

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Děti s orofaciálními rozštěpy v předškolním věku  
v Hradci Králové a v Pardubicích**

Bakalářská práce

Autor: Hana Skalová  
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace  
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ  
Pedagogická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana Skalová**  
Osobní číslo: **P12461**  
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Speciálně pedagogická péče o osoby s poruchami komunikace**  
Název tématu: **Děti s orofaciálními rozštěpy v předškolním věku v Hradci Králové a v Pardubicích**  
Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Bakalářská práce je zacílena k problematice dětských rozštěpových vad obličeje. Teoretická část se zaměřuje na základní terminologii, příčiny, symptomy a klasifikaci orofaciálních rozštěpů, zahrnuje krátký přehled o jejich výskytu, prognóze i prevenci a věnuje se rovněž logopedické diagnostice a terapii. Praktická část zjišťuje, zda se pedagogičtí pracovníci v předškolních zařízeních typu MŠ, MŠ logopedická a MŠ s logopedickou třídou setkali v rámci své praxe s dětmi s orofaciálními rozštěpy, i jaké zkušenosti s nimi měli. Součástí práce je také případová studie dítěte s touto vývojovou vadou.

Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy:  
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.**  
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **20. února 2014**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.  
děkan

L.S.

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.  
vedoucí katedry

dne

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne 26. 3. 2015

## **Poděkování**

Děkuji doc. PaedDr. Karlu Neubauerovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a konzultace k daným problematikám v této bakalářské práci. Dále bych ráda poděkovala všem ochotným pedagogickým pracovníkům v mateřských školách za poskytnutí potřebných informací, které mi umožnily vypracování praktické části práce. Poděkování patří také matce dítěte, o němž byla zpracována rozšířená případová studie, za její čas a trpělivost.

## **Anotace**

SKALOVÁ, Hana. *Děti s orofaciálními rozštěpy v předškolním věku v Hradci Králové a v Pardubicích*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 99 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce pojednává o problematice dětských rozštěpových vad obličeje. Teoretická část se zaměřuje na základní terminologii, příčiny, symptomy a klasifikaci orofaciálních rozštěpů, zahrnuje krátký přehled o jejich výskytu, prognóze i prevenci a věnuje se rovněž logopedické diagnostice a terapii.

Praktická část zjišťuje, zda se pedagogičtí pracovníci v předškolních zařízeních typu MŠ, MŠ logopedická a MŠ s logopedickou třídou setkali v rámci své praxe s dětmi s orofaciálními rozštěpy, i jaké zkušenosti s nimi měli. Součástí práce je také případová studie dítěte s touto vývojovou vadou.

Klíčová slova: Orofaciální rozštěpy, palatolalie, velofaryngeální insuficience, týmový přístup, komplexní péče

## **Annotation**

SKALOVÁ, Hana. *Preschool aged children with orofacial cleft at Hradec Kralove and Pardubice districts*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 99 pp. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor work focuses on problematic of children cleft face handicap. Theoretical part is concentrating on basic terminology, reasons, symptoms and classification of orofacial clefts. It includes overview of the occurrence, prognosis and prevention and devotes to speech diagnostics and also.

Practical part finds up whether pedagogical associates, based in preschool educational organizations like nursery school, speech therapy nursery school and nursery school with speech therapy class, experienced during their professional practice children with orofacial clefts and which kind of experience they obtained. Integral part of the work is a case study of child with this cleft handicap.

Key words: Orofacial clefts, palatolaly, velofaryngeal insufficiency, team approach, complex care

## Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 Vývoj dětské řeči a frekventované poruchy .....	12
1.1 Vývoj řeči a artikulace u dětí .....	12
1.1.1 Vývoj řečových schopností.....	13
1.1.2 Vývoj artikulačních schopností .....	18
1.2 Odchytky vývoje artikulace – dyslalie.....	20
1.3 Vývojové poruchy řečové komunikace.....	22
1.3.1 Motorické řečové poruchy – palatolalie .....	22
2 Dítě s orofaciálním rozštěpem.....	24
2.1 Vymezení termínu orofaciální rozštěp .....	24
2.2 Vliv rozštěpu na kvalitu života .....	25
2.3 Etiologie .....	26
2.4 Klasifikace.....	27
2.5 Výskyt .....	29
2.6 Symptomatologie .....	30
2.6.1 Anomálie orofaciálního systému .....	30
2.6.2 Příznaky v řeči – palatolalie.....	32
2.6.3 Příznaky v hlase – palatofonie .....	36
2.6.4 Příznaky v neverbální komunikaci .....	37
2.6.5 Poruchy sluchu.....	38
2.7 Diagnostika .....	38
2.7.1 Lékařská diagnostika .....	39
2.7.2 Logopedická diagnostika .....	41
2.8 Terapie.....	43



2.8.1	Lékařská terapie.....	44
2.8.2	Logopedická terapie.....	46
2.9	Prognóza.....	50
2.10	Prevence.....	51
PRAKTICKÁ ČÁST .....		52
3	Výzkumné šetření a jeho charakteristika.....	52
3.1	Cíl výzkumného šetření, dílčí cíle.....	52
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku, místo šetření .....	53
3.3	Vlastní realizace výzkumu .....	54
3.4	Kvalitativní výzkum.....	55
3.4.1	Využitý přístup kvalitativního výzkumu .....	55
3.4.2	Zvolené metody získávání kvalitativních dat .....	56
3.5	Případové studie.....	57
3.5.1	Rozšířená případová studie chlapce s orofaciálním rozštěpem .....	74
3.6	Zacílená kvalitativní analýza dat ze souboru kazuistických studií .....	82
ZÁVĚR .....		87
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....		89
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK .....		93
SEZNAM PŘÍLOH.....		94
PŘÍLOHY		

## ÚVOD

*„Nebudte nešťastná, Vy, která jste dala život děcku s rozštěpem. Není to hanba, je to jen náhoda vývoje, omyl přírody; vada se dá dnes dobře napravit. Máte plnou naději, že se z Vašeho děcka stane hodnotný člen společnosti.“*

*Akademik František Burian  
Zakladatel české plastické chirurgie*

Výše zmíněný citát v sobě zahrnuje hned několik informací, které jsou velmi podstatné pro rodiče – především matky – jimž se narodilo dítě s orofaciálním rozštěpem. V první řadě se jedná o problematiku viny a odpovědnosti jednoho, popř. obou rodičů za přenos nepříznivé vlohy na dítě. S tímto problémem se většina z nich skutečně setkává, avšak jak je již v citátu uvedeno, je to zcela zbytečné, poněvadž se opravdu jedná o omyl přírody, za který ani jeden partnerů není zodpovědný. V druhé řadě pak citát informuje o tom, že už se v dnešní době dá rozštěp obličeje dobře napravit (léčit), což potvrzují i různé studie věnující se problematice rozštěpových vad. V současnosti už dokonce lze, díky stále časněji prováděným operacím, výrazně zlepšit jak vzhled dítěte, tak i jeho řeč, a to často až k normě. Nakonec si pak rodiče mohou z citátu odnést to nejdůležitější, a tím je naděje, že se jejich dítě stane plnohodnotným členem společnosti.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se nejprve věnuje vývoji řečových a artikulačních schopností a zároveň i nejčastěji se vyskytující odchylce artikulace u dětí – dyslalii. Uveden je zde rovněž kratší přehled o motorických řečových poruchách, z nichž je blíže popsána porucha řeči – palatolalie, jejíž příčinou je rozštěp patra. Dále je již práce podrobněji zaměřena na problematiku rozštěpových vad obličeje. V ní se poté věnuje základní terminologii, vlivu rozštěpové vady na kvalitu života, etiologii, klasifikaci, výskytu a symptomatologii orofaciálních rozštěpů. Zabývá se také lékařskou a logopedickou péčí o tyto jedince a poskytuje i kratší přehled o prognóze a prevenci rozštěpových vad obličeje.

Praktická část práce je následně zaměřena na kvalitativní výzkumné šetření. V rámci výzkumu bylo zjišťováno, zda se pedagogičtí pracovníci v předškolních zařízeních typu MŠ, MŠ logopedická a MŠ s logopedickou třídou v rámci své praxe někdy setkali s dětmi s orofaciálními rozštěpy, i jaké s nimi měli zkušenosti. Informace o konkrétních dětech byly získávány formou polostrukturovaného rozhovoru právě od

výše zmíněných pedagogických pracovníků. Ze zjištěných údajů pak byly sepsány kazuistiky o dětech s obličejovými rozštěpy, přičemž o jednom z nich byla navíc zpracována i rozšířená kazuistická studie z důvodu, že byla jeho matka ochotna spolupracovat na bakalářské práci a poskytnout tak více anamnestických údajů. V tomto konkrétním případě byla, kromě polostrukturovaného rozhovoru, využita také metoda krátkodobého přímého pozorování. V závěru praktické části je uvedena zacílená kvalitativní analýza dat z uvedených kazuistik.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila především proto, že jsem se za svůj život doposud nesetkala – a to ani v rámci své logopedické praxe – s člověkem s orofaciálním rozštěpem, popř. jsem o tomto setkání neměla tušení z důvodu, že již u těchto osob nebyl rozštěp v obličejí znatelný a jejich řeč navíc odpovídala intaktní populaci. Rovněž i proto, že mě tato problematika v rámci studia oboru zaujala nejvíce, jsem se rozhodla tuto skutečnost změnit. Vybrala jsem si tedy téma, u kterého jsem měla zajištěnu příležitost osobního setkání s těmito jedinci a zároveň i možnost prohloubit si své znalosti o jejich zdravotním postižení.

## TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce se z počátku věnuje vývoji řeči a artikulace u dětí a zároveň i frekventovaným řečovým poruchám v tomto věku. Dále je zaměřena na problematiku rozštěpových vad obličeje, kde se nejprve zabývá základní terminologií i vlivem rozštěpové vady na kvalitu života. Uvádí také příčiny, klasifikaci, výskyt a symptomy orofaciálních rozštěpů. Nechybí zde ani bližší charakteristika lékařské a logopedické péče o tyto jedince a rovněž i kratší přehled o prognóze a prevenci této vývojové vady.

### 1 Vývoj dětské řeči a frekventované poruchy

Vývoj řečových schopností a artikulace v dětském věku je zde uveden nejen proto, že je jeho znalost nesmírně důležitá pro logopedickou praxi, ale také proto, že u většiny dětí s rozštěpovou vadou je tento vývoj odlišný od intaktní populace. Popsána je zde také porucha řeči – dyslalie, která se v rámci vývoje objeví u každého dítěte, avšak u dítěte s rozštěpem v obličeji se projevuje za jiných podmínek. V této kapitole je zahrnut i stručný přehled o motorických řečových poruchách, z nichž je blíže charakterizována především palatolalie – porucha řeči při rozštěpu patra.

#### 1.1 Vývoj řeči a artikulace u dětí

Schopnost řečové komunikace je jednou z fascinujících lidských schopností. Lechta (2008, s. 13) ji definuje jako „*schopnost vědomě používat jazyk jako komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách.*“

Zvláštěností je, že tato schopnost patří v rámci ontogeneze člověka k těm, které mají nejprudší průběh. I přesto, že se u člověka vyvíjí a zdokonaluje po celý život, za klíčové období, v němž proces osvojování mluvené řeči probíhá, se považuje období do 6. roku života, s těžištěm do 3.-4. roku, kdy je vývojové tempo nejrychlejší.

### 1.1.1 Vývoj řečových schopností

Vývoj řečových schopností u jedince je možný, resp. probíhá správně, jen pokud jsou splněny určité podmínky – nepoškozená centrální nervová soustava (CNS), normální intelekt, úroveň sluchové a zrakové percepce, úroveň motorických schopností, vrozená míra nadání pro řeč a jazyk i adekvátní sociální prostředí (tj. stimulace k řeči, správný mluvní vzor) (Bytešníková, 2012).

Vývoj dětské řeči neprobíhá jako samostatný proces – je ovlivňován vývojem sensorického vnímání, motoriky, myšlení i socializací. Dle Vygotského (1971) probíhá vývoj myšlení a řeči do určitého věku zcela nezávisle na sobě. V myšlení existují stadia předintelektuální a v řeči stadia předřečová, a teprve kolem 2. roku života dítěte se obě tyto linie protínají, čímž se myšlení stává verbálním a řeč intelektuální.

Existuje velké množství rozdílných přístupů ke zkoumání řečového vývoje. Lechta (2008) však ve své práci aplikuje model, v jehož rámci stručně charakterizuje jednotlivá období vývoje dětské řeči, a rozděluje ho na **neverbální – předverbální úroveň** (přípravná stadia) a **verbální úroveň** (vlastní vývoj řeči). Pokud se budeme držet tohoto modelu, je předem nutné upozornit na to, že zhruba jen u 50 % dětí se určitý znak vyskytne skutečně ve zmiňovaném věku, u ostatních dětí se objeví buď dříve či později. Dle Klenkové (2006) je proto vždy nutné přistupovat k hodnocení vývoje řeči u každého dítěte individuálně a v každém vývojovém období připustit i určitou časovou variabilitu.

#### *a) Neverbální – předverbální úroveň*

Tato úroveň řečového vývoje trvá cca do dovršení 1. roku života dítěte po vyslovení prvního slova. **Předverbální projevy** (např. křik, broukání) se úžeji vážou na budoucí zvukovou, slovní a mluvenou řeč dítěte. **Neverbální projevy** oproti tomu zahrnují větší množství nezvukových i zvukových projevů, které nemusí být vždy přímo spojeny s mluvenou řečí (např. zrakový kontakt) (Lechta, 1991). Důležité je si uvědomit, že neverbální komunikace přetrvává v průběhu celého života, zatímco předverbální projevy budou v nejbližší době nahrazeny projevy verbálními.

Do neverbálních projevů lze zařadit:

- proximitu – fyzické přiblížení či vzdálení;
- haptiku – komunikace tělesným kontaktem (př. pohlazení);
- posturiku – komunikace fyzickým postojem a vzájemnou polohou;
- kineziku – mimovolní pohyby rukou, nohou, hlavy a těla;
- gestiku – použití gest (př. kývnutí hlavou na souhlas);
- mimiku – vyjadřování emocí výrazy tváře;
- pohledy – řeč očí;
- paralingvu – akustické projevy (př. hlasitost či barva řeči, tónová výška, pauzy, rychlost, intonace i důraz v řeči – zde se jedná o bezprostřední prolínání neverbálních a předverbálních projevů) (Lechta, 2008).

Buda (1988) pokládá za téměř jisté, že vývoj neverbálních projevů začíná již v prvních týdnech života. S tímto tvrzením souhlasí také Damborská (1982), podle níž je zdravý novorozenec schopen už první tři hodiny po porodu interakce (ve formě tzv. příklonu) – navazuje zrakový kontakt, sleduje obličej matky a otáčí hlavu za příjemnými zvuky. Tato autorka považuje také kojení za typický přirozený komunikační obřad, při němž u dítěte dochází k výraznému hromadění příjemných zážitků.

### **Předverbální a neverbální projevy dítěte v jednotlivých obdobích vývoje**

**Po narození** patří k prvním projevům dítěte neartikulovaný jednotvárný *křik*. Jedná se o hlasový reflex, kterým dítě reaguje na změnu prostředí, teploty okolí a krevního oběhu (Bytešnicková, 2012). Tento křik je bez subjektivního oznamovacího záměru, i když objektivně může mít i určitou diagnostickou hodnotu (např. křik předčasně narozeného dítěte je slabý, žalostivý). V období po narození si dítě začíná všimnout základních podnětů – upřednostňuje tóny před šumy a někdy se ve svém křiku zarazí, když slyší lidský hlas. Jsou zde přítomny i náznaky první neverbální komunikace, především v oblasti taktilní a vestibulární. Kolem 3. týdne se u něj objevuje úsměv a po 3.-4. týdnu začíná reagovat sacími pohyby na matčin hlas.

V období kolem **2.-3. měsíce** se mění síla a rozsah křiku dítěte (cca 6. týden). Postupně je jím také schopno vyjadřovat svou náladu – tzv. emocionalizace křiku.

Nejprve vyjadřuje negativní pocity (tvrdým hlasovým začátkem) a později, tj. kolem 3. měsíce, subjektivně příjemné stavy (měkkým hlasovým začátkem). Občas již vydává i různé hrdelní zvuky (v poloze vleže na zádech klesá jazyk vlastní vahou dozadu). Zvukové sekvence v tomto stadiu se často označují jako *broukání*, které probíhá především ve stavu spokojenosti či nasycení. Z původního křiku se také postupně začíná stávat přivolávání, tedy prostředek na uspokojování hlavních potřeb – tzv. komunikační křik. Objevují se i první náznaky mezilidské komunikace v neverbální oblasti na základě zrakového vnímání (př. reaguje úsměvem na lidský úsměv).

Mezi **3.-4. měsícem** již dítě začíná očima vyhledávat zdroj zvuku (např. otáčí se za rozhovorem rodičů). Lidský hlas ho mnohdy podněcuje k úsměvu, příp. ho uspokojuje. V této době se také objevuje *pudové žvatláni*, kdy některé z předverbálních zvukových projevů mají charakter signálů. Jedná se o tzv. „hru s mluvidly“, při níž dítě s mluvidly manipuluje stejně jako při přijímání potravy a doprovází tyto pohyby hlasem. Následně pak začíná odpovídat žvatláním na oslovení. V některých situacích se jím také snaží vyprovokovat své okolí ke komunikaci.

Zabarvení hlasu je poté dítě schopno rozlišit již v období kolem **4.-6. měsíce**. Přátelským oslovením ho tak můžeme uklidnit, zatímco při hněvivém tónu se vyleká (bez ohledu na obsah sdělení). Čím dál živěji také reaguje na známé hlasy (zejména matky) a vokalizuje, když na něj matka promlouvá. Je přítomen častý výskyt monologického pudového žvatláni a broukání, při němž dítě produkuje velké množství nejrůznějších zvuků, ale bez vědomé kontroly – není ještě zapojena vědomá sluchová kontrola. Zvuky, které vydává, jsou tak velmi variabilní a nefixují se. Radost pak dítě většinou projevuje vysokými výskavými tóny. Mnohdy také zvukem upozorňuje okolí na svou přítomnost a všímá si i tišších zvuků, hlavně pokud jsou v jeho blízkosti a signalizují mu příjemné zážitky.

V době mezi **6.-8. měsícem** dítě stále častěji dokáže sedět, čímž se mu lépe vydávají zvuky, než kdyby byl v poloze na zádech, takže „vypráví“. Objevuje se zde také napodobování, kdy se dítě snaží napodobovat zvuky, které samo vydává, a rovněž i imitovat své okolí. Pokouší se „odzírat“ pohyby mluvidel ostatních lidí. Zapojením sluchové a zrakové kontroly při *napodobujícím žvatláním* se z širokého spektra znělek postupně stávají hlásky mateřského jazyka (Lechta, 2008). Při snaze napodobit tyto hlásky musí dítě realizovat pokus hned několikrát. Tímto pak dochází k mnohonásobnému opakování hláskových skupin – tzv. fyziologické echolalii

(Bytešnicková, 2012). V této době se dítě také otáčí (celým tělem, popř. jen hlavou) za zvukem, který zaslechl a samo začíná komunikovat s hračkami či osobami.

V období od **8.-10. měsíce** dítě dokáže ukázat, kde se nacházejí předměty či osoby z blízkého okolí – je schopno identifikovat cca 5 předmětů, resp. osob. Opět experimentuje se zvuky (např. reduplikuje různé slabiky). Dochází ke stále přesnější imitaci, a to hlavně zvuků slyšených z okolí. V této době pak převážně komunikuje prostřednictvím gestikulace.

Za poslední období předverbální – neverbální úrovně vývoje řeči považuje Lechta (2008) dobu mezi **10.-12. měsícem**. Během ní se již objevuje „porozumění“ mluvené řeči. Obvyklá je zde motorická reakce na globální zvukový obraz slov, která je často spojená s opakující se situací. Jedná se o tzv. neverbální komunikaci gesty na prvosignální úrovni. Dítě tak dokáže uposlechnout větší počet příkazů, zákazů a pokynů (např. pojď sem, nedělej to apod.) či udělá na výzvu „pá – pá, ťapy – ťapy,“ popř. ukáže, jak je veliké. Dokáže stále přesněji imitovat řeč dospělých a se zájmem je při komunikaci sleduje. Je již také schopno artikulovat všechny samohlásky a navíc i některé souhlásky a slabiky. Někdy se už objeví i první slovo, zastupující celou větu – tj. začíná aktivně používat řeč (zprvu jen tzv. jednoslovné věty, kterými vyjadřuje aktuální přání a potřeby). Tyto věty bývají zpravidla neohebné a tvořené opakováním slabik.

### ***b) Verbální úroveň***

Vývoj řeči na této úrovni začíná skutečně verbálně – tj. po završení 1. roku, kdy se u dítěte objeví první slovo (jednoslovná věta). Klíčovými aktivitami zde jsou **osvojování různých rovin mateřského jazyka**, tedy roviny foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické a pragmatické (Lechta, 1985). V některých oblastech (např. intelektualizace řeči) trvá zdokonalování v podstatě po celý život člověka (Lechta, 2008).



## Verbální projevy dítěte v jednotlivých obdobích vývoje

Lechta (2008) ve své publikaci uvádí, že kolem **1-1,5 roku** života už dítě začíná používat *první slova – jednoslovné věty*, kterými jsou nejčastěji podstatná jména, někdy také citoslovce. Daná slova však mívají v závislosti na konkrétní situaci odlišný význam (mohou vyjadřovat přání, emoce či konstatování). U dítěte se začínají objevovat rovněž i prozodické faktory řeči, pomocí nichž moduluje jednoslovné věty. Neverbální – předverbální komunikace je zde stále důležitá, avšak postupně začíná ztrácet na významu. V průběhu tohoto období se současně, s čím dál tím dokonalejší samostatnou chůzí, zvětšuje akční rádius dítěte a tím i schopnost aktivně poznávat věci a jevy kolem sebe. Toto se pak příznivě odráží na vzrůstu slovní zásoby – koncem tohoto období dítě ovládá cca 70-80 slov. Aktivně používaná slova mají většinou stále charakter jednoslovných vět bez gramatické stavby.

V době mezi **1,5-2 roky** dítě objevuje mluvení jako činnost a pomocí řeči čím dál tím aktivněji poznává své okolí. V tomto období začíná tzv. *první věk otázek* (př. „Co je to?“, „Kdo je to?“). Dítě také spontánně přestává používat dětská pojmenování – tj. různá dětská slůvka, jejichž význam znali často jen lidé z blízkého okolí. Začíná tvořit *dvojslovné věty*, avšak stále s dysgramatismy. Vytváří je většinou spojením dvou jednoslovných vět. Při artikulaci delších slov mnohdy vynechává poslední slabiky.

Ve **2-2,5 letech** dítě ovládá přibližně 200-400 slov. V této době také vrcholí účinek tzv. genotypického faktoru pro osvojování řeči. Dítě postupně začíná skloňovat, časovat a ohýbat slova – dochází ke *gramatizaci řeči*. Kromě podstatných jmen, přídavných jmen a sloves začíná používat i ostatní slovní druhy. Na konci období již dokáže tvořit věty o více slovech. Rovněž vnímá a odlišuje nápadné charakteristiky a distinktivní znaky některých fonémů, které se týkají znělosti (př. B – P), způsobu artikulace (př. K – O) i místa artikulace (př. F – G). Myšlení dítěte začíná být verbální a řeč intelektuální.

Dítě o sobě nejčastěji hovoří ve 3. osobě ve věku kolem **2,5-3 let**. Jeho transfer v oblasti gramatických jevů mateřského jazyka je v této době tak přesný, že „neakceptuje“ některé z gramatických výjimek (např. „dobrý – dobřejší“ tvoří analogicky jako „zelený – zelenější“). Postupně také chápe význam otázek „Kdy?“ a „Proč?“ a čím dál tím suverénněji používá *víceslovné věty*. V tomto období už také dítě začíná chápat komunikační poslání řeči.

Když je dítěti **3-3,5 let**, většinou už ovládá i více než 1000 slov a začíná tvořit „vyšší“, všeobecnější pojmy – tj. začíná přechod na druhosignální úroveň. Prochází obdobím fyziologických těžkostí v řeči, jako např. zadržávání při mluvení, vícenásobné opakování slov či slabik apod. V tomto věku také nejčastěji dochází ke vzniku koktavosti. Slova ve větě už zde dokáže používat ve správném tvaru, avšak pouze vzácně používá některé předložky a spojky. Začíná rovněž tvořit i souvětí (nejprve většinou přiřazovací) a objevuje se u něj tzv. *druhý věk otázek* („Proč?“). Jak uvádí Kutálková (2005, s. 41) „*věk kolem tří let se považuje za hranici tzv. období fyziologické nemluvnosti. Do této doby má dítě jistý nárok mluvit málo, aniž se tím nějak znepokojujeme. Kolem třetího roku by už ale mělo být zcela jasné, že vývoj řeči postupuje a slovní zásoba přibývá.*“

Řeč dítěte se z gramatického hlediska začíná stále více přibližovat normě v době mezi **3,5-4 let**. V průběhu této doby slovní zásoba dítěte stále roste a obsah slov se upřesňuje. Dítě začíná tvořit už i podřadící souvětí. Při vyslovování a fonemické diferenciaci však mívá stále problémy – hlavně s hláskami, které se tvoří na stejném artikulačním místě, jsou sluchově příbuzné nebo těžce artikulované (Lechta, 2008).

V období **4-5 let** by už verbální projevy dítěte měly být z gramatického aspektu správné a rovněž by už mělo používat všechny slovní druhy. Jak uvádí Kutálková (2005, s. 43) „*gramatika jazyka se vyvíjí přibližně do pěti let, nedostatky po tomto období už signalizují potíže ve vývoji.*“ V tomto věku dítě ovládá cca 1500-2000 slov.

Posledním, ale neméně důležitým obdobím vlastního vývoje řeči, které Lechta (2008) zmiňuje, je věk kolem **5-6 let**. V průběhu tohoto období dítě dokáže správně vytvořit poměrně dlouhou větu a je také schopno reprodukovat kratší příběh takřka bez pomocných otázek. Evidentní je i ústup fyziologické patlavosti (příp. může ještě přetrvávat sigmatismus a rotacismus). Ve věku pěti až šesti let dítě ovládá cca 2500-3000 slov a správně realizuje i poněkud dlouhé a komplikované příkazy. V tomto období se také postupně dokončuje proces vývoje fonemické diferenciaci.

### 1.1.2 Vývoj artikulačních schopností

Pojem artikulace (z lat. *articulatio*) označuje výslovnost či vytváření hlásek mluvidly (Dvořák, 1998). Na artikulaci se podílí tři dutiny – ústní, nosní a hltanová, které dohromady tvoří artikulační ústrojí. V těchto dutinách se základní tón tvořený

hlasivkami mění v hlas a pohyblivými částmi (zejména jazykem a rty) je dále měněn tak, že vznikají jednotlivé hlásky (Kutálková, 2005).

Proces artikulace hlásek (především souhlásek) je jedním z nejnáročnějších procesů jemné motoriky člověka. Rozdíl mezi artikulací některých příbuzných hlásek je tak nepatrný, že mnohdy stačí jen nenápadná odchylka a už se jedná o artikulaci „sousední“ hlásky. Přesná artikulace tedy vyžaduje maximální obratnost a souhru celého artikulačního aparátu, jinak je výslovnost hlásky chybná (Lechta, 2008).

Neubauer (2010) uvádí, že vývoj percepčně-motorických vzorů hlásek probíhá obvykle v rámci rozvoje od percepčně a motoricky jednodušších hlásek k hláskám obtížnějším. Tento proces však postrádá uniformitu – to znamená, že každé dítě v něm postupuje jinak a má jinací obtíže.

Dítě zpočátku postupuje způsobem nalézání a zpřesňování slyšených a viděných motorických vzorů. Proto jsou hlásky zvukově dobře odlišitelné a motoricky snáze realizovatelné vyslovovány přednostněji a zpravidla i na dobré artikulační úrovni. Řadíme sem především **samohlásky** a většinu **rázových hlásek** (kromě K a G, které jsou dětmi mnohdy zaměňovány za T a D). Vývoj **hlásek úžinových a vibrant** je oproti tomu obtížnější a je často závislý na správném rozvoji hlásek, jimiž dítě nestabilizovanou hlásku stále nahrazuje. Nejfrektovanějšími jevy v této oblasti je vývoj hlásky L od předchozí hlásky J, vývoj R s předchozím nahrazováním hláskou L a také vývoj Ř, kterému předchází užívání zvuku sykavky Š. Vývoj artikulace **sykavek** prochází u většiny dětí také pozvolným vývojem. Sykavky představují jemnou souhru mezi motorickou realizací úžiny hrotem jazyka a sluchovou percepcí vytvářeného zvuku.

Proces vývoje řeči a artikulačních schopností dítěte se odlišuje od metod korekce odchylek artikulace logopedem za pomoci substitučních hlásek a vyvozování nových percepčně-motorických vzorů. Z tohoto důvodu by mělo zahájení umělého, a pro dítě značně náročného vyvozování nové hlásky, navazovat na kvalifikované diagnostické rozhodnutí o stavu vývoje artikulačních schopností dítěte.

Nutné je vždy podporovat spontánní vývoj vzoru dané hlásky, odstranit případnou blokádu dalšího rozvoje a teprve až když je zafixována odchylná artikulace hlásky, použít specifický postup k vybavení nového artikulačního vzoru. Nejfrektovanějším příkladem je bezpochyby vývoj úžinové hlásky R. Jestliže dítě tuto hlásku nahrazuje zvukem L, je dobré podpořit její správnou artikulaci a průpravu pro navození vibrace hrotu jazyka. Takto lze u dítěte ve věku pěti i více let podpořit

fyziologicky nezatěžující cestou vývoj a vybavení intaktního zvuku hlásky R. Oproti tomu, zdali se např. u tříletého dítěte objevuje odchylná hrdelní artikulace R, je nezbytné začít s navozováním nového artikulačního vzoru této hlásky.

Vhodné je opětovně zdůraznit, že „vývoj řečových schopností v žádné oblasti neprobíhá šablonovitě, ale především jde vždy o trvalý vývoj, jehož dlouhodobá zástava musí mít příčinu“ (Neubauer, 2010, s. 81). Důležité je proto průběžné diagnostické hodnocení každé užití metody rozvoje artikulačních a mluvních schopností daného dítěte a včasná konzultace s dalšími odborníky v případě, že dojde ke stagnaci rozvoje schopností dítěte.

## 1.2 Odchytky vývoje artikulace – dyslalie

Poruchy či vady výslovnosti jsou fenoménem vývojovým, to znamená vznikajícím v průběhu vývoje řeči. Dle Neubauera (2010) je nejrozšířenější odchylkou ve vývoji řečových schopností u dětí předškolního věku porucha označovaná jako **dyslalie** (neboli patlavost). „Dyslalie je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem“ (Klenková, 2006, s. 99). K nejčastějším příčinám, které se podílí na vzniku dyslalie, lze zařadit dědičnost, poruchy sluchu a zraku, poruchy CNS, poškození dostředivých a odstředivých nervových drah, organické nálezy na mluvidlech i negativní vlivy prostředí. Z hlediska pohlaví se tato porucha častěji vyskytuje u chlapců, a to přibližně v poměru 6:4. Dyslalii lze rozdělit na **hláskovou** (týká se jednotlivých hlásek), či **kontextovou** (izolované hlásky jsou tvořeny správně, ale ve slabikách či slovech chybně).

Neubauer (2010) uvádí, že u jedince s dyslalií jsou hlásky vyslovovány způsobem motoricky a především zvukově nápadným. Tyto odchylky bývají často označovány řeckými názvy písmen s koncovkou -ismus a dále označením místa či způsobu odchylné artikulace. Nejčastějšími odchylkami jsou zejména **sigmatismy** (odchylná artikulace sykavek) a **rotacismy** (odchylná artikulace vibrant – R, Ř). Frekventovaným a závažným mechanismem je *velární rotacismus*, při němž jsou hlásky R a Ř tvořeny pomocí vibrace v hrdelní oblasti, nejčastěji s pomocí okraje měkkého patra (ráčkování). Častý je ale také *interdentální sigmatismus* (mezizubní poloha hrotu jazyka při artikulaci sykavky) a *addentální sigmatismus* (hrot jazyka se dotýká alveol

zubů). Tento zvuk je obecně nazývaný šišláním. Do oblasti dyslalií bývají zařazovány také pojmy **mogilalie** a **paralalie**. Ty zahrnují většinou přechodné vývojové jevy, při nichž dítě danou hlásku buďto vynechává (mogilalie), nebo ji zaměňuje za hlásku jinou (paralalie). Z vývojového hlediska není vhodné řadit tyto jevy k patologickým, jsou totiž součástí vývoje řečových schopností u všech dětí.

Z etiologického hlediska lze dyslalii rozdělit na funkční a organickou. Při **dyslalii funkční** jsou mluvidla bez poruchy. Tento typ dyslalie je obrazem nepřesného motorického stereotypu při tvorbě některé hlásky, objevujícího se ve školním věku. Může však přetrvávat až do dospělosti (Lejska, 2003). Funkční dyslalii lze dále rozdělit na typ *motorický* (důsledek celkové neobratnosti i neobratnosti mluvidel) a *senzorický* (u nesprávného vnímání a diferenciací mluvních zvuků) (Klenková, 2006). Léčebným cílem je zde změna odchylného motorického stereotypu na stereotyp obecně akceptovatelný. **Dyslalie organická** je oproti tomu vždy vázána na určité postižení. Může být buď trvalá (postižení sluchu a mozku), nebo přechodná. Nejčastější příčinou přechodné organické dyslalie bývají změny na dentici, skusu a především přirozená výměna zubů. S touto se setkáváme zpravidla kolem 6. roku života a potká každé dítě. Porucha výslovnosti je způsobena změnou poměrů v ústech. Léčebným cílem u tohoto typu je především náprava organické poruchy (Lejska, 2003). Organickou dyslalii lze dále dělit na *impresivní* a *expresivní*, příp. i *centrální*.

V problematice dyslalií je velmi důležité rozlišit vadnou výslovnost (dyslalii) od nesprávné výslovnosti, která je fyziologickým, přirozeným jevem do určitého dětského věku – tzv. **fyziologická (vývojová) dyslalie** (Klenková, 2006). Jedná se o období, kdy ještě dítě není schopno dobře vyslovovat. Snaží se o napodobení hlásky zvukově i opticky. Nedokáže však přesně ovládat mluvidla, a proto obvyklý typ artikulace nahrazuje nejjednodušší motorickou a zvukovou realizací, kterou vzhledem ke svému věku svede. S věkem a rozvojem dítěte se schopnosti a zkušenosti zvětšují a realizace hlásek se stává stále přesnější. Neexistuje dítě, které by v tomto období přirozeného vývoje řeči nepatlalo (Lejska, 2003). Fyziologická dyslalie by měla spontánně skončit do věku 5 let. Někdy však přetrvává i mezi 5.-7. rokem. V tomto případě se jedná o *prodlouženou fyziologickou dyslalii*, kdy se výslovnost může ještě stále spontánně upravit (např. napodobením správného mluvního vzoru). Po 7. roce života je již odchylka ve výslovnosti zafixována a jedná se tak o „pravou“ dyslalii (Klenková, 2006). Vytvořené a zafixované odchylky mohou v artikulaci hlásek přetrvávat i po celý život, pokud nejsou upraveny specializovanou logopedickou péčí (Neubauer, 2010).

### 1.3 Vývojové poruchy řečové komunikace

Vývojové poruchy řečové komunikace jsou spojeny s procesem zrání CNS a rozvojem kognitivních, percepčních, jazykových a motorických schopností. Vývojové poruchy tento proces modifikují a složitými vazbami jej ovlivňují. Situaci komplikuje také skutečnost, že daný proces zrání CNS může být narušen získanou poruchou, a to nejčastěji následkem úrazu či náhle vzniklého onemocnění. Z tohoto důvodu je péče u dětí s vývojovými poruchami komunikace zaměřena na jejich celkový rozvoj (Neubauer, 2010).

#### 1.3.1 Motorické řečové poruchy – palatolalie

Mluvená řeč, která je jak motorickým projevem, tak i výrazem duševní a nervové činnosti člověka, je velmi komplikovanou soustavou motorických, nervových a psychických dějů. Pro bezchybný vývoj a celoživotní rozvoj řečových schopností je nutná nejen intaktní činnost CNS a sluchového vnímání, ale i hybnosti mluvidel a celé orofaciální oblasti.

Neubauer (2010) řadí k motorickým poruchám řečové komunikace:

- dyslalii – porucha realizace jednotlivých hlásek, dochází k modifikaci jejich percepčně-motorických vzorů;
- vývojovou dyspraxii v řeči (artikulační neobratnost) – porucha v programování segmentů řeči, zejména hlásek;
- palatolalii – porucha realizace řeči následkem rozštěpu rtu a patra;
- vývojovou dysartrii – porucha motoriky mluvy na základě organické léze CNS;
- dysfagii – porucha polykání při vývojové poruše vitálních funkcí orofaciálního traktu;
- rinolalii (huhňavost) – porucha nazality, změny rezonance a zvuku hlásek při mluvené řeči;
- dysfonii – porucha tvorby a užití hlasu vycházející z poruchy činnosti hlasivek či orofaciálního traktu;

- balbuties (kóktavost) – porucha plynulosti řeči s tonickými či klonickými projevy;
- tumultus sermonis (breptavost) – patologicky zrychlené tempo řeči se sníženou srozumitelností mluvního projevu.

Z těchto frekventovaných motorických poruch řečové komunikace u dětí je pro následující text bakalářské práce nejdůležitější porucha řeči – **palatolalie**, jejíž primární příčinou jsou rozštěpy patra.

### **Palatolalie**

Termín palatolalie (z lat. *palatum* = patro) nemá jednotné vymezení a jednotliví autoři jej definují rozdílně. Většina z nich se ovšem shoduje na tom, že palatolalie je „*porucha artikulace způsobená velofaryngeální insuficiencí při rozštěpu patra*“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 225). Pro lepší pochopení této problematiky je vhodné nejprve upřesnit, co pojem velofaryngeální insuficience vůbec znamená.

Pojmu „velofaryngeální“ odpovídá český termín patrohltanový. Termínem „insuficience“ pak Dvořák (1998) označuje nedostatečnost či neschopnost orgánu či orgánového systému plnit základní funkce. Pod slovním spojením „velofaryngeální insuficience“ si tedy lze představit „*nedostatečnou schopnost funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur, jež se na této funkci podílejí*“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 217). Výrazem „patrohltanový závěr“ je pak označována schopnost uzavření horní části nosohltanu pohybem měkkého patra vzhůru a dozadu k zadní stěně hltanu.

Patrohltanový uzávěr má mnohočetnou funkci – dovoluje kojení, polykání, foukání a pískání, umožňuje tvorbu řeči i zpěvu a prostřednictvím Eustachovy trubice ovlivňuje také sluch (Vohradník, 2001). Nemožnost vytvoření správného patrohltanového závěru, a tím nedostatečného oddělení dutiny ústní od dutiny nosní, vede k poruše hlasu (otevřená huhňavost) a k poruše řeči (palatolalie) (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Při palatolalii bývá narušena především rovina *foneticko-fonologická* (porucha nosní resonance, artikulace i srozumitelnosti řeči). Může však být narušena i rovina *morfologicko-syntaktická* a *lexikálně-sémantická* (v případě opožděného vývoje řeči) a někdy také rovina *pragmatická* (v důsledku psychosociálních problémů, které

rozštěpy druhotně způsobují). Toto narušení se projevuje v komunikaci verbální i neverbální (narušené koverbální chování) a poznamenává expresivní i receptivní složku řeči (např. při převodní poruše sluchu) (Lechta, 1990).

U osob s rozštěpy patra je stupeň palatolalie ovlivněn nejen druhem a velikostí rozštěpové vady, ale také anomáliemi chrupu a čelistí, případnou poruchou sluchu, mentálními schopnostmi jedince, prostředím, v němž dotyčný vyrůstá, včasným zahájením a komplexností rehabilitační péče i mnoha dalšími faktory (Klenková, 2006).

Je však nutné zdůraznit, že v posledních letech se díky včasným chirurgickým zákrokům ve většině případů palatolalie jako doprovodný příznak při rozštěpu patra ani neprojeví. Podmínky pro správnou funkci patrohltanového uzávěru jsou totiž operativně vytvořeny včas a řeč dítěte se tak vyvíjí správně po stránce obsahové i formální. Výsledkem je poté dobře srozumitelná řeč, která je obsahově adekvátní věku i celkovému motorickému vývoji (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## **2 Dítě s orofaciálním rozštěpem**

Tato kapitola se podrobněji věnuje problematice rozštěpových vad obličeje. Nejprve je zde uvedena základní terminologie a poté i vliv obličejového rozštěpu na kvalitu života. Kapitola je rovněž zaměřena na etiologii orofaciálních rozštěpů, jejich klasifikaci, výskyt a symptomy. Nechybí zde ani charakteristika lékařské a logopedické péče o takto postižené jedince a zároveň ani kratší přehled o prognóze a prevenci této vývojové vady.

### **2.1 Vymezení termínu orofaciální rozštěp**

Orofaciální (*oralis* – ústní, *facialis* – obličejový, tvářový) rozštěpy patří k jedné z nejčastějších vrozených vad a vzhledem ke své lokalizaci v obličeji i k vadám nejnápadnějším (Peterka, Novotná, 2010).

Dle Klenkové (2006, s. 138) se jedná o „*těžké kongenitální vady, které vznikají porušením vývoje střední třetiny obličeje. Jedná se o orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového závěru.*“



Dříve se rozštěpy v oblasti dutiny ústní a obličeje rozlišovaly dle postižených částí mluvních orgánů (př. ret, tvrdé patro, alveolární výběžky apod.). Současná terminologie vychází z principů embryologie. Ret a alveolární výběžek se vyvíjí z tzv. primárního patra. Tvrdé a měkké patro oproti tomu vzniká z patra sekundárního. Díky tomu se v dnešní době často používají právě termíny – rozštěp primárního patra, rozštěp sekundárního patra, popř. rozštěp primárního a sekundárního patra.

## 2.2 Vliv rozštěpu na kvalitu života

Rozštěpy obličeje vyvolávaly vždy v každé společnosti velkou pozornost. Je to způsobeno zejména tím, že se jedná o viditelnou vadu (Vohradník, 2001). Z historie víme, že lidé, kteří se nějakým způsobem odlišovali od ostatních, byli buďto uctíváni jako božstva a nebo zatracováni. Ve starověkém Římě bylo dokonce zvykem děti s rozštěpovou vadou po narození ihned usmrtit (Klenková, 2006). S rozvojem doby a s přínosem vědy a techniky jsou však v současnosti tyto děti ihned po narození dispenzarizovány a je jim věnována komplexní péče (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

I přesto, že orofaciální rozštěpy postihují pouze jednu malou část lidského těla, jsou zdrojem mnoha závažných problémů, týkajících se různých oblastí života, a to nejen takto postiženého jedince, ale i jeho rodičů (Moller, Starr, 1990). Jak uvádí Klenková (2006, s. 140) „*tyto děti jsou postiženy funkčními poruchami, které po narození narušují sání, polykání, dýchání, ovlivňují vývoj sluchu. Dochází k narušení velofaryngeálního mechanismu, kdy dítě nemůže vytvořit dostatečný podtlak pro sání, polykání, což vede k narušení tělesného vývoje. Proto v některých případech musí být zavedena výživa žaludeční sondou.*“

Dítě je rovněž oslabené častými nemocemi – např. záněty nosohltanu, průdušek, středouší apod. Orofaciální rozštěpy dále způsobují deformace obličeje, čímž dochází i k anomáliím růstu čelistí a zubů. Všechny tyto faktory poté mají negativní vliv na vyvíjející se řeč. Zejména nedostatečnost patrohltanového mechanismu je jednou z příčin vzniku palatolalie – těžké poruchy řeči při rozštěpu patra.

Co se týče negativních reakcí od vrstevníků kvůli určité odchylce ve vzhledu, řeči či chování, s těmi se dítě v předškolním věku většinou neseťkává. Jiná situace ovšem může nastat ve věku školním. Děti s orofaciálním rozštěpem zde většinou mívají méně přátel než jejich spolužáci, což může být zapříčiněno např. poruchou řeči, vadou

sluchu, strachu z výsměchu apod. Snížené sebevědomí, jako důsledek hodnocení jinými, pak může vést i k horším školním výsledkům, větší nesamostatnosti a menší průbojnosti.

Vhodné je ale podotknout, že „*důsledky orofaciálních rozštěpů se minimalizují, a tak se stále méně setkáváme s jejich psychosociálními a emocionálními důsledky. Pokud by se však vyskytly, je potřeba hledat příčiny, řešit je, ventilovat a odstraňovat*“ (Kerekrétiiová, 2008, s. 169). Důležitou roli zde hraje především dobře a časně provedená operace, která dětem s rozštěpovou vadou obličeje usnadní jejich další vývoj a po doléčení ostatními odborníky jim umožní vést zdravý a plnohodnotný život (Vokurková a kol., 2011).

### 2.3 Etiologie

Jak uvádí Škodová a Jedlička (2007, s. 225) „*rozštěpy rtu, čelisti a patra vznikají nikoli rozštěpením, ale naopak nespojením příslušných anatomických struktur při vývoji obličejových částí v místech, kde jsou za normálních okolností v konečné podobě rtem, čelistí a patrem.*“ Termín rozštěp je zde však poněkud zavádějící, poněvadž nedošlo k žádnému rozštěpení, ale naopak k nevytvoření některých struktur (Klenková, 2006).

Orofaciální rozštěpy vznikají cca v 8.-12. týdnu nitroděložního vývoje embrya. V této době se tvoří mezičelistní střední segment a střední část horního rtu. Jeho spojením s bočními částmi rtu, dásňových oblouků a patrových oblouků je formována celá tato oblast obličeje, dutiny ústní i nosní. Jestliže se tyto základy nespojí úplně nebo dojde pouze k částečnému spojení, dochází k různým kombinacím rozštěpových vad (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Příčiny vzniku rozštěpů nebyly doposud zcela objasněny. Podílí se na nich jak **vnitřní (endogenní)**, tak i **vnější (exogenní) faktory**. Za nejčastější vnitřní příčinu se uvádí *dědičnost* (Calda, Hrušková, 2001). Děti s orofaciálními rozštěpy se však rodí i v rodinách nezatížených – to znamená, že se rozštěp dříve neobjevil ani u rodičů, ani u jiných příbuzných (Škodová, Jedlička a kol., 2007). V takovémto případě se na vzniku vady podílejí především příčiny vnější, do nichž zařazujeme různé *teratogenní vlivy* (tj. působení škodlivin v nejujtější období nitroděložního vývoje). Za kritické období se uvádí 26.-30. den vývoje plodu, jeho konec pak mezi 52.-56. dnem těhotenství (Calda, Hrušková, 2001).

K teratogenním vlivům řadíme:

- infekci – v průběhu těhotenství matky (hlavně skupina infekcí označovaná jako TORCH – toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpetická infekce) (Klenková, 2006);
- fyzikální faktory – působení radioaktivního či rentgenového záření, mechanické poškození, snížené množství plodové vody apod.;
- chemické faktory – užívání léků, drog či alkoholu v době těhotenství;
- mateřské faktory – porucha látkové výměny matky, diabetes mellitus či nepřiměřená výživa matky, věk matky vyšší než 38 let (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Rozštěpové vady obličeje mají zpravidla multifaktoriální etiopatogenezi. Etiologicky se vychází z kombinace vnitřních faktorů spolu s faktory vnějšími (Caldá, Hrušková, 2001). Nejsnadněji se tedy rozštěp vyskytne právě v případě, kdy se k dědičné rodové dispozici přidá nějaký nepříznivý činitel z prostředí. Čistě genetické faktory se uplatňují v 15 %, čistě zevní faktory v 10 % a tzv. faktoriální komplex je zodpovědný za 75 % postižení (Kolínová, 2011).

Kvůli výše uvedeným vlivům vzniká větší pravděpodobnost, že se u dítěte rozštěpová vada projeví. Není však pravidlem, že se při jejich působení objeví rozštěp vždy (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## 2.4 Klasifikace

Dělení rozštěpových vad obličeje je různé a liší se dle jednotlivých autorů. V této práci je uvedeno základní dělení podle profesora Buriana (1954), které rozděluje rozštěpy do dvou hlavních skupin – **typické** a **atypické**. Rozštěpy typické vznikají klasicky, tj. nesrůstem tří obličejových výběžků, které dávají vznik orofaciální oblasti. Rozštěpy atypické pak vznikají jiným způsobem (Vohradník, 2001).

## Rozštěpy typické

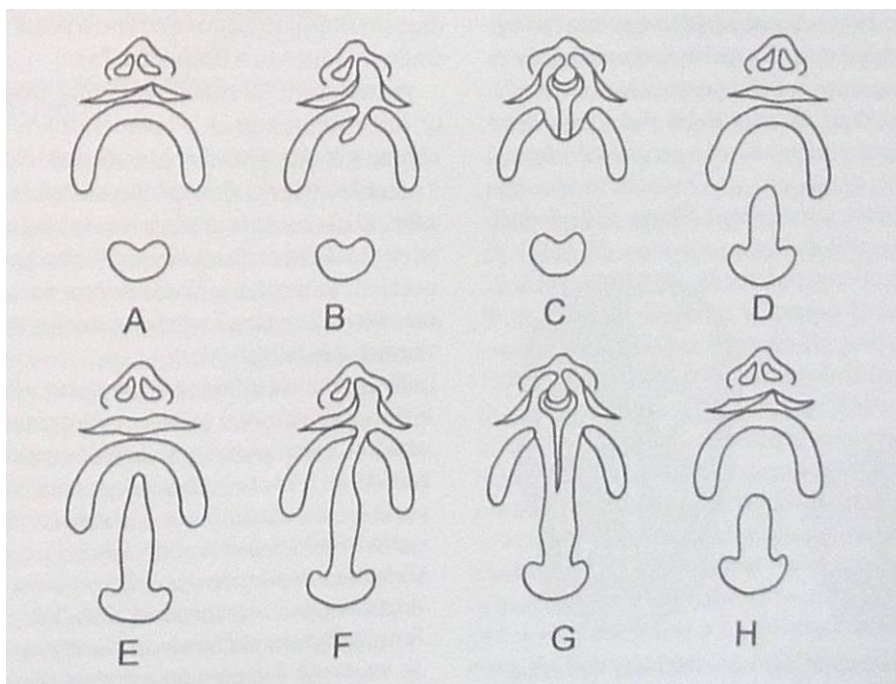
Rozštěpy typické lze rozdělit do dvou skupin.

1. Do této skupiny se řadí **rozštěp rtu a jeho kombinace** s ostatními částmi, tj. s rozštěpem čelisti nebo čelisti a patra.
  - Rozštěp rtu – pravostranný, levostranný, oboustranný; neúplný, úplný – zasahující až do vchodu nosního.
  - Rozštěp rtu a čelisti – postupuje přes ret a premaxillu (mezičelist) až k foramen incisivum (otvor na tvrdém patře ve střední čáře dorzálně od premaxilly).
  - Celkový rozštěp (tj. rtu, čelisti a patra) – pravostranný, levostranný, oboustranný. U tohoto typu probíhá štěrbina ve střední linii od foramen incisivum až k čípku. Průběh vpředu je stejný jako u rozštěpu rtu a čelisti.
2. Do této skupiny patří **rozštěpy** týkající se pouze **patra**.
  - Rozštěp patra – izolovaný rozštěp měkkého patra, rozštěp čípku, rozštěp tvrdého a měkkého patra. Štěrbina se objevuje mezi foramen incisivum a čípkem. Čím je rozštěp delší, tím je také širší.
  - Submukózní (podslizniční) rozštěp patra – porušení se týká střední vrstvy (svaloviny) event. také kosti, avšak sliznice a podslizniční vrstva porušena není. Rozštěp tedy není opticky patrný.
  - Vrozené zkrácení patra – je zde zařazeno pouze z hlediska podobné symptomatologie, nejedná se o rozštěp. Projevuje se zejména v mluvené řeči (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## Rozštěpy atypické

Do skupiny atypických rozštěpů spadají některé vzácné vrozené vývojové vady orofaciální oblasti. Jako příklad lze uvést laterální rozštěp úst, rozštěp dolního rtu, šikmý rozštěp obličeje a další (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Nově je také vhodné zmínit se o nesourodé skupině tzv. rozštěpových mikroforem, které většinou nepředstavují odchylky ve smyslu rozštěpu, ale mohou být důsledkem dědičného familiárního zatížení. Zařazujeme sem např. asymetrický pokles nosního křídla, anomálie druhých horních incisivů (řezáků), orofaciální nepravidelnosti různého charakteru apod. Rozštěpové vady mohou být rovněž i součástí různých vrozených syndromů (Vohradník, 2001).



**Obr. 1** – Druhy orofaciálních rozštěpů (A – jednostranný rozštěp rtu nebo jednostranný rozštěp rtu a čelisti, B – jednostranný rozštěp rtu, čelisti a patra do foramen incisivum, C – oboustranný rozštěp rtu, čelisti a patra do foramen incisivum, D – izolovaný rozštěp měkkého patra, E – rozštěp měkkého a tvrdého patra, F – celkový jednostranný rozštěp rtu a patra, G – celkový oboustranný rozštěp rtu a patra, H – celkový jednostranný rozštěp rtu a patra s tvrdým mostem) (Kernahan, Stark, 1958)

## 2.5 Výskyt

Dvořák (2004, s. 11) uvádí, že „rozštěpové vady obličeje jsou nejčastější vrozenou malformací hlavy a krku.“ Vyskytují se po celém světě a postihují všechny rasy i všechny sociální skupiny (Klenková, 2006). Četnost orofaciálních rozštěpů je v České republice přibližně 1:530 všech živě narozených dětí. Celkové rozštěpy jsou častější u chlapců, zatímco izolované rozštěpy u dívek. Levostranné rozštěpy mají asi dvojnásobnou převahu nad rozštěpy pravostrannými (Neubauer, 2010).

V celosvětovém měřítku je u nás výskyt rozštěpů zhruba v průměru. Z hlediska rasového původu je výskyt nižší u černochů a vyšší u Japonců, Indů a občanů skandinávských zemí (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Předchozí výskyt této vývojové vady v rodině byl zjištěn jen u 20 % pacientů postižených rozštěpem obličeje a riziko opakování vady na potomky v těchto rodinách bylo odhadnuto na 4-15 % (Peterka, Novotná, 2010).

Na základě údajů o frekvenci orofaciálních rozštěpů lze říci, že jejich počet má rostoucí tendenci. To může být zapříčiněno jejich včasných podchyčením, přesnějšími statistickými údaji, poskytováním rané intervence, ale i rizikovými civilizačními faktory (Kerekrétiová, 2008).

## **2.6 Symptomatologie**

V problematice orofaciálních rozštěpů je uváděno mnoho různých přístupů, a v důsledku toho i mnoho různých symptomů, což svědčí o složitosti a rozmanitosti této vývojové vady.

### *2.6.1 Anomálie orofaciálního systému*

Rozštěpy obličeje se řadí mezi nejčastější kongenitální malformace vůbec. Jsou provázeny nápadnými změnami kostěných i měkkých částí obličeje, a velmi tak ovlivňují jeho výraz (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

#### **Rozštěpy rtu**

Rozštěpy horního rtu doprovázejí deformace měkkých tkání obličeje. Probíhají v postranní čáře, nikoli ve střední. Jedná se o nespojení tkáně ve srůstové linii horního rtu. Ta probíhá jako val od nosní dírky až k okraji rtu. Rozštěpy rtu jsou viditelné na první pohled. U rozštěpů jednostranných je více zřetelná asymetrie, a v jejím důsledku i deformace rtu. Rozštěp rtu se velmi často vyskytuje v kombinaci s rozštěpem čelisti, popř. s rozštěpem čelisti i patra (tj. celkový rozštěp).

Tento typ obličejového rozštěpu má nepříznivý vliv na sání dítěte, čímž je ohrožena především výživa novorozence (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Rozštěpy patra**

Rozštěpy patra v tom nejlehčím případě postihují pouze čípek, v těžším případě měkké patro a v nejtěžším případě i tvrdé patro až k alveolům. Bývají vždy umístěny ve střední čáře, a čím jsou delší, tím jsou také širší. Tyto rozštěpy jsou viditelné v dutině ústní. Člověku tedy nezpůsobují viditelnou kosmetickou újmu, ale mají značný vliv na správnou funkci patrohltanového uzávěru. Kvůli tomu, že před chirurgickým zákrokem postižený nemůže uzavřít dutinu nosní proti dutině ústní, je u něj postiženo hlavně polykání – a tím je ohrožena i výživa novorozence. V pozdějším věku má důsledkem rozštěpu vzniklá velofaryngeální insuficience velmi negativní vliv na vývoj řeči (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Submukózní rozštěpy**

Submukózní (podslizniční) rozštěp představuje zvláštní případ rozštěpu patra. Při tomto rozštěpu je čípek buďto rozštěpen, nebo je jeho rozštěpení alespoň naznačeno. Měkké patro je zde zkráceno (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Vrozené zkrácení patra**

Vrozené zkrácení patra je stav, kdy velum (měkké patro) není dostatečně dlouhé na to, aby se mohlo efektivně účastnit na správné funkci patrohltanového uzávěru. Při každém krátkém patře se však nemusí vždy jednat o tuto vrozenou anomálii. Kromě krátkého patra je výrazně hypoplastická i jeho svalovina. Narušena je také inervace patra. Vývojové zkrácení patra se vyskytuje častěji než submukózní rozštěpy (Vohradník, 2001).

## **Deformity nosu**

Jelikož se nos vyvíjí embryologicky společně s primárním patrem, dochází tak u rozštěpových vad i k deformitám nosu. Charakteristickým znakem je patologické umístění alárních chrupavek a pokles nosních štěrbin. Báze nosních křídel je široká, nosní hrot poté vkleslý. Velikost a stupeň deformit jsou u každého jedince zcela individuální (Vohradník, 2001).

## **Anomálie chrupu a čelistí**

Rozštěpy rtu a patra jsou mnohdy doprovázeny anomáliemi zubů a čelistí i vadami chrupu a skusu. Právě nepravidelnost chrupu a častý nepoměr mezi horní a dolní čelistí bývá hlavní komplikací při pozdější úpravě artikulace. Mezi nejčastější anomálie chrupu a čelistí, které mohou spolupůsobit při poruchách artikulace, patří *otevřený skus*, kdy se celá řada zubů nedotýká svého protějšku na druhé čelisti, dále *prognatie* (předsunutí horní čelisti) a *progenie* (předsunutí dolní čelisti) (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Většina dospělých, ale i dětí, je však schopna správně artikulovat i navzdory těžkým anomáliím chrupu a čelistí (Böhme, 1977).

### **2.6.2 Příznaky v řeči – palatolalie**

Palatolalie se projevuje různým množstvím symptomů. Kerekrétiová (2003) za **základní symptomy**, které palatolalii vždy doprovázejí, považuje změny nosní rezonance (hypernazalita), artikulace a srozumitelnosti řeči.

Ostatní symptomy, jako je narušený vývoj řeči, poruchy hlasu či poruchy koverbálního chování se u palatolalie mohou, ale nemusí vždy objevit (Klenková, 2006). Množství uvedených příznaků je velmi variabilní. Dle Aronsona (1990) dokonce neexistují dva lidé s rozštěpem patra, kteří by měli stejně narušenou řeč, palatolalii.



## Poruchy nosní rezonance

Rezonance je dle Kerekrétiové (2008, s. 52) „*akustický fenomén týkající se zvuku řeči. Je to fyzikální veličina, kterou vnímáme sluchem.*“ Rezonance dutiny nosní a dutiny nosohltanové je důležitou složkou mluvené řeči.

Nosovost (nazalita) je sama o sobě fyziologická. Projevuje se v různé míře při všech hláskách. U lidí lze zjistit větší či menší stupeň individuální nosovosti. Nazalita mírně zvýšená působí vždy estetickým dojmem, ale huhňavost (tj. narušená, patologicky změněná nosovost) působí vždy neesteticky a rušivě. Fyziologická nosovost se může za jistých okolností také změnit – a to buď snížit, nebo zvýšit. Je-li nosovost patologicky snižena, hovoříme o *zavřené huhňavosti* (hyponazalita). Ta nejčastěji vzniká z důvodu nějaké překážky v nosohltanu a v dutině nosní. Pokud se jedná o nosovost patologicky zvýšenou, hovoříme o *huhňavosti otevřené* (hypernazalita). Její příčinou je nedostatečný patrohltanový uzávěr a oronazální komunikace (vyskytující se buď současně, nebo samostatně). V konečném důsledku se jedná o nežádoucí spojení mezi dutinou nosní a ústní, čímž dochází k úniku vzduchu do nosu. Jestliže se jedná o kombinaci těchto dvou druhů, poté mluvíme o *huhňavosti smíšené* (Kerekrétiová, 1997).

I přesto, že pro osoby s palatolalií je typická hlavně **otevřená huhňavost**, tak ani huhňavost smíšená či zavřená zde není výjimkou (Kerekrétiová, 2008).

## Poruchy artikulace

Při palatolalii je narušena jak artikulace vokálů (samohlásek), tak i artikulace konsonantů (souhlásek). Vokály mají typické hypernazální zabarvení, které se nejvíce projevuje u hlásek I a U, nejméně pak u hlásky A – zvláště při zvětšeném čelistním úhlu. Také konsonanty jsou typicky deformovány. Nejméně bývají narušeny nosovky a nejvíce hlásky, které pro svou realizaci vyžadují nejpevnější patrohltanový uzávěr – explozivy, frikativy a afrikáty (Klenková, 2006).

Artiklace souhlásek je postižena hned z několika příčin:

- Snížený intraorální tlak – souhlásky jsou tvořeny na odpovídajících artikulačních místech, ale se sníženou tenzí a nazálním příděchem (popř. se tvoří s doprovodným patrohltanovým šelestem).
- Únik vzduchu nosem – nejvíce jsou postiženy závěrové explozivny. Frikativy a afrikáty znějí při artikulaci slabě (Škodová, Jedlička a kol., 2007).
- Posun artikulační báze vzad – jedinec nedokáže vytvořit potřebný tlak vzduchu v odpovídajícím artikulačním místě, jelikož mu vzduch uniká do nosu. Snaží se proto vytvořit úžinu či místo závěru ještě před místem úniku do nosu, čímž se posunuje celá artikulační báze vzad za nedostačující velofaryngeální uzávěr. Souhlásky jsou tak tvořeny na jiných artikulačních místech (Klenková, 2006).

Lechta (1990) uvádí, že vývoj výslovnosti se u dítěte řídí pravidlem nejmenší námahy. Podle tohoto pravidla tak dítě začíná artikulovat nejprve samohlásky, potom retné souhlásky a nakonec hlásky hrdelní. Dle Kerekrétiové (2008) by také pro děti s orofaciálním rozštěpem mohlo platit toto pravidlo. Tzv. lehké hlásky pro ně bývají těžké – např. hláska P je pro ně obtížná nejen proto, že vyžaduje pevný retno-retný závěr, ale také kvůli nedostatečnému intraorálnímu tlaku vzduchu, který je potřebný pro závěr a explozi při její produkci. Kvůli tomu dítě s palatolalií takové hlásky netvoří, ale vynechává, popř. je nahrazuje hláskami jinými, tvořenými na jiném artikulačním místě a za účasti jiných artikulačních orgánů – tzv. **kompensační artikulační mechanismy**.

Hlásky P a B u těchto dětí často znějí jako M a hlásky T a D jako N. Hlásky K a G bývají většinou vynechávány nebo jsou nahrazovány hrtanovým rázem. Hláska S patří k těm nejvíce narušeným a bývá špatně vyslovována ve všech třech polohách (na začátku, uprostřed i na konci slova), zejména pak v souhláskových shlucích. Z vývojového hlediska nejtěžší hláska R je v případě velofaryngeální insuficience tvořena jen velmi obtížně, a to kvůli slabému výdechovému artikulačnímu proudu vzduchu, který je nutný pro rozkmitání jazyka (Kerekrétiová, 1990).

Rozštěp rtu (izolovaný) nemá na vývoj artikulace zásadní vliv. Sám o sobě způsobí poruchu artikulace pouze v případě, je-li po operaci krátký (popř. úzký). Poté není možné vytvořit pevný závěr u obouretných hlásek P, B, M a vzniká tak snaha o kompenzaci přiblížením horních řezáků k dolnímu rtu. Hlásky jsou sice zvukově přijatelné, ale estetický nápadné. Oproti tomu rozštěp tvrdého a měkkého patra

má na správný vývoj artikulace – a tím i na zvukovou stránku řeči a její srozumitelnost – podstatně větší dopad (Kerekrétiová, 1997).

Neubauer (2010) uvádí, že v nejtěžším případě velofaryngeální insuficience postižení mohou správně vyslovovat pouze nosovky a samohlásky. Ostatní hlásky buď vynechávají, nebo je častěji nahrazují hrdelními rázovými zvuky. Tento projev se označuje jako **samohlásková řeč** (př. místo „maminka“ je postižený schopen vyslovit pouze „a – i – a“). Srozumitelnost řeči v tomto případě je velmi špatná a dítěti tak většinou rozumí jen lidé z jeho nejbližšího okolí.

Opět je zde ale nutné upozornit na to, že takovýto průběh vývoje artikulace je spojen hlavně s pozdními operacemi rozštěpů patra, které bylo zvykem provádět v minulých letech. V současnosti se však doba těchto operací posunula natolik, že u velké části dětí (pokud nemají jiné zdravotní komplikace) se palatolalie jako doprovodný příznak ani neprojeví a řeč dítěte se vyvíjí správně jak po stránce obsahové, tak i po stránce formální (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Narušená srozumitelnost řeči**

Narušená srozumitelnost řeči je při palatolalii způsobena převážně vadnou artikulací než narušenou rezonancí. K nesrozumitelnému vyjadřování tedy přispívají spíše špatně artikulované souhlásky, než nazalizované samohlásky. Srozumitelnost řeči však mohou ovlivňovat i jiné faktory – např. schopnosti jedince, momentální psychický stav, únava, míra motivace mluvit srozumitelně a další (Kerekrétiová, 2008).

Jak uvádí Kutálková (2005, s. 184) „*někdy je řeč přes značnou vadu překvapivě dobrá, jindy je nesrozumitelná i při menším postižení.*“ Velmi důležité je, aby dosažený stupeň srozumitelnosti řeči nepředstavoval pro jedince překážku ve verbální komunikaci s jeho sociálním prostředím, ale aby mu komunikaci naopak umožňoval (Kerekrétiová, 2008).

### **Narušený vývoj řeči**

Narušený vývoj řeči definuje Mikulajová a Kapalková (2011, s. 33) jako „*systémové narušení jedné, více anebo všech oblastí vývoje řeči (rozvíjení jazykových schopností)*“

*u dítěte s ohledem na jeho chronologický věk.*“ Může mít buď podobu dominujícího příznaku v klinickém obrazu (např. u vývojové dysfázie), nebo se vyskytuje jako součást jiných vývojových poruch a onemocnění.

Seeman (1955) zastává názor, že v předřečovém období se vývoj řeči dítěte s orofaciálním rozštěpem téměř neliší od vývoje řeči zdravého dítěte. Změna podle něj nastává až v období, kdy dítě začíná napodobovat zvuky slyšených slov a tvořit svá první slova. Kerekrétiová (1997) však doplňuje, že dítě s těžším stupněm rozštěpové vady je již v předřečovém stadiu ochuzeno o některé činnosti (např. sání, dumlání, mlaskání) – tedy o činnosti, které vyžadují použití jazyka, rtů a čelistí. Tyto dětské projevy sice s řečí bezprostředně nesouvisí, ale ve vývoji řeči sehrávají velmi důležitou roli. Dítě s rozštěpem v oblasti obličeje nemá možnosti získávat základní pohybové dovednosti mluvidel. V období pudového a napodobovacího žvatlání tak vydává pouze takové zvuky, které mu jeho poškozený artikulační orgán umožní.

Narušený (resp. opožděný) vývoj řeči se u dětí s palatolaliemi vyskytuje přibližně v 50 % případů. Příčiny tohoto opoždění mohou být však i jiné, než jen vliv velofaryngeální insuficience. Dle Škodové a Jedličky (2007) je výraznější opoždění vývoje řeči spíše výsledkem kombinace obličejevého rozštěpu s vývojovou dysfázií, poruchou sluchu či mentální retardací. Kerekrétiová (2008, s. 67) poté doplňuje, že *„svou roli zde hraje i nedostatečná zpětná vazba a málo stimulující řečové prostředí. Nepříznivě působí i vyšší nemocnost těchto dětí, někdy opoždění nejen fyzického, ale i psychomotorického vývoje, což spolu s častými hospitalizacemi nepříznivě ovlivňuje vývoj řeči.“*

U některých dětí se také objevuje, že i přestože slovům rozumí, nedokáží je samy produkovat. Ke komunikaci pak mnohdy používají např. posunky, gesta, mimiku či prozodické faktory řeči. Opoždění je tedy výrazné zejména v expresivní složce řeči a v aktivním slovníku dítěte, který je chudší než pasivní slovní zásoba.

### 2.6.3 Příznaky v hlase – palatofonie

Seeman (1955, s. 140) nazývá poruchu hlasu při rozštěpu patra jako *„dysphonia palatina nebo palatophonia na rozdíl od artikulační poruchy, t. j. palatolalie.“*

Nejedná se zde však pouze o zvýšení míry nosní rezonance (otevřenou huhňavost), odlišnosti v hlase jsou mnohem komplexnější. Morfologické změny nejen

v oblasti patrohltanového uzávěru vedou i k dalším rezonančním změnám hlasu. Vzhledem ke změněným podmínkám artikulace hlásek dochází k přemáhání hrtanu a v důsledku toho vzniká *hyperkinetická dysfonie* (Vohradník, 2001).

Pro palatofonii je typický zvláštní mečivý charakter barvy hlasu. Ten je ovšem patrný až u dospělých a hlubších (tj. mužských) hlasů u rozsáhlejších patrových deficitů. Avšak vzhledem k tomu, že se v současnosti provádějí rané palatoplastiky, se s ním již prakticky nesetkáme (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

U osob s rozštěpem patra se kromě palatofonie mohou vyskytovat i jiné poruchy hlasu způsobené hyperfunkcí hlasového orgánu a přetěžování hlasu. Dle Kerekrétiové (2008, s. 71) „*poruchy hlasu při palatolalii mohou variovat od slabého hlasu se šelestem až po ochraptělý, tlačенý hlas a palatofonii, která může přejít až do afonie.*“

#### 2.6.4 Příznaky v neverbální komunikaci

Neverbální komunikace má při přenosu informací v osobním styku velký význam. U některých dětí s rozštěpovými vadami obličeje jsou některé části tohoto komunikačního procesu těžce postiženy. Tyto změny jsou nejvíce nápadné v tzv. řeči těla, do které patří nejen mimika, gesta, gestikulace a tělesné pohyby, ale také účes, oblékání, make-up u žen a jiné (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Základní příčiny změn v neverbální komunikaci dle Vohradníka (2001):

- Ret – zjizvení horního rtu (popř. změněná pohyblivost či nepravidelnosti hranice retní červeně) vedou k tomu, že příjemce přenosu neverbální komunikace nesleduje zrakem celý obličej jedince, ale pouze tuto deformitu.
- Nos – deformity nosu vedou ke zcela obdobné situaci.
- Souhyby mimického svalstva – vznikají jako kompenzační mechanismy, aby se zabránilo úniku vzduchu do nosu (např. grimasy, nafukování tváří, stahování nosních křídel, pevný závěr na rtech, špulení rtů atd.).
- Hypomimie – u vrozeného zkrácení patra je mimika zcela znemožněna.
- Změněná interakce – především změna v interakci matka-dítě vede k odchylnému způsobu gestikulace.

- Samohlásková řeč – její špatná srozumitelnost přivádí dítě k vytváření individuálního způsobu gestikulace.
- Maskování jizev – nadměrné používání kosmetických prostředků u žen či nošení kníru u mužů, ve snaze zakrýt případné změny horního rtu, výrazně mění přenos mimické informace.

### 2.6.5 Poruchy sluchu

V současnosti se poruchy sluchu jako komplikace rozštěpových vad obličejů uvádějí přibližně kolem 90 % všech případů (Vohradník, 2001). Nejčastěji se zde objevuje **převodní nedoslýchavost**, která je způsobená nedostatečnou ventilační funkcí Eustachovy trubice. Dle Škodové a Jedličky (2007, s. 248) „*dochází ke snižování tlaku v uzavřené středoušní dutině spotřebováním kyslíku, postupným vtahováním bubínku do středouší, jeho sníženou pohyblivostí, vyplňováním středouší tekutinou z okolních tkání a tím zhoršením převodní funkce středouší.*“ V důsledku toho vzniká středoušní sekretorický zánět s následnou převodní nedoslýchavostí (od lehkého až do středního stupně). V některých případech je nezbytná ventilace středouší zavedením drenážních trubiček do bubínků, v krajním případě až přidělení sluchadel (třeba dočasné).

Velmi závažným zjištěním je zejména častý výskyt nedoslýchavosti ve 3-4 letech věku dětí, což je zároveň nejdůležitější období pro rozvoj a rehabilitaci řeči. Nejnápadnějším symptomem i důsledkem je poté narušení zpětné sluchové vazby vlastní řeči (Vohradník, 2001).

## 2.7 Diagnostika

U dětí s orofaciálním rozštěpem je důležité, aby se provedlo **komplexní diagnostické vyšetření** – to se zaměřuje na stránku somatickou (lékaři různých odborností), psychickou (klinický psycholog) i na vlastní poruchu komunikace (klinický logoped).

„*Při diagnostikování se uplatňují všechny všeobecné zásady logopedické diagnostiky, zejména zásada komplexnosti a týmového přístupu, objektivnosti, kvantifikace a průběžnosti*“ (Kerekrétiová, 2003, s. 119).

Ke stanovení diagnózy a míry velofaryngeální insuficience se užívá velké množství různých metod. To vyplývá zejména z bezpočtu odborností (lékařských i nelékařských), které se na péči o děti s rozštěpovými vadami podílejí. Každá odbornost preferuje některé metody více a jiné méně, což závisí hlavně na technickém vybavení pracoviště i odborné erudici konkrétního pracovníka (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### 2.7.1 Lékařská diagnostika

Lékař-pediatr (popř. neonatolog) nejčastěji diagnostikuje rozštěpovou vadu jako první – především u viditelných typů rozštěpů. Následně zajistí další specializovanou péči o dítě a na základě diagnostických zjištění navrhne vhodný způsob výživy dítěte v prvních dnech života – existuje několik speciálních lahví a saviček určených pro děti s orofaciálním rozštěpem.

Kromě chirurgických a stomatologických specializací se na diagnostice poruch řeči v důsledku rozštěpové vady podílí také lékař-foniatr, který provádí **komplexní foniatrické vyšetření** (včetně základních metod z oboru ORL) (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Dle Vohradníka (2001) musí být komplexní foniatrické vyšetření zaměřeno na:

- Anamnestické údaje – osobní a rodinná anamnéza, údaje o operacích.
- Vyšetření řeči, rozhovor – popis artikulace i palatolalie, typ a stupeň palatofonie.
- Vyšetření dutiny ústní a nosní – popis anatomických a dynamických odchylek patra a hltanu, palpáce vela, popis pozice, velikosti i funkce jazyka, stav zubů a horní čelisti, pohyblivost rtů, nosní průchodnost a další.
- Zevní vyšetření – popis změn orofaciální oblasti, způsob artikulace při samohláskách a souhláskách, souhyby mimického svalstva, velikost a tvar zevních zvukovodů, velikost a postavení boltců, tvar a kontura krku atd.
- Vyšetření sluchu – tympanometrie, podle věku tónová audiometrie (v indikovaných případech dětská slovní audiometrie).
- Vyšetření hlasu – často diagnostikována dětská hyperkinetická dysfonie.

Dále jsou foniatrem používány i základní specifické zkoušky ke zjištění funkce patrohltanového uzávěru. Vohradník (2001) uvádí tyto:

- Gutzmannova A-I zkouška – dítě vyslovuje střídavě samohlásky A a I při volném a stisknutém nose od vyšetřujícího. Změny v míře rinofonie (huhňavosti) u obou samohlásek jsou subjektivně velmi dobře slyšitelné.
- Czermakova zkouška – provádí se za pomoci zrcátka přiloženého před vchody nosními při řeči. Míru poruchy určuje velikost zamlžení na zrcátku. Zkouška je určena k měření míry průniku vzdušného proudu nosem.
- Zkouška otofonem – může být nahrazena také fonendoskopem. Hadička umístěná v uchu vyšetřujícího je přiložena před oba nosní vchody. Tímto se zlepší sluchový subjektivní vjem vyšetřujícího, a to nejen rinofonie, ale i nosních šelestů.
- Palpační vyšetření – je nutné ke stanovení vibrací nosních křídel, šíře submukózních rozštěpů i síly kontrakce svaloviny patra.
- Schlessingerova zkouška – slouží k odlišení funkční a organické příčiny otevřené huhňavosti. Provádí se vestoje a vleže. Jestliže dojde k výraznému zhoršení hypernazality v poloze vestoje, jedná se o poruchu funkční.
- Seemanova emocionální zkouška – jde o vyšetření otevřené huhňavosti při emočních projevech (smích a pláč). Potvrzuje organicitu nálezu a vylučuje vliv obsahu řeči.
- Velofaryngometr – lze jím měřit vzdálenost mezi zadním okrajem vela a zadní stěnou faryngu (hltanu).
- CVNVCV zkouška – je při ní hodnocena rychlost uzávěru. Používají se slova s kombinací konsonantu, vokálu, nazálu, konsonantu, vokálu – CVNVCV (př. bomba, pumpa apod.).
- Zkouška nafouknutí tváří – informuje o dostatečnosti, resp. nedostatečnosti patrohltanového uzávěru. Provádí se v interdentalní (mezizubní) poloze jazyka.
- Jednoduché pohyby – pískání, foukání, pití slámkou atd.



### 2.7.2 Logopedická diagnostika

Správná speciální diagnostika palatolalie je velmi významná pro správný výběr terapeutických metod. K dokumentaci řeči se již od začátku doporučuje používat nejen zápis veškerých příznaků, ale také videozáznam, který nejlépe zaznamená jak řeč dítěte, tak i případné kompenzační mechanismy, neverbální chování a vzhled, který během operace projde výraznou proměnou v pozitivním smyslu. Srovnání jednotlivých záznamů dobře poslouží k vyhodnocování správnosti terapeutických metod.

*„Základem logopedické diagnostiky je spontánní, dobrovolný a souvislý řečový projev. Odřikávaná básnička, vyprávění nebo reprodukce textu často prozradí závažnost poruchy ve větší míře než pozorně vyslovovaná izolovaná slova nebo slabiky“* (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 241).

#### **Vyšetření nosní rezonance**

Stupeň nosní rezonance bývá při palatolalii různý. Při logopedické diagnostice je potřeba nejprve zaznamenat, zda se jedná jen o změnu dočasnou, nebo již trvalou. Hodnocení je poté založeno na subjektivním hodnocení vyšetřujícího v rámci dlouhodobého pozorování.

Při diagnostice poruch nosní rezonance je používán dotazník, jenž vyplní rodiče dítěte, a doplní tak potřebné specifické, logopedem získané anamnestické údaje. K diagnostikování hypernazality je nejvhodnější využití Czermakovy či Gutzmannovy A-I zkoušky. K diferenciaci diagnostice orgánové a funkční otevřené huhňavosti poté poslouží zkouška Schlessingerova. Kromě těchto zkoušek lze použít i vyšetřovací postupy, které vycházejí z hodnocení rezonance např. prostřednictvím nesmyslných slabik (bit-bít, bet-bét, bat-bát), slov s nosovkami (noviny, nanuk), slov s převahou nosovek, popř. orál ve slovech a podobně (Kerekrétiová, 2008).

Kerekrétiová (1990) ve své klasifikaci otevřené huhňavosti vychází ze stupně hypernazality a jeho spojení se slyšitelným a neslyšitelným nosním únikem. Otevřenou huhňavost při palatolalii doporučuje hodnotit podle tříbodové stupnice jako:

1. lehký stupeň hypernazality;
2. střední až těžký stupeň hypernazality bez slyšitelného nosního úniku;
3. střední až těžký stupeň hypernazality se slyšitelnými nosními šelesty vznikajícími buď v nose, hltanu či hrtanu.

### **Vyšetření artikulace**

Posouzení dosažené artikulace u palatolalie je založeno na subjektivním hodnocení na základě sluchového vnímání jednotlivých fonémů. Při diagnostickém vyšetření se většinou používají *slovní artikulační testy*, při nichž dítě opakuje testované slovo po logopedovi. Avšak o něco výhodnější jsou *obrázkové slovní artikulační testy*, kdy dítě pojmenovává předměty, osoby, popř. děj znázorněný na obrázcích – zde totiž nehrozí, že se dítě bude snažit napodobit správnou výslovnost logopeda a konečný výsledek tak bude zkreslený. Artikulace každé hlásky se hodnotí na začátku, uprostřed i na konci slova a rovněž i ve spojení se samohláskami a souhláskovými shluky. Do záznamového archu se poté zapisuje, zda se jedná o artikulaci správnou, nesprávnou, o nahrazování či vynechávání. Důležité je, aby testy odpovídaly věkovým a vývojovým zvláštnostem vyšetřovaných.

Při diagnostikování artikulace u dětí po operaci rozštěpu patra stačí, když dítě vysloví několik jednoduchých a jemu známých slov (např. baba, tata, dada) v rámci tzv. *screeningového vyšetření artikulace*. To stačí pro předběžnou orientaci i stanovení předběžné prognózy s ohledem na další vývoj řeči dítěte (Kerekrétiová, 1997).

V případě palatolalie mají velký význam i tzv. *specifické artikulační testy*, které hodnotí artikulaci hlásek vyžadujících nejpevnější patrohltanový uzávěr a dostatečný intraorální tlak vzduchu – tj. explozivny, frikativy a afrikáty. Nejlépe je zde využít spontánní, mírně zrychlený a citově podbarvený řečový projev, který logopedovi poskytne nejpřesnější informaci o artikulaci. Jako kritérium pro vyhodnocení artikulačních testů lze použít způsob a místo tvorby jednotlivých hlásek, dostatečnost intraorálního tlaku vzduchu i přítomnost nosního úniku (buď slyšitelného, nebo pouze viditelného – např. na zrcátku).

Pro hodnocení artikulace je důležité zaznamenat i příčinu nesprávné artikulace, jako např. nedostatečný závěr na rtech, poruchu chrupu apod. Nutné je také rozlišit, zda se jedná o mogilalii, paralalii či dyslalii. Logoped by neměl zapomínat ani na možnost

výskytu dvou současných artikulačních míst při realizaci jednoho fonému (současný závěr na rtech i na hlasivkách – hrtanový ráz při explozivách) (Kerekrétiová, 2008).

### **Hodnocení srozumitelnosti řeči**

Srozumitelnost řeči lze nejlépe vyhodnotit v plynulé konverzační řeči buď přímo, anebo z kvalitního záznamu. Vhodné je využití dvouminutového vyprávění o známém tématu. Pro zaručení objektivnosti by se měl použít stejný řečový vzorek, jako je čtení ze seznamu vybraných slov, čtení příběhu či popis obrázku. Mohou se použít i nesmyslné slabiky a slova, popř. nedokončené i celé věty. „*Určitým omezením při hodnocení narušené srozumitelnosti řeči je nízký věk dítěte a s ním související malá slovní zásoba, nezralost, nedostatečně vyvinutý foneticko-fonologický systém a nemožnost použít při hodnocení vzorek plynulé konverzační řeči*“ (Kerekrétiová, 2008, s. 101).

V odborné literatuře lze nalézt mnoho klasifikací, které palatolalii hodnotí dle různých kritérií. Kerekrétiová (1993) ovšem doporučuje hodnotit řeč při rozštěpu patra v mírně zrychleném tempu plynulé konverzace dle této čtyřbodové stupnice:

1. výborná – řeč je dobře srozumitelná, bez nedostatků typických pro palatolalii, pouze s lehkou poruchou rezonance (slyšitelnou jen odborníky);
2. společensky únosná – v řeči se vyskytují zbytky palatolalie, které však nepředstavují překážku při řečové komunikaci (artikulace s oslabenou tenzí, mírný stupeň hypernazality);
3. hůře srozumitelná – řeč je obtížně srozumitelná pro okolí a někdy i pro nejbližší;
4. nesrozumitelná – řeč není srozumitelná ani pro okolí, ani pro nejbližší.

Do třetí a čtvrté skupiny dnes spadá jen velmi málo osob s rozštěpem patra. Většina je ve skupině první a druhé.

## **2.8 Terapie**

Péče o dítě s orofaciálním rozštěpem je vždy týmová a komplexní. Je při ní nezbytná úzká spolupráce lékařských i nelékařských oborů a jejich vzájemná komunikace. Základní tým odborníků tvoří:

- z lékařských oborů – neonatolog, pediatr, plastický chirurg, foniatr, stomatolog-ortodontista, event. i stomatochirurg, genetik, teratolog;
- z nelékařských oborů – klinický psycholog, klinický logoped, pedagog, popř. speciální pedagog.

Proces léčby je dlouhodobou záležitostí a probíhá v podstatě od narození až do dospělosti. Centrem zájmu výše zmíněných odborníků není pouze vrozená vývojová vada, ale i dítě nebo dospělý s touto vadou. Aktivním a rovnocenným členem terapeutického týmu jsou samozřejmě také rodiče dítěte, kterých se tato vada rovněž dotýká (Škodová, Jedlička a kol., 2007). „*Bez vzájemné interakce různých odborníků a rodiny, která je založena na komunikaci, kooperaci a koordinaci, by nebylo možné dosáhnout konečného cíle*“ (Kerekrétiová, 2011, s. 83).

V České republice je v současné době specializovaná chirurgická péče soustředěna do dvou center s multidisciplinární spoluprací. Jedná se o:

- Kliniku plastické a estetické chirurgie FN U svaté Anny v Brně;
- Kliniku plastické chirurgie FN Královské Vinohrady v Praze (Kolínová, 2011).

### 2.8.1 Lékařská terapie

Je jisté, že každý člen terapeutického týmu má v péči o dítě s rozštěpem svou nezastupitelnou roli. V této bakalářské práci však uvádím pouze popis těch členů týmu, jejichž oblast působení bezprostředně souvisí s činností oboru klinická logopedie. Mezi tyto odborníky patří:

- Pediatr (neonatolog) – povinností pediatra je kromě úzké spolupráce s rodiči také zabezpečit, aby se rodiče se svým dítětem dostavili do centra pro léčbu rozštěpových vad do tří měsíců věku dítěte a na foniatrii v místě bydliště přibližně kolem jednoho roku.
- Plastický chirurg – má na starosti veškeré chirurgické zákroky, které jsou u dítěte s rozštěpem zapotřebí. Operace rtu je hodnocena také po kosmetické stránce, přičemž jizvy je možné později korigovat. Operace patra je prováděna různými operačními postupy a slouží ke scelení patra, event. k jeho

dostatečnému prodloužení vzad, aby bylo možné vytvoření velofaryngeálního uzávěru. V průběhu dospívání se pak operačně korigují i deformity nosu.

- Stomatolog – stomatologická péče začíná již brzy po narození a končí uzavřením vývoje čelistí. Vyžaduje účast více odborníků – ortodontistu, čelistního chirurga, protetika, paradentologa i dětského stomatologa. Z pohledu foniatra by bylo vhodné upravit chrup dítěte co nejdříve, avšak stomatolog potřebuje pro korekční stomatochirurgické výkony věk spíše pozdější, aby další růst negativně neovlivnil výsledek chirurgického výkonu.
- Foniatr – u rozštěpu patra je kladen důraz na včasnou operaci především z hlediska vývoje řeči, resp. artikulace. Foniatr by měl zabezpečit koordinaci péče všech odborníků z lékařských i nelékařských oborů (včetně rodičů), kteří se na správném vývoji řeči podílejí (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Specifika foniatrické péče**

Foniatrická péče o děti s velofaryngeální insuficiencí úzce souvisí s péčí logopedickou. Dle Vohradníka (2001, s. 111) „*foniatrická péče začíná dříve, je nutná až do dospělosti, respektive do ukončení růstu obličeje. Logopedická péče začíná později, v době rozvoje expresivní stránky řeči, je v určitých fázích daleko četnější a pravidelnější, končí navozením správné artikulace, někdy již v předškolním věku.*“

Základními úkoly foniatra v péči o dítě s velofaryngeální insuficiencí jsou:

- včasná diagnostika – zejména diagnostika hraničních stavů, submukózních rozštěpů, vrozených i jiných zkrácení měkkého patra;
- konzultace s rozštěpovým centrem;
- spolupráce s místními logopedy;
- sledování celkového vývoje řeči;
- sledování palatofonie – reedukace hlasu;
- pravidelné sledování stavu sluchu – po operaci patra 1x ročně audiogram, jinak standardně tympanometrie;
- indikace některých operačních výkonů – např. adenotomie, tonzilektomie, septoplastiky;

- indikace, vyzkoušení a předpis sluchadel – jen pokud jsou potřebné;
- sledování nosní průchodnosti a koordinace s chirurgickými zákroky;
- doporučení k zařazení dítěte do vhodného typu školy (ve spolupráci s psychologem a logopedem);
- intenzivní spolupráce s pediatrem a konzultace se stomatologem dítěte a jiné (Vohradník, 2001; Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### 2.8.2 Logopedická terapie

Logopedická terapie je významnou součástí komplexní týmové péče o osoby s orofaciálním rozštěpem. Sovák (1978) ji rozděloval na dvě období – na péči **předoperační a pooperační**.

Předoperační logopedická péče se nejvíce uplatňovala v minulých letech, kdy byly děti s rozštěpy operovány později (např. po 3. roce života). Od té doby však nastal obrovský pokrok v léčbě obličejových rozštěpů a doba jejich operací se posunula do ranějšího věku (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Trend raných palatoplastik je velmi výhodný, jelikož dítě má vytvořeny anatomickofunkční podmínky pro správný vývoj řeči ještě před začátkem vlastního vývoje řeči. Díky tomu již v mnoha případech nebývá předoperační logopedická péče u dítěte zapotřebí (Kerekrétiová, 2008).

Včasnost operace však závisí na mnoha faktorech. Důvodem k jejímu odložení do pozdějšího věku mohou být i jiné zdravotní problémy dítěte – např. časté infekce dýchacích cest, chronický zánět středouší a jiné (Šťastný úsměv, online, 2014). V těchto případech je pak stále vhodné předoperační logopedickou péči u dítěte zahájit. Ta je zaměřena především na navození správné výslovnosti jednotlivých hlásek na odpovídajících artikulačních místech tak, aby nevznikaly náhradní mechanismy výslovnosti (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

U dětí bez zdravotních komplikací se v dnešní době nejčastěji doporučuje provádět plastickou operaci rtu ihned po narození dítěte a operaci patra od 6. měsíce věku (Šťastný úsměv, online, 2014). Při těchto brzkých operacích se logopedická předoperační péče zpravidla neuplatňuje, ale probíhá zprostředkovaně rodičem dítěte, který je usměrňován a informován přímo logopedem v rámci tzv. nepřímého terapeutického přístupu k dítěti (Kerekrétiová, 2011).

### **a) Poradenství rodičům**

Logoped by měl rodičům poskytnout dostatek potřebných informací i řadu praktických doporučení (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Jeho úkolem je upozornit rodiče na určité odlišnosti ve vývoji řeči dítěte a poučit je, jak těmto odchylkám předcházet, popř. jak je usměrňovat, aby se už dále nevyvíjely, ale naopak se minimalizovaly. Rodiče by měli být rovněž povzbuzováni, aby již v předřečovém období dítěte stimulovali všechny jeho řečové i neřečové aktivity, které vývoj řeči podporují (Kerekrétiová, 2011). Až s přibývajícím věkem dítěte a provedenými chirurgickými zákroky se práce logopeda s dítětem stává maximálně intenzivní (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **b) Pooperační péče**

Po operaci patra se s přímou logopedickou péčí začíná v době, kdy je již dítě schopno spolupracovat s logopedem (cca ve věku 3 let). Začátek je ale řešen vždy individuálně, u některých dětí lze terapii zahájit dříve, u některých později. Po sekundárním zákroku na patře se ale s logopedickou terapií začíná nejpozději do 6 týdnů po operaci. „*Úkolem a cílem péče klinického logopeda v této fázi terapie je vybudovat společensky přijatelnou a srozumitelnou mluvenou řeč*“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 252).

V rámci logopedické péče se logoped plánovitě věnuje jak úpravě artikulace a rezonance, tak i zlepšení srozumitelnosti řeči. Jedná-li se o dítě s opožděným vývojem řeči, je vhodné zaměřit se i na rozvoj všech jazykových rovin. Pokud palatolalii provází i další symptomy, jako např. poruchy hlasu či narušené neverbální chování, logoped je též zohlední při terapii (Klenková, 2006).

### **Zlepšení funkce velofaryngeálního uzávěru**

Dle Sováka (1978) mají průpravná cvičení zdokonalit činnost velofaryngeálního uzávěru. Tato cvičení nejsou nikdy samoučelná. Řadí k nim:

- Masáže patra – zabraňují vzniku pooperačních jizev a mohou posílit stahy patra u nedostatečných kontrakcí. Nejčastěji jsou prováděny digitálně (prstem).

- Dechová a foukací cvičení – slouží k nácviku usměrnění výdechového proudu ústy. Využívají se při nich různé hry (nejlépe takové, u nichž lze správný výkon kontrolovat zrakem či hmatem).
- Polykací cvičení – dítě zprvu polyká tekutiny husté a poté řidší. Nácvikem polykání svalstvo uzávěru silí. Za zvlášť vhodný je považován nácvik pití brčkem, který se daří pouze při dostatečném patrohltanovém uzávěru.

### **Logopedická korekce porušené nosní rezonance**

Logopedická korekce otevřené huhňavosti má dobrou prognózu v případě, že je velofaryngeální uzávěr po operaci dostatečný, ale dítě jej ještě neumí používat a hypernazalita tak stále přetrvává. Při korekci porušené nosní rezonance se logoped zaměřuje na:

- Snížení hypernazality a zlepšení orality – pomáhá zvětšený čelistní úhel při artikulaci. Ke zvětšení čelistního úhlu je vhodné využít zpěv.
- Zlepšení směru výdechové proudu – cvičení zde přispívají k udržení souvislého výdechového proudu vzduchu, který je základem pro budoucí vyvození a nácvik frikativ. Lze využít např. pískání či foukání spojené s fonací.
- Zmenšení možnosti úniku vzduchu do nosu – tomuto lze zabránit také mechanicky, tj. lehkým stlačením nosních křídel. Na kontrolu úniku vzduchu nosem je možné použít např. zrcátko (Škodová, Jedlička a kol., 2007).
- Sluchový diferenciační výcvik – jeho cílem je rozeznat a identifikovat hypernazalitu v řeči jiných, ve vlastní řeči ze záznamu i ve vlastní přímé řeči (Bzoch, 1971).
- Kontrastní cvičení – jsou při nich střídavě vyslovovány nazalizované a nenazalizované hlásky, slabiky i slova (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Úprava artikulace**

Během úpravy artikulace musí logoped, stejně jako u dyslalie, postupovat systematicky. Také zde se uplatňují všechny speciálně pedagogické zásady. Úprava artikulace má čtyři základní etapy:



1. Přípravná cvičení – jde o cvičení, jež se zaměřují na zlepšení motoriky mluvidel a nácvik fonemické diferenciaci (tj. rozlišování jednotlivých fonémů) (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Cvičení oromotoriky je užitečné tehdy, když je dítě tzv. pasivní a nepoužívá jazyk a rty, popř. je používá jen v omezené míře. Při nácviku fonemické diferenciaci pak dítě učíme rozlišovat správnou řeč od huhňavé či správnou artikulaci od nesprávné – nejprve u vrstevníků a poté i u něho samotného. Zda-li totiž nedokáže správně rozlišit hlásky zvukově podobné, těžko je pak bude správně napodobovat (Kerekrétiiová, 2008).
2. Vyvození hlásky – vychází se z napodobování různých přírodních zvuků. Je zde nutný individuální přístup (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Vhodné je dodržovat zásady minimální akce (tj. vyslovování při svalovém a psychickém uvolnění, aby nedocházelo k nežádoucím souhybům mimického svalstva) (Sovák, 1978). Cvičení by se měla provádět se vzpřímenou hlavou, příp. s hlavou skloněnou vpřed. Vadné hlásky se zásadně nenapravují, ale vyvozují se hlásky nové (tj. nový pohybový stereotyp). Nejčastěji se zde využívá substituce – metoda pomocných hlásek. Vyskytne-li se hrtanový ráz, nácvik probíhá šeptem (Škodová, Jedlička a kol., 2007; Klenková, 2006). Logoped musí dbát vždy na to, aby se artikulační báze udržela, popř. přenášela dopředu na odpovídající artikulační místa (Sovák, 1978).
3. Fixace hlásky – probíhá různě dlouho, dle individuálních schopností dítěte (paměť, pozornost, intelekt, příp. kombinace s jinou diagnózou).
4. Automatizace správné výslovnosti – nespočívá pouze v mechanickém opakování předříkávaných slov, ale také v produkci bez přímého řečového vzoru, v užití navozeného slova ve spojení s jiným, ve větě, říkance či souvislém mluvním projevu. Délka této etapy je opět individuální (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

### **Terapie zaměřená na zlepšení srozumitelnosti řeči**

K lepší srozumitelnosti řeči při palatolalii pomáhají cvičení zaměřená na zlepšení funkce patrohltanového uzávěru či na snížení, popř. odstranění nosního úniku vzduchu (Kerekrétiiová, 1997). Výraznou pomocí jsou zde ale i artikulační cvičení s nácvikem správné výslovnosti, jelikož ta ovlivňuje srozumitelnost o mnoho více než porucha nosní rezonance (hypernazalita). Pozitivní úlohu má rovněž korekce hlasových poruch,

kteřé se při palatolalii vyskytují. Na srozumitelnost mají vliv i prozodické vlastnosti řeči, řečový styl i určitý cit pro řeč a jazyk. Důležité je dbát také na přiměřené, popř. pomalejší tempo, melodii, správný přízvuk a rytmus. Od osob s orofaciálním rozštěpem je vyžadován precizní řečový styl s jasnou a zřetelnou artikulací při dostatečně velkém čelistním úhlu (Kerekrétiová, 2008).

*„Pokud se řeč ani přes intenzivní péči nelepší, je třeba pacienta odeslat k dalšímu chirurgickému řešení. Pokud ani následné korekční operace situaci nezlepší, je logopedická péče zaměřena na dosažení alespoň takového stupně srozumitelnosti, který by pacientovi umožnil verbální komunikaci“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 257).*

## 2.9 Prognóza

Prognóza palatolalie je dnes velmi dobrá hlavně díky novým diagnostickým možnostem, operačním technikám, lepší dostupnosti kvalitní a komplexní odborné péče i lepší informovanosti veřejnosti.

Jak uvádí Neubauer (2010, s. 36) *„podaří-li se včasný chirurgický zákrok s následným dostatečným velofaryngeálním uzávěrem při současné systematické logopedické péči, řeč se dostane na potřebnou komunikační úroveň nebo až normu ještě v předškolním věku. Pokud není žádná další komplikace (např. porucha sluchu, hraniční intelekt) a dítě je školsky zralé, může nastoupit do běžné školy bez odkladu školní docházky. Pokud ještě formální stránka řeči neodpovídá věku, lze ji během odkladu školní docházky výrazně zlepšit.“*

U těžkých palatolalií, kde velofaryngeální insuficience přetrvává, se musíme spokojit i s minimálním zlepšením. Zde je poté potřeba zvážit, zda dítě integrovat v běžné škole, či zda bude vhodnější zařazení do školy speciální (alespoň na začátek školní docházky). Toto je nutné posoudit u každého dítěte individuálně, poněvadž určitý sociální tlak může být pro někoho přínosem a pro jiného naopak stresujícím činitelem. Pokud je však adekvátní terapie za dobré spolupráce rodiny zahájena včas, je výskyt těžkých palatolalií spíše výjimkou (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

## 2.10 Prevence

Problematika prevence vzniku orofaciálních rozštěpů je kvůli různorodosti působících faktorů velmi složitá. „*V současnosti není známá a odstranitelná přesná příčina vzniku této vady. Proto také přes pokrok medicíny, vědy a techniky do současné doby nebyla nalezena jediná, jednoznačně účinná, metoda prevence*“ (Dušková a kol., 2007, s. 15).

Dle Molnárové (1992) přispívá ke snížení rizika vzniku orofaciálních rozštěpů plánovaná gravidita. Při graviditě neplánované se totiž matka dozvídá o jejím průběhu až velmi pozdě (6. týden) – tj. v době, kdy nejcitlivější období plodu již proběhlo, nebo právě probíhá. První dva měsíce těhotenství jsou z hlediska prevence rozštěpů velmi důležité – u lidského zárodku dochází k utváření základů obličeje (Dvořák, online, 2014). Především v tomto období je tedy podstatné, aby se matka vyhýbala různým rizikovým faktorům, jako např. kouření cigaret, konzumace alkoholu, užívání návykových látek, braní některých druhů léků apod. Silným rizikovým faktorem je také špatné pracovní prostředí (např. práce s organickými rozpouštědly apod.).

Určitý vliv na prevenci vzniku obličejových rozštěpů má také kyselina listová. Vysoké dávky kyseliny listové (tj. nad 6 mg/den) mají protektivní vliv, ale nízké fyziologické dávky (tj. 0,8 mg/den) jej nemají. Aby se zabránilo vzniku rozštěpu, měly by ženy v časných stadiích těhotenství užívat vysoké dávky kyseliny listové, a to pod dohledem lékaře. „*Doporučené denní dávky pro ženy ve fertilním období a kojící matky jsou 0,4 mg denně, u těhotných žen s rizikem vzniku vrozených vad, obézních těhotných žen a žen s diabetem je doporučena denní dávka minimálně 4 mg*“ (Dušková a kol., 2007, s. 18).

Co se týče logopedické prevence, ta je důležitou součástí logopedické péče již od počátku. Logopedickou prevencí lze rozdělit na tři stupně:

1. primární – předchází vzniku poruchy řeči prostřednictvím osvětové činnosti (informační letáky, brožury, přednášky atd.);
2. sekundární – předchází či zabraňuje vzniku patologických fonačních, dechových a artikulačních návyků i všech dalších faktorů zhoršujících stupeň palatolalie;
3. terciární – předchází nežádoucím psychosociálním důsledkům, které tato vývojová vada může druhotně vyvolávat.

## PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na výzkumné šetření. V této části je nejprve uveden popis hlavního cíle, dílčích cílů, zkoumaného vzorku a místa šetření. Dále se práce věnuje charakteristice kvalitativního výzkumu i základních přístupů a metod, které byly při realizaci daného šetření zvoleny. Následně jsou zde sepsány jednotlivé případové studie zabývající se dětmi s orofaciálními rozštěpy. Na závěr praktické části je zpracována i zacílená kvalitativní analýza dat z těchto kazuistických studií.

### 3 Výzkumné šetření a jeho charakteristika

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metodologie, poněvadž lépe odpovídá výzkumným cílům. Výzkum se prováděl v mateřských školách (MŠ) ve městech Hradec Králové a Pardubice. Potřebné údaje o jednotlivých probandech byly zjišťovány formou polostrukturovaného rozhovoru a vlastním pozorováním. Na základě získaných údajů byly sepsány kazuistiky, z jejichž dat byla následně provedena analýza.

#### 3.1 Cíl výzkumného šetření, dílčí cíle

**Hlavním cílem** výzkumu bylo zjistit, zda se pedagogičtí pracovníci předškolních zařízení typu MŠ, MŠ logopedická i MŠ s logopedickou třídou ve městech Hradec Králové a Pardubice, v rámci své praxe někdy setkali s dětmi s orofaciálními rozštěpy, i jaké zkušenosti s nimi měli. Přitom jsem kladla důraz na to, abych od těchto pracovníků získala údaje nejen o jednotlivých dětech, ale také o průběhu jejich logopedické péče (v MŠ či u jiného logopeda) a rovněž i údaje o péči lékařské.

**Hlavní výzkumnou otázkou**, která vyplývá z hlavního cíle, tedy je: Do jaké míry jsou v hradeckých a pardubických mateřských školách přítomny děti s orofaciálním rozštěpem a jak si tyto děti stojí v současnosti, když se za posledních několika desítek let péče o ně diametrálně změnila?

**Dílčí cíle** poté byly dle formulace výše uvedeného cíle stanoveny takto:

- Porovnat dobu provedení první operace dětí s orofaciálním rozštěpem
- Porovnat výskyt rozštěpu v rodině – zda se jedná o první případ či nikoliv
- Porovnat, jaký druh rozštěpu se u dětí vyskytoval nejčastěji
- Porovnat, jaký typ MŠ dítě navštěvovalo
- Porovnat, zda v MŠ byla zajištěna logopedická péče či zda na ni dítě docházelo k jinému logopedovi
- Porovnat, jak byly děti s orofaciálními rozštěpy přijaty jejich vrstevníky v MŠ

### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku, místo šetření**

Výzkumným vzorkem byly děti v předškolním věku (tj. 3-6 let), které se narodily s rozštěpovou vadou v obličeji a které docházely do mateřských škol v Hradci Králové a v Pardubicích v letech 1987-2014. Časový rozptyl mezi jednotlivými dětmi je takto široký z důvodu, že v současné době bylo v těchto školkách nalezeno jen velmi malé množství dětí s tímto zdravotním postižením.

Jak již bylo výše zmíněno, výzkumné šetření probíhalo ve městě Hradec Králové, v němž se v současnosti nachází 51 MŠ, a dále ve městě Pardubice, ve kterém je nyní 44 MŠ. Výzkum byl uskutečněn ve všech těchto MŠ – celkem 95, přičemž 83 z nich byly běžného typu, 10 speciálního typu a 2 byly s logopedickou třídou. Původně se měl výzkum týkat namísto všech speciálních MŠ pouze školek logopedických, avšak z důvodu nízké četnosti dětí s orofaciálním rozštěpem, byla využita i tato možnost – tj. zahrnutí speciálních MŠ i pro jiný typ postižení, než jen pro vady řeči. Do výzkumu pak byly rovněž zahrnuty nejen MŠ zřizované statutárními městy Hradec Králové a Pardubice, ale také školky soukromé. Ze všech MŠ jich bylo celkem 40, které ve svém zařízení v současnosti nabízejí možnost využití logopedické péče v různé formě (např. individuální práce s dětmi, skupinová cvičení ve třídách, logopedický kroužek apod.).

### 3.3 Vlastní realizace výzkumu

Prvním krokem výzkumu bylo stanovení hlavního cíle a od něj se odvíjejících dílčích cílů, které se v průběhu realizace výzkumného šetření postupně rozrůstaly. Poté bylo nutné zvolit konkrétní metody, jež by byly nejvhodnější k získání všech potřebných dat pro následné sepsání kazuistických studií. Vybrány byly metody kvalitativního charakteru – tj. polostrukturovaný rozhovor a krátkodobé přímé pozorování.

Dále již následovalo oslovování pedagogických pracovníků všech mateřských škol, které se v současnosti nacházejí ve městech Hradec Králové a Pardubice. Kontaktování pracovníků proběhlo nejprve na základě telefonického hovoru a poté, u některých z nich, ještě na základě osobního setkání. Z telefonických hovorů bylo zjištěno, že od roku 1987 docházelo do těchto školek celkem 26 dětí s orofaciálním rozštěpem (z toho 4 děti do MŠ stále docházejí). Z tohoto celkového počtu byly získány rozhovory o 14 dětech – 10 chlapcích a 4 dívkách. Někteří pracovníci poskytnutí rozhovoru odmítli buďto z důvodu časové vytíženosti, nebo již pro nedostatek informací o konkrétním dítěti.

Při osobním setkání byly od některých pedagogických pracovníků zjišťovány informace o dětech s rozštěpy formou polostrukturovaného rozhovoru (viz příloha A). Realizace jednoho rozhovoru trvala v průměru 15-20 minut. Zaznamenávání rozhovorů probíhalo dvěma způsoby – některé byly se souhlasem pracovníků nahrávány na diktafon, jiné pak pouze zapisovány. Rozhovory se uskutečnily v prosinci roku 2014. Na základě těchto rozhovorů bylo poté sepsáno 14 kazuistických studií o jednotlivých dětech. Ovšem z důvodu, že se většina rozhovorů týkala dětí, které do MŠ docházely dříve, ale nyní už ji nenavštěvují (celkem 11), nebylo u nich již možné získat podrobnější informace o jejich rodinné a osobní anamnéze. Zároveň také u dětí navštěvujících MŠ v současnosti (celkem 3), byla jen u jednoho dítěte rodina ochotna spolupracovat a poskytnout tak více informací.

Matka dítěte byla kontaktována nejprve prostřednictvím telefonického hovoru a poté došlo i k osobnímu setkání jak s ní, tak i s jejím pětiletým synem, kterému byl diagnostikován celkový oboustranný rozštěp. V tomto konkrétním případě pak byla pro získání dat využita nejen metoda polostrukturovaného rozhovoru, zaměřeného více na rodinnou a osobní anamnézu (viz příloha B), ale také metoda krátkodobého přímého pozorování. Po získání všech potřebných informací byla o tomto chlapci v samostatné

kapitole bakalářské práce sepsána rozšířená kazuistická studie, která byla rovněž použita pro analýzu dat.

Analýza získaných dat byla provedena až na závěr výzkumného šetření – tj. po sepsání všech případových studií, díky kterým mohlo vzniknout objektivní posouzení jednotlivých případů, zhodnocení lékařské a logopedické péče i dalších faktorů, jež byly výše zmíněny v dílčích cílech.

### **3.4 Kvalitativní výzkum**

Hendl (2005, s. 50) popisuje kvalitativní výzkum jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ Sběr dat a jejich analýza zde probíhají v delším časovém intervalu, výzkumný proces má longitudinální charakter. Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje podrobný popis místa zkoumání i rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek, které si výzkumník dělal při práci v terénu. Výhodou kvalitativního přístupu je zejména získání hloubkového popisu případů. Oproti tomu nevýhodou je omezenost zobecňování výsledků, kdy získaná fakta nemusí platit pro celou populaci a mohou být ovlivněna výzkumníkem i jeho osobními preferencemi.

#### **3.4.1 Využitý přístup kvalitativního výzkumu**

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byl použit přístup kvalitativního výzkumu – případová studie.

#### **Případová studie**

Pojem případová studie (neboli kazuistika) pochází z lat. slova *casus* – případ. Jedná se o „*popis konkrétního případu určitého onemocnění, které má často zajímavý a poučný charakter*“ (Vokurka, Hugo a kol., 2005, s. 453).

Kazuistika spočívá ve studiu všech dostupných materiálů, zhodnocení a formulování závěrů (Valenta, Müller, 2009). Dostupné metody sběru dat mohou být např. všechny formy pozorování, rozhovorů, analýza dokumentů apod. Vyloučeny nebývají ani metody, které se tradičně uplatňují v kvantitativních šetřeních (Průcha, Walterová a kol., 1995). Kazuistika zpravidla obsahuje rodinnou a osobní anamnézu, diagnózu, prognózu, terapeuticko-formální či reedukační intervenci, jejich průběh a výsledky, popř. také katamnózu (Valenta, Müller, 2009). Případová studie nikdy nemůže spoléhat na náhodný výběr, vždy se jedná o výběr záměrný. Zásadním bodem výběru jsou výzkumné cíle a otázky. Badatel musí vybrat takové jedince, kteří vyhovují jeho výzkumným záměrům.

V **mnohonásobných případových studiích** či mnohopřípadových studiích se výzkumník zabývá více případy. V těchto studiích se výsledky navzájem porovnávají a poté z nich vzniká závěrečná zpráva. Závěry vyplývající ze šetření mnoha případů bývají ve vědecké obci přijímány jako více přesvědčivější (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Případová studie vyžaduje dostatek času ke splnění svého účelu. „*Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost zobecnitelnosti výsledků*“ (Průcha, Walterová a kol., 1995, s. 177).

### 3.4.2 Zvolené metody získávání kvalitativních dat

K získání potřebných údajů pro následné sepsání kazuistických studií bylo využito kombinace těchto následujících metod.

#### **Polostrukturovaný rozhovor**

U polostrukturovaného rozhovoru máme připravené tzv. jádro, což jsou okruhy otázek, jejichž pořadí je možné pozměnit, a celé schéma rozhovoru je možné obohatit o doplňující otázky (Miovský, 2006). Výhodou tohoto typu rozhovoru je větší volnost a flexibilita na rozdíl od rozhovorů strukturovaných. Získaná data se zde analyzují pomocí otevřeného kódování. Kódování obecně představuje operace, pomocí kterých jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).



## **Krátkodobé přímé pozorování**

Využití metody přímého pozorování znamená, že sám výzkumný pracovník bezprostředně sleduje zkoumané procesy a jevy.

Krátkodobé pozorování je poté např. sledování časově kratších procesů (např. vyučovací hodiny). Tento typ pozorování mívá spíše pomocný ráz, popř. slouží k přípravě pozorovacích protokolů (Maňák a kol., 1994).

## **3.5 Případové studie**

### **Kazuistika č. 1**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní logopedkou speciální MŠ, do které dítě stále dochází (viz příloha C).

#### ***Osobní anamnéza:***

Adam, narozen 2011

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

#### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličeje dříve nevyskytl.

Adam navštěvuje mateřskou školu od října 2014, tedy od jeho 3,5 let. Svou první operaci (sutura rtu) podstoupil přibližně 14 dní po porodu. Nyní jsou Adamovi 4 roky a už má za sebou přibližně 4-5 operací. Další operace ho čeká z důvodu, že je rozštěp na obličeji stále patrný.

K Adamovým řečovým schopnostem se paní logopedka vyjádřila následovně: *„Říká jen pár slov, komunikace je silně omezena. Skoro všechny hlásky mu dělají problém, například T, M, B, což jsou vlastně takové úplně jednoduché hlásky. On vyslovuje v podstatě jen samohlásky a ani ty nejsou úplně ‚čisté‘. Nejlépe mu jde A, O, U. Objevuje se u něj hypernazalita a řeč není vůbec srozumitelná.“* Podle paní logopedky se u Adama kromě opožděného vývoje řeči (v důsledku tohoto postižení) začínají objevovat i určité znaky mentální retardace, avšak uznává, že z hlediska

Adamova věku je ještě velmi brzo na takovou diagnózu. Je ovšem toho názoru, že jeho řeč zůstane i nadále omezená.

Ostatní děti ve školce přijaly Adama úplně bez problému. Paní logopedka to vysvětluje tím, že jelikož se jedná o speciální MŠ, děti si na něm vůbec ničeho nevšimly. Adam je však velmi uzavřený, bojácný a emočně nevyzrálý – má tak problém zapojit se mezi vrstevníky a komunikace s nimi je zde téměř nulová. Raději vyhledává společnost dospělého, u kterého se cítí bezpečněji.

Individuální logopedická péče v MŠ probíhá vždy 2 hodiny týdně s paní logopedkou, přičemž během dne s dětmi pracují také paní učitelky – logopedické preventistky. U Adama se zde zaměřují zejména na oromotoriku (má velmi nepohyblivý jazyk), masáže rtu a patra, dechová cvičení i artikulační cvičení. Důležité pro ně také je, aby Adam dokázal porozumět sdělení jiné osoby. Z tohoto důvodu se ve školce soustředí více na rozvoj komunikace obecně, než pouze na vyvozování určitých hlásek. S Adamem chodí do MŠ také děti s autismem, s nimiž paní učitelky komunikují přes výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS). Tím, že Adam skoro nemluví, si občas od jiného dítěte vypůjčí sešit s VOKS a ukáže v něm, co právě chce (resp. potřebuje). V tomto je dle paní logopedky velmi vynalézavý a šikovný. Logopedickou péči Adam využívá pouze v této školce, jinam s ním rodiče zatím nedochází.

Na otázku, v čem se Adam zlepšil za průběh jeho pobytu ve školce, paní logopedka odpověděla: *„Ze začátku roku neustále vyžadoval moji pozornost a nechtěl se mě vůbec pustit, ale teď už si občas ve třídě najde i nějakou tu hračku a hraje si sám. Hodně se zlepšil v sebeobsluze, co se týče jídla, oblékání, svlékání. V komunikaci začal dodržovat společenskou normu, takže například gestem pozdraví, poprosí a zvládne říct, už i ‚dik‘. Hlásky se u něj však nezlepšily vůbec.“*

#### **Závěr a obsahová analýza kazuistiky:**

**Chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozen roku **2011**, byl poprvé operován **cca 14 dní po narození**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Nyní navštěvuje **speciální MŠ**, ve které **probíhá** logopedická péče **2 hodiny týdně**. Jinam na logopedickou péči zatím **nedochází**. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce je **nesrozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení v **samostatnosti, sebeobsluze** a v **dodržování společenské normy**.

## **Kazuistika č. 2**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě stále dochází.

Ze všech uvedených kazuistik byla pouze o tomto dítěti zpracována také rozšířená případová studie (viz kapitola 3.5.1) z důvodu možnosti získání více podrobnějších informací přímo od jeho matky.

### ***Osobní anamnéza:***

Eduard, narozen 2009

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

### ***Rodinná anamnéza:***

V rodině se rozštěp dříve vyskytl již u chlapcova bratrance Mirka, narozeného roku 2004 (viz kazuistika č. 9).

Eduard dochází do mateřské školy od roku 2012, tedy od doby, kdy mu bylo 3,5 roku. Jeho první operace (sutura rtu) proběhla 5. den po porodu. Eduardovi je nyní 5 let a má za sebou již několik operací. V nejbližší době ho v důsledku sluchové vady čeká operace ventilačních trubiček do obou uší.

K Eduardově řečové komunikaci se paní učitelka vyjádřila takto: *„Je to na něm stále znát, protože mluví hodně nosově. Občas mu není moc rozumět, takže třeba ani nevím, co po mě přesně chce, ale snažím se si to nějak domyslet. Co se týče hlásek, tak tam mu dělají největší problém hlavně sykavky.“* U Eduarda se objevují také různé grimasy při mluvení, sluchová vada převodního typu (chronický serózní zánět středního ucha) a potíže se soustředěním.

Ostatní děti mezi sebe Eduarda přijaly bez problému, nikdo se mu nijak neposmíval. Avšak on sám se z počátku nechtěl příliš začleňovat mezi své vrstevníky, jelikož špatně snáší změny. Jak uvedla paní učitelka: *„Ted' například máme ve školce novou kolegyni na záskok a on je z toho úplně zmatený. Někdy kvůli tomu nepřijde ani do školky a raději zůstane doma s maminkou.“*

I přesto, že je ve školce možnost účastnit se individuální logopedické péče, která probíhá 1x týdně pod vedením paní učitelky, Eduard tuto možnost nevyužívá. Účastní se zde pouze základních logopedických cvičení, které se provádějí společně s celou skupinkou dětí. Rodiče s Eduardem pravidelně dochází ke klinické logopedce.

Eduardovo zlepšení, za průběh jeho pobytu ve školce, nastalo dle paní učitelky v tomto: „Začal lépe vyslovovat některé sykavky, hlavně Č, Š, Ž, ale huhňavost u něj stále přetrvává. Dnes už se také více zapojuje mezi ostatní děti, dokáže si s nimi hrát a spolupracuje s nimi na různých úkolech.“

#### **Závěr a obsahová analýza kazuistiky:**

**Chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozen roku **2009**, byl poprvé operován **5. den po narození**. V rodině se jednalo o **druhý případ** rozštěpu. Nyní navštěvuje **běžnou MŠ**, ve které logopedická péče sice probíhá **1x týdně**, ale chlapec na ni **nedochází**. Pravidelně však **navštěvuje** jiného logopeda. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce je **méně srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení ve **výslovnosti** a v **socializaci**.

#### **Kazuistika č. 3**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní logopedkou speciální MŠ, do které dítě stále dochází.

#### **Osobní anamnéza:**

Nicole, narozena 2008

Diagnóza: izolovaný rozštěp měkkého patra

#### **Rodinná anamnéza:**

U nikoho z rodiny se rozštěp obličeje dříve nevyskytl.

Nicole navštěvuje mateřskou školu od roku 2011, tedy od svých 3 let. Nicolina první operace (sutura patra) proběhla v 9. měsíci jejího života. V současnosti je Nicole 6 let a podstoupila již několik chirurgických zákroků. V nejbližší době ji čeká další operace kvůli přítomné vadě sluchu – tj. operace ventilačních trubiček do obou uší.

Na otázku, jaké jsou Nicoliny řečové schopnosti, odpověděla paní logopedka následovně: „*Má hypernazalitu, to je tam stále slyšet. Srozumitelnost je mírně narušena. Ještě stále se u ní objevuje patlavost. Největší problém jí dělají hlásky L a R. Sykavky má v pořádku.*“ U Nicole se objevuje také zraková vada (šilhavost a v důsledku ní také tupozrakost) a převodní sluchová vada (chronická sekretorická otitida).

Jelikož Nicole navštěvuje speciální mateřskou školu, v níž je přítomno více dětí s postižením, přijali ji zde vrstevníci úplně v pořádku. Sama se ráda zapojuje do dětských her a s ostatními spolupracuje na různých úkolech.

V MŠ probíhá individuální logopedická péče vždy 2x týdně s paní logopedkou. S dětmi se však mimo ní provádějí také skupinová logopedická cvičení, která mají na starosti paní učitelky. Na co konkrétně se u Nicole při logopedické péči ve školce zaměřují, zněla odpověď paní logopedky takto: „*Děláme dechová cvičení a zaměřujeme se na motoriku mluvidel a rozvoj slovní zásoby. Trénujeme u ní hlavně sluch, kdy já jí předříkávám slovíčka nejprve šeptem, poté i nahlas a ona je po mně vždy opakuje. Používáme také různé zvukové hry, při kterých rozpoznává nejrůznější zvuky.*“ Nicole logopedickou péči využívá pouze v této MŠ, rodiče s ní nikam jinam zatím nedochází.

Zlepšení u Nicole, za průběh jejího pobytu ve školce, nastalo dle paní logopedky v tomto: „*Hodně dlouhou dobu patlala a nebylo jí skoro rozumět, ale to už je dnes mnohem lepší. Zlepšila se také v sebeobsluze, protože když sem nastoupila, neuměla se ani pořádně najíst příborem. Teď už ale vše zvládá. Zaznamenala jsem také nárůst slovní zásoby.*“

#### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Dívka s izolovaným rozštěpem měkkého patra**, narozena roku **2008**, byla poprvé operována v **9. měsíci po narození**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Nyní navštěvuje **speciální MŠ**, ve které **probíhá** logopedická péče **2x týdně**. Jinam na logopedickou péči zatím **nedochází**. Vrstevníci ve školce ji přijali **bez problému**. Řečový projev dívky je **méně srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u ní nastalo zlepšení v **sebeobsluze, slovní zásobě** a její řeč se stala více **srozumitelnou**.

#### **Kazuistika č. 4**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

#### ***Osobní anamnéza:***

Patrik, narozen 2007

Diagnóza: pravostranný rozštěp rtu (neúplný)

### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličeje dříve nevyskytl.

Patrik do mateřské školky poprvé nastoupil v roce 2010, když mu byly 3 roky. Svou první operaci (sutura rtu) podstoupil 9. den po narození. Po příchodu do MŠ Patrika již žádné další operace nečekaly. Ret měl hezky zahojený, zůstala mu jen malá jizvička.

Vyjádření paní učitelky k Patrikovým řečovým schopnostem bylo následující: *„S komunikací neměl žádné problémy, vše bylo v pořádku. Řeč odpovídala intaktním dětem v jeho věku, bylo mu pěkně rozumět. Člověk by do něho nikdy neřekl, že měl někdy nějaký rozštěp.“* Žádné jiné problémy, jako např. porucha sluchu či grimasy, se u Patrika neobjevovaly.

Děťmi v MŠ byl Patrik přijat velice dobře. On sám se snažil spíše prosazovat, ale nijak se nad ostatními nepovyšoval. V době, kdy Patrik navštěvoval MŠ, se zde logopedická péče s dětmi neprováděla, avšak s Patrikem rodiče pravidelně docházeli k jinému logopedovi.

Ohledně Patrikova zlepšení, za průběh jeho pobytu ve školce, se paní učitelka vyjádřila takto: *„Nebyl nijak zaostalý, takže u něj vše od začátku probíhalo v pořádku. Velmi se mu zlepšila slovní zásoba.“*

### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Chlapec s pravostranným rozštěpem rtu (neúplným)**, narozen roku **2007**, byl poprvé operován **9. den po narození**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **běžnou MŠ**, ve které **neprobíhala** logopedická péče. Pravidelně však **docházel** k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce byl **srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení ve **slovní zásobě**.

### **Kazuistika č. 5**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

### ***Osobní anamnéza:***

David, narozen 2006

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličej dříve nevyskytl.

David se s paní učitelkou poprvé setkal v roce 2009, tedy ve svých 3 letech. První operaci (sutura rtu) podstoupil v 6. měsíci jeho života. Po příchodu do školky Davida stále čekaly další operační zákroky.

K Davidovým řečovým schopnostem se paní učitelka vyjádřila následovně: *„Objevovaly se u něj poruchy artikulace, nejvíce narušené měl sykavky. Srozumitelnost řeči byla velmi narušena. Měl také otevřenou huhňavost.“* U Davida se rovněž často projevoval motorický neklid.

Ostatní děti v mateřské školce s Davidem vycházely velice dobře. Do kolektivu vrstevníků se tak zapojil bez jakýchkoli problémů. V době, kdy David docházel do MŠ, se zde logopedická péče neprováděla, avšak rodiče s Davidem pravidelně chodili k jinému logopedovi.

Dle paní učitelky nastalo u Davida, za průběh jeho pobytu ve školce, takovéto zlepšení: *„Rozhodně se mu celkově zvedlo sebevědomí. Ve výslovnosti a gramatice nastaly velké pokroky, a jeho řeč tak začala být více srozumitelná. Zlepšila se také komunikace s vrstevníky.“*

### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozen roku **2006**, byl poprvé operován v **6. měsíci**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **běžnou MŠ**, ve které **neprobíhala** logopedická péče. Pravidelně však **docházel** k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce byl **méně srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení ve **výslovnosti, gramatice, socializaci** a jeho řeč se stala více **srozumitelnou**.

## **Kazuistika č. 6**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

### ***Osobní anamnéza:***

Michal, narozen 2005

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

### ***Rodinná anamnéza:***

V rodině se rozštěp dříve vyskytl již u chlapcovy matky (celkový levostranný rozštěp) a její sestry.

Michal mateřskou školu poprvé navštívil v roce 2008, když mu byly 3 roky. Svou první operaci (sutura rtu) podstoupil ve 3. měsíci jeho života. Po příchodu do školky měl za sebou již několik operací a další ho stále čekaly (ret – chyběl, zuby, nosní dírky).

Paní učitelka popsala Michalovu řeč takto: *„Ve třech letech vyslovoval jen samohlásky, ve čtyřech pak začal vyslovovat P a B. Problémy měl i se sykavkami. Hodně křičel a rozčiloval se, když jsme mu nerozuměli, ale on nejprve mluvil opravdu jen A-E-I-O-U. Například, paní učitelce říkal ‚I-E-O‘. Slovo ‚máma‘ už se mu říkalo špatně. Ale dokázal rozlišit krátké a dlouhé samohlásky, anebo dokázal říct větu s důrazem. V pěti letech pak uměl říkat K a G. Srozumitelnost řeči byla hodně narušená, v podstatě až nesrozumitelná. Hypernazalita se u něj neobjevovala.“* Michal dělal také různé grimasy a objevoval se u něho motorický neklid. Dle paní učitelky byl hyperaktivní.

Když Michal ve svých 3 letech nastoupil do školky, byl velmi kamarádský, ale ostatní děti si s ním nechtěly příliš hrát z důvodu, že velmi nahlas křičel. To, že děti překřikoval, trvalo celé 4 roky, po které školku navštěvoval. Paní učitelka je toho názoru, že měl být již od počátku zařazen do MŠ speciální (s menším počtem dětí a s větším počtem asistentů), aby svým hlukem tak výrazně nenarušoval chod třídy.

Logopedická péče v mateřské školce probíhala vždy 1x za 14 dní a vykonávala ji paní učitelka – asistentka logopeda. U Michala se zde soustředili především na dechová cvičení (např. foukání brčkem), oromotoriku a vyvozování jednotlivých hlásek. Rodiče s Michalem také pravidelně docházeli ke klinickému logopedovi.



Na otázku, v čem se Michal za průběh jeho pobytu ve školce zlepšil, odpověděla paní učitelka následovně: „*Určitě jsme mu mnohem více rozuměli. Velmi se snažil a tím, jak se zapojoval do všech aktivit, tak si myslím, že ho i děti po čase přijaly se vším všudy.*“

#### **Závěr a obsahová analýza kazuistiky:**

**Chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozen roku **2005**, byl poprvé operován ve **3. měsíci**. V rodině se jednalo o **třetí případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **běžnou MŠ**, ve které **probíhala** logopedická péče **1x za 14 dní**. Pravidelně **docházel** také k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ho přijali s **menšími problémy**. Řečový projev chlapce byl **nesrozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení v **socializaci** a jeho řeč se také stala více **srozumitelnou**.

#### **Kazuistika č. 7**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

#### **Osobní anamnéza:**

Eliška, narozena 2005

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

#### **Rodinná anamnéza:**

U nikoho z rodiny se rozštěp obličejů dříve nevyskytl.

Eliška se s paní učitelkou poprvé setkala v roce 2009, když jí byly 4 roky. Její první operace (sutura rtu) proběhla přibližně týden po narození. Po příchodu do školky Elišku další operace stále čekaly.

Paní učitelka, s níž byl veden rozhovor, zhodnotila Eliščinu řečové schopnosti takto: „*Trošku huhňala, ale srozumitelnost řeči byla dobrá. Hlásky, které jí dělaly největší problém, byly sykavky.*“ Žádné jiné problémy se už u Elišky neobjevovaly.

Zařazení do kolektivu vrstevníků proběhlo u Elišky bez problému, děti ji přijaly v pořádku. V době, kdy Eliška do školky docházela, zde byla možnost navštěvovat 2x týdně logopedický kroužek. Eliška však tuto možnost nevyužívala a logopedická

péče se tak u ní neprováděla. Rodiče však s Eliškou pravidelně docházeli k jinému logopedovi.

Eliščino zlepšení, za průběh jejího pobytu ve školce, komentovala paní učitelka následovně: „*Od začátku se vyvíjela naprosto normálně a nijak se nelišila od ostatních dětí. Určitě došlo k rozšíření slovní zásoby a zlepšila se také v sebeobsluze.*“

#### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Dívka s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozena roku **2005**, byla poprvé operována **cca týden po narození**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Navštěvovala **běžnou MŠ**, ve které logopedická péče sice probíhala **2x týdně**, ale dívka na ni **nedocházela**. Pravidelně však **navštěvovala** jiného logopeda. Vrstevníci ve školce ji přijali **bez problému**. Řečový projev dívky byl **srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u ní nastalo zlepšení ve **slovní zásobě** a v **sebeobsluze**.

#### **Kazuistika č. 8**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou speciální MŠ, do které dítě dříve docházelo.

#### ***Osobní anamnéza:***

Pavel, narozen 2005

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

#### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličej dříve nevyskytl.

Pavel do mateřské školky poprvé nastoupil v roce 2011, tedy v době, kdy mu bylo 6 let. Svou první operaci (sutura rtu) podstoupil ve 3. měsíci jeho života. Po příchodu do školky už Pavla žádné jiné operace v nejbližší době nečekaly.

K Pavlovým řečovým schopnostem se paní učitelka vyjádřila takto: „*Měl hypernazalitu, ale vyjadřovací schopnosti byly dobré. Všechny hlásky už měl vyvozené, akorát mu to vše utíkalo nosem. Slovní zásobu měl také velice dobrou.*“ Pavel při mluvení dělal i různé grimasy a kromě poruchy řeči měl navíc i tělesné postižení

(špatná pohyblivost končetin) a převodní vadu sluchu (chronická sekretorická otitida), kvůli které mu byly chirurgicky zaváděny ventilační trubičky do obou uší.

Pavlovo začlenění do kolektivu vrstevníků proběhlo bez problémů, děti jeho postižení nijak neřešily. V době, kdy Pavel MŠ navštěvoval, zde probíhala logopedická péče vždy 2x týdně se školní logopedkou, přičemž během dne s dětmi pracovaly také paní učitelky, které se zaměřovaly hlavně na oromotoriku a dechová cvičení. Při individuální logopedické péči se poté paní logopedka u Pavla soustředila především na vyvození jednotlivých hlásek a na cvičení určená ke snížení úniku vzduchu nosem. Logopedickou péči Pavel využíval pouze v této školce, k žádnému jinému logopedovi s ním rodiče nedocházeli.

Ohledně Pavlova zlepšení, za průběh jeho pobytu ve školce, se paní učitelka vyjádřila následovně: „*Zlepšil se v socializaci, ve slovní zásobě a i ta huhňavost se u něj postupně začala snižovat. Srozumitelnost řeči byla určitě lepší, než když sem nastoupil poprvé.*“

#### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozen roku **2005**, byl poprvé operován ve **3. měsíci**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **speciální MŠ**, ve které **probíhala** logopedická péče **2x týdně**. Jinam na logopedickou péči **nedocházel**. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce byl **srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení v **socializaci** a ve **slovní zásobě**, snížila se **huhňavost** a jeho řeč se stala více **srozumitelnou**.

#### **Kazuistika č. 9**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní ředitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

#### ***Osobní anamnéza:***

Mírek, narozen 2004

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličeje dříve nevyskytl. Později se však rozštěp objevil také u chlapcova bratrance Eduarda, narozeného roku 2009 (viz kazuistika č. 2).

Mírek do školky poprvé nastoupil v roce 2007, avšak s paní ředitelkou se setkal až o rok později, tj. v jeho 4 letech. Mirkova první operace (sutura rtu) proběhla ve 2. měsíci jeho života. V době, kdy se poprvé setkal s paní ředitelkou, měl za sebou již několik operací a další už ho v nejbližší době nečekaly.

Názor paní ředitelky na Mirkovu řeč byl následující: „*Mluvil správně, huhňavost se u něho neobjevovala, srozumitelnost byla velmi dobrá. Jen výslovnost pár hlásek, jako například R a Ř, nebyla ještě úplně nejlepší.*“ U Mirka se žádné jiné problémy nevyskytovaly. Byl inteligentní a kromě vědomostí vynikal také ve sportu.

Ostatní děti ve školce Mirka přijaly bez problému, byl velice oblíbený. V době, kdy Mírek mateřskou školku navštěvoval, zde ještě nebylo možné využít logopedickou péči, avšak rodiče s ním pravidelně docházeli ke klinické logopedce.

Dle paní ředitelky nastalo u Mirka, za průběh jeho pobytu ve školce, takovéto zlepšení: „*Ze začátku, když do školky nastoupil, jsem ho moc neznala, protože jsem ho neměla ve třídě. Z tohoto důvodu je těžké říct, v čem vyloženě se zlepšil. Ale když odsud odcházel, mluvil velmi dobře a téměř všechny hlásky vyslovoval správně, takže tam určitě nějaký ten pokrok v řeči byl.*“

### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozen roku **2004**, byl poprvé operován ve **2. měsíci**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **běžnou MŠ**, ve které **neprobíhala** logopedická péče. Pravidelně však **docházel** k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce byl **srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení ve **výslovnosti**.

### **Kazuistika č. 10**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

### ***Osobní anamnéza:***

Klára, narozena 2002

Diagnóza: celkový levostranný rozštěp

### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličej dříve nevyskytl.

Klára se s paní učitelkou poprvé setkala v roce 2006, tedy ve svých 4 letech. První operaci (sutura rtu) Klára podstoupila ve 3. měsíci jejího života. Po příchodu do školky měla za sebou již několik operací a další chirurgické zákroky ji stále čekaly.

Ke Klářiným řečovým schopnostem, se paní učitelka vyjádřila takto: „*Měla otevřenou huhňavost, ale řeč byla srozumitelná. Mluvila jakž takž dobře. Asi největší problém jí dělaly sykavky a hlásky R a Ř.*“ Kromě některých příznaků v řeči se u Kláry jiné problémy nevyskytovaly.

Zařazení do kolektivu vrstevníků proběhlo u Kláry bez problému, děti ji od sebe nijak neodstrkovaly, naopak si s ní rády hrály. V době, kdy Klára MŠ navštěvovala, se zde logopedická péče s dětmi neprováděla, avšak rodiče s Klárou pravidelně chodili k jinému logopedovi.

Na otázku, v čem se Klára za průběh jejího pobytu ve školce zlepšila, odpověděla paní učitelka následovně: „*Od začátku se projevovala úplně normálně, rozvíjela se jako ostatní děti. Trochu se jí zlepšila výslovnost a velký pokrok nastal ve slovní zásobě.*“

### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Dívka s celkovým levostranným rozštěpem**, narozena roku **2002**, byla poprvé operována ve **3. měsíci**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Dívka navštěvovala **běžnou MŠ**, ve které **neprobíhala** logopedická péče. Pravidelně však **docházela** k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ji přijali **bez problému**. Řečový projev dívky byl **srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u ní nastalo zlepšení ve **výslovnosti a slovní zásobě**.

## **Kazuistika č. 11**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní ředitelkou speciální MŠ (logopedické), do které dítě dříve docházelo.

### ***Osobní anamnéza:***

Marek, narozen 1995

Diagnóza: levostranný rozštěp rtu a tvrdého patra

### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličeje dříve nevyskytl.

Marek se s paní ředitelkou poprvé setkal v roce 2001, když mu bylo 6 let. Svou první operaci (sutura rtu) podstoupil ve 3. měsíci jeho života. Po příchodu do školky už Marka jiné chirurgické zákroky v nejbližší době nečekaly.

Vyjádření paní ředitelky k Markovým řečovým schopnostem bylo následující: *„Přetrvávala u něj palatolalie a řeč byla lehce dyslalická. U řady ostrých sykavek se objevoval boční sigmatismus, ale vibranty vyvozeny byly. Menší problém měl i s hláskami Ě, Ď, Ň. V jeho souvislém projevu se často objevovaly slabikové a slovní iterace, jako např. ‚a to, a to‘. Jeho řeč byla méně srozumitelná a slovní zásoba byla chudší.“* U Marka se navíc objevovaly potíže se soustředěním a pozorností.

Z počátku, když Marek do školky nastoupil, byl trochu rezervovaný. Postupně však ztrácel ostych a ke spolupráci se stavěl velice kladně. Ostatní děti ho mezi sebe přijaly bez problému.

V době, kdy Marek do MŠ docházel, se zde logopedická péče uskutečňovala vždy 4x týdně pod vedením školní logopedky. U Marka se během ní zaměřovali především na dechová cvičení a vyvozování jednotlivých hlásek (před zrcadlem). Marek nevyužíval logopedickou péči pouze v této MŠ, rodiče s ním také pravidelně navštěvovali klinického logopeda.

Markovo zlepšení, za průběh jeho pobytu ve školce, komentovala paní ředitelka takto: *„Jeho řeč se zlepšila hlavně po stránce formální. Ostré sykavky už uměl používat ve slovech, zbývalo je jen zafixovat do dětského slovníku.“*

### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Chlapec s levostranným rozštěpem rtu a tvrdého patra**, narozen roku **1995**, byl poprvé operován ve **3. měsíci**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **speciální MŠ (logopedickou)**, ve které **probíhala** logopedická péče **4x týdně**. Pravidelně **docházel** také k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce byl **méně srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení ve **výslovnosti**.

### **Kazuistika č. 12**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

#### ***Osobní anamnéza:***

Jakub, narozen 1994

Diagnóza: celkový pravostranný rozštěp

#### ***Rodinná anamnéza:***

Jakubova matka na počátku těhotenství pracovala na radiologickém oddělení. U nikoho z rodiny se rozštěp obličeje dříve nevyskytl.

Jakub do mateřské školky poprvé nastoupil v roce 1998, když mu byly 4 roky. První operace (sutura rtu) u něj byla provedena přibližně v 6. měsíci jeho života. Po příchodu Jakuba do školky už ho žádné jiné operace v nejbližší době nečekaly.

Paní učitelka, s níž byl veden rozhovor, zhodnotila Jakubovy řečové schopnosti takto: *„Měl problémy se sykavkami, které často vynechával. Slovíčka si uzpůsoboval tak, aby mu to vyhovovalo. Pamatuji si, že například Elišce říkal ‚Eliščo‘. Problém mu dělala také hláska R. Jeho řeč ale byla srozumitelná, rodiče se mu zřejmě hodně věnovali.“*

Ostatní děti v mateřské školce Jakuba přijaly velice dobře. Do kolektivu vrstevníků se tak zapojil bez větších problémů. V době, kdy Jakub MŠ navštěvoval, zde probíhala logopedická péče vždy 1x týdně a vedla ji paní ředitelka. U Jakuba byla tato péče vždy zaměřena na oromotoriku a dechová cvičení. Nechybělo při ní ale ani

pravidelné vyvozování hlásek (před zrcadlem) a jejich zafixování do běžné řeči. Rodiče s Jakubem také pravidelně docházeli ke klinickému logopedovi.

Na otázku, v čem se Jakub zlepšil za průběh jeho pobytu ve školce, odpověděla paní učitelka takto: „*Pokrok nastal jednak v socializaci, jednak v sebeobsluze a jednak ve výslovnosti hlásek. Za tu dobu, co do školky docházel, byl ten pokrok v řeči opravdu veliký, ale úplně přirozená ta řeč ještě nebyla.*“

#### **Závěr a obsahová analýza kazuistiky:**

**Chlapec s celkovým pravostranným rozštěpem**, narozen roku **1994**, byl poprvé operován **cca v 6. měsíci**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **běžnou MŠ**, ve které **probíhala** logopedická péče **1x týdně**. Pravidelně **docházel** také k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce byl **srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení v **socializaci, sebeobsluze a výslovnosti**.

#### **Kazuistika č. 13**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní ředitelkou speciální MŠ (logopedické), do které dítě dříve docházelo.

#### **Osobní anamnéza:**

Martin, narozen 1992

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp

#### **Rodinná anamnéza:**

U nikoho z rodiny se rozštěp obličeje dříve nevyskytl.

Martin se s paní ředitelkou poprvé setkal v roce 1996, tedy ve svých 4 letech. První operace (sutura rtu) byla u Martina provedena v 6. měsíci jeho života. Po příchodu do školky měl Martin za sebou už většinu operací. Další operace ho ale čekala z důvodu, že měl za horními řezáky stále menší otvor.

Názor paní ředitelky na Martinovu řeč byl následující: „*Většina hlásek se v řeči objevovala. Retné a retozubné hlásky vyvozeny byly, ale chyběly hlásky T a D. Problémy měl také se sykavkami a hláskami R a Ř. Objevovala se u něj palatolalie, ale*



*řeč i přesto byla srozumitelná. Otvor v patře neměl ještě úplně operativně uzavřený a většinou se ho tak snažil uzavírat svým vlastním jazykem. V řeči se také občas vyskytovaly dysgramatismy.*“ Martin měl navíc i potíže se soustředěním a pozorností.

Z počátku, když Martin do mateřské školky nastoupil, byl velice stydlivý a uzavřený. Z tohoto důvodu s ním první dny zůstávala ve školce také jeho maminka. Martin si však postupně začal zvykat na nové prostředí a komunikovat s ostatními dětmi. Ty ho mezi sebe přijaly velice dobře.

V době, kdy Martin do MŠ docházel, zde logopedická péče probíhala vždy 4x týdně a vedla ji školní logopedka. U Martina se během této péče zaměřovali především na uvolnění jazyka v ústech a jeho zavedení k patru přirozeným způsobem. Soustředili se rovněž i na vyvozování jednotlivých hlásek (před zrcadlem). S Martinem rodiče také pravidelně chodili ke klinické logopedce.

Dle paní ředitelky nastalo u Martina, za průběh jeho pobytu ve školce, takovéto zlepšení: *„Tupé sykavky začal mít pěkně zřetelné, hlásky T a D se mu dařily, když byly vyvozovány před zrcadlem. Z osmi vadně tvořených hlásek se u něho vyvodily a do běžné řeči zařadily tři. Měl také bohatší slovní zásobu.“*

#### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem**, narozen roku **1992**, byl poprvé operován v **6. měsíci**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Chlapec navštěvoval **speciální MŠ (logopedickou)**, ve které **probíhala** logopedická péče **4x týdně**. Pravidelně **docházel** také k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ho přijali **bez problému**. Řečový projev chlapce byl **srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u něj nastalo zlepšení ve **výslovnosti a slovní zásobě**.

#### **Kazuistika č. 14**

Informace pro tuto případovou studii byly získány rozhovorem s paní učitelkou běžné MŠ, do které dítě dříve docházelo.

#### ***Osobní anamnéza:***

Kristýna, narozena 1984

Diagnóza: levostranný rozštěp rtu (úplný)

### ***Rodinná anamnéza:***

U nikoho z rodiny se rozštěp obličej dříve nevyskytl.

Kristýna se s paní učitelkou poprvé setkala v roce 1987, když jí byly 3 roky. První operaci (sutura rtu) podstoupila přibližně rok po svém narození. Po příchodu do školky byl u Kristýny rozštěp stále patrný – čekala ji tedy ještě další operace.

Paní učitelka, s níž byl veden rozhovor, zhodnotila řeč Kristýny následovně: „*Srozumitelnost řeči byla trochu snižená. Největší problém měla zejména s retoretnými hláskami P, B, M a také s retozubnými hláskami V, F.*“ Žádné jiné problémy se u Kristýny už nevyskytovaly.

Z důvodu, že Kristýna chodila s některými dětmi v MŠ již dříve do jeslí, proběhlo její začlenění do kolektivu vrstevníků bez jakýchkoli problémů. Děti už na ni byly zvyklé, přijaly ji velmi kladně a nijak ji od sebe neodstrkovaly. V době, kdy Kristýna MŠ navštěvovala, se zde logopedická péče neprováděla. Rodiče však s Kristýnou pravidelně docházeli ke klinické logopedce.

Na otázku, v čem se Kristýna za průběh jejího pobytu ve školce zlepšila, odpověděla paní učitelka takto: „*Zlepšila se v sebeobsluze, ve výslovnosti některých hlásek a došlo u ní také k nárůstu slovní zásoby.*“

### ***Závěr a obsahová analýza kazuistiky:***

**Dívka s levostranným rozštěpem rtu (úplným)**, narozena roku **1984**, byla poprvé operována **cca 1 rok po narození**. V rodině se jednalo o **první případ** rozštěpu. Dívka navštěvovala **běžnou MŠ**, ve které **neprobíhala** logopedická péče. Pravidelně však **docházela** k jinému logopedovi. Vrstevníci ve školce ji přijali **bez problému**. Řečový projev dívky byl **méně srozumitelný**. Za průběh pobytu ve školce u ní nastalo zlepšení v **sebeobsluze, výslovnosti a slovní zásobě**.

#### ***3.5.1 Rozšířená případová studie chlapce s orofaciálním rozštěpem***

Tato případová studie je rozšířenou verzí kazuistiky č. 2 (viz kapitola 3.5). Její informace byly získány rozhovorem s matkou dítěte a vlastním pozorováním. Matka souhlasí s uveřejněním všech níže zmíněných informací a s použitím přiložených fotografií pro účely této bakalářské práce.

## **Eduard (5,5 let)**

Narozen: 15. dubna 2009, jako druhé dítě

Bydliště: Hradec Králové

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp, chronický serózní zánět středního ucha

### **Rodinná anamnéza:**

- Chlapec žije v úplné rodině. Vychovává ho převážně matka.
- Matka: narozena 1977, zdravotní stav dobrý, neprodělala žádné vážné onemocnění. V současnosti pracuje jako zdravotní sestra.
- Otec: 1966, zdravotní stav dobrý, neprodělal žádné vážné onemocnění. V současnosti pracuje jako podnikatel.
- Sourozenec: bratr narozen 2006, zdravotní stav dobrý.
- Bratranec (z matčiny strany): narozen 2004, celkový oboustranný rozštěp.

### **Osobní anamnéza:**

#### ***Těhotenství, porod:***

- Eduard se narodil ve 39. týdnu těhotenství přirozenou cestou, když bylo matce 32 let. Porod byl vyvolán o týden dříve z důvodu pracovní cesty hlavní lékařky. Probíhal bez komplikací a trval přibližně 4 hodiny. Váha dítěte při narození byla 3 130 g a míra 50 cm. Těhotenství bylo neplánované. Nevyskytly se během něj žádné komplikace.
- Ve 30. týdnu těhotenství bylo zjištěno, že dítě bude mít orofaciální rozštěp. Matka měla již od počátku zvýšenou hladinu při krevních odběrech na vrozené vady. Ve 20. týdnu těhotenství byl proveden ultrazvuk, odkud byla lékařem poslána rovnou do nemocnice, kvůli synovci, aby se zaměřili na rozštěpovou vadu. Zde byly zjištěny cysty na mozku. To, že dítě bude mít rozštěp obličeje, se potvrdilo až o 10 týdnů později, při kontrole těchto cyst.
- Na otázku, odkud rodiče zjišťovali informace o rozštěpové vadě, odpověděla matka takto: *„Díky tomu, že synovec tuto vadu měl, tak jsme byli dostatečně informováni od své rodiny. Jinak by to bylo asi hodně náročné, protože od lékařů jsme mnoho informací nedostali a hledat něco na internetu, když ani pořádně nevíte co, je velmi komplikované.“*

- Kontakty na další odborníky matka dostala od lékaře, který jí dělal ultrazvuk. Byla jí doporučena paní doktorka v Brně, jež se specializuje na orofaciální rozštěpy.
- O tom, jak se jako rodiče vyrovnávali s tím, že se jim narodí dítě s rozštěpem v obličejí, hovořila matka následovně: „*Vyrovnávali jsme se s tím těžko, ale opravdu tím, že jsme tenkrát u synovce viděli, že se vyvíjí úplně normálně, jsme z toho až tak velké obavy neměli.*“ Důležité pro ně také bylo, že je jejich rodina podporovala.

### ***Prodělané operace, zákroky:***

- 1. operace proběhla 5. den po narození – sutura rtu ve Fakultní nemocnici Brno – Dětská nemocnice.
- 2. operace proběhla cca v 7. měsíci dítěte – operováno patro, opět ve Fakultní nemocnici Brno – Dětská nemocnice.
- 3. operace proběhla ve 2,5 letech – oboustranné zavedení ventilačních trubiček, ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Eduard podstoupil ještě 2 tyto operace, které se uskutečnily vždy po roce – tj. ve 3,5 a 4,5 letech chlapce.
- Plánuje se operace čelisti a rovnání zubů (přesný termín operace není ještě stanoven, ale měla by proběhnout v průběhu roku 2017) a operace ventilačních trubiček v lednu 2015.

### ***Vývoj dítěte:***

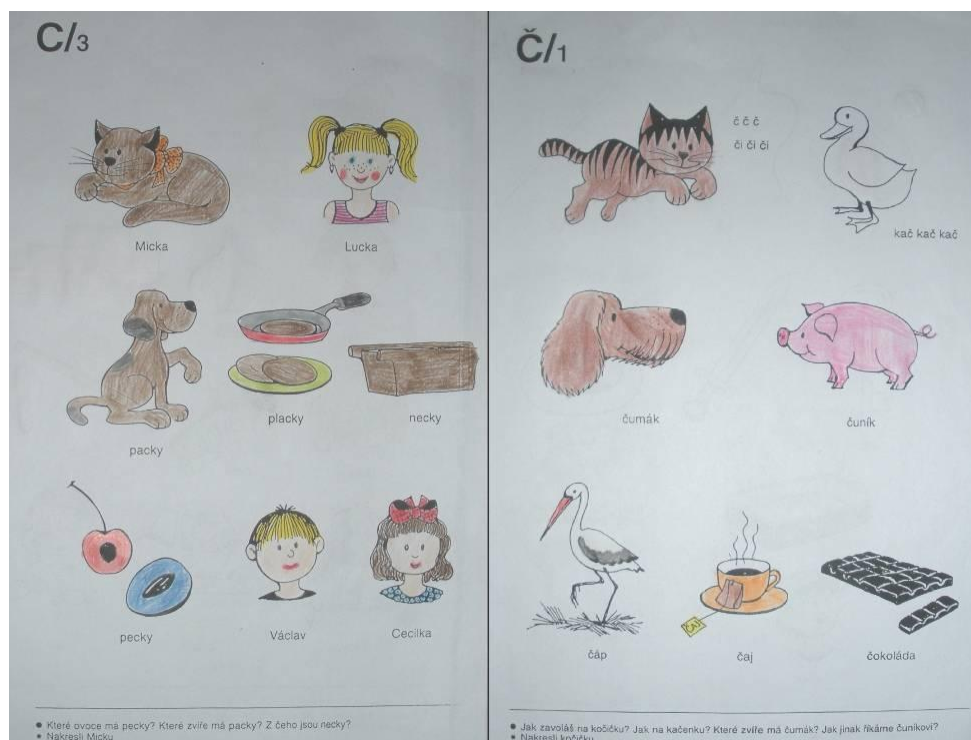
- Eduard nemohl být kvůli rozštěpové vadě kojen. Krmení bylo dle slov matky velmi náročné. Probíhalo odstříkávaným mateřským mlékem z láhve, která měla speciálně upravený dudlík – tzv. Habermannova láhev. Eduard měl období, kdy mu to chvíli šlo a chvíli zase ne. Do domácnosti docházela také laktační poradkyně, což prý velmi pomohlo.
- Na otázku, jak u Eduarda probíhal motorický vývoj, matka odpověděla: „*Vše probíhalo tak nějak standardně. Řekla bych, že byl i na všechno šikovnější než jeho starší bratr. Kdy přesně začal sedět a ležet si už nepamatuji, ale vím, že chodit začal na roce a 4 měsících.*“

- Vývoj řeči dle matky – „*Já si myslím, že v těch začátcích nebylo nějaké zpoždění. Postupně však začal mluvit hodně nosem a nebylo mu příliš rozumět. Na logopedii jsme začali chodit v době, kdy mu nebyly ještě ani 3 roky. V kolika začal říkat první slova, to už nevím, ale jeho řeč je méně srozumitelná do dnes.*“  
U Eduarda se při mluvení objevují i různé grimasy.
- Když Eduardovi byly 2 týdny, lékaři zjistili, že hůře slyší. Od té doby byl pravidelně hlídaný na foniatrii, na kterou docházeli zpravidla 1x za 3 měsíce. Lékaři zjistili, že Eduard trpí chronickým serózním zánětem středního ucha. Ve 2,5 letech mu kvůli tomu bylo doporučeno zavedení ventilačních trubiček do obou uší. Díky těmto chirurgickým zákrokům slyší vždy o něco lépe. V současnosti Eduard pravidelně navštěvuje dětskou ORL ve Fakultní nemocnici Hradec Králové (tympanometrie, audiometrie).
- Eduardova lateralita je vyhraněná levorukost. Velmi rád kreslí – lidskou postavu nakreslit umí a tužku drží správně. Má také oblibu ve skládání puzzlí a kostek. Básničky i písničky se učí dobře a jejich slova si pamatuje, zpívá si však pouze sám pro sebe, před ostatními se stydí. Základní barvy diferencuje a pojmenuje. Číselnou řadu dokáže vyjmenovat do 20. Z geometrických tvarů rozpozná pouze čtverec. Sebeobsluhu a hygienické návyky zvládá.

### ***Logopedická péče:***

- Eduard se poprvé dostal do péče logopeda ve 2 letech a 10 měsících. Na logopedii s ním rodiče začali docházet především z důvodu špatné srozumitelnosti a úniku vzduchu nosem (otevřená huhňavost). Z počátku dojížděli na logopedii ve Stěžerách. Od 4,5 let chlapce navštěvují klinickou logopedku na Slezském Předměstí v Hradci Králové.
- Ve Stěžerách Eduard chodil na logopedii pokaždé 1x za měsíc. V Hradci Králové nyní navštěvuje paní logopedku 1x za 3 týdny. Na logopedii dochází již 3. rokem.
- Během logopedické péče se s Eduardem nejčastěji procvičují sykavky a dýchání. Zaměřují se i na rozvoj slovní zásoby, přičemž využívají různé obrázky (popis činností, věcí). Paní logopedka dává důraz také na to, aby Eduard dokázal převyprávět např. příběh či pohádku, jelikož je před cizími lidmi velmi stydlivý a nevýpravný.

- Masáže patra nebyly v průběhu logopedické péče prováděny. Na otázku, zda tyto masáže dítěti prováděli alespoň doma, matka odpověděla následovně: „Měla jsem je provádět už několik týdnů po operaci, ale na to jsem tehdy neměla odvahu, takže jsem je neprováděla. Abych byla úplně upřímná, nemám k tomu odvahu ani do dneška. Ale když to bude doopravdy nutné, když řeknou, že je musíme dělat, tak je provádět budu.“
- Rodiče zpozorovali výrazné zlepšení v řečovém projevu Eduarda přibližně v jeho 4 letech – tj. v době, kdy začal správněji vyslovovat sykavky.
- Paní logopedka spolupracuje i s matkou Eduarda a ukazuje jí, jaká cvičení má se synem provádět. Doma tedy procvičují především výslovnost obou řad sykavek pomocí obrázkového logopedického sešitu, který mají k dispozici přímo od paní logopedky. Zaměřují se taktéž na dechová cvičení, při kterých foukají buďto do papírků (popř. je pomocí brčka přendávají z místa na místo), anebo do bublifuku. Tyto „úkoly“ doma provádějí 3x týdně cca 10 minut.



**Obr. 2** – Ukázka z Eduardova logopedického sešitu

- Největší problém Eduardovi činí hlásky L, T, D, K, G, C, S, Z.
- Nynější názor matky na řeč dítěte byl následující: „Když chce, tak mluví hezky a je mu rozumět, ale většinou stejně huhňá, málo používá pusu a pomáhá si

*různými grimasami. My ho ale neustále srovnáváme se starším synem, který mluvil už od malička velmi pěkně.“*

- Na otázku, co si myslí o tom, zda je u Eduarda logopedická péče dostačující, zněla odpověď matky: *„Já si myslím, že ano. Spíš bych se asi měla donutit já cvičit s ním častěji doma.“*

#### ***Předškolní docházka:***

- Eduard navštěvuje běžnou MŠ v Hradci Králové od roku 2012, tedy od jeho 3,5 let. Rodiče nikdy neuvažovali o zařazení do mateřské školy speciální.
- V mateřské škole, kterou chlapec navštěvuje, je možnost účastnit se individuální logopedické péče. Eduard však tuto možnost nevyužívá, jelikož jsou rodiče spokojeni s jeho nynější logopedkou. V MŠ se Eduard zúčastňuje pouze společných logopedických cvičení, která se provádějí s celou skupinou dětí.

#### ***Sociální interakce, zkušenosti:***

- Začlenění Eduarda do kolektivu vrstevníků probíhalo s mírnými obtížemi. Jeho matka o tom hovořila takto: *„S tímto byl zprvu trochu problém, protože, jak huř slyšel, nechtěl se moc začleňovat mezi ostatní děti. Z počátku, když začal chodit do školky, tak tam s ním byl ještě jeho starší bratr, takže vyhledával pořád jenom jeho. Až později, když mu udělali další operaci a měl ty uši provzdušněné, tak bych řekla, že se to hodně změnilo a začal se s těmi dětmi více bavit. Nikdy se ale nestalo, že by se mu někdo z dětí posmíval. V tomhle smyslu ho všechny přijaly úplně bez problému.“* V současnosti Eduard s ostatními dětmi spolupracuje a zapojuje se do různých společných aktivit. Většinou má ale stále problém přizpůsobovat se novému prostředí.
- Co se týče zkušeností s učiteli, zde rodiče nemají žádné výhrady. Eduarda přijeli velice dobře.
- Na otázku, jak se dítě vyrovnává s pobyty v nemocnicích, matka odpověděla: *„Já jsem tam vždy s ním, takže bych řekla, že to snáší dobře. Jak je tam teď v podstatě každý rok, tak už se třeba těší i na to, že tam dostane koláč a kakao k snídani. Není to tak, že by se tam vyloženě těšil, ale už si na tom našel alespoň ta pozitiva. V nemocnici jsme většinou 3 dny. Jeden den jsme přijati, druhý den jde na operaci a třetí den už jedeme domů.“*

- Zkušenosti s lékařským personálem, jejich přístupem a péčí byly různé. V Hradci Králové, kde byly Eduardovy pravidelně zaváděny ventilační trubičky, probíhalo vše bez problému. Matka byla také velice spokojena již s výše zmíněnou paní doktorkou v Brně, která jim vždy poskytla konkrétní informace o tom, co právě potřebovali vědět. Dle slov matky: *„Mám zkušenosti, že když se od lékařů potřebuji něco dozvědět, tak i když pracuji ve zdravotnictví, tak jim moc nerozumím. A této paní doktorky se pomalu nemusím ani na nic ptát a přesně ví, co všechno mi má říct a jakým způsobem.“* Na ostatní brněnský personál má však matka názor odlišný: *„Přišlo mi, že Eda potom, co mu sešili patro, nechtěl vůbec pít a jíst. Od nich pak bylo takové trošku laxní, že potřebovali lůžka, a tak nás propustili domů velmi brzy. Myslím si, že by tam potřeboval ještě nějakou chvíli být, než se trošku rozpije, protože potom mi doma nechtěl dva dny vůbec pít ani jíst a nevěděla jsem, co s ním mám dělat. A oni, i když to věděli, tak tvrdili, že se to naučí a pustili nás z Brna do Hradce.“*

#### **Akce, „největší problém“:**

- Matka se 2x zúčastnila přednášky o rozštěpových vadách, které byly určeny především pro rodiče, jimž se má narodit dítě s rozštěpem v obličejí. První přednášky se ovšem zúčastnila až po porodu v roce 2009, jelikož ji dříve nestíhala. Na této přednášce hovořili různí odborníci, kteří se nějakým způsobem podílejí na péči o dítě s orofaciálním rozštěpem (tj. plastický chirurg, ortodontista, foniatr, logoped apod.). Druhá přednáška byla zaměřena na to samé, matka se jí zúčastnila o rok později.
- Na otázku, zda se plánují zúčastnit ještě nějakých dalších akcí, zněla odpověď matky: *„Vím, že se v Brně pořádaly logopedické pobyty. Tam jsem nás chtěla přihlásit, ale ty už teď úplně zrušili, asi proto, že na to nejsou peníze. Takže zatím nic dalšího neplánujeme.“*
- Největší problém, se kterým se jako rodiče museli vypořádat, byl dle matky následující: *„Ze začátku asi to krmení, to pro nás bylo hodně náročné. Jinak jsme se vyloženě s nějakým větším problémem nesetkali. Ani ta zvědavost ostatních lidí nebyla taková, jak jsme původně čekali. Skoro nikdo si ani ničeho nevšiml, pouze jednou se nějaká paní ptala, co to má pod nosem, jestli nemá rýmu a tak, ale jinak ne.“*



### **Závěr kazuistiky:**

- U Eduarda, i přes včasnou lékařskou a logopedickou péči, obtíže v řeči prozatím přetrvávají – stále je patrná palatolalie (hypernazalita, poruchy artikulace a méně srozumitelná řeč). Nejméně jsou narušeny nosovky, nejvíce pak hlásky vyžadující nejpevnější patrohltnový uzávěr. Velmi se zlepšila výslovnost tupé řady sykavek. Problémem zůstává, že se Eduard na určitou věc nedokáže soustředit delší dobu, což někdy ovlivňuje logopedická cvičení. Sociální interakce u něho v současnosti probíhá bez větších potíží. Vzhledem k tomu, že už u Eduarda došlo ke zlepšení výslovnosti několika hlásek, lze u něj při systematické logopedické péči očekávat dobrou prognózu – tj. řeč bez příznaků palatolalie.



**Obr. 3** – Eduard, 2. den po porodu



**Obr. 4** – Eduard, 2. týden po operaci rtu



**Obr. 5** – Eduard, 3,5 roku

Fotografie jsou upraveny z důvodu zachování anonymity dítěte.

### 3.6 Zacílená kvalitativní analýza dat ze souboru kazuistických studií

Následující text obsahuje shrnutí získaných informací z výše uvedených kazuistických studií. Jednotlivé údaje jsou z důvodu větší přehlednosti vyznačeny nejprve v tabulkách a poté jsou tyto údaje porovnávány z hlediska časové posloupnosti – tj. jak se v průběhu několika let péče o děti s orofaciálními rozštěpy změnila.

**Tab. 1** – Přehled údajů o dětech s orofaciálními rozštěpy (1. část)

	<b>Adam</b>	<b>Eduard</b>	<b>Nicole</b>	<b>Patrik</b>	<b>David</b>
<b>Rok narození</b>	2011	2009	2008	2007	2006
<b>Druh rozštěpu</b>	celkový oboustranný rozštěp	celkový oboustranný rozštěp	izolovaný rozštěp měkkého patra	pravostranný rozštěp rtu (neúplný)	celkový oboustranný rozštěp
<b>1. operace</b>	cca 14 dní po narození	5. den po narození	v 9. měsíci (patro)	9. den po narození	v 6. měsíci
<b>Výskyt rozštěpu v rodině</b>	první	druhý	první	první	první
<b>Typ MŠ</b>	speciální (nyní navštěvuje)	běžná (nyní navštěvuje)	speciální (nyní navštěvuje)	běžná	běžná
<b>Logopedická péče v MŠ</b>	ano	ano, ale nedochází na ni	ano	ne	ne
<b>Častost log. péče v MŠ</b>	2 hodiny týdně	1x týdně	2x týdně	X	X
<b>Péče u jiného logopeda</b>	ne	ano	ne	ano	ano
<b>Přijetí vrstevníky</b>	bez problému	bez problému	bez problému	bez problému	bez problému
<b>Řečový projev</b>	nesrozumitelný	méně srozumitelný	méně srozumitelný	srozumitelný	méně srozumitelný
<b>Zlepšení za průběh pobytu v MŠ</b>	samostatnost, sebeobsluha, dodržování spol. normy	výslovnost, socializace	sebeobsluha, slovní zásoba, srozumitelnost	slovní zásoba	výslovnost, gramatika, socializace, srozumitelnost

**Tab. 2 – Přehled údajů o dětech s orofaciálními rozštěpy (2. část)**

	<b>Michal</b>	<b>Eliška</b>	<b>Pavel</b>	<b>Mírek</b>	<b>Klára</b>
<b>Rok narození</b>	2005	2005	2005	2004	2002
<b>Druh rozštěpu</b>	celkový oboustranný rozštěp	celkový oboustranný rozštěp	celkový oboustranný rozštěp	celkový oboustranný rozštěp	celkový levostranný rozštěp
<b>1. operace</b>	ve 3. měsíci	cca týden po narození	ve 3. měsíci	ve 2. měsíci	ve 3. měsíci
<b>Výskyt rozštěpu v rodině</b>	třetí	první	první	první	první
<b>Typ MŠ</b>	běžná	běžná	speciální	běžná	běžná
<b>Logopedická péče v MŠ</b>	ano	ano, ale nedocházela na ni	ano	ne	ne
<b>Častot log. péče v MŠ</b>	1x za 14 dní	2x týdně	2x týdně	X	X
<b>Péče u jiného logopeda</b>	ano	ano	ne	ano	ano
<b>Přijetí vrstevníky</b>	s menšími problémy	bez problému	bez problému	bez problému	bez problému
<b>Řečový projev</b>	nesrozumitelný	srozumitelný	srozumitelný	srozumitelný	srozumitelný
<b>Zlepšení za průběh pobytu v MŠ</b>	socializace, srozumitelnost	slovní zásoba, sebeobsluha	socializace, slovní zásoba, huhňavost, srozumitelnost	výslovnost	výslovnost, slovní zásoba

**Tab. 3 – Přehled údajů o dětech s orofaciálními rozštěpy (3. část)**

	<b>Marek</b>	<b>Jakub</b>	<b>Martin</b>	<b>Kristýna</b>
<b>Rok narození</b>	1995	1994	1992	1984
<b>Druh rozštěpu</b>	levostranný rozštěp rtu a tvrdého patra	celkový pravostranný rozštěp	celkový oboustranný rozštěp	levostranný rozštěp rtu (úplný)
<b>1. operace</b>	ve 3. měsíci	cca v 6. měsíci	v 6. měsíci	cca 1 rok po narození
<b>Výskyt rozštěpu v rodině</b>	první	první	první	první
<b>Typ MŠ</b>	speciální (logopedická)	běžná	speciální (logopedická)	běžná
<b>Logopedická péče v MŠ</b>	ano	ano	ano	ne
<b>Častost log. péče v MŠ</b>	4x týdně	1x týdně	4x týdně	X
<b>Péče u jiného logopeda</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Přijetí vrstevníky</b>	bez problému	bez problému	bez problému	bez problému
<b>Řečový projev</b>	méně srozumitelný	srozumitelný	srozumitelný	méně srozumitelný
<b>Zlepšení za průběh pobytu v MŠ</b>	výslovnost	socializace, sebeobsluha, výslovnost	výslovnost, slovní zásoba	sebeobsluha, výslovnost, slovní zásoba

Z výše uvedených tabulek je patrné, že ze 14 dětí stále navštěvují MŠ 3 z nich. Zřejmé rovněž je, že převažovaly děti mužského pohlaví – 10 chlapců, 4 dívky. U většiny se také rozštěp vyskytl v rodině poprvé, pouze ve dvou případech pro něj děti měly dědičné předpoklady – Eduard (druhý případ v rodině) a Michal (třetí případ v rodině). V největším zastoupení se zde objevil celkový oboustranný rozštěp, všechny ostatní rozštěpy (tj. levostranný rozštěp rtu, pravostranný rozštěp rtu, izolovaný rozštěp patra,

levostranný rozštěp rtu a tvrdého patra, celkový levostranný rozštěp a celkový pravostranný rozštěp) se zde vyskytly vždy pouze v jednom konkrétním případě.

Z tabulek je rovněž zřejmé, že doba 1. operace se oproti minulosti posunula výrazně dopředu. Nejpozdější sutura rtu byla provedena u dívky (Kristýny), která se narodila v roce 1984. Poprvé byla operována přibližně rok po svém narození. Oproti tomu u chlapce (Eduarda), narozeného roku 2009, se tato operace posunula již do 5. dne po narození. Z tohoto lze usoudit veliký pokrok v lékařské péči o děti s orofaciálními rozštěpy. Nejčastěji se objevujícím termínem pro operaci rozštěpu rtu zde byla uváděna doba v prvních dvou týdnech života dítěte (od 5. do 14. dne) a rovněž i věk 3 měsíce. Sutura patra – jako první operace – byla provedena pouze u jediného dítěte (Nicole), a to v 9. měsíci jejího života. Včasnost operace samozřejmě závisí na mnoha různých faktorech, a proto se tak v tabulce můžeme setkat i s takovými údaji, kdy se operace u starších dětí uskutečnila v dřívějším věku, než u dětí mladších – například u Marka, narozeného roku 1995, byla sutura rtu provedena ve 3. měsíci jeho života, avšak u Davida, narozeného roku 2006, se tato operace uskutečnila až v 6. měsíci.

Dále lze z tabulek vyčíst, že 9 dětí navštěvovalo (popř. stále navštěvuje) běžnou MŠ a 5 dětí speciální MŠ (z čehož dvě z nich chodily do speciální MŠ – logopedické). Žádné z dětí však nevyužívalo služeb MŠ s logopedickou třídou. Výše uvedené kazuistiky rovněž potvrzují, že všechny děti do školky nastoupily již po operaci rozštěpu rtu. Z tohoto důvodu už u většiny z nich nebyl rozštěp obličeje na první pohled patrný. Toto tvrzení neplatilo pouze u třech dětí (Adama – 2011, Michala – 2005 a Kristýny – 1984), u nichž šlo rozštěpovou vadu stále rozpoznat. Zajímavostí je, že mezi těmito dětmi byl také Adam, který je ze všech 14 dětí nejmladší.

Co se týče logopedické péče ve školkách, ta se dala využít ve všech MŠ speciálních (někdy i 4x týdně) a pouze ve čtyřech běžných MŠ (nejčastěji 1x týdně). Na tuto péči tak mohlo docházet celkem 9 dětí, avšak jen 7 z nich tuto možnost využilo. Všechny děti se zde ale týkalo, že pokud nevyužívaly logopedickou péči v MŠ, docházely na ni k jinému logopedovi – to znamená, že u všech dětí byla tato péče zajištěna a u mnoha z nich tak nastal pokrok v řečové komunikaci.

V tabulkách si můžeme povšimnout také faktu, že u většiny dětí byl v době navštěvování MŠ řečový projev srozumitelný, avšak u některých byla srozumitelnost řeči i snižena. Zvláštností zde je, že i když se v současné době díky raným palatoplastikám objevuje palatolalie těžkého stupně jen velmi zřídka, mohli jsme

i přesto u dvou věkově mladších dětí (Adam – 2011, Michal – 2005) zaznamenat nesrozumitelnou, samohláskovou řeč.

V tabulkách jsou rovněž zaznamenány odpovědi pedagogických pracovníků na to, v čem se dítě za průběh pobytu ve školce zlepšilo. Tyto odpovědi jsou však velice rozdílné, avšak u všech dětí došlo za dobu strávenou ve školce k určitému pokroku. Co se týče řečových schopností, nadpoloviční většina pedagogů zde uvedla, že se u dětí zlepšila především výslovnost hlásek, rozšířila se slovní zásoba a řeč se stala více srozumitelnou. Menšina pak zmiňovala i snížení otevřené huhňavosti a pokrok v gramatické stránce řeči. Pracovníci MŠ ovšem uváděli také zlepšení v celkovém vývoji dětí – nejčastěji pokrok v sebeobsluze a socializaci a pouze v jednom zastoupení pokrok v samostatnosti a v dodržování společenské normy.

Na základě rozhovoru se také zjistilo, že přijetí všech dětí s orofaciálním rozštěpem jejich vrstevníky probíhalo v MŠ bez jakýchkoli problémů. Potíže nastaly pouze u jediného dítěte – Michala, navštěvujícího běžnou MŠ, který velmi často ostatní děti překřikoval a ty se mu pak proto spíše stranily.

## ZÁVĚR

Díky komplexním informacím, které byly v rámci výzkumu zjištěny, lze nyní odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zněla následovně: **Do jaké míry jsou v hradeckých a pardubických mateřských školách přítomny děti s orofaciálním rozštěpem a jak si tyto děti stojí v současnosti, když se za posledních několika desítek let péče o ně diametrálně změnila?** Všechny zjištěné informace od pedagogických pracovníků (a matky jednoho z dětí) mi poskytly nejednoznačnou odpověď, která vyplývá z akceptace dosažených informací.

Než jsem začala s psaním této bakalářské práce, byla jsem toho názoru, že jelikož je orofaciální rozštěp považován za nejčastější vrozenou vývojovou vadu, budou se v současnosti v mateřských školách nacházet i desítky takto postižených dětí, avšak z důvodu, že se jejich operace posouvají stále do ranějšího věku, nebude již na některých z nich tato vada rozpoznatelná (ani z hlediska vzhledu, ani z hlediska řeči) a jejich učitelé tak ani nebudou tušit, že ve své školce takovéto dítě mají, pokud jim samozřejmě tuto informaci předem nesdělí rodiče dítěte. Není možné s jistotou říci, zda se tato skutečnost potvrdila či nikoliv, ale je více než pravděpodobné, že tomu tak skutečně je z důvodu, že do celkem 95 mateřských škol v dnešní době dochází jen 4 děti s rozštěpovou vadou a zbylých 22 dětí s orofaciálním rozštěpem tyto zařízení navštěvovaly v dobách dřívějších – a ve velkém časovém rozptylu (tj. od roku 1987).

Co se týče lékařské péče o tyto děti, zde je jasně vidět, že se doba jejich operací posunula výrazně dopředu. Není však možné říci, že by u každého dítěte měla operace provedená v prvních týdnech života vliv na to, aby se jeho řeč normálně vyvíjela. Z počátku jsem byla přesvědčena o tom, že díky raným palatoplastikám již v současnosti nenajdu v MŠ žádné dítě s těžkým stupněm palatolalie. Toto tvrzení se ovšem nepotvrdilo, jelikož zrovna u nejmladšího z dětí, operovaného cca 14 dní po narození, se těžký stupeň palatolalie objevil a dítě tak bylo schopno pouze samohláskové řeči. Dalo se očekávat, že by se takovýto problém mohl vyskytnout spíše u dětí narozených v 80.-90. letech, u nichž byla operace provedena až v pozdějším věku, avšak u žádného z nich se tyto potíže neobjevily, a to ani v případě, že se u některých jednalo o stejný typ rozštěpu, jaký mělo i výše popsání dítě – tj. rozštěp celkový, oboustranný. Díky takovému případu tedy není možné zcela posoudit, zda jsou na tom v současné době děti z hlediska brzkých operací lépe či hůře, než děti

věkově starší – operované později. U každého jedince je tento vývoj individuální a záleží tak vždy na mnoha dalších faktorech, které mohou ovlivňovat řečový projev dítěte, než jen na době chirurgického zákroku – tj. jiné přidružené postižení, podpora rodiny, mentální schopnosti dítěte, motivace dítěte k mluvě apod.

Na závěr samotné práce bych chtěla sdělit, že mým původním výběrem tématu byla skutečnost, že jsem se doposud s člověkem s rozštěpovou vadou v obličeji nesešla, a tudíž jsem vděčná za příležitost, která se mi při psaní bakalářské práce naskytla – tedy seznámení s chlapcem s celkovým oboustranným rozštěpem a jeho maminkou. Díky tomuto setkání jsem zjistila mnoho nových informací o rozštěpových vadách obličeje a poznala jsem, v jak složité situaci někdy mohou být nejen tyto děti, ale zejména i jejich rodiče. Uznávám, že tyto situace musí být z počátku pro každou rodinu, v níž se narodí dítě s takovou vadou, velice těžké. Těmto rodinám chci proto vzkázat, aby pamatovaly alespoň na jednu základní věc z citátu profesora Buriana, a tou je, že se jednou „z *Vašeho děčka stane hodnotný člen společnosti.*“

Tuto bakalářskou práci bych ráda věnovala všem, kteří se jakýmkoli způsobem podílejí na péči o děti s rozštěpovou vadou obličeje. Zároveň však také věřím, že se tato práce stane užitečnou i pro všechny ostatní, kteří se zajímají o tuto problematiku, a doposud o ní neměli dostatečné množství informací.



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ARONSON, A. E. Clinical Voice disorders. Stuttgart, 1990. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: klinicko-logopedický aspekt*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 203 s. ISBN 978-802-4722-641.

BÖHME, G. Angewandte Phoniatrie V. Sprechstörungen bei Veränderung des Kiefer- und Zahnsystems. H. N. O., 25, 1977, 3, s. 131. In: ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406.

BUDA, B. *Čo vieme o empatii*. Bratislava, Pravda, 1988.

BURIAN, F. *Chirurgie rozštěpů rtu a patra*. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotnické nakl. 1954.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 236 s. ISBN 978-802-4730-080.

BZOCH, K. R. Measurment of Parameters of Cleft Palate Speech. In: ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406.

CALDA, P. a HRUŠKOVÁ, H. Prenatální diagnostika rozštěpů rtu a patra. *Lékařské listy*, 2001, roč. 50, č. 23, s. 27-29. ISSN 0044-1996.

DAMBORSKÁ, M. Hlas jako prostředek komunikace. *Lidský hlas v logopedické praxi*. Praha: ČLS, 1982, s. 21-23.

DUŠKOVÁ, M. a kol. *Pokroky v sekundární léčbě nemocných s rozštěpem*. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2007. 176 s. ISBN 978-80-86703-25-1.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998, 192 s.

DVOŘÁK, Z. Prevence vzniku rozštěpové vady v těhotenství a genetické vyšetření. *Rozštěpové centrum při klinice plastické a estetické chirurgie* [online]. 2014 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.rozstep.cz/prevence-vzniku-rozstepove-vady-v-tehotenstvi-a-geneticke-vysetreni/>

- DVOŘÁK, Z. Rozštěpové vady obličeje u dětí. In: SMEČKOVÁ, P. ed. *Reflexe logopedie v současné teorii a praxi: sborník příspěvků*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0957-7.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. Diagnostika poruch zvuku řeči. In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 80-717-8801-5.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. *Orofaciální rozštěp v klinicko-logopedické praxi*. Bratislava: UK, 1993. ISBN 80-223-0282-1.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. *Palatolálie*. Vyd. 1. Bratislava: Univerzita Komenského, 1997. 144 s. ISBN 80-223-1140-5.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. Rinolálie. In: LECHTA, V. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. Terapie palatolalíe a velofaryngeální dysfunkce. In: LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalíe: klinicko-logopedický aspekt*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 203 s. ISBN 978-802-4722-641.
- KERNAHAN, D. A. a STARK, R. B., 1958. In: DUŠKOVÁ, M. a kol. *Pokroky v sekundární léčbě nemocných s rozštěpem*. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2007. 176 s. ISBN 978-80-86703-25-1.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 224 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102.
- KOLÍNOVÁ, M. Současné trendy péče o dítě s orofaciálním rozštěpem. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů v praxi*. Praha: ČLS JEP, 2011, roč. 91, č. 3, s. 134-137. ISSN 0032-6739.

- KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005, 213 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7056-9.
- LECHTA, V. *Logopédia IV (Rozvíjanie reči)*. Bratislava: UK, 1985.
- LECHTA, V. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V. Predverbálne a neverbálne aktivity detí. *Efeta*, 1991, I, č. 1., s. 26-28.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 191 s. ISBN 978-807-3674-335.
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2003, 156 s. ISBN 80-731-5038-7.
- MAŇÁK, J. *Kapitoly z metodologie pedagogiky*. Vyd. 1. V Brně: Masarykova univerzita, 1994, 125 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, sv. 81. ISBN 80-210-1031-2.
- MIKULAJOVÁ, M. a KAPALKOVÁ, S. Terapie narušeného vývoje řeči. In: LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOLLER, K. T. a STARR, C. D. *A Parent's Guide to Cleft lip and Palate*. Minneapolis, University of Minnesota, 1990. ISBN 0-8166-1491-1.
- MOLNÁROVÁ, A. a kol. Prenatálne vírusové infekcie a orofaciálne rozštiepy. Bratislavské lekárske listy, 1992, roč. 93, č. 9, s. 469. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: klinicko-logopedický aspekt*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 203 s. ISBN 978-802-4722-641.
- NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 107 s. ISBN 978-80-7435-053-5.
- PETERKA, M. a NOVOTNÁ, B. *Úvod do teratologie: příčiny a mechanismy vzniku vrozených vad*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 89 s. ISBN 978-80-246-1780-0.

PRŮCHA, J. a WALTEROVÁ, E. a kol. *Pedagogický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.

SEEMAN, M.. *Poruchy dětské řeči*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1955, 265 s.

SOVÁK, M. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978, 459 s.

ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-807-3673-406.

*Šťastný úsměv* [online]. 2014 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://stastny-usmev.cz/>

ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VOHRADNÍK, M. *Poruchy řečové komunikace u velofaryngeální insuficience: hlas, řeč a sluch u dětí s rozštěpovými vadami obličeje*. Dolní Břežany: Scriptorium, 2001, 136 s. ISBN 80-861-9724-7.

VOKURKA, M. a HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2005, 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.

VOKURKOVÁ, J. a kol. Vývoj neonatální péče a zhodnocení zkušeností prvních pěti let operací rozštěpu rtu v neonatálním období. *Česko-slovenská pediatrie: časopis české a slovenské pediatrické společnosti*. Praha: ČLS JEP, 2011, roč. 66, č. 6, s. 356-362. ISSN 0069-2328.

VYGOTSKIJ, L. S. *Myšlení a řeč*. Praha: SPN, 1971.

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obr. 1 – Druhy orofaciálních rozštěpů.....	29
Obr. 2 – Ukázka z Eduardova logopedického sešitu.....	78
Obr. 3 – Eduard, 2. den po porodu.....	81
Obr. 4 – Eduard, 2. týden po operaci rtu.....	81
Obr. 5 – Eduard, 3,5 roku.....	81
Tab. 1 – Přehled údajů o dětech s orofaciálními rozštěpy (1. část).....	82
Tab. 2 – Přehled údajů o dětech s orofaciálními rozštěpy (2. část).....	83
Tab. 3 – Přehled údajů o dětech s orofaciálními rozštěpy (3. část).....	84

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Struktura otázek pro rozhovor s pedagogickými pracovníky MŠ .....	95
Příloha B – Struktura otázek pro rozhovor s matkou dítěte .....	96
Příloha C – Ukázka rozhovoru s paní logopedkou o chlapci z kazuistiky č. 1 .....	98

## PŘÍLOHY

### Příloha A – Struktura otázek pro rozhovor s pedagogickými pracovníky MŠ

Typ mateřské školy:

Rok nastoupení dítěte do MŠ:

Funkce pedagogického pracovníka:

Jiné poznámky:

1. Jedná/jednalo se o chlapce, nebo dívku?
2. Kolik mu/jí bylo let, když jste se s ním/ní poprvé setkal/a?
3. O jaký druh rozštěpu jde/šlo?
4. V kolika letech podstoupil/a první operaci?
5. Čekaly ho/ji v nejbližší době ještě další operace?
  - a) Pokud ano, jaké?
6. Vyskytl se v rodině dítěte rozštěp už dříve, nebo se jedná/jednalo o první případ?
  - a) Pokud ano, kdo v rodině ho měl?
  - b) O jaký druh rozštěpu se jednalo?
7. Jaké jsou/byly řečové schopnosti dítěte?
  - a) Co mu dělá/dělalo největší potíže?
8. Vyskytují/vyskytovaly se u dítěte i nějaké jiné problémy?
  - a) Pokud ano, jaké?
9. Jak ho/ji ve školce přijaly ostatní děti?
10. Provádíte/prováděli jste u dítěte logopedickou péči?
  - a) Pokud ano, jak často?
  - b) Kdo ji vykonává/vykonával?
  - c) Jak probíhá/probíhala?
  - d) Dochází/docházeli rodiče s dítětem i k jinému logopedovi?
11. V čem se zlepšil/a za průběh pobytu ve školce?

## **Příloha B** – Struktura otázek pro rozhovor s matkou dítěte

Jméno dítěte:

Datum narození:

Bydliště:

Diagnóza:

### **Rodinná anamnéza:**

1. Matka – datum narození, zdravotní stav, vážná onemocnění, zaměstnání:
2. Otec – datum narození, zdravotní stav, vážná onemocnění, zaměstnání:
3. Sourozenci – datum narození, zdravotní stav, vážná onemocnění:
4. Vyskytl se orofaciální rozštěp v rodině již dříve? Pokud ano, u koho?

### **Osobní anamnéza:**

#### ***Těhotenství, porod:***

5. Jak probíhalo těhotenství?
6. Jak probíhal porod (komplikace, věk matky, porodní váha a míra dítěte atd.)?
7. Kdy byla dítěti vada diagnostikována?
8. Odkud jste zjistili informace o rozštěpové vadě?
9. Kdo vám dal kontakty na odborníky?
10. Jak jste se vyrovnávali s tím, že vaše dítě bude mít orofaciální rozštěp?

#### ***Prodělané operace, zákroky:***

11. Kdy a kde proběhly operace dítěte?
12. O jaké operace šlo a jaký byl jejich průběh?
13. Plánují se ještě další operativní zákroky? Pokud ano, jaké?

#### ***Vývoj dítěte:***

14. Bylo dítě kojeno?
15. Jak probíhalo krmení?
16. Jak probíhal motorického vývoje dítěte (sezení, lezení, chození atd.)?
17. Jak probíhal vývoj řeči dítěte (první slova, broukání, žvatlání atd.)?



18. Objevují se u dítěte poruchy neverbálního chování (grimasy, tiky, napětí atd.)?
19. Trpí dítě i jiným postižením (sluchová vada, zraková vada atd.)?

***Logopedická péče:***

20. Kdy a kde jste poprvé navštívili logopeda?
21. Kvůli jakým problémům v řeči jste ho navštívili?
22. Jak často jste logopeda navštěvovali a jak se tyto návštěvy postupně měnily?
23. Kam chodíte k logopedovi nyní? Jak často?
24. Jak logopedická péče probíhá?
25. Prováděli jste masáže patra?
26. Po jak dlouhé době od logopedické péče jste zpozorovali zlepšení?
27. Co na doporučení logopeda doma procvičujete? Jak často?
28. S jakými hláskami má dítě největší problém?
29. Jak jste nyní spokojeni s řečí dítěte?
30. Myslíte si, že je u něj logopedická péče dostačující?

***Předškolní docházka:***

31. Jakou mateřskou školu dítě navštěvuje? Od jakého roku?
32. Je v této školce možnost zúčastnit se logopedické péče?

***Sociální interakce, zkušenosti:***

33. Jak probíhalo začlenění do kolektivu vrstevníků u vašeho dítěte?
34. Jak na dítě nahlíží paní učitelky?
35. Jak se dítě vyrovnává s pobyty v nemocnici?
36. Jaké máte zkušenosti s lékařským personálem?

***Akce, „největší problém“:***

37. Navštívili jste/navštěvujete akce týkající se problematiky orofaciálních rozštěpů?
38. Plánujete se do budoucna nějaké akce zúčastnit?
39. S jakým největším problémem jste se museli vypořádat v péči o dítě?

**Příloha C** – Ukázka rozhovoru s paní logopedkou o chlapci z kazuistiky č. 1

1. Jedná se o dívku, nebo chlapce?

*„Jde o chlapce. Jmenuje se Adam.“*

2. Kolik mu bylo let, když jste se s ním poprvé setkala?

*„Nastoupil v říjnu 2014 a nyní mu je 3,5 roku.“*

3. O jaký druh rozštěpu jde?

*„Má celkový oboustranný rozštěp.“*

4. V kolika letech podstoupil první operaci?

*„První operaci podstoupil hned, jak se narodil, přibližně 14 dní po narození.“*

5. Čekaly ho ještě další operace?

*„Teď už má za sebou asi 4 nebo 5 operací. Ten rozštěp byl kompletní, velký, s velkým zásahem do měkkého patra. Bude ho určitě čekat ještě další operace, protože na obličejí je ten rozštěp stále patrný.“*

6. Vyskytl se v rodině dítěte rozštěp už dříve, nebo se jedná o první případ? Pokud ano, kdo v rodině ho měl?

*„Nikdo jiný v rodině takové postižení nemá.“*

7. Jaké jsou řečové schopnosti dítěte? Co mu dělá největší potíže?

*„Říká jen pár slov, komunikace je silně omezena. Skoro všechny hlásky mu dělají problém, například T, M, B, což jsou vlastně takové úplně jednoduché hlásky. On vyslovuje v podstatě jen samohlásky a ani ty nejsou úplně ‚čisté‘. Nejlépe mu jde A, O, U. Objevuje se u něj hypernazalita a řeč není vůbec srozumitelná.“*

8. Vyskytují se u něho i nějaké jiné problémy? Pokud ano, jaké?

*„Není to už jen opožděný vývoj řeči v důsledku tohoto postižení, ale zdá se mi, že se tam začíná objevovat i mentální retardace. I když ve třech letech je ještě velice brzy na takovouto diagnózu, tak si i přesto myslím, že tam ta řeč bude omezená stále.“*

9. Jak ho ve školce přijaly ostatní děti?

*„Děti ho přijaly bez problému. Tím, že jsme speciální mateřská škola, tak si ty děti ani vůbec ničeho nevšimly a přijaly ho v pořádku. Ale on jak je takový bojácný a emočně nevyzrálý, tak má problém zapojovat se mezi vrstevníky. Raději vyhledává společnost dospělého, u kterého se cítí bezpečněji.“*

10. Provádíte u něho logopedickou péči? Pokud ano, jak často, kdo ji vykonává a jak probíhá? Pokud ne, dochází na ni někde?

*„Paní učitelky ve třídách jsou logopedické preventistky, s dětmi pracují během dne a provádějí s nimi dechová a artikulační cvičení. Individuální logopedická péče pak probíhá se mnou vždy 2 hodiny týdně. U Adama provádíme hlavně masáže patra i rtu, dechová a artikulační cvičení a také oromotoriku, protože má hrozně nepohyblivý jazýček. Jde nám u něj hlavně o rozjetí komunikace, čili na nějaké extra vyvozování hlásek nezbyvá moc času, snažíme se spíše o to, aby porozuměl tomu, co říkáme. Ve školce používáme i výměnný obrázkový systém. Tím, že Adam nemluví, tak už si našel i takovou metodu, že si například vezme od nějakého dítěte sešit s VOKS, nalistuje si tam stránku a ukáže nám, co chce. Takže v tomto je takový vynalézavý a šikovný.“*

*„Na logopedickou péči rodiče s Adamem zatím nedochází. Chodí jen na kontroly v rámci rozštěpu.“*

11. V čem se zlepšil v průběhu pobytu ve školce?

*„Ze začátku roku neustále vyžadoval moji pozornost a nechtěl se mě vůbec pustit, ale teď už si občas ve třídě najde i nějakou tu hračku a hraje si sám. Hodně se zlepšil v sebeobsluze, co se týče jídla, oblékání, svlékání. V komunikaci začal dodržovat společenskou normu, takže například gestem pozdraví, poprosí a zvládne říct, už i ‚dik‘. Hlasy se u něj však nezlepšily vůbec.“*