

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Logopedická intervence u dospělých osob s mozkovou obrnou
Speech therapy and intervention of adults with cerebral palsy

Anna Bláhová

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Korandová

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Logopedická intervence u dospělých osob s mozkovou obrnou potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Korandové za pomoc a cenné rady, kterými přispěla k vypracování této práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá průběhem logopedické intervence u jedinců s mozkovou obrnou a sociálními aspekty narušené komunikační schopnosti u této skupiny osob. Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se skládá ze dvou hlavních kapitol. Kapitola první se podrobněji zaměřuje na diagnózu mozkové obrny, mimo jiné na její etiologii, klasifikaci či nejčastější přidružené poruchy. Kapitola druhá se zabývá narušenou komunikační schopností jako jednou z typických přidružených poruch k mozkové obrně, zejména nejčastějšími vadami řeči. Část empirická, které je věnována kapitola třetí, pracuje s případovými studii čtyř respondentů s diagnózou mozkové obrny, kteří v současnosti žijí samostatný dospělý život, a v minulosti u nich z důvodu narušené komunikační schopnosti probíhala logopedická intervence. Výzkumné šetření bylo charakteru kvalitativního, konkrétně byly použity metody pozorování, strukturovaný rozhovor a případové studie. Hlavním cílem práce byla analýza průběhu logopedické intervence u skupiny těchto osob. Další, dílčí cíle výzkumného šetření se orientovaly na analýzu vlivu narušené komunikační schopnosti na sociální začlenění. Ze závěrů práce a výzkumného šetření lze shrnout, že nejčastější řečovou vadou, přidruženou k mozkové obrně, je dysartrie a dále dyslalie. Logopedická intervence u těchto osob probíhá převážně v předškolním a mladším školním věku. Narušená komunikační schopnost se sice na základě šetření ukázala být překážkou v některých sociálních vztazích, ne však nepřekonatelnou. Všichni z respondentů v oblasti interpersonální komunikace apelují na potřebu dostatečné trpělivosti, času a vlastní schopnosti se při komunikaci uvolnit.

KLÍČOVÁ SLOVA

mozková obrna, narušená komunikační schopnost, logopedická intervence, sociální začlenění

ABSTRACT

This Bachelor thesis is focused on the speech therapy among individuals with cerebral palsy and the social aspects of communicative disorders within this group of people. The thesis consists of a theoretical part, divided into two chapters and an empirical part. The first chapter focuses on the diagnosis of cerebral palsy, including its causes, classification and the most common associated disorders. The second chapter focuses on the communicative disability as one of a frequently associated disorders with cerebral palsy. The empirical part of this thesis, which is the focus of the third chapter, consists of the case studies of four respondents with cerebral palsy. Each of these respondents live an independent adult life and in the past they participated in the speech therapy because of their communicative disability. The research had a qualitative character, specifically, methods of observation, structured interview and case studies were used. The main goal of this thesis was an analysis of the way speech therapy is executed among people with cerebral palsy. Partial goals of the thesis were focused on the analysis of social aspects of the communicative disability. Looking at the conclusions of the thesis and the research, we can see that the most common speech disorder associated with cerebral palsy is dysarthria, and then also dyslalia. Speech therapy among these people takes place mainly during preschool and early school age. Based on the research, communicative disability seems to be an obstacle in some of the social relations, but it is possible to overcome it. Each of the respondents emphasize the importance of patience, time and ability to relax during communication.

KEYWORDS

Cerebral palsy, communicative disability, speech therapy, social inclusion

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 8 |
| 1 Mozková obrna | 10 |
| 1.1 Vymezení mozkové obrny | 10 |
| 1.2 Epidemiologie a prevalence mozkové obrny | 11 |
| 1.3 Etiologie mozkové obrny | 12 |
| 1.3.1 Prenatální příčiny | 12 |
| 1.4 Klasifikace a formy mozkové obrny | 14 |
| 1.4.1 Spastické formy mozkové obrny | 14 |
| 1.4.2 Nespastické formy mozkové obrny | 17 |
| 1.5 Přidružené poruchy mozkové obrny | 18 |
| 1.5.1 Poruchy hybnosti | 18 |
| 1.5.2 Poruchy tělesného vývoje | 19 |
| 1.5.3 Mentální postižení | 19 |
| 1.5.4 Epilepsie | 20 |
| 1.5.5 Poruchy zrakových a sluchových funkcí | 21 |
| 1.5.6 Poruchy řeči | 21 |
| 1.6 Sociální začlenění a mozková obrna | 22 |
| 2 Narušená komunikační schopnost u osob s mozkovou obrnou | 24 |
| 2.1 Vymezení narušené komunikační schopnosti | 24 |
| 2.2 Diagnostika a etiologie | 25 |
| 2.3 Symptomatické poruchy řeči u osob s mozkovou obrnou | 25 |
| 2.4 Vývoj řeči u dětí s mozkovou obrnou | 26 |
| 2.4.1 Lexikálně-sémantická jazyková rovina | 27 |
| 2.4.2 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina | 27 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.4.3 | Foneticko-fonologická jazyková rovina | 28 |
| 2.4.4 | Pragmatická jazyková rovina..... | 28 |
| 2.5 | Poruchy řeči u osob s mozkovou obrnou..... | 28 |
| 2.5.1 | Poruchy respirace | 29 |
| 2.5.2 | Dyslalie..... | 29 |
| 2.5.3 | Dysartrie | 32 |
| 2.5.4 | Dysprozódie..... | 36 |
| 2.5.5 | Dysfonie | 36 |
| 2.6 | Logopedická péče u osob s mozkovou obrnou, její specifika a zásady..... | 36 |
| 2.6.1 | Zásady rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s mozkovou obrnou | 37 |
| 3 | Analýza logopedické intervence u dospělých osob s mozkovou obrnou | 40 |
| 3.1 | Metodika výzkumného šetření..... | 40 |
| 3.1.1 | Hlavní cíl | 40 |
| 3.1.2 | Dílčí cíle | 41 |
| 3.1.3 | Výzkumné otázky | 41 |
| 3.1.4 | Metodika..... | 42 |
| 3.1.5 | Harmonogram výzkumného šetření..... | 44 |
| 3.1.6 | Charakteristika výzkumného vzorku | 44 |
| 3.2 | Případové studie..... | 44 |
| 3.2.1 | Případová studie č. 1 | 44 |
| 3.2.2 | Případová studie č. 2..... | 47 |
| 3.2.3 | Případová studie č. 3..... | 50 |
| 3.2.4 | Případová studie č. 4..... | 51 |
| 3.3 | Závěry výzkumného šetření..... | 54 |
| 3.3.1 | Shrnutí | 54 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.3.2 | Naplnění cílů výzkumného šetření | 55 |
| 3.3.3 | Odpovědi na výzkumné otázky | 58 |
| 3.3.4 | Doporučení pro praxi..... | 59 |
| | Závěr..... | 61 |
| | Seznam použitých informačních zdrojů | 63 |
| | Seznam příloh..... | 66 |

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá narušenou komunikační schopností a logopedickou intervencí u osob s mozkovou obrnou. Konkrétně je zaměřena na dospělé jedince s touto diagnózou, u kterých byla diagnostikována přidružená narušená komunikační schopnost, a u kterých v minulosti probíhala logopedická intervence. Právě narušená komunikační schopnost v podobě některých řečových vad je velmi častým a typickým symptomem syndromu mozkové obrny. Jak vyplývá z empirické části této práce i odborné literatury, jedná se v největším množství případů o řečové vady dysartrii a dyslalii. Artikulace je u jedinců s touto diagnózou zasažena zejména poruchami motoriky a zvýšeným svalovým napětím. Mimo jiné jsou u této skupiny osob typické problémy s napětím dýchacích svalů a v důsledku toho s výdechovým proudem při verbálním projevu.

Významně se této problematice v České republice věnoval logoped a somatoped profesor František Kábele, který svou prací navazoval v mnoha ohledech na lékaře a neurologa Ivana Lesného. Kábele vydal mimo jiných publikací i knihu věnovanou přímo rozvoji hybnosti dětí s mozkovou obrnou, která se z části věnuje také tématu poruch řeči a logopedické intervenci u těchto dětí. Tomuto tématu se věnovali i další autoři, například profesor Viktor Lechta, většinou v rámci problematiky symptomatických poruch řeči.

Téma této práce si autorka vybrala především z důvodu osobní zkušenosti s lidmi s mozkovou obrnou. U většiny z nich se totiž i přes to, že v minulosti pracovali s logopedy, objevuje značně zhoršená schopnost artikulace. Často tyto osoby neumí dostatečně pracovat se spasmy a dechem během řeči. Autorka proto chtěla svou práci zaměřit na to, jak logopedická intervence u této skupiny osob konkrétně probíhala a nakolik byla účinná. První část práce je čistě teoretická. Obsah první kapitoly se zabývá samotnou mozkovou obrnou, tedy jejím vymezením, etiologií, klasifikací a nejčastějšími přidruženými vadami. Kapitola druhá se věnuje narušené komunikační schopnosti, především samozřejmě ve spojitosti s mozkovou obrnou. Podrobněji je v této kapitole vymezen vývoj řeči u dětí s mozkovou obrnou, nejčastější vady řeči u těchto osob a v neposlední řadě specifika a zásady logopedické intervence v této oblasti.

Druhá část práce je empirická. Hlavním cílem výzkumného šetření byla analýza průběhu logopedické intervence u osob s mozkovou obrnou. Toto šetření bylo typu kvalitativního,

využito bylo metod pozorování, strukturovaného rozhovoru a následně byla empirická část práce zpracována do případových studií jednotlivých osob s mozkovou obrnou, které se věnují právě konkrétnímu průběhu logopedické intervence a jejímu zpětnému hodnocení. Část případových studií je také věnována rodinné podpoře v dětství a fungování v třídním kolektivu, především v prostředí základního vzdělávání. Další oblastí, na kterou je výzkumné šetření práce orientováno, je vliv narušené komunikační schopnosti u osob s mozkovou obrnou na sociální začlenění a na samostatný život v dospělosti.

1 Mozková obrna

Mozková obrna je syndrom, který se v současné společnosti vyskytuje s vysokou četností. Jedinci s tímto postižením tvoří významnou část v rámci osob s tělesným postižením. Slowík (2016, str. 102) mozkovou obrnu označuje jako „jednu z nejčastějších příčin vrozeného tělesného postižení.“

Jako první popsal a spojil symptomy mozkové obrny anglický lékař J. Little, a to asi v polovině 19. století. Ten za příčinu vzniku považoval zásadně komplikovaný porod. Později se však této diagnóze začal věnovat rakouský neurolog a psycholog Sigmund Freud. Ten s Littlem v názoru na příčinu mozkové obrny nesouhlasil. Podle Freuda komplikovaný porod spíše indikoval možný výskyt postižení, které ovšem vzniká již v průběhu prenatálního vývoje. Tento předpoklad se pozdějšími výzkumy potvrdil. (Freud, 1916 cit. dle Kudláček, 2012).

Důležitost problematiky tohoto postižení plyne především z velké škály projevů a forem mozkové obrny, a také ze specifčnosti péče o jedince jí postižené. Kábele (1986) závažnost problematiky výchovné péče o tyto děti spojuje jednak s mírou tělesného postižení, s narušenou komunikační schopností nebo přidruženým mentálním postižením, ale také s vysokým počtem jedinců s diagnózou mozkové obrny.

Do nedávna se používalo označení *dětská mozková obrna*, ovšem to se s poslední, jedenáctou aktualizací Mezinárodní klasifikace nemocí změnilo. Nyní se toto postižení označuje pojmem *mozková obrna*. Z tohoto důvodu bude v následujícím textu uváděn vždy pojem *mozková obrna*, a to i přesto, že ve většině zdrojů, ze kterých práce vychází, je ještě uváděno názvosloví *dětská mozková obrna*.

1.1 Vymezení mozkové obrny

Mozková obrna je neurologické onemocnění, vzniklé poškozením mozkové tkáně v období, kdy ještě není vyvinutá, zralá. Kábele (1986) cituje Lesného, podle kterého se jedná o poškození mozku vzniklé v raném období, a to prenatálně, perinatálně, nebo časně postnatálně, přičemž se toto postižení projevuje především poruchami hybnosti a poruchami jejího vývoje. Kábele (1986) pak Lesného zmiňuje znovu v souvislosti s věkovou hranicí vzniku mozkové obrny, kterou je podle něj období jednoho roku. Do této doby se všechna

postižení vzniklá poškozením mozkové tkáně mohou označit pojmem mozková obrna. Podle Kábeleho (1986) se poškození mozku do věku jednoho roku projevuje významně odlišnými poruchami než u poškození v pozdějším období, kdy už je mozková tkáň vyvinuta. Typické jsou v tomto případě například poruchy vývoje hybnosti.

Dalším, ve většině případů velmi nápadným důsledkem narušení motorického vývoje při mozkové obrně je narušená řeč, „*příčemž cerebrální porucha hybnosti a opožděný vývoj hlasové motoriky patří k témuž patogenetickému komplexu.*“ (Lechta, 2002, str. 99).

Kraus (in Kraus a kol., 2005) uvádí, že téměř polovina osob s diagnózou mozkové obrny má problémy v oblasti kognitivních funkcí nebo přidružené mentální postižení. Dále uvádí i časté případy přidružených poruch zraku či sluchu.

Podle Krause (in Kraus a kol., 2005) je mozková obrna onemocnění neprogresivní. To ovšem neznamená, že by se stav diagnózy nemohl měnit. Jedná se především o změny pohybových funkcí či svalového tonu v raných fázích věku. Poškození dané části mozku a jeho následky se totiž mohou projevit až ve chvíli, kdy dítě dospěje do takového věku, kdy se tato část mozku stane funkční. Rozdílně se pak projevují jednotlivé formy mozkové obrny a musí se proto někdy čekat déle na diagnózu této konkrétní formy.

Kábele (1986) zdůrazňuje důležitost správně zvolené rehabilitační péče pro děti s mozkovou obrnou. Díky té se tyto děti mohou naučit co nejefektivněji působit proti projevům spasticity a jiným fyziologickým projevům spojeným s jejich diagnózou. Se zvyšujícím se věkem však často vidíme spíše opačnou tendenci. Podle Krause (in Kraus a kol., 2005) si totiž můžeme všimnout poněkud se zhoršujícího celkového stavu a prognózy, a to nejspíše z toho důvodu, že v pozdějším věku je tendence k menšímu množství rehabilitací a snižující se intenzitě celkové péče o osoby s mozkovou obrnou, a to zejména v období po opuštění školy.

1.2 Epidemiologie a prevalence mozkové obrny

Podle Krause (in Kraus a kol., 2005) se prevalence mozkové obrny pohybuje zhruba mezi 1,5–3 případy na 1 000 živě narozených dětí. V posledních desetiletích se incidence narození dětí s mozkovou obrnou zvyšuje. Je tomu tak díky zvýšené kvalitě péče při rizikových těhotenstvích. Dále je důvodem medicínský pokrok a v návaznosti na něj mnohem větší pravděpodobnost přežití nedonošených či přenošených novorozenců a dětí s nízkou porodní

hmotností. Incidence má tuto tendenci se zvyšovat zhruba od 50. let minulého století, během kterých nastal výraznější pokrok lékařské péči. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014).

I přes mnohé výzkumy v oblasti problematiky mozkové obrny a jejích příčin dosud neexistuje lék na tento syndrom, ani jednoznačný způsob, jak jí předejít. Jak ovšem zmiňuje Kraus (in Kraus a kol., 2005), stále se zlepšuje symptomatická léčba a zároveň můžeme snižovat riziko vzniku eliminací známých negativních faktorů, o kterých víme, že se na vzniku mozkové obrny spolupodílejí.

1.3 Etiologie mozkové obrny

Příčiny mozkové obrny jsou různorodé. Etiologické faktory mohou působit v období před, během i brzy po porodu. Platí, že toto postižení vzniká v naprosté většině případů v důsledku několika negativních faktorů, které na sebe spolupůsobí. Matějček (2001) v kontextu poškození centrálního nervového systému dětí uvádí, že vývojové poškození může být následek některých vlivů genetického kódu, ale může být také důsledkem působení nepříznivých vlivů na vyvíjející se plod.

1.3.1 Prenatální příčiny

Mezi příčinami mozkové obrny z období předporodního jsou podle Kábeleho (1986) nejvýznamnější především infekční onemocnění matky nebo různé formy otravy jejího organismu. Látky, které mohou takovéto poškození způsobit, jsou například nikotin a alkohol. Dále to pak může být nedostatek některých důležitých látek v matčině stravě. Mezi negativní vlivy na organismus nastávající matky pak Kábele (1986) řadí větší množství radiového nebo rentgenového záření.

Nezanedbatelnou část příčin mozkové obrny v prenatálním období pak tvoří nedonošenost plodu či naopak pozdní porod, přičemž právě nedonošenost je jako etiologický faktor nejvíce spjata s touto diagnózou. Je ale potřeba zdůraznit, jak podotýká Kraus (in Kraus a kol., 2005), že většina předčasně narozených a zachráněných dětí mozkovou obrnou netrpí. Takto narozených dětí bez diagnózy mozkové obrny je až 90 %. Dále pak podle Krause (in Kraus a kol., 2005) mají zvýšené riziko vzniku mozkové obrny novorozenci s nízkou porodní hmotností a porodem po 32. týdnu těhotenství.

Co se týče účinků různých chemických látek a škodlivin na organismus matky a následný negativní dopad na vývoj plodu, uvádí Kábele, že „*nejtěžší účinky mají tyto nepříznivé vlivy v 6. až 12. týdnu nitroděložního vývoje plodu.*“ (Kábele, 1986, str. 15). V případě bakteriální infekce matky Kraus (in Kraus a kol., 2005) poukazuje na významně se zvyšující výskyt mozkové obrny při působení tohoto faktoru, a dále také na možný důvod předčasného porodu.

Perinatální příčiny

Veliké riziko vzniku mozkové obrny během samotného porodu tvoří komplikovaný, abnormální porod. Můžeme tedy mluvit například o překotném či naopak příliš dlouhém, protrahaném porodu, případně o porodu pánevním dnem. V dřívější době se prováděl také nebezpečný klešťový porod. Jako nejkritičtější následky takovýchto porodů můžeme považovat hypoxii, tedy nedostatek kyslíku v mozku novorozence, a dále krvácení do mozku, které může zapříčinit poškození některých důležitých funkcí mozku. Příčinou hypoxie a hypoxicko-ischemické encefalopatie je dušení při porodu, porodní asfyxie. Kraus uvádí, že „*hypoxicko-ischemická encefalopatie u donošených je v rozvinutých zemích příčinou 10-30 % případů mozkové obrny.*“ (Kraus in Kraus a kol., 2005, str. 41).

Dušení při porodu a komplikované porody obecně se dříve považovaly za hlavní příčinu mozkové obrny u dětí. Podle Krause (in Kraus a kol., 2005) se však v poslední době a se zvyšující se prevalencí ukazuje, že příčiny této diagnózy jsou mnohem rozmanitější. Také je důležité zmínit, že toto postižení vzniká na podkladě dvou a více faktorů. Kábele (1986) pak jako jednu z nepřímých příčin poškození mozku v perinatálním stadiu uvádí hypoglykemii, tedy nedostatek glukózy v krvi.

Kraus (in Kraus a kol., 2005) potom jako jednu z významných příčin poškození mozku zmiňuje hyperbilirubinemii, která je následkem zvýšené hladiny bilirubinu. Bilirubin je produkt hemoglobinu. Hyperbilirubinemie se u novorozenců objevuje relativně často, ovšem ve většině případů se jedná o jev fyziologický. Nebezpečí nastává ve chvíli, kdy je hladina bilirubinu příliš vysoká, a tedy patologická.

Dalším negativním vlivem může být zvýšené množství zánětlivých faktorů. Kraus (in Kraus a kol., 2005) uvádí, že při výskytu některých látek, indikujících přítomnost infekce, se riziko vzniku mozkové obrny v perinatálním období může zvýšit až devětkrát.

Postnatální příčiny

Mozková obrna může vzniknout i v období časně postnatálním. V takových případech se většinou jedná o zánětlivá, infekční či jiná závažnější onemocnění dítěte v prvních měsících života. Konkrétně to může být například zánět mozkových blan nebo plicní onemocnění, v jehož důsledku pak dochází k hypoxii. S. Gulati a V. Sondhi (2017) ve svém článku *Cerebral Palsy: An Overview*, kde obecně shrnují informace o mozkové obrně, uvádí jako postnatální příčiny například úrazy hlavy, hypoxii po stavu tonutí nebo meningitidu. V tomto období není vznik mozkové obrny tak častý jako v období prenatalním a perinatálním.

1.4 Klasifikace a formy mozkové obrny

Z důvodu, že k poškození mozku dochází v různých stadiích jeho vývoje, jsou projevy různé a jednotlivé syndromy se od sebe liší. Forma mozkové obrny tedy záleží na tom, jak zralá byla mozková tkáň při jejím poškození. Jak uvádí Kraus (in Kraus a kol., 2005), pokud dojde k poškození například v prvních týdnech těhotenství, mohou vzniknout malformace mozku. V některých pozdějších týdnech se pak podle něj může jednat o léze bílé hmoty.

Formy mozkové obrny dělíme podle Krause (in Kraus a kol., 2005) na spastické a nespastické. Do spastických řadíme formu hemiparetickou, diparetickou a kvadraparetickou. Do forem nespastických zařazujeme dyskinetickou a ataktickou. Nakonec se pak můžeme zmínit o smíšených formách mozkové obrny. Kábele (1986) nespastické formy mozkové obrny dělí na formu hypotonickou, dyskinetickou, rigidní a mozečkovou. Dále v této kapitole je pracováno s klasifikací podle Krause.

1.4.1 Spastické formy mozkové obrny

Forma hemiparetická

Jak uvádí Kábele (1986), jedná se o postižení jedné poloviny těla, a to horní i dolní končetiny. Podle Krause (in Kraus a kol., 2005) se spolu s formou diparetickou jedná o nejčastější typ mozkové obrny.

Tato forma může být kongenitální nebo získaná. Ovšem většinu případů podle Krause (in Kraus a kol., 2005) tvoří právě hemiparéza kongenitální, tedy vrozená, a to až 90 %. Dále je pak u vrozené hemiparézy většinou prenatalní etiologie, například malformace mozku, a jen u menší části případů se předpokládá vznik postižení během porodu.

Část dětí je hemiparézou postižena následkem komplikací při porodu nebo kvůli hypoxickým stavům, je ovšem potřeba zmínit, že u relativně velkého množství případů zůstává příčina postižení neznámá. Mluvíme zde až od jedné třetiny dětí narozených s hemiparetickou formou mozkové obrny. Zajímavostí je, že se tato forma vyskytuje o něco častěji u mužů. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Podle Krause (in Kraus a kol., 2005) se relativně významná část dětí s diagnózou této formy rodí v předčasném termínu, a to až 25 %. Diagnóza však u této formy může být dlouho nejasná a k výraznějším projevům tohoto poškození mozku dochází ve většině případů až ve věku několika měsíců.

Co se týká projevů hemiparetické formy, jedná se, jak již bylo uvedeno výše, o parézu jedné strany těla. Kraus (in Kraus a kol., 2005) uvádí, že ve většině případů tohoto typu mozkové obrny je více postižena horní končetina, která bývá ohnuta v lokti a vtočena směrem dovnitř k tělu. Také bývá většinou patrné zatnutí ruky v pěst. Dolní postižená končetina je tak, jako ta horní, stočena směrem k tělu. Zároveň u nohy převažuje napnutí a daný jedinec pak došlapuje na špičku postižené nohy. Kraus (in Kraus a kol., 2005, str. 71) také zmiňuje „*opožděný růst postižené poloviny těla.*“

Jedním z dalších znaků je podle Krause (in Kraus a kol., 2005) držení hlavy, kdy je tendence jejího přiklonění k nepostižené straně těla. Celkově jedinec přenáší při chůzi či ve stoji více váhy na zdravou polovinu těla a zdravé rameno má tendenci „padat“ dolů. Jako následek nevyrovnaného držení těla se pak může projevit kyfóza nebo skolióza, která v některých případech vzniká i v důsledku nesprávně zvolené či nesprávně prováděné rehabilitační terapie.

Osoby s hemiparetickou formou mozkové obrny se často potýkají i s mnohými přidruženými poruchami. Relativně časté je zrakové postižení, například šilhavost. Nejzávažnější je však z této oblasti epilepsie, která se podle Krause (in Kraus a kol., 2005) vyskytuje až u 44 % pacientů. S epilepsií je pak velmi často spjato postižení mentální.

Forma diparetická

Jak již bylo zmíněno výše, jedná se spolu s formou hemiparetickou o nejčastěji se vyskytující typ mozkové obrny. Kraus (in Kraus a kol., 2005) uvádí, že diparetická forma se stejně jako

forma triparetická a kvadruparetická řadí do kategorie bilaterálních spastických forem mozkové obrny. Jak zmiňuje Kábele (1986), vyznačuje se postižením spastickou obrnou dvou párových končetin. Většinou se podle něj jedná o končetiny dolní.

Etiologie této formy je ve většině případů porodní nezralost. Časté jsou pak také perinatální vlivy. Vliv prematurity je očividný při pohledu na statistiky, které ve své publikaci uvádí Kraus (in Kraus a kol., 2005) a které poukazují na to, že jen asi třetina dětí s touto diagnózou je narozena v termínu.

Kraus (in Kraus a kol., 2005, str. 74) zmiňuje, že *„perinatální faktory dominují u dětí se značnou prematuritou (61 %); prenatalní faktory se u nich zjišťují jen v 1 %.“* Z perinatálních příčin se podle Krause (in Kraus a kol., 2005) relativně často vyskytuje porodní asfyxie, která ovšem působí společně s jinými negativními faktory. Nejvýznamnějším faktorem z předporodního období je hypoperfuze, tedy snížené prokrvení tkáně, které postihuje bílou hmotu mozku. V jejím důsledku pak nastává ischemie, která způsobuje leukomalacii. Ischemií rozumíme takové snížení přítoku krve do tkáně, kdy nastává hypoxie. V důsledku tohoto neprokrvení bílé hmoty mozku pak nastává leukomalacie. Dodat ještě můžeme fakt, že mozek je poškozen v oblasti temenního laloku. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Někteří jedinci s diparetickou formou mozkové obrny mohou podle Krause (in Kraus a kol., 2005) dosáhnout schopnosti chůze. Jsou však v takovém případě odkázáni na dopomoc berlí a vzdálenost, kterou takto zvládnou ujit, není příliš velká. Při poloze ve stoji je typické, že daný jedinec nezvládne úplně napřímit trup, a chodí po špičkách. Dále je viditelné ohnutí v loktech nebo předsunutí ramen. Na dolních končetinách se objevuje postavení „do X“ a propnutí kolen vzad.

Na rozdíl od hemiparetické formy se u této mozkové obrny podle Krause (in Kraus a kol., 2005) objevuje epilepsie spíše výjimečně. Stejně jako u předchozí formy se však objevují zrakové vady, především strabismus, tedy šilhavost. Mentální postižení se k diparetické formě ve většině případů nepřidružuje.

Forma kvadruparetická

Kvadruparetická forma mozkové obrny je z kategorie spastických mozkových obrn a podle Krause (in Kraus a kol., 2005) je tou nejzávažnější a nejtěžší. Jak napovídá název, jedná se o postižení všech čtyř končetin, přičemž v jednotlivých případech převažuje postižení buď horního, nebo dolního páru končetin. Častější je ovšem vyšší míra postižení na končetinách horních.

V rámci typů mozkové obrny se jedná o méně časté postižení, konkrétně se většinou uvádí zhruba 5 % ze všech případů tohoto postižení. (Kraus in Kraus a kol., 2005) Nejčastěji u této formy byly zjištěny příčiny prenatální.

Kvadruparetická mozková obrna je závažnější než například formy diparetické nebo hemiparetické, a to především z toho důvodu, že je k ní v mnohých případech přidruženo těžké mentální postižení. Kraus (in Kraus a kol., 2005) například podotýká, že se tito jedinci se svou vývojovou úrovní často nedostanou dále, než je neonatální vývojové stadium. Zůstávají tedy zcela odkázáni na pomoc ostatních.

1.4.2 Nespastické formy mozkové obrny

Forma dyskinetická

Pro tento typ mozkové obrny, dříve nazývaný jako forma extrapyramidová, jsou typické nepotlačitelné mimovolní pohyby. Tyto abnormální pohyby jsou důsledkem narušení koordinace pohybů a mohou vznikat při snaze provést pohyb volní nebo například při zvýšeném stresu a emocích. „*Poškození bazálních ganglií vyvolává pohybový chaos, který se demonstruje jako nepotlačitelné pohyby.*“ (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, str. 73). Kraus (in Kraus a kol., 2005) u této formy zmiňuje významné problémy v provádění volních pohybů, koordinaci i ve vzpřímeném držení těla.

V rámci dyskinetické formy můžeme ještě rozlišovat její hyperkinetický a dystonický typ. Typ hyperkinetický se projevuje vysokou mírou mimovolných pohybů, které jsou choreatického a atetického charakteru. U typu dystonického pak Kraus (in Kraus a kol., 2005) uvádí nepřiměřené a náhlé změny svalového napětí, které se vymykají normě.

U většiny jedinců s diagnózou této formy je zjištěna perinatální etiologie. Dále se pak objevují etiologické faktory z období předporodního a pouze minimum případů má příčinu z období po porodu, tedy postnatální. (Kraus in Kraus a kol., 2005)

Lesný (1985 cit. dle Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014) k této formě uvádí, že nejčastěji je důvodem vzniku Rh inkompatibilita, v jejímž důsledku se objevuje novorozenecká žloutenka.

Další konkrétní faktory vzniku jsou stejné jako u forem spastických. Může se tedy jednat například o hyperbilirubinemii či hypoxii, která je důsledkem asfyxie. Kraus (in Kraus a kol., 2005) pak zdůrazňuje, že tyto faktory se ve velkém množství případů kombinují. Dále uvádí, že mimovolní pohyby se objevují i v orofaciálním svalstvu a narušují tedy schopnost artikulace. V oblasti řeči pak nalezneme také problémy v návaznosti na poruchy polykání.

Co se týče intelektu, bývá u dyskinetické mozkové obrny buď v normě, nebo v pásmu lehkého mentálního postižení. Dále pak Kraus (in Kraus a kol., 2005) zmiňuje poměrně časté zrakové vady, především šilhavost.

Forma hypotonická

Jak uvádí Kábele (1986), je pro tuto formu mozkové obrny typické především celkové snížení svalového napětí. Jedná se o těžké postižení. Ve většině případů se podle něj tato forma mění v jiný typ mozkové obrny.

1.5 Přidružené poruchy mozkové obrny

Přidružení různých dalších poruch k mozkové obrně je pro tuto diagnózu typické. Vzhledem k tomu, že se jedná o poškození mozku v nejranějších fázích věku, dochází ke zpomalení zrání centrální nervové soustavy a tím i narušení vývoje ve více oblastech. Mezi těmito přidruženými poruchami uvádí Kábele (1986) například poruchy vývoje hybnosti a motoriky, epilepsii, poruchy v oblasti smyslů, nebo poruchy řeči a jejího vývoje.

1.5.1 Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti jsou nejzávažnějšími symptomy mozkové obrny. Vývoj hybnosti se opožďuje u všech typů tohoto syndromu. Vyskytuje se vysoká míra spasticity, dále dyskineze, hypotonie či nepotlačitelné mimovolní pohyby. Tyto projevy se mohou lišit na

intenzitě v návaznosti na celkový fyzický a psychický stav dané osoby. *“Vliv CNS na motoriku je zásadní a nelze podceňovat ani nejvyšší úroveň funkce CNS – psychiku.”* (Marešová, Joudová, Severa, 2011, str. 37).

V důsledku poruch hybnosti se mnoho jedinců s mozkovou obrnou nedovede naučit samostatně sedět a chodit. Dále se vyskytují velké potíže v mluveném projevu, a to v důsledku zasažení hybnosti svalů obličeje. Dochází tedy k omezení jemné motoriky a hybnosti mluvních orgánů, což ztěžuje artikulaci. Tyto poruchy zásadně zasahují do vývoje řeči a rozšiřování slovní zásoby. Dítě má totiž, jak uvádí Lechta (2002), velmi omezené možnosti prozkoumávání svého prostředí, poznávání nových předmětů. Nemůže se například otočit za zdrojem zvuku, který ho zaujal. Nejenže poruchy hybnosti zasahují do zmíněných oblastí osobnosti jedince s mozkovou obrnou, ale zásadně brání poznávání jeho bezprostředního okolí a tím i jeho celkovému rozvoji.

1.5.2 Poruchy tělesného vývoje

Poruchy v této oblasti mohou vést, stejně jako v mnoha jiných oblastech, buď k opoždění, nebo v těžších případech k omezení vývoje. Jak zmiňuje Klenková (2006), děti s mozkovou obrnou často trpí problémy s výživou, zvracením či onemocněním respiračních cest, což se následně negativně projevuje na celkovém zdraví a růstu těchto jedinců.

Kábele (1986) uvádí, že v naprosté většině případů osoby s mozkovou obrnou nedosáhnou výšky ani hmotnosti stejně starých intaktních jedinců. S touto oblastí je těsně spjata problematika výživy. U těchto dětí se totiž často vyskytuje nechutenství, a to zpravidla v důsledku poruch polykání nebo salivace. V některých těžších případech děti s mozkovou obrnou nezvládají držet hlavu ve správném postavení a je tak pro ně obtížné jíst. Z důvodu těchto problémů a omezení je podle Krause (in Kraus a kol., 2005) mnohdy výživa dětí s mozkovou obrnou nedostatečná a tělesný vývoj se tak opět zpomaluje či omezuje.

1.5.3 Mentální postižení

K mozkové obrně bývá mentální postižení přidruženo relativně často, a to až u poloviny případů. Výše incidence se liší v návaznosti na konkrétní typ mozkové obrny. Klenková zdůrazňuje, že *„intelekt je postižen nejčastěji u formy hypotonické a kvadruparetické, nejmenší výskyt je u hemiparetické a dyskinetické formy.”* (Klenková, 2006, str. 187).

Ve velkém množství z těchto případů se jedná o postižení na úrovni lehké až střední mentální retardace, ale samozřejmě se omezení intelektu při syndromu mozkové obrny pohybuje na celé škále mentálního postižení. Kábele (1986) v případě přidruženého narušení intelektu zdůrazňuje především mnohonásobně ztížené vzdělávání těchto dětí ve školním věku. Omezení v oblasti intelektu je těsně spjata s narušenou komunikační schopností, jak bude zmíněno i dále v této práci.

V některých případech je podle Kábeleho (1986) těžké odlišit mentální postižení od pseudooligofrenie. Ta u dětí s mozkovou obrnou může vznikat z důvodu zhoršené motoriky a tím pádem značného omezení zkoumání okolí a přijímání nových podnětů, což v důsledku zpomaluje či omezuje celkový vývoj intelektu.

1.5.4 Epilepsie

Epilepsie se k mozkové obrně přidružuje často, ovšem údaje o její četnosti se mezi jednotlivými autory značně liší. Kraus (in Kraus a kol., 2005) například uvádí incidenci až 55 %. Samozřejmě se od sebe liší i konkrétní případy, objevují se různé typy epileptických záchvatů. Výskyt epilepsie těsně závisí na přidružení mentálního postižení. Kraus (in Kraus a kol., 2005) dále uvádí, že v případě, kdy se najednou vyskytuje mozková obrna i mentální postižení, incidence přidružení epilepsie se významně zvyšuje, a to až na 71 %.

Co se týče výskytu u konkrétních typů mozkové obrny, nejčastěji je epilepsie přidružena k formě kvadraparetické nebo hypotonické. (Klenková, 2006) Velmi vzácný je pak výskyt u formy ataktické. Vznik epilepsie může být podmíněný geneticky. Dále mohou být faktory působící na výskyt prenatální, perinatální i postnatální, jako například vážnější úrazy hlavy.

Velké riziko se zde podle Krause (in Kraus a kol., 2005) objevuje z hlediska motoriky. Ta je při diagnóze mozkové obrny ve většině případů velmi omezena. Epileptické záchvaty, především záchvaty generalizované tonicko-klonické, mohou schopnosti v oblasti motoriky omezit ještě více. V nejtěžších případech může dojít i ke ztrátě některých hybných vlastností. Dalším nebezpečným faktorem je pak samozřejmě i riziko úrazu při ztrátě vědomí v průběhu epileptického záchvatu. Kraus (in Kraus a kol., 2005) dále zmiňuje, že děti s přidruženou epilepsií k mozkové obrně mají výraznější problémy v kognitivní oblasti.

1.5.5 Poruchy zrakových a sluchových funkcí

Co se týče smyslových poruch, vyskytují se nejčastěji zrakové vady, méně už vady sluchové. Klenková (2006) zmiňuje, že zrakové vady se vyskytují až u 50 % osob postižených mozkovou obrnou, přičemž nejčastější z těchto přidružených vad je strabismus, tedy šilhavost.

Jak zmiňuje Kábele (1986), zraková vada může mít pro dítě s mozkovou obrnou, stejně jako poruchy hybnosti, za následek značná omezení v oblasti poznávání svého bezprostředního okolí a celkovém rozvoji. Na významu tedy samozřejmě zraková vada nabývá o mnoho více v kombinaci s vadou motorickou.

U sluchových vad Kábele (1986) uvádí, že není jisté, zda se u osob s mozkovou obrnou vyskytují s větší četností než u těch ostatních. Každopádně závažnost přidružené sluchové vady v případě dětí s mozkovou obrnou spočívá především v komplikacích ve vývoji komunikační schopnosti. Ten už je významně ztížen a narušen poruchami hybnosti a tělesného vývoje, případně intelektu. Sluchová vada však tento vývoj může narušit či omezit ještě více. Sluchové vnímání a schopnosti se také mohou měnit v závislosti na momentálním emočním rozpoložení nebo například na spasticitě. Právě spasmy mohou omezit příjem sluchových vjemů.

1.5.6 Poruchy řeči

Poruchami řeči a narušenou komunikační schopností u dětí i dospělých osob s mozkovou obrnou se podrobně zabývá následující kapitola této práce. Zde se proto o této problematice zmíníme pouze stručně. Narušená komunikační schopnost u osob s diagnózou mozkové obrny úzce souvisí s narušením celkového vývoje. U mozkové obrny je narušen vývoj mozku v nejranějších obdobích jeho vývoje a tak jsou zásadně narušeny i funkce mozku zaručující rozvoj řeči. Jak uvádí R. J. Love a W. G. Webb (2009), výraznější obtíže v oblasti řečového projevu má asi 75-85 % osob s mozkovou obrnou.

Nejvíce jsou podle Kábeleho (1986) poruchy řeči spjaty s narušeným tělesným vývojem a poruchami hybnosti. Dochází totiž k závažným problémům i v oblasti motoriky artikulačního ústrojí nebo polykacích svalů a jejich koordinace, což zásadně ztěžuje verbální projev. Dále vývoj řeči může negativně ovlivňovat případná přidružená epilepsie, mentální postižení a další vady.

Nejčastější a nejvýznamnější poruchy řeči u osob s mozkovou obrnou jsou dysartrie a dyslalie. V návaznosti na poruchy hybnosti se také objevuje dyfagie, tedy porucha polykání. Neubauer uvádí, že „*dysfagie je častou komplikací, kterou trpí osoby s dysartrií, neboť léze nervové soustavy zasahuje i vitální funkce orofaciálního traktu člověka, jimiž jsou respirace a příjem potravy.*“ (Neubauer in Neubauer a kol., 2018, str. 542).

1.6 Sociální začlenění a mozková obrna

Socializace a začlenění osob s mozkovou obrnou je v mnoha případech opravdu náročné, a to jak pro tyto jedince, tak pro jejich okolí. Komunikace s okolím může být ztížena z několika důvodů. Mohou to být předsudky o lidech s postižením, snížení intelektu člověka s mozkovou obrnou nebo nedostatek zkušeností v sociální interakci. Jednu z největších překážek ovšem tvoří narušená komunikační schopnost. Slowík (2010) zmiňuje, že znevýhodnění člověka s postižením ve společnosti se značně prohlubuje v případě, kdy toto postižení přímo způsobuje narušenou komunikační schopnost, protože interpersonální komunikace je pak narušena už primárně. Mnoho jedinců s touto diagnózou má tak narušenou výslovnost, že jim rozumí pouze blízcí lidé nebo ti, kteří už jejich řečový projev znají. Lidé, kteří přicházejí do kontaktu s někým s mozkovou obrnou a přidruženou narušenou komunikační schopností poprvé, mohou být takovýmto narušeným projevem poněkud odrazeni. Naučit se takovým osobám rozumět a efektivně s nimi komunikovat může totiž v některých případech vyžadovat velké úsilí a trpělivost.

Pro některé jedince může být komunikace tak náročná a neporozumění okolí tak frustrující, že svou snahu omezí na minimum. Jak zmiňuje Jankovský, „*přestane-li člověk komunikovat, je to zpravidla zřetelný projev jeho rezignace.*“ (Jankovský, 2018, str. 75).

Postižení, v tomto případě mozková obrna, samo o sobě neznamena pro daného jedince znevýhodnění. Toto znevýhodnění neboli handicap vzniká až v důsledku kontaktu s okolní společností. Je to totiž až společenské prostředí, kde se plně projeví důsledky postižení a omezené možnosti v každodenním životě. Podle Schneiberga (in Kraus a kol., 2005) je tedy zamezení a předcházení handicapu úkolem pro danou společnost.

Lidé s tímto postižením mají ve společnosti ztížené podmínky snad ve všech oblastech. Veliká část z nich se ovšem s těmito překážkami dokáže poprat a jim navzdory se do

sociálního života začleňuje. Mnohdy bydlí samostatně a sami si vydělávají. Některé aktivity lze s mozkovou obrnou vykonávat jen s menší dopomocí či tréninkem a nácvikem v ergoterapii. Před jiné aktivity klade společnost překážky tak velké, že jsou pro osoby s mozkovou obrnou téměř, nebo úplně nepřekonatelné. Podle Kudláčka (2012) vyplývá handicap jednotlivých osob s mozkovou obrnou z konkrétních situací a vzniká v důsledku lidského jednání.

2 Narušená komunikační schopnost u osob s mozkovou obrnou

2.1 Vymezení narušené komunikační schopnosti

Narušená komunikační schopnost je hlavním předmětem zkoumání oboru logopedie. Jak uvádí Klenková (2006), dříve se za předmět logopedie považoval spíše jazyk a řeč, ovšem v poslední době se zaměření tohoto oboru přesunulo do oblasti celé komunikační schopnosti. Je tomu tak z toho důvodu, že při logopedické intervenci se nelze zaměřovat pouze na úroveň samotné řeči, tedy foneticko-fonologické roviny komunikace, ale i na její ostatní roviny. Komunikační schopnost totiž chápeme jako komplex všech jejích rovin, které spolu úzce souvisí a ovlivňují se. Kromě roviny foneticko-fonologické se tedy věnujeme i rovině lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a rovině pragmatické. Z toho vyplývá, že pokud mluvíme o logopedické intervenci, neměli bychom se zaměřit pouze na „narušený řečový projev“, ale na všechny roviny komunikační schopnosti, v tomto případě narušené komunikační schopnosti.

Definice narušené komunikační schopnosti podle Lechty zní takto: „*Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jazykových projevů (případně několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.*“ (Lechta in Lechta a kol., 2003, str. 17). Jedná se zde o roviny, které jsou zmíněny výše.

Kromě jednotlivých jazykových rovin může být komunikační schopnost podle Lechty (in Lechta a kol., 2003) narušena jak ve složce verbální, tak ve složce neverbální. Dále se samozřejmě setkáváme i s narušením grafické složky, grafického projevu, které se může projevit například dysgrafií. Z dalšího hlediska pak odlišujeme poškození produktivní a receptivní složky řeči, kdy se zaměřujeme na to, zda je při komunikaci narušen verbální projev daného jedince, či jeho chápání a vnímání jazyka.

Existují určité projevy, které mohou připomínat narušenou komunikační schopnost. Ovšem pokud se objevují pouze do určitého věku dítěte, jedná se o jevy fyziologické. Jak zmiňuje Klenková (2006), tyto fyziologické jevy se u dítěte nemohou považovat a diagnostikovat jako narušená komunikační schopnost. Z těchto jevů můžeme zmínit například fyziologickou dyslálii. V takovém případě se jedná o narušení artikulace určité skupiny hlásek, případně samostatné hlásky, a to do období zhruba pěti let věku dítěte. Dále sem

můžeme zařadit fyziologický dysgramatismus, který může trvat asi do čtyř let věku, nebo fyziologickou nemluvnost.

2.2 Diagnostika a etiologie

Při diagnostice narušené komunikační schopnosti se logoped soustřeďuje na mnoho aspektů. Mimo jiné musí brát podle Klenkové (2006) v potaz sociokulturní prostředí daného jedince. Zjišťuje například to, jaké má dítě ve svém okolí podněty a řečové vzory, zda vyrůstá v oblasti s typickým nářečím. U dospělého se pak musí brát na vědomí jeho profese nebo vzdělání.

Dále se musí vyloučit, zda se nejedná u dítěte o fyziologický jev (například fyziologickou dyslálii), jak již bylo zmiňováno výše. Lechta (in Lechta a kol., 2003, str. 21) pak v této souvislosti uvádí jako jeden z cílů logopedické diagnostiky určit, zda se nejedná o „*přijatelnou odchylku*“.

Lechta (in Lechta a kol., 2003) uvádí, že narušená komunikační schopnost může být vrozená, kdy o ní mluvíme jako o vadě řeči, nebo se může objevit až v pozdějším věku, kdy je to tedy narušená komunikační schopnost získaná a můžeme ji označit termínem porucha řeči. Dále z hlediska etiologie zkoumáme, zda jde o poškození orgánové nebo funkční. Orgánové může být, jak dále zmiňuje Lechta (in Lechta a kol., 2003), například poškození chromozomů, atypický vývoj nebo genetické mutace. Jako funkční poškození zmiňuje mimo jiné důsledky špatného mluvního vzoru či málo podnětné prostředí.

Pokud mluvíme o etiologii, nesmíme zapomenout zmínit, že příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti mohou být, stejně jako u mnoha jiných vad či postižení, prenatální, perinatální nebo postnatální. (Klenková, 2006)

2.3 Symptomatické poruchy řeči u osob s mozkovou obrnou

Narušená komunikační schopnost může být jednak primárním postižením, nebo může být symptomem postižení jiného. Klenková (2006) uvádí, že v takovém případě vzniká narušení komunikační schopnosti druhotně jako následek jiné vady, například poškození centrální nervové soustavy, nebo může hrát roli i dědičnost. Narušená komunikační schopnost jako symptomatická porucha řeči je nejčastěji přidružena právě k mozkové obrně nebo například k mentálnímu postižení.

Hlavními důvody narušení řeči u osob s diagnózou mozkové obrny jsou poškození mozkové tkáně, narušený psychomotorický a tělesný vývoj. Primární překážkou v intaktním vývoji řeči u dětí s mozkovou obrnou je tedy právě hlavní a nejvýraznější projev této diagnózy, a tím je opoždění v motorickém vývoji. Jestliže je totiž zásadně zhoršena celá motorika, projevuje se toto omezení i v oblasti svalstva jemné motoriky mluvních orgánů, tedy oromotoriky. (Kábele, 1986)

Vedle zhoršené motoriky je další velkou překážkou při artikulaci podle Lechty (2002) také spasticita a mimovolní pohyby svalstva. Dále sem můžeme zařadit například nadměrnou salivaci a poruchy polykacích pohybů, tedy dysfagii. Jedním z důvodů pak může být i mentální postižení, jestliže je přítomno. V takovém případě se ovšem u těžších případů autoři shodují na tom, že může být těžké odlišit, zda je narušený vývoj řeči primárním následkem opožděného motorického vývoje, nebo se jedná právě o mentální postižení.

2.4 Vývoj řeči u dětí s mozkovou obrnou

Děti s mozkovou obrnou mívají podle Klenkové (2006) většinou vývoj řeči opožděný nebo omezený. Pokud je vývoj řeči opožděný, je diagnostikován včas a zvolí se správná rehabilitace a logopedická péče, mohou děti s mozkovou obrnou dosáhnout úrovně řečového projevu v pásmu normality. Ve větším množství případů je však tento vývoj omezený a řeč tedy nedosáhne úrovně intaktní populace.

Opoždění a omezení vývoje řeči vychází z opoždění vývoje motorického. Dále je pak vývoj omezen ostatními přidruženými problémy, z nichž největší význam mají smyslové poruchy. Především se podle Kábeleho (1986) jedná o některé formy zrakového postižení a narušení zrakové diferenciací, které se u dětí s mozkovou obrnou vyskytují relativně často. Dále je, pokud se vyskytuje, podstatným determinanem sluchové postižení. To se však v porovnání s postižením zrakovým u této diagnózy vyskytuje v menší míře, jak už ostatně bylo uvedeno výše.

V předchozí kapitole již byl zmíněn vliv spasticity, dysfagie, poruch polykání nebo úrovně intelektu. Významný vliv na správný řečový vývoj a jeho nápravu má podle Kábeleho (1986) také prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Je naprosto zásadní a nutné, aby toto prostředí poskytovalo dítěti dostatečné množství podnětů a napomáhalo tak jeho přiměřenému

rozvoji. A to nejen v oblasti řeči a komunikační schopnosti, ale ve všech oblastech jeho psychomotorického vývoje. Negativní vliv na řečový vývoj má v neposlední řadě epilepsie.

Rozdílů v řečovém vývoji u dětí s mozkovou obrnou oproti dětem zdravým si můžeme všimnout už v období předverbálním. Klenková (2006) zmiňuje absenci broukání a žvatlání, které se objevuje mnohem později než u dětí intaktních, stejně jako první slova, která se mohou objevit až o rok později, tedy asi ve dvou letech věku.

2.4.1 Lexikálně-sémantická jazyková rovina

Tato jazyková rovina zahrnuje slovní zásobu, která má složku pasivní a aktivní. Zahrnuje také vývoj obou těchto složek. (Klenková, 2006) Aktivní slovní zásoba se u intaktních dětí začíná rozvíjet kolem prvního roku života, kdy začnou používat svá první slova. U dětí s mozkovou obrnou se první slova objevují zhruba o rok později a jejich aktivní slovní zásoba se tedy rozvíjí s určitým zpožděním. Co se týče pasivní slovní zásoby, ta se podle Románka (1977, cit. dle Lechta, 2002, str. 101) v prvních letech života vyvíjí bez větších problémů, stejně jako u zdravých dětí. Kolem čtvrtého roku se ovšem tento vývoj vlivem omezujících faktorů velmi zpomaluje a zaostává.

Lechta (2002) za nejzávažnější překážku ve vývoji lexikálně-sémantické roviny řeči u těchto dětí považuje výrazné problémy v oblasti motoriky, které nutně zasahují do aktivního zkoumání prostředí a okolí dítěte a vytváří tak velká omezení v získávání nových podnětů. Nejvýznamnějším problémem pro rozvoj této oblasti je tedy omezená nebo přímo neexistující možnost zapojení všech smyslů do zkoumání nových pojmů. V návaznosti na tato omezení se pak dětem s mozkovou obrnou hůře ukládají nová slova do paměti. V těžších případech může vznikat verbalismus, kdy jedinec sice používá například nová slova, ovšem nerozumí jejich významu. Dále se někdy objevují potíže ve vybavování slov.

2.4.2 Morfologicko-syntaktická jazyková rovina

Jak uvádí Klenková (2006), do této jazykové roviny je zahrnuto používání jednotlivých slovních druhů a schopnost uplatňovat gramatická pravidla jazyka. Zde se u osob s mozkovou obrnou objevují větší problémy především v případě, že je přidruženo i mentální postižení. Pokud se vyskytují spasmy v oblasti mluvidel, mohou být věty po dlouhou dobu vyjadřovány pouze jednoslovně.

2.4.3 Foneticko-fonologická jazyková rovina

Vývoj v oblasti této jazykové roviny je podle Lechty (2002) pro diagnózu mozkové obrny typicky omezený nebo velmi opožděný. Vzhledem k významnému motorickému omezení a spasticitě mluvních orgánů mají tito jedinci značně ztíženou artikulaci. Tu zároveň znesnadňují i mimovolní pohyby jednotlivých artikulačních orgánů.

Děti s mozkovou obrnou se ve většině případů naučí používat mluvenou řeč, ovšem jejich artikulace bývá prováděna patologicky. Lechta (2002, str. 103) zmiňuje, že „často je narušena schopnost automatizace řeči, vytváření mluvních celků.“

Jako jeden z dalších významných problémů v oblasti foneticko-fonologické jazykové roviny upozorňuje Klenková (2006) na obtíže s fonematickou diferenciací. Ty nastávají jako důsledek motorických omezení dítěte a snížených možností zjišťování zdrojů nových zajímavých zvuků, za kterými se intaktní děti mohou bez problému otočit.

2.4.4 Pragmatická jazyková rovina

Tato jazyková rovina je u dětí a dospělých osob s mozkovou obrnou také významně narušena. Řečový projev jedinců s touto diagnózou se podle Lechty (2002) velmi často liší od jejich komunikačního záměru. Je to dáno různými typy narušení řeči, kdy se může jednat například o anartrii nebo poruchu salivace. V důsledku je zde velké riziko narušení vztahu matky a dítěte, protože takto ztížená komunikace a následné neporozumění hrozí narušením vzájemného vztahu.

2.5 Poruchy řeči u osob s mozkovou obrnou

Jak již bylo řečeno, poruchy řeči jsou k mozkové obrně přidruženy ve velkém množství případů a jedná se o velký problém. Různí autoři, jako například Klenková (2006), se shodují na četnosti až přes 50 % v rámci případů mozkové obrny.

Hlavním symptomem mozkové obrny je narušení hybnosti, tím pádem se objevuje i značně omezená oromotorika, z čehož následně vzniká většina poruch řeči u postižených mozkovou obrnou. Kábele zdůrazňuje, že „tím, že je postiženo i svalstvo řečových orgánů, jsou postiženy i jednotlivé složky mluvního projevu – dýchání, fonace, artikulace, plynulost a koordinace mluvního projevu.“ (Kábele, 1988, cit. dle Klenková, 2006, str. 190).

Nesmíme samozřejmě zapomenout na ostatní důležité vlivy, které už byly podle Kábeleho (1986) zmíněny v předchozích podkapitolách. Jedná se především o mentální postižení, smyslové vady, epilepsii, nebo málo podnětné prostředí, ve kterém dítě žije a má se v něm rozvíjet.

K narušení komunikační schopnosti a jejího vývoje dochází z důvodu poškození mozkové tkáně velmi brzo, již v začátcích jejího vývoje. Mozkové funkce jsou tedy omezeny či narušeny již od začátku celého vývoje. Z toho důvodu Klenková zmiňuje, že *„řeč je poškozena na různých úrovních a v různém rozsahu.“* (Klenková, 2006, str. 189).

V důsledku narušení komunikační schopnosti v takovém rozsahu, jaký se vyskytuje u těchto osob, dochází k závažným problémům s porozuměním jejich sdělením a se socializací. Jak již bylo zmíněno podle Lechty (2002) výše, může být narušena pragmatická jazyková rovina. To má sekundárně negativní vliv na psychiku dítěte či dospělého.

Nejčastějšími vadami řeči přidruženými k mozkové obrně jsou dysartrie (případně v nejtěžších případech anartrie) a dyslalie. (Lechta, 2002) Tato část práce se bude věnovat přidruženým poruchám řeči k mozkové obrně, nejvíce a dopodrobna dysartrii, která je pro tuto problematiku nejvýznamnější.

2.5.1 Poruchy respirace

Problémy s dýcháním se vyskytují jak u spastických, tak u nespastických forem mozkové obrny. U spastického typu bývá dýchání velmi mělké, nepravidelné a nedostačující pro vytváření vět nebo mluvních celků. Z důvodu nedostatečného výdechového proudu se pak objevují problémy se vznikem znělých hlásek. (Klenková, 2006)

Co se týče nespastické, dyskinetické formy, zmiňuje Klenková (2006) problémy s koordinací dýchacích pohybů, což může mít za následek předčasné vydechnutí při mluvě, a také zásadní negativní vliv mimovolních pohybů svalstva.

2.5.2 Dyslalie

Dyslalie neboli patlavost se společně s dysartrií řadí do skupiny poruch řeči, která se nazývá „narušené článkování řeči“. Jedná se tedy o poruchu artikulace. Hned na začátku je důležité zdůraznit, že se tato porucha v rámci narušené komunikační schopnosti vyskytuje nejčastěji.

Gúthová a Šebianová (in Lechta a kol., 2005) v této otázce zmiňují, že i přes fakt takto vysokého výskytu je dyslalie v rámci zájmu logopedie spíše na okraji.

Pokud chceme dyslalii definovat, můžeme podle Klenkové (2006) říci, že se jedná o narušení artikulace či výslovnosti jedné hlásky nebo určité skupiny hlásek, přičemž ostatní hlásky nebo skupiny hlásek zůstávají nenarušené.

Viera Nádvorníková dyslalii definuje takto: „*Dyslalie v nejširším slova smyslu spočívá v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle řečových zvyklostí a norem příslušného jazyka.*“ (Nádvorníková in Lechta a kol., 2003, str. 170).

Dyslalie jako vývojová porucha vzniká v dětském věku, v průběhu vývoje řeči. Je potřeba odlišit dyslalii fyziologickou, která zpravidla přetrvává do věku pěti let. Dyslalie může přetrvávat až do dospělého věku, kdy se ve většině případů setkáváme s rotacizmem, tedy poruchou výslovnosti hlásek R a Ř, a se sigmatizmem, poruchou výslovnosti sykavek. Tato porucha řeči se vyskytuje o něco častěji u chlapců. (Klenková, 2006)

Při zkoumání a diagnostice dyslalie se podle Nádvorníkové (in Lechta a kol., 2003) zaměřujeme na její dvě roviny, a sice fonetickou a fonologickou. Fonetická rovina či úroveň je analytickou stránkou řeči a jedná se o používání jednotlivých hlásek. Projevy v této rovině tedy zahrnují vynechávání, zaměňování, nahrazování či nepřesnou artikulaci hlásek.

„*Fonologická úroveň se týká používání elementárních mluvních zvuků spojených do slabik, slov a vět, které jsou základem další, lingvistické úrovně řeči, morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické a pragmatické.*“ (Klenková, 2006, str. 99). V rámci této úrovně pak projevy zahrnují poruchy v plynulosti řečového projevu. Dyslalii můžeme dělit na jednotlivé typy podle několika hledisek. V této části kapitoly se právě u různých typů dyslalie pozastavíme.

Rozdělení z hlediska etiologie

Podle příčiny můžeme dyslalii rozdělit na organicky podmíněnou a funkční, která se ještě dále rozlišuje na typ motorický a senzorický. Funkční dyslalie motorická se projevuje neobratností mluvidel při artikulaci. Senzorický typ funkční dyslalie vzniká jako důsledek

špatného vnímání a diferenciaci mluvené řeči. Je tedy narušena sluchová diferenciaci. (Klenková, 2006)

Pro organickou neboli orgánovou dyslalii jsou typické nedostatky a narušení mluvních orgánů. Můžeme ji dále dělit na impresivní a expresivní. Klenková (2006) uvádí rozdělení orgánové dyslalie podle lokalizace příčiny na akustickou, která se objevuje při vadách sluchu, labiální, vyskytující se při vadě rtu, dentální při vadách zubů, palatální, objevující se z důvodu anomálií na patře, lingvální v případě anomálie jazyka a nakonec nazální, která se vyskytuje z důvodu narušení nosovosti. Také se můžeme setkat s následky porušení sluchových drah a centrálního nervového systému.

Rozdělení z hlediska vývojového

Z tohoto hlediska můžeme dyslalii rozdělit na fyziologickou, prodlouženou fyziologickou a pravou. Fyziologická dyslalie je nesprávná výslovnost hlásky nebo skupiny hlásek přibližně do pěti let věku, jak už ostatně bylo zmíněno výše. Artikulace v tomto období prochází vývojem a je tak přirozené, že dítě některé hlásky vyslovuje nesprávně. Pokud se tento jev vyskytuje až do sedmého roku věku, mluvíme o takzvané prodloužené fyziologické dyslalii. V tomto období ještě špatná výslovnost hlásek není upevněna a může se upravit. V případě, že se výslovnost nepodaří upravit do sedmého roku a je zafixována, mluvíme o tzv. pravé dyslalii. (Klenková, 2006)

Rozdělení z hlediska rozsahu

Nejzávažnější forma dyslalie z hlediska rozsahu je tzv. mnohočetná dyslalie, neboli dyslalia univerzalis. V tomto případě je narušena výslovnost u většiny hlásek. Jedinci s touto formou postižené hlásky často nahrazují hláskou T a řeč je v podstatě nesrozumitelná. O něco menší rozsah má dyslalia multiplex, také označována jako dyslalia gravis. Oproti předchozí formě je skupina postižených hlásek menší, ovšem i v tomto případě je řeč hůře srozumitelná. Nejmenší rozsah má parciální dyslalie neboli dyslalia levis. Při té se vyskytuje postižení artikulace jen jedné, případně několika hlásek. Tyto postižené hlásky mohou být tvořeny buď na stejném artikulačním místě, nebo na místech odlišných. (Nádvorníková in Lechta a kol., 2003)

Rozdělení z hlediska kontextu

Z tohoto hlediska dělíme dyslalii podle Nádvorníkové (in Lechta a kol., 2003) na hláskovou, týkající se konkrétních hlásek, a dyslalii kontextovou. Při dyslalii kontextové jsou oproti té hláskové jednotlivé hlásky tvořeny správně, ovšem při jejich použití v rámci slabik nebo slov dochází nesprávné artikulaci.

Nakonec ještě Klenková (2006) zmiňuje rozdělení na konstantní a nekonstantní dyslalii. Jak napovídá název, při nekonstantní dyslalii jsou postižené hlásky v některých případech tvořeny správně. Při dyslalii konstantní jsou postižené hlásky tvořeny špatně vždy.

2.5.3 Dysartrie

Dysartrie je v popředí poruch řeči vázaných k mozkové obrně. Vyskytuje se u více než poloviny jedinců s diagnózou mozkové obrny. Cséfalvay ji definuje jako „*narušení artikulace jako celku vznikající při organickém poškození centrálního nervového systému.*“ (Cséfalvay in Lechta, 2003, str. 237).

V důsledku poškození centrální nervové soustavy tedy dochází k výrazným obtížím v oblasti motorické realizace mluvené řeči. Beveridge a Conti-Ramsden (1987) uvádějí, že důvodem problémů v produkování verbální řeči u dětí s dysartrií jsou abnormality na orgánech podílejících se na artikulaci, jako jsou rty, jazyk, zuby či tvrdé patro. Dále tito autoři zmiňují i abnormality v oblasti neuromuskulární, v jejichž důsledku mají jedinci s dysartrií problémy v koordinaci artikulačních orgánů. Vedle narušené artikulace se při této poruše řeči vyskytují i poruchy modulace a fonace, nebo také poruchy respirace a rezonance.

Výskyt a stupeň této poruchy se liší podle formy mozkové obrny, ke které je přidružena. Podle Böhma (in Lechta, 2002) se dysartrie nejčastěji vyskytuje při atetóze a dále při kvadruplegii. Nejnižší incidence je pak podle něj z hlediska forem mozkové obrny u hemiplegické formy.

Stejně jako naprostá většina přidružených poruch a vad k mozkové obrně, i u dysartrie se etiologie může vyskytovat v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Rovněž její míra se pohybuje v různém rozmezí, a to od mírné poruchy artikulace až po její úplnou neschopnost. Tato nejtěžší forma dysartrie, kdy úplně chybí schopnost artikulace, se nazývá anartrie. (Klenková, 2006)

Etiologické faktory vzniku dysartrie odpovídají faktorům vzniku mozkové obrny. Mezi ty prenatální tedy můžeme zařadit například poškození centrální nervové soustavy, infekce nebo nedonošenost. Perinatální příčiny mohou být například porodní krvácení nebo asfyxie. Co se týče vzniku v období postnatálním, může být následkem cévních či zánětlivých onemocnění mozku, jako je například zánět mozkových blan. Dále může být příčinou vzniku dysartrie v pozdějším věku podle Cséfalvaye (in Lechta a kol., 2003) nádor, těžký úraz hlavy nebo neurologické onemocnění centrálního nervového systému.

Pro diagnostiku dysartrie uvádí Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) oblasti, na které je třeba se při vyšetření zaměřit, a to například respiraci, fonaci, přesnosti opakovaných pohybů nebo činnosti spjaté s polykáním, žvýkáním a kašláním. Dysartrii je možno dělit jednotlivé typy, které jsou většinou určeny a specifikovány podle lokalizace léze mozku, která poruchu způsobuje. „*Kiml (1978) a Sovák (1981) vyčlenili podle lokalizace léze tyto základní typy dysartrie: kortikální, pyramidová, extrapyramidová, cerebrální, bulbární, kombinovaná*“ (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003, str. 238).

Vzhledem k velkému významu dysartrie u osob s mozkovou obrnou, který zdůrazňuje například Kábele (1986), se v této části práce bude autorka věnovat i jejím jednotlivým typům.

Kortikální dysartrie

Kortikální neboli korová dysartrie vzniká následkem poruchy motorické oblasti v mozkové kůře a vyskytuje se spíše vzácně. Irena Šáchová uvádí jako příčinu vzniku „*poruchy pyramidových buněk v mozkové kůře*“ (Šáchová in Kraus a kol., 2005, str. 246)

Klenková (2006) zmiňuje jako charakteristiky řeči při této formě její spastický charakter a těžkopádné tvoření hlasu. Typickým projevem je u tohoto typu dysartrie rytmické opakování slabik na začátku slova. Cséfalvay (in Lechta a kol., 2003) se také zmiňuje o kladení většího důrazu na tyto slabiky. Největší problémy v artikulaci nastávají ve chvíli, kdy se daná osoba snaží vyslovit delší mluvní celek či věty.

Pyramidová dysartrie

Pyramidová neboli spastická dysartrie bývá přidružena, jak napovídá její název, ke spastickým formám mozkové obrny. Vzniká z důvodu poruchy v korové oblasti mozku,

konkrétně „*je důsledkem postižení motorické pyramidové dráhy od kůry k jádrům mozkových nervů v bulbu.*“ (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003, str. 239).

Jedním z hlavních příznaků je narušené dýchání, které je velmi mělké a výdechový proud při tvorbě mluvené řeči má tím pádem slabou intenzitu. Z toho důvodu podle Klenkové (2006) během mluvení klesá hlasitost a na konci mluvního celku nebo věty už může mít projev podobu šepotu. Nepravidelnost dýchání také ruší plynulost projevu, a to především v případě, kdy se mluvící musí nadechnout během věty, nebo dokonce během jednotlivých slov. Je důležité také zmínit, že funkce jako polykání, žvýkání nebo sání zůstávají na rozdíl od funkcí řečových nenarušeny.

Řečový projev je celkově zpomalený, spastický a působí namáhavým, monotónním dojmem. „*Artikulaci ovlivňuje omezená pohyblivost orofaciálního svalstva (jazyka, rtů ...).*“ (Šáchová in Kraus a kol., 2005, str. 245). Pokud se jedná o hlásky artikulačně složitější, jedinec s touto formou dysartrie je většinou není vůbec schopen vyslovit. Jako další z projevů Cséfalvay ve velkém množství případů udává „*patologicky zvýšenou nosovost*“ (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003, str. 239).

Extrapyramidová dysartrie

Extrapyramidová neboli atetoidní dysartrie bývá přidružena k dyskinetické formě mozkové obrny. „*způsobuje ji porucha extrapyramidového systému, tedy jader v podkorových oblastech.*“ (Šáchová in Kraus a kol., 2005, str. 246)

V rámci extrapyramidové dysartrie od sebe můžeme odlišit ještě dvě další formy, hypertonickou a hypotonickou. Pro obě tyto formy je typické narušené dýchání, a to jak při mluvení, tak v klidu. Jelikož je tento typ dysartrie přidružen k dyskinetickým formám mozkové obrny, které se vyznačují nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, je zřejmé, že právě tyto projevy budou zasahovat i do oblasti řeči. Podle Neubauera (in Lechta a kol., 2005) může být osobám s touto formou dysartrie špatně rozuměno v důsledku mimovolných pohybů jazyka, a dále z důvodu nekonzistentního způsobu vyslovování hlásek, kdy některé mohou být vyraženy relativně silně, některé naopak mohou znít velmi slabě. Dýchání může být někdy příliš mělké, nepravidelné a řeč je kvůli tomu méně srozumitelná.

Mezi problémy, které provázejí tvorbu hlasu a artikulaci, zmiňuje Šáchová (in Kraus a kol., 2005) mimo jiné nestabilní výšku a sílu hlasu a nezřetelnou výslovnost, která je negativně ovlivněna mimovolnými pohyby některých artikulačních orgánů.

Jak uvádí Klenková (2006), řeč je u těchto osob nesrozumitelná i z důvodu značné neplynulosti melodie a rytmu. Častou poruchou při této dysartrii je dysprozódie, tedy narušená modulace řeči. Její tempo pak bývá velmi pomalé. Velké problémy se vyskytují už při artikulaci jednotlivých hlásek a slabik. Často jedinci s extrapyramidovou dysartrií nejsou schopni vyslovit najednou více než právě jednu slabiku. To pak samozřejmě řečový projev výrazně zpomaluje a snižuje jeho srozumitelnost.

Posledními častými projevy, které zmiňuje Cséfalvay (in Lechta a kol., 2003), jsou opakování slabik a nepřiměřená hlasitost výslovnosti některých hlásek či slabik. Pro tuto formu dysartrie je totiž typické, že některé hlásky, většinou na začátku slov, jsou vyslovovány velmi nahlas a výbušně, jiné hlásky jsou pak vyslovovány velmi potichu.

Cerebrální dysartrie

Cerebrální, neboli mozečková dysartrie vzniká jako následek poškození mozečku. Toto poškození narušuje koordinaci artikulačních orgánů. Úroveň artikulace se odvíjí především od stupně a místa obrny jazyka. Obecně se podle Kábeleho (1986) s touto formou dysartrie často spojuje „opilecký“ charakter řeči.

Opět se vyskytuje značný problém s dýcháním, které je mělké. Při tvorbě řeči je pak výdechový proud naopak příliš silný a na hlásky je tak kladen nepřiměřeně velký důraz. Řeč je zpravidla pomalá a nepravidelná, podobně jako u ostatních typů dysartrie. Artikulace působí těžkopádně. Hlas je tvořen nestabilní silou a je tedy proměnlivý. (Šáchová in Kraus a kol., 2005).

Bulbární dysartrie

Tuto formu dysartrie „způsobuje poškození motorických jader prodloužené míchy a jejich drah inervujících výkonný systém řeči.“ (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003, str. 240). Dochází k velkým problémům ve správném zapojení svalů artikulačních orgánů a jejich koordinaci. Řeč je nesrozumitelná a monotónní. Cséfalvay (in Lechta a kol., 2003) dále uvádí oddělené

a neadekvátně prodloužené vyslovování hlásek. Kábele (1986) u bulbární dysartrie zmiňuje, že jsou narušeny i archaické funkce, tedy například žvýkání či polykání.

Kombinovaná dysartrie

Kombinovaná neboli smíšená dysartrie vzniká jako kombinace symptomů výše uvedených forem. Tyto symptomy se mohou vyskytovat v různé míře a kombinacích, což záleží v první řadě na stupni poškození centrální nervové soustavy. (Klenková, 2006)

2.5.4 Dysprozódie

Jedná se o narušení modulačních faktorů řeči. Toto narušení ještě více ztěžuje porozumění řeči osob s mozkovou obrnou. Řeč v jejich případě může být například příliš pomalá. „*podle Sováka (1981) je nejvýrazněji narušená modulace při extrapyramidovém poškození, kde je nápadné zejména kolísání intenzity hlasu a tempo řeči je zjevně narušené.*“ (Lechta, 2002, str. 112). Častým projevem je pak při této poruše tzv. skandovaná řeč nebo důraz na špatnou hlásku.

2.5.5 Dysfonie

Při dysfonii je narušena fonace a u osob s mozkovou obrnou se vyskytuje velmi často. Podle Kábeleho (cit. dle Lechta, 2002) bývá přidružena k většině případů těžších forem. Důsledkem této poruchy může být nepřirozená barva a zvuk hlasu. Objevuje se šeptavá řeč, nebo naopak příliš velký důraz na počáteční slabiky ve slovech.

2.6 Logopedická péče u osob s mozkovou obrnou, její specifika a zásady

Logopedická péče by měla být součástí celkové rehabilitace o dítě s mozkovou obrnou a měla by začínat co nejdříve. Šáchová (in Kraus a kol., 2005) uvádí potřebu začátku logopedické péče už od chvíle, kdy se projeví narušení dýchacích, sacích či polykacích pohybů. Nejlépe by se mělo jednat již o první rok života daného dítěte.

Jak zdůrazňuje Kábele (1986), který se této oblasti významně věnoval a rozpracoval zásady logopedické péče o děti s mozkovou obrnou, naprosto zásadní je individuální přístup a v návaznosti na to také vytvoření individuálního plánu rehabilitace tak, aby probíhala adekvátní spolupráce v rámci všech jejích složek. Podle Klenkové (2006) mluvíme o léčebné, psychologické, pedagogické a speciálně pedagogické složce rehabilitace.

Kábele (1986) v rámci zásady reflexnosti jako jedno ze specifíků logopedické péče o dítě s mozkovou obrnou zmiňuje potřebu nalezení správné polohy dítěte. Je totiž zásadní, aby se co nejméně projevovala spasticita nebo mimovolní pohyby.

Jednou z nejdůležitějších složek u těchto jedinců je při logopedické práci stimulace orofaciálního svalstva tak, aby se motorika v této oblasti mohla snáze rozvíjet. Díky lepší motorice orofaciálních svalů je pak samozřejmě možné efektivněji provádět nácvik artikulace hlásek. Nácvik výslovnosti hlásek pak probíhá obdobně jako u osob bez mozkové obrny, tedy od jednodušších po složitější hlásky. (Šáchová in Kraus a kol., 2005).

Co se týče oblastí, na které je potřeba zaměřit logopedickou péči, uvádí Šáchová (in Kraus a kol., 2005) například vytvoření a udržení očního kontaktu, práci s orofaciální motorikou, terapii poruch citlivosti v dutině ústní a na obličeji, terapii hypersalivace, rozvoj fonemického sluchu a aktivní i pasivní slovní zásoby, rozvoj grafomotoriky nebo přímo rozvoj komunikačních dovedností.

2.6.1 Zásady rozvíjení hybnosti a řeči u dětí s mozkovou obrnou

Tématu specifíků logopedické péče o děti s mozkovou obrnou se u nás věnoval především Kábele. Ten navázal na neurologa Lesného a vyčlenil a popsal jednotlivé zásady v této oblasti z hlediska speciálně pedagogického. (Klenková, 2006)

Zásada vývojovosti

Tato zásada podle Kábeleho požaduje „*dodržování zákonitého vývoje hybnosti a řeči člověka, a to vývoje fylogenetického i ontogenetického, při nacvičování pohybových a dorozumívacích dovedností.*“ (Kábele, 1986, str. 74). Než začneme s rehabilitací dítěte, musíme tedy nejprve zjistit a určit vývojový stupeň funkcí, které chceme rehabilitovat. Až poté je můžeme správně rozvíjet.

Klenková (2006) jako příklad této zásady uvádí, že před začátkem nácviku chůze, musí se dítě naučit schopnostem převalování, plazení, lezení, sedu a stoje. Je také jasné, že tyto dovednosti si musí osvojit postupně podle jejich vývojové úrovně. Stejná analogie se objevuje i z hlediska řeči. Nejprve existují sací a polykací pohyby, potom dítě začíná žvatlat a broukat a až po absolvování těchto jednotlivých vývojových stupňů se může učit artikulaci hlásek, slov, nakonec i spojování mluvních celků do vět. Děti s postižením samozřejmě

mnohdy na všechny vývojové stupě nedosáhnou a zůstávají na dovednostech nižší úrovně. To se podle Kábeleho (1986) odvíjí od typu a stupně daného postižení.

Zásada reflexnosti

Velikou překážkou při nacvičování a provádění pohybů je podle Klenkové (2006) pro jedince s mozkovou obrnou spasticita a mimovolní pohyby. Každý podnět, snaha o volní pohyb, zvýšení úsilí nebo dokonce projev radosti může vyvolat či zhoršit tyto negativní projevy.

Zásada reflexnosti pracuje s tzv. reflexně inhibičními polohami, díky kterým se spasmus více uvolní a projevy mimovolných pohybů se zmírňují, případně až vymizí. Jde tedy o co největší utlumení reflexů dítěte, které negativně ovlivňují nácvik a rozvoj motoriky a řeči. (Lechta, 2002)

Při práci s logopedem je tedy zásadní, aby dítě bylo v takovéto poloze a snaže se mu díky tomu prováděla jednotlivá cvičení. Klenková (2006) zde zdůrazňuje nutnost spolupráce s fyzioterapeutem, jehož péče by měla té logopedické vždy předcházet.

Zásada rytmizace

Kábele (1986) uvádí, že rytmizace při mluvních nebo i dechových cvičení může zásadně přispět k uvolnění dítěte. Rytmičká cvičení se při nácviku řeči využívají pro zlepšení plynulosti projevu a koordinace. Uplatnění této zásady je velkou pomocí, avšak je nutné respektovat a dodržovat individuální tempo jednotlivců.

Zásada komplexnosti

Tato zásada zdůrazňuje podle Lechty (2002) multisenzorický přístup a propojení všech oblastí péče a rehabilitace o jednotlivce s mozkovou obrnou a spolupráci mezi odborníky v těchto jednotlivých oblastech pracujících. Důležitost a význam takovéto spolupráce byly zmíněny i v začátku této kapitoly.

Dále podle Klenkové tato zásada z hlediska rozvoje hybnosti a řeči znamená „*současné poskytování dítěti mluvních i pohybových podnětů zrakových, sluchových kinestetických a motorických.*“ (Klenková, 2006, str. 195).

Zásada kolektivnosti

Při této zásadě se vychází z předpokladu, že je pro dítě příjemnější a výhodnější pracovat ve skupině jiných dětí. U dětí s mozkovou obrnou jsou to zpravidla malé skupinky, a to většinou po čtyřech, případně méně. (Lechta, 2002)

Dítě se při práci ve skupině může přiučit od ostatních, dostává se s nimi do interakce, a tak je tato zásada vhodná i pro podpoření socializace. Klenková (2006) u této zásady uvádí tu výhodu, že ve chvíli kdy dítě není s dospělých samo, o mnoho méně se stydí vykonávat požadované úkony.

Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu

Tato zásada se těsně vztahuje k zásadě kolektivnosti. Při práci ve skupině musí logoped či jiný odborník vždy brát ohled na individualitu jednotlivých dětí. Ve skupině se může lišit stupeň postižení, tempo práce a samozřejmě i charakter. Je nutné respektovat možnosti a schopnosti každého jedince. (Kábele, 1986)

Uplatňování všech těchto zásad pozitivně přispívá k socializaci dětí s mozkovou obrnou a podporuje jejich učení. Komplexnost péče je pro rozvoj komunikační schopnosti naprosto zásadní. Každý pokrok v rozvoji celkové motoriky totiž znamená i potenciální pokrok pro rozvoj motoriky mluvních orgánů. (Lechta, 2002)

3 Analýza logopedické intervence u dospělých osob s mozkovou obrnou

Narušená komunikační schopnost je u diagnózy mozkové obrny jedním z jejích nejvýraznějších symptomů. Pokud se u osoby s tímto postižením vyskytuje vada řeči, velmi to zasahuje do všech složek její osobnosti a především je narušena či alespoň snížena možnost socializace. To tyto osoby začnou nejvíce pociťovat v období nástupu školní docházky, především pak v inkluzi. Později v životě se pak toto omezení projevuje například při pracovním uplatnění. Aspekty začleňování do okolní společnosti jsou samozřejmě u každé osoby s postižením individuální a záleží na konkrétních subjektivních i objektivních determinantech. Mezi subjektivní determinanty řadí Novosad (1997) například osobnostní rysy, vliv rodiny a komunity nebo vůli a motivaci. Do vlivů vnějších pak může patřit sociokulturní prostředí či sociální politika. Jak vyplývá ze samotného názvu této práce, je její empirická část zaměřena právě na tuto oblast života osob s mozkovou obrnou. Tedy na narušenou komunikační schopnost, její vliv na sociální začlenění a na průběh logopedické intervence u těchto osob.

3.1 Metodika výzkumného šetření

3.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem praktické části této práce je analýza průběhu logopedické intervence u osob s mozkovou obrnou. Tato analýza je zaměřena především na věk a délku období, kdy logopedická péče probíhala. Dále se průzkum soustředil na metody používané při setkáních s logopedem a na délku, pravidelnost a četnost těchto setkání. Výzkumné šetření se mimo jiné zaměřovalo na podporu ze strany rodiny v oblasti logopedických cvičení.

V rámci hlavního cíle se autorka chtěla také zaměřit na to, zda po logopedické péči nastalo v řeči a výslovnosti zlepšení, nebo zda se tato péče ve větší míře neprojevila. V návaznosti na analýzu v této oblasti bylo cílem autorky zjistit, jestli existovaly i jiné aspekty, které měly výraznější vliv na rozvoj komunikační schopnosti, a pokud ano, o jaké aspekty a faktory se jednalo.

3.1.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl č. 1

Prvním dílčím cílem výzkumného šetření je analýza vlivu narušené komunikační schopnosti na komunikaci s bezprostředním okolím osob s mozkovou obrnou a zhodnocení, zda stupeň tohoto postižení koresponduje s mírou sociálního začlenění. Bezprostředním okolím je v tomto případě myšleno především prostředí pracoviště, komunikace s osobními asistenty či vyřizování běžných záležitostí například s úřady a lékaři. Komunikace s rodinnými příslušníky zde zahrnuta není, jelikož původní rodina je v této oblasti specifická tím, že je zde osobám s mozkovou obrnou a narušenou komunikační schopností rozuměno relativně bez problému, protože se tento komunikační vztah buduje již od raného věku. Jednou z oblastí výzkumného šetření je tedy to, jaký vliv má narušená komunikační schopnost u dospělých s mozkovou obrnou na interpersonální komunikaci s okolím.

Dílčí cíl č. 2

Druhým dílčím cílem je retrospektivní analýza začlenění osob s mozkovou obrnou do školního kolektivu ve vztahu k jejich narušené komunikační schopnosti. Zde se šetření zaměřovalo také na rozdíly v tomto začleňování v rámci vzdělávání ve školách speciálních a v integraci.

Dílčí cíl č. 3

Třetím dílčím cílem je subjektivní analýza průběhu a efektivity logopedické intervence z pohledu osob s mozkovou obrnou a její přesah do současného samostatného života v dospělosti.

3.1.3 Výzkumné otázky

Z názvu práce i z cílů výzkumného šetření vyplývá, že výzkumné otázky jsou zaměřeny na průběh logopedické intervence u osob s mozkovou obrnou a na dopady narušené komunikační schopnosti na sociální začlenění a fungování v každodenním životě těchto osob.

Výzkumná otázka č. 1

Jak konkrétně probíhá logopedická intervence u osob s mozkovou obrnou a jak ji tyto osoby zpětně hodnotí?

Výzkumná otázka č. 2

Jak významný vliv má narušená komunikační schopnost u osob s mozkovou obrnou na začlenění do kolektivu ve školním prostředí, a zda je v této oblasti znatelný rozdíl mezi prostředím škol speciální a škol běžných, především škol základních?

Výzkumná otázka č. 3

Jaké dopady má narušená komunikační schopnost na interpersonální komunikaci v samostatném dospělém životě a s jakým přístupem se osoby s tímto postižením setkávají ze strany svého okolí?

3.1.4 Metodika

Výzkumné šetření v této práci je kvalitativního typu a bylo prováděno v rámci malého vzorku respondentů. Šetření se zaměřuje především na subjektivní vnímání logopedické intervence osob s mozkovou obrnou a jejich retrospektivní vhléd do této péče. Analýza byla prováděna na základě strukturovaných rozhovorů a dlouhodobého pozorování. Rozhovory a pozorování pak byly zpracovány do případových studií, které jsou zcela anonymní.

Strukturovaný rozhovor

Hlavní metodou v tomto výzkumném šetření byl strukturovaný rozhovor. Ten probíhal na základě předem stanovených výzkumných otázek, které byly respondentům v daném pořadí pokládány a následně pak v případě potřeby byly zařazeny doplňující otázky, vyplývající ze situace.

Otázky pro rozhovor se soustředí do dvou hlavních oblastí. První oblastí je samotný průběh logopedické intervence u jednotlivých respondentů. Otázky se v této první části týkají diagnózy řečových vad, jejich stupně, oblastí, na které byla zaměřena cvičení prováděná s logopedem. Dále se zde otázky zaměřují na věk respondentů v době, kdy se těchto cvičení účastnili a jakou školu v dané chvíli navštěvovali. Důležitou součástí výzkumných otázek je také oblast zaměřená na práci s rodiči v prostředí domova, která by měla navazovat na setkání s logopedem.

Druhá část otázek se soustředí na dopady řečových vad do oblasti sociálního začlenění. Jedná se o otázky zaměřené na aspekty interpersonální komunikace v prostředí školy, práce, ale i v prostředí domova ve vztahu s osobními asistenty. S touto oblastí pak úzce souvisí

problematika vzdělávání v běžné či speciální škole a rozdíly, které se v začlenění do třídního kolektivu v návaznosti na typ školy mohou objevovat, jak již bylo zmíněno v rámci výzkumných otázek.

Jedna z otázek se pak nedotýká přímo narušené komunikační schopnosti ani logopedické intervence. Jedná se o otázku konkrétního typu mozkové obrny a jeho projevů, především v oblasti spasticity a celkové hybnosti, která ovlivňuje i hybnost samotného orofaciálního svalstva.

Pozorování

Pozorování bylo dlouhodobého charakteru a probíhalo zhruba po dobu jednoho a půl roku. To bylo možné díky práci osobního asistenta, kterou autorka práce vykonává, a při které se pravidelně setkává s osobami s mozkovou obrnou, a to i těmi, kteří byli zvoleni za respondenty do této práce.

Jak uvádí Hendl (in Hendl a Reml, 2017, str. 83) ke kvalitativnímu pozorování, „*není předem přesně určeno, co vše se bude pozorovat. Kvalitativní pozorování se provádí obvykle v přirozených podmínkách.*“ Pozorování se odehrávalo z velké části v domácím prostředí respondentů, kde jsme se scházeli v rámci asistencí především pouze ve dvou. Při této práci a výkonu jednotlivých úkonů sebeobsluhy a dalších potřeb, je komunikace a popis naprosto zásadní. Pozorování dále probíhalo i v nejrůznějších situacích mimo bydliště, například v prostorách vysoké školy, v obchodech, při sportovním tréninku, u lékařů, na úřadech nebo při interakcích s příbuznými, přáteli či sousedy.

Případová studie

„*Hitchcock a Hughes (1995) vymezují případovou studii jako hloubkovou studii jedné nebo několika instancí jevu v jeho reálném kontextu, která reflektuje perspektivy participantů.*“ (Hitchcock a Hughes cit. dle Hendl, Reml, 2017, str. 201). Případové studie v této práci byly zpracovány na základě pozorování a strukturovaných rozhovorů s vybranými respondenty. Jednotlivé případové studie se vždy soustředily na oblasti rodinné a osobní anamnézy, logopedické anamnézy, průběhu logopedické intervence a nakonec na sociální aspekty narušené komunikační schopnosti.

3.1.5 Harmonogram výzkumného šetření

V průběhu výzkumného šetření probíhalo nejdříve pozorování. Jak již bylo uvedeno výše, probíhalo v rámci průběhu osobních asistencí, a to od července roku 2020 do února roku 2022. Čím déle autorka s respondenty při asistencích pracovala a sblížovala se s nimi, tím více se mohla podrobněji zaměřovat na problémy, ale i dovednosti v komunikaci s vadami řeči. Po stanovení konkrétních výzkumných otázek pak bylo pozorování zaměřeno právě na tyto oblasti.

Struktura rozhovoru byla vypracována na konci ledna roku 2022 a jednotlivé rozhovory s respondenty pak probíhaly během února roku 2022.

3.1.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Skupina respondentů byla složena ze čtyř dospělých osob s diagnózou mozkové obrny, které se narodili a byli vzděláváni na území České republiky. Jednalo se o tři ženy a jednoho muže. Respondenti byli přibližně podobného věku a všichni během průběhu výzkumného šetření žili samostatně. U všech těchto respondentů stanovena diagnóza kvadruparetické mozkové obrny. Nejmladšímu z respondentů bylo 33 let, respondent nejstarší byl ve věku 47 let.

Jednotlivé osoby byly vybírány kvalitativně. Především byl kladen důraz na rozdílnou závažnost narušené komunikační schopnosti, na úroveň samostatnosti v každodenním životě, a také na různý stupeň sociálního začlenění. Všichni respondenti byli v rámci informovaného souhlasu seznámeni o charakteru výzkumného šetření a anonymitě jeho zpracování.

3.2 Případové studie

Případové studie byly v rámci skupiny respondentů realizovány prostřednictvím strukturovaného rozhovoru, zaměřeného na oblast průběhu logopedické péče a sociálních dopadů narušené komunikační schopnosti. Zjištěné údaje pak byly doplněny o poznatky z provedeného pozorování a zpracovány formou případových studií.

3.2.1 Případová studie č. 1

Jedná se o ženu ve věku 33 let s diagnózou mozkové obrny typu spastické kvadruparézy.

Rodinná a osobní anamnéza

Žena je jedináček a narodila se do úplné rodiny. Pochází z menšího města, až později v dospělosti se přestěhovala do Prahy. Po diagnóze mozkové obrny se jí rodiče intenzivně věnovali, snažili se její dovednosti rozvíjet v co nejvíce směrech. Tato respondentka navštěvovala mateřskou školu speciální, později pak byla vzdělávána v integraci v běžné škole základní i střední. V současnosti studuje na filosofické fakultě Univerzity Karlovy. Bydlí sama v městském bytě v Praze a v každodenním životě využívá terénní službu osobní asistence, především pro úkony sebeobsluhy. Samostatná je pouze v několika málo oblastech, jako je například ovládání elektrického vozíku, práce s telefonem a počítačem, či listování knihou při četbě. Respondentka momentálně nemá žádné zaměstnání, a tak se plně věnuje studiu.

Logopedická anamnéza

Logopedická péče u této ženy začala ve věku čtyř let, kdy chodila do mateřské školy speciální. Tato péče probíhala pravidelně do věku sedmi let, a to vždy jednou týdně. Respondentka se potom setkala s logopedem ještě v pozdějším věku, ovšem jejími slovy se jednalo pouze o nárazová setkání. Jednalo se o tři období, a to ve věku třinácti a poté patnácti let, kdy jí k logopedické péči nabádali především rodiče. Její poslední zkušenost s logopedem nastala v období před maturitními zkouškami, a to ze snahy o zlepšení výslovnosti pro její ústní část. Jednalo se však opět spíše o popud ze strany rodičů a respondentka tvrdí, že jí tato zkušenost nikam neposunula a nic jí nedala, protože ona sama už ve zlepšení výslovnosti nevěřila. Cvičením se pak tedy samostatně nevěnovala a setkávání s logopedem brzy ukončila.

Respondentka neměla k nahlédnutí odbornou dokumentaci, ovšem dle svých slov předpokládá, že má diagnostikovanou dysartrii. Z pohledu respondentky tvoří největší problémy v oblasti výslovnosti spasmy dýchacích a orofaciálních svalů. Tyto spasmy se zhoršují především při emocionálním vypětí, a to samozřejmě nejen negativním. Dále má problémy se silou výdechového proudu, který ve většině případů nevystačí pro vyslovení celé věty.

Průběh logopedické intervence

Při setkáních s logopedem probíhala především cvičení zaměřená na práci s orofaciálním svalstvem, artikulaci a vyvozování hlásek. Respondentka si vzpomíná na nácvik špulení rtů a práci s jazykem, například jeho různé polohy v puse. Nácvik vyvozování hlásek se týkal v první řadě hlásky „l“ a „r“. Hláska „r“ byla vyvozována substituční metodou pomocí hlásky „d“. Pro posílení a ustálení výdechového proudu byly využívány metody foukání do peříček a do ping-pongových míčků.

Dále probíhala i stimulace obličejových svalů, ovšem neprobíhal nácvik práce se spasmy a působení proti nim. V tom respondentka vidí zpětně velký problém. Vadí jí, že jí logoped nevyšvětlil, že její výslovnost je narušena nejen z důvodu řečové vady, ale i z důvodu spasmů. Dle jejích slov by jí při logopedické péči více vyhovovalo, kdyby se logoped více věnoval vysvětlení důvodů problémů v řeči, oproti pouhému zaměření na to, jak správně provádět jednotlivá cvičení. Cvičením se věnovala i v prostředí domova s pomocí rodičů.

Podle respondentky nastalo v dětství díky péči logopeda v komunikační schopnosti zlepšení. Považuje tuto péči za přínosnou. Co se týče setkání s logopedem později ve věku 13 a 15 let, v této době už subjektivně žádný rozdíl či zlepšení v řeči nepozorovala.

Sociální aspekty narušené komunikační schopnosti

Respondentka byla kromě mateřské školy vzdělávána v integraci. Z jejího pohledu nebyl v komunikaci s vrstevníky a v kolektivu nikdy větší problém. Po nástupu na běžnou základní školu si časem uvědomila, že komunikace není pouze o artikulaci a výslovnosti, ale především o spasticitě. Zjistila, že pokud se uvolní, mluví se jí mnohem lépe. Tedy i přes to, že některé hlásky artikulovala nesprávně, vrstevníci jí ve chvíli, kdy mluvila uvolněně, rozuměli relativně bez problému.

Obtíže v komunikaci s okolím nikdy veliké nebyly, a to i přes vysokou míru narušené komunikační schopnosti. Podle slov respondentky vždy stačilo, aby se posluchač soustředil na její slova. Problémy podle ní nastávají hlavně v případech, kdy musí mluvit s cizími lidmi, kteří si už předem myslí, že bude mluvit velmi špatně. Z takových situací je pak respondentka nervózní a vypjatá, což je okolnost, která v danou chvíli zhoršuje spasmy a tím pádem i výslovnost. Přes všechny tyto překážky v komunikaci však žena uvádí, že je s cizími lidmi v kontaktu téměř každý den a většina z nich (uvádí 90 %) nemá v komunikaci s ní za

předpokladu, že není neobvykle nervózní, větší obtíže. Záleží v první řadě na nastavení osob, s kterými mluví a na tom, zda jí opravdu chtějí porozumět.

Na největší překážky pak respondentka naráží v komunikaci s medicínským personálem. Z jejího pohledu zdravotníci mnohdy dopředu usoudí, že se jedná o osobu s mentálním postižením a na základě tohoto úsudku s ní jednájí jiným způsobem, než běžně s ostatními lidmi. V takových situacích je pak respondentka více nervózní a z toho důvodu se vyjadřuje hůře a pomaleji. Má pocit, jako by na ni zdravotníci zbytečně spěchali a vše dělají podle jakýchsi vzorců. Uvádí, že už se setkala se situacemi, kdy na ni medici začali šišlat či mluvit velmi nahlas. Nejčastěji se pak stává, že raději místo s ní komunikují s jejími asistenty.

3.2.2 Případová studie č. 2

Jedná se o muže ve věku 47 let s těžkou formou kvadraparetické mozkové obrny.

Rodinná a osobní anamnéza

Respondent pochází z Prahy. Již od mateřské školy navštěvoval Jedličkův ústav a školy. Zde absolvoval základní i střední vzdělání. Dále pak nastoupil na vysokou školu, kde prezenční formou vystudoval překladatelství z německého jazyka. Později ještě vystudoval ekonomii. Co se týče podpory od rodičů, té se mu ve velkém nedostávalo. Při studiu v Jedličkově ústavu pobýval na místním internátě, později se pak přestěhoval do vlastního bytu.

Z důvodu vysokého stupně handicapu respondent neměl možnost najít zaměstnání, a tak většinu času tráví v domácnosti, kde žije sám. Pro zajištění sebeobsluhy a každodenního života využívá osobní asistenci. Samostatnost tohoto muže je téměř nulová. Sám zvládá pouze ovládat notebook, a to až tehdy, kdy mu ho osobní asistent či jiná osoba správně napolohuje. Pro ovládání některých technologií, jako například rádio, využívá hlasem ovládaný výstup. Ve všem ostatním pak tedy potřebuje pomoc někoho dalšího.

Logopedická anamnéza

U respondenta je zjevná dysartrie. V předškolním věku logopedická setkání neprobíhala, chodil pouze jednou za měsíc na foniatrii. S logopedem se poprvé setkal až na základní škole v Jedličkově ústavu. Z jeho pohledu však tato péče byla naprosto neefektivní, a tak se jí spíše vyhýbal. V pozdějším věku se už s logopedem nesetkal.

Ve výslovnosti jednotlivých hlásek měl respondent největší problém s hláskou „ř“. Tu neumí vyslovit až dodnes, a to především z důvodu zanedbané logopedické péče. Dále se objevují problémy v oblasti dýchání, které souvisejí se spasmy. U muže lze tedy pozorovat tlačnou mluvu, protože mu během vět dochází dech. Nejlépe se mu mluví v poloze vleže, bez zvednuté hlavy. Je tak uvolněnější a spasmy se projevují mnohem méně.

Průběh logopedické intervence

Jak již bylo uvedeno výše, logopedická péče u tohoto respondenta probíhala pouze během vzdělávání na základní škole v Jedličkově ústavu. Podle jeho slov zde tuto péči zajišťovali obyčejní učitelé bez kvalifikace k logopedické intervenci. Jednou za týden si prý tento učitel vyhradil čtyřicet pět minut pro setkání s deseti žáky, a tedy se na všechny dostalo jen krátce. Z těchto logopedických setkání si respondent odnášel domů zápisník, kde měl napsána cvičení, kterým by se měl věnovat v prostředí domova, případně na internátu. Muž ovšem uvádí, že se tomuto samostatnému cvičení nevěnoval, protože k němu nenacházel žádnou motivaci. Při pobytu doma s ním rodiče výslovnost také nepochybovali. Je zde důležité brát v potaz fakt, že muž se zde vzdělával na konci minulého století, a celková péče a metody se za tu dobu určitě velmi posunuly.

V době, kdy v Jedličkově ústavu respondent pobýval, zde byl kladen o mnoho větší důraz na samotné vzdělání, než na rehabilitace. Jako příklad muž uvádí to, že pokud byla v době rehabilitace naplánována písemná práce, měla zpravidla přednost právě písemka.

Logopedická péče tedy probíhala zhruba do věku patnácti let, ale dá se říct, že ani nezačala. Jak již bylo zmíněno, respondent považoval setkání s logopedem za zbytečná a tak si našel způsoby, jak se jim vyhýbat. Když už se na tato setkání dostavil, věnovali se oblasti, ve které byl největší problém a poté si v notýsku k tomu určeném odnesl domů cvičení pro samostatnou práci. Plnění těchto úkolů však nikdo nekontroloval, vychovatelé na internátu na to údajně neměli čas, a tak bylo snadné se tomu nevěnovat. Pozitivně vzpomíná na období mateřské školy v Jedličkově ústavu. Tehdy tam za nimi docházel profesor Kábele a věnoval se především spastickým dětem s mozkovou obrnou. Zaměřoval se u nich na uvolňování spasmů při dýchání. Právě díky podnětům profesora Kábeleho se respondent naučil, že jako spastikovi se mu bude mluvit nejlépe při uvolněné poloze vleže.

Sociální aspekty narušené komunikační schopnosti

Respondent byl až do konce střední školy vzděláván ve školách speciálních. Do kolektivu se začlenil bez problému. Vrstevníci mu vždy po nějaké době, než si zvykli, rozuměli dobře. Muž zmiňuje, že na začlenění do skupiny a relativně dobré porozumění, mělo nejspíš velký vliv prostředí speciální školy. V integraci by to podle jeho slov bylo jiné, možná by se i setkal se šikanou. Vzdělávání na vysoké škole probíhalo tak, že ho do učebny vždy doprovodil asistent, a po konci hodiny ho zde opět vyzvedl. Případně si při přesunu do jiné místnosti řekl o pomoc někomu ze spolužáků. Na zkoušky pak chodil s asistentem. Většinou v komunikaci s vyučujícími ani spolužáky žádné problémy nebyly. Respondent však zmiňuje situaci, kdy ho vyučující při ústní zkoušce odmítal vyzkoušet. Pro usnadnění chtěl tento vyučující dát respondentovi raději písemný test. Muž chtěl mít ale stejné podmínky jako jeho spolužáci, a tak si po delším domlouvání prosadil ústní zkoušení. Nakonec se ukázalo, že mu vyučující rozuměl bez větších problémů. Respondent zdůrazňuje, že pokud má člověk řečovou vadu a okolí se mu kvůli tomu snaží měnit podmínky, nesmí se nechat odradit a prosadit si to, na co má podle svého mínění schopnosti.

Respondent také zmiňuje, že se jeho výslovnost znatelně zlepšila po nástupu na základní školu, a to protože v kolektivu více mluvil. Jak již bylo uvedeno výše, stačilo, aby si ostatní na jeho mluvu zvykli, a poté už mu rozuměli relativně bez problému. Stejně je to dle slov respondenta i v dospělosti. Jako příklad uvádí některé ze zkušeností s osobními asistenty, protože právě s nimi se v interpersonální komunikaci setkává nejčastěji. Nejvíce mu v těchto interakcích pomáhá, pokud je asistent od začátku více komunikativní. Díky tomu se může muž uvolnit a rozmluví se. Nejvíce mu řečová vada překáží ve spontánních sděleních. Například ve chvíli, kdy se dívá na televizi, něco bezprostředně okomentuje, ale druhá osoba mu nerozumí a respondent musí svůj komentář jednou či vícekrát zopakovat. V takovém případě už jeho sdělení ztrácí dynamiku a význam, což bývá velmi frustrující. Na druhou stranu opakování pokynů pro jednotlivé úkony, které provádí osobní asistent, mu nevadí. Dále mívá respondent problémy v situacích, kdy se ho druhá osoba doptá na nějaké slovo v půlce věty, a on ho musí zopakovat. Mnohdy se v takých chvílích dle svých slov zasekne. Obává se totiž, že slovo řekne opět nesrozumitelně. Spíše než se samotnou výslovností má tedy respondent často problém v sebedůvěře při mluvené řeči. Vždy ovšem pomáhá, když člověk, se kterým komunikuje, odlehčí situaci. Díky tomu se pak muži mluví o mnoho lépe.

3.2.3 Případová studie č. 3

Jedná se o ženu ve věku 36 let s diagnózou mozkové obrny typu spastické kvadruparézy.

Rodinná a osobní anamnéza

Respondentka pochází z menšího města na Moravě, kde byla vzdělávána nejdříve ve speciální mateřské škole a poté ve speciální škole základní. Od malička měla velmi dobré rodinné zázemí, především s matkou jsou si velmi blízké. Žena má zdravou starší sestru. Během základní školy se respondentka začala rekreačně věnovat sportu boccia. V tom ji aktivně podporovala matka, která společně s dcerou trénovala. Později se žena vypracovala na vyšší úroveň a začala se tomuto sportu věnovat závodně. Aby se mohla boccie věnovat na plno, rozhodla se respondentka přestěhovat do hlavního města, kde nastoupila na střední školu při Jedličkově ústavu a využívala zdejší internát.

Dnes žije žena samostatně za podpory osobních asistentů a matky, která ji jednou za čas navštěvuje, nebo ji ona sama jezdí navštívit do svého rodného města. Respondentka je samostatná v úkonech, jako je ovládání mobilního telefonu a počítače, podání si pití, řízení elektrického vozíku nebo právě ve hře boccia. Co se týče komunikace s okolím či vyřizování úředních záležitostí, je naprosto samostatná. Ve většině jiných úkonů sebeobsluhy potřebuje dopomoc od jiné osoby. Žena je v současné chvíli zaměstnána na chráněném trhu práce a uvádí, že se jí v práci líbí.

Logopedická anamnéza

U ženy se podobně jako u předchozích respondentů objevuje dysartrie. V dětství byla také diagnostikována dyslalie. Respondentka dlouho neuměla vyslovovat hlásky „l“ a „r“. Dále se objevovaly problémy v hybnosti jazyka, který dle jejích slov „nezvedala“. Subjektivně pro ni největší překážku při verbálním vyjadřování představoval předkus. S tím se potýkala celý svůj život, od dětství až téměř do třiceti let věku. Předkus způsoboval problémy v mluvě, ve správném zavírání úst a především ve skusu. Byly snahy tento problém řešit pomocí rovnátek, ty však podle ženy nezabíraly. Nejde to ale zhodnotit z dlouhodobějšího pohledu, protože měla respondentka menší nehodu, při které si vyrazila několik zubů. Od té doby má v puse můstek. Díky tomu už nemá problémy se skusem a dovíráním pusy.

Průběh logopedické intervence

Logopedická péče v případě této respondentky probíhala pouze během předškolního věku. Navštěvovala mateřskou školu speciální, kam pravidelně docházel externí logoped a dětem zde pobývajícím se věnoval. Jednalo se o mateřskou školu ve velkém moravském městě. Setkání s logopedem probíhala podle slov respondentky jednou až dvakrát do týdne a trvala jednu hodinu. Logopedickým cvičením se příležitostně věnovala i v domácím prostředí s rodiči, ovšem ne příliš často.

Logopedická cvičení byla zaměřena na správnou výslovnost problematických hlásek. Jak již bylo zmíněno výše, byly jimi především hláska „l“ a „r“. Respondentka si vzpomíná na využití přímých a substitučních metod vyvozování hlásek. Dále byla prováděna cvičení na posílení výdechového proudu, jako například foukání pomocí brčka do různých materiálů. Některá cvičení se pak zaměřovala na stimulaci a rozhybání orofaciálního svalstva, probíhal nácvik špulení rtů a čas byl také hodně věnován práci s jazykem.

Po ukončení logopedické péče v rámci mateřské školy už se s dalším logopedem nesetkala. Celkově tuto intervenci respondentka hodnotí velmi pozitivně a usuzuje, že se díky ní její výslovnost znatelně zlepšila. Nyní je verbální projev respondentky na první pohled v normě a jen málokdy nastane situace, kdy by nějaké slovo vyslovila nesrozumitelně.

Sociální aspekty narušené komunikační schopnosti

Problémy v sociálním začlenění z důvodu řečové vady se u respondentky nikdy nevyskytovaly. Od malička mluvila relativně srozumitelně. Velmi dobrý vliv na rozmluvení se a vylepšení výslovnosti měla podle ní nejen logopedická intervence v mateřské škole, ale také začlenění do školního kolektivu. Zde se mohla rozpovídat mnohem více než v prostředí domova, a tak se její verbální projev mohl snáze rozvíjet. Jedinými překážkami jí byly v dětství špatně pohyblivý jazyk a poté až do dospělého věku již zmíněný předkus. Nejednalo se však o tak velký problém, aby jí okolí nezvládlo porozumět. Každodenní komunikace s lidmi v práci, domácnosti či na úřadech je tedy naprosto běžná a větší nesnáze se neobjevují.

3.2.4 Případová studie č. 4

Jedná se o ženu ve věku 34 let s diagnózou kvadruparetické mozkové obrny s dystonií.

Rodinná a osobní anamnéza

Respondentka pochází z malého města v jihočeském kraji. V domácím prostředí se jí vždy dostávalo velké podpory a rodiče se jí v dětství velmi věnovali. Žena docházela v okolí rodného města do mateřské i základní školy speciální. V průběhu prvního stupně základní školy se s rodiči rozhodli o přestup na základní školu při Jedličkově ústavu v Praze. Zde respondentka pobývala na internátu a během víkendů jezdila domů za rodiči. Vzdělávání na střední škole pak probíhalo v integraci, přičemž ovšem stále využívala internátu Jedličkova ústavu. Po ukončení středního vzdělání se žena rozhodla přestěhovat do vlastního bytu a nastoupila na pedagogickou fakultu Univerzity Karlovy.

Žena žije sama a v mnoha úkonech je samostatná. Podobně jako předchozí respondenti využívá terénní službu osobní asistence. Asistenti jí pomáhají především v úkonech osobní hygieny, s přípravou jídla či oblékáním. V plnění většiny ostatních potřeb je pak žena samostatná. Momentálně je zaměstnána v oblasti sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že se nejedná o plný úvazek, ráda by si respondentka našla ještě další zaměstnání. To se jí ovšem, z důvodu pohybového omezení a také stupně řečové vady, nedaří.

Logopedická anamnéza

Respondentka má diagnostikovanou dysartrii a objevuje se u ní skandovaná řeč. Největší problémy jsou během verbálního projevu se spasmy. Ty ovlivňují jak artikulaci, tak pravidelné dýchání. V dětství měla žena obtíže s vyslovováním některých hlásek, například hlásky „r“. Tento problém se díky logopedické péči podařilo odstranit, ostatní problémy však přetrvávají dodnes. Největší vliv mají na ženu spasmy ve chvílích, kdy je rozrušená nebo se snaží spěchat. V takových chvílích se svalové napětí zřetelně zvyšuje a zhoršuje se i výslovnost. Dále má respondentka nesymetrickou dolní čelist, což zhoršuje možnost správného skusu a samozřejmě je to také další překážkou ve výslovnosti.

Průběh logopedické intervence

Respondentka se s logopedickou péčí setkala poprvé ve věku necelých čtyř let. V té době už také pravidelně dojížděla na foniatrii. Na logopeda odkázal její rodiče pediatr. Vzhledem k tomu, že žena pochází z malého města a potřebovala v oblasti narušené komunikační schopnosti zkušenou péči, musela za odborníkem dojíždět, a to větší dálku. Logopeda z tohoto důvodu navštěvovala pouze jednou až dvakrát za měsíc a dojížděli s ní za ním

rodiče, kteří byli přítomni i práci logopeda s dcerou. Jak již bylo uvedeno výše, rodiče se respondentce věnovali i v domácím prostředí. Zde s ní pravidelně, většinou každý druhý den, pracovali na cvičeních, která dostávala od logopeda. Po ukončení práce s tímto logopedem a nástupu na základní školu se respondentka ve druhé třídě znovu dostala do logopedické péče, která pokračovala i po přestupu do Jedličkova ústavu. V té době probíhala setkání jednou za týden.

Logopedická cvičení se zaměřovala na správné dýchání a nácvik artikulace. Respondentka si vybavuje práci se zrcátkem při vyvozování hlásek. Při vyvozování hlásky „r“ byla používána metoda substituční. Pro práci s výdechovým proudem bylo využito foukání do míčků i jiných materiálů. Dále si žena vybavuje práci s obrázkovými kartičkami, které měla za úkol popisovat či z nich tvořit příběh.

Podle respondentky nastal ve výslovnosti posun k lepšímu až po uplynutí dvou až tří let. Hodně jí také pomohl nástup na základní školu, kde byla v kolektivu velmi komunikativní.

Sociální aspekty narušené komunikační schopnosti

Komunikace s okolím je v běžném prostředí většinou bez větších problémů. Osoby, které se s respondentkou již znají, nemívají potíže jí porozumět. V některých případech se hůře dorozumívá s cizími lidmi. Dle slov ženy jde však spíše o to, že nemají tito lidé dostatek trpělivosti, než že by jí bylo tak špatně rozumět. Jedná se hlavně o takové chvíle, kdy se zvýší míra spasmů a skandovaná řeč se prohlubuje. Podle respondentky je v takových chvílích potřeba být zkrátka trpělivý a v klidu ji vyslechnout.

Jako jednu z menších překážek uvádí respondentka fakt, že jsou případy, kdy druhá osoba nezvládne vyčíst její výraz. Kvůli asymetrické spodní čelisti totiž může při mluvení žena působit dojemem, že se usmívá, a to i přes to, že to tak mnohdy není. To může vést k nepříjemným situacím. Podle respondentky je to ale spíše úsměvné a nepředstavuje to pro ni větší problém.

3.3 Závěry výzkumného šetření

3.3.1 Shrnutí

Z výše uvedených případových studií je zřetelné, že zkušenost s logopedickou intervencí má každý z respondentů rozdílnou. A to i přesto, že mají tyto osoby shodný, kvadruparetický typ mozkové obrny a jsou si věkově relativně blízcí. Je tedy možno říci, že logopedická intervence probíhala u jednotlivých respondentů vždy jinak, především v závislosti na jejich možnostech a momentálních okolnostech.

Tři ze čtyř respondentů docházeli k logopedovi v předškolním věku, zhruba od čtyř let. Jednalo se o tři ženy. Dvě z těchto respondentek získávaly pravidelnou logopedickou péči díky navštěvování mateřské školy speciální. Třetí respondentka pak navštěvovala logopeda soukromě v návaznosti na brzké doporučení pediatra. Respondent poslední se s touto péčí téměř nesetkal. Rodičům v jeho dětství nebyla pediatrem doporučena návštěva logopeda a později při základním vzdělávání se této práci téměř nevěnoval, protože byla na nízké úrovni. Z případových studií jasně vyplývá, že narušené komunikační schopnosti u respondentů byla věnována pozornost pouze v dětství, ale v dospělosti už nikoli. Je však patrné, že u některých problémů ve verbálním projevu, jako je například nestabilní výdechový proud, by logopedická intervence i v pozdějším věku byla přínosem.

Pro řeč osob s mozkovou obrnou jsou v naprosté většině případů a u všech respondentů v této práci typické projevy dysartrie a dyslalie. U všech respondentů se také objevují problémy s výdechovým proudem, který bývá často narušen spasmy dýchacích svalů. Dalším společným problémem je ztížená hybnost mluvních orgánů, a to z důvodu zvýšeného svalového napětí. Kvůli tomuto svalovému tonu se pak mimo jiné projevuje i dysartrie.

Obecně lze shrnout, že logopedická cvičení se u zkoumaných respondentů soustředí především na nácvik artikulace špatně vyslovovaných hlásek, stimulaci pohybů orofaciálního svalstva a ustálení a posílení výdechového proudu. Pomocí cvičení zaměřených na tyto oblasti se logoped snaží zmírnit či odstranit projevy dysartrie a napravit artikulaci postižených hlásek při dyslalii.

Co se týče oblasti sociálního začlenění a interpersonální komunikace, shodují se respondenti na tom, že při dostatečné trpělivosti mohou s osobami ve svém okolí komunikovat relativně

bez problémů. První respondentka má komunikační schopnost narušenou zřetelným způsobem. Přesto však komunikuje s cizími lidmi na denní bázi a větší problémy se nevyskytují, a to především díky tomu, že se naučila se svou zhoršenou výslovností pracovat tak, aby svému okolí porozumění co nejvíce usnadnila. Respondent č. 2 má komunikační schopnost narušenou ze všech zkoumaných osob nejvíce. Také se na něj vztahuje fakt, že při dostatečné trpělivosti a zvyku na způsob artikulace, se s okolím zvládne dorozumět relativně dobře. U tohoto respondenta se však objevil velký problém při hledání zaměstnání. To mu ztěžuje jak jeho tělesné postižení, způsobené mozkovou obrnou, tak jeho zhoršená schopnost komunikace. Řečové vady tedy nevytvořily významnou překážku v primární socializaci, ale spíše až v té sekundární, při zařazení na pracovní trh i při vysokém vzdělávání. Třetí respondentka v sociálním začlenění neměla během života problémy. Výslovnost nebyla natolik zhoršená, aby měla na komunikaci velký vliv, a tak probíhalo budování vztahů s vrstevníky ve škole i sportovním klubu bez větších překážek. Bylo tomu tak i později v pracovním uplatnění. Srozumitelnost řeči u čtvrté respondentky je zhoršená především z důvodu skandovaného charakteru řeči. Jedná se však o velmi charismatickou a aktivní ženu, a tak vždy zvládla komunikaci bez větších obtíží i přes sníženou srozumitelnost. Ve školním prostředí se problémy neobjevovaly, nastaly opět až ve snaze o pracovní uplatnění, kdy byla řečová vada ve spojení s tělesným postižením překážkou.

3.3.2 Naplnění cílů výzkumného šetření

Lze shrnout, že hlavní i dílčí cíle výzkumného šetření této práce byly naplněny.

Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření byla analýza průběhu logopedické intervence u osob s mozkovou obrnou.

Zde je důležité zdůraznit, že logopedická intervence u respondentů probíhala většinou v předškolním a školním věku, tedy v průběhu devadesátých let minulého století. Průběh této specializované péče se v dnešní době liší, především v rámci školního vzdělávání.

Logopedická péče u osob mozkovou obrnou v rámci výzkumného vzorku probíhala v naprosté většině buď v rámci vzdělávání v mateřské škole speciální či základní škole speciální. Jedna z respondentek navštěvovala logopeda už dříve, a to soukromě na

doporučení jejího pediatra. Jeden z respondentů byl do logopedické intervence zařazen pouze v průběhu docházky na prvním stupni základní školy speciální, ovšem tato setkání s logopedem mu téměř nic nepřinesla. Vzhledem ke stejné povaze narušené komunikační schopnosti u respondentů s mozkovou obrnou, u nich probíhala logopedická intervence v podobném duchu a mají zkušenosti s podobnými cvičeními. U všech respondentů se vyskytuje dysartrie. Dále byla společná dyslalie, která u některých přetrvává i do dospělosti, u jiných byla napravena díky logopedické intervenci v dětství. Setkání s logopedem během průběhu intervence byla pravidelná, většinou jednou týdně. Při nácviku správné artikulace postižených hlásek při dyslalii byly s respondenty používány metody substituční a přímé. V rámci práce s dysartrií se logopedi u všech respondentů věnovali stimulaci orofaciálního svalstva, byla snaha o rozhýbávání a práci s jazykem a dolní čelistí. Dále se u všech respondentů objevuje problém s dechem, který je značně narušen z důvodu zvýšeného svalového napětí dýchacího svalstva. Logopedická práce se tedy zaměřovala na posílení a ustálení výdechového proudu, jednalo se většinou o foukání do různých materiálů pomocí brčka. S výjimkou respondenta č. 2 nastal díky logopedické intervenci u zkoumaných osob v komunikační schopnosti posun, především v oblasti nápravy výslovnosti hlásek u dyslalie a při práci s výdechovým proudem při verbálním projevu.

Respondenti se shodují na tom, že mimo logopedickou intervenci jim v rozvoji komunikační schopnosti pomohlo začlenění do školního kolektivu. Zde měli příležitost komunikovat s více lidmi a být aktivnější než v domácím prostředí. Také je zde faktor toho, že s rodinnými příslušníky je komunikace, díky zvyku již od narození dítěte, snazší a přirozenější. Není tedy potřeba vyvíjet tolik snahy o zlepšování se ve verbální komunikaci jako při setkání s novým kolektivem, například ve školní třídě.

Dílčí cíl č. 1

Prvním dílčím cílem byla analýza vlivu narušené komunikační schopnosti na komunikaci s bezprostředním okolím osob s mozkovou obrnou a zhodnocení, zda stupeň tohoto postižení koresponduje s mírou sociálního začlenění.

Na první pohled se může zdát, že spolu tyto dva faktory skutečně těsně souvisí, jednalo by se však o pohled značně zjednodušený. Nejlépe začleněny jsou respondentky č. 3 a č. 4, nejhůře je pak začleněn respondent č. 2, u kterého je stupeň postižení jednoznačně nejvyšší,

a to jak z hlediska narušení komunikační schopnosti, tak z hlediska pohybového omezení. Stupeň postižení tohoto respondenta je však velmi podobný i u respondentky č. 1, která je v interakci se svým okolím i s cizími lidmi velmi aktivní a úspěšná. Respondent č. 2 má naopak v interpersonální komunikaci potíže, a okolí s ním tolik neinteraguje. Zároveň se u něj míra postižení ukázala jako velká překážka při uplatnění na pracovních pozicích, a to i přes adekvátní klasifikaci díky vysokoškolskému vzdělání. Míra omezení je pak u respondentek č. 3 a č. 4 značně rozdílná, protože druhá z těchto respondentek je v mnoha oblastech velmi samostatná a potřebuje ke svému každodennímu životu méně podpory než respondenti ostatní. Respondentka č. 3 naopak podporu od jiné osoby potřebuje téměř ve všem. Obě tyto respondentky neměly větší problémy při pracovním uplatnění. Všechny zkoumané osoby se pak shodují na tom, že bez větších problémů probíhá komunikace s lidmi, kteří již jejich verbální projev znají, ať už se jedná o rodinné příslušníky nebo osobní asistenty.

Dílčí cíl č. 2

Druhým dílčím cílem byla retrospektivní analýza začlenění osob s mozkovou obrnou do školního kolektivu ve vztahu k jejich narušené komunikační schopnosti a zároveň v souvislosti se vzděláváním na škole běžné či speciální. Dále se pak tomuto dílčímu cíli váže otázka existence a průběhu logopedické intervence v rámci mateřské a základní školy.

Všichni z respondentů navštěvovali mateřskou školu speciální. Pouze dva ze čtyř respondentů měli zajištěnou logopedickou intervenci v rámci samotné mateřské školy, a to respondentky č. 1 a č. 3. Respondentka č. 4 docházela k logopedovi soukromě a přesto, že setkání probíhala pouze jednou až dvakrát za měsíc, byla tato intervence velmi přínosná. Respondent č. 2 neměl pravidelnou logopedickou intervenci v rámci mateřské školy zajištěnou. Práce s jeho narušenou komunikační schopností v této době probíhala spíše sporadicky, kdy se jemu a jeho spolužákům věnoval profesor Kábele. Pouze u respondentky č. 4 probíhala pravidelná setkání s logopedem i v rámci základní školy speciální. Co se týče začlenění osob s narušenou komunikační schopností do školního kolektivu, všichni respondenti se shodují, že se větší problémy nevyskytovaly. Tři ze čtyř respondentů navštěvovali základní školu speciální. Ti vidí velkou výhodu v tom, že mnoho ze spolužáků mělo taktéž narušenou komunikační schopnost, a tak se z tohoto důvodu nesetkávali

s šikanou a vrstevníci ve třídě měli také pro vzájemnou komunikaci větší trpělivost a cit. Respondentka č. 1, která jako jediná ze zkoumaných osob navštěvovala běžnou základní školu, uvádí, že začleněním do tohoto kolektivu se naučila lépe pracovat se svými spasmy, aby jí intaktní spolužáci mohli snáze rozumět. Obecně se všichni respondenti shodují na tom, že stačilo, aby si na jejich způsob verbálního projevu spolužáci zvykli, a rozuměli jim relativně bez problému.

Dílčí cíl č. 3

Třetím dílčím cílem byla subjektivní analýza průběhu a efektivity logopedické intervence z pohledu osob s mozkovou obrnou a přesah této intervence do současného samostatného života v dospělosti.

Tři respondentky se shodují na tom, že pro ně byla logopedická intervence velmi přínosná, především v oblasti dyslalie a problémech s výdechovým proudem. O něco výše však staví pozitivní vliv školního kolektivu na rozvoj jejich komunikační schopnosti. Respondent č. 2, který navštěvoval školu při Jedličkově ústavu, jako jediný neshledával logopedickou intervenci v rámci svého základního vzdělávání za přínosnou. Je však nutno zdůraznit, že se jedná o nejstaršího ze zkoumaných osob a mezi jeho základním vzděláváním a vzděláváním ostatních respondentek uplynulo zhruba deset let. Úroveň a forma logopedické péče v Jedličkově ústavu a školách se podle výpovědi mladší respondentky během této doby změnila. Respondent č. 2 byl po zkušenosti s logopedií ze základní školy k další práci s logopedem v pozdějším věku velmi skeptický, a tak se práci s logopedy od dětství spíše vyhýbal. Kromě této výjimky ale respondenti hodnotí průběh logopedické péče v dětství jako přínosný a vzpomínají na něj pozitivně.

3.3.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

První výzkumnou otázkou bylo, jak konkrétně vypadá logopedická intervence u osob s mozkovou obrnou a jak ji tyto osoby zpětně hodnotí.

U respondentů, u kterých byla setkání s logopedem pravidelná, probíhala tato setkání velmi podobně. Na tuto výzkumnou otázku lze odpovědět, že logopedická intervence u osob s mozkovou obrnou byla zaměřena na nácvik správné artikulace některých hlásek, dále na

stimulaci orofaciálního svalstva a práci s výdechovým proudem. Tři ze čtyř respondentů se pak logopedickým cvičením věnovali i doma s rodiči. Tito tři respondenti hodnotí zpětně logopedickou intervenci pozitivně a celkově jako přínosnou. Čtvrtý respondent naopak tuto péči hodnotí jako neefektivní.

Výzkumná otázka č. 2

Druhou výzkumnou otázkou bylo, jak významný vliv má narušená komunikační schopnost u osob s mozkovou obrnou na začlenění do kolektivu ve školním prostředí a zda je v této oblasti znatelný rozdíl mezi prostředím škol speciálních a škol běžných, především škol základních.

Zde je odpověď relativně stručná, jelikož se všichni z respondentů shodují na tom, že jejich narušená komunikační schopnost neměla na fungování v třídním kolektivu větší vliv. Toto platí jak pro respondenty vzdělávané na základních školách speciálních, tak pro respondentku, která byla vzdělávána v integraci na běžné základní škole. Obecně všem respondentům pro komunikaci v kolektivu stačil dostatek trpělivosti od ostatních osob.

Výzkumná otázka č. 3

Třetí výzkumnou otázkou bylo, jaké dopady má narušená komunikační schopnost na interpersonální komunikaci v samostatném dospělém životě v současnosti.

Nejmenší vliv má narušená komunikační schopnost jednoznačně na interakci s bližším okolím, s osobami, které jsou již na verbální projev jedince s mozkovou obrnou a přidruženou řečovou vadou zvyklí. Jedná se především o rodinné příslušníky, osobní asistenty či přátele. Nejvíce je narušenou komunikační schopností ovlivněna možnost pracovního uplatnění. Dva z respondentů, u kterých je stupeň řečových vad vyšší, si práci zatím najít nezvládli. Při ostatní komunikaci, jako například na úřadech či v obchodech, však mají všechny zkoumané osoby spíše pozitivní zkušenosti.

3.3.4 Doporučení pro praxi

V návaznosti na informace získané na základě případových studií lze shrnout některá obecná doporučení pro logopedickou intervenci u osob s mozkovou obrnou. V první řadě by vždy měla být poskytnuta včasná péče a doporučení, nejlépe od pediatra, který rodinu odkáže na logopeda. Jednou z nejdůležitějších oblastí je pro tyto osoby schopnost ovlivnit míru

spasticity a naučit se s ní pracovat. Logopedická cvičení by se tedy měla zaměřovat na rozcvičování orofaciálního svalstva, především na hybnost jazyka a svalů dolní čelisti. V souvislosti se zvýšeným svalovým napětím je také nutné věnovat dostatečnou pozornost práci se svalstvem dýchacím. Cvičení by měla být zaměřena na posílení a ustálení výdechového proudu. Jedná se například o foukání do různých materiálů. Při setkáních s logopedem by vždy měla být vytvořena atmosféra, která je dítěti s mozkovou obrnou příjemná. Díky tomu, by dítě mělo mít možnost více uvolnit spasmy a lépe pak pracovat s dechem, verbálním projevem a nácvikem správné artikulace.

Pokud se dítě s mozkovou obrnou vzdělává ve škole speciální a je potřeba zařazení logopedické intervence v rámci docházky, měla by být tato setkání v rozvrhu jasně daná a měla by probíhat pravidelně. Logoped by měl mít na každého žáka vyhrazen konkrétní časový úsek. Pro praxi by také bylo vhodné, aby logoped spolupracoval s rodiči a pravidelně doporučoval logopedická cvičení pro práci v prostředí domova.

Nakonec by pak podle autorky bylo vhodné, aby dospělým osobám s mozkovou obrnou byla nabízena možnost či doporučení pro práci s logopedem během celého života. Tito jedinci velmi často navštěvují pravidelně rehabilitace, které se soustředí hlavně na protahování a uvolňování těla. Podle výzkumného šetření v této práci lze ale konstatovat, že logopedická intervence, zaměřená především na spasmy dýchacího svalstva a výdechový proud při řečovém projevu, by mohla být přínosná i v dospělosti.

Závěr

Tato bakalářská práce se z teoretického hlediska zabývala diagnózou mozkové obrny, jejím vymezením, klasifikací a přidruženými poruchami. Jednou z těchto přidružených poruch často bývá narušená komunikační schopnost, která byla druhým hlavním tématem teoretické části práce. Z hlediska empirického se práce zabývala konkrétním průběhem logopedické intervence u nyní dospělých osob s mozkovou obrnou během jejich dětství. Analýza tohoto průběhu pak byla hlavním cílem práce. Dalším důležitým cílem a oblastí, na kterou se empirická část práce zaměřovala, byla analýza vlivu narušené komunikační schopnosti u osob s mozkovou obrnou na sociální začlenění do okolní společnosti.

V první kapitole byla podle publikací různých autorů představena problematika mozkové obrny. Pro empirickou část práce byla velmi důležitá druhá kapitola, zabývající se především symptomatickými poruchami řeči jako jednou z nejčastěji přidružených poruch k mozkové obrně. Z empirické části lze obecně shrnout, že ve většině případů u respondentů probíhala logopedická intervence v předškolním a mladším školním věku. Práce s logopedem byla zaměřena především na oblast nácviku výslovnosti postižených hlásek při dyslalii, na práci s dysartrií, a také na schopnost pracovat se spasmy dýchacího svalstva, a tedy s výdechovým proudem. Dále můžeme konstatovat, že pro začátek logopedické intervence bylo důležité buď doporučení praktického lékaře v raném dětství nebo průběh této péče přímo v rámci vzdělávání v mateřské či základní škole speciální. Tři ze čtyř respondentů se pak později v životě s logopedem již nesešli. Jedna z respondentek se později setkala s logopedickou intervencí na střední škole, a to pouze nárazově a tuto zkušenost hodnotila spíše negativně, nebo přinejmenším jako neúčinnou.

Jak již bylo v této práci dříve uvedeno, respondenti se logopedické intervence účastnili během devadesátých let minulého století, většinou v rámci školního vzdělávání. Pohled na tuto intervenci je tedy spíše retrospektivní. Pro výzkumné šetření je důležitý i přesah do současného života v dospělosti. Vzhledem k obecnému zlepšování péče a podpory osob s postižením v naší společnosti je předpoklad, že se průběžně s postupem času posouvá výše i úroveň logopedické intervence u osob s mozkovou obrnou, především v rámci vzdělávání ve školách speciálních.

Hlavní i dílčí cíle této práce, které představovala analýza logopedické intervence a dalších aspektů a důsledků narušené komunikační schopnosti u osob s mozkovou obrnou, byly naplněny. Za jeden z nejdůležitějších poznatků autorka práce považuje fakt, že od období staršího školního věku už osobám s mozkovou obrnou nebyla v oblasti logopedické intervence věnována pozornost. Problémy v komunikaci s jinými osobami během dospělosti však naznačují, že by tato intervence byla stále potřebná. K pokrokům by mohlo dojít především díky práci s výdechovým proudem. Přínos této bakalářské práce pro obor speciální pedagogiky spatřuje autorka především v náhledu na průběh logopedické intervence u osob s diagnózou mozkové obrny v minulosti, na základě kterého by bylo možné srovnání s průběhem této specializované péče v současnosti. Práce také nabízí náhled na to, jaký přesah má logopedická intervence během dětství na schopnost komunikace v pozdějším věku a dle názoru autorky ukazuje, že práce s logopedem by pro tuto skupinu osob byla velkým přínosem během dospělosti.

Seznam použitých informačních zdrojů

- BEVERIDGE, M., CONTI-RAMSDEN, G. *Children with language disabilities*. Bristol: Open University Press, 1987. ISBN: 0 335 10280 8.
- CSÉFALVAY, Z. Diagnostika dysartrie. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.
- FISCHER, S., ŠKODA, J., SVOBODA, Z., ZILCHER, L. *Speciální pedagogika*. Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální. Praha: TRITON, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.
- GULATI, S., VISHAL, S. Cerebral Palsy: An Overview. *Indian J Pediatr.* 2017, **85**(11), 1006–1016. DOI 10.1007/s12098-017-2475-1.
- GÚTHOVÁ, M., ŠEBIANOVÁ, D. Terapie dyslalie. In: LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-961-5.
- HENDL, J., REMR, J. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN: 978-80-262-1192-1.
- HENDL, J. Přehled metod a sběru dat. In: HENDL, J., REMR, J. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN: 978-80-262-1192-1.
- HENDL, J. Případová studie. In: HENDL, J., REMR, J. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN: 978-80-262-1192-1.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Triton, 2018. ISBN: 978-80-7553-414-9.
- KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: MPSV, 1986.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 978-80-247-1110-2.
- KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha, 2005, Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- KRAUS, J. Úvod. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha, 2005, Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- KRAUS, J. Etiopatogeneze a patofyziologie. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha, 2005, Grada. ISBN 80-247-1018-8.

- KRAUS, J. Formy DMO. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha, 2005, Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- KRAUS, J. Epilepsie u DMO. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha, 2005, Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- KUDLÁČEK, M. *Svět dětské mozkové obrny*. Nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0178-6.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-572-5.
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. Narušená komunikační schopnost. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. Cíle diagnostiky narušené komunikační schopnosti. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-961-5.
- LOVE, R. J., WEBB, W. G. *Mozek a řeč*. Neurologie nejen pro logopedy. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-464-9.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, A., SEVERA, S. *Dětská mozková obrna*. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie. 1. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-703-5.
- NÁDVORNÍKOVÁ, V. Diagnostika dyslalie. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.
- NEUBAUER, K. Terapie dysartrie. In: LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-961-5.

NEUBAUER, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K. Klinická diagnostika ZNPŘK u dospělých osob. In: NEUBAUER, K. a kol. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K. a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018. ISBN: 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, K. Dysfagie – poruchy polykání. In: NEUBAUER, K. a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018. ISBN: 978-80-262-1390-1.

NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Kapitoly ze sociologie handicapu. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN: 80-7083-268-1.

SCHNEIBERG, F. Sociální a právní otázky. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha, 2005, Grada. ISBN 80-247-1018-8.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-271-0095-8.

ŠÁCHOVÁ, I. Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO a logopedická péče. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha, 2005, Grada. ISBN 80-247-1018-8.

Seznam příloh

Příloha 1 – Vzor informovaného souhlasu s poskytnutím rozhovoru

Příloha 2 – Otázky ke strukturovanému rozhovoru