmi dobře, je velice pilná a snaživá.

Důležitou roli zde sehrává asistentka pedagoga, která dívce dopomáhá jak ve vyučovacích hodinách, tak i v samotných přesunech po škole.

Prognóza dalšího vývoje:

Jak je již výše uvedeno, matka velmi intenzivně s dívkou rehabilituje. Po stránce motorické je zde patrný velký posun.

Ve škole A. prospívá velmi dobře, takže je zde předpoklad studia na střední škole.

3.2.3 Chlapec B – 16 let

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil z druhého rizikového těhotenství. Matka byla od šestého měsíce hospitalizována. Hoch se narodil v osmém měsíci a proběhlo u něj krvácení do mozku. Následoval urgentní převoz i s matkou na neonatologii krajské nemocnice. Matce bylo sděleno, že chlapec bude postižený. Byla mu diagnostikována DMO – spastická diparéza.

Po propuštění z nemocnice byl chlapec sledován v rizikové poradně. Od raného věku každoročně pobývá čtyři až šest týdnů v Jánských Lázních. Zprvu v doprovodu matky, od devíti let věku sám. Na doporučení lázeňského lékaře absolvoval ve třech letech operaci měkkých tkání na nohách (Achillova pata). Po této operaci začal chodit s dopomocí dospělé osoby, která ho musela přidržovat za ruce. Po několika letech začal chodit s francouzskými berlemi a dnes již chodí sám. Berle používá pouze na delší vzdálenost.

Ve věku asi šesti let proběhl u chlapce v noci první epileptický záchvat. Dle sdělení matky byl poměrně silný a chlapec začal sebou škubat, chrčít a dusit se. Na místo okamžitě dorazila záchranná služba a chlapec byl i s matkou převezen do okresní nemocnice. Po důkladném vyšetření mu byla stanovena další diagnóza – epilepsie a nasazena antiepileptika, po kterých byl B ovšem malátný a ospalý. V průběhu dalších let došlo k dalším epileptickým záchvatům a léky na epilepsii užívá dodnes.

Je v péči neurologa a rehabilitačního lékaře. V péči logopeda byl chlapec asi v době od pěti do deseti let. V současné době k žádnému logopedovi nedochází.

Rodinná anamnéza:

Chlapec se narodil rozvedené třicetileté matce a ženatému čtyřicetiletému muži. Přestože rodiče v době narození chlapce žili spolu, otec se se svojí zákonnou manželkou rozvedl, až když bylo chlapci sedm let. Otec měl dvě dospělé zdravé děti a matka z předchozího vztahu měla osmiletého zdravého syna. Rodiče stále žijí spolu. Rodina je velmi pečující a ze strany otce velmi dobře materiálně zajištěna. Matka pracuje jako asistentka pedagoga u svého syna.

Matka má středoškolské vzdělání a pracuje jako asistentka pedagoga. Otec je také absolventem střední školy a je majitelem firmy. Dospělý nevlastní bratr je zdravý.

Školní anamnéza:

B. byl integrován do běžné ZŠ a asistentkou pedagoga, kterou od 1. třídy vykonává jeho matka. Matka je ve škole přehnaně pečující, což se chlapci nelíbí a chtěl by více

samostatnosti. Je přítomna ve všech vyučovacích hodinách a dopomáhá chlapci i se psaním testů a prověrek.

Chlapec byl nejdříve integrován do 3. ZŠ Cheb, následně přestoupil do 4. ZŠ Cheb.

Hoch ve škole prospívá dobře, snaží se být samostatný a navazuje kontakt s ostatními spolužáky.

Prognóza dalšího vývoje:

Jak je uvedeno výše, chlapec je po motorické stránce na poměrně vysoké úrovni a ve škole má dobré výsledky. Matka zvažuje po ukončení ZŠ pro něj dlouhodobý pobyt ve školním zařízení v Jánských Lázních či v Jedličkově ústavu v Praze. Chlapec tuto aktivitu vítá a těší se, až se odstěhuje od matky.

3.3 Řečová náprava

Aby bylo možné navrhnout logopedickou intervenci, byly o dětech zjišťovány následující informace, které byly zapsány do archu (viz. příloha č. 1)

- Výslovnost jednotlivých hlásek
- Motorika
- Sluchová zkouška
- Sluchová paměť
- Zrakové vnímání
- Zraková paměť
- Rozumové schopnosti
- Slovní zásoba
- Porozumění řeči
- Sluchové vnímání, fonemický sluch
- Rytmičké cítění
- Analýza slov
- Gramatická rovina jazyka
- Jazykový cit
- Souvislé vyjadřování
- Vlastní projev

- Dýchání
- Prozodické faktory
- Projevy dítěte během vyšetření

Výsledkem počátečního logopedického vyšetření bylo zjištění nedostatků ve výslovnosti některých hlásek, poruchy zrakového vnímání, mimiky a dýchání. Samozřejmě vážnou vadou je poškození hrubé a jemné motoriky u celého zkoumaného vzorku dětí.

Smyslem vyšetření bylo stanovení speciálního programu, který bude určen k nápravě řečových schopností dětí. Podmínkou ovšem je, aby všechny děti, resp. matky s dětmi procvičovaly následně uvedený program co nejčastěji, nejlépe každý den, což ovšem souvisí i s jejich častou unavitelností. Je třeba si uvědomit, že děti navštěvují již základní školy a je tedy nutné přihlídnout i ke školní zátěži.

3.3.1 Návrh logopedické intervence

Vzhledem k tomu, že tento plán bude aplikován v průběhu deseti měsíců, bude nutné jej obměňovat dle řečových dovedností dětí. Některá průpravná cvičení, zvláště dechová, artikulační, fonační, procvičování hrubé a jemné motoriky a grafomotoriky budou zařazena do programu neustále. Všechny děti mají zachovalý intelekt, očekává se tedy, že budou spolupracovat.

3.3.1.1 Dechová cvičení

Tato cvičení jsou zařazena na úvod logopedické činnosti. Děti nacvičují správný nádech a výdech nosem, prodloužení a usměrňování výdechového proudu vzduchu. K přitažlivosti a zábavnosti cvičení jsou využity různé pomůcky: sklenice s vodou, různě barevná a široká brčka, barevná peříčka, zrcátko, svíčka, bublifuk, malá autíčka, malé plastové hračky, větrník či voňavá mýdla.

Dívky netrpí epilepsií, proto jsou dechová cvičení pro ně bezpečná. U chlapce je dechové cvičení vynecháno.

1. cvičení nádechu:

- přivoníme si k voňavému mýdlu nebo voňavce
- dlouze se nadechujeme nosem bez zvedání ramen
- střídáme nádech nosem a ústy

2. cvičení výdechu:

- foukáme na zrcátko, peříčko
- využíváme bublifuk či větrník
- foukáme do sklenice s vodou – nejdříve využíváme silnější brčko, po správném nácviku zaměníme za brčko užší
- foukáme na zapálenou svíčku – plamen nesmí zhasnout

3. usměřování výdechového proudu vzduchu:

- sfoukneme zapálenou svíčku
- na stole si z kostiček postavíme garáž a foukáme do ní malé plastové autíčko
- foukáme do peříčka
- foukáme do dlaní – máme zmrzlé ruce
- na papír vylijeme rozředěnou barvu a snažíme se ji rozfoukat po papíře do stran

4. cvičení dechové výdrže:

- vezmeme si do pusy brčko a opačným koncem přisajeme obrázek, který se snažíme přenášet z místa na místo

5. cvičení hospodaření s dechem:

- vyslovujeme slabiky či věty na jedno vydechnutí – vždy začínáme hláskou A-----, E-----, I-----, O-----, U-----. Pak následují věty.

3.3.1.2 Fonační cvičení

Fonační cvičení provádíme současně s dechovými. Napodobováním zvuků se učíme přirozenou cestou správnou výslovnost jednotlivých hlásek.

- napodobujeme hlasy a zvuky zvířat: hůůů, bééé, pííí, fííí
- hluboký nádech – pomalý výdech a přidáváme hlas – ááá, ééé, ííí, óóó, ůůů
- vyslovujeme jednoduchá říkadla se zapojením pohybu – vezmeme si hoblík, pilku nebo paci, paci, pacičky...

3.3.1.3 Artikulační cvičení

Předpokladem pro správnou artikulaci je rozvinutí motorika mluvidel. Jedná se o přesný a koordinovaný proces řečového aparátu. Cvičení je nutné provádět hravou formou bez úsilí dosáhnout samotného dokonalého motorického výkonu. Důležitou roli zde hraje zraková percepce, aby byla zraková kontrola v zrcadle.

Podstatou artikulačního cvičení nápodoby velikosti čelistního úhlu, tvaru rtů, pohybu a polohy jazyka. Výhodou tohoto cvičení je možnost provádět ho téměř kdykoli, kdykoli mají děti soukromí, např. na toaletě, při oblékání, svlékání, při cestě do školy, před spaním...

1. cvičení na polohování a pohyblivosti jazyka:

- houpačka 1 – ústa jsou široce otevřená, špička vypláznutého jazyka se ohýbá nahoru a dolů
- houpačka 2 – ústa jdou široce otevřená, vyplazený jazyk se houpe zprava doleva
- mlsná kočička – vypláznutým jazykem si olizujeme horní i dolní ret
- stěrače auta – vypláznutým jazykem olizujeme horní ret zprava doleva
- dlouhý jazyk – snažíme se vypláznout jazyk co nejvíce
- malíř – vyplazeným jazykem kreslíme kroužek
- koníček – mlaskáme jazykem na tvrdém patře
- kolotoč – při zavřených ústech kroužíme jazykem před horními a dolními zuby
- kartáček – máme otevřená ústa a jazykem přejíždíme po horních a dolních zubech

2. cvičení na polohování a pohyblivost rtů:

- pusinky – sešpulíme rty a posíláme mamince pusinky

- kapřík – tvarujeme rty do kroužku, rty se lehce dotýkají a oddalují
- ospalec – otvíráme ústa – zíváme
- koník – rozkmitáme rty výdechovým proudem – frkáme
- opice – brnkáme prstem o dolní ret
- úsměv – roztahujeme koutky zavřených i otevřených rtů co nejvíce

3. cvičení na polohování a pohyblivost tváří:

- balónek – nafukujeme tváře a plácáme po nich rukama – propíchneme balónek
- ping – pong – střídavě tlačíme jazyk do tváří – vpravo a vlevo
- bublina – přeléváme vzduch z jedné tváře do druhé

4. cvičení na polohování a pohyblivost čelisti:

- velbloud – kroužíme čelistí
- křeček – předsazujeme horní čelist
- ryba – vysouváme dolní čelist

5. cvičení na pohyblivost měkkého patra:

- pijeme slámkou
- šeptáme

6. cvičení mimického svalstva:

- míčkujeme tváře
- usmíváme se nebo se mračíme

3.3.1.4 Procvičování hrubé a jemné motoriky a grafomotoriky

Hrubá motorika je u Ivany ve velmi vážném stavu. Dívka nikdy samostatně nechodila ani nestála. Rovnováhu neudrží. Je zcela imobilní a odkázána na nepřetržitou dvacetí čtyř hodinovou péči svého okolí. Při rozhovoru má propnuté a strnulé nohy. Pravá ruka je velmi

křečovitá. Matka s dívkou pravidelně doma rehabilituje a z tohoto důvodu bude od procvičování hrubé motoriky upuštěno.

Dívka sedí ve vozíku či na běžné židli a při aplikaci řečových cvičení je navrženo, aby měla dívka mezi kolena menší rehabilitační míč nebo aby měla připnutou atlata-dlahu. Pak stačí dívku upozornit heslem „Nohy“ a ona ví, že je má uvolnit.

Oromotorika úzce souvisí nejen s hrubou ale i jemnou motorikou. Děvče má pohyblivější pouze levou ruku, se kterou ve škole píše. Písmo je mírně kostrbaté ale čitelné. Ve škole dbá na správnou úpravu. Tempo je pomalé. Pravá ruka v současné době slouží jen jako dopomocná a je nutné opět na její uvolnění upozornit heslem „Sluníčko“. Jakmile dívka slyší heslo, okamžitě pravou ruku uvolní. Ovšem jen na krátkou chvíli. Úchop pravé ruky je velmi neobratný. Zavázat tkaničku, zapnout nebo rozepnout knoflík neumí. Umí se sama najíst lžící nebo vidličkou, kdy používá levou ruku.

A. i B. jsou samostatně chodící děti s patologickou chůzí. Při rozhovoru s nimi se projevuje mírná spasticita horních končetin. Práce horních končetin u obou dětí je na daleko vyšší úrovni než u Ivany. Jejich písmo je také mírně kostrbaté a tempo pomalé, což ale úzce souvisí s diagnózou DMO. Obě děti se umějí samy obléknout, vysvléknout a nepotřebují další osobu k dopomoci se sebeobsluhou či hygienou.

U dívky A. je nutná nepatrná dopomoc v geometrii a kreslení. Pohyby jejích horních končetin nejsou vždy přesné.

Navržené procvičování jemné motoriky a grafomotoriky je určeno pro všechny zkoumané děti.

Cvičení jemné motoriky:

- trhání papíru na proužky
- muchlání papíru
- skládání kostiček
- vyšívání jehlou (dívka umí)
- roztažení a stažení prstů, pěstí
- kreslení kruhů ukazováčkem (zkoušíme obě ruce)

- ťukání ukazováčkem do podložky (zkoušíme obě ruce)
- navlékání korálků, těstovin, výroba náramků a korálů
- modelování, lepení

Dále se v navrženém programu věnujeme procvičování grafomotoriky. Grafomotorická cvičení jsou řízená pohybová cvičení vedoucí horní končetiny, přičemž je pohyb zaznamenáván graficky.

Kresba všech dětí je s velkými rozdíly nezralá. Úchop psacího náčiní je správný. Nemusí používat trojhranné pastelky či fixy.

Grafomotorická cvičení:

- kreslení mokrou houbou na tabuli
- kreslení prstem do písku nebo jiného sypkého materiálu (mouka)
- kreslení barevnými křídami na tabuli
- kreslení prstovými barvami na papír
- kreslení vodovými barvami na papír – záměna štětců – silný, slabý
- využívání Šimonových pracovních listů

3.3.1.5 Smyslové vnímání

Do smyslového vnímání náleží sluchová percepce, zraková percepce, rytmické schopnosti a rozumové schopnosti.

3.3.1.5.1 Sluchová percepce

Při tvorbě a rozvoji řeči je sluch nejdůležitějším smyslovým analyzátozem. Bez něj by se nikdy nemohla řeč vyvíjet přirozeným způsobem.

U Ivany byla v raném věku shledána porucha sluchu, později při speciálním vyšetření vyloučena, a přestože dívka začala mluvit až v pozdějším věku, je sluchová percepce, včetně fonemického sluchu, na výborné úrovni. Dívka bezpečně rozliší podobně znějící slova, např. miska – myška, packa – pračka, kos – nos, kráva – tráva.

Na základě mého vyšetření mají A. i B. výbornou sluchovou percepci, ani jednou nechybovali. Z tohoto důvodu bude procvičování sluchové percepce zahrnuto pouze jako okrajová nebo kontrolní činnost.

3.3.1.5.2 Zraková percepce

Zrakové vnímání má také na vývoj řeči významný vliv, protože upevňuje sluchové vjemy. Dítě zrakem sleduje a kontroluje pohyby svých mluvidel i ostatních dětí či dospělých a tím napodobuje jejich správný pohyb.

Zkoumané děti mají zrakovou percepci na dobré úrovni kromě Ivany, což ale souvisí s jejím základním postižením. Bude proto zařazena do navrhovaného programu.

Cvičení rozvíjející zrakovou percepci:

- obtahování podle vzoru – jednoduché tvary – s dopomocí
- dokreslování obrázků
- spojování teček na obrázku
- spojování čísel na obrázku
- nesmyslné obrázky – vyhledávání namalovaných nesmyslů
- nesmyslné obrázky – vyhledávání nepravd, jejich zdůvodnění
- rozdíl – co na obrázku chybí
- řazení obrázků podle časové – dějové posloupnosti
- práce na počítači – vhodné programy – i výukové

3.3.1.5.3 Rytmičné a rozumové schopnosti

Při prvotním logopedickém vyšetření všechny děti výborně zvládly dělení slov na hlásky a slabiky. Dokázaly je vytleskat. Smyslu slov rozumí. Jeví se jako velmi rozumné, logicky odpovídají na otázky, mají přehled o čase, ročním období, o situaci kolem sebe. Mají i dobrý všeobecný přehled.

3.4 Popis logopedického programu

V následující kapitole budou popsány názorné ukázky práce s dětmi.

Z časových důvodů se nemohu každý den samostatně věnovat všem dětem, využívám tedy osobní znalost s matkami a volím variantu práce doma, kdy všechny děti budu každé dva týdny navštěvovat a kontrolovat jejich práci a výsledky.

Nejdříve jsem jim i jejich matkám vysvětlila smysl logopedického cvičení. Rozdala jsem jim barevné kartičky s obrázky mluvidel a další pomůcky potřebné k realizaci tohoto programu. Následně jsem prakticky předvedla všechna navrhovaná logopedická cvičení. Poprosila jsem je, aby děti cvičily doma v přítomnosti matky, která by dohlížela, jak jsou jednotlivá cvičení prováděna. Je pro ně důležité navodit klidnou a příjemnou atmosféru. Přála jsem si, aby pojaly logopedické cvičení jako hru. Náprava by spočívala ve zdokonalení oromotoriky a přirozeného ovládnání dechu, kromě chlapce B. Délka logopedického cvičení by neměla přesáhnout 30 minut denně a jednotlivá cvičení by měla být prováděna s přestávkami. K procvičování rtů, jazyka a mimiky mohou využít v každou volnou chvíli v průběhu dne. Opět upozorňuji, že dechová cvičení nebude provádět chlapec B. Dívky se mohou věnovat dechovému cvičení intenzivněji.

Velmi podrobně jsem vysvětlila a prakticky demonstrovala úpravu motoriky jazyka, která bude každodenní součástí logopedického programu a při které je nutná fixace dolní čelisti dřívkem či hřbetem ruky. Ústa jsou otevřená asi na 2 cm. Začínáme při dlouhém výdechu a v rychlém tempu vyslovovat hlásku „D“. Hřbet jazyka se vždy musí dotknout dásně. Až po zvládnutí hlásky „D“ připojíme další hlásky a slabiky. Cvičení musí být prováděno zlehka a potichu.

Vyslovujeme:

- Cvičení 1: Dana, Danek, Dáda, doky, deka, nedá, padá, vede, vedu, půjdu, nejdu, vejdu
- Cvičení 2: ntn, tntn, ttdt, dttd, lnln, nlnl, ldld, dldl, tl, ltl, ndnd, dndn
- Cvičení 3: ntd, tdl, ldt, ldn, ltn, nlt, ntd, dlt, dnl

Pokračujeme postupně, až dítě zvládne celé jedno cvičení, přistoupíme k dalšímu.

Při procvičování mimických svalů jsou využity obrázky (příloha č. 2)

3.4.1 Ukázka č. 1

Dechové cvičení: foukání brčkem do sklenice s vodou, hluboký nádech a výdechový proud – ááááá, -ééééé, -ííííí

Oromotorika: vyslovování – xů, -xů, -xů..., špulení rtů jako kapřík, usmějeme se jako sluníčko, nafoukneme tváře a převalujeme vzduch zprava doleva, vyplázneme jazyk co nejvíce a špičkou se snažíme dotknout nosu a brady, zamračíme se jako mrak, jazykem olizujeme horní ret zprava doleva a zpět

Jemná motorika a grafomotorika: navlékání korálků, kreslení postavy

Zraková percepce: práce s nesmyslnými obrázky (příloha č. 3) – vyhledávání namalovaných nesmyslů, vysvětlení, proč to tak nejde

3.4.2 Ukázka č. 2

Dechové cvičení: foukání papírových kuliček po stole, hluboký nádech a výdechový proud – óóóóó, -ůůůůů

Oromotorika: co nejvíce otvíráme pusy a vyslovujeme – ááááá, vysouváme dolní a horní čelist, zavřeme ústa a kroužíme čelisti jako velbloud, rychle se zamračíme a usmějeme (opakujeme několikrát za sebou), brnkáme prstem o spodní ret, vyplázneme jazyk a kroužíme kroužky

Jemná motorika a grafomotorika: kresba prstovými barvami – domeček

Zraková percepce: hledání nepravdivých situací (příloha č. 3) – vyhledávání všeho, co není pravda

3.4.3 Ukázka č. 3

Dechové cvičení: foukání na peříčko

Oromotorika: posíláme pusinky mamince, napodobujeme frkání koníka, nafukujeme tváře a plácáme si po nich (propichujeme balónek), šeptáme, otvíráme ústa jako při zívání, na závěr dostane bonbón (karamelu) a cucáme

Jemná motorika a grafomotorika: práce s modelínou – hnětení a válení válečku, kreslení smrku (pastelkami)

Zraková percepce: hledání rozdílů (příloha č. 4) – malíř namaloval dva stejné obrázky, na jeden však zapomněl něco nakreslit – nalézání chybějících předmětů

3.4.4 Ukázka č. 4

Dechové cvičení: vlak houká – úúúúú, vítr fouká – fííííí, foukání do dlaní, pomalu foukáme do větrníku, na závěr foukáme rychle

Oromotorika: na malý mělký talíř připravím 3 – 4 lžice marmelády, kterou olizujeme, pak si olízeme horní i dolní ret (opakovaně), špulíme rty jako kapřík, vysouváme horní a dolní čelist, na závěr tohoto cvičení míčkuji Ivaně tváře, čelo a bradu

Jemná motorika a grafomotorika: práce s hrubou moukou, její přesypávání mezi prsty, kresba do mouky

Zraková percepce: hledání rozdílů mezi stejnými obrázky (příloha č. 4) – v řadě se nalézá jeden obrázek, který se liší od ostatních – nalezení obrázku a vysvětlení, čím se odlišuje

3.4.5 Ukázka č. 5

Dechové cvičení: lehce foukáme na plamen svíčky (nesmíme ho sfouknout), na závěr hluboký nádech a svíčku sfoukneme

Oromotorika: ceníme zuby a cvakáme jimi o sebe, šeptáme, ťukáme hrotem jazyka na horní zuby zprava doleva, se zavřenou pusou posunujeme spodní čelist zprava doleva,

špulíme rty, vyplazujeme jazyk v rychlém tempu, při otevřených ústech drnkáme jazykem o rty (děláme čertíka), nahlas vyslovujeme –ó, -ů (opakovaně)

Jemná motorika a grafomotorika: navlékání těstovin – výroba korálků, mačkání papíru, kreslení obličeje

Zraková percepce: hledání rozdílů mezi stejnými obrázky (příloha č. 4) – v řadě se nalézá jeden obrázek, který se liší od ostatních – nalezení obrázku a vysvětlení, čím se odlišuje

3.4.6 Ukázka č. 6

Dechové cvičení: přivoníme si k voňavce, foukáme do dlaní – potichu vyslovujeme –ha, - ha, -ha

Oromotorika: zvedneme obočí (údiv) a zamračíme se, olizujeme lízátko zezdola nahoru a ze strany nastranu, pijeme slámkou, nafukujeme tváře, se zavřenou pusou přežvykujeme jako koza, opakovaně se široce usmějeme, děláme koníčka a mlaskáme jazykem na tvrdém patře

Jemná motorika a grafomotorika: kresba mokrou houbou na školní tabuli

Zraková percepce: skládání obrázku z dílů – skládání rozstříhaného obrázku (obrázek je podlepený tvrdým papírem)

3.4.7 Ukázka č. 7

Dechové cvičení: foukání brčkem do sklenice s vodou a saponátem (tvoříme bubliny)

Oromotorika: máme otevřenou pusou a vypláznutým jazykem pohybujeme vpravo a vlevo, se zavřenou pusou olizujeme horný zuby, vyplazujeme jazyk nahoru a dolů, střídáme široký úsměv a špulení rtů, foukáme do bublifuku

Jemná motorika a grafomotorika: obkreslování obrazců – kruh, čtverec, trojúhelník, lichoběžník, šestiúhelník (s dopomocí)

Zraková percepce: hrajeme pexeso

3.4.8 Ukázka č. 8

Dechové cvičení: pomalý nádech nosem a co nejpomalejší výdech ústy, snažíme se nafouknout balónek

Oromotorika: střídavě nafukujeme tváře, otvíráme pusou a vyslovujeme –ó, špulíme rty jako kapřík, zvedáme obočí, se zavřenou pusou kroutíme čelistmi, frkáme jako koník, široce vyplázneme jazyk, šeptáme

Jemná motorika a grafomotorika: skládáme puzzle, kreslíme květinu (tulipán)

Zraková percepce: prověřování zrakové paměti (příloha č. 5) – zapamatování skrytých obrázků

3.4.9 Ukázka č. 9

Dechové cvičení: výdech spojený s vyslovováním „hola, hola...“, dýcháme na zrcátko

Oromotorika: olizujeme si rty, s otevřenou pusou vypláznutým jazykem pohybujeme vpravo a vlevo, vyplazujeme jazyk v rychlém tempu, posíláme pusinky, nafukujeme tváře, cucáme měkký bonbón a převalujeme ho z pravé tváře do levé

Jemná motorika a grafomotorika: provlékání barevných tkaniček na dřevěné podložce, kreslení balónků vodovými barvami

Zraková percepce: prověřování zrakové paměti (příloha č. 5) – zapamatování skrytých obrázků

3.4.10 Shrnutí:

V průběhu intenzivního logopedického programu se u všech dětí částečně upravila oromotorika a již ne tak často u nich dochází k vadné artikulaci některých hlásek. Kladem je větší pohyblivost jazyka a tváří a jejich komunikační dovednosti se výrazně zkvalitnily. Zvýšila se tak samostatnost všech zkoumaných dětí při vyjadřování svých potřeb a pocitů. Jistou úlohu v řečovém projevu má emocionální napětí a únava. Velmi pozitivní vliv na rozvoj řeči měla integrace do běžné základní školy spojená s kontaktem se zdravými dětmi

a také kladení stejných nároků na ně. Projevila se u nich tendence vyrovnat se ostatním spolužákům. Jako prospěšné se ukázalo jejich zapojování do komunikace celé třídy, vyprávění zážitků, příběhů či událostí z jejího života. Důležitým prvkem při jejich sdělování čehokoliv je naslouchání okolí a dostatek času na jejich vyjádření.

Dívka A. byla za mé přítomnosti ve třídě vyvolána v hodině zeměpisu k tabuli, přestože dříve tomu tak nikdy nebylo, a dokázala se nejen orientovat v mapě ale i odpovídat vyučujícímu na dotazy. Celá třída byla potichu a dala dívce prostor k vyjádření. Všichni byli překvapeni její aktivitou a ona sama měla ze svého výkonu velkou radost. Vyučující dívku pochválil a nadále ji každou hodinu zeměpisu vyvolával k tabuli. Její sebevědomí vzrostlo. Dívka si začala telefonovat se spolužačkami.

Chlapec B. se, dle sdělení učitelky českého jazyka, velmi zlepšil ve čtení a již mu nedělají problém delší texty čteny nahlas. Rozhodně se zlepšila oromotorika a ačkoli dříve neměl problém s navazováním kontaktů se spolužáky, jeví se jako daleko průbojnější a jistější.

Ivana je velmi společenská a ve školní třídě oblíbená. Aktivně a bez ostychu „řečově“ vystupuje před celou třídou. U činností vyžadujících motorické dovednosti její tempo vázne, je pomalejší, nicméně je ctižádostivá, což lze uvést jako pozitivní vlastnost. Má mnoho kamarádů nejen ve vlastní třídě, se kterými si ráda povídá prostřednictvím počítačové aplikace skype.

Vzhledem k základnímu postižení všech dětí by bylo dobré v nápravě řeči dále pokračovat. Na závěr jsem požádala děti, aby mi písemně zodpověděly krátký dotazník, ve kterém by měly zhodnotit svoje logopedické cvičení a dosažené výsledky.

4. ZÁVĚR

Název mojí diplomové práce je „Řečový rozvoj dítěte s DMO na 3. ZŠ Cheb“. Toto vážné onemocnění vzniká v dětském věku a to poškozením vyvíjejícího se mozku. Dítě je omezeno hlavně v oblasti motoriky s viditelnými somatickými odchylkami, narušena je řeč a komunikace, může být přidruženo mentální postižení, epilepsie, smyslové omezení. Jedinec se tak stává zcela závislým na pomoci svého okolí.

Hlavním cílem práce bylo zjištění, k jakým změnám v řečových a komunikačních dovednostech dojde v průběhu deseti měsíců u vybraného vzorku třech dětí při aplikaci logopedického cvičení. Vzhledem k základnímu postižení jsem očekávala i změny v motorickém vývoji dětí.

V teoretické části jsem se podrobněji zabývala obecnou problematikou DMO, její etiologií a klasifikací. Není pochyb, že na děti s DMO má podstatný vliv ucelená rehabilitace, jejíž podstatnou součástí je nejen léčebná, ale i sociální a pedagogická rehabilitace. V další části práce jsem se zaměřila na vývoj řeči dětí s DMO s narušenou komunikační schopností, kde jsem podrobně charakterizovala jednotlivé jazykové roviny a poruchy vývoje řeči. Posledním úsekem teoretické části je právní úprava integrace zdravotně postižených dětí do škol v ČR po roce 1989. Součástí je také stanovení integrace zdravotně postižených dětí do běžných základních a středních škol v Chebu se zaměřením na děti s DMO.

V praktické části jsem se zabývala kvalitativním výzkumem vybraného vzorku dětí s diagnózou DMO integrovaných v běžných třídách ZŠ. Zaměřila jsem se na dvě dívky a chlapce, který jsem jako absolventka kurzu „Logopedická prevence u dětí a žáků v ČR“ sestavila logopedický program, jenž byl jimi realizován po dobu deseti měsíců. Hlavní pozornost jsem věnovala případovým studiím, kde většinu informací jsem získala od matek dětí či vyučujících. Každou případovou studii tvoří osobní, rodinná a školní anamnéza.

Při následném hodnocení jsem zjistila, že u všech dětí došlo k pozitivním výsledkům ve všech jazykových rovinách. K výraznému posunu došlo u dívky A., která již nemá ostych před jinými dětmi či dospělými, což by mohlo nejen uvedené dívce ale i všem dětem pomoci při následném přechodu do středních škol či učilišť.

V souvislosti s dětmi s DMO a jejich komunikačními schopnostmi vidím určitý nedostatek v jejich logopedické intervenci. Tak jako se budou možná celý život věnovat rehabilitaci,

měly by se alespoň částečně zaměřit i na logopedické cvičení pod dohledem odborníka. Došla jsem k závěru, že samotné zlepšení komunikačních schopností zkoumaných dětí vzbudilo u nich sebedůvěru a jistotu. Ztratily ostych před ostatními či se v komunikaci zdokonalily. Předpokládám, že jim tato nevšední zkušenost otevřela cestu k seberealizaci.

Otázkou ale zůstává zájem a péče rodičů, která je nepochybně vysilující, ale především rodiče mají velký vliv na to, jak bude jejich dítě v budoucnu úspěšné.

Za velmi cenné považuji vyplněné dotazníky, kde se děti mohly písemně vyjádřit svůj názor na mnou sestavený logopedický program. Práce na dané téma mě velmi obohatila a utvrdila mě v názoru, že rozvíjet komunikaci je v dětství či mládí velmi potřebné a důležité.

5. RESUMÉ

Diplomová práce se zabývá řečovým rozvojem dítěte s DMO integrovaného v běžné třídě 3. ZŠ Cheb.

Práce je členěna do dvou částí. Teoretická část se podrobněji zabývá obecnou problematikou DMO, otázkami z oblasti komunikace, systému logopedie a věnuje se také právní úpravě a integraci zdravotně postižených dětí do běžných škol v ČR po roce 1989.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumu ve 3. a 4. ZŠ Cheb. Hlavním cílem je analýza komunikačních schopností a dovedností dívky A., chlapce B. a dcery Ivany.

Pro výzkumné šetření jsem využila metodu rozhovoru, přímého zúčastněného pozorování a případových studií. Těžištěm je vytvořený intenzivní logopedický program, ve kterém mohu využít poznatky a zkušenosti získané ve vzdělávacím kurzu „Logopedická prevence u dětí a žáků v ČR“.

SUMMARY

This thesis deals with a speech development of a child with brain poliomyelitis integrated in an ordinary class of the Third Elementary School Cheb.

The work is dividend into two parts. The theoretical part concerns thoroughly with general problems of brain poliomyelitis, quetsions of communiation field, logopaedic systém and it also pays attention to legal provizons and integration of disabled children to ordinary schools in the Czech Republic after 1989.

The practical pat deals with qualitative resech in the Third Elementary School Cheb. The main aim is an analysis of my daughter's Ivana, girl A. and boy B. communicative abilities and skills.

For the research I used methods of a dialog, direkt observation, case study and questionnaire. The focus of work is a created intensive logopaedic programme where I can use knowledge and experience gained in the educational course „Logopaedic prevention of children and pupils in the Czech Republic“.

Seznam literatury:

Coblenser, H. Muhar, F. *Dech a hlas: návod k dobré mluvě.* 1. vyd. Praha: Akademie múzických umění, 2001. ISBN 80-85883-82-1.

Hendl, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

Kábrt, J., Kábrt, J. *Lexicon medicum.* 1. vyd. Praha: Avicenum 1988. ISBN 08-063-88

Keleman, S. *Anatomie emocí. Emoce a jejich vliv na lidské tělo.* 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7178-836-8

Klenková, J. *Logopedie.* Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 1. vydání, ISBN 80-247-1110-9

Kolektiv autorů. *Lékařské repetitorium.* Praha: Avicenum, 1982. 4. přepracované a rozšířené vydání. ISBN 08-001-82

Kraus, J. a kol. *Dětská mozková obrna.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1018-8

Lechta, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7367-433-5

Lewis, D. *Tao dechu: naučte se správně dýchat.* 1. vyd. Praha: Pragma, 2000. ISBN 80-7205-753-7.

Linklater, K. *Die persönliche Stimme entwickeln. Ein ganzheitliches Übungsprogramm zur Befreiung der Stimme.* 3. Auflage. München: Verlag. ISBN 3-497-01743-4.

Neubauerová, L., Javorská, M., Neubauer, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy.* 2. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7

Russell J. Love, Wanda G. Web. *Mozek a řeč.* Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-464-9

Řeřichová, I. *Pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Praha, 2012. Diplomová práce. Česká zemědělská univerzita Praha. Vedoucí práce JUDr. Daniela Světlíková.

Slowík, J. *Speciální pedagogika.* Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1733-3.

Sovák, M. *Logopedie.* Praha: SNP, 1972

Škodová, E., Jedlička, I. a kol. *Klinická logopedie*, Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-546-6

Šlapal, R. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-17-6

Tichá, A. *Hlasová výchova v dětském sboru prostřednictvím her a motivací*. Praha: Národní informační a poradenské středisko pro kulturu, 2004. ISBN 80-7068-168-1.

Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., Votava, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. ISBN 80-2470-031-X

Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

Vyštejn, J. *Vady výslovnosti*. Praha: SNP 1991. ISBN 80-04-24504-8

Seznam internetových odkazů:

Dětská mozková obrna: Co je DMO?. In: [online]. 2012 [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.dmo.cz/home/co-je-dmo>

Hlavové nervy - anatomie, obrázek, popis. Z.M. www.zbynekmlcoch.cz [online]. 2011 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: : <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/anatomie-lidske-telo/hlavove-nervy-anatomie-obrazek-popis-latinske-nazvy-nervu>

Pokyn Spuch: Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování č.j.: 13 711/2001-24. [online]. [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/HTM/ZKPokynSPUCHVestnik.htm>

POLÁKOVÁ, Hana a Petra PLŠKOVÁ. Dětská mozková obrna. *Vysoká škola báňská Ostrava* [online]. 2012 [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.detskamozkovaobrna.estranky.cz/clanky/detska-mozkova-obrna.html>

Portál RVP: Metodický portál - Inspirace a zkušenosti učitelů. KLIMEŠOVÁ, Marcela. *Nonverbální komunikace* [online]. 2009 [cit. 2012-12-31]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/O/4612/nonverbalni-komunikace.html/>

Přílohy:

Seznam příloh:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Příloha č. 1: Kopie Osvědčení o absolvování kurzu „Logopedická prevence u dětí a žáků v ČR“..... | 75 |
| Příloha č. 2: Dotazníky vyplněné zkoumaným vzorkem dětí..... | 76 |
| Ivana..... | 76 |
| Dívka A..... | 78 |
| Chlapec B..... | 80 |

Příloha č. 1: Osvědčení o absolvování kurzu „Logopedická prevence u dětí a žáků v ČR“



Asociace logopedů ve školství, o.s.
Měcholupy 1, IČO: 27040739

OSVĚDČENÍ

o absolvování kurzu

LOGOPEDICKÁ PREVENCE

v rámci projektu

Logopedická prevence u dětí a žáků v ČR

CZ.1.07/1.2.00/14.0106

Bc. Řeřichová Ivana
31.12.1966

Vzdělávací kurz pro Karlovarský kraj se konal ve dnech
04.04. - 07.04. 2011 v Sokolově
10.06. 2011 v Měcholupech

Časová dotace vzdělávacího kurzu je 40 hodin.

V Měcholupech dne 10.6. 2011

Asociace logopedů
ve školství, o.s.
439 31 Měcholupy 1



Mgr. Alexandr Bednář
Asociace logopedů ve školství, o.s.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Vzdělávací kurz "Logopedická prevence" je akreditován MŠMT ČR pod č.j.: 27 350/2007-25-542 ze dne 1.2.2008

DOTAZNÍK

Odpověz prosím pravdivě na všechny otázky v dotazníku.

Děkuji.

Ivana

1. Kolik je ti let? 16.....

2. Jak často se věnuješ logopedickému cvičení? (Uveď dny a čas).

Ob den, 1x denně, 20 minut

3. Trénuješ sám,-a nebo s někým jiným?

Cvičím s mamou, protože mi musí někdo pomůcky podat. Spulím rty a kroužím jazykem úmím sama

4. Líbí se ti logopedické cvičení nebo se musíš do něj putit?

Musím, se musíš, ale líbí se mi ty barevné obrázky.

5. Popiš co nejpodrobněji svoje cvičení.

Mam ráda kreslení mokuou
šrouboou na tabuli nebo
sfoukávam svíčky z rannore nino-
ného dortu a foukám do sklenice.
Spulím rty vyhlavuju jazyk,
dívám rty a kuby a foukám
vzduch k hvězdě.

6. Co ti přinesl nebo naopak vzal pravidelný trénink?

Ano, lip mluvím a když čtu, tak se
holik nepřetřikám. Čtu i dlouhé
odstavce. Pochlo mi to i v kempisu,
protože se mi lip čou složitě našij
měst. Mořna mi to pochlo i v něm-
čině a v angličtině.

7. Chceš ještě něco dodat?

Bylo to zábavné.

DOTAZNÍK

Odpověz prosím pravdivě na všechny otázky v dotazníku.

Děkuji.

Ivana

1. Kolik je ti let? 15.....

2. Jak často se věnuješ logopedickému cvičení? (Uveď dny a čas).

čtvrťka každý den. Někdy každý jen čtvrťka
vidím asi 10 minut nebo půl hodiny.

3. Trénuješ sám,-a nebo s někým jiným?

Někdy s maminkou přitom sama.

4. Líbí se ti logopedické cvičení nebo se musíš do něj nutit?

Někdy se mi nechce a někdy se mi to líbí.

5. Popiš co nejpodrobněji svoje cvičení.

Rejdím s rukama bokem do vody. Pak cvičím jazyk
a špičkou rty. Pak špičkou kulem nebo skáču. A dýchám
na mračko.

6. Co ti přinesl nebo naopak vzal pravidelný trénink?

Zacala jsem si ~~stý~~ telefonovat se spolužáky

7. Chceš ještě něco dodat?

Neumím číst

DOTAZNÍK

Odpověz prosím pravdivě na všechny otázky v dotazníku.

Děkuji.

Ivana

1. Kolik je ti let? *16*.....
2. Jak často se věnuješ logopedickému cvičení? (Uveď dny a čas).
Cvičím asi 3 krát týdně. Cvičím děláme asi 15 minut.
3. Trénuješ sám,-a nebo s někým jiným?
Trénuju sám.
4. Líbí se ti logopedické cvičení nebo se musíš do něj nutit?
Ne musím se nutit.
5. Popiš co nejpodrobněji svoje cvičení.
Vedru si a vyplavuju jazyk do ústka. Potom foukám do pohyblivých kuliček na sloh. Potom reag. když Ivana píše se jednou za týden dost nové kartičky a úkoly. Ze všeho mi se mi líbí cvičení bonton nebo ústka.

6. Co ti přinesl nebo naopak vzal pravidelný trénink?

Nevím ale máma říká, že líp mluvím
a příj i rychleji.

7. Chceš ještě něco dodat?

Cháco mě to i bavilo a někdy jsem
cítil i slávu u fotbalu.