



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta pedagogická

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Výskyt orofaciálních patologií u žáků speciální školy a jejich nápravy

Vypracovala: Martina Predigerová

Vedoucí práce: PaedDr. Alena Váchová

České Budějovice 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 25. 3. 2015

Martina Predigerová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce **PaedDr. Aleně Váchové** za odborné vedení, cenné rady, praktické připomínky a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Poděkování chci také vyjádřit klinické logopedce Mgr. Evě Dvořákové za poskytnutí informací, její ochotu a spolupráci.

Abstrakt

Ve své bakalářské práci se zabývám výskytem orofaciálních patologií u žáků speciální školy a možnostmi jejich náprav. Cílem výzkumného projektu je zmapování výskytu těchto patologií v jednotlivých částech orofaciální oblasti a jejich zastoupení z hlediska věku a pohlaví dětí. Teoretická část je věnována oboru logopedie, systému logopedické péče v České republice, orofaciální oblasti a jejím jednotlivým částem a patologiím. Dále je popsána diagnostika a terapie těchto poruch. V praktické části je za použití metody pozorování zjištěna četnost myofunkčních poruch, které jsou porovnány v závislosti na ostatních faktorech. Součástí praktické části jsou kazuistiky dvou dětí, u kterých byla myofunkční porucha diagnostikována, aby byly na základě dostupných materiálů a rozhovoru s rodiči byly zjištěny příčiny vzniku poruchy v orofaciální oblasti u daných jedinců.

Klíčová slova

Logopedie, orofaciální oblast, orofaciální patologie, myofunkční poruchy, myofunkční terapie

Abstract

In my bachelor work I am dealing with existence of orofacial pathologies in pupils at schools for disabled children, and the possibilities how to treat them. The aim of the scientific project is to map the existence of those pathologies in particular branches of orofacial field, and their presence regarding age and sex of children. Theoretical part focuses on the logopedics branch, the system of logopedic care in the Czech Republic, the orofacial field and its particular parts and pathologies. Next there is a description of diagnosis and therapy of such impairment. Practical part features frequency of myofunctional disorders based on observation method and comparison in connection with other factors. I also include case reports of two children diagnosed with myofunctional disorder. Based on available sources and questioning their parents the causes of origin of such impairment in orofacial field may be detected and uncovered.

Key words

Logopedics branch, orofacial field, orofacial pathology, myofunctional disorders/impairment, myofunctional therapy

OBSAH

ÚVOD	- 8 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 9 -
1 Logopedie - vymezení oboru	- 9 -
1.1 Systém logopedické péče v České republice.....	- 9 -
1.2 Resort ministerstva zdravotnictví	- 10 -
1.3 Resort ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.....	- 10 -
1.4 Resort ministerstva práce a sociálních věcí	- 10 -
2 Orofaciální oblast	- 11 -
2.1 Definice pojmu orofaciální	- 11 -
2.2 Správná funkce jednotlivých částí orofaciální oblastí	- 11 -
2.3 Orofaciální (myofunkční) patologie.....	- 12 -
2.4 Etiologie orofaciálních (myofunkčních) poruch	- 13 -
3 Diagnostika myofunkčních poruch	- 16 -
4 Myofunkční terapie	- 19 -
4.1 Cíl myofunkční terapie	- 19 -
4.2 Metody a formy terapie	- 20 -
4.3 Průběh terapie	- 21 -
4.3 Cvičení a rehabilitace	- 22 -
4.4 Logopedické pomůcky a přístroje	- 25 -
PRAKTICKÁ ČÁST.....	- 26 -
5 Výzkumné šetření	- 26 -
5.1. Cíle výzkumného šetření	- 26 -
5.2 Metody výzkumu.....	- 26 -
5.3 Prostředí výzkumného šetření	- 27 -
5.4 Kvantitativní výzkumné šetření	- 28 -
5.4.1 Přehled výsledků	- 29 -
5.4.2 Závěr šetření.....	- 36 -
5.5 Případová studie.....	- 37 -

ZÁVĚR.....	- 45 -
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 47 -
SEZNAM PŘÍLOH	- 49 -

ÚVOD

Ve škole pro děti se sluchovým postižením pracuji již 23 let. Škola je zařízením s nepřetržitým provozem, a zajišťuje celodenní péči dětem se sluchovými vadami a dětem s narušenou komunikační schopností. Pro děti s logopedickými vadami byla v roce 2007 nově otevřena třída mateřské školy. O sedm let později se podařilo zrealizovat otevření dvou prvních tříd základní školy pro děti s logopedickými vadami. Škola zajišťuje odborný přístup v mnoha směrech. Nejen plně kvalifikovaným personálem z řad učitelů a vychovatelů, ale možností pravidelného cvičení s fyzioterapeutem, logopedy, psychologem. V neposlední řadě pomoc a podporu odborníků ze speciálně pedagogického centra, které je součástí našeho zařízení.

Má bakalářská práce se zabývá výskytem orofaciálních patologií u žáků speciální školy a možnostmi jejich náprav. V současné době je četnost logopedických vad alarmující. Dozvídáme se o tom nejen z médií, ale mnozí z nás si to prožili na vlastní kůži, když museli vyhledat odborníka pro své dítě. Bohužel jsou mezi námi i tací, kteří nedbají rad specialistů, se svými dětmi necvičí (mnohdy ani logopeda nenavštíví) a neuvědomují si, jak moc tím svému dítěti škodí. Nesprávně rozvinutá komunikační schopnost může negativně ovlivnit rozvoj edukace a socializace jedince.

V teoretické části své práce blíže specifikuji orofaciální oblast. Zmíním se o příčinách vzniku těchto vad, diagnostice, jednotlivých částech orofaciální oblasti, možnostech jejich náprav a rehabilitace. Praktickou část pak zaměřím na samotný výzkum, který budu provádět u žáků Mateřské školy, Základní školy a Střední školy pro sluchově postižené v Českých Budějovicích, kde pracuji jako učitelka mateřské školy. Jako metodu jsem zvolila pozorování se zaznamenáváním do pozorovacího archu. Na tomto základě pak vyhodnotím četnost těchto vad a zastoupení v jednotlivých částech orofaciální oblasti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Logopedie - vymezení oboru

Sovák (1980) definoval logopedii jako úsek speciální pedagogiky, která se zabývá vzděláváním, rozvojem a výchovou osob s poruchami a vadami sdělovacího procesu. Předmětem tohoto oboru speciální pedagogiky je ale i výchova správné řeči a prevence komunikačních poruch. Zabývá se zároveň fyziologií a patologií komunikace, což zahrnuje rozvoj řeči, diagnostiku, prevenci, nápravu. Klenková (2000) uvádí, že logopedie je součástí speciální pedagogiky a zabývá se výchovou, vzděláváním a komplexní logopedickou péčí o jedince s poruchami komunikačních schopností a rovněž prevencí těchto poruch. Lechta (2005, s. 15) definuje logopedii jako „*vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti*“.

Logopedie patří mezi nejmladší vědní disciplíny a jedním ze základních termínů moderní logopedie je **narušená komunikační schopnost** (NKS), (Škodová, Jedlička, 2003). Lechta (2003, s. 17) uvádí, že „*komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru*“.

1.1 Systém logopedické péče v České republice

Logopedickou intervenci zajišťují odborníci-logopedi, kteří působí v různých institucích. V České republice je organizace logopedických služeb velmi složitá, neboť je v kompetenci tří resortů (Klenková, 2006).

- Resort ministerstva zdravotnictví
- Resort ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy
- Resort ministerstva práce a sociálních věcí

Podle Škodové, Jedličky et al. (2003) je možné logopedickou péči realizovat ve státních, nestátních a soukromých zařízeních, přičemž soukromým sektorem se rozumí privátní praxe jednotlivých klinických logopedů.

1.2 Resort ministerstva zdravotnictví

V tomto resortu zajišťují logopedickou intervenci logoped, nebo klinický logoped a to ve státních i soukromých logopedických poradnách (ambulancích), logopedických pracovištích, jako jsou nemocnice, kliniky, státní polikliniky, ústavy sociální péče apod. (Škodová, Jedlička, et al. 2003). Logopedem se může stát absolvent akreditovaného magisterského studijního programu speciální pedagogika, který ukončí státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie (Pipeková, 2006). Zatímco klinickým logopedem se logoped stává po absolutoriu specializační přípravy, která je zakončena atestací před komisí Institutu pro vzdělávání zdravotnických pracovníků (Škodová, Jedlička, et al. 2003).

1.3 Resort ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

Na zajištění logopedické péče ve školství se podílí logopedický preventista (většinou učitelka mateřské školy), speciální pedagog (pedagog se zaměřením na poruchy řeči a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie), logopedický asistent, který pracuje pod supervizí speciálního pedagoga (Škodová, Jedlička, et al. 2003). Učitelky mateřských škol by se měly zabývat logopedickou prevencí, vědět, jak lze v předškolním věku ovlivňovat řečový vývoj dítěte a mít dostatečné logopedické znalosti a dovednosti (Pipeková, 1998). Vzdělávací systém nabízí dětem s narušenou komunikační schopností edukaci v logopedických třídách při mateřských školách, mateřské školy logopedické a základní školy logopedické. Do této oblasti spadají i speciálně pedagogická centra, která zajišťují metodickou pomoc pedagogům mateřských, základních a speciálních škol a školských zařízení a rodičům postižených dětí (Klenková, 2006). Podílejí se také na diagnostice a doporučení dětí s NKS do běžných tříd mateřských i základních škol.

1.4 Resort ministerstva práce a sociálních věcí

Zde mohou působit speciální pedagogové se specializací logopedie a surdopedie, logopedi a kliničtí logopedi. Kvalifikační předpoklady závisí na náplni práce v dané oblasti a na konkrétním typu pracoviště. (Škodová, Jedlička, et al. 2003). Pipeková (1998) dodává, že v tomto resortu je logopedická intervence součástí komplexní rehabilitace v ústavech sociální péče, kde jsou umístěni tělesně postižení, mentálně postižení a jedinci s kombinovanými vadami.

2 Orofaciální oblast

2.1 Definice pojmu orofaciální

Jedná se o obličejovou oblast, konkrétně oblast dutiny ústní a tváří (Dvořák, 2001). Klenková (2006) vysvětluje pojem orofaciální takto: *oralis* – ústní, *facialis* – obličejový, tvářový).

Jednotlivými částmi orofaciální oblasti jsou rty, jazyk, brada, svalstvo obličejové a žvýkáci, zuby a čelisti. Může zahrnovat také chybné polykání- dysfagie (Kittel, 1999).

2.2 Správná funkce jednotlivých částí orofaciální oblastí

Funkcí oromotorického systému je: příjem potravy (sání, kousání, žvýkání, polykání), verbální komunikace (artikulace), neverbální komunikace (mimika), fonace a dýchání (Fábianová, 2014). Polykání patří k jednomu z nejkompexnějších procesů v lidském těle. Je to složitý pohyb celé řady struktur probíhající ve velmi rychlém sledu. Musí při něm dojít ke koordinaci rtů, tváří, čelistí, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu a jícnu (<http://www.klinickalogopedie.cz>). Tedla, et al. (2009, s. 40) ještě dodává, že „polykací reflex je dominantní ve vztahu k dýchání, po jeho zahájení dochází k přerušení dýchání“.

Jak má správná funkce dalších částí orofaciální oblasti vypadat, popisuje Kittel (1999) ve své knize následovně:

Rty

Při správném polykání nepřebírají rty žádnou funkci, leží uvolněně v lehkém kontaktu na sobě a z vnějšku nejsou viditelné žádné změny v obličejovém svalstvu.

Jazyk

Správnou funkci jazyka sledujeme v klidové poloze a při polykání. V klidové poloze se jazyk přední částí měkce přimyká na horní patro, rty jsou lehce spojeny a obě řady zubů jsou v lehkém kontaktu. Dýchání probíhá nosem, přičemž sval bradový je bez napětí. Oproti tomu při polykání se přední část jazyka přitlačí na tvrdé patro, střední část se k němu přisaje a zadní část se zvedá a tlačí proti měkkému patru. Zubní oblouky jsou uzavřené v maximálním kontaktu a bradový sval je uvolněn.

Brada

Při správné funkci zvedá sval bradový (m. mentalis) spodní ret a umožňuje jeho pohyb dopředu.

Svalstvo obličejové a žvýkací

Pokud se nejedná o myofunkční poruchu, svalstvo v obličejí je pevné s výraznou mimikou. Zúčastněné svaly: všechny obličejové a vnější svaly oční, sval tvářový a svaly rtů. Žvýkání je prováděno rotačními pohyby čelisti, nikoli kousavými, pomocí tří svalových zvedačů.

Zuby a čelisti

Jedná se o správný skus, v souvislosti s ním o šíři horní čelisti a výšku patra. Toto je nutné mít na zřeteli již u mléčného chrupu. Proto mnozí ortodontisté doporučují pro horní čelist přístroje, které mohou horní zubní oblouk rozšířit.

2.3 Orofaciální (myofunkční) patologie

Orofaciální patologií rozumíme nesprávné postavení či dysfunkci jednotlivých částí orofaciální oblasti. Jde o vadné klidové postavení mluvidel (především rtů

a jazyka), špatnou funkci všech pohyblivých měkkých tkání orofaciální oblasti a s tím spojené vadné návyky jak při dýchání, tak při zpracování a příjmu potravy (Kittel, 1999).

Kittel (1999) uvádí, že pojem myofunkční porucha představuje chybné polykání, při němž jazyk tlačí proti zubům, nebo je vsouván do mezery mezi zubní oblouky. Dále se zmiňuje, že myofunkční poruchy se neprojevují pouze symptomy v orofaciální oblasti, ale také v celé pohybové soustavě člověka. Patří sem celková tělesná problematika, včetně poruch dýchání, řeči a hlasivek. Jako příklad uvádí vadné držení těla, které negativně ovlivňuje funkci bránice, a to podporuje nefyziologické dýchání. Špatný způsob dýchání má negativní vliv na zásobování svalstva kyslíkem.

Gangale (2004, s. 8) k těmto patologiím dodává, že *„deficity v orofaciální oblasti a v jejich důsledku i postižení specificky lidského projevu-mluvené řeči-patří k nejkomplikovanějším a nejobtížněji korigovatelným narušením komunikační schopnosti“*.

2.4 Etiologie orofaciálních (myofunkčních) poruch

Na vzniku myofunkčních poruch má podíl řada různých faktorů. Následující podkapitoly objasňují ty nejčastější.

Poškození při vývoji embrya a komplikace při porodu

Jedná se o poruchy, které vzniknou během vývoje embrya při utváření orofaciálního svalstva. Nejčastěji se tyto patologie vyskytují ve spojení Downova syndromu, cerebrálních a fatálních paréz (Morales, 2006). Mezi vývojové vady, které mají vliv na orofaciální oblast, patří různé typy rozštěpů patra, obrny měkkého patra nebo vrozené zkrácené patro (Škodová, Jedlička, et al., 2003).

Kittel (1999) uvádí, že jednou z komplikací, která může nastat při porodu, je krátkodobý nedostatek kyslíku u novorozence. Matka tento nedostatek nemusí ani zaregistrovat a ten se může později projevit minimální poruchou funkčnosti svalstva.

Dlouhodobé dumlání palce či dudlíku

Tento proces je příčinou vzniku otevřeného skusu, což svádí jazyk, aby se nejen při polykání, ale i v klidové poloze posouval do vzniklé mezery. Tím se nesprávný způsob polykání ještě více fixuje, nebo může být nově vyprovokován (Kittel, 1999).

Přetrvávání sacího a polykacího reflexu

Kojení má blahodárné účinky na všestranný rozvoj kojence, ale také na jeho orofacialitu. Tou nejlepší prevencí proti nepříznivému orofaciálnímu vývoji je správně prováděné kojení. Je třeba dbát na pravidelné intervaly kojení během dne, na sílu toku mléka z prsu a v neposlední řadě délka kojení. Aby efekt kojení pro svalstvo dutiny ústní byl dostačující, musí kojení trvat přibližně šest měsíců. Matky, které z různých důvodů nemohou své dítě kojít, by měly vědět, že pro krmení z lahve je důležitý tvar savičky a přiměřený otvor pro sání. Příliš velký otvor nutí dítě neustále posouvat jazyk dopředu, aby se nezahltilo, a tím naopak nesprávnou polohu jazyka posiluje (Kittel, 1999).

Nesprávné postavení zubů, nebo čelistí

V mnoha případech má nepříznivý vliv na vývoj myofunkčních poruch. Jedním z nich je **zkřížený skus**, který umožní potravu pouze skousávat, neumožní však už rotační žvýkání, což vede k nedostatečné účasti jazykových a obličejových svalů. Dalším nesprávným postavením je **progenie**, kdy zuby dolní čelisti leží před zuby horní čelisti, tzv. že dolní čelist je příliš velká a horní čelist příliš malá. Jazyk se v tomto případě při polykání pohybuje směrem dopředu. Lze se setkat i s pravou progénií, což je dědičná forma. Dále sem patří **otevřený skus**, který svádí jazyk jak při polykání, tak v klidové poloze k tomu, aby se vkládal do vzniklé mezery mezi zuby a pohyboval se směrem dopředu (Kittel, 1999). Škodová, Jedlička, et al. (2003) k progénii dodává, že výskyt této anomálie je u běžné populace poměrně častý a jeho typickým příznakem je obrácený skus řezáků.

Nefunkčnost nosního dýchání

Tato nefunkčnost bývá způsobena ochabnutím svalstva jazyka a obličeje. Mezi nejčastější příčiny, které podporují nesprávné dýchání otevřenými ústy, patří zvětšená nosní nebo krční mandle, alergie, časté infekce a v neposlední řadě záněty nosních dutin a nesprávná průchodnost nosních otvorů (Kittel, 1999).

Jazyková uzdička

Pokud je jazyková uzdička přirostlá, znemožňuje přisátí jazyka k patru, což je předpokladem pro správné polykání. V některých případech se dá uzdička cvičeními pro jazyk prodloužit. Někdy je však nutný chirurgický zákrok (Kittel, 1999).

Přetěžování dětí

Jedním z faktorů, kterým Kittel (1999) přisuzuje podíl na vzniku myofunkční disharmonie je role psychické a fyzické zátěže dětí. Zmiňuje prosazení sebe sama nebo rodinné problémy. Proto je velice důležité zjistit, v jakém rodinném prostředí výchova probíhá a popřípadě nabídnout pomoc odborníka v psychologické poradně.

Některým z těchto příčin lze předejít, nebo jde alespoň zmírnit jejich nepříznivé účinky vhodnou prevencí (Kittel, 1999).

3 Diagnostika myofunkčních poruch

Sovák (1980) uvádí, že diagnostika je proces rozpoznávání nemoci, odchylky, poruchy; vyšetření přítomného stavu. Další odborná vyšetření mají za cíl odhalit příčiny poruchy, stanovit diagnózu a efektivní způsob terapie.

Kittel (1999, s. 27-30) využívá k diagnostice myofunkčních poruch metodu pozorování, kde se zaměřuje na přesné postavení jednotlivých částí orofaciální oblasti. V jednotlivých oblastech sleduje následující polohy a zvláštnosti.

Rty

V klidové poloze se sleduje, zda jsou rty:

- volně sevřeny
- pevně stisknuty
- lehce oddáleny
- hodně oddáleny
- horní řezáky mají kontakt s dolním rtem
- zvláštnosti

Další diagnostika se provádí ve svalovém napětí. Zde se sleduje, zda jsou rty vyrovnané, zdali není zkrácený horní ret, nebo silný a zarudlý dolní ret směřující ven. Mimo to se sledují doprovodné symptomy, jako jsou mokré rty, olizování rtů, sliny, trhlinky a zanícené ústní koutky. Poslední možností při diagnostice rtů je jejich sledování při polykání. Tady se zaměřujeme na pevné stisknutí, volné sevření a oddálení.

Jazyk

V klidové poloze a při polykání sledujeme jazyk v těchto polohách:

- na alveolárním výběžku
- namířený proti dolním předním zubům
- namířený proti horním předním zubům
- mezi předními zuby
- mezi bočními zuby – jednostranně
- mezi bočními zuby – oboustranně
- mezi předními zuby a bočními zuby
- posouvá sliny skrz zubní mezery

Dále je možnost sledovat vzhled jazyka ve svalovém napětí (např. zdali je vyrovnaný, zvětšený nebo ochablý, zarudlé okraje jazyka, atd.). Lze sledovat ještě motoriku jazyka a doprovodné symptomy, jako je délka jazykové uzdičky.

Při diagnostice jazyka uvádí Kittel (1999) ještě použití techniky *payne*. Lze ji využít pro zjištění klidové polohy jazyka nebo orální fáze polykání. Jde o použití fluorescenční pasty, viditelné v ultrafialovém světle. Pasta se otiskne buďto na alveolárním okraji, předních či bočních zubech, nebo mezi nimi vpravo/vlevo.

Brada

Oblast brady se pozoruje pouze v klidové pozici a při polykání s tím, že se zaměřujeme na to, zdali je brada neaktivní, nebo naopak zvýšeně aktivní.

Obličejové a žvýkácí svalstvo

U obličejového a žvýkácího svalstva sledujeme mimiku (zda je normální, nebo nevýrazná), jestli jsou tyto svaly v klidu uvolněné, nebo napnuté a jejich aktivnost či neaktivnost při polykání.

Zuby, čelist a patro

U zubů se zaměřujeme na skus (mléčný chrup nebo chrup ve výměně), u čelisti pozorujeme to, zda je normálně zaokrouhlená, či nepatrná transversální vzdálenost a patro (zdali má normální výšku, je stupňovité, nebo vysoké).

V této oblasti dále zjišťujeme, zda dotyčný podstoupil ortodontické ošetření a popřípadě jaký typ ortodontického přístroje má.

4 Myofunkční terapie

V defektologickém slovníku (2000) je pojem terapie vysvětlen jako léčení, lékařská činnost zaměřená na zdolání příčiny nemoci, nebo na potlačení příznaků. Dvořák ve svém logopedickém slovníku (2001) vysvětluje pojem myofunkční terapie jako komprehenzivní (výstižný) systém orofaciální stimulace zaměřený na odstraňování svalové nerovnováhy při součinnosti orofaciálního systému, artikulační činnosti mluvidel a polykání. Dále uvádí, že v současnosti existuje několik konceptů myofunkční terapie.

Logopedickou terapii lze charakterizovat jako aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické situaci záměrného učení – jde o tzv. řízené učení probíhající pod záměrným řízením, usměrňováním a kontrolou logopeda. Může ji realizovat i sama osoba s narušenou komunikační schopností (s rodiči, příbuznými) pod supervizí logopeda. V rámci logopedické terapie lze uplatnit téměř všechny druhy učení. Například operantní podmiňování (při rozvíjení motoriky orofaciálního aparátu), verbální, pojmové, percepčně-motorické, nebo sociální učení (Škodová, Jedlička, et al. 2003).

Lechta (2005) dodává, že terapie narušené komunikační schopnosti obvykle není věcí jediného izolovaného oboru, ale čím těžší a složitější je NKS, tím více zpravidla vyžaduje interdisciplinární přístup.

4.1 Cíl myofunkční terapie

Podle Kittel (1999, s. 44) je úkolem myofunkční terapie jak náprava nesprávného postupu orální fáze polykání a poškozených svalových funkcí orofaciálního systému, tak zlepšení doprovodných syndromů, mezi něž patří chybná koordinace oko-ruka, nenavázání kontaktu pohledem či stiskem ruky, chybné držení těla, nízká koncentrace a oslabená funkce bránice. **„Cílem terapie je dosažení správného průběhu polykání a odstranění orofaciální dysfunkce“** (Kittel, 1999).

Morales (2006) definuje cíl terapie orofaciální oblasti jako snahu o navození normálního nebo co možná nejnormálnějšího pohybového vzorce. Vychází přitom ze tří základních elementů:

- Stavba a mechanismus čelistního kloubu
- Kontrola polohy hlavy a čelistního kloubu
- Manuální techniky používané v terapii

„Cílem terapie NKS v nejširším slova smyslu je eliminovat, zmírnit, nebo alespoň překonat NKS“ (Lechta, 2005).

Terapie sleduje v závislosti na druhu a stupni poruchy některé z možných cílů:

- Odstranění poruchy
- Omezení až potlačení projevů poruchy během terapie
- Obnovu porušených funkcí
- Stabilizaci projevů poruchy

Tyto cíle stanovila Škodová, Jedlička, et al. (2003) pro terapii dospělých, ale lze je určit i pro terapii dětskou.

4.2 Metody a formy terapie

Metody

Lechta (2005) rozděluje metody logopedické terapie na:

- stimulující- nerozvinuté a opožděné řečové funkce;
- korigující- vadné řečové funkce;
- reedukující- ztracené (či zdánlivě ztracené), dezintegrované (rozpojení) řečové funkce;

K jednotlivým metodám uvádí, kde je možné je aplikovat. Například: Stimulační metody lze aplikovat v terapii narušeného vývoje řeči, korigující metody při terapii dyslalie a reedukující metody je možné aplikovat u afázie.

Formy

Lechta (2005, str. 27) uvádí, že v klinicko-terapeutické oblasti logopedie existují podle Borbonuse a Maihacka (2000) tyto formy terapie:

- Individuální – délka sezení se odvíjí podle druhu NKS a věku jedince v rozmezí 30, 45, nebo 60 minut
- Skupinová – skupinu tvoří 3-6 lidí s NKS dle potřeby
- Intenzivní – může probíhat i několikrát denně
- Intervalová – v odstupu několika týdnů či měsíců se opětovně aplikuje terapie intenzivní

Dále dodává, že jednotlivé formy terapie lze kombinovat. Jako příklad uvádí střídání individuální a skupinové terapie, nebo je možné individuální terapii zároveň aplikovat jako intervalovou.

Fábianová (2014) se ve své knize zmiňuje o technice orální a orofaciální stimulace, jejíž pomocí připravujeme dítě nejen na přísun potravy, ale i artikulaci. Uvádí podpůrné (chuťová a tepelná stimulace) a specifické (aktivní orofaciální cvičení) stimulační techniky. Jako příklad chuťové stimulace nabízí střídání potravin v kombinaci sladké/kyselé, slané/hořké. V praxi se jí nejvíce osvědčila kombinace sladké a kyselé chuti, přičemž právě při kyselém chuťovém stimulu docházelo k aktivaci obličejového svalstva. Tepelné stimuly volí podle aktuálního svalového napětí dítěte, buďto teplé (např. nahřáté gelové polštářky), nebo studené (kostky ledu obalené v gáze).

4.3 Průběh terapie

K průběhu terapie Kittel (1999) uvádí, že je velice důležité a podstatné, aby jedinec, jehož se bude terapie týkat, znal její důvod a cíl. I veškeré další kroky by mu měly být srozumitelně vysvětleny, aby bylo možné dosáhnout motivované spolupráce až do ukončení terapie. Všechna uvedená cvičení je možné použít pro děti, mladistvé i dospělé. Vždy je však nutné individuálně přizpůsobit intenzitu a postup terapie.

Dále dodává, že veškeré cviky pro zlepšení funkce svalů musí být prováděny cíleně a podle stupně obtížnosti. Terapeut musí vědět, kdy a jaké cvičení provést, aby bylo efektivní. Zdůrazňuje, že cviky na zlepšení polykání nezařazuje na začátek terapie, ale začíná s nimi ve chvíli, kdy už je svalstvo myofunkčně připravené. Neztotožnila se totiž s postupem amerického způsobu myofunkční terapie (Garliner, 1982), který nový způsob polykání procvičuje hned od začátku, aniž by byly dostatečně vybudovány myofunkční základy. Používaná cvičení pro jazyk se jí zdají jako nedostačující a cvičení pro rty neúplně efektivní.

Gangale (2004) zmiňuje, že největší šanci na úspěšnou rehabilitaci má tým terapeutů, jehož členové by měli sestavit individuální terapeutický plán, provádět instruktáž a podporovat jedince v jeho úsilí. Následně uvádí celou řadu především odborníků, kteří mohou být součástí týmu. Například: logoped, klinický logoped, foniatr, neurolog, lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeut... Hlavním členem týmu je bezesporu jedinec, jehož se terapie týká a jeho rodinní příslušníci.

4.3 Cvičení a rehabilitace

Aby se zamezilo případné nuditosti v průběhu terapie, doporučuje Kittel (1999) širokou rozmanitost ve způsobu cvičení. Procvičování jednotlivých oblastí dělí následovně:

- cvičení klidové polohy jazyka
- svalová cvičení v orofaciální oblasti, která zahrnují cvičení pro jazyk, cvičení pro rty a cvičení sání
- nácvik správného polykání
- automatizace správného polykání
- práce s celým tělem, která se zaměřuje na zlepšení vnímání, koordinaci a správné držení celého těla, dále na zlepšení dýchání nosem a cviky k posílení funkce bránice

Při každém setkání dostane dítě maximálně 2 -5 cvičení (např. jedno na cvičení klidové polohy jazyka, dvě pro jazyk a dvě na cvičení pro rty). Je nutné cvičit pravidelně, 2 -3krát denně před zrcadlem. Důležité je, aby se děti samy naučily rozpoznat, zda jejich cvičení bylo intenzivní a efektivní. Nemá tedy smysl dětem určovat přesný počet opakování pro jednotlivé cviky. Každé dítě je individualita- některému stačí cvik provést třikrát, jiný musí tentýž cvik opakovat desetkrát (Kittel, 1999). Na závěr dodává, že jako velká motivační pomoc při myofunkční terapii, především při práci s mladšími dětmi, se jí osvědčilo provádět terapii v malých skupinkách dvou až čtyř dětí. Vysvětluje to tím, že přítomnost ostatních dětí je silně motivující a snaží se jeden druhého napodobovat.

Cvičení klidové polohy jazyka

„Klidovou polohou“ začíná každé společné sezení. Je nutné se v průběhu terapie ke klidové poloze stále vracet a v průběhu každodenních činností (při psaní, hře, malování, jízdě autobusem, atd.) polohu upevňovat. Nejprve klidovou polohu vysvětlíme a názorně předvedeme. Zkouška vyhledání správné polohy nám ukáže, do jaké míry je motorika jazyka narušena. Ti, kteří mají těžkosti s nacházením správné klidové polohy jazyka, musí terapii začít se cvičeními pro jazyk. Když dojde ke zlepšení funkčnosti jazyka, pak lze přistoupit k nácviku klidové polohy jazyka (Kittel, 1999).

Dále uvádí některé příklady pro efektivní nácvik této polohy. Jedním z nich je například nalepení nálepky s různými motivy na místa, kde se dítě často pohybuje, aby pokaždé, kdy dítě nálepku spatří, si vybavilo, zda má jazyk ve správné poloze. Ještě se zmiňuje o tom, že malé děti (od pěti let) musíme pro cvičení výdrže klidové polohy jazyka zajímavě motivovat, jak jinak než prostřednictvím hry. Jako příklady uvádí udržet jazyk v klidové poloze tak dlouho, než dohraje melodie, než je dítě při hře znovu na řadě, než padne na semaforu zelená. Další možností je držet dřívko mezi zuby v době sledování pohádky.

Svalová cvičení v orofaciální oblasti

Také u těchto cvičení je nutnost názorného předvedení cviku, poukázání na možné chybné provedení a zdůvodnění, proč tento cvik cvičit. Jedná se o cvičení pro jazyk, cvičení pro rty a cvičení sání. K jednotlivým oblastem uvádí Kittel (1999) celou řadu cvičení s přesným metodickým postupem. Pro lepší představu jsou jednotlivá cvičení přiblížena fotografiemi.

Příklady cvičení pro jazyk: počítání zubů, vysouvání jazyka směrem k nosu a bradě, jazyk proti špátli, špátle příčně přes jazyk, špátle tlačí na jazyk v dutině ústní, úzký a široký jazyk,...

Příklady cvičení pro rty: kulatě a široce otevřené rty, přetahovat rty přes zuby, horní ret přetáhnout přes horní zuby a ukazováčky jej masírovat směrem k nosu, klaun, malování pomocí rtů,...

Příklady pro cvičení sání: přisávat jazyk na patro, přisávat jazyk a s mlasknutím povolit, houpací síť- přisávat jazyk a bez hluku povolit, přisávání jazyka postupně s jedním, dvěma a třemi gumovými kroužky,...

Nácvik a automatizace správného polykání

Tato cvičení se provádějí v závislosti na věku pacienta s dvěma, nebo třemi gumovými kroužky. Jednotlivé cvičební fáze musí být prováděny intenzivně a precizně, jinak vzniká nebezpečí, že se nový způsob polykání ve fázi automatizace obtížně osvojí (Kittel. 1999).

Příklady pro nácvik a automatizaci správného polykání: polykání slin s gumovými kroužky, polykání suché pevné stravy, polykání tekutin, polykání pevné stravy s rozevřenými ústy, polykání tekutin se zavřenými ústy,...

4.4 Logopedické pomůcky a přístroje

V současné logopedické praxi, při diagnostice i následné terapii, při terapii NKS se používá hodně typů pomůcek. Tyto pomůcky volí logoped vždy v závislosti na druhu narušené komunikační schopnosti, rozsahu postižení, věku klienta apod. (Klenková, 2007). Dále dodává, že pomůcky, které logopedi ve svých praxích využívají, se stále zdokonalují, vznikají nové elektronické výukové programy a programy PC. Uvádí též následující skupiny pomůcek a přístrojů:

- stimulační (zvukové hračky, hudební nástroje, foukadla atd., které stimulují a podněcují dítě k napodobování zvuků, hlasů);
- motivační (předměty, hry, hračky, které motivují dítě ke spolupráci a komunikaci);
- didaktické (soubory obrázků k diagnostice a následnému procvičování výslovnosti jednotlivých hlásek, tematické obrázky, logopedické říkanky, povídky);
- derivační (slouží k odvrácení pozornosti jedince s NKS od svého vlastního mluvního projevu, například užití metronomu);
- podpůrné (špachtle, rotavibrátory, logopedické sondy);
- názorné (logopedické zrcadlo, přístroje názorně ukazující kvalitu zvuku, který osoba s NKS produkuje, analyzátoři zvuků);
- registrační (záznamové archy a tabulky, zvukové záznamy, videozáznamy).

Jednou z nejnovějších pomůcek pro korekci špatného návyku klidového postavení mluvidel (svalstva obličeje a jazyka) jsou trainery. Jedná se o myofunkční aparát, který se používá u dětí na řešení myofunkčních poruch – dýchání ústy, nesprávné postavení jazyka, nesprávný polykací reflex, sání palce. Existuje několik typů v závislosti na věku dítěte. Aktivně u dítěte cvičí správné postavení jazyka, správné polykání a dýchání nosem. Podporuje správný vývoj a postavení zubů a aktivně a jemně stimuluje obličejové a žvýkací svalstvo (www.rodpraha.cz/stomatologie/trainery).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření

5.1. Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je zmapování výskytu orofaciálních patologií u žáků speciální školy a jejich možná náprava. Z výsledků výzkumného šetření vyplynou možnosti nápravy zjištěných patologií.

Výzkumné otázky:

1. V jaké orofaciální oblasti je nejčastější výskyt orofaciální patologie?
2. Jaké je zastoupení vad z hlediska věku dětí a pohlaví?
3. Jaké jsou možnosti intervence v rámci spolupráce speciálně pedagogického centra a rodiči?

5.2 Metody výzkumu

Výzkumné šetření je realizováno metodou kvantitativního výzkumu, přičemž jsem použila metody strukturovaného pozorování, obsahové analýzy a rozhovoru. Jůva (1994, str. 11) ve své knize označuje pozorování za výchozí metodu výzkumu současné pedagogické praxe a definuje ji jako plánovité a cílevědomé sledování pedagogického procesu v jeho přirozených podmínkách. Dále dodává, že předpokladem úspěšného pozorování je jasně stanovená metodika, cíl a plán pozorování.

Jako techniku jsem použila záznamový arch zpracovaný formou tabulky pro následné srovnání a vyhodnocení četnosti.

Vzhledem k tomu, že diagnostikování myofunkčních poruch je velice rozsáhlé, zvolila jsem po předchozí domluvě s klinickou logopedkou, pozorování jednotlivých oblastí v klidových polohách (rty, jazyk, brada), u obličejového a žvýkacího svalstva jsem se zaměřila na mimiku a u zubů na skus.

Dále jsem použila kvalitativní metodu případové studie. Průcha (1995, s. 63) uvádí, že *„Případová studie je v empirickém pedagogickém výzkumu metoda, při níž je zkoumání podrobeno jen několik nebo dokonce pouze jeden subjekt nebo jev edukační reality (např. žák, malá skupina žáků, učitelů apod.). Zkoumaný případ je detailně popsán a vysvětlován, takže dochází k takovému typu objasnění, jehož nelze dosáhnout při zkoumání týchž subjektů či jevů v nějakém hromadném souboru. Výhodou této metody je možnost hlubšího poznání případu, nevýhodou je omezenost či nemožnost zobecnitelnosti výsledků nebo závěrů.*

5.3 Prostředí výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v Mateřské, základní a střední škole pro sluchově postižené v Českých Budějovicích, kde pracuji jako učitelka mateřské školy.

Budova školy se nachází v samém centru města. Komplex celé školy je tvořen dvěma budovami, z nichž ta novější byla přistavěna v roce 2005. Jedná se o zařízení s celoročním nepřetržitým provozem, které poskytuje péči jak dětem denně docházejícím, tak internátním, ale i těm, jimž pro nevyhovující rodinné prostředí nařídil soud ústavní výchovu.

Součástí školy jsou učebny, klubovny, dětský domov, internát, mateřská škola, školní družina, tělocvična, rehabilitace, výtvarný ateliér, dramatická místnost, dílny, jídelna s kuchyní a prádelna. Nedílnou součástí školy je prostorná zrekonstruovaná zahrada. Od roku 1990 je součástí školy Speciálně pedagogické centrum, které poskytuje dlouhodobou výchovně vzdělávací péči dětem a zajišťuje integraci dětí se sluchovým postižením do všech typů škol. Pracovní tým zde tvoří tři speciální pedagožky, psycholog, sociální pracovníce a fyzioterapeut.

Celková kapacita školy je 84 dětí. Vzdělávání probíhá na těchto stupních: mateřská škola, základní škola, základní škola speciální, základní škola praktická, praktická škola, odborné učiliště-obor sklenář a nově základní škola logopedická.

Ve škole zajišťuje vzdělávání dětí sbor plně kvalifikovaných pracovníků. Dopoledne ho zabezpečují učitelé, odpoledne vychovatelky, které často zastupují role matek. V současné době probíhá pravidelná rehabilitační péče pod vedením fyzioterapeuta.

Jak už jsem uvedla, školu tvoří dvě budovy. Škola a internát se nachází ve starší části, kdežto dětský domov a prostory mateřské školy jsou součástí novější budovy. V současné době má MŠ dvě třídy s celkovou kapacitou 18 dětí. Jedna pro děti se sluchovým postižením a druhá pro děti s logopedickými vadami. V každé třídě jsou dvě učitelky. K dispozici je logopedická pracovna, kde logopedka denně s dětmi individuálně pracuje.

Jedním z nejdůležitějších cílů našeho vzdělávání, je přijímat děti s různým typem postižení jako jedinečné osobnosti a vytvářet pro ně takové prostředí, ve kterém se budou cítit bezpečně vzhledem k jejich schopnostem a specifickým potřebám.

5.4 Kvantitativní výzkumné šetření

Výzkumné šetření jsem prováděla ve výše uvedeném zařízení od nejnižšího stupně, vyjma odborného učiliště. Záměrné pozorování se zaznamenáváním do pozorovacího archu, který jsem zpracovala formou tabulky, jsem provedla dvakrát. Nejprve sama a poté za asistence klinického logopeda, abych se utvrdila, zda jsem odhalené patologie diagnostikovala správně.

Průběh zjišťování orofaciálních patologií

Pozorované děti jsem si nejprve rozdělila do tří skupin podle stupňů vzdělávání. První skupinu tvořily děti předškolního věku, druhou děti, které navštěvují základní vzdělávání a třetí skupinu tvořili žáci praktické školy. Abych docílila kvalitního pozorování, bylo zapotřebí dobré spolupráce s dětmi. S většinou z nich se dobře znám, protože býváme prakticky denně, byť letmo v prostorách školy, v kontaktu. Ale jak

už jsem se zmínila výše, od září se na základní škole podařilo poprvé otevřít dvě první třídy pro děti s NKS. A právě tyto děti byly pro mě neznámé. Aby se mi s nimi podařilo navázat lepší kontakt, domluvila jsem se s vychovatelkou ve školní družině a strávila s těmito dětmi několik dní v odpolední školní družině. Už to pro mě bylo velkým přínosem. Předem jsem si vytipovala děti, které s největší pravděpodobností budou mít v orofaciální oblasti nějakou poruchu. Dále jsem měla možnost si s každým z nich popovídat, což nás nejen sblížilo, ale zároveň jsem měla možnost z našeho rozhovoru zjistit úroveň jejich řečového projevu.

Po předchozí domluvě s logopedkou jsem prováděla šetření pouze v klidové poloze. Děti jsem pozorovala jednotlivě v logopedické pracovně mateřské školy a pečlivě si zaznamenávala dané skutečnosti. Při druhém pozorování, za asistence klinické logopedky, jsem některé výsledky musela opravit. Vzhledem k tomu, že nejsem odborník v tomto oboru a dříve jsem se blíže o tuto problematiku nezajímala, jsem některé patologie, zejména v oblasti obličejového svalstva nezaznamenala přesně.

Prvotní výsledky jsem zpracovala podle jednotlivých stupňů škol a uvedla, u kolika dětí byla myofunkční porucha odhalena.

5.4.1 Přehled výsledků

Mateřská škola

➤ Logopedická třída

Počet dětí: 10 (8 chlapců, 2 dívky)

Věk: 5-7 let

Orofaciální patologie zjištěna u 6 dětí (5 chlapců, 1 dívka)

➤ Surdopedická třída

Počet dětí: 7 (5 chlapců, 2 dívky)

Věk: 5-7 let

Orofaciální patologie zjištěna u 3 chlapců

Základní škola

➤ Logopedické třídy

Počet dětí: 12 (8 chlapců, 4 dívky)

Věk: 7-8 let

Orofaciální patologie zjištěna u 7 dětí (5 chlapců, 2 dívky)

➤ 1. stupeň základní školy pro děti s vadami sluchu

Počet dětí: 8 (5 chlapců, 3 dívky)

Věk: 8-11 let

Orofaciální patologie zjištěna u 2 dětí (1 chlapec, 1 dívka)

➤ 2. stupeň základní školy pro děti s vadami sluchu

Počet dětí: 15 (10 chlapců, 5 dívek)

Věk: 12-15 let

Orofaciální patologie zjištěna u 1 chlapce

➤ Základní škola praktická

Počet dětí: 4 (3 chlapci, 1 dívka)

Věk: 9-16 let

Orofaciální patologie zjištěna u 3 dětí (2 chlapci, 1 dívka)

➤ Základní škola speciální

Počet dětí: 8 (7 chlapců, 1 dívka)

Věk: 9-17 let

Orofaciální patologie zjištěna u 7 dětí (6 chlapců, 1 dívka)

Praktická škola

Počet dětí: 5 (3 chlapci, 2 dívky)

Věk: 18-24 let

Orofaciální patologie zjištěna u 5 dětí (3 chlapci, 2 dívky)

Tyto výsledky jsem rozpracovala do následujících tabulek, kde jsem upřesnila konkrétní oblast, ve které se daná patologie vyskytuje. Pod pojem jiná specifika jsem zaznamenala postižení daných žáků. Z důvodu zachování anonymity jsem místo jmen použila čísla 1-71.

Vysvětlení zkratk uvedených v tabulkách

MP – mentální postižení

NKS – narušená komunikační schopnost

SP – sluchové postižení

PAS – porucha autistického spektra

TP – tělesné postižení

VPU – vývojové poruchy učení

ZP – zrakové postižení

ZS – zvýšená salivace

RV- rozštěpová vada

MŠ logopedická

				Patologická orofaciální oblast				
žák	věk	pohlaví	Jiná specifika	rty	jazyk	brada	svaly obličejové a žvýkácí	zuby, čelist
1.	4,3	CH	NKS	-	-	-	-	-
2.	6,2	D	MP,ZS,ZV	X	X	-	X	X
3.	6,2	CH	NKS,RV	X	X	X	X	X
4.	5,10	CH	NKS	-	-	-	-	-
5.	5,11	CH	NKS	-	X	-	X	-
6.	5,7	D	NKS	-	-	-	-	-
7.	5,5	CH	SP	X	X	-	X	-
8.	5,2	CH	NKS	X	-	-	-	-
9.	6,10	CH	NKS	-	X	X	-	-
10.	6,6	CH	NKS	-	-	-	-	-

MŠ surdopedická

				Patologická orofaciální oblast				
žák	věk	pohlaví	Jiná specifika	rty	jazyk	brada	svaly obličejové a žvýkácí	zuby, čelist
11.	4,11	D	SP	-	-	-	-	-
12.	5,7	CH	SP	-	-	-	-	-
13.	7	CH	SP	X	-	-	X	X
14.	6,6	D	SP	-	-	-	-	-
15.	6,5	CH	SP	-	-	-	-	-
16.	6,6	CH	SP	X	X	-	X	-
17.	6,11	CH	SP,MP	X	X	-	-	X

ZŠ logopedická

žák	věk	pohlaví	Jiná specifika	Patologická orofaciální oblast				
				rty	jazyk	brada	svaly obličejové a žvýkácí	zuby, čelist
18.	8,5	CH	MP,NKS	X	X	-	X	X
19.	7.1	D	NKS	-	-	-	-	-
20.	7.10	CH	NKS,MP	X	X	-	-	-
21.	10,5	CH	NKS,ZV	-	-	-	-	-
22.	7,1	CH	NKS	-	-	-	-	-
23.	7,4	D	NKS	-	-	-	-	-
24.	8,11	CH	NKS	-	-	-	-	-
25.	7,4	CH	NKS,ZV	X	-	X	-	-
26.	8,9	D	NKS,ZV	-	-	X	X	-
27.	7,7	D	MP,NKS,TP	X	X	-	X	X
28.	8,6	CH	MP,NKS,ZV	X	X	-	X	X
29.	7,11	CH	NKS	X	X	-	-	-

ZŠ speciální pro SP

žák	věk	pohlaví	Jiná specifika	Patologická orofaciální oblast				
				rty	jazyk	brada	svaly obličejové a žvýkácí	zuby, čelist
30.	17,3	CH	MP,NKS	-	-	-	-	-
31.	14,7	CH	MP,SP	X	X	-	X	X
32.	14	CH	MP,SP	X	-	-	X	-
33.	16,2	CH	MP,SP,ZV	-	X	X	-	-
34.	11,4	CH	MP,NKS	X	X	X	X	-
35.	12,9	CH	MP,SP,TP	X	X	X	X	X
36.	14,4	CH	MP,SP,TP ZS	X	-	X	-	X
37.	9,5	D	MP,SP,ZV	X	X	X	X	X

ZŠ praktická pro SP

				Patologická orofaciální oblast				
žák	věk	pohlaví	Jiná specifika	rty	jazyk	brada	svaly obličejové a žvýkací	zuby, čelist
38.	16,3	CH	MP,SP	-	-	-	-	-
39.	9,4	D	MP,SP	-	X	-	-	X
40.	9,8	CH	MP,NKS	-	X	-	X	-
41.	12,7	CH	MP,ZV RV	X	X	X	X	X

Praktická škola dvouletá

				Patologická orofaciální oblast				
žák	věk	pohlaví	Jiná specifika	rty	jazyk	brada	svaly obličejové a žvýkací	zuby, čelist
42.	18,9	CH	PAS,ZP	-	X	-	X	-
43.	18,9	D	SP,MP, ZP,ZS	X	X	X	X	X
44.	21,6	D	SP,MP	X	-	-	X	X
45.	24,5	CH	MP,NKS,ZS	X	X	X	X	X
46.	20,7	CH	SP,MP,VPU, ZP,ZS	X	X	X	X	X

ZŠ pro SP

žák	věk	pohlaví	Jiná specifika	Patologická orofaciální oblast				
				rty	jazyk	brada	svaly obličejové a žvýkací	zuby, čelist
47.	10,6	CH	SP	-	-	-	-	-
48.	10,9	D	SP	-	-	-	-	-
49.	9,11	CH	SP	-	-	-	-	-
50.	9,1	CH	SP	-	-	-	-	-
51.	9	CH	SP	-	-	-	-	-
52.	10,8	CH	SP	-	-	-	-	-
53.	11,5	CH	SP	-	-	-	-	-
54.	10,4	D	SP,MP	X	X	-	X	-
55.	15,8	CH	SP,ZP	-	-	-	-	-
56.	15,11	CH	SP,MP	-	-	-	-	-
57.	12,1	CH	SP,ZP	X	X	X	X	X
58.	12,4	CH	SP	-	-	-	-	-
59.	13,1	CH	NKS,ZP	-	-	-	-	-
60.	13,5	D	SP	-	-	-	-	-
61.	13,8	D	VPU	-	-	-	-	-
62.	13,8	D	SP	-	-	-	-	-
63.	13,4	CH	SP	-	-	-	-	-
64.	11,3	D	SP		-	-	-	-
65.	14,10	CH	SP,MP	-	X	-	X	-
66.	15,7	D	SP	-	-	-	-	-
67.	14,11	D	SP	-	-	-	-	-
68.	15,9	CH	SP,ZP	-	-	-	-	-
69.	13,6	CH	SP	-	-	-	-	-
70.	16	CH	SP	-	-	-	-	-
71.	15,8	D	SP	-	-	-	-	-

5.4.2 Závěr šetření

Výsledkem šetření jsem došla k závěru, že z celkového počtu 71 vyšetřených žáků, z čehož bylo 50 chlapců a 21 dívek, byla u 34 z nich zjištěna patologie orofaciální oblasti a to ve 34 případech u chlapců a v 8 případech u dívek. Lze tedy konstatovat, že je to téměř polovina žáků. Nejčastěji se poškození vyskytovalo v oblasti jazyka (27). Téměř shodný počet vad (26) jsem zaznamenala v oblasti rtů. Naopak nejméně poruch bylo diagnostikováno v oblasti brady. Z výsledků pozorování, jsem mimo jiné zjistila, že patologie v orofaciální oblasti, se nejčastěji vyskytuje ve spojení s mentální retardací. Další výraznější zastoupení je pak u dětí s narušenou komunikační schopností.

Jedním z dílčích cílů bylo podat návrh řešení u zjištěných patologií mého výzkumného šetření. Pro naši školu se jeví jako velmi přínosná spolupráce se speciálním pedagogickým centrem. Na základě zjištěných výsledků jsem rodičům dětí, u kterých byla myofunkční porucha zjištěna, doporučila návštěvu SPC v našem zařízení, s tím, že by bylo vhodné, domluvit se s logopedkou na případné terapii. Navíc jsem rodičům dětí, docházejících do mateřské školy, nabídla zajímavou knihu „Učíme naše dítě mluvit“. Autorka J. Bezděková (2008) v ní radí právě rodičům předškolních dětí, jak řeč správně rozvíjet. Zdůrazňuje, že je zapotřebí vytvořit dětem láskyplné prostředí s dostatkem kvalitního mluvního vzoru, často si s dětmi hrát, zpívat, učit je poznávat lidi a věci v jejich okolí, listovat v knížkách... a přitom všem mluvit, mluvit, mluvit.

Myofunkční poruchy byly odhaleny i u dětí s ústavní výchovou. V tomto případě jsem požádala vychovatelky, které mají tyto děti celoročně v péči, zda by mohly jednotlivá cvičení provádět. Aby i ony se s touto problematikou blíže seznámily a naučily se jak s dětmi cvičit, poprosila jsem logopedku, aby jim v rámci metodického sdružení danou problematiku přiblížila.

Na základě tak vysoké četnosti výskytu výše zmiňovaných poruch v našem zařízení jsem se rozhodla blíže se seznámit s anamnézou dvou dětí. Mým cílem bylo stanovit předpokládanou příčinu vzniku myofunkčních poruch a z rozhovoru s rodiči zjistit, zda využívají terapii a jestli spatřují nějaké pokroky. K lepší představě o patologii v orofaciální oblasti jsem doplnila kazuistiky o fotografie daných respondentů.

5.5 Případová studie

Kazuistika I.

Pohlaví, věk

Chlapec M. H.

Rok narození: 2003

Věk: 11;4

Diagnóza

Dg. logopeda: opožděný vývoj řeči, závažnější myofunkční porucha

Dg. psychologa: dolní hranice LMR až střed. MR, známky ADHD syndrom

Dg. neurologa: opožděný psychomotorický vývoj, oční vada

Další dg. Pediatra: alergie prach, pyly, roztoče; zraková vada



Rodinná anamnéza

M. H. žije v úplné rodině. Matka (1972) má středoškolské vzdělání a pracuje jako zdravotní sestra. Otec (1970) má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako programátor. Oba jsou zdraví.

M. H. má dvě sestry. Jednu mladší F. H. (2006), která navštěvuje druhou třídu ve škole pro mimořádně nadané děti a starší A. H. (1999), která studuje na gymnáziu. Obě jsou zdravé.

Rodina se před třemi lety přestěhovala do rodinného domku, který si sami postavili. Výchovné prostředí je klidné a harmonické. Dětem se maximálně věnují. Dle slov matky tráví veškerý svůj volný čas všichni společně a často jezdí na výlety. Rodina je finančně dobře zajištěna.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo druhé v pořadí a probíhalo bez komplikací. Porod překotný v termínu, s následnou hypoxií, oxygenoterapie, novorozenecká žloutenka. PH 4310/50. Kojen 26 měsíců. V 10 měsících neurologické vyšetření z důvodu nedostatečného psychomotorického tempa. Závěr: centrální hypotonický syndrom. Chůze od 19 měsíců. Ve třech letech zjištěna oční vada- korigována brýlemi.

Ve 4,5 letech začal navštěvovat mateřskou školu. Adaptace velice špatná z důvodu velkého počtu dětí. Na základě žádosti rodičů a podkladů vyšetření klinického logopeda a SPC doporučeno umístění do speciální mateřské školy pro děti s narušenou komunikační schopností. Pro menší počet dětí se zde chlapec adaptuje mnohem lépe.

V roce 2011 po odkladu povinné školní docházky nastupuje do 1. třídy základní školy praktické. Po roce přeřazen do speciální třídy z důvodu nezvládání tempa učiva. Dle matky je však nyní zase tempo pomalé.

V současné době je chlapec v péči logopeda, neurologa, psychologa (SPC) a je sledován i na psychiatrii, kde rodiče zatím odmítli medikaci na podporu výkonu CNS a řeší ji homeopatiky.

Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost M. H. blíže poznat, jako jeho učitelka v mateřské škole, musím konstatovat, že se o něho rodina perfektně stará a má zájem řešit jeho zdravotní problémy. Po rozhovoru s matkou jsem se dozvěděla, že v roce 2013 absolvovala se synem týdenní pobyt na soukromé LOGO klinice v Brně. Důvodem bylo zjištění příčin zpožděného dosažení předpokládaného fyziologického vývojového stádia (dg. R620). Chlapec prošel celou řadou komplexního vyšetření: psychologické,

foniatrické, neurologické, rehabilitační a v neposlední řadě vyšetření řeči ve všech jejích rovinách a individuální logopedickou terapií.

Vzhledem k tématu mé bakalářské práce mě nejvíce zajímala poslední zmíněná léčba. Chlapci byla doporučena následná cvičení a terapie:

- dechová a fonační terapie za využití rozmanitých dechových hraček, přístrojů (brčka, frkačky, flétna,...)
- artikulační cvičení - procvičení hybnosti orofaciální (ORF) oblasti, nutné pro další možnost reedukace- procvičení hybnosti jazyka a tváří
- ukázka rozmanitých myofunkčních pomůcek, včetně doporučení zakoupení Ora light lžičky na posilování správného pohybu jazykem
- ukázka (ORF) masáží, stimulace ORF bodů

Z rozhovoru s matkou jsem se dále dozvěděla, že na logopedii docházejí pravidelně již čtvrtým rokem. V loňském roce byla nucena logopedku změnit, protože syn s ní odmítal pracovat. Dle matky nevhodný, příliš přísný autoritativní přístup. Se současnou logopedkou jsou naprosto spokojeni. Syn spolupracuje a jsou znatelné pokroky. Mimo jiné dodává, že o stimulaci ORF bodů a celkově o myofunkční terapii se blíže dozvěděla až při pobytu na soukromé LOGO klinice. Klinická logopedka se na ORF oblast nijak výrazně nezaměřuje. Věnuje se spíše artikulaci jednotlivých hlásek.

Vlastní stanovisko

U M.H. byla diagnostikována patologie v oblasti rtů, jazyka a obličejových svalů. Z dostupných informací a materiálů, které jsem měla možnost prostudovat, jsem došla k závěru, že pravděpodobnou příčinou v tomto případě byly komplikace při porodu (přidušení) a nefunkčnost nosního dýchání, čemuž dle mého názoru může přispívat i to, že chlapec je alergik.

Matka má snahu se synem pravidelně cvičit, musí ale přihlížet k jeho individuálním schopnostem a možnostem, které jsou podmíněny jeho mentální retardací. Syn často odmítá spolupracovat. Sama za sebe ale mohu konstatovat, že od doby, kdy jsem měla chlapce v mateřské škole, udělal po stránce komunikace obrovský pokrok. Přispěla k tomu samozřejmě vytrvalost a pevná vůle rodiny, která i přes veškeré peripetie, kterými si se synem prošli, to nevzdala a snaží se neustále hledat nové trendy

a možnosti jak synovi pomoci. Na druhé straně jistě neopomenutelnou výhodou je vzdělávání ve speciální škole, která mu zajišťuje individuální přístup.

Předpoklady a doporučení

Jak už jsem výše uvedla, rodina má zájem a snahu o jakékoliv zlepšení. Nicméně odmítavý postoj a nechuť syna pravidelně cvičit jakékoliv vyhlídky na posun dosavadního stavu odsouvá do nedohledna. Jako jednu ze šancí, která by mohla vést k obratu chlapcova přístupu k terapii, spatřuji se skončením puberty, kdy lze předpokládat určité změny v chování. Rodičům jsem doporučila možnost odborné konzultace v SPC a setrvání v dosavadní snaze a zájmu o zlepšení zdravotního stavu jejich syna.

Kazuistika II.

Pohlaví, věk

Jméno: P. L.

Rok narození: 2009

Věk: 6;2

Diagnóza

Dg. logopeda: vývojová dysfázie, vývojová dysartrie

Dg. neurologa: epilepsie

Dg. psychologa: hranice lehké až středně těžké mentální retardace

Další dg: celosezónně pylová alergie; oční vada-krátkozrakost



Rodinná anamnéza

P. L. žije v úplné rodině. Matka (1988) má středoškolské vzdělání a v současné době pracuje jako účetní. Otec (1987) je vyučen jako truhlář a nyní pracuje jako řidič. Oba jsou zdraví.

P. L. má jednu mladší sestru (2011), která navštěvuje mateřskou školu pro děti s vadami zraku.

Všichni žijí ve společné domácnosti v panelovém domě na sídlišti. Dívku často vyzvedávají babička s dědou. Mají k ní velice pěkný vztah.

Osobní anamnéza

Těhotenství bylo první v pořadí a probíhalo bez problémů. Komplikace nastaly při porodu. Porod byl protahovaný, koncem pánevním. Dítě mělo omotanou pupeční šňůru kolem krku, což způsobilo hypoxii. Ještě dva dny po porodu bylo dítě v inkubátoru. Matka krátce po porodu přišla o mléko, tudíž dítě nebylo kojeno.

Raný psychomotorický vývoj byl výrazně opožděn. Na doporučení pediatra cvičení Vojtovy metody. Od dvou let je dívka sledována neurologem pro epilepsii, která je aktuálně plně kompenzována medikací. Dále je v péči očního lékaře, klinického psychologa a logopeda.

Vzhledem k tomu, že byla matka na mateřské dovolené s mladší dcerou, nastoupila P.L. do mateřské školy ve čtyřech a půl letech. Nejprve pro děti se zrakovým postižením, kde bylo zjištěno, že daleko větším problémem je pro dívku komunikace. Po roce tedy byla na žádost rodičů a na doporučení logopeda přeřazena do mateřské školy pro děti s narušenou komunikační schopností. Zde se zadaptovala poměrně rychle a bez problémů.

Sebeobslužné návyky zvládá s obtížemi. Oblékání je velice pomalé, často potřebuje pomoc. Jí sama, ale jen lžící. Hygienické návyky vžitě nemá. Má velké problémy s udržením moči i stolice. Zpočátku se v mateřské škole prakticky dennodenně pokálela do kalhot. Někdy došlo i k tomu, že si v nestřeženém okamžiku sáhla do kalhot a stolicí si mazala na ruce i na pusu. Matka popírá, že k podobným situacím dochází i doma. Přiznává jen občasné noční pomočení.

Do činností se většinou zapojuje s nechuťí. Neudrží pozornost a odchází od započaté práce. Svou nechuť často doprovází vztekáním a neklidným poskakováním. Přednost dává volné hře. O hračky se nerada dělí. Nejraději si hraje v kuchyňce, nebo staví z kostek.

Hrubá i jemná motorika jsou celkově výrazně opožděny. Má problémy se střídáním nohou při chůzi ze schodů, se stříháním i navlékáním.

Veškeré informace o rozvoji v jednotlivých oblastech máme podrobně zpracované podle Diagnostiky předškolního věku (Bednářová, Šmardová 2007), kterou již řadu let v naší mateřské škole využíváme. Plně souhlasím s autorčiným názorem, že pokud chceme dítěti vytvořit ty nejlepší podmínky, ve kterých bude růst a rozvíjet se podle svých možností, zabezpečit mu jeho potřeby a zajistit individuální přístup, je nutné ho nejdříve poznat. A právě tato kniha nám k rozpoznání těchto skutečností velice pomáhá.

Zaměřila jsem se blíže na oblast řeči a komunikačních schopností. Řeč je nevyvinuta. Používá jen některá citoslovce (např.: čí, hů, bū, tů, bác). Slova neužívá. Porozumění řeči je v normě, ale srozumitelnost mluvního projevu je velmi špatná. K tomu dopomáhá využívání Znakového jazyka. Podle slov logopedky je nutné pravidelné cvičení a provádění myofunkční terapie. Dále využívají metodu VOKS (výměnný obrázkový systém), která se jim velice osvědčila.

Vlastní stanovisko

U dívky byla diagnostikována patologie ve všech orofaciálních oblastech. Má ochablé obličejové svalstvo, rty jsou v klidové poloze více pootevřeny, přičemž jazyk leží mezi předními zuby, což způsobuje nefunkčnost retoretného uzávěru. Krom toho je viditelný zbytnělý dolní ret a zvýšená salivace (slinění).

Z dostupných informací jsem došla k závěru, že příčinou poškození byla s největší pravděpodobností hypoxie při porodu.

Z rozhovoru s matkou jsem se dozvěděla, že s dcerou navštěvuje logopedii téměř tři roky. Snaží se s ní pravidelně dle pokynů logopedky pracovat, ale vzhledem k dalšímu postižení je to často problém. Dívka se nesoustředí, vzteká se a odmítá spolupracovat. Záleží na momentálním rozpoložení. Jindy pracuje s chutí, ale cvičení je díky soustředěnosti krátkodobé. Snaží se především o myofunkční terapii, kterou jim doporučila logopedka, protože si uvědomuje, že právě v této oblasti má dcera velké nedostatky. Dále dodává, že s přestupem dívky do našeho zařízení je naprosto spokojená a vidí určitý pokrok a zlepšení. Jako důvod vidí individuální přístup a denní logopedické cvičení.

Předpoklady a doporučení

Vzhledem k tomu, že dívka je v našem zařízení prvním rokem, nelze posoudit nějaké zlepšení. Z informací, které jsem získala z rozhovoru s logopedkou, je patrné, že v tak krátkém časovém období nelze nějaké změny pozorovat. Díky DMO trvá náprava déle. Myslím si, že pokud se bude s dívkou pravidelně a systematicky cvičit je velká šance na zlepšení stávajícího stavu. Je ale nutné nadále v terapii pokračovat, stimulovat ORF body, zaměřit se na posílení svalů v orofaciální oblasti a na navození správné klidové polohy mluvidel. Hlavní cíl teď spatřuji v podpoře a rozvoji obsahové stránky řeči za pomoci alternativní komunikace.

ZÁVĚR

Komunikace je aktivita, která provází člověka během celého života. Výrazně ovlivňuje rozvoj osobnosti jedince a je důležitá v mezilidských vztazích. Pakliže dojde k narušení komunikační schopnosti, je nutné vyhledat odborníka a snažit se poruchu eliminovat. Touto problematikou se zabývá logopedie, jeden z oborů speciální pedagogiky. Díky stále přibývajícimu počtu jedinců s narušenou komunikační schopností jsem se rozhodla ve své bakalářské práci věnovat tomuto oboru a podrobněji se zaměřit na orofaciální oblast.

V teoretické části jsem přiblížila obor logopedie a logopedickou intervenci v České republice. Nastínila kompetence tří resortů, které se na systému logopedické péče podílejí. Dále jsem blíže specifikovala orofaciální oblast a popsala správnou funkci jednotlivých částí. Další kapitoly jsou věnovány etiologii myofunkčních poruch a jejich diagnostice. Závěr teoretické části je věnován terapii, která je nedílnou součástí logopedie. Zmínila jsem se o jednotlivých metodách, formách a průběhu léčby a neopomněla jsem se dotknout ani logopedických pomůcek.

Praktickou část jsem věnovala samotnému výzkumu dané problematiky. Mým hlavním cílem bylo zjistit četnost výskytu orofaciálních patologií u žáků speciální školy pro sluchově postižené a určit, v které oblasti se patologie vyskytuje nejčastěji. Dále pak tento výskyt porovnat v závislosti na věku a pohlaví. Svůj výzkum jsem provedla pomocí metody pozorování. Veškeré výsledky jsem průběžně zaznamenávala do pozorovacího archu, který jsem zpracovala formou tabulek. Pozorování jsem provedla celkem dvakrát. Nejprve sama a později, protože nejsem odborník, který může tyto poruchy diagnostikovat, za odborné asistence klinického logopeda. Patologie v některé z oblastí byla zjištěna téměř u poloviny z celkového počtu 71 zkoumaných žáků. Nejčastější bylo zastoupení v oblasti jazyka. Díky tak vysokému počtu jsem na základě dostupných informací zpracovala kazuistiky dvou dětí, abych zjistila pravděpodobnou příčinu vzniku myofunkčních poruch a průběh logopedické terapie.

Jedním z dílčích cílů byla spolupráce se speciálně pedagogickým centrem a rodiči v kontextu využití poradenství týkající se této problematiky včetně možnosti nápravy. Rodičům dětí, u kterých byla patologie v některé z orofaciálních částí diagnostikována, jsem dala doporučení k návštěvě SPC. Později jsem byla pracovníky centra informována, že většina rodičů mého návrhu využila a měla zájem o bližší informace především v oblasti terapie. Výše zmíněné poruchy byly zjištěny ale i u dětí s ústavní výchovou. V tomto případě jsem požádala vychovatelky, které mají tyto děti celoročně v péči, zda by v rámci možností s danými dětmi cvičení prováděly. Na tomto základě jsem požádala logopedku a ta prostřednictvím metodického sdružení nastínila vychovatelkám, na co se u jednotlivých dětí zaměřit a jak s nimi terapii provádět.

Z výsledků pozorování jsem mimo jiné zjistila, že patologie v orofaciální oblasti se nejčastěji vyskytuje ve spojení s mentální retardací. U dětí s tímto postižením bývá terapie složitější a náročnější. Další zvýšená četnost byla zaznamenána u dětí s narušenou komunikační schopností.

Musím konstatovat, že samotné pozorování bylo pro mne velice zajímavé a přínosné. Byla jsem vděčná za cenné rady a připomínky klinické logopedky, za jejíž asistence jsem pozorování prováděla. Upozornila mě na řadu praktických připomínek, na které je nutné se při diagnostice zaměřit. Díky dostupné literatuře jsem měla možnost se s problematikou teoreticky seznámit, ale samotná praktická zkušenost je nenahraditelná. Myslím si, že díky tomuto výzkumu jsem nyní schopna příznaky orofaciálních poruch odhalit a tím tak přispět k včasnému řešení problému, že doporučím rodičům návštěvu logopeda ve speciálně pedagogickém centru.

Na závěr této práce bych ráda dodala, že z mého pohledu došlo k naplnění mých stanovených cílů. Jsem ráda, že jsem měla možnost se blíže seznámit s touto problematikou, protože z dostupných materiálů a rozhovorů s odborníky jsem zjistila, že poruchy v této oblasti jsou v současnosti poměrně časté. Lze tedy soudit, že já jako učitelka mateřské školy-logopedické třídy, se jistě v budoucnu s tímto problémem budu setkávat a budu mít tak možnost nasbírané zkušenosti využít.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007. 212 s. ISBN 978-80-251-1829-0.

BEZDĚKOVÁ, Jana. *Učíme naše dítě mluvit: řečová výchova dítěte od narození do sedmi let*. 1. vyd. Velké Bílovice: TeMi CZ, 2008. 194 s. ISBN 978-80-87156-02-5.

CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 183 s. ISBN 80-7367-105-0.

Defektologický slovník. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000, 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 223 s. ISBN 80-902536-2-8.

FÁBIANOVÁ, A. *Orofaciálna a bazálna stimulácia*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2014. 159s. ISBN 978-80-7311-145-8.

GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.

JŮVA, Vladimír. *Úvod do pedagogiky*. Brno: Paido, 1994. 130 s. ISBN 80-901737-6-4.

KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. 1. vyd. čes. Praha: Grada, 1999. 111 s. ISBN 80-7169-619-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie*. 2. přeprac. vyd. Brno: Paido, 2000. 94 s. ISBN 80-85931-88-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

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

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 386 s. ISBN 80-7178-961-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, Jan. *Pedagogický výzkum uvedení do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 132 s. ISBN 80-7184-132-3.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. uprav. vyd. Praha: SPN, 1980. 231 s. Knižnice speciální pedagogiky.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.

MLČOCHOVÁ, Markéta. *Šimonovy pracovní listy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 32 s. ISBN 978-80-7367-266-9.

TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehl'tania*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. 312 s. ISBN 978-80-7311-105-2.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Asociace klinických logopedů [online]. 2015 [cit. 2015-2-14]. Dostupné z: <<http://www.klinikalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost-co-je-to--dysfagie>>.

Soukromá logopedická klinika [online]. 2008 [2014-6-24]. Dostupné z: <<http://www.moje-klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani>>.

Zdravotnická technika a zařízení [online]. 2008 [2014-3-28]. Dostupné z: <<http://www.rodpraha.cz/stomatologie/trainery-infant-a-t4k>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Ukázky orofaciální patologie

Příloha č. 2 Ukázky orofaciální patologie

Příloha č. 3 Šimonovy pracovní listy

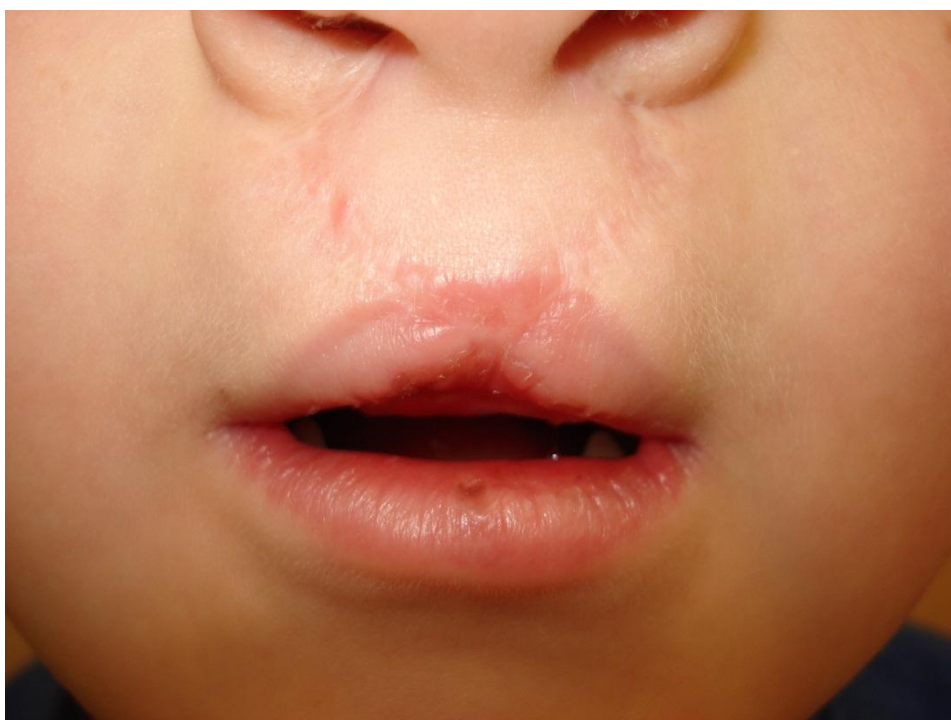
Příloha č. 4 Ukázka cvičení pro rty

Příloha č. 5 Ukázka cvičení pro jazyk

Příloha č. 6 Cvičení pro jednotlivé části orofaciální oblasti

Příloha č. 7 Myofunkční aparát Trainer T4K

Příloha č. 8 Pomůcky pro poruchy polykání



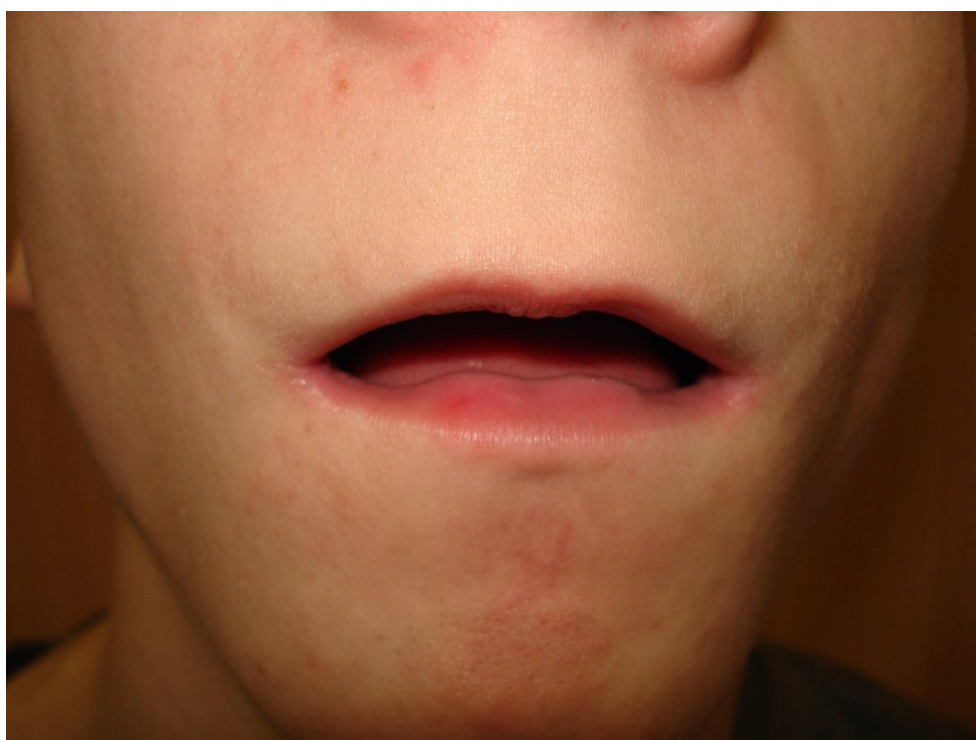
Orofaciální patologie: zuby, čelist, rty, žvýkáci svalstvo



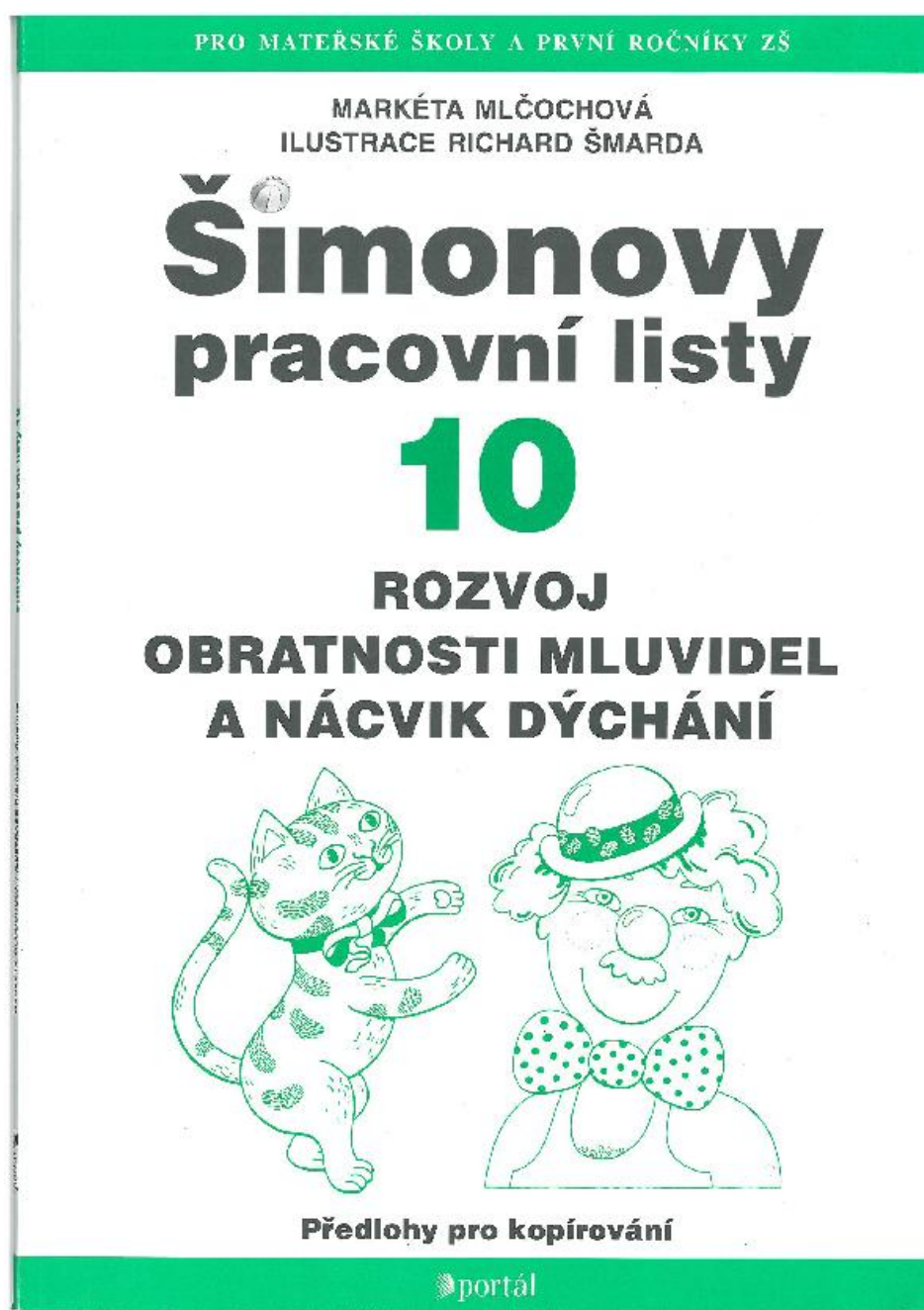
Orofaciální patologie: zuby, čelist, rty, jazyk, žvýkáci svalstvo, salivace



Orofaciální patologie: čelist, rty (hypertrofické), jazyk, zuby, žvýkácí svalstvo, salivace

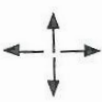


Orofaciální patologie: úzká čelist, rty (atrofované), jazyk zuby, žvýkácí svalstvo

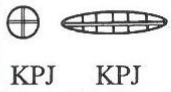
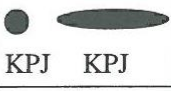
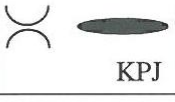


Materiály pro rozvoj obratnosti mluvidel.

Přehled cvičení pro jazyk

1.		Široce otevřít ústa a špičkou jazyka se lehce dotknout kousací plochy každého zubu (počítat zuby).
2.		Zavřít ústa a jazykem tlačit v předsíni dutiny ústní směrem dolů a pak směrem nahoru (opička). Podobně tlačit jazykem do stran (bonbón). Cvičíme v libovolném pořadí.
3.		Viz cvičení 2. Jazyk s lehkým tlakem krouží při zavřených ústech před zuby. Pozor, nepohybovat jazykem do trojúhelníku!
4.		Široce otevřít ústa a pomalu jazykem kroužit po vnější straně zubů až k poslednímu zubu. Rty jsou během cvičení odtáhnuté od horní čelisti. (Pomalý vláček, šnek.)
5.		Široce otevřít ústa a špičkou jazyka ukazovat směry: nahoru směrem k nosu (dolní čelist nesmí pomáhat), vodorovně směrem k uším a dolů směrem k bradě špičkou jazyka na kůži.
6.		Viz cvičení 5: Jazyk střídá polohu nahoru a dolů.
7.		Špičkou jazyka se jednotlivě dotýkat střídavě horních a dolních zubů po obou zubních obloucích (počítání zubů, cik-cak).
8.		Vysunout jazyk v pravém úhlu proti špátli a tlačit proti ní, pracovat s izometrickým tlakem.
9.		Položit špátli přes střední část jazyka (jazyk je rovně vysunut z dutiny ústní) a tlačit jazykem proti špátli.
10.		1. Široce otevřít ústa. 2. Jazyk rovně vysunout. 3. Špátli přiložit v pravém úhlu k jedné straně jazyka. Špička jazyka směřuje stále rovně dopředu.
11.		Špachtli položit na dolní řezáky. Vysokým obloukem položit jazyk hodně dopředu na špátli. Nejdříve zkusíme jazyk udržet v klidu na špátli, později pracujeme s tlakem.

Přehled cvičení pro rty

1.		Zubní oblouky jsou sevřené, rozevřené rty formovat do kruhu a pak roztahovat do široka rozevřené rty, klidová poloha jazyka.
2.		Stejně jako předchozí cvičení, ale se zavřenými rty, klidová poloha jazyka.
3.		Formovat rty do kruhu (zuby jsou sevřeny) a střídavě otevírat a zavírat (kapřík), klidová poloha jazyka. Cvičení horního rtu!
4.		Přetáhnout rty přes zuby a takto mluvit (bezzubý dědeček).
5.		Přetáhnout rty přes zuby a formovat a je do otevřeného kruhu, přičemž ústa jsou nejprve otevřena a potom zavřena. Polohy střídát! Klidová poloha jazyka jen tehdy, jsou-li obě čelisti sevřeny.
6.		Viz 5: Rty jsou po vystřídání pozice při našpulení sevřeny, klidová poloha jazyka.
7.		Viz 5: Rty jsou po vystřídání pozice široce rozevřeny, klidová poloha jazyka.
8.		Viz 5: Rty jsou po vystřídání ze široka sevřeny, klidová poloha jazyka.
9.	řetěz (5.–8.)	Cvičení 5 až 8 provést následně po sobě (řetězové cvičení).
10.		Přetáhnout horní ret přes horní zuby a pak oběma ukazováčky nad červení rtů kolmo masírovat směrem k nosu. Horní ret působí protisílu.
11.		Skousnout zuby a stahovat ústní koutky směrem dolů, klidová poloha jazyka.
12.		Skousnout zuby a vytahovat ústní koutky jednotlivě směrem k očím, klidová poloha jazyka.
13.		Horním rtem „drhnout“ horní zuby nahoru a dolů, klidová poloha jazyka.



CVIČENÍ JAZYKA

- 1) Vyplázní jazyk a počítej do osmi.
- 2) Rychle vysouvej a zasouvej jazyk (jazyk nesmí unikat do stran).
- 3) Uvolni jazyk a pohybuj jím z pravého do levého koutku.
- 4) Dotkni se špičkou jazyka horního rtu uprostřed.
- 5) Dotkni se jazykem dolního rtu uprostřed.
- 6) Zavři pusu a jazykem udělej bouli ve tváři (nejdříve levé, pak pravé).
- 7) Olízni si spodní ret a pak horní (zprava doleva).
- 8) Olízni si oba rty dokola (zprava doleva).
- 9) Dej jazyk mezi horní ret a horní zuby, pohybuj s ním doprava a doleva.
- 10) Předved' cválajícího koníčka - zamlaskej jazykem o horní patro.
- 11) Rozplácni jazyk mezi rty, stáhni je a vytvoř z jazyka rourku.
- 12) Opři jazyk o horní a dolní řezáky z vnitřní strany
- 13) Vyceň zuby, otevři ústa, jazyk táhni po patře dozadu a dopředu (jazyk nesmí spadnout).
- 14) Vyceň zuby, otevři ústa, jazyk provede po patře kruhovitý pohyb na obě strany (nesmí spadnout).
- 15) Olízni kruhovitě přední stěnu horních a dolních zubů, pak vnitřní stěnu.
- 16) Otevři ústa, klepej jazykem o horní patro – DA, TA, NA (pozor na pohyb dolních čelistí).
- 17) Zaklesni jazyk za dolní zuby a zvedej hřbet jazyka, vyslovuj Ď, Ť, Ň.
- 18) Tiskni a odtahuj celý jazyk k tvrdému patru a od patra – snažíme se otisknout celý jazyk.
- 19) Vytvoř v ústech z jazyka misticu, poté misticu zvedni a klepej s ní o patro (ne špičkou, ne plochou).
- 20) Otevři ústa, zvedni jazyk a plácni s ním dolů, nevyplazuj jej (popřípadě fonuj LA – pozor na pohyb spodní čelisti).

CVIČENÍ RTŮ

- 1) Otevři ústa a rozcvič lícní svaly.
- 2) Usměj se, ale neukazuj zuby.
- 3) Usměj se a při tom ukaž zuby.
- 4) Našpul ústa.
- 5) Našpul ústa a vysuň více rty.
- 6) Našpul ústa a pošli políbek.
- 7) Zakousni se do spodního rtu horními zuby (spodní ret nesmí být vidět).
- 8) Zakousni se do horního rtu spodními zuby (horní ret nesmí být vidět).
- 9) Stáhni rty a vysaj ze sebe vzduch, předved' rybu.
- 10) Vyceň zuby a přitom se zamrač.
- 11) Stáhni rty a lehce foukej (možno použít píšťalku s kulatým náústkem).
- 12) Stáhni rty (oba koutky současně dovnitř) a hned potom vyceň zuby
- 13) Stáhni rty a předved' rybu

CVIČENÍ DOLNÍ ČELISTI

- 1) Otvírej a zavírej ústa.
- 2) Spouštěj a přitahuj dolní čelist při otevřených ústech směrem nahoru.
- 3) Krouživé pohyby dolní čelisti.
- 4) Pohybuj čelistí doprava a doleva.
- 5) Vysuň čelist vpřed – předkus a zasuň vzad.

CVIČENÍ ZUBŮ

- 1) Zaczvakej zuby (alespoň 4 krát za sebou).
- 2) Zkus napodobit kousání.
- 3) Zamlaskej

CVIČENÍ TVÁŘÍ

- 1) Nafoukni obě tváře a udělej „PU“.
- 2) Nafoukni pouze pravou tvář a udělej „PU“.
- 3) Nafoukni pouze levou tvář a udělej „PU“.
- 4) Nafoukni horní ret a udělej „PU“.
- 5) Nafoukni spodní ret a udělej „PU“.

FOUKÁNÍ

Nadechni se nosem a ústy foukej (hlavu měj rovně a dívej se před sebe!!!)

- 1) rovně
- 2) nahoru
- 3) dolů
- 4) doprava
- 5) doleva

- 6) Nadechni se nosem a vzduch vyfoukni ústy, vyslovuj při tom prodloužené hlásky ŠŠŠŠ.

ZAPÍŠKEJ, ZAKAŠLEJ

Cviky k rozvoji motoriky mluvidel.

Trainer T4K

T4K



Jedná se o myofunkční aparát, který se používá u dětí 6-12 let na řešení myofunkčních poruch – dýchání ústy, nesprávné postavení jazyka, nesprávný polykací reflex. Používá se u dětí se smíšeným chrupem, proto zároveň slouží k přípravě na ortodontickou léčbu dítěte, k léčbě malookluzí (nesprávného skusu). Aparátek je vyroben ze silikonu, neobsahuje PVC a latex.

Funkce traineru

1. aktivní a jemná stimulace obličejových a žvýkacích svalů
2. aktivně u dítěte cvičí správné postavení jazyka, správné polykání a dýchání nosem
3. podporuje správný vývoj a postavení zubů

Použití, instrukce pro rodiče

Trainer používat vždy pod dohledem rodičů.
Optimální doba použití 1 hod denně a celou noc.
Doba léčby 4-6 měsíců.

V počáteční fázi mohou být přední zuby mírně citlivější. Je to normální jev. Pokud však citlivost zubů bude přílišná, zkrátte dobu jeho používání. Po odeznění pak opět zvýšte používání až na normální úroveň.

Postup zavedení

1. držte trainer jazykovým štítem nahoru
2. vložte trainer do úst
3. jazyk opřít o jazykový štít
4. jemně skousnout do traineru
5. držte rty u sebe a nadechněte nosem
6. trainer nežvýkat

Údržba

Po použití trainer omyjte nejlépe pod tekoucí teplou vodou a uložte zpět do přiložené krabičky.



Před léčbou



Po léčbě



ROD a.s., Na Sádce 780, 149 00 Praha 4 – Chodov
tel.: 224 314 806, fax: 224 311 812, zelená linka: 800 148 721
e-mail: info@rodpraha.cz, www.rodpraha.cz



a BETTER way

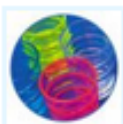
Pomůcky pro poruchy polykání

Přehled pomůcek pro poruchy polykání. Pro objednání klikněte na konkrétní pomůcku. Na příslušné stránce najdete objednávkový formulář.



Žvýkací pomůcky

Pokroková orálně-motorická pomůcka, která díky svému povrchu umožňuje rozvoj kousacích a žvýkacích dovedností. Trubičky poskytují bezpečnou motorickou plochu pro kousání a žvýkání.



Suregrip

Pohárek navržený pro jisté sevření a uchop, vybaven ventilem ve víčku zabráňujícím úniku tekutiny při nahnutí či převrácení pohárku. Snadné držení malýma nebo slabýma rukama.



Dysphagia Cup - hrnek

Byl navrhován tak, aby uspokojil potřeby lidí, kteří mají problémy s úspěšným polykáním. Nový a vylepšený design má dostatečný prostor pro nos, aby bylo umožněno pít bez naklápění hlavy.



Provale Cup

Hrnek – přesné dávkování tekutiny při jednom náklonu. Tento hrnek umožňuje pít daného množství tekutiny kdykoli je nahnutý. Tento důležitý rys zajišťuje kontrolované pití pro ty, kteří mají problémy s polykáním.



Kapi-cup - hrnek

Tyto lehké, částečně pružné hrnčky jsou důmyslně tvarované tak, aby podpořily bezpečné pití a polykání, zatímco uživatel nemusí zaklánět hlavu, když pije.



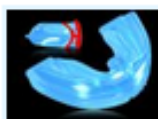
Spoons - lžičky

Tyto lžičky jsou vhodné pro děti a dospělé se stravovacími problémy. Jako jsou oslabená uzavěra rtů, oslabená funkce jazyka, hrdla či nadměrná citlivost v oblasti úst.



Ora-Light lžičky

Jack Light, chirurg stomatolog, který již 30 let léčí pacienty s deficitem v oblasti orální motoriky, které se projevují poruchami v oblasti řeči a polykání, vytvořil systém motorických cvičení Ora-Light.



Trainer

Trainer - myofunkční aparát. Trainery nabízíme v několika variantách.