

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

Vliv hyponazality na vývoj výslovnosti

**An impact of hyponasality on the development of
pronunciation**

Bakalářská práce

Vypracovala: Kateřina Bláhová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Durdilová

Praha, 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vliv hyponazality na vývoj výslovnosti zpracovala samostatně pod vedením vedoucí práce za použití uvedených zdrojů a literatury.

V Praze, dne 2.5.2013

Kateřina Bláhová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lucii Durdilové za její cenné rady, ochotu i její odborné vedení. Dále můj dík patří klinické logopedce Mgr. Martině Barchánkové za její vstřícnost, užitečné rady i materiály, které velmi pomohly při zpracování této práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá vlivem hyponazality na vývoj výslovnosti. První část práce, která vznikla na základě prostudování odborné literatury na dané téma, nabízí teoretický vhled do problematiky vývoje řeči a výslovnosti, narušení rezonance řeči a adenoidní vegetace, která je nejčastější příčinou vzniku hyponazality v dětském věku. Druhou část tvoří vlastní šetření, které je realizováno pomocí kazuistik vybraných dětí. Informace jsem získala pozorováním v ordinaci klinické logopedky, rozhovorem s ní a analýzou dostupných dokumentů. Hlavním cílem práce je zjistit, zda má hyponazalita vliv na vývoj výslovnosti.

Klíčové pojmy: hyponazalita, vývoj výslovnosti, adenoidní vegetace, rinolalie, logopedická terapie, narušení rezonance řeči

Annotation

This thesis deals with the impact of hyponasality on the development of pronunciation. The first part of the thesis, which was created on the basis of perusing technical and specialized literature, provides a theoretical insight into the problematic of the development of speech and pronunciation – a disruption of the speech resonance and adenoids vegetation - , which is the most frequent cause of hyponasality in childhood. The second part is comprised from a personal inquiry, which was realized with the help of a case history of the selected children. I acquired the information from an observation in the consulting room of a clinical speech therapist, an interview with her and an analysis of particular and accessible documents. The principal aim of the thesis is to reveal, whether hyponasality influences the development of pronunciation.

Keywords: hyponasality, the development of pronunciation, adenoids vegetation, rhinolalia, speech therapy, a disruption of the speech resonance

Obsah

Úvod	1
1 Vývoj řeči:	3
1.1 Ontogeneze dětské řeči	3
1.1.1 Prenatální vývoj	4
1.1.2 Předřečové (přípravné) stádium:	4
1.1.3 Vlastní vývoj řeči:	5
1.2 Vývoj řeči podle jazykových rovin:	6
2 Výslovnost.....	10
2.1 Artikulační ústrojí	10
2.2 Vývoj výslovnosti	11
2.2.1 Časové období dokončení vývoje jednotlivých hlásek.....	12
2.2.2 Faktory ovlivňující vývoj výslovnosti	13
3 Narušení rezonance řeči.....	15
3.1 Rezonanční vyváženost	15
3.2 Nazalita	15
3.3 Velofaryngeální mechanismus	16
3.3.1 Velofaryngeální insuficience:	16
3.4 Rinolalie:	17
3.4.1 Rinolalie aperta	17
3.4.2 Rinolalie clausa.....	17
3.4.3 Rinolalie mixta.....	18
3.4.4 Symptomatologie	18
3.4.5 Etiologie.....	19
3.4.6 Diagnostika	20

3.4.7	Terapie	22
3.4.8	Prognóza	24
3.4.9	Možnosti prevence	24
4	Adenoidní vegetace	26
4.1	Příznaky.....	26
4.2	Vztah k řeči a výslovnosti	27
4.3	Medicínská terapie	28
4.4	Logopedická terapie po adenotomii	28
4.4.1	Nácvik nosního dýchání.....	29
4.4.2	Podpora rozvoje artikulačních orgánů	29
4.5	Další možnosti terapie orofaciální oblasti	30
5	Vlastní šetření	33
5.1	Charakteristika sledovaného souboru	33
5.2	Kazuistiky vybraných dětí.....	34
5.3	Shrnutí výsledků šetření	44
6	Závěr	48

Úvod

V této bakalářské práci věnuji pozornost problematice vlivu hyponazality na vývoj výslovnosti. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, první 4 kapitoly jsou částí teoretickou, poslední kapitola je částí praktickou.

Téma jsem si zvolila zejména kvůli zájmu o tuto problematiku, touze porozumět více dané problematice a také proto, že hyponazalita je jedním z častých narušení komunikační schopnosti u dětí v ordinaci klinické logopedky Mgr. Martiny Barchánkové, kam pravidelně docházím na praxi. Aktuálnost tématu dle mého názoru spočívá právě ve stoupajícím počtu dětí, které se s tímto narušením potýkají, ale i nutnosti mezioborové spolupráce v diagnostice, terapii i prevenci tohoto jevu.

Teoretická část, která je tvořena následujícími 4 kapitolami, vychází z prostudování odborné literatury na dané téma. V první kapitole se věnuji vývoji řeči, a to jako jeho vývojovým stádiím, tak i z pohledu vývoje jazykových rovin. V druhé kapitole se zabývám přímo výslovností a jejím vývojem. V této kapitole je také stanovena norma, ke které budu později vztahovat výsledky získané v praktické části. Ve třetí kapitole se zabývám poruchami rezonance řeči, pojmy nosovost a rezonanční vyváženost. Dále se věnuji narušené komunikační schopnosti, která vzniká poruchou rezonanční vyváženosti, tedy rinolalii, kam hyponazalitu, jenž je tématem mé práce, řadíme. Zabývám se jednotlivými typy, symptomatologií, etiologií, diagnostikou, terapií, prognózou i možnostmi terapie. Uvedeny jsou i ostatní varianty rinolalie, aby bylo možné je od sebe správně odlišit. Ve čtvrté kapitole se věnuji adenoidní vegetací, jako nejčastější příčinou hyponazality v dětském věku. K vypracování této kapitoly jsem použila odborné medicínské zdroje a logopedickou literaturu. Dále jsem se zde věnovala možnostem terapie po chirurgickém odstranění adenoidní vegetace, a to jak z hlediska medicínského, tak i logopedického.

Pátá a poslední kapitola, kterou tvoří praktická část, je realizována na základě kazuistik pěti vybraných dětí. Ty jsou vypracovány na základě dostupných dokumentů, konzultací s klinickou logopedkou a mém pozorování při terapiích.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjištění, zda má hyponazalita vliv na vývoj výslovnosti dítěte. Mezi dílčí cíle jsem zařadila vymezení hlásek, jejichž výslovnost je u dětí s hyponazalitou nejčastěji narušena, zda po zákroku následuje okamžité zlepšení

stavu nebo jak se rodiče staví k nutnosti operace svých dětí. Zároveň je cílem práce zformulovat několik rad či doporučení rodičům nebo například mateřským školám, která po zpracování své bakalářské práce považují za užitečné a bylo by možné se na jejich aplikaci v praxi zaměřit.

1 Vývoj řeči:

Jedna z mnoha definic řeči říká, že řeč je biologická vlastnost náležící člověku, jedná se o systém, který nám umožňuje přenášet informace pomocí jazyka. Tato definice je z hlediska medicínsko - rehabilitačního asi nejpřijatelnější. (Jedlička in Škodová, Jedlička a kol., 2003)

Proces řeči jako takový je i přes zájem odborníků dosud nejednoznačně vysvětlen. Existuje řada teorií v oblasti vývojové psychologie a jazykovědy. Mezi odborníky se stále vede dialog mezi Chomského syntaktickou a sémanticky orientovanými teoriemi. Syntaktická teorie klade důraz na přítomnost vrozeného systému určujícího vývoj řeči u dítěte. Naopak druhá strana vysvětluje vývoj dětské řeči jako proces učení, kdy nejsou přítomny speciální vrozené systémy. (Neubauer, 2001)

Dle Neubauera (2001) je dále otevřená oblast zkoumání vztah a souvislost mezi vývojem řeči a vývojem myšlení. Zvláště pak bude důležité pro psychologickou diagnostiku, jenž tradičně vychází z hodnocení úrovně rozvoje mluvních schopností dítěte, že *"vývoj kognitivních schopností a jazykových komunikačních schopností dítěte je bezpochyby těsně spjat, ale tento vývoj nemusí být totožný s rozvojem mluvené hlasité řeči."* (Neubauer, 2001, s. 56) Toto zjištění tedy přináší pochybnost o zkreslení výsledků takto získané diagnózy. (Neubauer, 2001).

1.1 Ontogeneze dětské řeči

Vývoj dětské řeči je značně individuální záležitost. Vývoj probíhá v určených vývojových etapách, které na sebe těsně navazují, a volně v sebe přecházejí. Dle Lechty (in Klenková, 2006) může docházet k akceleracím, retardacím nebo může vývoj pokračovat dle normy. Takto individuální vývoj si tedy žádá shovívavost v časové variabilitě, avšak žádný vývojový krok by neměl být vynechán. (Klenková, 2000)

Podle Kutálkové (2011) správný vývoj řeči závisí na mnoha faktorech. Tyto se dělí na vnější a vnitřní. Mezi vnější můžeme zařadit například vliv prostředí a výchovu. Dále to může být správný mluvní vzor a neméně důležité je i podnětné prostředí. Toto je důležité hlavně pro otázku řečové stimulace. (Jedlička, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) Mezi vnitřní faktory patří vrozené předpoklady jako normální intelekt, nepoškozená centrální nervová soustava a vrozená míra nadání pro jazyk. Důležitý je i správný duševní a fyzický vývoj. Dále souvisí se smyslovým vnímáním, nepoškozeným

zrakovým i sluchovým analyzátořem, správným dýcháním. Propojení je možné nalézt i s vývojem motoriky a to jak hrubé, tak i jemné a motoriky mluvidel. (Kutálková, 2011)

Vývoj řeči se dělí na tři fáze, na období prenatalní, předřečové stádium a stádium vlastního vývoje řeči.

1.1.1 Prenatální vývoj

Na samotný vývoj řeči má vliv již prenatalní období, kdy plod dokáže vnímat různé zvuky z okolí, např. hlas matky apod. Dítě v prenatalním období trénuje i pohybové dovednosti v orofaciální oblasti. Jako první známka komunikace se objevuje tzv. nitroděložní kvílení. (Kutálková, 2011)

1.1.2 Předřečové (přípravné) stádium:

Toto období se dělí na několik různých fází a probíhá přibližně do jednoho roku věku dítěte. Jednotlivé etapy od sebe nejsou zcela odděleny, můžeme počítat s individuální i časovou variabilitou ve vývoji.

Předřečové stádium začíná obdobím **novorozeneckého křiku**. Ten patří k prvním projevům novorozence, jedná se o reflex, "*vyvolaný podrážděním dýchacího centra přechodem z placentárního zásobování kyslíkem na plicní dýchání.*" (Klenková, 2006, s. 35) Tento křik nám ještě nepřináší žádný signální význam. Nejprve není melodická variace bohatá, ale brzy se začíná měnit. Již od 6. týdne dokáže dítě křik citově zabarvit. Nelibost a nespokojenost dítě vyjadřuje tvrdým hlasovým začátkem. V pozdějším vývoji (asi mezi 2. až 3. měsícem) dokáže dítě vyjádřit i libé pocity, které jsou charakterizovány měkkým hlasovým začátkem. (Klenková, 2006) Křik je pro rozvoj řeči dítěte velmi důležitý, připravuje hlas k užívání při řeči. (Vyštejn, 1995)

Kolem 8. - 10. týdne následuje **období broukání**. Prvotní vokalizace vzniká mimovolně spojením sacích pohybů s fonací. Toto období volně přechází v období žvatlání, objevuje se kolem 6. měsíce. Nejprve se jedná o tzv. **pudové žvatlání**, které není závislé na jazyce a není spjato se sluchovou kontrolou, takže se s ním setkáváme jak u dětí slyšících, tak i neslyšících. Dále navazuje období **napodobivého žvatlání**, kdy "*dítě připodobňuje své vlastní zvuky, které při žvatlání produkuje, hláskám svého mateřského jazyka.*" (Klenková, 2006, s. 35) Dítě se v tomto období snaží napodobovat zvuky, které slyší ve svém bezprostředním okolí, u svých nejbližších. Kopíruje nejen

jejich melodii, ale i tempo a rytmus řeči. (Kutálková, 2005) Začíná se zapojovat vědomá sluchová i zraková kontrola, kdy si dítě všímá pohybů mluvidel nejbližšího okolí. Objevuje se fyziologická echolálie, protože se dítě snaží napodobovat hlásky svého mateřského jazyka a potřebuje k tomu mnoho pokusů. (Klenková, 2006) Neslyšící děti již tímto obdobím, díky nutné sluchové kontrole, neprocházejí. (Kutálková, 2005) Posledním obdobím předřečového stádia vývoje řeči je rozumění řeči. Přichází mezi 8. - 10. měsícem věku. Dítě ještě nechápe obsah slov, ale dokáže si je spojit s konkrétní situací či vjemem, která je mu známá a často se opakuje. Rozumění dítěte se projevuje motorickou reakcí. Příkladem je říkačka Pací, paci, dítě ukazuje jak je velké, apod. Dítě nedokáže reagovat na vlastní obsah slov, ale na zvuk a melodii. Toto období je velmi důležité, protože dítěti narůstá pasivní slovní zásoba, tedy množství slov, kterým rozumí. Je vhodné, aby dítě bylo v častém sociálním kontaktu, snažit se mluvit o tom, co právě děláme a co vidíme. (Klenková, 2006)

1.1.3 Vlastní vývoj řeči:

Období vlastního vývoje řeči plynule navazuje na předřečová stádia. Jedná se o čtyři po sobě jdoucí a navazující stádia. Počátek tohoto období klademe asi okolo jednoho roku života dítěte. Klenková (2000, 2006) uvádí jako první stádium **emocionálně - volní**, které je charakteristické vyjadřováním potřeb, citů a proseb dítěte. Objevuje se první skutečný verbální projev. První slova zastupují zpočátku funkci jednoslovné věty. Jedná se o slova, která mají komplexní význam věty. První slova mohou být jednoslabičná i víceslabičná a spojují se s konkrétními osobami nebo věcmi. Společně s užíváním prvních slov dítěte nadále přetrvává žvatlání. Dále dítě k dorozumívání využívá i preverbálně - neverbální úroveň komunikace jako například gestikulaci, mimiku, pláč. V jeden a půl až dvou letech dítě objevuje mluvení jako činnost a napodobuje dospělé a samo si opakuje slova. Jedná se o egocentrické stádium vývoje řeči.

Navazuje **asociačně - reprodukční stádium**. V něm nabývají prvotní slova pojmenovávací funkci. *"Výrazy, které dítě slyšelo ve spojitosti s určitými jevy, přenáší na jevy podobné, reprodukuje tak jednoduché asociace. Jde o přenášení (transfer) označení na jevy analogické."* (Klenková, 2006, s. 36) Řeč je stále na úrovni spojení výrazu s konkrétním jevem. V období mezi druhým a třetím rokem dochází k velkému rozvoji komunikačních řeči. Dítě si začíná uvědomovat, že může dosahovat svých cílů a

ovládat dospělé. Dítěti se toto líbí a snaží se co nejvíce komunikovat. (Klenková, 2000)

Kolem třetího roku života dítěte přichází **stádium logických pojmů**, které je velmi důležité. V tomto období se poprvé v životě dítěte setkáváme s abstrakcí, která doplňuje dosud pouze konkrétní jevy, a generalizací. Dítě přechází z první signální soustavy do druhé. Vzhledem k obtížnosti období dochází často k problémům jako zadrhávání, opakování slov, slabik. (Klenková, 2006) Krátkodobé obtíže jsou v tomto věku fyziologické, pokud přetrvávají, musíme jim věnovat zvýšenou pozornost.

Posledním obdobím ve vývoji řeči dítěte je **intelektualizace řeči**. Na přelomu třetího a čtvrtého roku života je dítě schopno vyjadřovat svoje myšlenky zpravidla obsahově i formálně dostatečně přesně. Dítě si osvojuje nová slova a rozšiřuje tak svoji slovní zásobu, dále prohlubuje a zpřesňuje jejich obsah. (Klenková, 2006) Dle Jedličky (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) je otázka ukončení vývoje řeči stále diskutovaná. Vzhledem se správnosti výslovnosti, tedy formální stránky řeči se hranice objevuje mezi 5. - 6. rokem.

1.2 Vývoj řeči podle jazykových rovin:

Existují čtyři jazykové roviny - morfologicko - syntaktická, lexikálně - sémantická, foneticko - fonologická a pragmatická. Tyto roviny se vyvíjejí v průběhu ontogeneze řeči a vzájemně se prolínají. V některých časových úsecích probíhá jejich vývoj současně. (Klenková, 2006, Balašová, 2002)

Morfologicko - syntaktická rovina je rovina gramatická, zabývá se skloňováním, časováním a používáním slovních druhů, kterou můžeme začít zkoumat až okolo jednoho roku dítěte, spolu se začátkem vlastního vývoje řeči. První slova, která dítě používá, mají funkci jednoslovných vět. Slova vznikají opakováním slabik např. mama, baba, papa. První slova dítěte se zpravidla neskloňují ani nečasují, slovesa jsou nejčastěji v infinitivu, podstatná jména v prvním pádě. (Bednářová, Šmardová, 2007) Klenková (2006) uvádí, že tvoření vět tímto způsobem přetrvává asi do 1,5 až 2 let. Následují dvouslovné věty vzniklé spojením dvou jednoslovných vět.

Z pohledu morfologie začínají děti nejdříve používat podstatná jména, na ně později navazují slovesa, společně s nimi se objevují onomatopoická citoslovce. Mezi druhým a třetím rokem dítě přidává přídavná jména, poté i osobní zájmena, nakonec i číslovky, předložky a spojky. Po čtvrtém roce by dítě mělo užívat všechny slovní druhy. Dle Bednářové a Šmardové (2007) by se mělo mezi druhým a třetím rokem začít

objevovat skloňování a časování. Nejprve dítě upravuje rod, později pád a číslo.

Delší dobu dělá potíže stupňování přídavných jmen. Typicky se objevuje umístování emocionálně významného slova na počátek věty. Mezi třetím a čtvrtým rokem začíná dítě tvořit souvětí. Nejprve se jedná o souvětí slučovací, později přibývají i podřadná. (Klenková, 2006) *"Pravidla syntaxe se dítě učí samo pomocí transferu. Gramatické formy, které slyší v určité situaci, použije analogicky i v jiných situacích. Transfer je přesný, nebere v úvahu gramatické výjimky."* (Klenková, 2006, s. 38). Do čtyř let věku dítěte se může objevovat fyziologický dysgramatismus jako přirozený jev. Po čtvrtém roce by měl být projev dítěte v běžné komunikační situaci z hlediska gramatické stránky bez nápadných odchylek. Jestliže i v tomto věku přetrvávají dysgramatismy, je možné, že se jedná o některou z forem narušené komunikační schopnosti. (Klenková, 2006)

Lexikálně sémantická rovina se zabývá se slovní zásobou, jak pasivní, tak i aktivní. U dítěte si vývoje této roviny, a to především pasivní slovní zásoby, můžeme začít všimnout asi okolo 10. měsíce věku, kdy začíná "rozumět" řeči. Od prvního roku věku se začínají objevovat první slova i v jeho aktivní slovní zásobě. Dítě stále setrvává hlavně na úrovni neverbální komunikace, nejčastěji používá mimiku, pohledy, pohyby, pláč. Z počátku dítě všechna svá slova chápe všeobecně - "haf" je vše chlupaté, co má čtyři nohy - jedná se o hypergeneralizaci. Jakmile se slovní zásoba dítěte rozšíří, přichází naopak fáze hyperdiferenciace, kdy slovo "táta" označuje pouze a jen jeho vlastního otce. (Klenková, 2006)

Během vývoje dětské řeči se setkáváme s tzv. prvním a druhým věkem otázek. Okolo jeden a půl roku věku se setkáváme s častými otázkami "Co je to?", "Kdo je to?", "Kde je?", později, asi ve třech a půl letech přichází dítě s otázkou "Proč?", případně "Kdy?". V otázce šetření slovní zásoby nabízí Klenková (2006) pohled do výzkumů několika autorů a uvádí, že "jsou známy výzkumy Smithové (Příhoda, 1963), Kondáše (1983), Sterna (Lechta, 1985). Z těchto výzkumů vytvořením průměrných údajů se dozvídáme, že v období okolo 1 roku je slovní zásoba dítěte 5-7 slov, slovní zásoba dvouletého dítěte je přibližně 200 slov, takže můžeme pozorovat veliký nárůst, tříleté dítě již zná téměř 1000 slov, což tvoří pětinasobek slovní zásoby dítěte dvouletého. Ve věku 4 let má slovní zásobu asi 1500 slov, před nástupem do školy v 6 letech je slovní zásoba kolem 2500-3000 slov." (Klenková, 2006, s. 38-39) Přestože se jedná o relativně staré výzkumy, Klenková (2006) ani Průcha (2011) novější u českých dětí

neuvádějí. Dle výše uvedeného přehledu si můžeme ukázat, že největší nárůst slovní zásoby přichází do 3. roku věku dítěte. Kolem třetího roku se dokáže dítě představit jménem a příjmením, mezi 3. a 4. rokem začíná chápat rozdíly malý - velký, světlo - tma, zná jméno sourozence, umí zpívat písničku nebo přednést básničku. Před nástupem do základní školy dokáže hovořit o zážitcích ve svém životě nebo splnit příkaz s delším zadáním. (Klenková, 2006)

Průcha (2011) také uvádí, že řečový vývoj postupuje rozdílně u dívek a u chlapců. Obvykle bývá u dívek rychlejší.

V níže uvedeném textu bude vývoj výslovnosti představen stručně pomocí základních informací. Podrobněji se mu budu věnovat v jedné z následujících kapitol.

Foneticko – fonologická rovina se zaměřuje na zvukovou stránku řeči. Důležité období je přechod od pudového žvatlání k žvatlání napodobujícímu, tedy doba mezi 6. - 9. měsícem. Zvuky, které dítě produkovalo v období pudového žvatlání, se nepovažuje za hlásky mateřského jazyka. (Klenková, 2006)

Rozvoj této jazykové roviny je pevně spjat se sluchovým vnímáním, protože dítě začíná rozlišovat hlásky mateřského jazyka ze zvuků, které ho obklopují. Tato schopnost má poměrně zdlouhavý vývoj. (Klenková, 2006, Bednářová, Šmardová, 2007) Názory autorů na posloupnost vyslovování hlásek dítětem se mohou lišit. Schulze (in Lechta, 1990, in Klenková, 2006) vyslovil tzv. pravidlo nejmenší námahy, které říká, že dítě postupuje od hlásek, které jsou pro ně nejméně namáhavé k hláskám, které jsou artikulačně náročnější. S tímto tvrzením mnozí autoři nesouhlasí a ukazují, že mnohé děti dokážou vyslovit artikulačně obtížnou hlásku, ale jednodušší ne. Žebrowská (in Klenková, 2006) uvádí, že dítě nejprve využívá výlučně kontrast mezi souhláskami a samohláskami, např. P-A, následovaný opozicí závěrové nosní a ústní samohlásky, např. M-P, opozice retné a dásňové hlásky, např. P-T. Ačkoli jsou tedy názory různé, pro logopedickou praxi je důležité znát pořadí fixace jednotlivých hlásek, protože podle tohoto pořadí se následně postupuje při korekci výslovnosti. Nejdříve se v řeči dítěte fixují samohlásky, mezi souhláskami se první fixují hlásky závěrové, dále úžinové jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření. Vývoj výslovnosti trvá do 5. - 7. roku života dítěte a je ovlivněn řadou faktorů, může to být obratnost mluvidel, vyzrálost fonemického sluchu, samozřejmě i sociální faktory jako prostředí

dítěte a jeho podnětnost v řeči i psychice, správný mluvní vzor, i úroveň intelektu může mít na vývoj výslovnosti vliv.

Názory odborníků na hranici, která určí, zda je narušení ještě součástí fyziologického vývoje a kdy se již jedná o patologii, se různí. Autoři uvádějí různé údaje od 4 do 7 let. Trend je takový, aby dítě nastupující do první třídy základní školy nastupovalo bez narušení výslovnosti. (Klenková, 2006)

Pragmatická rovina se zaměřuje na využití osvojené řeči v praxi. Lechta (1990, in Klenková, 2006, s. 40) uvádí, „že *pragmatická rovina představuje rovinu sociální aplikace, uplatnění komunikační schopnosti, do popředí se dostává sociální a psychologická stránka komunikace.*“ Dle Klenkové (2000) je již dvou- až tříleté dítě schopné chápat svou roli komunikačního partnera a vhodně reagovat v konkrétní situaci. Klenková (2006, s. 40) *"Podle Grohnfeldta (1982, in Lechta, Matuška, 1995) se dítě učí ovládnout mateřský jazyk nejen jako systém znaků a pravidel, ale současně si osvojuje schopnost používat různé komunikační vzorce, které aplikuje různým způsobem v různých situacích."* Kromě slovních to zahrnuje i paralingvistické (mimoslovní) a afektivní výrazové formy, jejichž strukturu dítě pochopilo již jako kojeneček. Dítě dokáže intuitivně pochopit celkovou situaci mnohem dříve, než dokáže porozumět slovům a větám. Po třetím roce života dítě samo vyhledává komunikaci, navazování a udržování krátkého rozhovoru s dospělými v okolí. Od čtyř let dokáže lépe komunikovat přiměřeně situaci. Také v tomto období dochází řeč do regulační funkce, kdy nám umožňuje usměrňovat chování dítěte řečí nebo naopak dítěti samotnému regulovat řečí dění ve svém okolí. (Klenková, 2006)

2 Výslovnost

Výslovnost neboli artikulace je dle Dvořáka (2001) vytváření hlásek mluvidly. Existují podle něj dvě varianty a to vokalická, kdy artikulační orgány vytvářejí rezonanční prostor určitého tvaru a velikosti z nadhrtanových dutin, a vznikají zvuky převážně tónového charakteru – samohlásky. Druhou variantou je artikulace konsonantická, kdy vznikají zvuky šumové povahy – souhlásky, a to tak, že artikulační orgány vytvoří výdechovému proudu překážku nebo úžinu.

„Souhře činnosti jednotlivých mluvních orgánů při tvoření zvuků určitého jazykového systému se říká artikulace (člankování) hlásek.“ (Klenková, 2006, s. 43)

2.1 Artikulační ústrojí

Pro vznik řeči jako takové je nutné zformování hlasu v artikulačním ústrojí, základní tón však vzniká rozkmitáním hlasivek výdechovým proudem vzduchu. Pro finální podobu zvuku řeči je tedy důležité respirační neboli dýchací ústrojí, fonační neboli hlasové ústrojí a artikulační ústrojí. Ve zkratce představím první dvě z nich a budu se věnovat hlouběji ústrojí artikulačnímu. (Kutálková, 2005, Neubauer, 2001)

Primární funkcí respiračního ústrojí je zajištění dýchání. Mluvní projev člověka je realizován při výdechu, síla výdechového proudu ovlivňuje i sílu a částečně také výšku hlasu. (Neubauer, 2001)

Hlasové ústrojí je místem vzniku hlasu. Je uloženo v hrtanu. Hlas vzniká rozkmitáním hmoty hlasivek ve výdechovém proudu vzduchu. Tím vznikne tzv. základní tón, který je v artikulačním ústrojí přeměňován, především jeho výška zvuku a jeho síla. (Kutálková, 2005)

Artikulační ústrojí neboli mluvidla jsou dle Neubauera (2001) především orgány dutiny ústní, které se aktivně zapojují do tvorby zvuků hlásek – artikulace. Dělíme je na aktivní a pasivní. Mezi aktivní mluvní orgány patří rty, jazyk, měkké patro a dolní čelist. Naopak mezi pasivní řadíme tvrdé patro, zuby a alveoly.

Kutálková (2005) uvádí, že se z hlasu stane lidská řeč působením rezonance tří dutin. Největší podíl má dutina ústní, dále dutina nosní a nejmenší, přesto však nezanedbatelný vliv má dutina hltanová. Ty mají dohromady název artikulační neboli hláskotvorné ústrojí. Primární funkce těchto dutin bylo ovšem rozměňování potravy, čichání a polykání. Až během vývoje přibraly další funkci – tvorbu řeči.

Mezi orgány, které se podílejí na artikulaci v dutině ústní, patří rty tvořené velmi pohyblivým kruhovým svalem, tváře podílející se na mimice, horní a dolní čelist sloužící primárně ke žvýkání, sekundárně pak umožňují měnit velikost čelistního úhlu ovlivňujícího artikulaci některých hlásek. Dále zahrnují zuby, kdy při výměně dentice může docházet k nepřesnostem v artikulaci, strop dutiny ústní tvoří tvrdé patro, které ji odděluje od dutiny nosní. Jeho pokračováním je měkké patro tvořené svalovinou. Jeho hlavním úkolem je oddělování dutiny nosní od dutiny ústní pomocí patrohltanového uzávěru. Jeho funkce ovlivňuje zvuk některých hlásek. Posledním orgánem účastnícím se artikulace je jazyk, jehož hrot, hřbet i kořen se významně uplatňují při artikulaci.

Vstup do nazální dutiny tvoří nosní otvory a je nosní přepážkou rozdělen na dvě části. Spodní část tvoří tvrdé patro a horní část pak spodina lebeční. Dutina nosní je vystlána sliznicí, která zachycuje prach, otepluje a zvlhčuje vzduch, který vdechujeme.

Dutina hltanová je propojena s dutinou ústní, nosní, i se středním uchem Eustachovou trubicí. (Durdilová, 2011, Kutálková, 2005)

2.2 Vývoj výslovnosti

Vývoj výslovnosti můžeme sledovat v podstatě od narození dítěte. Klíčové je ovšem období přechodu od pudového k napodobivému žvatlání. Až od tohoto období lze ve skutečnosti mluvit o vlastním vývoji výslovnosti. Hlásky, které dítě do té doby produkovalo nelze hodnotit jako hlásky mateřského jazyka. Vývoj výslovnosti potom pokračuje celé období předškolní, někdy zasahuje i do mladšího školního věku. (Lechta, 1989)

Neubauer (2010) uvádí nejčastěji uznávaný názor, že vývoj výslovnosti jednotlivých hlásek probíhá většinou od percepčně i motoricky jednodušších hlásek k artikulačně obtížnějším, ale celý proces není jednotný a může se individuálně lišit, a to jak v průběhu vývoje, tak i v případných obtížích.

Z logopedického aspektu, z diagnostických důvodů, při plánování postupu podpory rozvoje řeči a její korekce, je důležité znát pořadí, v jakém se fixuje výslovnost jednotlivých hlásek. Lechta (1989) uvádí, že jsou to nejdříve závěrové hlásky P, B, M, T, D, N, Ť, Ď, Ň, K, G., dále úžinové jednoduché hlásky F, V, J, H, CH, S, Z, Ž, Š a nakonec se fixují hlásky polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření jako C, Č, L, R.

Neubauer (2010) uvádí, že vývoj výslovnosti dítěte jde způsobem nalézání a

zpřesňování slyšených a viděných motorických vzorů. Tím pádem jsou hlásky, které lze dobře zvukově odlišit a motoricky snáze realizovat, realizovány častěji. Mezi tyto hlásky můžeme například zařadit samohlásky nebo většinu rázových hlásek, s výjimkou hlásek K a G, které jsou dětmi často nahrazovány hláskami T a D.

Naopak u vývoje úžinových hlásek a vibrant je vývoj nejen komplikovanější, ale i závislý na správném rozvoji hlásek, kterými jsou často tyto hlásky nahrazovány. Častým jevem v této oblasti je vývoj hlásky L, která je často nejprve nahrazována J, vibranty R s předchozím nahrazováním L a hlásky Ř, která je často nahrazována sykavkou Š. (Neubauer, 2010)

Také rozvoj výslovnosti sykavek, které si žádají jemnou souhru motorické realizace a sluchové percepce vytvářeného zvuku, je u většiny dětí pozvolný. Konečná automatizace hlásek se často posouvá až do mladšího školního věku. (Neubauer, 2010)

Lechta (1989) uvádí jako zajímavý fakt, že dítě je schopné v období pudového žvatlání realizovat často i velmi komplikované zvukové komplexy a následně, když se učí skutečné hlásky mateřského jazyka, je jeho výslovnost dlouho nesprávná.

2.2.1 Časové období dokončení vývoje jednotlivých hlásek

V počátečním období vývoje výslovnosti, tedy asi od 1 roku života dítěte do přibližně dvou a půl roku, dítě ovládá hlásky B, P, M, A, O, U, I, E, D, T, N, někdy hlásku L, kdy se po třetím roce upravuje artikulační postavení, které ovlivňuje vývoj hlásky R. V dalším období, zhruba do třech a půl roku se objevují dvojhlásky AU, OU, dále hlásky V, F, H, CH, K, G. V období asi do čtyř a půl roku se setkáváme s měkkčením, které bývá často problematické. V tomto období se také dokončuje vývoj artikulace „jednodušších hlásek“, začínají se rozvíjet hlásky „složitější“. Dále se objevují tupé sykavky Č, Š, Ž, což je období do asi pěti a půl roku věku. Artikulace tupých sykavek je pro děti zpravidla jednodušší než artikulace ostrých (C, S, Z), které se objevují v pozdějším období do šesti a půl roku společně s hláskou R. Do přibližně sedmi let, kdy končí zpravidla vývoj výslovnosti, si dítě osvojuje hlásku Ř a dokáže diferencovat mezi tupými a ostrými sykavkami. (Durdilová, 2011)

Vývoj výslovnosti jednotlivých hlásek prochází kratším či delším procesem fixace a automatizace, které v některých případech končí až v mladším školním věku. Jedná se o individuální a dlouhodobý proces. Tato oblast jazyka, oproti například gramatice, začíná vývoj nejdříve a končí nejpozději. To je ovlivněno více faktory. (Lechta, 1989)

2.2.2 Faktory ovlivňující vývoj výslovnosti

Existuje více faktorů, které mohou ovlivňovat vývoj výslovnosti a jsou i důvodem dlouhodobosti tohoto procesu. Jedním z nich je *obratnost mluvních orgánů*. Artikulace jednotlivých hlásek je motorický akt, který je jedním z nejnáročnějších procesů jemné motoriky člověka. Často si žádá maximální obratnost a souhru artikulačního ústrojí, jinak je výslovnost dané hlásky nesprávná. Rozdíl v artikulaci některých hlásek je totiž tak nepatrný, že stačí jen minimální odchylka a dítě artikuluje jinou hlásku. Žádoucí obratnosti artikulačních orgánů (především jazyka, rtů, čelisti, měkkého patra, jazyka) lze dosáhnout pomocí „tréninku“ podmíněného vyzrálou inervací celé oblasti mluvních orgánů. Zároveň je nutné brát ohled nejen na možné odchylky, ale i přirozené vývojové procesy v této oblasti, jakým je například výměna dentice, která znesnadňuje např. správné vyslovování sykavek. (Lechta, 1989)

Dalším faktorem může být *schopnost fonemické diferenciacce*. Schopnost sluchové diferenciacce mezi fonémy mateřského jazyka se začíná rozvíjet v období napodobování, tedy asi okolo 8. měsíce života dítěte. Zvláštností vývoje fonemické diferenciacce se podle Lechty (1989) věnoval Ohnesorg. Uvádí, že dítě vnímá zvukové prvky ve svém okolí již od doby, kdy začíná rozumět svému okolí, z počátku dokonce mnohem citlivěji než ve starším věku. Řeč z počátku slyší velmi přesně, vnímá dokonce i zvuky, které jsou pro dorozumívání irelevantní. S postupnou intelektualizací řeči získává význam slov převahu nad jejich zvukovou stránkou. Dítě již řeč nevnímá foneticky zcela věrně, ale vybírá si z ní fonologické prvky, tzn. prvky s distinktivní hodnotou, což mu potom zůstává po celý život. Fonologické chápání jazyka se u dítěte rozvíjí postupně, nejdříve diferencuje velmi odlišné zvuky, potom čím dál podobnější až se naučí rozlišovat všechny zvuky mateřského jazyka. Normou pro dosažení tohoto stádia je asi 6 a půl roku věku dítěte, krajní hranicí pak 7 – 8 roků. Je třeba si uvědomit důležitost schopnosti fonemického rozlišování pro vývoj výslovnosti. Naproti tomu nezávisí kvalita výslovnosti jen na něm. Jedná se pouze o dostředivou složku reflexního

okruhu. Z logopedického hlediska je důležité, aby dítě chápalo distinktivní funkci jednotlivých fonémů, ale nemusí je ve výslovnosti používat. (Lechta, 1989)

Dalším faktorem ovlivňující vývoj řeči může být fakt, že dítě při komunikaci ve svém prostředí jednoznačně preferuje obsahovou stránku řeči před zvukovou. Je pro ně důležitý *komunikační záměr*. To znamená, že dítě chce vyjádřit svoje aktuální potřeby, pocity a je pro ně důležité, zda se dorozumí a je splněn jeho požadavek. V tu chvíli pro ně není důležité, *jak* výpověď vysloví, jak artikuluje. Pokud jde o obsahovou stránku řeči, musí být o mnoho preciznější. V tuto chvíli závisí budoucí vývoj výslovnosti na reakci okolí. Pakliže ani ve starším předškolním věku nežádá po dítěti přesnou artikulaci nebo dítěti neposkytuje správný mluvní vzor a vývoj výslovnosti se prodlouží, nesprávná výslovnost se zafixuje. (Lechta, 1989)

Dále můžeme zmínit další činitele, které mají kromě vývoje artikulace i všeobecnější vliv. Mezi ty patří například *úroveň intelektu, napodobovací schopnost, kvalita řečové a psychické stimulace* ze strany prostředí atd. (Lechta, 1989)

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, je důležité stanovit věk a stav artikulace, dokdy je nesprávná výslovnost u dítěte fyziologická a kdy je již nutné zahájit logopedickou péči. Bohužel se autoři v názoru na toto neshodují. Obecně však lze říci, že se uvažuje o možnosti autokorekce s hranicí asi 7 let věku dítěte, kdy dochází k ukončení vývoje řeči a spontánní autokorekci již není možné očekávat. Moderní trend logopedické péče však preferuje časnější zákrok logopeda asi v období 5 – 6 let věku, v odůvodněných případech i dříve. (Lechta, 1989)

Jelikož je však proces vývoje řečových a artikulačních schopností dítěte odlišný od metod korekce odchylek výslovnosti logopedem za pomoci substitučních hlásek a vyvozování nových percepčně - motorických vzorů, je dle Neubauera (2010) nutné, aby zahájení umělého vyvozování hlásek navázalo na odborné diagnostické rozhodnutí o stavu vývoje výslovnosti dítěte. Je však lepší podporovat přirozený vývoj vzorů hlásek, odstraňovat případné blokády dalšího rozvoje a až v případě, je – li již fixována nesprávná artikulace dané hlásky, využít umělých postupů k vyvození nového artikulačního vzoru hlásky.

Nakonec je nutné znovu zdůraznit, že vývoj výslovnosti je individuální a nelze jej posuzovat šablonovitě. Jedná se o dlouhodobý proces, jehož narušení musí mít důvod. Proto je důležité spoléhat na odborníky, diagnostická vyšetření a hodnotit každou metodu užitou k rozvoji artikulačních schopností. (Neubauer, 2010)

3 Narušení rezonance řeči

3.1 Rezonanční vyváženost

Vzájemný poměr nazality a orality (rezonance ústní dutiny) v mluvené řeči ovlivňuje výsledný akustický dojem vyslovovaných hlásek, které může rozdělit na orální a nazální.

Při vyslovování orálních hlásek dochází k vytvoření ventilového závěru mezi nosohltanem a spodnějšími částmi hltanu. Převážný objem výdechového proudu pak směřuje z hrtanu do dutiny ústní. Na rezonanci hlasu se potom podílí hrtan nad hlasovou štěrbinou, hrtanová a ústní část hltanu a dutina ústní. Na realizaci nazálních hlásek se potom podílí i dutina nosní a nosohltanová. Pevnost patrohltanového uzávěru se liší podle přtlaku v ústní dutině, který je nutný pro vytvoření dané hlásky. (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, Škodová, Jedlička, 2003)

Rezonanční vyváženost rozumíme správný poměr orality a nazality. Pokud dojde ke snížení nazality u nazálních a naopak ke zvýšení nazality u hlásek orálních, dojde k narušení oronazální rovnováhy. (Durdilová, 2012)

Ovládání orality a nazality je podmíněno aktivitou patrohltanového mechanismu, prostorností a průchodností rezonančních dutin, velikostí čelistního úhlu, intenzitou a tlakem výdechového proudu vzduchu. Míra nazality může být ovlivňována i kulturními vlivy, dialektem nebo snahou o změnu mluvního projevu. (Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Porucha nosní rezonance se manifestuje jako otevřená, zavřená nebo smíšená huhňavost. (Kerekrétiová, in Lechta a kol., 2003)

3.2 Nazalita

Kerekrétiová (in Lechta a kol., 1989) uvádí, že v řeči se v různé míře uplatňují rezonanční dutiny ústní, nosní i nosohltanová.

„*Jednou z fyziologických složek artikulace hlásek lidské řeči je nosovost (nazalita).*“ (Vitásková, in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, s. 68) Jedná se o rezonanci dutiny nosní v průběhu mluvené řeči (Dvořák, 2001), která je dle Neubauera (2010) vyjádřena aktivní činností měkkého patra, které otevírá či uzavírá cestu výdechovému proudu vzduchu do dutiny nosní.

Při mluvené řeči se nosovost uplatňuje v různých jazycích v odlišné míře. U

některých hlásek je nosovost minimální, u jiných naopak jejich charakteristickým zvukem a proto jsou nazývány nosovkami. S menší mírou nazalily se v českém jazyce setkáváme například u samohlásek nebo u některých souhlásek, třeba u exploziv nebo u sykavek. V českém jazyce je nosovost nejsilnější u M, N, Ň a skupiny NG. (Škodová, Jedlička, 2003)

Míra nazalily také závisí na síle patrohltanového uzávěru a na prostornosti rezonančních dutin. (Kerekrétiová in Lechta a kol., 1989)

Dle Klenkové (2000) je nejsilnější závěr u samohlásek I, U, ze souhlásek při sykavkách, závěrových souhláskách a souhlásce R. Menší u samohlásek E, O, nejslabší pak při A.

3.3 Velofaryngeální mechanismus

Podle níže uvedených autorů jsou velofaryngeální mechanismus (uzávěr) neboli patrohltanový uzávěr všechny struktury patra, hltanu a bezprostředního okolí, jenž se podílejí na zabezpečení jeho funkcí. Je tvořen společně měkkým patrem a hltanem, kdy měkké patro tvoří závěr se zadní a laterální stěnou hltanu. Dochází tak k oddělení orální a nazální dutiny. To je důležité jak pro zajištění primárních funkcí, jako jsou například polykání a sání, kdy zabraňuje vniknutí potravy a tekutin do nosu, tak i pro sekundární, například řeč. Velofaryngeální mechanismus se dále podílí například na foukání, pískání, respiraci, nebo správné funkci sluchu.

Velofaryngeální uzávěr se vyvíjí v průběhu dětství, vývoj se dokončuje asi okolo 10. roku života dítěte v závislosti na dozrávání fonačních a artikulačních orgánů. (Durdilová, 2012, Vitásková in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, Škodová, Jedlička, 2003)

3.3.1 Velofaryngeální insuficience:

Insuficiencí rozumíme podle Dvořáka (2001) nedostatečnost, neschopnost orgánu či orgánového systému plnit základní funkce.

Pojem velofaryngeální insuficience představuje nedostatečnou funkci patrohltanového uzávěru a dalších struktur, které se na této funkci podílejí. (Škodová, Jedlička, 2003) Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí jako příčiny vzniku insuficience vrozené nebo získané organické nebo funkční změny, ale i kombinaci těchto příčin.

Porucha řeči vzniklá jako důsledek velofaryngeální insuficience se nazývá **rinolalie**.

3.4 Rinolalie:

Rinolalie je narušení komunikační schopnosti, kterou řadíme do poruch zvuku řeči. Dle Škodové, Jedličky (2003) se v oblasti logopedie využívá spíše názvu huhňavost, naproti tomu v lékařské terminologii se využívá spíše názvu rinofonie, který lépe charakterizuje oblast narušení, kterou je zvuk řeči.

"Huhňavost je patologicky změněná nosovost, která deformuje zvuky vyslovovaných hlásek." (Balašová, 2002, s. 23)

Narušen je nejen zvuk řeči, ale i artikulace. Zvuk řeči je podmíněn individuální mírou nazality jedince. Různými vlivy může dojít ke značnému narušení rovnováhy mezi oralitou a nazalitou, tedy ústní a nosní rezonancí. (Klenková, 2006)

Podle výše uvedeného dělíme narušení na tři skupiny. Huhňavost otevřená, zavřená a smíšená.

3.4.1 Rinolalie aperta

Vícero autorů uvádí, že se jedná se o patologicky zvýšenou nosovost, zvýšený podíl nazality na tvorbě hlasu a řeči. Dle Balašové (2002) dochází při artikulaci hlásek ke zvýšení nosní a nosohltanové rezonance, což je dle Škodové, Jedličky (2003) způsobeno tím, že patrohltanový uzávěr nestačí zabránit úniku vzduchu do rezonančních dutin. Klenková (2000) uvádí, že se tato změna týká kromě nosovek i samohlásek i, u, ze souhlásek sykavek a závěrových hlásek.

V literatuře se můžeme setkat s různorodým označením. Dle Dvořáka (2001, s. 167) pro tento jev existují pojmy *"rhinolalia aperta, hypernazalita, hyperrinolalie."* Klenková (2006) uvádí, že podle Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů je nyní doporučován termín hypernazalita, jenž je charakterizovaná silným nosním zabarvením všech orálních hlásek.

3.4.2 Rinolalie clausa

Jedná se o patologicky sníženou nosovost, tedy nedostatek podílu nosovosti na tvorbě hlasu a řeči. Synonymy jsou hyponazalita, rhinolalia clausa nebo hyperrhinolalia.

V logopedické terminologii se nejčastěji využívá pojmu hyponazalita. Termín je platný mezinárodně.

Dle Balašové (2002, s. 23) „*huhňavost zavřená představuje patologicky sníženou nosovost dutiny nosní a nosohltanové*“ vzniklou omezením nebo zmenšením prostornosti rezonančních dutin, které nejčastěji vznikají jako důsledek orgánových změn. Nadměrná činnost patrohltanového uzávěru je výjimka. (Škodová, Jedlička, 2003)

Klenková (2006) uvádí, že je patologie podmíněna překážkou nebo překážkami v dutině nosní, které se staví do cesty výdechovému proudu. Lze rozdělit hyponazalitu přední a zadní, a to podle umístění překážky.

3.4.3 Rinolalie mixta

Smíšená huhňavost neboli rinolalia mixta je zvláštní případ této poruchy, který by se měl vzhledem k definicím vylučovat. (Klenková, 2006) Ve skutečnosti však dle Škodové, Jedličky (2003) vzniká v tom případě, je – li patrohltanový uzávěr nedostatečný a zároveň je patologicky zmenšený prostor rezonančních dutin.

3.4.4 Symptomatologie

Důsledkem funkčních a orgánových změn dochází k zastření řeči, někdy až k nesrozumitelnosti.

U **otevřené huhňavosti** dochází k průniku vzduchu do nosní dutiny, protože patrohltanový uzávěr není dokonalý a dochází tím k patologické účasti nosní a nosohltanové rezonance tam, kde normálně nemá být. (Škodová, Jedlička, 2003) Klenková (2000) uvádí, že tato změna se týká kromě nosovek i samohlásek I a U, ze souhlásek sykavek a závěrových hlásek.

V případě **zavřené huhňavosti**, kdy je nazalita patologicky snížena, je nejvíce narušena artikulace nosovek. Hlásky M, N, Ň artikulované huhňavým dítětem zní jako B, D, Ď. Ze samohlásek jsou nejvíce zasaženy U a O, tyto samohlásky jsou nezvučné a tlumené. (Škodová, Jedlička, 2003)

„*Jako akustická charakteristika vzniká temný „rýmový“ zvuk řeči.*“ (Klenková, 2006, s. 131) Další symptomy se projevují jako omezené dýchání nosem s následným dýcháním ústy, může být přítomna porucha čichu nebo typický výraz obličeje s ochablým svalstvem orofaciální oblasti. (Klenková, 2006)

Stále otevřená ústa u dítěte způsobují, že jazyk ochabne a klesá na spodinu ústní a postupně se posunuje vpřed. Také svaly, které za normálních okolností udržují ústa zavřená, ochabují. Pakliže se situace neřeší, může dojít až k uzavření průchodu do dutiny nosní nebo zůstane jen malý otvor. Dojde ke změně zvuku hlasu, dítě si šlape na jazyk, nemůže řádně dýchat. (Kutálková, 2011)

U osob se zavřenou hůňavostí může dle Kerekrétiové (in Lechta a kol., 1989) dojít následkem zvětšené nosní mandle k řadě dalších nepříznivých důsledků. Tyto dělí na místní a celkové. Z místních se jedná rýmy nebo záněty středouší. Z celkových jsou to například asymetrie hrudníku, páteře, poruchy výživy tkání, dýchání, přijímání potravy nebo spánku.

U **smíšené hůňavosti** se tyto příznaky kombinují. Je narušen zvuk samohlásek, sykavek i nosovek. (Škodová, Jedlička, 2003)

3.4.5 Etiologie

Vznik poruch způsobují různé etiologické faktory. Mohou být vrozené i získané, orgánové nebo funkční. Mezi hlavní příčiny patří nedostačivost patrohltanového uzávěru, a to jak získaná, tak i vrozená, rozštěpy patra, vrozeně zkrácené patro, obrny měkkého patra nebo změny anatomických poměrů v hltanu. (Škodová, Jedlička, 2003)

Otevřená hůňavost:

Příčiny vzniku otevřené hůňavosti mohou být vrozené i získané, orgánové i funkční. Mezi vrozené příčiny vzniku hypernazality řadíme různé rozštěpové vady, například rozštěp měkkého patra, rozštěp tvrdého patra, submukózní rozštěp patra, z nich pak vyplývající insuficienci velofaryngeálního mechanismu, dále zkrácené měkké patro, nedostatečný vývoj svalstva měkkého patra. Mezi získané příčiny řadíme především následky organických onemocnění nebo úrazů, například centrální nebo periferní obrna, obrna měkkého patra a další. (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička, 2003)

Zavřená hůňavost:

V otázce hledání etiologie zavřené hůňavosti nejčastěji nacházíme příčiny organické, s příčinami funkčními se setkáváme spíše ojediněle. (Klenková, 2006)

Z organických příčin vzniká zavřená hůňavost na podkladě překážky v oblasti přední či zadní části nosohltanu. Příkladem přední blokady je například vybočení nosní přepážky nebo nosní polypy. (Klenková, 2006) Krátkodobou hůňavost může způsobit

rýma, kdy oteklá nosní sliznice způsobí, že se dýchací cesty výrazně zúží nebo dokonce zcela uzavrou. (Kutálková, 2011) Zadní část nosohltanu postihuje zbytnění skořep nosních, vrozená atrezie choan, nádory nosohltanu nebo fibrom v oblasti nosu a hltanu. (Klenková, 2006)

Škodová, Jedlička (2003) dělí organické příčiny vzniku zavřené huhňavosti na vrozené a získané. Z vrozených jsou to úzké nosní průduchy, deformity obličeje, vybočená nosní přepážka a další. Ze získaných uvádějí zduření nosní sliznice při akutní nebo chronické rýmě, hyperplazie až degenerace nosní sliznice, nádory, cysty, polypy, hypertrofie krčních mandlí, hypertrofie nosní mandle, mohutný Passavantův val, deformace nosní přepážky po úrazech.

V dětském věku je nejčastější příčinou vzniku hyponazality zbytnělá nosní mandle (adenoidní vegetace). Na zadní stěně a klenbě nosohltanu je rozprostřeno větší množství mízní tkáně, která opakovanými záněty zbytní. (Balašová, 2002) K tomuto zbytnění dochází již od batolecího věku.

Smišená huhňavost:

Příčiny vzniku smíšené huhňavosti jsou, stejně jako smíšená huhňavost sama, kombinací příznaků otevřené a zavřené huhňavosti.

Příčiny kombinací mohou být organické i funkční. Příklady příčin vzniku smíšené huhňavosti jsou například současný výskyt překážky v přední části nosu a nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru, výskyt překážky v zadní části nosohltanu a současně organicky podmíněná velofaryngeální insuficience nebo kombinace překážky v nosohltanu s funkční poruchou velofaryngeálního uzávěru. (Škodová, Jedlička, 2003)

3.4.6 Diagnostika

Cílem diagnostiky rinolálie je zjistit, jak a proč je zvuk řeči narušen a co je příčinou rezonanční nerovnováhy. V případě, že nemáme jednoznačně určenou příčinu patologie, je velmi těžké najít vhodnou léčbu a tím pádem klesá šance na úspěch. (Škodová, Jedlička, 2003) Diagnostika poruch nosní rezonance vyžaduje úzkou týmovou spolupráci odborníků lékařských i nelékařských oborů, jako jsou foniatři, pediatři, otorinolaryngologové, neurologové, logopedi, ale i aktivní účast rodičů, učitelů a dalších. (Klenková, 2006)

Důležitou součástí diagnostiky je i anamnestický rozhovor s klientem a závěry odborných lékařských vyšetření. Lékaři využívají k diagnostice nejčastěji přístrojové vyšetřovací techniky, logopedi mohou provádět některou ze základních jednoduchých zkoušek. (Škodová, Jedlička, 2003)

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

„ Gutzmanova A-I zkouška:

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

Zkouška otofonem:

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

Czermakova zkouška:

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

Schlessingerova zkouška:

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

Zkouška nafouknutí tváří:

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

Nedolecného zkouška otáčení hlavy:

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

Přístrojové vyšetřovací metody, které provádí pouze lékař, jsou objektivnější, ale i časově a finančně náročnější. K získání přesného obrazu je vhodné využít více diagnostických metod a postupů. Mezi tyto metody patří ultrazvuk, kefalometrické vyšetření, endoskopie, videofluoroskopické vyšetření, fibroskopická metoda, elektromyografie nebo aerodynamická analýza. (Klenková, 2006)

Otevřená huhňavost:

K diagnostice otevřené huhňavosti se dle Balašové (2002) využívá Gutzmannova A-I zkouška nebo zkouška otofónem.

Zavřená huhňavost:

Zvřenou huhňavost můžeme někdy poznat i pouhým sluchem. Zvuk hlasu je deformovaný, je tlumený a nosovky jsou výrazně změněny. (Balašová, 2002) Dle Kerekrétiové (in Lechta a kol., 1989) se dá zavřená huhňavost poměrně lehce poznat při poslechu slov a vět s nosovkami a bez nich. Rozdíl může být tak velký, že se nám může zdát, že je vyslovuje jiná osoba. Hlas zní tlumeně, přidušeně. Gutzmannova A-I zkouška je negativní. Typický je i výraz tváře a dýchání ústy.

Při diferenciální diagnostice je důležité dát pozor na záměnu organické zavřené huhňavosti za funkcionální zavřenou huhňavost. Ta se může vyskytovat u neuropatických pacientů, ale nejen u nich. (Seeman, 1995, in Balašová, 2002)

Smišená huhňavost:

Diferenciální diagnostika je u tohoto typu poruchy náročná, ale její správnost je předpokladem pro úspěšnou adekvátní lékařskou terapii. Diagnostika se provádí kombinací výše zmíněných metod. (Balašová, 2002) Kerekrétiová (in Lechta a kol., 1989) také uvádí, že je důležité a potřebné zjistit, která složka smíšené huhňavosti víc porušuje zvuk řeči.

3.4.7 Terapie

Při terapii rinolalie je nutná aktivní mezioborová spolupráce odborníků z lékařských i nelékařských oborů. Důležitou roli hraje i rodina dítěte. Z medicínských

oborů se jedná především o pediatra, foniatra nebo otorinolaryngologa. Vždy je nutné volit terapii respektující individualitu jedince a využívat multisenzoriálního přístupu ke klientovi. (Škodová, Jedlička, 2003)

K odstranění **hypernazality** se využívají cvičení vedoucí ke zlepšení funkce patrohltanového uzávěru, která můžeme rozdělit na aktivní a pasivní, a artikulační cvičení. (Kerekrétiová, in Lechta a kol., 1989) Klenková (2006) uvádí jako příklad pasivního cvičení například mechanické napínání měkkého patra elektrostimulací, vyvolání dávivého reflexu k posílení všech skupin svalstva velofaryngeálního uzávěru nebo digitální masáž vela s fonací. Do skupiny aktivních cvičení zahrnuje Balašová (2002) a Klenkové (2006) například foukání, které nám pomáhá usměrnit výdechový proud spíše do úst než do nosu, pískání, sání, pití brčkem, kloktání, cviky na zvedání měkkého patra. K procvičování patrohltanového uzávěru se dá využít i polykání.

Logopedická péče u **hyponazality** začíná až po lékařském ošetření, tedy po odstranění primární příčiny huhňavosti. Může se jednat o léčbu nebo o operativní zákrok, například odstranění adenoidní vegetace. (Klenková, 2006)

Dle Kerekrétiové (in Lechta a kol., 1989) logopedická terapie postupuje od nácviku dýchání nosem v klidu i při různých pohybových aktivitách až po vytvoření trvalého návyku. Balašová (2002) uvádí, že se snažíme o navození fyziologického dýchání, které spočívá v pomalém nádechu nosem při zavřených ústech a postupném výdechu ústy, kdy dochází k aktivaci nosoplicních reflexů. Kutálková (2011) upozorňuje na nutnost včasného zahájení úpravy dýchání, jinak hrozí, že dítěti nadále zůstane návykové dýchání s otevřenými ústy, výslovnost se nezlepšuje, protože ochablé svaly změnu neumožňují. Zaměřujeme se také na nácvik správné klidové polohy jazyka. Dále následuje nácvik správné artikulace nosovek a jejich využití ve slabikách, slovech a ve spontánním projevu. (Klenková, 2006)

V případě **smíšené huhňavosti** se po komplexní diagnostice určí, která složka tohoto postižení má větší vliv na narušení řeči. Podle toho pak volíme terapii. Využívá se logopedických metod a postupů uvedených výše pro terapii otevřené a zavřené huhňavosti. (Klenková, 2006, Kerekrétioví, in Lechta a kol., 1989)

3.4.8 Prognóza

Prognóza u huhňavosti samozřejmě závisí na včasné diagnostice, lékařském ošetření, správném vedení terapie, ale i na vůli, motivaci a vytrvalosti klienta, ale i rodičů a dobré spolupráci s logopedem a odborným lékařem.

U **hypernazality** funkcionální je prognóza velmi dobrá, při správné terapii lze docílit úplné nápravy. Závažnější je otevřená huhňavost vzniklá jako následek organického postižení. Zde výsledek záleží na úspěšnosti chirurgické nebo neurologické léčby. (Balašová, 2002)

V případě **hyponazality** vyplývá prognóza ze základní příčiny zavřené huhňavosti a z výsledku lékařského ošetření. Obecně se nejedná v případě včasné diagnostiky a terapie o příliš závažný problém. Nepříjemnou komplikací mohou být recidivy nosní mandle. (Škodová, Jedlička, 2003)

Prognóza **smíšené huhňavosti** je příznivá při zabezpečení včasné lékařské intervence, která se řídí stavem dutiny nosní a funkce patrohltanového uzávěru. Časově pak navazuje na logopedickou péči nebo jí předchází. (Kerekrétiová, in Lechta a kol., 1989)

3.4.9 Možnosti prevence

V rámci logopedické prevence se jedná o důkladné depistážní vyšetření, například v mateřských školách, nácvik správného dýchání nosem a užívání tohoto dechového stereotypu, dále spolupráci s odborným lékařem a naopak. (Kerekrétiová, in Lechta a kol., 1989, Škodová, Jedlička, 2003)

V případě **hypernazality** podmíněné organicky je prevence především parketou medicíny. Funkční otevřená huhňavosti je možné předcházet výchovou správné řeči a správným výchovným působením v nejširším slova smyslu. (Kerekrétiová, in Lechta a kol., 1989)

Prevenčí recidivy **hyponazality** je důsledná logopedická korekce zahrnující automatizaci správné výslovnosti nosovek a trvalý návyk správného nosního dýchání, čímž můžeme zabránit opětovnému dorůstání adenoidní vegetace. (Kerekrétiová, in Lechta a kol., 1989) Dále sem patří lékařská prevence ve smyslu předcházení infekcím horních cest dýchacích u dětí v útlém věku. (Škodová, Jedlička, 2003)

Prevence **smíšené huhňavosti** je záležitost logopedická, i medicínská. Je podobná jako v předchozích případech. (Škodová, Jedlička, 2003)

Ve své práci se zaměřuji na vliv hyponazality na vývoj výslovnosti. Pro správné pochopení a rozlišení jsou zde rozpracovány i další poruchy nosní rezonance.

4 Adenoidní vegetace

Adenoidní vegetace nebo také nosní či nosohltanová mandle je tvořena lymfatickou tkání rozprostřenou na stropě a na zadní stěně nosohltanu. (Průcha, in Hahn a kol., 2007)

Dvořák (2001, s. 203) uvádí, že se jedná o „*lymfadenoidní tkáň na zadní stěně hltanu (nosohltanu)*“.

Největších rozměrů za normálních okolností dosahuje nosní mandle dle Průchy (in Hahn a kol., 2007) v období mezi 4. – 6. rokem věku dítěte, Hybášek (1999) toto období prodlužují ještě o jeden rok. Starší literatura jako Houštěk, Kubát, Hloušková (1982) uvádí, že se mandle začíná rychle zvětšovat po prvním roce a největší je v 6. roce života, kdy dosahuje velikosti asi 15 x 30 mm. Šťastný (in Dieška a kol., 1985) pak říká, že hltanová mandle je typická v dětství a později, asi mezi 10. – 15. rokem adenoidní tkáň zaniká. Poté, co mandle dosáhne svého největšího rozměru, začíná zvolna involvovat. Po období puberty lze nalézt ve stropě nosohltanu již jen plochý polštář adenoidní tkáně. Z výše uvedeného je zřejmé, že se jedná o onemocnění dětského věku a postihuje obě pohlaví. (Průcha, in Hahn a kol., 2007)

Existuje řada důvodů zbytnění nosní mandle. Nejčastějším z nich jsou vleklé záněty v dutině nosní a paranazálních dutinách nebo jejich vyšší frekvence. Vznik adenoidní vegetace může být způsoben i dýcháním ústy s množением mikroorganismů a změnou pH v dutině nosní. (Hybášek, 1999)

V případě čisté hyperplazie je nosohltanová mandle zvětšena stejnoměrně a neobjevuje se sekret. Naopak při zvětšení způsobeném infekcí je zvětšení nerovnoměrné a nepravidelné, často se objevuje hlenohnis, a to jak na povrchu mandle, tak i v nose a nosohltanu. (Průcha, in Hahn a kol., 2007)

4.1 Příznaky

Houštěk, Kubát, Hloušková (1982), Hybášek (1999), Klenková (2006), Kutálková (2005, 2011), Průcha (in Hahn a kol., 2007), Šlapák, Floriánová (1999) uvádějí, že zvětšená adenoidní vegetace se může projevovat mnoha příznaky. Jedná se o souhrn symptomů v oblasti nosu a nosohltanu, s tím, že existují i příznaky celkové. K zásadním příznakům patří porucha nosního dýchání, kdy adenoidní vegetace způsobuje mechanickou překážku v nosním dýchání, nos se tak stává, často

oboustranně, špatně průchodný až neprůchodný. Postižené dítě je tedy nuceno dýchat ústy. Nápadné je to zejména v noci, kdy dítě spí s otevřenými ústy, často se objevuje i chrápání, neklidný a přerušovaný spánek. Mezi další příznaky patří patologická sekrece z nosu a její následné stékání do hltanu.

Dlouhodobé dýchání ústy vede k poruchám vývoje hrudníku – hrudník bývá astenický a oploštělý, dále i ke změnám v dutině ústní, kdy gotické patro (vysoce klenuté tvrdé patro) jako následek dlouhodobé nosní neprůchodnosti, nebo dochází k nepravidelnému růstu chrupu. Děti celkově neprospívají fyzicky ani psychicky, objevuje se i snadná unavitelnost. Častá bývá také nesoustředěnost, nepozornost a podrážděnost dítěte.

Děti trpící zvětšenou nosní mandlí často získávají v důsledku nedostatečného dýchání nosem typický výraz v obličeji, tzv. facies adenoidea. Typická je nezřetelná nazolabiální rýha, retrakce horního rtu a obnažení horních řezáků. Ústa jsou pootevřená a tváře oploštělé.

Adenoidní vegetace bývá sídlem infekce, a to jak virové, tak i mikrobiální. Tato infekce pak často vyvolává opakované záněty horních i dolních cest dýchacích i středoušní záněty. Ty pak mohou, společně s poruchou ventilační funkce, která může být také důsledkem adenoidní vegetace, vést i k převodní nedoslýchavosti.

Dalšími možnými příznaky mohou být i problém s přijímáním potravy, kdy dítě jí velmi neochotně, protože při jídle nemůže dýchat, často trpí nechutenstvím.

Nedostatečný přísun kyslíku vede ke špatné výživě tkání, kdy se nejhůře podepisuje na centrální nervové soustavě a srdci. Následně může dojít i k opoždění duševního vývoje spojeného s celkovým zaostáváním osobnosti dítěte.

4.2 Vztah k řeči a výslovnosti

Zbytnělá nosní mandle je nejčastější příčinou vzniku hyponazality. Znemožněné dýchání nosem má za následek špatný svalový tonus v orofaciální oblasti, zároveň také negativně ovlivňuje klidovou polohu jazyka. Dlouhodobé dýchání ústy se tedy může projevit na vývoji motoriky mluvidel a následně na vývoji řeči, potažmo výslovnosti. Neobratná motorika mluvidel má za následek nesprávnou artikulaci například sykavek a hlásek L, R, Ř. Pro děti, které dýchají ústy, je znesnadněná schopnost vědomě a cíleně pohybovat jazykem nahoru a celkově mají nad svým jazykem menší kontrolu. Špatná výslovnost zasahuje do srozumitelnosti řeči. Je postižen i zvuk řeči, nejvíce se to týká

nosovek M, N, Ň, ale i řeč celkově zní huhňavě, jakoby dítě mělo permanentně rýmu, dítě si také často šlape na jazyk. (Kutálková, 2011)

4.3 Medicínská terapie

Jediný účinný způsob a zároveň základ léčby je chirurgické odstranění adenoidní vegetace – tzv. *adenotomie*. Běžně se provádí v celkové intubační anestézii. Zároveň se endoskopicky kontroluje dokonalost ošetření, tedy zda byla vegetace odstraněna vcelku. Toto je první krok v zamezení recidiv. Úspěch léčby dále závisí na vyléčení ostatních zánětů v oblasti horních cest dýchacích a důsledné rehabilitaci nosního dýchání. Pokud není kladen dostatečný důraz na tato opatření, může být adenotomie zcela zbytečná, protože zbytková tkáň může znovu bujet. (Hybášek, 1999, Průcha, in Hahn a kol., 2007)

Adenotomie se provádí v jakémkoli věku, nejčastěji však v předškolním a raně školním věku. Kontraindikací je akutní zánět dýchacích cest a hltanu. (Hybášek, 1999)

Po operaci se doporučuje asi jeden den setrvat v ústavním zařízení na pozorování, dále se po dobu několika dnů od operace doporučuje neдрáždivá kašovitá strava a klid na lůžku mimo dětský kolektiv. (Průcha, in Hahn a kol., 2007)

V oblasti diferenciální diagnostiky je nutné vyloučit záměnu za benigní nádory a cysty epifaryngu, zejména juvenilní fibrom, jenž postihuje jen chlapce, dále vzácnější choanální polyp, který se vyskytuje až u mladistvých. (Hybášek, 1999, Průcha, in Hahn a kol., 2007)

To, zda je adenoidní vegetace zvětšena natolik, aby bylo nutné její chirurgické odstranění, rozhoduje lékař. Pokud otorinolaryngolog zjistí, že je nosní mandle natolik velká, že brání dítěti v dýchání, je nutné ji chirurgicky odstranit. Konečné rozhodnutí o odstranění nosní mandle je v důsledku na rodičích, kteří by ale měli dbát na doporučení lékaře a s jejím odstraněním by neměli otálet. Tento jednoduchý zákrok totiž má na dítě blahodárné účinky. (Kutálková, 2005)

4.4 Logopedická terapie po adenotomii

Na medicínskou terapii představující chirurgické vyjmutí adenoidní vegetace by měla, nejlépe ještě v nemocnici, navázat instruktáž o nácviku správného nosního dýchání. Pokud se totiž nepodaří upravit dýchání v brzké době po zákroku, zůstává dítěti nesprávný návyk dýchání ústy. Výslovnost se nezačne lepší, protože ochablé svalstvo neumožňuje přesnou a výraznou aktivitu nutnou pro správnou artikulaci.

Zároveň se jedná o nejlepší prevenci, protože nosní mandle může znovu narůst. Dalšími oblastmi terapie po adenotomii jsou nácvik správné klidové polohy jazyka a posilování funkce svalů orofaciální oblasti a měkkého patra. (Kutálková, 2011)

4.4.1 Nácvik nosního dýchání

Dechová cvičení zaměřená na navození správného vzoru dýchání nosem by měla začít co nejdříve po adenotomii. Ideální je, když vycházejí z různých her, aby nebyla pro děti nudná, ale zároveň se dala zařadit cíleně i několikrát za den. Během cvičení se snažíme navodit hluboký, ale přirozený nádech nosem a dlouhý, úsporný výdech tak, aby i další nádech byl přirozený a dítě nemuselo lapat po dechu. (Kutálková, 2011)

Některé ze zásad, které bychom měli dodržovat při nácviku nosního dýchání, jsou například provádění aktivit v různých polohách i při aktivitě, využití dobře větrané, bezprašné místnosti, vedeme dítě ke správnému držení těla, zaměřujeme si i na nácvik řečového dýchání. (Klenková, 2000)

Dítě se učí dýchání nosem pouhou nápodobou, proto zcela postačí, když mu cvičení jen ukážeme. Proto při zábavných aktivitách k učení stačí jen jeho touha vyhrát.

Některé vhodné aktivity nabízí Kutálková (2011). Mezi cvičení, která je vhodné zařadit, patří například využití čichu. Venku na procházce můžeme vnímat vůni stromů, květin, posekané trávy. V domácím prostředí se dá využít například mýdlo nebo koření. Když se všemi věcmi seznámíme, můžeme si přikrýt oči a předměty hádat.

Dále je vhodné použití foukacích nástrojů, ideální je zobcová flétna. Jako další pomůcky můžeme využít například bublifuk nebo píšťalku. Mnoho pomůcek lze vyrobit i svépomocí. Jedním z nápadů je vytvoření měkkých míčků, třeba z papíru, které můžeme s dětmi foukat po stole do branek a snažit se dát gól. Pro foukací aktivity můžeme využít peříčko a snažit se ho udržet ve vzduchu, papír, plamen svíčky nebo větrník. S dítětem si můžeme hrát i ve vaně, kdy využijeme nádechu nosem a následný výdech ústy do vody, který vytvoří bublinky. Při všech těchto aktivitách je nutné kontrolovat, zda dítě opravdu dýchá nosem. (Klenková, 2010, Kutálková, 2011)

4.4.2 Podpora rozvoje artikulačních orgánů

Kromě aktivit na podporu správného nosního dýchání je třeba posilovat tvářové svaly, pohyblivost jazyka, rtů, čelisti nebo funkci měkkého patra. I tato cvičení se provádí převážně formou různých her a nápodobou. (Kutálková, 2011)

K procvičování tvářových svalů jsou vhodné aktivity jako žvýkání žvýkačky nebo různé grimasy. Mezi ně patří například nafukování vzduchu do tváří, přesouvání vzduchu z jedné tváře do druhé, střídání našpulení rtů a úsměvu nebo děláni kapříka. Všechny cviky je ideální dělat před zrcadlem, aby mělo dítě sebekontrolu. (Klenková, 2000)

Dalším důležitým prvkem terapie po adenotomii je posilování gymnastiky jazyka. Mlčochová (2007) uvádí jako příklady cvičení například vyplazování jazyka, sahání jazykem na nos, napodobování pohybu jazyka ještěrky, olizování zubů a rtů, napodobování zvuku klapání kopyt koně. Všechny výše uváděné cviky i další může doporučit logoped, ale kreativita rodičů je vítána.

K procvičování rtů můžeme využít střídání úsměvu a špulení, vtahování rtů dovnitř, foukání, pískání nebo prskání. (Klenková, 2000, Mlčochová, 2007)

Čelist lze procvičit spouštěním a zvedáním, kroužením napodobujícím přežvýkování krávy nebo žvýkáním. (Klenková, 2000)

Někdy je nutné zaměřit se na posilování funkce měkkého patra. Záleží na velikosti mandle a individuálním posouzení případu. Využíváme kloktání, pití brčkem, foukání brčkem do vody, bublifuku nebo mluvení šeptem, jako doporučuje Lechta (1984, in Klenková, 2000).

4.5 Další možnosti terapie orofaciální oblasti

Mezi další možnosti terapie, které lze využít pro rozvíjení motoriky mluvidel po adenotomii, patří myofunkční terapie nebo orofaciální regulační terapie – reflexní terapie pro oblast úst a obličeje Rodolfa Castillo Moralese.

Myofunkční terapie je program speciálních cvičení zaměřujících se na obličejové svaly používané ke žvýkání a polykání. (www.sleepdisorders.about.com)

Orofaciální myofunkční poruchy zahrnují chování a vzory vytvořené nevhodnou funkcí svalů a nesprávnými návyky týkajícími se jazyka, rtů, čelisti a tváří. Z těchto variant se nejvíce pozornosti věnuje problémům s jazykem a rty. Právě jazykem se terapie zabývá nejčastěji, protože špatná klidová poloha jazyka může přispět k nesprávnému orofaciálnímu vývoji a vychýlení zubů. (www.iaom.com)

Při terapii se bere v úvahu, že dysfunkce se objevuje nejen v obličejové oblasti, ale také ve funkci svalstva celého těla. Hlavním cílem této terapie je náprava nesprávného průběhu orální fáze polykání a porušených svalových funkcí orofaciálního

systemu. Dále se snaží zlepšit doprovodné symptomy držení těla, nevyváženost v symetrii těla, napravit koordinaci oko – ruka, funkci bránice, navazovat kontakt pohledem či stiskem ruky. (Kittel, 1999)

V průběhu terapie se dle Kittel (1999) snažíme dítě udržet motivované, čehož dosáhneme vysvětlením důvodu a cíle provádění myofunkční terapie. Vše by mělo být srozumitelně vysvětlováno. Všechna cvičení jsou vhodná pro pacienty jakéhokoli věku, proto mezi nimi neděláme rozdíly. Vždy však volíme postup a intenzitu, které jsou individuálně přizpůsobeny klientovi. Hierarchie terapie je přesně dána a má rozhodující význam. Začíná cvičením klidové polohy jazyka a správným dýcháním, dále navazuje cvičení pro rty, zlepšení sání, nácvik polykání a končí automatizací správného polykání. Souběžně se věnujeme i doprovodným symptomům.

Další možností je **orofaciální regulační terapie doktora Rodolfo Castillo Moralese**, která vznikla pro klienty s downovým syndromem, později byla rozšířena osoby s dětskou mozkovou obrnou i ostatní klienty všech věkových kategorií. Jedná se o speciální reflexní pro oblast obličeje a úst, jenž se zaměřuje na činnost obličejových svalů, polykání a řečový projev. Cílem terapie je navození normálních nebo co nejnornálnějších pohybových vzorců, rozvoj svalové hybnosti a aktivace svalových skupin potřebných pro správné fungování orofaciální oblasti. Výhodou terapie je skutečnost, že není třeba vědomá efektivní spolupráce klienta s terapeutem. Díky tomu se využívá u kojenců ke stimulaci sání, klientů s mentálním postižením ke zlepšení funkce polykání a dětí s downovým syndromem k rozvoji řeči. (Castillo Morales, 2006)

Dle Castillo Moralese (2006) je důležité vycházet ze správného držení těla. Terapie by se měla zahájit vyvoláním již existujících kompetencí a upravením tonu. Vždy je nutné objevit hlavní problém klienta a ten aktuálně řešit. Využívá se technik jako dotyk, lechtání, tlak, tah nebo vibrace. Dále navazuje tzv. modelování, které představuje přípravu svalových skupin, především mimických svalů. Nakonec přichází léčba cvičením.

Terapie obsahuje cvičení na aktivní otevření čelisti, aktivaci nadjazykových a podjazykových svalů, aktivaci horního rtu, vibraci tváří a rtů, masáž dásní a patra, pohyblivost jazyka, stimulaci sání a jiné. (Castillo Morales, 2006)

I tato terapie klade klienta na první místo a snaží se nalézt nejlepší řešení pro každého klienta a cvičení vždy individuálně upravit, zajistit, co je pro klienta nejlepší.

Dítě se učí krok za krokem a využívá se opakování. Terapeut klienta podporuje a motivuje a je mu v případě potřeby nápomocen. (www.castillomoralesvereinigung.de)

5 Vlastní šetření

Hlavním cílem praktické části této bakalářské práce je zjistit, zda má hyponazalita vliv na vývoj výslovnosti. Dílčím cílem bylo odhalit, které hlásky jsou u dětí s hyponazalitou nejčastěji narušeny, zda přichází po adenotomii okamžité zlepšení, případně v kterých oblastech, nebo jak se staví rodiče k adenotomii, zda s ní souhlasí či nikoli.

Tato část je realizována pomocí kazuistik neboli případových studií. Dle Hendla (2005, s. 103) se jedná o „*podrobný rozbor a popis jednoho nebo několika málo případů*“. Původně byly kazuistiky metodou využívanou v medicíně, dnes se jich využívá také v pedagogice a psychologii. Dle Maňáka, Švece, Švece (2005, in Skutil a kol., 2011) se data ke kazuistice nejčastěji získávají pomocí rozhovoru s klientem, jeho rodiči či vrstevníky, pozorováním nebo analýzou produktů jeho činnosti. V případě souhlasu klienta (případně rodičů) a se zachováním anonymity lze využít i výsledků odborných vyšetření.

Při zpracování jednotlivých kazuistik jsem využila vlastní zkušenosti s klienty, které jsem nasbírala během asi čtyřletého pozorování v ordinaci klinické logopedky Mgr. Martiny Barchánkové, kde pracuji jako asistentka. Dále jsem vycházela z diagnostických zpráv z odborných pracovišť, rodinné a osobní anamnézy klientů, konzultací s klinickou logopedkou a využila ostatních dostupných dokumentů. Pro nahlížení do dokumentace a pozorování mám souhlas rodičů dětí i klinické logopedky.

5.1 Charakteristika sledovaného souboru

Zkoumání se zaměřilo na děti trpící hyponazalitou. U všech dětí byla příčinou zbytnělá adenoidní vegetace, která byla ve 4 případech odstraněna a u jedné dívky stále přetrvává. Vzorek tvoří 5 dětí předškolního věku, z toho 3 chlapci a 2 dívky. Všichni sledovaní jsou narození v roce 2006. U všech dětí jsou uváděna pouze křestní jména, která byla změněna, ostatní informace jsou autentické.

Logopedická terapie u dětí se zaměřuje hlavně na nácvik správného vzorce nosního dýchání, rozvoj motoriky orofaciální oblasti a upravení výslovnosti narušených hlásek. Terapie je vždy individuální, zaměřená na potřeby konkrétního dítěte, využívá aktivní spolupráce rodiny a spolupráce s dalšími odborníky.

5.2 Kazuistiky vybraných dětí

Jméno, věk: Daniel, 6 let, 8 měsíců

Dg.: R 49.2, F 80.0

OA:

Těhotenství proběhlo v normě, dítě se narodilo císařským řezem v termínu. Porodní váha 3500 g a míra 50 cm.

Závažná onemocnění v dětském věku, úrazy ani hospitalizace neproběhly. Chlapec trpí častými rýmami, vícekrát prodělal zánět středního ucha. Objevuje se dýchání ústy. Ve třech letech byla diagnostikována zvětšená adenoidní vegetace, adenotomie proběhla asi ve třech a půl letech.

Dítě dochází pravidelně od tří let do mateřské školy, nástup do předškolního zařízení proběhl bez problémů.

Chlapec ze začátku velmi pěkně při logopedické péči spolupracoval, problém byl pouze s udržením pozornosti. S postupující terapií, kdy prodělal další otitidy a rinitidy a došlo k regresi ve vývoji, dochází i k úpadku ve spolupráci s dítětem.

RA:

Rodina je úplná, rodiče jsou zdraví a bez narušení řeči. Spolupráce s rodinou je na velmi dobré úrovni. Rodina je dobře hmotně zajištěna.

Chlapec je ze dvou dětí, má mladší sestru.

Motorický vývoj:

Motorický vývoj probíhal v normě, přetáčení asi v 6 měsících, sed asi v 7,5 měsících, lezení v 8 měsících a chůze asi ve 13 měsících.

Řečový vývoj:

Řeč se vyvíjela v normě, první slova se objevují asi v roce, jednoduché věty ve 2 letech a rozvinuté věty používá ve třech letech. Všechny jazykové roviny se do tří let vyvíjely v normě, dále narušení v foneticko – fonologické jazykové rovině, narušení fonemického sluchu.

Vyšetření sluchového vnímání:

Sluch v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v pořádku.

Vyšetření fonemického sluchu:

Chlapec má potíže s rozlišováním obou řad sykavek a měkčením.

Vyšetření slovní zásoby:

Slovní zásoba odpovídá věku dítěte.

Vyšetření výslovnosti:

Hlásky R, Ř nejsou vyvozeny, C, S, Z, Č, Š, Ž setřelé, neměkčí.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: v normě

mluvidel: oslabení svalstva orofaciální oblasti

Vyšetření laterality:

Lateralita je vyhraněná, pravá ruka i oko.

Vývoj scholarity:

Vzhledem k přetrvávajícímu narušení řeči a problémům s koncentrací se rodiče rozhodli navštívit pedagogicko - psychologickou poradnu, kde dostali doporučení k odkladu školní docházky. Dítěti tedy právě probíhá odklad školní docházky, který využívá k návštěvám stimulačního programu pro předškoláky.

Logopedická péče:

Chlapec byl přijat do logopedické péče ve čtyřech a půl letech pro nesprávnou výslovnost několika hlásek. Za sebou již měl odstranění nosní mandle, kdy okamžitě po operaci začali rodiče s dítětem trénink nosního dýchání. Řeč dítěte však byla stále nesrozumitelná. Motorika v orofaciální oblasti byla oslabení. Chlapec neměkčil, chyběly hlásky C, S, Z, Č, Š, Ž, R, Ř. Od počátku terapie se pracovalo na zlepšení fonematického sluchu rozlišováním obou řad sykavek a na tréninku měkčení. Zařazeny byly i cviky na procvičení motoriky mluvidel, například střídání špulení úst s úsměvem, které je vhodné pro trénink artikulačního postavení mluvidel pro obě řady sykavek. Postupně se přidával nácvik artikulace Č, Š, Ž, nejprve pouze zvuků, později ve slabikách a slovech. Při pravidelném tréninku byl znát mírný pokrok. Dařily se hlásky Ď, Ť, Ň, Č, Ž, hláska Š se nedařila. Dále se přidala k tréninku artikulace druhá řada sykavek, která se z počátku vůbec nedařila. V dalších několika měsících se pracovalo na důsledném procvičování sluchové diference obou řad sykavek a snaže je u dítěte fixovat. Zároveň se využívala zrková kontrola, která je nutná k provádění všech cvičení. Následně byl chlapec několikrát po sobě nemocný a v jeho vývoji jsme zaznamenali regres. Na začátku letošního roku byl na terapii po několikaměsíční pauze

a byl schopen vyslovovat izolované sykavky na několikátý pokus. V běžné řeči jsou však stále setřelé. Postupně se začíná s nácvikem hlásky R s pomocí substituční hlásky D a pokračuje se s tréninkem svalů orofaciální oblasti.

Prognóza:

Vzhledem k přetrvávajícím problémům s artikulací je velmi dobré, že rodiče jsou v nácviku velmi poctiví a snaží se dítě vhodně motivovat. S nástupem do první třídy základní školy v září 2013 se pojí další problémy, které dítě má. Jeho problém s koncentrací a krátkodobé udržení pozornosti řeší s dalšími odborníky. I nadále bude nutná logopedická péče, která se bude zaměřovat na fixaci a automatizaci zbývajících hlásek do běžné řeči.

Jméno, věk: Matěj, 6 let a 4 měsíce

Dg.: R49.2, F 80.0

OA:

Těhotenství i porod proběhly bez komplikací, dítě se narodilo ve 39. týdnu těhotenství. Porodní váha byla 3500 g a míra 49 cm.

V dětském věku neproběhla žádná závažná choroba, hospitalizace ani úraz.

Chlapec trpí častými rýmami a otitidami. Ve věku 4 let byla diagnostikována zvětšená adenoidní vegetace, rodiče zvažovali adenotomii. Ta nakonec proběhla asi ve věku 4 a půl let.

Dítě dochází do soukromé mateřské školy, zařazení do kolektivu proběhlo bez problémů. Díky častým nemocem je však velká absence.

Objevuje se problém se spoluprací, dítě nechce v přítomnosti matky spolupracovat. Lepších výsledků se dosahuje bez přítomnosti rodičů. Vždy je nutné chlapce kvalitně motivovat.

RA:

Oba rodiče jsou zdraví, bez řečové vady. Rodina žije ve společné domácnosti a je dobře hmotně zajištěna. Spolupráce s rodinou je na dobré úrovni.

Motorický vývoj:

Motorický vývoj probíhal v normě, přetáčení asi v 6 a půl měsících, sed bez opory asi v 8 měsících a lezení v 9 měsících. Samostatná chůze asi ve 13 měsících.

Řečový vývoj:

Ve vývoji řeči můžeme sledovat mírné opoždění, první slova začal používat asi v roce a půl, jednoduché věty asi ve dvou a půl letech. Dále nastalo narušení foneticko – fonologické jazykové roviny, v oblasti fonematického sluchu a lehké opoždění ve vývoji lexikálně - sémantické jazykové roviny.

Vyšetření sluchového vnímání:

Podezření na nedoslýchavost, vyšetření na ORL hodnotí jako proměnlivou nedoslýchavost spojenou s častými otitidami.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v normě.

Vyšetření fonematického sluchu:

Chlapec nerozlišuje obě řady sykavek, problematické měkčení.

Vyšetření slovní zásoby:

Lehce ochuzena oproti dětem stejného věku.

Vyšetření výslovnosti:

Hlásky L, R, Ř chybí, obě řady sykavek jsou setřelé. Chlapec neměkčí. Špatná srozumitelnost řeči.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: oslabená, zejména elevace jazyka

mluvidel: ochablá orofaciální soustava

Vyšetření laterality:

Pravák

Logopedická péče:

Chlapec byl přijat do péče v březnu 2011 pro nesprávnou výslovnost několika hlásek. Chlapec dostal doporučení k odstranění adenoidní vegetace. Jeho řeč byla špatně srozumitelná, huhňavá, chybělo několik hlásek (L, R, Ř), jiné byly setřené (sykavky), měkčení chybělo. Ještě před adenotomií se logopedická terapie zaměřila na posílení svalstva orofaciální oblasti. Po adenotomii se okamžitě začalo s nácvikem správného vzorce nosního dýchání, pokračovalo se v posílení mluvidel. Začal nácvik hlásky L, zejména pak správného pohybu jazykem s fixovanou bradou. Dále probíhal trénink fonematické diferenciací obou řad sykavek a nácvik měkčení. Po zlepšení, které přišlo

v druhé polovině roku 2011, se bohužel dostavil regres ve vývoji způsobený přetrvávající rýmou, objevily se i otitidy. Stále se tedy pokračovalo s nácvikem stejných aktivit. Postupně se začala dařit hláska L ve slabikách LA, LO, LU, diferenciaci sykavek ve slovech. Dlouho přetrvává problém v měkčení, sluchová diferenciaci se daří asi na 75%. Pokračování tréninku hlásky L, měkčení, nově se přidala výslovnost hlásek Š, Ž. Na začátku roku 2012 se daří hláska L na počátku slova, C, Č zní jako S, Š, nácvik hlásky C šeptem pomocí substituční hlásky T. V půlce roku 2012 se terapie zaměřovala nadále na hlásku L ve slovech, hlásky Č, Š, nově i hlásku R pomocí substituční hlásky D. Terapii znesnadňovaly neustálé rýmy. V nácviku artikulace sykavek se neustále objevuje problém s udržení artikulačního postavení mluvidel. Když se chlapec dostatečně snažil, dařila se hláska L ve slovech i slovních spojeních. V druhé půlce roku 2012 chlapec začal odmítat domácí přípravu, bylo nutné zaměřit se na menší zátěž a vhodně dítě motivovat. Hláska Č se začala automatizovat, pokračování v nácviku R. Na začátku roku 2013 se začínají v nácviku dařit sykavky a měkčení, automatizace do běžné řeči není přesná. Občas se stále objevuje problém v diferenciaci sykavek – především hláska C. Aktuálně se tedy logopedická péče zaměřuje na nácvik hlásek C a R a automatizaci ostatních nacvičených hlásek do běžné řeči.

Prognóza:

Vzhledem k přetrvávajícím problémům ve vývoji řeči a výslovnosti, osobnostním charakteristikám dítěte a nezlepšujícím se zdravotnímu stavu chlapce, bude navržen odklad školní docházky dítěte. Odkladový rok by měl být využit aktivní spoluprací s logopedem na odstranění zbylých narušení řeči a řízenou přípravou na vstup do školy. Bylo by vhodné zařadit některý ze stimulačních programů pro předškoláky.

Jméno, věk: David, 6let a 8 měsíců

Dg.: R 42.9, F 80.0

OA:

Těhotenství i porod dítěte probíhali v pořádku. Chlapec se narodil ve 40. týdnu těhotenství s porodní váhou 3600 g a mírou 51 cm.

Závažná onemocnění, úrazy ani hospitalizace v dětském věku neproběhly.

Chlapec trpí častými rýmami a otitidami. Dýchá ústy. V důsledku neprůchodnosti dutiny nosní mu byla v létě 2011 vyňata nosní mandle.

Hoch navštěvuje pravidelně mateřskou školu od 3 let. Z počátku byl stydlivý, rychle se však začlenil do kolektivu a dnes je vše bez obtíží a do školky dochází rád.

RA:

Oba rodiče jsou zdraví, bez přítomnosti řečové vady. Rodina žije společně, jsou dobře hmotně zajištěni. Chlapec má mladšího sourozence, matka je v domácnosti a věnuje se dětem.

Motorický vývoj:

Motorický vývoj probíhal v normě, chlapec se začal přetáčet v 6 měsících, lézt začal v 9 měsících, samostatná chůze ve 14 měsících.

Řečový vývoj:

Řečový vývoj se vyvíjel v souladu s normou. První slova se objevovala v jednom roce, jednoduché věty pak ve dvou letech, složitější od tří let.

Vyšetření sluchového vnímání:

Sluch v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrakové vnímání v normě.

Vyšetření fonemického sluchu:

Problematické rozlišování tupých a ostrých sykavek.

Vyšetření výslovnosti:

Hlásky R, Ř chybí, nesprávná výslovnost sykavek, neměkčí.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: oslabená gymnastika jazyka

mluvidel: oslabení svalstva orofaciální oblasti

Vyšetření laterality:

Chlapec je pravák.

Logopedická péče:

Do logopedické péče byl chlapec přijat v březnu 2011. Nejdříve bylo nutné překonat lehký stud dítěte, pak spolupracoval hezky. Intervence započala nácvikem fonemické diferenciaci tupých a ostrých sykavek, posílením svalů orofaciální soustavy, kdy se využívalo střídání špulení a úsměvu s pohledem do zrcadla, který dítěti dopřává možnost sebekontroly. Dále nácvikem měkčení hlásky T a D. Po dvou

návštěvách proběhla roční pauza bez logopedické péče. Během této pauzy podstoupil chlapec adenotomii. Při další návštěvě v dubnu 2012 stále dýchal ústy, protože v nemocnici nebyli upozorněni na nutnost nácviku dýchání nosem, v artikulaci se občas objevovala hláska R, Ř stále chybí, hláska L není automatizována, dítě zaměňovalo Č za Š, nejhůře byla artikulována hláska C. Terapie se zaměřila na nácvik nosního dýchání, automatizaci hlásky L a nácvik hlásky C, a to pomocí substituční hlásky T artikulovanou šeptem se správným artikulačním postavením mluvidel. Chlapec se s každou další návštěvou zlepšoval, hláska L se automatizovala do běžné řeči, bylo nutné pouze hlídat kvalitu artikulace sykavek ve slovech. Terapie se dále zaměřila na podporu automatizace zbývajících hlásek, jako například R a C. Při poslední terapii byla započat nácvik hlásky Ř, která se pěkně daří po hláskách D a T, ale nedaří se ve slovech na začátku. Také je třeba podporovat vícekmitnou artikulaci hlásky R, a to prodlužováním výslovnosti „Trrrr a Drrr“. Stále se zaměřují na fixaci správného vzorce nosního dýchání a trénink svalstva v orofaciální oblasti.

Prognóza:

Vzhledem k aktivitě rodiny a motivovanosti klienta lze předpokládat, že nástup do základní školy v září 2013 by mohl proběhnout bez větších narušení v řeči.

Jméno, věk: Sofie, 6 let a 5 měsíců

Dg.: R 49.0, F80.0

OA:

Těhotenství probíhala dle normy. Dítě se narodilo v termínu, 40. Týden těhotenství, s porodní váhou 3300 g a mírou 49 cm. Závažná onemocnění, hospitalizace, ani úrazy neproběhly. Dívka trpí častými rinitidami a otitidami. Dýchá ústy, tím narušení motoriky mluvidel. Diagnostikována nosní mandle, adenotomie proběhla v červenci 2012. Dívka dochází do mateřské školy, nástup do předškolního zařízení proběhl bez problémů. Po zařazení do dětského kolektivu můžeme sledovat skok ve vývoji řeči dítěte.

Dítě při terapii spolupracuje hezky, problém je v zanedbávání domácí přípravy. Postup terapie je proto velmi pomalý a matka uvažuje o změně logopeda.

RA:

Rodina je úplná, žijí společně, jsou dobře finančně zajištěni. Sofie je ze dvou dětí, má mladšího bratra. Rodiče jsou zdraví, bez řečové vady. Spolupráce vážne v oblasti domácí přípravy, která v podstatě neprobíhá.

Motorický vývoj:

Motorický vývoj dívky probíhal v normě, přetáčení asi v 6 měsících, samostatný sed v 8 měsících, lezení v 10 měsících a samostatná chůze ve 12 měsících věku.

Řečový vývoj:

Řeč se vyvíjela dle normy, první slova se objevovala asi v jednom roce života, jednoduché věty asi ve dvou letech, rozvité věty asi ve třech letech věku. Vývoj byl mírně narušen v lexikálně – sémantické rovině, objevilo se opoždění v oblasti slovní zásoby, po nástupu do mateřské školy se vyrovnalo. Dále narušení foneticko – fonologické jazykové roviny, narušení fonematického sluchu. Ostatní jazykové roviny se vyvíjely dle normy.

Vyšetření sluchového vnímání:

Sluch v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrak v pořádku.

Vyšetření fonematického sluchu:

Dívka má potíže v rozlišování obou řad sykavek a rozlišování hlásek K a T.

Vyšetření slovní zásoby:

Na začátku terapie mírné opoždění, po nástupu do mateřské školy srovnání s normou.

Vyšetření výslovnosti:

Chybí hlásky K, R, Ř, Č, Š, Ž, setřelé, C, S, Z = T.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: oslabená

mluvidel: ochablá orofaciální soustava, retný uzávěr

Vyšetření laterality:

Pravák

Logopedická péče:

Dívka byla přijata do péče v květnu 2011. Řeč dítěte je méně srozumitelná, ale neobjevují se disgramatismy. V řeči chyběly hlásky K, R, Ř, setřelé byly sykavky. Terapie se z počátku zaměřila na posílení ochablé motoriky mluvidel a jazyka pomocí různých cviků, například střídání špulení a úsměvu. Dále na vyvození hlásky K, pomocí šeptání slabik CHY, CHO, CHU s přitlačením jazyka a šeptem. Toto se dlouhou dobu nedařilo. Dále se přidaly masáže tváří jazykem ke zlepšení motoriky celé orofaciální oblasti. Později se přidalo procvičování fonemického sluchu na rozlišování hlásek K a T. To se dařilo asi na 50%. Začal se projevovat nedostatek domácí přípravy, takže se terapie neposouvala a bylo nutné pokračovat v procvičování již dříve zadaných úkolů. K procvičování fonemického sluchu se přidala práce se „sluchovým pexesem“. Jedná se o několik malých předmětů naplněných různými předměty, které vydávají různé zvuky, a úkolem dítěte je najít stejné pomocí sluchu. Po vyšetření na ORL v březnu 2012 diagnostikována adenoidní vegetace. Další návštěva až v srpnu, kdy již byla dívka po adenotomii. Došlo ke zlepšení fonemického sluchu, ale ke zhoršení artikulace celkově. Doporučení kloktání a cviků na podporu svalstva orofaciální oblasti a cviků na vytvoření správného vzorce nosního dýchání, například pití brčkem. Při další terapii je vidět posun ve vývoji, občas se zdaří hláska K. Celkové zlepšení percepce i mluvního apetitu se jeví jako následek adenotomie. Nově se přidává sluchové rozlišování CSZ x ČŠŽ a nácvik hlásky C pomocí substituční hlásky T artikulované šeptem. Sluchové rozlišování se příliš nedaří, ale došlo ke zlepšení motoriky mluvidel a dívka dýchá nosem. Aktuálně stále pokračují stejná cvičení v podpoře vývoje výslovnosti i motoriky mluvidel.

Prognóza:

Rodiče trvají na nástupu dívky do školy v září 2013 i přes přetrvávající nesprávnou výslovnost několika hlásek a celkově horší srozumitelnost řeči. Bude tedy nutné velmi aktivně zapracovat na podpoře vývoje artikulace zbývajících hlásek. Dále na zlepšení motoriky mluvidel dle různých doporučených cviků. Nutné bude pokračování logopedické péče i při docházení do základní školy. Velmi by pomohlo, kdyby rodiče nezanedbávali domácí přípravu.

Jméno, věk: Anna, 6 let a 4 měsíce

Dg.: R 49.0, F80.0

OA:

Těhotenství i porod dítěte probíhaly v pořádku. Dívka se narodila ve 39. Týdnu těhotenství, s porodní váhou 3400 g a mírou 50 cm. Závažná onemocnění, hospitalizace ani úrazy v dětském věku neproběhly. Dívka trpí častými rýmami a otitidami, dýchá ústy. Byla diagnostikována adenoidní vegetace, ale matka se brání operaci. Dítě navštěvuje pravidelně mateřskou školu, kam se zařadilo bez problémů. Spolupracuje pěkně.

RA:

Oba rodiče jsou zdraví, nemají řečové vady. Rodina je úplná, žijí společně, jsou dobře hmotně zajištěni. Dívka je ze dvou dětí, má mladšího sourozence.

Motorický vývoj:

Motorický vývoj probíhal v normě. Přetáčet se začala asi v 6 a půl měsících, sed v 8 měsících, samostatná chůze ve 12 měsících.

Řečový vývoj:

Vývoj řeči probíhal dle normy, první slova se začala objevovat kolem 1 roku věku, jednodušší věty asi ve dvou letech a složitější kolem třech let věku. Narušení vývoje jazykových rovin se projevilo ve foneticko – fonologické rovině, ostatní jsou bez narušení.

Vyšetření sluchového vnímání:

Sluch je v normě.

Vyšetření zrakového vnímání:

Zrak dívky je v pořádku.

Vyšetření fonematického sluchu:

Dívka nerozlišuje sykavky, problém s měkkčením.

Vyšetření slovní zásoby:

Slovní zásoba odpovídá věku.

Vyšetření výslovnosti:

Chybí hlásky L, R, Ř, sykavky setřelé, měkkčení.

Vyšetření motoriky:

hrubá: v normě

jemná: v normě

jazyka: oslabená

mluvidel: velmi ochablé orofaciální svalstvo

Vyšetření laterality:

Pravák

Logopedická péče:

Na terapii začala dívka docházet v říjnu 2011. Dívenka od počátku péče velmi pěkně spolupracuje. Terapie započala nácvikem fonematického sluchu rozlišováním ostrých a tupých sykavek. Počátek nácviku hlásky L tréninkem motoriky jazyka pomocí slabik LA, LU, LI s fixovanou bradou. Zároveň nácvik měkčení. Dále byl přidán nácvik hlásek Č, Š, Ž se správným nastavením mluvidel. Terapie se relativně daří, ale stále zůstává velkým problémem dýchání ústy a ochablá motorika mluvidel, kterou dívka poctivě trénuje, například střídáním úsměvu a špulení úst. Problémem je i krátkodobé udržení pozornosti. Řeč je celkově špatně srozumitelná vzhledem k dýchání ústy. Začala se občas dařit výslovnost hlásky Č. Nově cvičení hlásky C pomocí substituční hlásky T. Dívce byla diagnostikována zbytnělá adenoidní vegetace, ale matka nechce nechat dítě operovat. Terapie je tedy zaměřená na minimalizaci vlivu zbytnělé adenoidní vegetace na výslovnost, dýchání a další. Snažíme se podporovat správné návyky dýchání, trénovat obličejové svalstvo a pohyblivost jazyka.

Prognóza:

Byla by vhodné, kdyby dívka podstoupila adenotomii, dá se totiž předpokládat, že by to byl první krok k odstranění problému, které dívka má. Je nutná pokračující logopedická péče zaměřená na postižené oblasti. Samozřejmě pokračuje náprava výslovnosti zbývajících nesprávně vyslovovaných hlásek.

5.3 Shrnutí výsledků šetření

Všechny sledované děti spojuje docházení do stejné ordinace klinické logopedie, diagnóza, ale i věk. I osobní anamnéza dětí je často velmi podobná, těhotenství i porod probíhaly normálně, dítě hezky prospívalo. Spojují je také časté rýmy a otitidy, které se objevují u všech sledovaných dětí ve větší míře. Všechny děti také navštěvují mateřskou školu a letos se u nich očekává nástup do základní školy. Ve všech případech bude nutná pokračující logopedická péče i v období školní docházky.

V rodinné anamnéze jsou si děti také podobné, rodiny žijí společně a jsou hmotně zajištěny. Spolupráce s rodinou je ve všech případech velmi dobrá. Jedinou výjimkou je Sofie, kde by bylo vhodné se na domácí přípravu více zaměřit.

Motorický vývoj dětí probíhal podle rodičů také dle normy, neobjevily se žádné potíže. Při vstupním vyšetření byly odhaleny nedostatky zejména v oblasti mluvidel. S oslabením motoriky mluvidel se setkáváme u všech pěti dětí, u Sofie navíc i s nedostatečným retným uzávěrem. Dále se často objevuje oslabená gymnastika jazyka, a to u všech dětí kromě Daniela.

Řeč u dětí se vyvíjela ve čtyřech případech zcela dle normy, pouze u Matěje jsme se setkali s mírným opožděním. U všech dětí se ovšem objevilo narušení ve vývoji foneticko – fonologické jazykové roviny. U Sofie a Matěje pak navíc objevilo narušení v lexikálně – sémantické rovině. Obě děti dohnaly toto mírné opoždění a dnes jsou v této oblasti zcela v pořádku.

V oblasti sluchového vnímání se u žádného z dětí kromě Matěje neobjevil problém. U Matěje se objevuje proměnlivá nedoslýchavost spojená s častými otitidami.

Oblast zrakového vnímání a slovní zásoby je u dětí opět v normě. Výjimku tvoří Matěj a Sofie, u nichž se mírné ochuzení slovní zásoby srovnalo s nástupem do mateřské školy.

Vývoj fonemického sluchu je u všech dětí zasažen. Všechny děti na začátku terapie problematicky rozlišovaly ostré a tupé sykavky, kromě Davida měly všechny děti problém i v rozlišování měkkých a tvrdých souhlásek. U Sofie ještě navíc problematické rozlišování hlásek K a T.

Dle informací uvedených v předchozích kapitolách je jasné, že v oblasti výslovnosti jsou vzhledem k diagnóze zasaženy nosovky. Dále se u všech dětí na začátku terapie neobjevovaly v řeči hlásky R a Ř, což bylo vzhledem k věku fyziologické. V průběhu terapie a s přibývajícím věkem bylo nutné zaměřit se i na tyto hlásky, které stále zcela chybí nebo nejsou fixovány či automatizovány u všech dětí. Dále se u Matěje a Anny objevil problém s hláskou L, jejíž chybění na začátku terapie bylo považováno za fyziologické, dnes se na ní stále pracuje. Další oblastí, která byla pro všechny děti kromě Sofie problematická, bylo měkčení. U Sofie se navíc ještě objevilo problematické vyslovování hlásky K, respektive zaměňování za T. Nesprávná výslovnost sykavek trápila či stále trápí všechny děti. Dýchání ústy, které se objevuje

jako jeden ze symptomů hyponazality, způsobuje největší problém právě u výslovnosti sykavek.

Logopedická terapie se u všech dětí zaměřovala na nácvik správného vzorce nosního dýchání a probíhala cvičení na posílení svalstva orofaciální oblasti. Dále terapie pokračovala individuálně, dle potřeb dítěte. Obecně však lze říci, že se nejprve zaměřovala na podporu rozvoje fonemického vnímání, dále na vyvození či nápravu hlásek, které dětem činily potíže.

U všech dětí byla tedy výslovnost narušena, vlivem ochablého svalstva orofaciální soustavy byl znesnadněn samotný motorický akt, vlivem narušení v oblasti fonemického sluchu zase schopnost dětí rozpoznávat jednotlivé hlásky a tím možnost autokorekce.

Vývoj těchto dětí narušil vliv zbytnělé nosní mandle a následná hyponazalita. U čtyř dětí byla adenoidní vegetace odstraněna a spolu s logopedkou se snaží co nejvíce přiblížit výslovnost normě. U Anny se matka zatím pro tento zákrok nerozhodla. Terapie je tedy zaměřena na nápravu výslovnosti hlásek a posílení svalstva orofaciální oblasti. Péče je velmi náročná a zdoluhavá, výsledky nejsou ideální.

Logopedická terapie u všech těchto dětí stále pokračuje. Jedná se o dlouhodobou záležitost, při které je velmi nutná aktivní spolupráce a snaha rodiny i klienta. Na příkladu Sofie je vidět, jak ovlivní laxní přístup rodiny celý průběh terapie. Je také nutné, aby terapie započala ihned po adenotomii nebo ještě lépe před ní. Je totiž nutné se zaměřit na nácvik nosního dýchání a posílení svalstva orofaciální oblasti. V případě absence těchto cvičení je možné, že dojde k obnovení odstraněné tkáně.

Na případech těchto dětí je vidět, jak je v praxi nutná mezioborová spolupráce zaměřená na klienta. Lékaři ORL, případně foniatři, chirurgové, kteří odstraňují adenoidní vegetaci, logoped nebo i praktický lékař musí mezi sebou dostatečně komunikovat a předávat klientovi a jeho rodině co nejvíce informací, které mohou co nejvíce prospět.

Je třeba myslet na to, že odstraněním adenoidní vegetace terapie nekončí, tím v podstatě začíná. Po adenotomii se můžeme setkat se zlepšením, ale často bývá stav dítěte nezměněný. Dýchání je zpravidla stále realizováno ústy, zůstává starý návyk. Toto je často těžké rodičům vysvětlit, očekávají okamžitou změnu k lepšímu.

Po zpracování své bakalářské práce považuji za užitečné zaměřit se na informovanost rodičů a mateřských škol. Na rodičích je totiž v důsledku rozhodnutí, zda

dítě adenotomii podstoupí, je tedy nutné, aby se sami snažili získat co nejvíce informací, a dostávali jich co nejvíce od odborníků. Zároveň si myslím, že by rodiče měli dát na radu odborníků, kteří svému oboru rozumí a chtějí pro jejich dítě taktéž to nejlepší. V případě mateřských škol, potažmo i rodičů by mělo jít o to, aby se co nejvíce o diagnóze dozvěděli a bylo možné provádět cvičení na posílení orofaciální oblasti nebo nácvik správného vzoru nosního dýchání jako prevenci vzniku nebo recidivě adenoidní vegetace. Využít by bylo možné mnoho z cvičení uvedených výše v kapitole Logopedická terapie po adenotomii. Z pravidla se jedná o jednoduchá cvičení formou hry, která děti baví a mohou jim jen prospět. Rodiče by měli zároveň dbát rad logopeda, věnovat se doporučeným cvičením v množství i frekvenci dle rad logopeda. Prevence by se měla dále zaměřit i na otitidy a rinitidy. V tomto ohledu je dobré dbát rad lékařů.

6 Závěr

Jako hlavní cíl této bakalářské práce jsem si stanovila zjistit, zda má hyponazalita vliv na vývoj výslovnosti. Dále jsem vytyčila dílčí cíle, které byly užitečné k pochopení konkrétních důsledků hyponazality na výslovnost, dítě samotné i rodinu. Mezi ně patřilo například to, jak se rodiče staví k operaci svých dětí, které hlásky jsou nejčastěji narušeny nebo zda po zákroku dochází k okamžitému zlepšení stavu dítěte.

V první části práce jsem se zabývala teoretickým náhledem do problematiky. Popsán byl vývoj řeči, jazykové roviny i jejich vývoj. Hlavní část teoretické části pak tvořily kapitoly zabývající se výslovností a narušením rezonance řeči. Poslední kapitola v teoretické části se zabývala adenoidní vegetací, která je nejčastější příčinou vzniku hyponazality v dětském věku.

Pro splnění hlavního i dílčích cílů jsem využila kazuistik, které byly sestaveny na základě rozhovorů s klinickou logopedkou, rozboru dostupných materiálů a mém vlastním pozorování v ordinaci klinické logopedie. Není jednoduché získat všechny informace, které jsem si původně představovala, přesto považuji vypracování kazuistik za dostatečné. Velkým přínosem byly informace získané od klinické logopedky, ale ocenila jsem i vlastní pozorování, které mi umožnilo vhléd přímo do logopedické terapie, která je často složitá a velmi zdlouhavá. Náročná je nejen pro logopeda, ale i pro dítě i celou rodinu.

Ze všech pěti zpracovaných kazuistik vyplývá, že hyponazalita opravdu má vliv na vývoj výslovnosti u dětí. Z podstaty hyponazality jsou narušeny nosovky, dále vlivem ochablé orofaciální soustavy dochází k narušení výslovnosti sykavek a problém v měkčení. Toto jistě souvisí i s narušením fonemického sluchu, které je spojeno s přítomností zbytnělé adenoidní vegetace.

V otázce postoje rodičů k odstranění adenoidní vegetace se kromě jedné matky všichni rodiče přiklonili k odstranění. Jak je již uvedeno v předchozí kapitole, dítě oproti ostatním postupuje v terapii mnohem hůře a výsledky nejsou ideální.

Po odstranění adenoidní vegetace přichází období, kdy rodiče očekávají okamžitý skok ve vývoji, nejlépe návrat k normálu. To však není možné, dítě má zafixované stereotypy, které je třeba odstranit a pak může dítě prospívat.

Stanovených cílů bylo dosaženo.

Díky zpracování mé bakalářské práce, při němž jsem strávila mnoho času v ordinaci klinické logopedie, jsem pochopila, jak důležitá je aktivní spolupráce rodiny a logopeda, individualizace péče, dodržování pokynů logopeda rodinou i motivace dítěte k práci. Byla jsem svědkem velmi pěkných výsledků, kterým předcházela tvrdá práce, ale i případů opačných. Pochopila jsem, jak pomůže rodičům, když jsou dobře informováni, ale i jejich vlastní snaha proniknout co nejvíce do problematiky.

Rodiče i pedagogové v předškolních zařízeních by měli být informováni o tom, že dětem mohou velmi pomoci různá cvičení sloužící k upravení správného vzorce nosního dýchání nebo cvičení podporující funkci svalstva orofaciální oblasti. Mohou totiž sloužit jako prevence návyku dýchání ústy a zduření adenoidní vegetace. Dále je velmi vhodné preventivně předcházet vzniku otitid a rinitid, které taktéž mohou vést k zbytnění nosní mandle.

Budu ráda, když tato práce, ve které jsem se snažila vytvořit ucelený přehled o dané problematice, bude zdrojem informací a možná i inspirací pro další zkoumání tohoto tématu.

Informační zdroje:

Použitá literatura:

- BALAŠOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. 1. vydání. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. 84 s. ISBN 80-867-2305-4.
- BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2007. 212 s. ISBN 978-802-5118-290.
- CASTILLO-MORALES, R. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-736-7105-0.
- DIEŠKA, D. a kol. *Vademecum Medici*. 3. Vydání. Martin: Osveta, 1985. 1632s.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. 223 s. ISBN 80-902-5362-8.
- HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 392 s. ISBN 978-802-4705-293.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-736-7040-2
- HOUŠTĚK, J., KUBÁT, K., HLOUŠKOVÁ, Z. *Pediatrická propedeutika*. 1. vydání, Praha: Avicenum, 1982. 320s.
- HYBÁŠEK, I. *Ušní, nosní a krční lékařství*. 1. vydání. Praha: Galén, 1999. 220 s. ISBN 80-726-2017-7.
- KITTEL, A. *Myofunkční terapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 111 s. ISBN 80-716-9619-6.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. 2. vydání. Brno: Paido, 2000. 94 s. ISBN 80-859-3188-5.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 978-802-4711-102.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. 4. vydání. Praha: Portál, 2005. 213 s. ISBN 80-736-7056-9.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-802-4736-877.
- LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium: teoretické východiska současnej logopedie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou*

komunikačnou schopnosťou. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakl'adatelstvo, 1989. 278 s. ISBN 80-080-0447-9.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-717-8801-5.

MLČOCHOVÁ, M. *Šimonovy pracovní listy*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. 64 s. ISBN 978-807-3672-669.

NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. 81 s. ISBN 80-704-1098-1.

NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 107 s. ISBN 978-807-4350-535.

PRŮCHA, J. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-3603-7.

SKUTIL, M. a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vydání. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-807-3677-787.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. 616 s. ISBN 978-807-3673-406.

ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. 1. vydání. Brno: Paido, 1999. 85 s. ISBN 80-859-3167-2.

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

VYŠTEJN, J. *Dítě a jeho řeč*. 1. vydání. Beroun: Baroko & Fox, 1995. 62 s. ISBN 80-856-4225-5.

Přednášky:

DURDILOVÁ, L. *Fylogenetický a ontogenetický vývoj řeči*. Přednáška, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Letní semestr 2010/2011.

DURDILOVÁ, L. *Rhinolalie*. Přednáška, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Zimní semestr 2012/2013.

Elektronické zdroje:

Comunication. [online]. [cit. 2013 - 04 - 22]. Dostupné z: <http://www.castillomoralesvereinigung.de/Castillodata/English/Behandlung.html>.

Peters, B. *What is myofunctional therapy?*. [online]. 2012 - 10 - 09. [cit. 2013 - 04 - 22]. Dostupné z: <http://sleepdisorders.about.com/od/sleepdisorderstreatment/a/What-Is-Myofunctional-Therapy.htm>.

What is an Orofacial Myofunctional Disorder?. [online]. [cit. 2013 - 04 - 22]. Dostupné z: <http://www.iaom.com/orofacialMyology.html>.