

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou
na základní škole**

Bakalářská práce

Autor:	Barbora Ekrťová
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová Ph.D.
Oponent práce:	Mgr. Martin Kaliba Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Barbora Ekrťová
Studium:	P18P0559
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - intervence
Název bakalářské práce:	Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole
Název bakalářské práce A):	Communication skills of the child with cleft palate in Elementary school

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou rozštěpových vad a narušenou komunikační schopností u dětí s rozštěpovými vadami v období docházky do základní školy.

Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce je komplexně vymezit problematiku rozštěpových vad (definiční vymezení, etiologie, symptomatologie, klasifikace, historie). Pozornost bude věnována léčbě rozštěpových vad z medicínského hlediska a vymezena budou také specifika logopedické intervence o jedince s rozštěpovými vadami. Dále budou definovány možnosti edukace dětí s rozštěpovými vadami mladšího školního věku a popsány oblasti pedagogické podpory dětí s rozštěpovými vadami.

Cílem prakticky orientované části bakalářské práce bude zjistit jaká je úroveň komunikačních schopností dětí s rozštěpovými vadami při nástupu do základní školy, následně popsat zda a jak dochází ke zkvalitňování komunikačních dovedností dětí s rozštěpovými vadami v průběhu docházky na první stupeň základní školy a poté provést analýzu specifík přístupu k dětem s rozštěpovými vadami v průběhu jejich primární edukace.

Z metodologického hlediska budou využity metody studia odborné literatury a pramenů a metody dotazníku a kasuistiky.

CHOTĚBOROVÁ, Michaela. *Mami, tatí - procvičujte se mnou...: aneb logopedická příručka nejen pro rodiče dětí s rozštěpem*. Praha: Carter/Reproplus, 2015. ISBN 978-80-260-7502-8.

KOLÍSKOVÁ, Martina a Zdeněk DVOŘÁK. *Pro tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. Praha: Carter/Reproplus, 2014. ISBN 978-80-260-6146-5.

SMRČKA, Václav a Vlasta MÁDLOVÁ. *Válečný chirurg František Burian a zrození české plastické chirurgie*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2220-0.

NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA, ed. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference : 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]*. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2264-1.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 9.12.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci (Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole) vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že je bakalářská práce uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne 8. 4. 2021

.....

Barbora Ekrťová

Poděkování

Za odborné vedení mé bakalářské práce děkuji PhDr. Petře Bendové Ph.D.. Dále děkuji Mgr. Haně Broulíkové a zapsanému spolku Za novým úsměvem za vstřícnost, rady a propojení s pedagogy a rodinami, díky kterým mohla vzniknout praktická část mé bakalářské práce. Samotným pedagogům pak děkuji za čas strávený nad mým dotazníkovým šetřením a rodinám děkuji za jejich otevřenost a životní příběhy ať už v kazuistikách či dotaznících.

Anotace

EKRTOVÁ, Barbora. *Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 99 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou obličejových rozštěpových vad a narušenou komunikační schopností u dětí s rozštěpovými vadami v období docházky na první stupeň ZŠ.

Teoretická část bakalářské práce se snaží komplexně vymezit problematiku rozštěpových vad. První kapitola vysvětluje, co to rozštěpová vada je, proč a jak vzniká a jak se projevuje. Dále udává, jak lze rozštěpové vady dělit, léčit či zda jim je možné předcházet, jaký je historický vývoj jejich léčby i současný výskyt. Druhá kapitola vymezuje narušení komunikační schopnosti u dítěte s rozštěpovou vadou, konkrétně se zaměřuje na diagnózy palatolalie a rinolalie. Poslední kapitola teoretické části definuje vývojová období dítěte, především pak mladší školní věk. Současně představuje možnosti vzdělávání dětí s rozštěpovou vadou na základní škole běžného typu nebo na základní škole logopedické, včetně podpory speciálně pedagogických center a pedagogické podpory v podobě podpůrných opatření.

Prakticky orientovaná část bakalářské práce zjišťuje, jaká je úroveň komunikačních schopností dětí s rozštěpovými vadami při nástupu do ZŠ a následně popisuje, zda a případně jak dochází ke zkvalitňování jejich komunikačních dovedností v průběhu docházky na první stupeň ZŠ. Provedena byla také analýza využívání speciálně pedagogické podpory SPC nebo podpůrných opatření u dětí s rozštěpovými vadami v průběhu jejich primární edukace. Pro vypracování praktické části bylo využito smíšené výzkumné šetření za využití metod kazuistiky a dotazníku, který byl vyhotoven ve dvou verzích. První verze byla určena rodičům dětí s rozštěpovou vadou, které v současné době absolvují nebo čerstvě absolvovaly primární edukaci. Druhý dotazník byl určen pedagogům působícím na prvním stupni ZŠ.

Klíčová slova: rozštěpová vada, palatolalie, rinolalie, edukace, pedagogická podpora, komunikační schopnosti.

Annotation

EKRTOVÁ, Barbora. *Communication skills of the child with cleft palate in Elementary school*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 99 s.

The bachelor thesis focuses on the problematics of face cleft defects and the impaired communication ability in children with cleft defects during the period of the first five years at the primary school.

The theoretical part of the bachelor thesis aims to define the problematics of cleft defects in a complex way. The first chapter defines the cleft defect, the reason and the way of its development and its manifestation. It further evaluates the division of cleft defects, the treatment and the possibility of prevention of the defect. In addition, historical records and present occurrence is evaluated. The second chapter specifies the communication abilities of a child with cleft defect and specifically focuses on the diagnosis of palatolalia and rhinolalia. The last chapter of the theoretical part defines the developmental phases in child's life focusing on the primary school element, explicitly the first four years. The possibilities of education for children with cleft defects are tied to common primary schools and primary logopedic schools with a support from special pedagogical centers and the supporting measures imposed by teachers.

The practical part of the thesis aims to determine the level of communication abilities in children with cleft defects starting the primary school and describes if and eventually how the communication abilities improve during the primary school attendance in the first four years. Analysis of adopting the special pedagogical support SPC or the supporting measures in children with cleft defects during the first four years of primary school education has been performed. For the practical part, mixed methods research was used applying the casuistry, and a two-version survey. First version of the survey was aimed for parents of children with cleft defects who are currently attending or have just recently finished the first four years of primary education. The second version of the survey was handed to the teachers of the first four years at the primary school.

Key words: cleft defect, palatolalia, rhinolalia, education, pedagogical support, communication abilities

Obsah

Úvod.....	1
TEORETICKÁ ČÁST	2
1 Obličejový rozštěp	2
1.1 Historie a incidence obličejových rozštěpů	3
1.1.1 František Burian a jeho přínos pro realizaci palatoplastik	3
1.1.2 Incidence obličejových rozštěpů	4
1.2 Etiologie, prevence a diagnostika obličejových rozštěpů.....	5
1.2.1 Etiologie a prevence obličejových rozštěpů.....	5
1.2.2 Diagnostika obličejových rozštěpů	5
1.3 Symptomatologie obličejových rozštěpů	6
1.4 Klasifikace obličejových rozštěpů.....	7
1.4.1 Klasifikace obličejových rozštěpů dle Jakubíkové	7
1.4.2 Klasifikace obličejových rozštěpů dle Kejklíčkové	8
1.4.3 Klasifikace obličejových rozštěpů dle Buriana.....	8
1.5 Terapie a prognóza obličejových rozštěpů	9
1.5.1 Chirurgická terapie obličejových rozštěpů.....	9
1.5.2 Ortodontická terapie u obličejových rozštěpů.....	10
1.5.3 Otorinolaryngologická terapie a prognóza u obličejových rozštěpů.....	11

2	Narušení komunikační schopnosti u dítěte s rozštěpovou vadou	13
2.1	Palatolalie	13
2.1.1	Klasifikace palatolalie	14
2.1.2	Symptomatologie a etiologie palatolalie	15
2.1.3	Diagnostika palatolalie	15
2.1.4	Terapie palatolalie	16
2.1.5	Prevence a prognóza palatolalie	18
2.2	Rinolalie	18
2.2.1	Symptomatologie a etiologie rinolalie	19
2.2.2	Diagnostika a terapie rinolalie	21
2.2.3	Prevence a prognóza rinolalie	22
3	Edukace a pedagogická podpora dětí s rozštěpovou vadou	24
3.1	Charakteristika dětí mladšího školního věku	27
3.2	Edukace dětí mladšího školního věku	30
3.2.1	Možnosti školního začlenění dětí s rozštěpovými vadami	31
3.2.2	Podpora školskými poradenskými zařízeními pro děti s rozštěpovými vadami	34
3.2.3	Pedagogická podpora prostřednictvím podpůrných opatření pro děti s rozštěpovými vadami	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	39

4	Uvedení do praktické části bakalářské práce	39
4.1	Cíle praktické části bakalářské práce	39
4.2	Metodologie praktické části bakalářské práce.....	39
4.2.1	Smíšený výzkum	40
4.2.2	Metoda studium odborné literatury a pramenů	42
4.2.3	Metoda kazuistika	42
4.2.4	Metoda dotazník.....	43
4.3	Charakteristika místa výzkumného šetření.....	44
4.4	Charakteristika výzkumného vzorku	46
4.5	Průběh realizace výzkumného šetření	47
5	Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením	48
5.1	Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s rozštěpovými vadami v praxi ..	48
5.2	Vyhodnocení dotazníku pro rodiče	62
5.3	Vyhodnocení dotazníku pro pedagogy	72
6	Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce a diskuze.....	83
	Závěr	91
	Seznam použitých zdrojů.....	93
	Seznam tabulek	97
	Seznam příloh	99

Seznam zkratk

aj. – a jiné

atd. – a tak dále

BP – bakalářská práce

CMP – cévní mozková příhoda

č. – číslo

ČR – Česká republika

DMO – dětská mozková obrna

EMG – elektromyografie

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

GDPR – General Data Protection Regulation (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

IVF – In vitro fertilizace, metoda umělého oplodnění

JIP – jednotka intenzivní péče

kol. – kolektiv

Mgr. – titul, magistr

MUDr. – titul, doktor všeobecné medicíny

MR – mentální retardace

MŠ – mateřská škola

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

např. – například

NKS – narušené komunikační schopnosti

ORL – otorinolaryngologie

OS – občanské sdružení

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

OVŘ – opožděný vývoj řeči

PAS – porucha autistického spektra

PaedDr. – titul, doktor pedagogiky

PO – podpůrná opatření

PPP – pedagogicko psychologická poradna

prof. – profesor

RV – rozštěpová vada
RVP – rámcový vzdělávací program
SOU – střední odborné učiliště
SPC – speciálně pedagogické centrum
ŠPZ – školská poradenská zařízení
ŠVP – školní vzdělávací program
tzv. – takzvaně
VFI – velofaryngeální insuficience
VFU – velofaryngeální uzávěr
VKFS – Velo Kardio Faciální syndrom
ZŠ – základní škola

Úvod

Bakalářská práce se bude zabývat dětmi s rozštěpovou vadou v obličeji, konkrétně pak jejich schopností komunikovat v období prvního stupně základní školy. Mé první setkání s rozštěpovou vadou proběhlo ještě na základní škole díky pořadu televize Nova Vizita, kde byl jeden z dílů věnován právě novorozencům s rozštěpovou vadou. Pamatuji si, že jsem byla velmi fascinovaná proměnami, kterých bylo možné operacemi dosáhnout. Bakalářská práce věnovaná dětem s rozštěpovou obličejovou vadou vznikla proto, že jsem fascinovaná i dnes, a to nejen kouzly plastických chirurgů a všech dalších odborníků, ale také činností spolku Za novým úsměvem v čele s Mgr. Hanou Broulíkovou, která srší optimismem, bojovností, statečností i odhodláním pomáhat druhým rodičům, a hlavně samotným dětem s rozštěpem.

Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce bude komplexně vymezit problematiku rozštěpových vad. Tedy definovat rozštěpové vady, uvést jejich etiologii, symptomatologii, diagnostiku, klasifikaci, prevenci i prognózu. Z historického hlediska bude práce zaměřena na působení prof. Františka Buriana a přejde v současnou incidenci rozštěpových vad. Pozornost bude také věnována léčbě rozštěpových vad z chirurgického, ortodontického a otorinolaryngologického hlediska. Dalším cílem bude vymezit narušení komunikačních schopností, která jsou typická pro děti s rozštěpovou vadou, tedy palatolalii a rinolalii. Vymezení možností edukace, speciálně pedagogické podpory a podpůrných opatření pro děti s rozštěpovými vadami mladšího školního věku bude také cílem této práce.

Hlavním cílem prakticky orientované části bakalářské práce bude zjistit, jaké jsou komunikační schopnosti dětí s rozštěpovými vadami v období mladšího školního věku. Dílčím cílem bude určit úroveň komunikačních schopností dětí s rozštěpovými vadami při nástupu do ZŠ. Dále porovnat a popsat, zda a případně jak dochází ke zkvalitňování komunikačních dovedností dětí s rozštěpovými vadami v průběhu docházky na první stupeň ZŠ. Dalším dílčím cílem bude analyzovat specifika přístupu k dětem s rozštěpovými vadami v průběhu jejich primární edukace. Z metodologického hlediska budou využity metody kazuistiky a dotazníku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Obličejový rozštěp

„Tyto vady představují nejzávažnější vrozené anomálie mluvidel. Patří k nejčastějším vrozeným vadám a svou lokalizací také k nejnápadnějším. Jsou známy již od starověku a vyskytují se ve všech lidských rasách.“ (Kejklíčková, 2016, s. 42)

„Rozštěpy jsou jedny z nejčastěji se vyskytujících vývojových vad, které esteticky deformují vzhled obličeje dítěte, komplikují příjem potravy, dýchání a neoperované by znemožnily vývoj řeči. Intelekt není většinou postižen.“ (Broulíková, 2013, s. 10)

Rozštěp je nespojení samostatných tkáňových struktur během nitroděložního vývoje plodu, které vzniká mezi dvacátým pátým až šedesátým dnem gravidity. (Kejklíčková, 2016)

Rozštěp lze definovat jako nespojení některých z původně oddělených obličejových částí embrya, které jinak standartně srůstají kolem desátého týdne gravidity. (www.youtube.com/watch?v=ZVqZ2kPybGw&t=1471s)

Termín rozštěp je tedy zavádějící, jak ze dvou výše uvedených definic vyplývá, nejedná se o rozštěpení tkáně nýbrž nesrostení. Zhruba od šestého do dvanáctého týdne těhotenství dochází při fyziologickém vývoji plodu ke srůstu jednotlivých tkání. Pokud se tak nestane, dítě se narodí s rozštěpovou vadou. Po dvanáctém týdnu těhotenství je již vada jasně dána a v průběhu těhotenství se nijak nemění. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Rozštěp rtu a patra je také často součástí některých syndromů, mezi takové syndromy patří Pierre Robinův syndrom, Sticklerův syndrom, Treacher Collins syndrom či Velo Kardio Faciální syndrom. Velo Kardio faciální syndrom se projevuje kromě rozštěpu patra a s ním spojenou NKS, především obličejovou deformací a anomálií srdce a cév. Dále bývá přítomna porucha sluchu, porucha polykání či porucha motoriky. Typický je také nedostatek vápníku v krvi. Ovlivněn bývá také intelekt, bývá přítomna mentální retardace. U osob s VKFS je prokázán vyšší výskyt bipolární afektivní poruchy. (Kunhartová in Neubauer, Kaliba, 2012)

1.1 Historie a incidence obličejových rozštěpů

Pro vznik léčby rozštěpů obličeje je velmi zásadní vznik plastické chirurgie vůbec. Plastickou chirurgii v sedmnáctém a osmnáctém. století zastupovalo ranhojičství. Zákroky se trénovaly na zvířatech, především koních a prasatech. Podmínky pro plastické operace byly více než nevyhovující, probíhaly na tržištích. V osmnáctém století bylo zaznamenáno počínání ranhojiče a mnicha řádu milosrdných bratří Václava Joachima Wrabeze, který tajně prováděl operace rozštěpů a zákalů oční čočky. Pravděpodobně proto, že plastická chirurgie nebyla dlouho jako obor vůbec uznávána, lze v historii nalézt pouze pár střípků z tohoto lékařského oboru, které by se písemně zachovaly. Za základní kameny plastické chirurgie se tedy dá považovat úspěšné přišítky špičky nosu vojenskému důstojníkovi doktorem Podhájským či přišítky prstu prof. Piťhou. (Burian in Smrčka, Mádlová, 2015)

1.1.1 František Burian a jeho přínos pro realizaci palatoplastik

O vývoj plastické chirurgie a péče o rozštěpové pacienty, tak jak jsou známy dnes, se zasloužil František Burian. Narodil se 17. 9. 1881 do rodiny komorníka a zemřel 15. 10. 1965. Vystudoval gymnázium a roku 1900 se stal studentem lékařské fakulty v Praze. Na studia si vydělával prací demonstrátora pro Ústav patologické anatomie, kde se stal brzy po promoci asistentem. Před propuknutím první balkánské války pracoval na chirurgické klinice prof. Kukuly. V říjnu roku 1912 odjel do války jako člen pomocné lékařské výpravy. V roce 1913 se stal vedoucím české chirurgické skupiny v Bulharsku v Sofii, kde se svou ženou Annou Lankašovou pracoval až do konce druhé balkánské války. Po návratu do vlasti si otevřel soukromou chirurgickou praxi, bohužel ihned roku 1914 byl znovu povolán do války. Ze začátku působil v Praze a roku 1916 byl přeložen do Temešváru, kde působil jako konsiliární chirurg. Již za balkánských válek prováděl první plastické operace na válečných pacientech, později v Temešváru založil stanici pro léčbu zlomenin a plastickou chirurgii, kterou po válce přesunul do Prahy. (Mádlová, 2015)

Přesun do Prahy nebyl vůbec jednoduchý, nejprve Burian musel získat prostory, kde by se mohl starat o vojáky s poraněním hlavy a obličeje od granátů a min. Nejdříve je léčil ve Vojenské nemocnici na Hradčanech, kterou musel záhy opustit. Jeho pacienti

ale žádali pomocí protestů opět o jeho péči. Díky tomu získal Burian pomoc Českého červeného kříže a později roku 1925 stabilní působiště v Jedličkově ústavu na Vyšehradě, kde založil Ústav plastické chirurgie. Dr. Mann mu poskytl prostory pro péči o dětské pacienty v Ústavu pro ochranu matek a dětí v Krči. I přes narůstající úspěch se Burian potýkal s finančními problémy. Tím, že plastická chirurgie nebyla uznávána jako samostatný lékařský obor, pojišťovny náklady na léčbu neproplácely. „Avšak již v roce 1932 byla zásluhou Buriana v Československu jako prvním státě na světě uznána plastická chirurgie jako samostatný obor.“ (Brázda, 2019, s. 150-151) Docenturu v oboru plastické chirurgie se mu bohužel nepodařilo dvakrát získat, nenechal se ovšem odradit a roku 1929 habilitoval s prací na téma chirurgické léčby cév. Roku 1937 přesunul svůj ústav do Státní nemocnice na Vinohradech, kde získal velký počet lůžek i devět spolupracujících lékařů. Již se neorientoval pouze na poranění hlavy a ruky, ale také na rozštěpy rtů a patra a léčby popálenin. Vrchol úspěchu přišel v roce 1948, kdy se z ústavu stala Klinika plastické chirurgie a z Buriana profesor a přednosta kliniky. (Brázda, 2019)

1.1.2 Incidence obličejových rozštěpů

V České republice má 1 dítě na 700 narozených dětí diagnostikovanou rozštěpovou vadu obličeje. (www.youtube.com/watch?v=ZVqZ2kPybGw&t=1471s) Kejkličková (2016) je však opatrnější a udává údaj 1 dítě na 500–700 narozených dětí.

S incidencí dle Kejkličkové (2016) se shoduje i Broulíková (2013), která výskyt rozštěpu rtu a patra udává 1,8 až 2 děti s rozštěpem na 1 000 zdravě narozených dětí. Lze tedy říct, že za rok se narodí přibližně 160 dětí s obličejovou rozštěpovou vadou.

Rozštěp rtu je typičtější pro chlapce, kdy výskyt rozštěpu vzrůstá spolu s věkem matky. V současné době je poměr výskytu 1 dítě s rozštěpem na 1000 zdravě narozených dětí. Pokud se narodí zdravým rodičům dítě s rozštěpem rtu, riziko výskytu rozštěpu u dalšího potomka je 4 %. Pokud má rozštěp navíc i jeden z rodičů, riziko výskytu rozštěpu vzrůstá u druhého potomka na 17 %. Izolovaný rozštěp patra se vyskytuje výrazně méně, a to v poměru 1:2500, narozdíl od rozštěpu rtu je typičtější pro dívky. (Jakubíková, 2012)

1.2 Etiologie, prevence a diagnostika obličejových rozštěpů

Ruku v ruce s etiologií jde prevence, protože když není známa příčina, není možné zaujmout dostatečné preventivní opatření. To, jak je důležitá prevence, si uvědomoval i Burian (1954, přebal knihy): „*Nesmírné zlepšení léčebných výsledků v posledních desetiletích je sice velmi radostné, ale hlavním dnešním úkolem plastické chirurgie zůstává snaha o vytvoření prevence vady.*“

1.2.1 Etiologie a prevence obličejových rozštěpů

Jednoznačná **etiologie** rozštěpů není známa, jedná se o multifaktoriální vadu. Příčiny jsou nadále předmětem mnoha výzkumných šetření. Rozštěp způsobuje kombinace vnějších i vnitřních vlivů, které působí na plod. Geny, tedy vnitřní vlivy, ovlivňují až každý pátý rozštěp: (www.youtube.com/watch?v=ZVqZ2kPybGw&t=1471s)

Mezi vnější vlivy lze zařadit teratogeny, tedy látky, které zapříčiňují poruchy vývoje plodu, jsou to např. antibiotika či vybraná antiepileptika. Z vnějších vlivů mohou negativně na plod působit také viry, alkohol, kouření či hormony. Velmi často se jedná o kombinaci více vlivů a jen málokdy je možné určit přesnou příčinu výskytu rozštěpu. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Dále mezi vnější vlivy, které ovlivňují vznik rozštěpu u embrya, patří horečnatá onemocnění, záření, chemické a fyzikální škodliviny, nedostatek vitamínů a minerálních látek, chronická onemocnění u matky, především diabetes či epilepsie. Mezi pro plod nebezpečné léky se řadí kortikoidy, imunosupresiva a cytostatika. (Kejklíčková, 2016)

Vzhledem k tomu, že prozatím nebyla odhalena jasná příčina rozštěpových vad, jen velmi těžko se dají zaujmout **preventivní opatření**. Částečně by z preventivního hlediska mohlo pomoci těhotenství plánovat. Od začátku by těhotná žena měla užívat vitamíny, především pak kyselinu listovou a podporovat zdravý životní styl. Naopak by se měla vyhýbat škodlivinám a nestresovat se. (Broulíková, 2013)

1.2.2 Diagnostika obličejových rozštěpů

Diagnóza rozštěpová vada obličeje dnes již může být diagnostikována v prenatálním období vývoje dítěte. Detekce rozštěpu obličeje plodu v těhotenství bývá úspěšnější

u rizikově těhotných žen. Pokud se jedná o nerizikové těhotenství, vada je odhalena zhruba v polovině případů. U rizikového těhotenství je rozštěpová vada obličeje odhalena téměř vždy. Za rizikové těhotenství bývá považováno např. těhotenství, kdy je v rodině již přítomný jiný člen s rozštěpovou vadou. Úspěšnost záchytu vady záleží na mnoha faktorech: na zkušenosti odborného lékaře, na typu a rozsahu rozštěpu, na provedených vyšetřeních, na kvalitě přístrojů, na poloze plodu či na průhlednosti tkáně těhotné ženy. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Rozštěp může být diagnostikován při běžném dvojrozměrném ultrazvukovém vyšetření. Oboustranný rozštěp by se dal diagnostikovat již ve dvanáctém až čtrnáctém týdnu gravidity. Mnohem častěji se rozštěpová vada odhalí ale až při ultrazvukovém screeningu vrozených vad kolem dvacátého týdne gravidity. Pokud při dvojrozměrném ultrazvuku vznikne podezření na rozštěpovou vadu, je nutné doplnit magnetickou rezonanci a trojrozměrný nebo čtyřrozměrný ultrazvuk. Rozbor krve těhotné ženy ani odběr plodové vody neprokáže obličejový rozštěp. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Po narození dítěte před chirurgickou terapií se provádí přesná diagnostika za pomoci CT vyšetření, pouhé zhodnocení klinického obrazu není dostatečné. Je zapotřebí znát stav vnitřních tkání. (Jakubíková, 2012)

1.3 Symptomatologie obličejových rozštěpů

Rozštěpová vada obličeje je patrná již při pouhém pohledu na novorozence. Vzhled se výrazně zlepší operací rtu a nosu, ale i přesto zůstávají v obličeji jizvy, které se nadále v průběhu života jedince mění. Poměrně časté jsou proto korekční operace v dospělosti, které zlepšují stav jedince z estetického i funkčního hlediska. (Kolísková, Dvořák, 2014)

S rozštěpovou vadou se pojí ale také symptomy, které nemusí být na první dojem zcela patrné. Obtíže s kojením a zatékání stravy do nosu neodmyslitelně patří k rozštěpové vadě. Nutně ovšem neznamená, že rozštěp neumožňuje kojení. Na kojení má především vliv typ a druh vady. Děti pouze s rozštěpem rtu bývají plně kojené před i po operaci. Dětem s celkovým rozštěpem či rozštěpem patra vyhovují spíše příkrmy z lahve, kdy je v savičce vytvořen větší otvor, na takové krmení je zapotřebí si vyhradit více času. (Broulíková, 2013)

Krmení dítěte je vhodné provádět v horizontální poloze, aby mléko nezatékalo do nosu a nedocházelo k aspiraci a kašli. Postupem času se obtíže zmírňují, např. díky zvýšenému svalovému tonu jazyka a definitivně tento problém vyřeší operace patra. (Jakubíková, 2012)

Dalším projevem, který je patrný až v pozdějším vývoji dítěte, je opačný skus či jiné vady v oblasti chrupu dítěte. Špatné postavení zubů nebo jiné deformity v dutině ústní také zapříčiňují problémy s artikulací. Děti s rozštěpovou vadou mohou mít problémy se sluchem. (Kolísková, Dvořák, 2014)

U rozštěpu se také můžeme setkat s poruchou polykání, která velmi často zapříčiňuje již zmiňovanou aspiraci neboli vdechnutí stravy. Aspirace může způsobit záněty hrtanu, průdušnice, průdušek i plic, tedy v celém dýchacím systému. (Kejklíčková, 2016)

Díky všem projevům spojených s rozštěpem je patrné, že psychický a sociální vývoj dítěte může být velmi intenzivně zatížen a je zapotřebí, aby dítě nacházelo oporu ve své rodině. Současně pak rodina i dítě s rozštěpem mohou nalézt pomoc u psychologa. Důležité je, aby dítě s rozštěpem bylo vychováváno jako dítě zdravé. Rodiče by u něj měli budovat zdravé sebevědomí, socializovat ho do dětského kolektivu, MŠ, ZŠ i kroužků. (Broulíková, 2013)

1.4 Klasifikace obličejových rozštěpů

V České republice není možné nalézt jen jednu klasifikaci rozštěpových vad. I proto se v této práci nachází troje dělení rozštěpových vad. První dvě jsou poměrně novodobé, druhá navíc rozštěpy dělí z logopedického hlediska. Třetí klasifikace se vrací k úplným základům rozštěpové problematiky a Františku Burianovi. Další významné klasifikace publikovali např. Měšťák, Škodová či Dušková.

1.4.1 Klasifikace obličejových rozštěpů dle Jakubíkové

Jakubíková (2012) rozděluje rozštěpové vady horního rtu, horní čelisti a patra do tří kategorií na přední rozštěpové vady, zadní rozštěpové vady a smíšené rozštěpové vady. Mezi **přední rozštěpové vady** jsou řazeny rozštěpy horního rtu, konkrétně jednostranný i oboustranný a rozštěp horního rtu a horní čelisti v oboustranné, jednostranné, částečné či úplné podobě. Velmi výjimečně se vyskytuje střední rozštěp horního rtu, který se také

označuje jako zaječí pysk. **Zadní rozštěpové vady** jsou oboustranné i jednostranné rozštěpy, které mohou zasáhnout tvrdé patro, měkké patro a uvulu. V případě **kombinovaných rozštěpových vad** postižení začíná u horního rtu, přechází přes čelist a končí v měkkých částech patra. Autorka ještě mimo dělení upozorňuje na **submukózní rozštěp**, kdy je mírně zasaženo patro, a také uvula. **Rozštěpy dolní čelisti** jsou obecně velmi vzácné, ret nemusí být vůbec zasažen, naopak vždy chybí dolní řezáky.

1.4.2 Klasifikace obličejových rozštěpů dle Kejkličkové

Kejkličková (2016, s. 42–43) dělí rozštěpové vady z hlediska vlivu rozštěpu na vývoj mluvené řeči, a to od nejméně závažných po velmi závažné v tomto pořadí:

- *izolovaný rozštěp horního rtu,*
- *submukózní rozštěp patra,*
- *neúplný rozštěp měkkého a tvrdého patra,*
- *izolovaný rozštěp patra,*
- *celkový rozštěp patra a čelisti,*
- *celkový rozštěp rtu, patra i čelisti a oboustranně.*

1.4.3 Klasifikace obličejových rozštěpů dle Buriana

Burian (1954, s. 12–20) nejdříve rozdělil rozštěpy do dvou hlavních skupin, a to na rozštěpy typické a rozštěpy atypické neboli vzácné, přičemž rozštěpy atypické se vyskytují v populaci výrazně méně a lze mezi ně zařadit např. rozštěpy ústních koutků, střední rozštěp jazyka či střední rozštěp dolního rtu. Typické rozštěpy se dále dělí do dvou skupin, kdy je dělení seřazeno od nejtěžších po nejlehčí rozštěpy:

1. *kombinované rozštěpy rtu, patra a čelisti,*

- *oboustranný celkový rozštěp,*
- *jednostranný celkový rozštěp,*
- *oboustranný rozštěp rtu a čelisti,*
- *jednostranný rozštěp rtu a čelisti,*
- *oboustranný rozštěp rtu,*
- *jednostranný rozštěp rtu*

2. rozštěpy patra,

- *úplný rozštěp patra,*
- *rozštěp měkkého patra,*
- *submukózní rozštěp patra,*
- *vrozená krátkost patra.*

Submukózní rozštěp představuje méně závažnou formu rozštěpů patra, někdy nemusí být dokonce ani na první pohled patrný. Často bývá spojen s rozštěpem čípku. V tvrdém patře může být patrná prohlubeň. (Jakubíková, 2012)

Pokud má dítě vrozené zkrácené patro, jedná se o stav, kdy je měkké patro příliš krátké a není zachována funkce patrohrtanového uzávěru. (Broulíková, 2013)

1.5 Terapie a prognóza obličejových rozštěpů

Léčba rozštěpů v České republice má velmi vysokou úroveň. V současné době probíhá ve dvou rozštěpových centrech, první je Centrum pro léčbu rozštěpových vad při FNKV Praha, kde se operuje ihned po narození. Druhé centrum se nachází při Klinice plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice U Svaté Anny v Brně, kde probíhají operace od tří měsíců věku dítěte. (Broulíková, 2013)

Je nutné uvědomit si, že léčba a péče o dítě s rozštěpovou vadou je dlouhodobou a komplexní záležitostí. Skládá se z mnoha etap a je velmi náročná. O dítě se stará široký tým odborníků, ve kterém jsou plastický chirurg, pediatr, stomatolog, anesteziolog, ortodontista, logoped, foniatr, otorinolaryngolog, genetik, psycholog, a i přes všechny tyto speciality je péče o dítě bez aktivní spoluúčasti rodičů a příbuzných nepředstavitelná. (Kejklíčková, 2016)

1.5.1 Chirurgická terapie obličejových rozštěpů

První operací bývá zpravidla cheiloplastika (operace rtu) a operace nosu. Trvá průměrně dvě hodiny a probíhá v celkové anestézii. V České republice se tato operace provádí ihned po narození, zhruba do jednoho týdne nebo ve věku tří měsíců života dítěte a déle. Obě varianty jsou hodnocené jako včasné a jsou prováděny shodnými operačními technikami. Vždy ji provádí velmi kvalifikovaný plastický chirurg. Pro operaci ihned po narození hovoří ještě zachovalá fetální hojivost, tedy velmi rychlé a dobré zhojení operačních ran, díky vysoké hladině kyseliny hyaluronové v prvním týdnu života dítěte.

Dále pak přispívá k lepší psychické pohodě v rodině a někdy také k možnosti kojení. Při operaci po třetím měsíci života je dítě zralejší, po operaci dýchá spontánně a nemusí být sledováno na JIP. Načasování operace si volí rodiče. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Po první operaci, kdy také dochází k modelaci nosu a nosních dírek, je zapotřebí, aby dítě nosilo silikonové nosní výztuhy, tedy nostrily, které slouží ke tvarování a udržení tvaru nosních dírek. Nostrily si zakupují sami rodiče v lékárně, ve velikosti, kterou určí lékař. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Vývoj nosu končí u dívek v šestnácti letech, u chlapců je to pak o dva roky později. V tuto dobu je tedy vhodné provést kompletní rekonstrukci nosu, za předpokladu, že je to zapotřebí. Částečná rekonstrukce ihned po narození se provádí proto, aby dítě mohlo dobře dýchat. Anomálie nosu může být stejně jako rozštěp jednostranná nebo oboustranná. (Jakubíková, 2012)

Druhou operací, v případě, že je rozštěpem zasaženo i patro, bývá palatoplastika (operace patra). Rekonstrukce patra a uzavření otvoru se provádí mezi šestým až dvanáctým měsícem věku dítěte. Tento věk je volen cíleně, vytvoření plně funkčního patra před nástupem řeči, vede ke kvalitnímu rozvoji mluvené řeči. Operace čelisti, tedy vkládání sekundárního kostního štěpu v případě potřeby, probíhá mezi osmým až jedenáctým rokem věku dítěte. Kostní štěp bývá zpravidla z hřebene kosti kyčelní nebo z bradavkového výběžku kosti spánkové. Při operaci bývá vkládán mezi postranní řezáky a špičáky tak, aby později prořezávající se špičák prošel tímto štěpem a došlo tak ke spojení rozštěpových částí. (Kamínek a kol., 2020)

V případě nutnosti může dojít k reoperaci rtu, nosu i patra. Potřeba reoperace není chybou, děje se tak, protože jedinec v průběhu dospívání roste a s tím se mění i jizvy. (Broulíková, 2013)

1.5.2 Ortodontická terapie u obličejových rozštěpů

Péče o zuby je u dětí s rozštěpem stejně důležitá jako u dětí bez rozštěpu. Důležité je preventivně předcházet zubním kazům, tedy vést dítě ke správné ústní hygieně. Dítě s rozštěpem by mělo pravidelně navštěvovat zubního lékaře, a to zhruba od jednoho roku věku. Rozštěpoví pacienti mají ztíženou péči o chrup vzhledem ke stavbě čelisti i samotných zubů, zuby mohou být rotované, tvarově odlišné, zaklíněné, někdy se také

objevují nadpočetně či mohou naopak některé zuby chybět. Čištění zubů může být tedy náročnější a je zapotřebí tomu věnovat dostatek pozornosti. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Děti s rozštěpem pravidelně a dlouhodobě navštěvují ortodontistu, tedy specializovaného stomatologického lékaře, ke kterému většina dětí začíná chodit jen velmi brzy po narození. Provádí se předoperační příprava, která má za cíl modelovat horní čelistní oblouk a nos a současně zasouvat přední část horní čelisti, a to vše za pomoci snímací desky a elastické pásky. Snímací pomůcky bývají využívány až do období smíšeného chrupu, kdy se chrup dítěte začíná léčit fixním aparátem. V tomto období dochází k nápravě výrazných rotací zubů či k vytvoření prostoru pro kostní štěp. „*Nejvhodnějším obdobím pro vložení kostního štěpu je období před erupcí stálého špičáku postižené strany, a proto i ortodontická léčba by měla být načasována podle toho.*“ (Kamínek a kol., 2020, s. 229) Finální estetické i funkční úpravy se provádějí za pomoci fixního aparátu až po vyvinutí stálého chrupu. V případě, že nedošlo k vyvinutí všech zubů stálého chrupu, je možné řešit zaplnění mezery posunem zubů či protetickou náhradou. (Kamínek a kol., 2020)

V dospělosti ještě může dojít k chirurgickému posunutí čelistí, což se dělá v případech, kdy dojde k zastavení či zpomalení růstu střední části obličeje, ale spodní čelist je vyvinuta normálně. (Kolísková, Dvořák, 2014)

1.5.3 Otorinolaryngologická terapie a prognóza u obličejových rozštěpů

Téměř většina dětí s rozštěpem se ve svém životě setká se zánětem středního ucha a velmi často také bojují s podtlakem ve středouší. Tyto obtíže jsou způsobeny špatnou funkcí a nepříznivým postavením Eustachovy trubice. Nutná je adekvátní léčba těchto potíží na **otorinolaryngologii**, protože bez ní by hrozilo poškození či úplná ztráta sluchu. Naopak při kvalitní léčbě není přítomné žádné trvalé postižení sluchu a v dospívání obtíže se sluchem vymizí. (Kolísková, Dvořák in Chotěborová, 2014)

K léčbě podtlaku ve středouší slouží tzv. gromety, což jsou tlak vyrovnávající trubičky zavedené do ušního bubínku, zastupují tedy funkci Eustachovy trubice. „*Vyrovnáním tlaku dojde k upravení postavení bubínku a tím k normalizaci sluchu.*“ (Kolísková, Dvořák, 2014, s. 24) Trubička má různě dlouhou životnost, od půl roku až něco málo přes rok, většinou se grometa zavádí opakovaně. Tím, že je středouší neustále otevřeno, je nutné dávat pozor na to, aby se do ucha nedostával prach či voda

a nemohl vzniknou chronický zánět středouší. Velkým pomocníkem jsou v této fázi neoprenové čelenky či na míru vyráběné ucpávky do uší. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Prognóza u rozštěpových obličejových vad je velmi dobrá. Léčba je v České republice na světové úrovni a většina dětí s rozštěpem může v dospělosti vést naprosto samostatný a plnohodnotný život. Nutná je ale aktivní a dlouhodobá spolupráce lékařů, nelékařských odborníků, rodičů dítěte a později i samotného jedince s rozštěpem. (Broulíková, 2013)

2 Narušení komunikační schopnosti u dítěte s rozštěpovou vadou

Mechanismus tvorby hlasu není u dětí s rozštěpem narušen. Vzduch prochází při vydechování hlasivkovou štěrbinou, která rozechvěje hlasivky, a tak se tvoří hlas. Problém vyvstává při tvorbě jednotlivých hlásek v dutině ústní, tedy při artikulaci. Zpravidla tvoří potíže unikající vzduch přes nedostatečný patrohrtanový uzávěr. (Kolísková, Dvořák, 2014)

2.1 Palatolalie

Palatolalie je porucha řeči, při které se hlásky netvoří vpředu, v oblasti rtů, zubů a špičky jazyka, ale až vzadu mezi kořenem jazyka a zadní stěnou hltanu nebo dokonce nosohltanu a nosu, což způsobuje, že řeč je téměř nesrozumitelná a huhňavá. (Kejklíčková, 2016)

Dvořák (2007) pak palatolalii definuje jako vývojovou vadu řeči, která provází rozštěpy patra nebo kombinované rozštěpy rtu, čelisti a patra. Dále specifikuje: „*Typická je zvýšená a deformovaná nazalita, postižena je také výslovnost hlásek, porušena je také mimika a koverbální chování.*“ (Dvořák, 2007, s. 138)

Neubauer a kolektiv (2018) palatolalii definuje velmi jednoduše, a to jako poruchu artikulace, která je způsobená velofaryngeální insuficiencí při rozštěpu patra.

VFI je selhání uzávěru mezi měkkým patrem a zadní stěnou hrtanu při tvorbě hlasu. Vzduch se při nedostatečném uzávěru dostává do nosu a vzniká tím vada řeči, palatolalie či rinolalie. Výskyt VFI je u dvaceti až dvaceti pěti procent dětí, které prodělaly rekonstrukci patra z důvodu rozštěpu. Možným řešením je reoperace či logopedická terapie. (Jakubíková, 2012)

Spolu s vadou řeči může být u rozštěpů přítomna také porucha hlasu, která se nazývá palatofonie. Při palatofonii bývá hlas mečivý, ostrý a vysoký, vytvářený zvýšeným expiračním tlakem. K běžným základním hlasivkovým tónům se připojuje menší množství vrchních harmonických tónů a tím porucha hlasu vzniká. (Dvořák, 2007)

Palatolalie je narušená komunikační schopnost, která postihuje až všechny čtyři roviny řeči. Nejčastěji bývá zasažena foneticko-fonologická rovina, kdy je narušena artikulace, nazalita a srozumitelnost mluvené řeči. Morfologicko-syntaktická

a lexikálně-sémantická rovina bývají postiženy v případě OVŘ. Psychosociální problémy způsobené rozštěpovou vadou mohou ovlivňovat pragmatickou rovinu řeči. Jedinec může mít obavy z komunikace s okolím, tím následně bývá ovlivněna verbální i nonverbální komunikace. (Kerekrétiová, 2008)

Jazykové roviny jsou čtyři, první foneticko-fonologická rovina řeší rozlišování a výslovnost hlásek mateřského jazyka. Morfologicko-syntaktická rovina se stará o skládání vět a souvětí ze slov, gramatickou správnost slov, vět, gramatická pravidla v mluveném projevu, časování či skloňování. Lexikálně-sémantická rovina má pod sebou budování pasivní a aktivní slovní zásoby a chápání významu pojmů, instrukcí a sdělení, obecně pak porozumění řeči a schopnost zobecňování. Pragmatická rovina zastřešuje schopnost užívat řeč, vyjádřit názor, poprosit o něco, vyprávět nebo vést dialog. (Dvořák, 2007)

2.1.1 Klasifikace palatolalie

Palatolalie bývá klasifikována různě, u nás je jednou z nejvyužívanějších **klasifikace palatolalie dle Sováka**, která dělí palatolalii do čtyř stupňů. Prvním stupněm je řeč s nepatrnými zbytky palatolalie s nenápadnou otevřenou huhňavostí a zbytky dyslalie. V druhém stupni je již v řeči patrnější huhňavost i poruchou artikulace, ale při komunikaci ještě nejsou nápadné. Jako třetí stupeň je označována řeč, která je ještě srozumitelná, ale palatolalie je v ní velmi nápadná. Pokud jedince s palatolalií zařadíme do čtvrtého stupně, znamená to, že jeho řeč je nesrozumitelná. (Sovák in Klenková, 2006)

Další velmi užívanou a zároveň novější klasifikací je **klasifikace palatolalie dle Kerekrétiové**, která hodnotí řeč dětí s rozštěpem patra při mírně zrychleném tempu plynulé konverzace jako dobrou řeč, společensky únosnou řeč, hůře srozumitelnou řeč a nesrozumitelnou řeč. **Dobrá řeč** je taková, ve které je přítomna pouze lehká porucha rezonance, kterou rozpoznají pouze odborníci. **Společensky únosná řeč** má v sobě již přítomnou hypernazalitu a artikulace má oslabenou tenzi. Třetí stupeň, tedy **hůře srozumitelná řeč** je špatně srozumitelná pro okolí a občas i pro nejbližší daného jedince. Stejně jako Sovák zakončuje autorka svou klasifikaci stupněm **nesrozumitelná řeč**, které nerozumí okolí ani nejbližší. (Kerekrétiová, 2008)

2.1.2 Symptomatologie a etiologie palatolalie

Symptomatologie se zabývá symptomy tedy příznaky neboli projevy nemoci. Základní, charakteristické symptomy se označují jako esenciální, naopak symptomy fakultativní jsou příznaky přídavné a nemusí se vyskytovat vždy. (Dvořák, 2007)

Palatolalie má dva esenciální symptomy, a to poruchu rezonance a poruchu artikulace. Dříve se také udával OVŘ, porucha mimiky a sluchu, což ale neplatí u všech jedinců s palatolalií. OVŘ bývá přítomen spíše při kombinaci rozštěpové vady s vývojovou dysfázií, sluchovou vadou nebo MR. (Neubauer a kol., 2018)

Z artikulačního hlediska dítě nejlépe zvládá výslovnost nosovek, tedy hlásek M, N, Ň. Srozumitelně také ovládá L, H, J, K, pro které není zapotřebí vytvářet v dutině ústní tlak. Naopak velmi špatně tvoří dítě hlásky P a B, které často znějí jako hláska M. Hlásky T a D dítě dokáže vyslovit jako N. K a G bývají často vynechávány úplně. „*Problematickou bude i souhláska S, obzvláště ve spojení STR, ST, SK, SP a KS. Souhláska R a Ř, kdy je pro rozkmitání jazyka potřeba silný vydechovaný proud, bude dělat také problém.*“ (Kolísková, Dvořák, 2014, s. 49)

Neubauer (2014) uvádí, že v extrémním případě dítě vyslovuje správně pouze hlásky M, N, Ň a samohlásky. Zbylé hlásky jsou pak dítětem nahrazovány hrdelními rázovými zvuky nebo dokonce zcela vynechávány. Takový řečový projev bývá označován jako samohlásková řeč.

V kontextu **etiologie** palatolalie je za nejčastější příčinu jejího vzniku považován rozštěp v oblasti patra. Příčině vzniku rozštěpu je věnováno více prostoru v první kapitole, obecně ale platí, že jasná příčina není známá a pravděpodobně se jedná o kombinaci více příčin endogenního a exogenního typu. Endogenní příčinou bývá dědičnost, exogenní příčinou pak různé teratogenní, tedy škodlivé vlivy. (Vohradník in Neubauer a kol., 2018)

2.1.3 Diagnostika palatolalie

Logopedická diagnostika u osoby s rozštěpem by se měla odvíjet od obecných zásad pro jakoukoliv diagnostiku, což jsou objektivnost, komplexnost, týmový přístup, kvantifikace a průběžnost. Konkrétně se vychází z modelu základního logopedického vyšetření dle Lechty. Na začátku je zapotřebí navázat kontakt a odbourat ostych, poté

provést anamnestický rozhovor. Ověřit by se měl i sluch dítěte za pomoci orientační sluchové zkoušky a vyšetření fonemického sluchu. Dále je třeba posoudit řeč jedince, respektive porozumění a produkci řeči. Při vyšetření motoriky se klade důraz na motoriku artikulačních orgánů. Testuje se i lateralita a zkoumá se sociální prostředí, ve kterém dítě žije. (Klenková, 2006)

Dále je nutné pro stanovení diagnózy palatolalie zhodnotit srozumitelnost, rezonanci a artikulaci. K vyšetření nosní rezonance se využívá Czermakova zkouška nebo Gutzmanova A-I zkouška, která určí index hypernazality. Pro zhodnocení artikulace velmi často slouží slovní artikulační testy nebo ještě lépe obrázkové slovní artikulační testy, kdy dítě jmenuje, co vidí na obrázku, nikoliv opakuje po zadavateli jako u slovních artikulačních testů, kde je přítomné riziko nápodoby artikulace po logopedovi. Specifické artikulační testy se zaměřují na hlásky, u kterých je zapotřebí nejpevnější VFU a dostatečný intraorální tlak vzduchu. Srozumitelnost řeči se nejlépe vyhodnocuje z plynulé konverzační řeči. Důležité je také sledovat, zda není přítomný OVR. (Kerekrétiová, 2008)

2.1.4 Terapie palatolalie

Základem úspěšné terapie je plastika patra, při které by mělo dojít k uzavření patra. Před operací může dítě používat tlačítkové uzávěry nosu nebo protetickou dlahu, vyrobenou dle odlitku patra, která slouží k provizornímu uzávěru patra. Operace se provádí v rozmezí 1. až 3. roku života dítěte. Čím dříve bude operace provedena, tím spíš se dá očekávat správný vývoj řeči, protože VFI bude pravděpodobně odstraněna. (Kolísková, Dvořák, 2014)

V současné době se začíná využívat raná logopedická intervence, která napomáhá k fyziologickému vývoji řeči ještě před palatoplastikou. Po operaci pak pokračuje logopedická péče dle individuálního vývoje jedince. Většina logopedů se ovšem snaží zdárně zvládnout logopedickou terapii ještě před nástupem do základní školy. V případě, že řeč ještě není zcela fyziologická, pokračuje terapie i ve školním věku dítěte. Při terapii je vždy zapotřebí velká spolupráce rodičů i dítěte. (Kamínek a kol., 2020)

Raná logopedická intervence funguje především jako poradenství určené rodičům dětí, které ještě nejsou schopné spolupracovat s logopedem. „*Cílem rané*

logopedické péče je zajistit správný vývoj řeči dítěte zejména po obsahové stránce, protože artikulaci ještě vzhledem k nezralé oromotorice i malé aktivní slovní zásobě upravovat nelze.“ (Neubauer a kol., 2018, s. 363) Úkolem logopeda je rodičům přiblížit, jaké problémy mohou nastat a jak jim předcházet. Přímá individuální logopedická terapie začíná ve chvíli, kdy je dítě již ochotno a schopno spolupracovat přímo s logopedem. (Neubauer a kol., 2018)

Logopedickou terapii je možné dělit různě, dle možností a potřeb jedince. Terapie bývá poskytována individuálně či skupinově. Hodnotí se věk jedince, zda se jedná o dítě v předškolním věku, školnímu věku nebo zda se jedná o adolescenta či dospělého. Terapie může být dále krátkodobá nebo dlouhodobá, tedy nad šest měsíců aktivní terapie. Přímá terapie probíhá mezi logopedem a dítětem s vadou řeči, naopak nepřímá terapie probíhá prostřednictvím rodičů. (Lechta a kol., 2011)

V případě, že palatoplastika neproběhne z jakéhokoliv důvodu do třetího roku věku dítěte, je zapotřebí zahájit předoperační péči, která probíhá formou hry s využitím přirozených zvuků. Cvičení se musí opakovat často, ale krátce. Logoped se snaží o navození výslovnosti hlásek v odpovídajících artikulačních místech a to proto, aby nevznikly náhradní mechanismy výslovnosti. Dále se terapie zaměřuje na správnou výslovnost samohlásek a správnou velikost čelistního oblouku. V rámci pooperační péče se logopedická terapie zaměřuje směrem dle individuálních potřeb dítěte, zpravidla se jedná o cvičení pro zlepšení funkce patrohrtanového uzávěru, logopedickou korekci porušené nosní rezonance či úpravu artikulace. Správná artikulace se utváří pomocí čtyř základních systematických etap, které na sebe přesně navazují. Jedná se o přípravná cvičení, vyvození hlásek, fixaci hlásek a jejich automatizaci. (Neubauer, 2018)

I přes úspěšnou terapii vad řeči u dětí s rozštěpem je nutné jedince nadále sledovat, protože v období dospívání dochází k prudkému zrychlení růstu, což se týká i oblasti nosohltanu. V případě, že by se anatomické poměry nosohltanu výrazně změnily, mohlo by dojít k nedostatečnosti patrohrtanového uzávěru a vzduch by při řeči proudil do nosu. Stejně tak by obtíže v řeči mohly působit velké odlišnosti v mezičelistních vztazích. (Kamínek a kol., 2020)

2.1.5 Prevence a prognóza palatolalie

Samotnému rozštěpu se vzhledem k nepřesné příčině dá předejít jen těžko, **preventivní opatření** nejsou přesně známá. Vždy je ale nutná včasná operace patra. Čím dříve bude operace provedena, tím lepší vyhlídky se pro správný vývoj řeči nabízejí. V současné době se rekonstrukce patra provádí mezi šestým a dvanáctým měsícem věku dítěte, právě s ohledem na vývoj řeči. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Aktivní nástup řeči bývá kolem prvního roku věku dítěte. Dítě již: „*Žvatlá skupiny zvuků jak dlouhých, tak krátkých. Žvatlá slova v různých tvarech. Produkuje řeč a vokalizace jiné než pláč na dosažení a udržení pozornosti. Napodobuje různé zvuky. Používá jedno nebo dvě slova (např. máma, táta, ahoj, uh oh), mohou být hůř srozumitelná.*“ (Kejklíčková, 2016, s. 31, 32)

Prognóza je závislá na mnoha faktorech, záleží na rozsahu a lokalizaci defektu a na jeho operačním odstranění, při kterém hraje roli věk, ve kterém je operace provedena, dále také její kvalita. Významně určující je pro kladný výsledek léčby i intenzivní logopedická terapie. Velmi často je výsledkem ucelené terapie normální řeč se správnou artikulací a bez jakékoliv patologie, občas přetrvává v řeči smíšená huhňavost. Čím je defekt rozsáhlejší, tím se prodlužuje doba logopedické péče. (Kejklíčková, 2016)

Neubauer (2014) je optimističtější a udává, že prognóza palatolalie je v současné době velmi dobrá. Velkou zásluhu na tom mají nové diagnostické techniky, operační metody, lepší informovanost v řadách veřejnosti a kvalitní a komplexní péče. Pokud proběhne včasná operace, velofaryngeální uzávěr bude dostatečný a dítě bude podstupovat kvalitní, intenzivní logopedickou terapii, lze předpokládat, že řeč bude fyziologická ještě před zahájením povinné školní docházky.

2.2 Rinolalie

Rinolalii lze vymezit jako narušenou komunikační schopnost, při které je zasažen zvuk řeči i její artikulace. V různé míře je také přítomna zvýšená nosní rezonance neboli nosovost. Sama o sobě je nosovost naprosto fyziologická a měla by se vyskytovat u každého zdravého jedince. Nejvýrazněji se nosovost projevuje u hlásek M, N, Ň, NG,

O, U, naopak minimálně se projevuje u hlásek A, E, I, exploziv a sykavek. (Klenková in Jurkovičová a kol., 2010)

„Huhňavost je porucha rezonance řeči, která je způsobena organickými nebo funkcionálními změnami v oblasti mluvidel.“ (Kejklíčková, 2011, s. 30)

V souvislosti s rinolalií (rhinolalií) se v odborných publikacích vyskytuje několik podobných pojmů. Přehledně toto názvosloví osvětluje Neubauer s kolektivem (2018), který rinolalii definuje jako synonymum pro huhňavost. Současně je rinolalie také označována jako rhinofonie či rhinophonia, což jsou termíny využívané v lékařské terminologii, nikoli v logopedické. V této práci budou používány termíny rinolalie a huhňavost.

„Huhňavost znamená, že zvuková podoba mluvy a hlasu je narušena.“ (Kejklíčková, 2011, s. 29) Možné je rinolalii rozdělit na tři typy:

- otevřená huhňavost neboli rhinolalia aperta – stálé proudění vzduchu nosohltanem do nosu, při patologicky zvýšené nosovosti
- zavřená huhňavost neboli rhinolalia clausa – neprůchodnost nosohltanu nebo nosu pro proudící vzduch, přechodně přítomné při rýmě, při patologicky snížené nosovosti
- smíšená huhňavost neboli rhinolalia mixta – kombinace otevřené a zavřené rinolalie – patrohltanový uzávěr není úplný, ale průchodnost nosem je ztížená (Kejklíčková, 2011)

2.2.1 Symptomatologie a etiologie rinolalie

Příznaky rinolalie jsou poměrně jednoznačné. Obecně lze říct, že patologickou nosní rezonanci pozná kdokoliv i laik, a to ihned na první poslech, u těžké formy se řeč může dokonce stát nesrozumitelnou. Zavřená huhňavost se projevuje sníženou nosovostí v řeči. Narušené jsou nosovky M, N, Ň, které zní jako B, D, Ď. Samohlásky O a U jsou tlumené. Často osoby se zavřenou huhňavostí dýchají ústy a mají typický mimický projev v obličeji. Smíšená huhňavost se projevuje na samohláskách, sykavkách i nosovkách. (Neubauer a kol., 2018)

V případě, že je zavřená rinolalie zapříčiněna **adenoidní vegetací** neboli zbytnělou nosní mandlí, jedinec má již k výše zmíněným symptomům ještě přítomné obtíže s omezeným dechem, což má vliv na celkový zdravotní stav. Jedinec dýchá

povrchně, má vpadlý a plochý hrudník, je unavený, podrážděný, v noci nemůže spát nebo se často budí, díky tomu se celkově snižuje fyzická i duševní výkonnost. Tento problém by měla vyřešit adenotomie, tedy vytrhnutí nosní mandle, po které je nutné trénovat dýchání nosem. (Jurkovičová a kol., 2010)

U otevřené rinolalie je v případě organické formy nejvíce patrná patologie u samohlásek U a I a souhlásek, které pro vznik potřebují pevný VFU, tedy exploziva (např. T, D, B, P), sykavky a málo kmitná hláska R. U funkční formy jsou poznamenány více samohlásky. Pokud otevřená rinolalie trvá dlouho, zvýšené hlasové úsilí se může projevit tlačným hlasem a hyperaktivitou fonačních svalů. Přítomné mohou být jako kompenzace souhyby mimického svalstva. (Neubauer a kol., 2018)

Etiologie otevřené huhňavosti lze rozdělit na organické a funkční. Organické se dále dělí na získané a vrozené, kam patří rozštěpy tvrdého i měkkého patra, submukózní rozštěpy patra, nedostatečný vývoj nebo patologická činnost svalstva měkkého patra či vrozené zkrácené patro. Mezi získané organické příčiny se řadí neurologická onemocnění, změny anatomických poměrů, obrny měkkého patra způsobené poškozením nervového systému, operace, nádory. Funkční příčinou otevřené huhňavosti může být hysterie či neuróza, snížená činnost VFU u osob dlouhodobě nemocných, MR, důsledek špatného mluvního vzoru, důsledek nedostatečné sluchové zpětné vazby u osob neslyšících a nedoslýchavých. (Neubauer a kol., 2018)

Příčiny zavřené huhňavosti se opět dělí na organické a funkční. Mezi organické příčiny patří vrozené úzké průduchy, vybočená nosní přepážka, nosní sliznice při rýmě, polypy, nádory či hypertrofická nosní mandle. Funkční příčiny zavřené rinolalie se vyskytují spíše ojediněle a vždy spolu s přítomností poruchy závěru dýchací trubice. (Klenková, 2006)

U smíšené huhňavosti jsou opět možné organické i funkční příčiny, např.: *„současný výskyt překážky v přední části nosu, např. hypertrofie sliznice při rýmě a nedostatečná funkce patrohrtanového uzávěru; současný výskyt překážky v zadní části nosohltanu (zvětšená nosní mandle) a organicky podmíněná velofaryngeální insuficience“*. (Neubauer a kol., 2018, s. 346)

2.2.2 Diagnostika a terapie rinolalie

Důležité je v rámci **diagnostiky** získat kompletní anamnézu od rodičů i učitelů a závěry ostatních spolupracujících odborníků z lékařských i nelékařských oblastí. Logopedická diagnostika opět vychází z Lechtova základního modelu diagnostického vyšetření, popsaného již dříve a dále se rozšiřuje o základní vyšetřovací zkoušky a přístrojové vyšetřovací techniky. (Klenková, 2006)

V rámci logopedické diagnostiky otevřené huhňavosti se běžně využívá Gutzmanova A-I zkouška, zkouška otofónem, Czermakova zkouška, Schlessingerova zkouška, zkouška nafouknutí tváří, Nadoleczného zkouška otáčení hlavy. Současně se tyto zkoušky využívají u smíšené huhňavosti, kde je pro úspěšnou terapii zapotřebí diagnostikovat, který typ rinolalie převažuje. Zavřená huhňavost se diagnostikuje snadno, pouze z mluvené řeči, ve které je pro ni charakteristická výslovnost nosovek. Zvuk hlasu je tlumený až přidušený, jedinec dýchá ústy. (Neubauer a kol., 2018)

Přístrojové vyšetřovací techniky jsou bezesporu objektivnější, bohužel jsou také obtížně dostupné, časově i finančně nákladnější a vyžadují týmovou spolupráci. Pro co největší objektivnost je zapotřebí využít co největší množství vyšetřovacích metod. Mezi využívané přístrojové techniky se řadí ultrazvuk, endoskopie, sonografická analýza, videofluoroskopické vyšetření nebo EMG. (Klenková, 2006)

Terapie rinolalie stojí na mezioborové spolupráci, počínaje pediatrem přes specialistu na rozštěpové vady, foniatra až po logopeda. Rozštěpy patra či hypertrofie tonsil, tedy nosních mandlí, jsou důvodem k chirurgické léčbě. Logopedická terapie by pak měla vždy probíhat individuálně s dodržením všech speciálně pedagogických zásad a metodických postupů. (Neubauer a kol., 2018)

V případě, že se se započatím logopedické terapie čeká na chirurgickou léčbu, je vhodné provádět přípravná logopedická cvičení. Přípravná cvičení se často využívají i v případech, kdy po operaci přetrvává nosovost jako patologický návyk. Dítě se nejdříve musí naučit správně dýchat a foukat. V rámci dechových cvičení se musí dítě naučit nadechovat do břicha, nejen mělce do hrudního koše. Ideální je nácvik provádět vleže na zádech, kdy si dítě na břicho posadí oblíbenou hračku a sleduje, jak se zvedá a klesá, ramena by se neměla zvedat. Dalším krokem pro správné dýchání je nácvik nádechu nosem. Foukání se dítě nejlépe učí hrou, může foukat do peříčka, papírových

motýlků, větrníku. Rodiče s dětmi mohou soutěžit, kdo dofoukne nejdál nebo kdo dofouká předmět do cíle rychleji. Možné je také bublat přes brčko do sklenice s vodou nebo ve vaně při koupání. Děti také trénují foukáním na píšťalku, flétnu či jiný dechový hudební nástroj. Pokud toto dítě zvládá, může začít trénovat oromotoriku, kdy špulí rty, posílá pusou, dělá rybu. Jazyk zase posílí jeho vyplazováním, kmity ze strany na stranu, tlačáním zevnitř do tváří. (Chotěborová, 2015)

Funkci VFU lze zlepšit pasivně, např. vyvoláváním dávivého reflexu, což posiluje svaly VFU nebo digitálními masážemi vlna, tedy zadního patra. Mezi aktivní přístupy zlepšení funkce uzávěru patří posilování nazaloty na úkor orality, rytmizace s hmatovou i sluchovou kontrolou, různé foukací a sací hry, dechová cvičení, zívání, polykání, artikulační cvičení. Při terapii huhňavosti je nutné navodit správné dýchání nosem, správné vyvození hlásek a správnou artikulaci v rámci slov i vět. Správné vyvození hlásek je uskutečňováno ve čtyřech fázích, počínaje přípravnými cvičeními, přes vyvození hlásek, fixaci hlásek až po jejich automatizaci. (Neubauer a kol., 2018)

Vždy je zapotřebí také myslet na rozvoj slovní zásoby u dětí, protože to co dospělí považují za samozřejmé, děti ještě neznají. Velkou výhodou v rozvoji slovní zásoby je vrozená zvědavost, díky které děti s radostí nasávají nová slova. Slovní zásoba se dá rozvíjet naprosto jednoduše, stačí, když budou rodiče popisovat věci kolem sebe, činnosti, které v daný moment vykonávají. Tím, jak se pojmy opakují, dítě si je ukládá do paměti. Od narození by rodiče neměli na své děti šířat, z toho velmi často pramení problémy s výslovností. (Chotěborová, 2015)

2.2.3 Prevence a prognóza rinolalie

Z **preventivního hlediska** lze od raného dětství, kdy ještě není žádná řečová vada prokázána, využívat cílené aktivity pro rozvoj dětských mluvidel, díky nimž si dítě dobře osvojí aktivity, které pak mohou rozsah i náročnost terapie u dané vady výrazně usnadnit. Sání u kojenců lze stimulovat kromě prsu matky i lahví, dudlíkem, prstem či měkkou žinkou. U batolat se dají využít brčka, džusy v krabičkách, koktejly či sportovní lahve. V předškolním věku je možné přidat lízátko, nanuky nebo tyčinky na míchání kávy. Dále lze podporovat rozvoj foukání, které se u novorozenců může stimulovat píšťalkou, u batolat ubrousky, harmonikou, flétnou či bublifuky. U dětí

předškolního věku pomáhají svíčky, frkačky či velmi oblíbené foukací fixy. (Kejklíčková, 2016)

Prognóza je závislá na mnoha faktorech. Obecně ale platí, že pro správný vývoj řeči je důležitý správný řečový vzor a dostatek podnětů. Dítěti je v průběhu dne zapotřebí klást otázky a odpovídat na ty jeho, trénovat jednoduché říkanky, chválit ho, podporovat ho. Když se dopustí chyby v dialogu, není zapotřebí na ni upozorňovat, unavuje to matku i dítě. Celé učení by mělo probíhat nenásilně, formou hry. Množství podnětů by mělo být korigované, aby dítě nebylo přehlcené, naopak by se ale aktivity měly střídat, aby se dítě nenudilo. Klidné prostředí napomáhá dítěti v soustředění. Čím více bude při komunikaci zapojeno smyslů, tím lépe se současně rozvíjí sluchová diferenciací či motorika dítěte. (Chotěborová, 2015)

Platí, že prognóza rinolalie zapříčiněná orgánovými změnami je závislá na úspěšnosti chirurgické léčby. Otevřená funkční huhňavost má velmi dobré vyhlídky, při správné terapii může zcela vymizet. U zavřené rinolalie je zásadní pro prognózu příčina, výsledek lékařského ošetření, vůle, vytrvalost, inteligence, motivace, schopnost spolupráce. Smíšená huhňavost musí být pro dobrý výsledek včas diagnostikována a dobře léčena. (Neubauer a kol., 2018)

3 Edukace a pedagogická podpora dětí s rozštěpovou vadou

Odborníci i laická veřejnost se obecně shodují, že edukace je důležitá a hraje v utváření plnohodnotného jedince zásadní a nezastupitelnou roli. V této kapitole bude edukace spojována především s obdobím mladšího školního věku. Děje se tak, protože je brán ohled na zaměření bakalářské práce. Edukace je totiž jinak zásadní již od brzkého věku jedinců a měla by trvat po celý život.

Vývojová období nebo také období lidského života vymezují jednotliví autoři různě. Novotný a Hruška (2015) celý lidský život dělí do jedenácti vývojových období, kdy první začíná početím jedince a končí porodem, což znamená, že trvá zhruba dvě stě osmdesát dní a bývá označováno jako **nitroděložní období**. **Novorozenecké období** je nejkratším, ale za to velmi intenzivním obdobím, které trvá přibližně dvacet osm dní po narození. Třetí v pořadí je **kojenecké období**, které nese název podle kojení. Mateřské mléko poskytuje kojenci mnoho důležitých látek jako jsou enzymy, vitamíny či protilátky proti infekcím. Kojení končí často mezi devátým a dvanáctým měsícem života dítěte a stejně tak kojenecké období končí v jednom roce života jedince. **Batolečí období** trvá od jednoho do tří let. U batolete dochází k výraznému vyzrání smyslového vnímání včetně řeči. **Předškolní věk** je vymezen od tří do šesti let věku jedince, na který navazuje **mladší školní věk** trvajícím zhruba od šesti let věku dítěte do dvanácti let. V rámci druhého stupně vzdělávání na základních školách prochází dítě obdobím staršího školního věku, které označuje dobu mezi dvanáctým a patnáctým rokem života jedince. **Starší školní věk** se mnohdy překrývá s velmi náročným obdobím puberty, kdy se z dětí začínají stávat dospělé bytosti. U dívek **puberta** začíná kolem devátého roku života, u chlapců pak přibližně ve třinácti letech, kdy začínají obě pohlaví dozrávat po fyzické i psychické stránce. Současně se začíná rozvíjet psychosexuální vývoj a jedinci prožívají první citové vztahy, většinou s opačným pohlavím. Tento vývoj může být ukončen v patnácti nebo také až osmnácti letech, nic není špatně. Mezi pubertou a dospělostí je ještě přítomné **období adolescence** neboli období mladistvých. V tuto dobu jedinci řeší jakým směrem se bude odvíjet jejich život, pro jaké se rozhodnou povolání. Adolescence probíhá mezi patnáctým a osmnáctým rokem života. Rozhodně nejdelší období života představuje **dospělost**, která začíná v osmnácti letech a kolem šedesátého roku života přechází ve **stáří**, což je poslední vývojové období člověka, kde

se postupně čím dál tím více objevují involuční změny. Vzhledem k délce dospělosti je běžné toto období dále dělit. **Období plné dospělosti** trvá zpravidla od osmnácti do třiceti let věku jedince. Dále do čtyřiceti pěti let lze hovořit o **období zralosti**, které přejde do **středního věku** končícího v šedesáti letech života.

První rok života dítěte je v mnoha ohledech klíčový. Dítě se v tomto období velmi rychle vyvíjí a učí se velké množství nových dovedností. V případě, že se vývoj jedince odklání od normy a dochází ke zpoždění vývoje, může tato skutečnost naznačovat možnou přítomnost nějaké vady či nemoci. V takovém případě je zásadní vadu odhalit co nejdříve, začít ji léčit a přizpůsobit jí i výchovný styl dítěte. (Hellbrügge a kol., 2010)

V prvním roce života je každý zdravý jedinec odkázán na péči svých rodičů, kteří dbají na bezpečí dítěte. V případě nekomfortní situace reaguje dítě zpravidla pláčem, naopak, když má radost a je spokojené, směje se. Typickým znakem je v prvním roce také intenzivní fyzický i psychický rozvoj. Ve dvanácti měsících je hmotnost dítěte kolem deseti kilogramů a měří přibližně sedmdesát pět centimetrů. První čtyři měsíce je kojenec krměn pouze mateřským mlékem nebo umělou kojeneckou výživou. Po ukončeném čtvrtém měsíci lze začít dítěti připravovat příkrmy v podobě důkladně rozmixovaných a upravených potravin. (Novotný, Hruška, 2015)

Celý první rok dítěte je plný “poprvé“, sbírá nové a velmi cenné zkušenosti a dovednosti, které jsou dobrými indiciemi, že vývoj dítěte probíhá správně. Již ve dvou měsících dítě udrží hlavičku mírně nad podložkou nebo se může začít usmívat na předměty blízko obličeje. Ve čtyřech měsících kojenec dokáže úmyslně a vědomě sevřít pěst a uchopit tak předmět. Kolem pátého měsíce se miminko přetočí ze zad na břicho a vydává ze sebe konkrétní hlásky, často G a K. První zuby se mohou začít prořezávat kolem sedmého měsíce, stejně tak může dítě začít lézt. V osmi měsících se pak u některých dětí vyskytuje echolálie neboli zvukové opakování slabik. Stejně tak se jim v tuto dobu podaří udržet samostatný sed. O dva měsíce později kojenec stojí u nábytku, a dokonce dokáže chodit s oporou. Dále se rozvíjí i jemná motorika, kdy jedinec drží věci špetkovým úchopem. Rodiče se také dočkají prvních slov, kdy dítě chápe význam. Kolem desátého měsíce zpravidla zaznívá první slovo “máma“ či “táta“, již se nejedná pouze o bezvýznamné zdvojování slabik. Dítě velmi pozitivně reaguje na říkanky a písničky, pohybuje se do rytmu hudby. Průměrné dítě kolem roku dokáže stát bez

opory na místě a slézat nohama napřed z vyvýšené plochy, rozvinut je také klešťový úchop. (Matoušek, 2009)

V **předškolním věku** se odehrává mnoho důležitých vývojových změn, kterých dítě musí dosáhnout, aby mohlo nastoupit do základní školy. U jedince se formují některé důležité vzorce chování, rozvíjí se schopnost učení i paměť. Dítě roste i mohutní. Obecně lze říct, že se mění tělesné proporce, také se zdokonaluje jemná i hrubá motorika. Dočasný chrup se mění v trvalý. Předškoláci zbožňují hry a pohybové aktivity. (Novotný, Hruška, 2015)

„Vstup dítěte do školy znamená pro většinu dětí značnou zátěž. Dítě je náhle tlačeno k soustavné, disciplinované práci, navíc kontrolované autoritou, vyhodnocované nejbližšími lidmi, k tomu důvod učení dítě chápe pouze nezřetelně.“ (Šmelová, Petrová, Suralová a kol., 2012, s. 72) Dítě je náhle velkou část dne bez přímé opory rodičů, často své potřeby a touhy musí upozadit kvůli školním povinnostem, je pro něj také těžké začlenit se do kolektivu. Fyzické, psychické i sociální vyvržení je tedy třeba zhodnotit. Pokud odborníci shledají dítě jako dostatečně nevyzrálé pro vstup do základní školy, může být dítěti udělen **odklad povinné školní docházky**. (Šmelová, Petrová, Suralová a kol., 2012)

Při posuzování, zda dítě dosáhlo **školní zralosti**, je hodnoceno mnoho kritérií. V rámci tělesné zralosti je pozorována kromě věku i výška, která by u dívek měla být mezi sto pěti až sto patnácti centimetry. Chlapci by měli být vyšší a měřit tedy sto deset až sto osmnáct centimetrů. Hmotnost dívek by měla být mezi devatenácti až dvaceti třemi kilogramy. Chlapci mohou být lehčí, jejich váha by se měla pohybovat mezi sedmnácti a dvaceti dvěma kilogramy. Dalším hodnotícím faktorem bývá, zda již byla zahájena výměna stálého chrupu. Nelze opomenout ani celkový zdravotní stav dítěte. (Kelnarová, Matějková, 2010)

Kognitivní zralost se odvíjí jednak od vrozených dispozic dítěte a dále také od výchovy a rodinného zázemí. Pozitivní přínos na kognitivní vývoj dítěte má zpravidla působení mateřských škol. Dítě, které dochází do MŠ, má velmi často více rozvinuté hygienické i sociální návyky. Učí se trávit čas bez rodičů, umí pracovat v kolektivu vrstevníků, budovat nová přátelství, zdravit, děkovat a spoustu dalšího. Před nástupem do ZŠ se posuzuje schopnost sluchové a zrakové diferenciaci, schopnost odlišit realitu od fantazie, udržet pozornost, přechod od celostního vnímání k diferencovanému.

Důležitý je také přiměřený vývoj řeči či schopnost rozlišit hru a povinnost nebo schopnost mechanické, trvalejší a záměrné paměti. (Šmelová, Petrová, Souralová a kol., 2012)

V rámci emoční a sociální zralosti je zásadní citová stabilita, tedy schopnost dělit se o pozornost nebo kontrolovat své citové projevy a odolnost vůči frustracím. Dítě by mělo být schopné unést prohru, odloučit se od matky, unést kritiku a srovnání ze strany učitele. (Čaček in Kelnarová, Matějková, 2010)

3.1 Charakteristika dětí mladšího školního věku

Mladší školní věk je dle Říčana (2014) období, kterým započíná velká radikální změna v životě jedince. Šestileté dítě se nově dostává do role žáka, která bude přetrvávat i mnoho následujících let. Hlavní náplní dne dítěte je hra, ovšem žák již většinu času, který býval věnován hře, nedobrovolně zaměňuje za školní povinnosti. I přes radikální změnu je toto období hodnoceno jako klidné a šťastné vzhledem k tomu, po jakém období mladší školní věk následuje a ještě spíše dle toho, jaké období bude navazovat.

„Školní věk lze chápat jako období oficiálního vstupu do společnosti, kterou představuje obecně ceněná instituce školy. Dítě zde musí potvrdit své kompetence, pracovat a plnit povinnosti, tak jak od něho společnost očekává.“ (Vágnerová, 2012, s. 255)

Současný **fyzický vývoj** mladšího školáka je větší, než tomu bylo ještě před třiceti lety. *„Průměrný chlapec vyrostle od 6 do 11 let ze 117 na 145 cm, jedenáctiletá dívka je asi o centimetr vyšší než chlapec. Váhově se chlapec dostane ze 22 na 37 kg, dívka je sotva o půl kilogramu těžší, přestože má již o trochu širší pánev a trochu více podkožního tuku než chlapec.“ (Říčan, 2014, s. 146)* V obličejí se rysy jedince v průběhu tohoto období zostřují a vyjasňují. Dolní čelist vystupuje kupředu. Rty také mírně mění tvar a chrup se postupně kompletně obmění. Mozek stále ještě trochu roste, současně se v průběhu celého období zdokonalují kontakty mezi buňkami mozku. Organismus takto mladých jedinců velmi rychle regeneruje. Prostor pro další rozvoj zůstává pro smyslové orgány, konkrétně pro zrak. (Říčan, 2014)

Zdokonalují se pohyby velkými svaly, tedy hrubá motorika. Dítě přesněji a prudčeji hází nebo dobře skáče přes švihadlo. Obecně mají děti v tomto věku velký zájem o pohybové a sportovní aktivity. Dokonce jsou si děvčata i chlapeci výkonnostně

rovni. Pohyby drobných svalů neboli jemná motorika jsou také na vzestupu. Zlepšuje se schopnost kreslit i psát. Ze začátku pohyby horní končetiny vychází z ramene nebo loktu, ale postupně, jak se jedinec zdokonaluje, naučí se vysílat pohyby z oblasti zápěstí a prstů ruky. (Šmelová, Petrová, Souralová a kol., 2012)

Škola má pozitivní vliv na rozvoj všech **kognitivních funkcí** mladšího školáka. Rozvíjí se zprvu hlavně mechanická paměť, ke konci období již přechází v paměť logickou. Pozornost se čím dál tím více prohlubuje. Jedinec pozornost udrží déle, je stálá a jedinec dokonce dokáže přenášet svou pozornost mezi několika podněty. Vnímání je závislé na rozvoji pozorování a analyticko – syntetické činnosti. Myšlení se stává rychlejší a efektivnější. Jedinec již v myšlení zaujímá konkrétně–logický přístup. Když vidí zkoumaný objekt před sebou, dokáže nad ním logicky uvažovat. Již nepochybuje o tom, že je v lahvi stejné množství vody jako ve dvou sklenicích, kam byla voda z lahve přelita. Nyní je již možné, aby jedinec pracoval s dvěma informacemi současně, spojuje dvě různé informace do jedné sekvence. (Kelnarová, Matějková, 2010)

Dítě je dále schopné lépe rozlišovat časové údaje “zítra“, “za týden“, “za měsíc“. Stejně tak nyní chápe pojmy “blízko“ a “daleko“. Pedagog představuje pro žáka autoritu. Dítě se od něho rádo učí. V období mladšího školního věku se naučí číst a psát, což mnoho dětí nasměruje ke knihám, které se mohou stát velkou vášní. (Říčan, 2014)

Dítě je schopné se v tomto období učit třemi různými způsoby. V případě, že se něčemu naučí spontánně samo, děje se tak metodou pokus omyl. Naopak pokud se jedinec učí od svých vrstevníků, jedná se o metodu učení nápodobou. Jednoduše zkusí to, co jeho kamarád nebo spolužák. Posledním typem učení, které se v tomto období využívá, je učení logickým odvozováním. Dítě dle své předchozí zkušenosti usuzuje, které řešení je správné. Pedagog dítě vede k tomu, aby zkusil situaci vyřešit tak, jak v nedávné době vyřešil jiný problém. (Kelnarová, Matějková, 2010)

Řeč mladšího školáka s rozštěpovou vadou může být ještě stále výrazně narušena. Zpravidla vždy přetrvává v tomto období z předchozích vývojových období batolete a předškolního věku pravidelná terapie řeči pod dohledem logopeda. Postižena může být stále rezonance řeči, která je typická pro vadu řeči rinolalii. Ani výslovnost řeči, tedy artikulace, ale není výjimkou a bývá u dětí s rozštěpovou vadou často narušena. Naopak myšlení dítěte a s tím spojené porozumění řeči nebývá narušeno,

děje se tak pouze v případě, že je rozštěp součástí nějakého syndromu, kde je přítomna i mentální retardace. Dítě s rozštěpovou vadou má stejně jako intaktní děti ohromnou touhu komunikovat a navazovat nová přátelství. Dále obličejová rozštěpová vada neovlivňuje hlas dítěte, schopnost tvořit slova a věty, používat správně gramatická pravidla, číst, psát a učit se v rámci školy. (Chotěborová, 2015)

V oblasti řeči se má i intaktní dítě mladšího školního věku co učit. Dítě si v tomto období dokáže obohatit aktivní slovní zásobu až na pět tisíc slov. Ještě více slovům dítě rozumí. Řeč dokáže zdokonalovat velmi rychle. Abstraktní pojmy jedinci ještě tolik nevyužívají. Dítě, které má dobré dědičné i vrozené předpoklady pro správný vývoj řeči, ještě nemá jednoznačně vyhráno. Důležitým aspektem je také sociokulturní prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. (Říčan, 2014)

Psychosociální vývoj jedince je v tomto období extrémně náročný. Dítě vstupuje do naprosto nového prostředí, školy. Zvyká si na školní práce, školní kolektiv i učitele. Dítě se snaží stát plnohodnotným a kompletním jedincem pro společnost, nezklamat rodiče, učitele i spolužáky. Dítě se obává selhání, může si být nejisté, ale v případě, že uspěje, lze předpokládat, že jeho pozdější kariérní vývoj bude více nežli dobrý. (Feldman in Šmelová, Petrová, Suralová, 2012)

Konkrétněji se jedinec učí dělit čas mezi cílené osvojování si nových znalostí a hru. Dále musí pracovat na věcech, které mu nedávají smysl nebo je pro něho velmi vzdálený. Ještě nedovede pochopit, proč by měl umět násobilku nebo pravopis. Naučit se vydržet u takových činností, ale ještě stále nestačí, spolu s tím se jedinci do cesty kladou překážky, které se musí naučit překonávat, ne obcházet. Stejně tak je pro dítě těžké přijmout roli učitele, který určuje, co je standart a čeho by mělo dítě dosáhnout. Nově se také setkává s trestem v podobě špatné známky, když nedokáže naplnit zmiňovaný standart. Ze začátku jedinec žaluje na své vrstevníky, aniž by mu to přišlo hodné ostychu, později ale žalovat přestane. Důvodem může být jeho čest nebo přátelství, která se učí ve školním prostředí získat i udržet. Jedinec se velmi často v tomto období projevuje jako extrovert, který se snadno druží, je soutěživý a přijímá různé sociální role. (Říčan, 2014)

Nová role žáka ovšem nikdy nesmí zcela zastínit ostatní role. Dítě je stále dcerou nebo synem, často také sourozencem a vnukem či vnučkou. Rodina i nadále hraje zásadní roli v socializaci jedince, tvoří pro dítě zázemí a pocit jistoty. Stejně tak se

jedinec stává členem různých vrstevnických skupin. Již bylo řečeno, že je v tomto období poměrně společenský, a tak rád navštěvuje kroužky či jiné volnočasové aktivity. (Vágnerová, 2012)

Výkonová motivace a dobrý pracovní postoj se odvíjí od výchovy rodinou i školou. Důležité je, aby rodina dítě vychovávala v tomto směru již v předškolním období a spolu se školou pokračovala i v době mladšího školního věku. (Kelnarová, Matějková, 2010)

Vlivem zrání CNS nedochází pouze k rozvoji kognitivních funkcí. Intenzivní je v tomto období také **emoční vývoj**, kdy dítě začíná být emočně mnohem více stabilní a dobře odolává zátěžím. Děti bývají zpravidla optimistické a vše také optimisticky interpretují. Pokud se stane, že je jedinec naladěn negativně, má takový stav zpravidla jasnou příčinu. *„Rozvíjí se emoční inteligence, a to, jak schopnost vyznat se ve svých pocitech i v emocích jiných lidí, tak schopnost s nimi účelněji zacházet.“* (Vágnerová, 2012, s. 305)

3.2 Edukace dětí mladšího školního věku

„Edukace v nejobecnějším významu označuje jakékoli situace za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tj. dochází k nějakému druhu učení a vyučování (nejen ve smyslu školní výuky, nýbrž jakéhokoli záměrného výcviku, instruktáže, aj.). Edukací je tedy např. učení násobilky dětmi, výuka hry na klavír, stejně jako výcvik služebních psů.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2013, s. 63)

Jednodušeji lze říct, že edukace je činnost, při které se jedna strana učí a druhá strana učení zprostředkuje. Edukace se vždy děje v konkrétním **edukačním prostředí**, které tvoří fyzikální podmínky, účastníci se osoby, jejich vzájemná komunikace a psychosociální vztahy. Zúčastněné osoby a jejich vzájemné vztahy pak určují **edukační klima**, které bývá v dané skupině poměrně stálé. Jinak se komunikuje v rámci rodiny a jinak mezi kolegy v práci. (Průcha, 2015)

V rámci pedagogiky je termín edukace chápán jako synonymum pro vzdělávání nebo ještě lépe vzdělávací proces. Takto míněný termín řeší edukaci v rámci školního prostředí, ve kterém se uskutečňují procesy řízeného učení. (Průcha, Walterová, Mareš, 2013)

Termíny **výchova** a **vzdělávání**, které se používají velmi často místo edukace, působí zmatek. Jak lze rozlišit, kdy má pedagog vychovávat a kdy vzdělávat, je hlavní otázkou mezi mnoha odborníky. Proto odborníci v oblasti pedagogiky často využívají termín výchovně – vzdělávací proces. Výchovu lze chápat jako činnost, kterou se předávají hodnoty v průběhu generací. Předávají se sexuální, citové, mravní, vlastenecké hodnoty, dále hodnoty míru nebo rodičovství. (Průcha, 2017)

„Vzdělávání se obecně v pedagogické teorii chápe jako proces záměrného a organizovaného osvojování poznatků, dovedností, postojů aj., typicky realizovaný prostřednictvím školního vyučování.“ (Průcha, 2015, s. 17) Důležité je si pojem vzdělávání neplést s pojmem vzdělání, nejedná se totiž o synonymum. **Vzdělání** je výsledný produkt vzdělávání. Terminologie v pedagogice není zcela jednoznačná, naopak ji lze hodnotit jako poměrně složitou. (Průcha, 2015)

3.2.1 Možnosti školního začlenění dětí s rozštěpovými vadami

Vzdělávání dětí obecně řídí v České republice zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který v současné době podporuje proud integrace a inkluze. Znamená to tedy, že by se i děti se speciálními vzdělávacími potřebami měly vzdělávat v základních školách běžného typu. Současně je ale nutné si uvědomit, že je zapotřebí každého jedince posuzovat individuálně, pečlivě hodnotit jeho možnosti a v případě potřeby mu umožnit vzdělávání v základní škole běžného typu za využití speciálně pedagogických metod či podpůrných opatření nebo v základní škole pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Tyto možnosti vzdělávání pak ošetřuje vyhláška MŠMT České republiky č. 248/2019 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Stejně tak se i u dítěte s rozštěpovou vadou postupuje dle jeho individuálních možností. Roli hraje např.: rozsah rozštěpu, úspěšnost dosavadní léčby, výskyt dalších onemocnění nebo rodinné zázemí. (Slowík, 2016)

V případě, že je chirurgická léčba i ostatní terapie u dítěte s rozštěpovou vadou úspěšná a současně nejsou přidružené jiné komplikace či postižení, nastupuje jedinec do základní školy běžného typu, jako zcela intaktní žák. **Základní škola běžného typu** je instituce, která poskytuje dětem základní vzdělávání, které je jako jediné v ČR povinné.

Základní vzdělávání se snaží u svých studentů utvářet základy pro celoživotní učení. (www.nuv.cz/t/zakladni-vzdelavani)

Základní vzdělávání se řídí tzv. Rámcovým vzdělávacím programem, což je závazný, ale obecný rámec pro tvorbu školních vzdělávacích programů. RVP by vždy měl korespondovat s nejnovějšími poznatky pedagogiky, psychologie a dalších důležitých vědních oborů. Poslední aktualizace byla provedena k lednu roku 2021. RVP stanovuje *„konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, a to všeobecného a odborného podle zaměření daného oboru vzdělání, jeho organizační uspořádání, profesní profil, podmínky průběhu a ukončování vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů.“* (www.nuv.cz/t/rvp) Dále RVP upravuje podmínky pro vzdělávání dětí se specifickými vzdělávacími potřebami. (www.nuv.cz/t/rvp)

V případech, kdy i přes časnou a kvalitní léčbu a dobré rodinné zázemí přetrvávají z jakéhokoli důvodu u dětí obtíže, díky kterým je pro ně problematické zvládnout základní vzdělávání na ZŠ běžného typu, je možné vybrat ze dvou alternativních variant základního vzdělávání. První možností je vzdělávat žáka při ZŠ běžného typu s využíváním podpůrných opatření, která navrhuje školská poradenská zařízení. Ve chvílích, kdy ani taková pomoc není dostatečná, nastupují děti do základních škol pro žáky se specifickými vzdělávacími potřebami. (Slowik, 2016)

*„**Inkluze** je plné přijetí žáka s postižením. Lidé s postižením jsou přijímáni jako rovní lidem bez postižení. Postižení není stigmatem. Postižení není vlastností, na základě, které se hodnotí schopnosti jedince.“* (Peterson, Hittie in Vrubel, 2015, s. 16)

Integrace je Kratochvílovou (2013) chápána jako snaha začlenit žáky se speciálními vzdělávacími potřebami prostřednictvím výborného edukačního procesu, rovných příležitostí a společného vzdělávání s intaktními žáky. *„Při integrativním vzdělávání se mnohdy věnuje pozornost více slabým stránkám dítěte než omezením v prostředí školy. Důraz je kladen spíše na odlišnost žáků a kategorizaci jejich postižení.“* (Kratochvílová, 2013, s. 15)

Objasnit rozdíl mezi integrací a inkluzí není vůbec snadné. Mnoho autorů se v definičním vymezení neshoduje nebo se dokonce překrývají. Dle metodického portálu RVP.CZ se při integraci dítě musí více přizpůsobovat školnímu prostředí, naopak v rámci inkluze školy přizpůsobují prostředí potřebám dítěte. (Votavová, 2013)

To, zda je integrace úspěšná, záleží na mnoha faktorech, nezastupitelnou roli hraje správné využití vhodných podpůrných opatření. Současně ale také záleží na prostředí školy, náhledu školy na integrační a inkluzivní vzdělávání, přístupu a kompetencích ze strany pedagogů, přijetí spolužáky, přístupu rodiny dítěte nebo spolupráci se školským poradenským zařízením. Určující je ještě míra a kvalita podpory, čímž je myšleno využití speciálních pomůcek nebo asistenta pedagoga. (Slowík, 2016)

Základní školou pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami je u dětí s rozštěpovou vadou zpravidla míněna **základní škola logopedická**. Takovou školu lze definovat jako školskou instituci pro žáky s NKS, kterým je zde poskytováno základní vzdělávání. Jedná se o alternativu ke vzdělávání žáků s NKS v ZŠ běžného typu a o alternativu k integračnímu nebo inkluzivnímu režimu při ZŠ běžného typu. Žáci jsou také vzděláváni dle RVP pro základní vzdělávání, který slouží k vypracování ŠVP konkrétních škol. (Valenta a kol., 2015)

RVP řeší podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v samostatné části D. Z RVP vychází ŠVP, který je podkladem pro vytvoření individuálního vzdělávacího plánu nebo plánu pedagogické podpory. V nich je možné přizpůsobit školní podmínky na míru jedince vzhledem k jeho postižení. Dále je v RVP také popsán systém péče o žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními. (www.nuv.cz/file/4982/)

Školu navštěvují žáci s narušenou komunikační schopností, kterou se nepodařilo upravit pouze ambulantní logopedickou terapií a stěžuje tak školní vzdělávání těchto dětí. Současně ale školu mohou navštěvovat i děti s kombinovaným postižením či specifickými poruchami školních dovedností spojených s omezením v kognitivní oblasti. Čím dál tím častěji jsou zde také vzdělávány děti z bilingvního rodinného prostředí, kdy čeština nebývá jejich mateřský jazyk. (Valenta a kol., 2015)

Oproti ZŠ běžného typu je v ZŠ logopedické poskytována speciálně-pedagogická logopedická intervence. Obsah učiva je totožný s obsahem pro ZŠ běžného typu, navíc jsou do rozvrhu dětí přidány hodiny individuální logopedické terapie. Třídy také navštěvuje menší počet žáků. ZŠ logopedické jsou zpravidla zřizovány při krajských městech, varianta dojíždění tak pro mnohé děti není možná a jsou od pondělí

do pátku ubytované v pobytovém zařízení při základní škole, kde s nimi pracují vychovatelé. (Valenta a kol., 2015)

3.2.2 Podpora školskými poradenskými zařízeními pro děti s rozštěpovými vadami

Pod termínem **školská poradenská zařízení** se zkratkou ŠPZ patří dvě instituce, a to pedagogicko-psychologická poradna a speciálně-pedagogické centrum. Jejich služeb často využívají rodiče dětí, u kterých se vyskytly problémy v oblasti výchovy a vzdělávání. Stejně tak se na ŠPZ mohou obrátit pedagogové, kteří sledávají odlišnosti ve vzdělávání u svých žáků. V ŠPZ pracují kvalifikovaní pracovníci jako psychologové a speciální pedagogové. (Slowík, 2016)

Speciálně pedagogické centrum je školské zařízení, které provádí psychologickou, logopedickou nebo speciálně pedagogickou diagnostiku pro potřeby škol. Hlavním úkolem SPC je integrace dětí do ZŠ běžného typu a speciálně pedagogická pomoc pedagogickým pracovníkům v MŠ a ZŠ. Dále také SPC pomáhá v sociální oblasti postiženým dětem. (Dvořák, 2007)

„Pedagogicko-psychologická poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků.“ (Šmelová, Petrová, Suralová, 2012, s. 44) Konkrétně pak PPP zajišťuje přípravu žáků pro povinnou školní docházku z pedagogicko-psychologického hlediska, případně doporučuje odklad povinné školní docházky a metodicky napomáhá škole. Vypracovává odborné posudky pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb dětí. Poskytuje poradenství pro žáky, kdy s nimi řeší riziko školního neúspěchu či problémy osobnostního a sociálního charakteru. Obecně se zabývá prevencí, spolupracuje se školními metodiky prevence a zajišťuje s nimi prevenci sociálně patologických jevů na školách. (Šmelová, Petrová, Suralová, 2012)

PPP se zpravidla věnují diagnostice a poradenství v oblasti specifických poruch učení a chování nebo také výchovných a vzdělávacích obtíží. SPC jsou často zřizována při školách pro žáky se specifickými vzdělávacími potřebami a dle zaměření škol jsou zaměřována i SPC. Obě zařízení se podílejí na tvorbě individuálních vzdělávacích plánů, doporučují speciální pomůcky a spolupracují na činnosti asistenta pedagoga. (Slowík, 2021)

Asistent pedagoga může být chápán jako podpůrné opatření, současně je ale také pedagogickým pracovníkem, jehož prioritním posláním je podporovat integrované žáky se zdravotním znevýhodněním ve vzdělávání v hlavním edukačním proudu, což jsou MŠ, ZŠ a SŠ běžného typu. U žáků s tělesným zdravotním znevýhodněním pak lze hovořit o vzdělávání ve speciálních školách. (Teplá, Felcmanová, 2016)

3.2.3 Pedagogická podpora prostřednictvím podpůrných opatření pro děti s rozštěpovými vadami

Podpůrná opatření mohou být chápána jako soubor opatření organizačního, vzdělávacího a personálního typu, které poskytuje škola svým žákům, kteří je ze zákonného důvodu potřebují. (Michalík, Baslerová, Felcmanová, 2015) Dle Bartoňové a kolektivu (2016) lze podpůrná opatření definovat jinak, a to jako doporučení nutná ke kvalitnímu naplnění vzdělávacích potřeb žáka, a to bez ohledu na druh školy, kde je žákovi poskytované vzdělávání.

Při tvorbě systému podpůrných opatření a v současnosti i při jejich aplikaci se vychází ze sedmi principů. První zásadou je nikoho **nediskriminovat**, ke všem se přistupuje rovně a spravedlivě. Vždy se vychází z **odborných a kvalitních zdrojů**, jako jsou kvalifikační systémy či národní normy. Všechna PO musí být **efektivní a dostupná**, jinak by se vytratil jejich smysl. Na různých školách musí být **jednotná míra podpory** žáků, jednotlivá opatření pak mají svou hodnotu. V případě migrace žáka se snadněji přenášejí i již nastavená podpůrná opatření. Katalog podpůrných opatření slouží jako **metodické vedení** neboli návod pro vhodné vytváření podmínek a příležitostí. Katalog PO by měl také nabádat ke **spolupráci a kontinuitě** různých odborníků, např. speciálních pedagogů a pracovníků OSPOD. A nakonec je katalog chápán jako systém, který je připravený **otevřeně reagovat** na nové poznatky a trendy a dále se **rozvíjet**. (Michalík, Baslerová, Felcmanová, 2015)

Podpůrná opatření jsou v současné době dělena do pěti stupňů, kdy o prvním stupni smí rozhodnout sama škola. Další čtyři stupně podpory je možné získat pouze od pracovníků školského poradenského zařízení. Podpůrná opatření jsou klíčová v otázce integrace a inkluze, protože bez nich by začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do ZŠ běžného typu často vůbec nebylo možné. (Slowík, 2016)

První stupeň podpory spočívá v diagnostice dítěte, kterou provádí škola prostřednictvím svých pedagogických pracovníků, určuje a realizuje podpůrná opatření, která jsou hrazená z rozpočtu školy. Dlouhodobě lze tímto způsobem podporovat děti s lehkými obtížemi, ale děti, které mají těžké obtíže, mohou být podporovány maximálně půl roku. (Bartoňová a kol.)

Podpůrnými opatřeními bývají upravené pedagogické postupy, konkrétně se pak jedná o individualizaci postupů práce se žákem. V případě, že je zapotřebí spolupráce více pedagogických pracovníků v rámci školy, je nutné vyhotovit Plán pedagogické podpory. „*Plán stručně popisuje, kde má žák problémy, co se v postupech práce změní a jak se to promítne do metod práce, organizace vzdělávání žáka i jeho hodnocení. Popis má být stručný, je záznamem pro pedagoga/y jak s žákem pracuje/jí, s jakým úspěchem.*“ (www.msmt.cz/vzdelavani/podpurna-opatreni) Pokud se situace po třech měsících nelepší, je nutné, aby žák spolu se svým zákonným zástupcem využil služeb PPP či SPC, která mohou navrhnout jiný stupeň podpory. (www.msmt.cz/vzdelavani/podpurna-opatreni)

Cílem podpůrných opatření prvního stupně je, aby se žák stabilizoval ve svých výkonech a předešlo se tak školním neúspěchům a propadům do vyšších stupňů PO. Pedagogové PO vypracovávají dle pozorování žáka, mapování sociokulturního zázemí žáka, rozboru jeho práce, dlouhodobého hodnocení a zdravotního stavu. (Michalík, Baslerová, Felcmanová, 2015)

Druhý až pátý stupeň podpory tedy diagnostikuje PPP nebo SPC. Obě tyto instituce poté pracují se školou na naplnění podpůrných opatření. Druhý stupeň podpory bývá udělen žákovi s potřebou mírného stupně podpory. Ve třetím stupni je pak nutný střední stupeň podpory. Potřeba spolupráce SPC a PPP se školou se zvyšuje s každým dalším stupněm PO. (Bartoňová a kol., 2016)

SPC a PPP smějí udělit podpůrná opatření týkající se úpravy metod a forem vzdělávání, včetně obsahu a případně také výstupu vzdělávání, podpory školským poradenským pracovištěm či IVP. Upravit lze také organizaci vzdělávání, čímž je myšlena organizace výuky, kroužků, délky vyučovacích hodin a přestávek, počet žáků ve třídě, prostorové uspořádání třídy. Pedagog smí získat personální podporu v podobě asistenta pedagoga, školního psychologa nebo speciálního pedagoga. Žák má také právo na pomoc osobního asistenta, tlumočnicka do ČZJ, přepisovatele pro osoby se

sluchovým postižením. Žák také smí požádat o rozložení ročníku na dva roky, případně si o rok prodloužit vzdělávání. (www.msmt.cz/vzdelavani/podpurna-opatreni)

Obecně lze říct, že čím vyšší je stupeň podpory, tím náročnější je také podpora po finanční, metodické a personální stránce. Od druhého stupně podpory má škola nárok na příspěvek od státu na zajištění podpůrných opatření. V druhém stupni se často jedná např. o zvětšení písma, přehled denního režimu, rozšířené formy hodnocení nebo úpravu zasedacího pořádku. Taková opatření tedy nejsou extrémně finančně náročná. Naopak již ve třetím a až pátém stupni podpory škola musí zajišťovat např. speciální učebnice, přestavbu třídy či speciální didaktické, kompenzační a rehabilitační pomůcky. To vše je již mnohem více finančně zatěžující a škole musí být poskytnuty dostatečné finanční prostředky na zajištění podpory, zároveň je od třetího stupně podpory také zasažena organizace práce se třídou. Odborná speciálně pedagogická a psychologická intervence je již zapotřebí. Může probíhat ve škole, ve školských poradenských zařízeních či v rodině dítěte. Se zvyšujícím se stupněm podpůrných opatření se snižuje množství dětí ve třídě, aby byl zajištěn kvalitní individuální přístup. Na finanční rozdíl vzniklý menším počtem žáků ve třídě je škole opět přispíváno. Ve třetím stupni je tato finanční podpora realizována při vzdělávání skupiny v počtu osmi až čtrnácti žáků, ve čtvrtém stupni se pak jedná o skupinu šesti až osmi žáků. V pátém stupni podpory bývají třídy složené minimálně ze čtyř a maximálně ze šesti žáků. Od třetího stupně bývá také pravidlem vzdělávání dle **individuálních vzdělávacích plánů** a upraveného školského vzdělávacího programu. V druhém stupni se IVP využívá jen někdy a vždy platí jen pro některé oblasti vzdělávání. (Michalík, Baslerová, Felcmanová, 2015)

Individuální vzdělávací plán je závazný dokument, který je zásadní pro vzdělávání integrovaného znevýhodněného žáka ve škole běžného typu. (Slowík, 2016)

Co se týká možnosti využití dalšího pedagogického pracovníka, v druhém stupni podpory může u žáka fungovat tzv. **sdílený asistent**, který v rámci školy nebo třídy pomáhá více žákům najednou. Ve druhém stupni má žák nárok pouze na podporu asistentem po dobu jedné hodiny týdně, případně více při práci asistenta s více dětmi se stejnou potřebou pomoci. Ve třetím stupni už s žákem může samostatně pracovat sdílený asistent pět až osm hodin týdně. Ve čtvrtém stupni má žák nárok na podporu **asistentem pedagoga** dle jeho učebního plánu, někdy bývá ve třídě přítomen také další stálý pedagogický pracovník, který se na výuce podílí. V pátém stupni, který je určen

pro žáky s velkou mírou potřeby pomoci, je možná výuka v domácím prostředí. S každým zvyšujícím se stupněm PO se zahrnují do pomoci i PO z nižších stupňů. Základním východiskem pro rozdělení podpůrných opatření do jednotlivých stupňů podpory je úroveň dopadů postižení jedince na jeho vzdělávání, ne samotné postižení, protože i u dvou jedinců se stejným postižením, bude vzdělávání probíhat zcela odlišně. (Michalík, Baslerová, Felcmanová, 2015)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Uvedení do praktické části bakalářské práce

U dětí s rozštěpovou obličejovou vadou je v průběhu jejich dětství a dospívání zapotřebí zajištění komplexní péče. Jak je zmíněno výše, velmi zásadní je léčba plastickým chirurgem, dále pak ale také péče neonatologa, pediatra, foniatra, stomatologa, ortodontisty, otorinolaryngologa či psychologa a dalších odborníků. Není možné opomenout ani péči rodiny a přátel. Mezi odborníky, kteří se na intervenci o děti s RV spolupodílejí patří také logoped. Právě na činnost logopedů bude zaměřena pozornost v rámci praktické části BP, přičemž bude sledován zejména vývoj řeči a komunikačních kompetencí dětí s RV.

4.1 Cíle praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem prakticky orientované části bakalářské práce je zjistit, jaká je úroveň komunikačních schopností dětí s rozštěpovými vadami v období mladšího školního věku.

V návaznosti na hlavní cíl bakalářské práce byly stanoveny tři dílčí cíle:

DC1: Určit úroveň komunikační schopnosti žáků s rozštěpovými vadami při nástupu do základní školy.

DC2: Zmapovat, zda a jak dochází ke zkvalitňování komunikačních dovedností dětí s rozštěpovými vadami v průběhu docházky na první stupeň základní školy.

DC3: Analyzovat specifika přístupu k dětem s rozštěpovými vadami v průběhu jejich primární edukace.

4.2 Metodologie praktické části bakalářské práce

Bakalářská práce je tvořena jako smíšené výzkumné šetření, kde se mísí kvalitativní a kvantitativní metody výzkumu. Výzkum využívá metody studia odborné literatury a pramenů a metody kazuistiky a dotazníku. Výsledky kazuistik a dotazníkových šetření by měly prezentovat úroveň komunikačních schopností dětí s obličejovými rozštěpovými vadami při nástupu do školy a jejich následný vývoj. Dále by také měly

upozornit na specifika přístupu k těmto dětem. Výsledkem tohoto šetření by tedy mělo být naplnění cílů praktické části bakalářské práce.

4.2.1 Smíšený výzkum

Smíšený výzkum je přístup, který se využívá poměrně dlouhou dobu, např. Newman a Benz publikují knihu, věnovanou čistě jen smíšenému výzkumu již v roce 1998. Větší pozornosti se však této výzkumné metodě dostává až v současnosti. (Hendl, 2016)

„Samotný pojem „smíšený výzkum“ je zkratkou označující využití kvalitativních i kvantitativních metod v rámci jednoho projektu.“ (Štěch, 2014, s. 24) Není nutné, aby metody kvalitativního a kvantitativního výzkumu byly použity stejnou měrou. Zásadní je, aby se údaje získané kvalitativním a kvantitativním postupem vzájemně obohacovaly a definovaly, což je také současně jeden z kladů smíšeného výzkumu. (Štěch, 2014)

Hendl (2016) pak klady a zápory smíšeného výzkumu více rozvádí. Slova, obrazy a vyprávění z kvalitativních metod jsou používány pro zesílení významu čísel kvantitativních metod a obráceně. Stejně tak kazuistiky v této praktické části budou podloženy dotazníkovým šetřením a naopak. Dále může smíšený výzkum využívat metod kvalitativního i kvantitativního výzkumu zároveň a mít tak komplexnější a širší zpracování tématu. Výzkum nabízí více náhledů na témata, které by jinak při použití pouze jedné metody nebyly možné. Výsledky u smíšeného výzkumu bývají zpravidla obecnější. Velkým negativem je pro tento typ výzkumu časová, finanční a personální náročnost. Výzkumník musí být schopen využívat více metod a může se stát, že pro množství metod nemusí být některá z nich zpracována dostatečně důkladně.

Štěch (2014) ve své publikaci ještě upozorňuje na jednu charakteristiku typickou pro smíšený výzkum a to, že výstup z takového výzkumu se nedá předvídat. Tím, že se používá více metod zkoumání, může být závěr překvapující, a dokonce se výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumu mohou rozcházet. Autor tuto skutečnost hodnotí současně jako klad i zápor. Řešením pak může být přiklonění se k jednomu z výsledků na základě instinktu, což Štěch nepovažuje za vhodné řešení. Lepší je neshodná data podrobněji přezkoumat či využít další metodologický přístup.

Definovat **kvalitativní výzkum** je poměrně náročné, je zapotřebí zhodnotit mnoho faktorů, jako je typ dat nebo způsob analýzy dat. Definice je možné nalézt velké množství a vždy se od sebe mírně odlišují. Každý autor uvádí jako zásadní znak

kvalitativního výzkumu něco jiného. Švaříček a Šedová (2014) se pak snaží zohlednit všechny důležité kritéria. „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šedová, 2014, s. 17)

Tato definice představuje kvalitativní přístup jako rovnocenný, vzhledem k tradiční formě výzkumu. Dříve byl však kvalitativní výzkum považován pouze za vedlejší a doplňkový oproti kvantitativnímu výzkumu. Dnes již jsou obě tyto strategie chápány jako rovnocenné a mezi sebou nesoupeří. (Hendl, 2016)

Výhodou kvalitativní strategie je bezesporu kvalita získaných informací, bývají totiž velmi podrobné. Tato strategie se dá aplikovat v přirozeném prostředí jedince, skupiny či fenoménu. Kvalitativní strategie nemá jasně daný směr, vzhledem k informacím, které v průběhu šetření získá, může upravit směr svého působení. Je tedy velmi tvárná a modifikovatelná, mění se dle potřeb. Bohužel současně právě proto se výsledky šetření nedají zobecnit na celou populaci a jakékoliv prostředí. Kvalitativní strategie je také velmi časově náročná. Analýza získaných informací trvá velmi dlouhou dobu. Hypotézy se takto testují velmi obtížně. Výsledky nemusí být zcela objektivní, jednak nejsou v kvalitativním výzkumu využívány standardizované metody získávání dat a současně se výzkumník může nechat ovlivnit osobní preferencí. Právě proto se při interpretaci získaných dat nesmí nic vynechat ani opomenout, i díky tomu by se výsledky mohly jevit jako zkreslené. Typickými kvalitativními metodami jsou studované dokumenty a odborné texty, rozhovory a pozorování. (Hendl, 2016)

Kvantitativní výzkum je považován za klasický pedagogický výzkum, který je starší nežli kvalitativní výzkum. Kvantitativní strategii lze v pedagogice definovat jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy*“. (Chrátka, 2016, s. 11) Kvantitativní pedagogický výzkum je možné rozdělit do čtyř fází, které řeší jeden nebo více vzájemně souvisejících problémů. V první fázi je nutné stanovit si konkrétní problém, následně formulovat hypotézu. Třetí fázi je ověření hypotézy. Na konci výzkumu je nutné vyvodit závěr a prezentovat jej. (Chrátka, 2016)

Data, která se výzkumem získají, bývají tvrdá a spolehlivá, navíc je možné shromáždit data od velkého množství osob. Výzkumník si pak od subjektů udržuje odstup a sleduje celou situaci kolem výzkumu zvenčí. (Hendl, 2016)

Po srovnání kvalitativně a kvantitativně orientovaného výzkumu je patrné, že se výzkumy od sebe poměrně výrazně odlišují, a tudíž si tedy ani nekonkurují, naopak se doplňují. (Chrástka, 2016)

4.2.2 Metoda studium odborné literatury a pramenů

Studium odborné literatury a pramenů slouží především k vypracování teoretické části bakalářské práce, ale na základě získaných znalostí po využití této metody je možné předpokládat lepší porozumění problematice a terminologii, týkající se dané bakalářské práce, a tedy i kvalitněji a odborněji zpracovanou praktickou část bakalářské práce. Za odborné prameny lze považovat písemné materiály (osobní texty, vzdělávací publikace, úřední dokumenty či periodikum), vizuální materiály (fotografie, filmy, audiovizuální nahrávky) a hmotnou kulturu (oděvy, vzpomínkové předměty, vybavení bytu). (Gavora, 2010)

4.2.3 Metoda kazuistika

Kazuistika neboli případová studie je metoda, která se řadí mezi kvalitativní výzkumné strategie. Vyznačuje se sbíráním velkého množství dat od jednoho či několika málo subjektů. Data v těchto výzkumech bývají tvořena poznámkami z pozorování subjektů v terénu, rozhovory, fotografiemi, audiovizuálními záznamy, deníky a úředními dokumenty. Případová studie může mít více typů, konkrétně se pak jedná o osobní případovou studii, která se týká jednotlivce a je použita i v této práci, dále studii komunity (obyvatelé jednoho města) a studii sociálních skupin jako je rodina či pracovní kolektiv, studii organizací a institucí a zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů. (Hendl, 2016)

V později uvedených kazuistikách se pak vycházelo z rozhovorů s rodiči dětí a využity byly také videozáznamy, na kterých bylo možné uplatnit metodu pozorování. Velmi často docházelo ke komunikaci v online prostředí, aby byla dodržena vládní nařízení a nebylo ohroženo zdraví obou spolupracujících stran vzhledem k pandemii COVID – 19.

Rozhovor neboli „*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek* (Švaříček, Šedová, 2014, s. 159)“, je nejčastěji používaná metoda sběru informací v kvalitativní výzkumné strategii. Otázky v rozhovoru by měly být zásadně otevřené, aby badatel porozuměl dotazovaným osobám. Uzavřené otázky jsou pak vhodné v kvantitativních šetřeních. Rozhovor se dělí na polostrukturovaný a nestrukturovaný, ten probíhá bez hlubší přípravy a pouze jediná plánovaná otázka bývá zpravidla vyřčena hned na začátku rozhovoru, další otázky vyplývají z konverzace. Pro kazuistiky je vhodný polostrukturovaný rozhovor, kdy má badatel předem připravené otázky a témata. (Švaříček, Šedová, 2014)

Pozorování je nejstarší způsob provedení výzkumu v pedagogické realitě, při kterém se cíleně pozorují různé projevy lidí. Úsudek si každý jedinec utváří na základě zrakových, sluchových, čichových a pociťových vjemů. Pozorovat se dá subjekt, ale i prostředí, ve kterém se nachází, které může pomoci doplnit informace o jedinci. Pozorování je možné vést skrytě. Jedinec v takovém případě není informován o tom, že je pozorován. Druhou možností je pozorovat otevřeně, kdy je jedinec dopředu na pozorování upozorněn. Dle toho, jak se do situace, ve které je subjekt pozorován, badatel zapojuje, dělíme pozorování na zúčastněné a nezúčastněné. Lišit se také může dle uměle vytvořené či přirozené situace při pozorování. (Hendl, 2016)

Chráska (2016) ještě uvádí dělení pozorování na dlouhodobé a krátkodobé. Posledním typem je sebepozorování neboli introspekce a pozorování jiných, tedy extrospekce.

4.2.4 Metoda dotazník

„*Dotazník lze vymezit jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.*“ (Gavora in Chráska, 2016, s. 158) Řadí se mezi metody kvantitativního výzkumu. Za krátký časový úsek je možné získat velké množství informací, což je jeho velkou výhodou. Respondent, tedy osoba, která vyplňuje dotazník, je brána pouze jako číslo, neanalyzuje se pedagogická realita, tedy jací respondenti doopravdy jsou. (Chráska, 2016)

Vždy je nutné stanovit si jasný cíl dotazníku, protože jen tehdy může být dotazník kvalitní a výsledky z něj relevantní. Od cíle se pak odvíjí i struktura dotazníku.

Cíl, tedy hlavní otázku práce, je dobré si rozdělit na menší cíle. Vstupní částí dotazníku je zapotřebí budoucím respondentům představit cíl dotazníku a uvést základní údaje o autorovi dotazníku či instituci. V první kapitole je také namístě zdůraznit důležitost respondenta, aby byl více ochoten dotazník vyplnit. Vhodné je také připojit instrukce, jak dotazník vyplňovat. V druhé části pak následují samotné dotazníkové otázky. Na závěr se sluší poděkovat respondentovi za čas, který dotazníkovému šetření věnoval. (Gavora, 2010)

Zvolit je možné do dotazníku strukturované, tedy uzavřené otázky, kde respondent vybírá odpověď z již stanovené nabídky nebo nestrukturované čili otevřené položky, kdy je po respondentovi požadováno, aby odpověď sám vytvořil. Otázky se také dají rozdělit podle cíle, pro který je položka určena. Kontaktní položky navazují kontakt mezi respondentem a tazatelem, bývají snadné a nastiňují problematiku dotazníku. Funkcionálně psychologické položky odstraňují napětí, slouží pro snadný přechod mezi tématy, odvádějí pozornost od určitého tématu, aby odpovědi nebyly stereotypní. Kontrolní otázky slouží k ověření věrohodnosti respondentových odpovědí. Posledním typem otázek jsou filtrační položky, které se řadí před základní otázky, aby vyčlenily respondenty, kteří pro šetření nemají význam a daná problematika se jich netýká. (Chrásková, 2016)

4.3 Charakteristika místa výzkumného šetření

V listopadu roku 2019 došlo k prvotnímu osobnímu setkání s Mgr. Hanou Broulíkovou, zakladatelkou a předsedkyní zapsaného spolku Za novým úsměvem a proběhla domluva o budoucí spolupráci při psaní bakalářské práce a zapůjčení odborné literatury. Téměř o rok později započala aktivní spolupráce, a to v on-line prostředí vzhledem k probíhajícím dalším vlnám pandemie COVID - 19. Především došlo ke spojení se členy spolku, tedy rodičů dětí s rozštěpovou vadou přes soukromou facebookovou skupinu Rozštěp obličeje, rozštěpové vady a mohly tak být vypracovány tři případové studie. Dotazníky pak byly vloženy do on-line platformy pro tvorbu dotazníků Survio, díky které mohly zůstat anonymní.

Dotazníky pro rodiče byly přibližně z jedné poloviny distribuovány také přes aplikaci Facebook jako soukromé zprávy členům spolku, kteří mají ve svých rodinách děti s rozštěpem v odpovídajícím věkovém období. Druhá polovina byla distribuována

prostřednictvím e-mailů. Kontakty byly získány v publikaci Obličejový rozštěp: průvodce péčí o dítě s rozštěpem a stručný výklad pojmů od Hany Broulíkové nebo prostřednictvím webových stránek neziskové organizace dobrovolníků Šťastný úsměv.

Odkaz na dotazníky pro pedagogy byl distribuován především e-mailem a Mgr. Broulíková ho také vložila do facebookové skupiny Učitelé a Pedagogická komora. Dotazník byl rozeslán právě e-mailem do mnoha základních škol a pedagogům, na které bylo možné získat kontakt v on-line databázi SeznamŠkol.eu.

Za novým úsměvem klientů a přátel rozštěpového centra Praha z.s. byl založen Mgr. Hanou Broulíkovou v roce 2010, přibližně rok a třičtvrtě po narození její nejmladší dcery, která se narodila s kompletním levostranným rozštěpem. Zakladatelka, předsedkyně, učitelka a maminka tří dcer Hana Broulíková si byla vědoma potřeby komunikovat a předávat informace a zkušenosti dalším rodičům dětí s obličejovou rozštěpovou vadou a vytvořila koncepci práce rodičovské organizace podporující rozštěpové pacienty. Tato koncepce je složena ze čtyř hlavních principů, a to vytvářet přátelskou rodičovskou organizaci, spolupracovat s nemocnicemi a odborníky, spolupracovat s portály, médii a časopisy a intenzivně pracovat s rodiči. Ještě předtím ovšem dokázala vybudovat několik úžasných projektů pod hlavičkou OS Šťastný úsměv, které nadále běží. Prvním z nich byl vznik a provoz herny v rozštěpovém centru Kliniky plastické chirurgie při Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, dále vytvořila a pravidelně nadále každý rok vytváří a distribuuje kalendáře rozštěpových pacientů. Věnuje se osvětové činnosti na webových portálech a v časopisech a intenzivně spolupracuje s rodinami rozštěpových pacientů. V neposlední řadě pak organizuje setkávání klientů rozštěpového centra s lékaři a odborníky. (www.zanovymusmevem.cz)

Sama Hana Broulíková poslání spolku hodnotí takto: „*Základními cíli naší práce je kompletní informační servis rodičům dětí narozených i zatím nenarozených s rozštěpovou vadou v obličejí, spolupráce s lékaři a odborníky a osvětová práce směřující k potlačení předsudků o životě dětí s rozštěpem obličejí.*“ (www.zanovymusmevem.cz)

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen třemi skupinami probandů a respondentů. První skupina byla tvořena 3 dětmi s rozštěpovými vadami, jednalo se o 1 chlapce a 2 dívky ve věku deset a jedenáct let. Další skupinu respondentů tvořili rodiče dětí s rozštěpovou vadou v počtu 32 osob a další skupinou bylo 119 pedagogů první stupně ZŠ, Ze 119 pedagogů se pouze 19 setkalo za dobu své pedagogické praxe s žákem s rozštěpovou vadou.

Při tvorbě kazuistik je možné využít tři metody výběru osob, a to metodu výběru postavenou na ochotě osob účastnit se výzkumu, metodu postupnou, kdy se zúčastněné osoby nevolí ihned na začátku výzkumu, ale až v jeho průběhu a třetí, zde zvolenou metodu, metodu záměrného výběru výzkumného vzorku. (Skutil a kol., 2012)

Pro kazuistiku bylo nutné najít tři rodiny s dítětem s rozštěpovou vadou, které již absolvovalo nebo absolvuje povinnou školní docházku. Reálně se pak objektem pro kazuistiku A stal v době psaní jedenáctiletý chlapec s širokým oboustranným nesouměrným rozštěpem rtu a patra, kde informace poskytovala matka. Pro kazuistiku B byla zvolena v době psaní jedenáctiletá dívka s kompletním levostranným rozštěpem, kdy byly informace čerpány především prostřednictvím její matky a z dostupných videí. Kazuistika C popisuje v době psaní desetiletou dívku s celkovým pravostranným rozštěpem, kde byly informace získány prostřednictvím emailů, telefonátů a fotografií od matky.

Dotazníky byly určeny dvěma cílovým skupinám. Dotazník pro rodiče cílil na rodiče a zákonné zástupce dětí s rozštěpovou vadou navštěvující první stupeň základní školy. Kontaktování byli rodiče těchto dětí v organizacích Za novým úsměvem a Šťastný úsměv, což v celku činilo 85 jednotlivě dotázaných. Zpět se podařilo získat 32 vyplněných dotazníků.

Dotazník pro pedagogy byl určen prvostupňovým pedagogům na základních školách běžného typu i na základních školách pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami či na základních školách logopedických. V případě, že se pedagog nesetkal s dítětem s rozštěpovou vadou, dotazník pro něj skončil již druhou otázkou. Tito respondenti neměli zásadní vliv na dotazníkové šetření, ale je z jejich počtu patrné, jak časté je setkání učitele s dítětem s rozštěpovou vadou. Kontaktování byli pedagogové především na území Libereckého kraje, a to s ohledem na působení spolupracujícího

spolku Za novým úsměvem a bydliště a působení autorky práce. Osloveno bylo přibližně 210 základních škol. V případě možnosti byli kontaktováni samotní pedagogové těchto škol, kterých bylo celkem 476. Současně se dotazník dostal k dalším pedagogům prostřednictvím facebookové skupiny Učitelé a Pedagogická komora. Dotazník vyplnilo 119 pedagogů, z toho se jen 19 pedagogů setkalo za dobu své praxe s dítětem s rozštěpovou vadou.

4.5 Průběh realizace výzkumného šetření

Pro možnou tvorbu praktické části bylo nejdříve zapotřebí prostudovat odborné prameny a literaturu zaměřené na rozštěpové vady a edukaci dětí na základní škole. Na základě těchto znalostí bylo možné vypracovat teoreticky koncipovanou část bakalářské práce a vytvořit také část praktickou, tedy dotazníková šetření a kazuistiky.

Na kazuistikách se začalo intenzivně pracovat v říjnu roku 2020, nejdříve došlo k přípravě osnovy, která posloužila jako vodítko při psaní samotné kazuistiky. Ke každému bodu osnovy pak byly přiřazeny konkrétní otázky a poznámky, aby nebylo opomenuto nic důležitého. Na základě rozhovorů s rodiči, jejich vyprávění, informací jimi poskytnutých a pozorování dítěte prostřednictvím videonahrávek, vznikly samotné kazuistiky.

Dotazníky vznikaly již od září roku 2020 a byly několikrát upraveny, aby jejich validita, tedy záměr dotazníku a získání odpovědí na otázky praktické části bakalářské práce, byly naplněny. Vzhledem k velmi náročné koronavirové době vznikly dva dotazníky, protože pedagogové i rodičové byli velmi vytíženi a předpokladem byla nižší návratnost dotazníků, což by ohrozilo kvalitu výzkumného vzorku. Již finálně vyhotovené dotazníky pak byly distribuovány od prosince roku 2020 do února 2021. Výsledky dotazníků byly shromažďovány do poloviny března roku 2021. V druhé polovině března pak proběhlo vyhodnocení získaných odpovědí a následně i komplexní hodnocení kazuistik a dotazníků se zaměřením na naplnění cílů praktické části BP.

5 Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením

Praktická část bakalářské práce byla realizována na úrovni tvorby kazuistik dětí s rozštěpovou vadou dokladujících mimo jiné rozvoj komunikačních dovedností u této cílové skupiny. Sběr dat následně probíhal s využitím dotazníkové metody, a to u cílové skupiny rodičů dětí s rozštěpovou vadou a pedagogů prvního stupně ZŠ.

5.1 Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s rozštěpovými vadami v praxi

V níže uvedeném textu budou prezentovány kazuistiky vybraných dětí s rozštěpovými vadami. Všechna jména uvedená v kazuistikách jsou smyšlená (s ohledem na GDPR), ostatní prezentované informace jsou uváděny pravdivě/dle skutečnosti.

Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s rozštěpovými vadami v praxi – Damián

Damián se narodil 3. 5. 2009 ve 21:30 ve Fakultní nemocnici Motol, při propuštění z nemocnice měřil 46 cm a vážil 2 100 g. V době psaní kazuistiky je chlapci jedenáct let a navštěvuje pátou třídu základní školy. Jeho největším koníčkem je v současné době hokej, kterému se učí. Po svém otci fandí Spartě. Dále má také velmi rád počítačové hry a sporty obecně. Až bude velký, rád by se stal profesionálním hokejistou, jeho velkým vzorem je David Pastrňák. Ve fotbale pak obdivuje Cristiana Ronalda.

Matka Petra se narodila v roce 1973 v Roudnici nad Labem. V současné době žije v malé obci v okrese Litoměřice v Ústeckém kraji. Paní Petra je absolventkou gymnázia a pracuje jako specialista prodeje. Její zdravotní stav je dobrý, sama rozštěp nemá.

Otec Lukáš se narodil v roce 1975 ve Varnsdorfu. V současné době žije se svou ženou a dvěma syny v rodinném domě v Ústeckém kraji. Pan Lukáš je absolvent SOU a pracuje jako technik. Jeho zdravotní stav je dobrý, sám rozštěp nemá.

Damián má staršího bratra Richarda. Richard se narodil rodičům po bezproblémovém těhotenství 22. 12. 2005 ve třicátém třetím týdnu těhotenství. V raném dětství se chlapec zpožďoval v pohybu a byla mu diagnostikována srdeční vada, jinak byl ale zdravý. Později s rozvojem chůze přestal chlapec mluvit a více se opožďoval ve vývoji. Dnes je u Richarda diagnostikované těžké mentální postižení, pravděpodobně má také poruchu autistického spektra. Dále se léčí s diabetem melitem a již zmíněnou

srdeční vadou. Chlapec navštěvuje základní školu pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami. Rozštěpová vada se u něj nevyskytla. Richard je odkázán na péči svých rodičů.

V rodině obecně panují dobré vztahy, i přes náročnou péči o Richarda. Matka je za své děti velmi vděčná a rozhodnutí si syna Damiána nechat nikdy nelitovala. Rozpaky širší rodiny se vzhledem k rozštěpu vytratily, bohužel přetrvávají rozpaky z postižení staršího syna. Rodina proto není s širokým příbuzenstvem téměř v kontaktu. V celé široké rodině se rozštěpová vada obličejе nikdy nevyskytla.

Další těhotenství paní Petry bylo plánované, druhé dítě si s manželem velmi přáli. Mysleli si, že se budou muset pokusit o IVF, tedy umělé oplodnění, stejně jako tomu bylo u prvního syna. Paní Petra měla za sebou již několik potratů a vyšetření určovala cestu k miminku pouze přes IVF. Nakonec ovšem otěhotněla přirozenou cestou. Těhotenství až do pátého měsíce probíhalo bezproblémově, rozštěpová vada byla odhalena na běžném ultrazvukovém vyšetření. Vzhledem k vyššímu věku a ultrazvukovému nálezu musela paní Petra podstoupit amniocentézu neboli odběr plodové vody a magnetickou rezonanci. Na základě těchto vyšetření byla diagnóza potvrzena a rodičům bylo doporučeno umělé ukončení těhotenství, a to ihned druhý den. Telefonická konzultace rodičů s Klinikou plastické chirurgie při Fakultní nemocnici Královské Vinohrady ovšem výrazně napomohla k rozhodnutí si syna nechat.

Paní Petra se přihlásila k porodu ve Fakultní nemocnici Motol, aby MUDr. Borský mohl brzy po narození provést první operaci rozštěpu. Syn Damián se narodil předčasně jako nedonošené dítě ve třicátém šestém týdnu. Porod ovšem proběhl v pořádku, chlapec se narodil přirozenou cestou. Pokus o kojení byl vzhledem k vadě neúspěšný, nejdříve byl chlapec krmen sondou, později pak přes měkkou savičku s velkým otvorem. Dudlík nikdy Damián neměl. Diagnóza zněla široký oboustranný nesouměrný rozštěp rtu a patra.

První operace rtu a nosu byla provedena čtvrtý den života novorozence a proběhla bez komplikací. Matka se se synem setkala večer na JIP. Po operaci začalo miminko nosit nostrily, tedy silikonové trubičky, sloužící k modelaci nosu. Fetální hojivost napomohla hezkému zhojení jizev. U chlapce probíhaly od narození pravidelné kontroly u MUDr. Borského, plastického chirurga. Chlapec se také léčí s nefunkční

štítnou žlázou, která byla zjištěna z prvního odběru krve z paty při narození. Dále prodělal novorozeneckou žloutenku, která ovšem sama po pár dnech odezněla. U chlapce nejsou známé žádné alergie. Rekonstrukce patra proběhla ve dvanácti měsících. Operace byla komplikovaná a náročná, chlapec se při operaci dusil. Patro se ovšem uchytilo a zhruba o tři měsíce později byl chlapec schopen správně polykat stravu a již mu nezatékala do nosu. Ve dvou letech bylo nutné zavést do obou uší gromety pro odvod nahromaděné tekutiny ve středouší. V sedmi letech pak prodělal opět u MUDr. Borského operaci, při které bylo prohloubeno patro, oddělen ret od dásní a modelován nos. Vše proběhlo bez komplikací. O tři roky později pak bylo Damiánovi při dalším operativním zákroku odstraněno sedm zubů, čtyři zuby z dočasného chrupu a dva zuby z trvalého chrupu, z důvodu vytvoření dostatečného prostoru v dutině ústní.

Do budoucna čekají chlapce ještě další operace. Nyní se fixním aparátem roztahuje patro a přibližně za tři čtvrtě roku by mohlo dojít k první operaci, kdy se do patra bude vkládat chybějící kost. Tato operace se může ještě několikrát opakovat. Po definitivním vymodelování patra dojde k posunu a implantaci chybějícího chrupu. Nutná bude také minimálně ještě jedna reoperace nosu.

Z finančního hlediska maminka vidí situaci jako řešitelnou. Vždy by pro svého syna zaplatila potřebné pomůcky znovu. Nutné bylo zakupovat či doplatit nostrily a umělou kojeneckou výživu. Snímatelné i fixní zubní aparáty jsou při rozštěpovém centru FNKV hrazeny v plné výši zdravotní pojišťovnou.

V současné době je léčba na plastice u MUDr. Borského již tři roky pozastavena. Vše se vyvíjí dobře a není zapotřebí aktuálně nic řešit. Na ortodontcii ve vinohradské nemocnici jezdí rodiče s Damiánem standardně každé čtyři měsíce, tedy třikrát do roka. V současné době jsou ale návštěvy mnohem intenzivnější, a to jednou za dva týdny až jednou za měsíc pro úpravu celopatrového fixního aparátu. Damián má již třetí fixní aparát pro roztažení patra.

Problémy s častými záněty středního ucha a tekutinou ve středouší má chlapec již od raného dětství. Poslední rok je ale situace výrazně lepší. Na začátku se chlapec léčil na ORL ve vinohradské nemocnici, kde mu byly ve dvou letech v plné narkóze zavedeny již zmiňované gromety, které ale bohužel po půl roce vypadly. Díky častým a akutním zánětům středního ucha došlo také k perforaci bubínků. V současné době je Damián v péči ORL v Roudnici nad Labem, kde záněty i tekutinu ve středouší stále

intenzivně řeší. Sluch má chlapec v normě. Léčba u foniatra neprobíhá, protože není zapotřebí.

Návštěvy u psychologa Damián v současné době nepotřebuje. V ZŠ docházel ke školní psychologce, aby pochopil onemocnění svého bratra a to, proč ho fyzicky napadá. Matka Petra navštěvovala psychologa po dobu jednoho roku kvůli špatným vztahům se svými rodiči. Nicméně rozštěp a věci s ním spojené nikdy nebyl pro rodinu důvodem k návštěvě psychologa.

Příjem potravy je u Damián problematickou záležitostí od dětství až po současnost. Jak již bylo zmíněno, pro těžkou rozštěpovou vadu nebylo u chlapce možné kojení. Příkrmy začali rodiče zkoušet zhruba v půl roce věku syna, kdy byl schopen konzumovat pouze kupované zeleninové příkrmy. Jakékoliv přesnídávky z ovoce a kaše odmítal pravděpodobně proto, že byly příliš agresivní pro prostředí v nose. Začátky příkrmů byly velmi těžké, většina jídla vytékala chlapci nosem. S tuhou stravou se začínalo velmi pozvolna po zhojení operovaného patra. První týdny po operaci byl chlapec schopný konzumovat jen najemno namletá jídla. Spolu s přibývajícím chrupem se ale lepšila i situace s tuhou stravou. V současné době činí obtíže fixní aparát, kvůli kterému má Damián omezené možnosti skusu a jídlem se často dusí. Damián nemá žádná dietní omezení.

Celkový motorický vývoj chlapce je dobrý. Symetricky a koordinovaně lézt začal v osmi měsících věku, samostatný vzpřímený sed na zadečku zvládl o měsíc později. Chůze se u chlapce začala rozvíjet ve dvanácti měsících, operaci patra byla ale zbrzděna, a tak začal Damián chodit až v patnácti měsících. Nyní nemá žádné motorické obtíže.

Damián začal ve třech letech navštěvovat MŠ běžného typu, kdy jednou za měsíc docházel na hodinu ke školní logopedce, jinak byl ale zařazen do běžné třídy. Vztah mezi chlapcem a pedagožkami byl bezproblémový. V řadách dětí se občas objevil posměch za jizvy v obličeji, ale vždy v únosné míře. Pedagožky uměly dětem vysvětlit, že odlišnost není špatná, a tudíž není důvod k posměchu. Již od školky je Damián sledován pracovníci PPP. Poradnu musí navštěvovat kvůli rozštěpu, dlouhou dobu byl ale také automaticky brán jako osoba s nízkým intelektem, což se matce daří v poslední době úspěšně vyvracet.

Rodiče požádali o odklad povinné školní docházky z důvodu lepšího celkového vyzrání syna. ZŠ rodiče volili dle spolužáků z MŠ, aby jejich syn nevstupoval do zcela cizího kolektivu, a to i za cenu delšího dojíždění. Přesto se ve škole setkal s nepochopením některých spolužáků. Posměch žáků druhého stupně ZŠ vyřešil sám Damián ignorováním, posměch ustal. Naopak našel mezi spolužáky i dobré kamarády. Ve škole má Damián možnost žádat o individuální hodnocení, ale zatím to není zapotřebí. Absence z důvodu návštěvy lékařů je u Damiána minimální a nikdy mu nečinila problémy. Ve třídě je přítomna asistentka pedagoga, která pomáhá v rámci třídy více dětem. V případě potřeby může pomoc asistentky využít i Damián, což se ale zatím neděje. Domácí přípravu do školy v době on-line výuky zvládá poměrně dobře, problémy má se soustředěním. Mezi oblíbené předměty řadí matematiku, vlastivědu a tělocvik. Jen musí dávat pozor při míčových sportech a hokeji na fixní aparát. Příliš si nepotrpí na český a anglický jazyk, ale zvládá je také velmi dobře.

Vývoj řeči u chlapce je narušený v oblasti artikulace. Od raného dětství je přítomné broukání, vokalizace, echolálie. Prvním slovem chlapce bylo “táta“ a to mezi osmým a devátým měsícem věku. První věty byly věnovány motorkám a autům. Od raného dětství byl chlapec velmi zvědavý a komunikativní. Vždy se ptal na věci kolem sebe. Nebavily ho říkanky. U otce se vyskytuje chybná výslovnost hlásky Ř. Bratr Richard nemluví vůbec, což je dáno kombinací MR a PAS. První návštěva u logopeda proběhla naprosto automaticky vzhledem k diagnóze ve třech letech spolu s nástupem do mateřské školy. Damiána se ujala logopedka MŠ, kdy ze začátku pracovala s chlapcem jako s osobou s MR, což se rodičům podařilo vyvrátit, až výrazně později. U chlapce není stanovena přesná diagnóza, respektive není známa rodičům. Pracuje se s ním automaticky z důvodu rozštěpu rtu a patra. Spolu s nástupem do ZŠ převzala logopedickou péči logopedka ZŠ. Zde se chlapec velmi zlepšil a začal dělat pokroky, naučil se správně vyvozovat všechny chybně vyvozované hlásky, tedy C, S, K, R. V současné době mu činí obtíže pouze neznělé Ř. Pozor si také musí dávat na tempo řeči, aby příliš nedrmolil. Slovní zásoba je u chlapce bohatá. Terapie probíhá stále, a to pravidelně jednou týdně v rámci vyučování. Doma chlapec trénoval pravidelně s rodiči, v současné době již trénuje sám, dle pokynů logopedky. Cílem do budoucna je zdokonalit výslovnost hlásky Ř.

Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s rozštěpovými vadami v praxi – Karolína

Dívka Karolína se narodila 17. 3. 2009 ve 23:15 ve Fakultní nemocnici Motol, měřila 50 cm a vážila téměř 4000 g. V době psaní kazuistiky je dívce jedenáct let a navštěvuje šestou třídu základní školy. Ve volném čase ráda čte, speciálně pak příběhy Harryho Pottera a sportuje, především pak hodně běhá. Rozštěp Karolíně nezpůsobuje žádná sportovní omezení. Také ráda tráví čas se svými kamarády a moc ji baví učení. S kamarády ze školy se vídá i ve volném čase a pořádají mezi sebou přespávání. Tři roky chodila na kroužek angličtiny, ale nepotrpí si na řízené aktivity.

Matka Helena se narodila v roce 1972 v České Lípě. V současné době žije v Libereckém kraji v okrese Česká Lípa. Vystudovala pedagogickou fakultu a celý život působí ve školství jako učitelka na prvním stupni základní školy. Její zdravotní stav je dobrý, sama rozštěp nemá.

Otec Kamil se narodil v roce 1971 v České Lípě. V současné době žije se svou ženou a dcerou v rodinném domě v České Lípě. Pracuje jako automechanik. Jeho zdravotní stav je dobrý, sám rozštěp nemá.

Dívka Karolína má dvě starší sestry, Pavlínou a Patricii. Pavlína se manželům narodila jako první, a to v roce 1993. O čtyři roky později, roku 1997 přišla na svět Patricie. Obě miminka se narodila zdravá, bez rozštěpové vady či jiného onemocnění. Pavlína prodělala v dospělosti rakovinu. Obě pracují, jsou vdané a žijí se svými rodinami. V rodině obecně panují dobré vztahy, všechny tři sestry se mají rády a navzájem si pomáhají. Manželství Heleny a Kamila je šťastné, Karolína má výborné domácí zázemí. Matka považuje dítě s rozštěpem, tedy její Karolínu, za velký dar.

Do třetího a plánovaného těhotenství vstupovala paní Helena jako zdravá, pouze s rizikem vyššího věku. Dcera se jí narodila ve třiceti šesti letech. Krevní testy v průběhu těhotenství nebyly zcela v pořádku. Pro vyloučení postižení plodu Downovým syndromem bylo nutné provést amniocentézu, která ovšem postižení vyloučila. Ve dvacátém týdnu těhotenství na ultrazvuku lékař odhalil rozštěpovou vadu. Pro upřesnění diagnózy žena podstoupila magnetickou rezonanci, kde se potvrdila diagnóza jednostranného celkového rozštěpu. Gynekoložka doporučila rodině umělé ukončení těhotenství. Takovou variantu ovšem rodina zamítla a své nenarozené dceři dali přezdívku Králíček.

Paní Helena byla hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství Fakultní nemocnice Motol v třicátém osmém týdnu těhotenství, aby byla přítomna v nemocnici, kde by mohl její dceru včas operovat MUDr. Borský, který se specializuje na operace dětí s rozštěpovou vadou do jednoho týdne po narození. Pan doktor Borský paní Helenu s manželem přijal na konzultaci již v sedmém měsíci těhotenství, aby jim osvětlil, co zhruba dceru po narození čeká. Karolína se narodila ve čtyřicátém týdnu. Porod byl vaginální a provokovaný. V průběhu porodu se nevyskytly žádné komplikace. Na straně matky i novorozence proběhlo vše v pořádku. Pokus o kojení byl vzhledem k vadě neúspěšný. Diagnóza zněla celkový široký levostranný rozštěp, zasažen byl tedy ret, čelist i patro.

První operace rtu a nosu byla provedena v celkové anestézii třetí den života novorozence, trvala přibližně dvě hodiny a proběhla bez komplikací. Po operaci začal novorozenec nosit nostrily, tedy silikonové trubičky, sloužící k modelaci nosu. Fetální hojivost zapříčinila hezké zhojení jizev. Karolína nemá kromě obtíží spojených s rozštěpem žádné jiné zdravotní komplikace. Po narození neprodělala novorozeneckou žloutenku. Nemá žádné alergie. Celkový motorický vývoj probíhal také v normě, symetricky a koordinovaně lézt začala zhruba v roce a chodit ve čtrnácti měsících.

U Karolíny probíhají od narození pravidelné kontroly u MUDr. Borského, plastického chirurga. Do pěti let věku dívky byly kontroly pravidelně každé tři měsíce. Od pěti let pak již jen jednou za rok. Dále pravidelně každé tři měsíce sledovali dívku stomatolog a otorinolaryngolog, nyní se tak děje také pouze jednou ročně. Rekonstrukce patra proběhla v devíti měsících věku dítěte, tedy v roce 2010, rekonstrukce čelisti pak v roce 2019 ve FNKV Praha. Obě operace proběhly bez komplikací se skvělým výsledkem.

V budoucnosti nejsou v rámci léčby plánované žádné operativní zákroky. Nicméně po ukončení růstu obličeje může Karolína podstoupit z estetického důvodu korekci nosu. Toto rozhodnutí ale zcela závisí na její potřebě a rozhodnutí.

Z finančního hlediska je péče o dítě s rozštěpem dle paní Heleny nenáročná. Cestovní výlohy na kontroly v Praze byly vždy propláceny. Jedinou větší investicí byly nostrily, rodiče se na to ale vždy měli možnost připravit. Snímatelné i fixní zubní aparáty jsou při rozštěpovém centru FNKV hrazeny v plné výši zdravotní pojišťovnou.

Dívka se od narození do svých šesti let potýkala se sekretorickou otitidou, což znamená, že je od narození ve středouší přítomná tekutina, kterou je zapotřebí odvádět grometami, aby nevznikla sluchová vada. Uši musely být chráněny před prachem a vodou, proto Karolína nosila čelenky, které uši zakrývaly. Poslední gromety byly Karolíně odstraněny v šesti letech a od té doby se nepotýká s žádnými komplikacemi. Za celou dobu léčby se gromety musely zavádět čtyřikrát. Sluch dívky je bez postižení. Terapie u foniatra není zapotřebí, proto jej Karolína nenavštěvuje. Akutní zánět středního ucha se u Karolíny vyskytl pouze jednou, a to v šesti letech.

Dívka nikdy nepotřebovala péči psychologa. Od samého počátku je jí velkou oporou rodina. Nikdy své onemocnění nebrala jako handicap, ale spíše jako přednost. Nemá problém o rozštěpu hovořit. Zájem spolužáků a dalších dětí ve škole kvůli rozštěpu vždy snášela dobře. Karolína je zdravě sebevědomá, v současné době jí její sebevědomí trochu narušuje akné. Rodiče rozštěp své dcery také nepovažují za problém a nepotřebují ho řešit s psychologem. Matka dodává, že nejlepším psychologem je pro ni její manžel.

Jak již je uvedeno výše, Karolína nemohla být pro těžkou rozštěpovou vadu kojená a byla tedy krmena z lahve přes savičku, tím ale problémy s příjmem potravy skončily. Dívka má jídlo velmi ráda, a to již od dětství. Příkrmy zvládala výborně a přechod na tuhou stravu nebyl problém. Karolína nemá žádná dietní omezení. Dudlík měla do tří let věku.

V současné době probíhá intenzivní léčba na ortodoncii při rozštěpovém centru při FNKV. Kontroly se konají každé tři měsíce. Karolína se na ortodoncii léčí od svých tří let, kdy začínala se snímatelným aparátem, který měl za úkol fixovat čelistní oblouk a nasazoval se pouze na noc. Na rok pak byl nasazen fixní aparát. Po úspěšné operaci čelisti má Karolína posledního půl roku opět fixní aparát, který sice bude nosit velmi dlouho, ale v případě, že bude léčba úspěšná, nemuselo by dojít k náhradě chrupu zubním implantátem v mezeře v čelisti. Nicméně definitivně se o implantaci rozhodne až po ukončení ortodontické léčby.

Od necelých tří let chodila Karolína do mateřské školy běžného typu. Do základní školy nastupovala bez odkladu povinné školní docházky a nikdy nebylo zapotřebí navštívit PPP či SPC. Učí se výborně a škola ji velmi baví. Paní Helena pořádá pravidelná setkávání dětí i dospělých s rozštěpovou vadou a odborníků

a Karolína se jich také účastní. Ve škole neměla vzhledem k rozštěpu žádné problémy, kamarády si umí najít rychle a snadno. Se šikanou se kvůli rozštěpu také neseškává. Do školy se připravuje zcela sama a vzorně, její prospěch je výborný. Léčba rozštěpové vady se nepojí s vysokou absencí ve škole. ZŠ běžného typu rodiče vybrali dle působení paní Heleny, která si pro svou dceru přála laskavou paní učitelku z řad svých kolegyň, a to se také vyplnilo. Paní učitelka vždy otevřeně komunikovala se všemi dětmi a otázky spojené s rozštěpy si vždy mezi sebou vysvětlili. ZŠ, kam Karolína chodí, má součástí učebního plánu i etickou výchovu, kde je mimo jiné jednou z klíčových kompetencí podpora sebevědomí dítěte. Čerstvý přechod na druhý stupeň nepředstavoval pro Karolínu problémy, v pololetí měla na vysvědčení samé výborné. On-line výuku zvládá také velmi dobře, naopak ji vyhovuje, že si může déle přispat. S kamarády si hodně telefonuje a chatuje. Umí se zabavit, poslouchá hudbu nebo si čte. Nejvíce si ve škole oblíbila český jazyk, anglický jazyk, přírodovědu a výtvarnou výchovu. Naopak nemá ráda matematiku, kterou má spojenou se záludnými úkoly své matky, které nikdy neměla ráda.

Od začátku je vývoj řeči výborný. Od raného dětství je přítomné broukání, vokalizace, echolálie. Karolína je již od dětství velmi zvědavá a komunikativní. Karolínina první slova byla standartně máma, táta, zvuky zvířat a další citoslovce. U rodičů ani sester se žádné problémy v logopedické oblasti nikdy nevyskytly. Vývoj řeči Karolíny hodnotí matka jako srovnatelný s vývojem zdravých starších sester. Z preventivních důvodů na doporučení MUDr. Borského byla Karolína ve třech letech vzata do péče logopedky PaedDr. Evy Škodové ve Foniatrické klinice v Žitné ulici v Praze. Návštěvy u logopedky probíhaly jednou za měsíc, a to do šesti let věku Karolíny. Domácí příprava probíhala denně formou hry, což Karolínu velmi bavilo. Služeb logopedů v MŠ a ZŠ nikdy nepotřebovala využívat. V současné době je řeč zcela fyziologická, bez potřeby terapie.

V současné době by se Karolína ráda v dospělosti stala herečkou a matka doufá, že ji to ještě přejde. Nyní píše scénář k dalšímu dílu Harryho Pottera. Až bude dospělá, ráda by si pořídila automobil značky Audi a provdala by se za herce, který hrál postavu Draca Malfoe.

Rozvoj komunikačních dovedností u dětí s rozštěpovými vadami v praxi – Jana

Jana se narodila 29. 3. 2011 ve 16:25 ve Fakultní nemocnici Motol, při prvním měření po narození byly její míry 54 cm a 2 650 g. V době psaní kazuistiky je dívka deset let a navštěvuje čtvrtou třídu základní školy. Janička je velmi aktivní a má mnoho zálib. Navštěvuje čtyři kroužky, a to dobrovolné hasiče, fotbal, keramiku a tzv. šikulky, což je školní kroužek rozdělený dle tříd, kde se zaměřují na malování a vyrábění. Obecně má Jana ráda sport, ráda cvičí, hraje fotbal a tancuje. Velmi ráda také maluje. Její velkou vášní jsou zvířata, až bude dospělá, ráda by se stala veterinářkou a měla svou vlastní veterinární ordinaci a současně by cvičila psy. Doma nyní chovají slepice, kozu, králíka, dva psy a rybičky.

Matka Hedvika se narodila v roce 1977 v Hořovicích. V současné době žije v obci Zaječov v okrese Beroun ve Středočeském kraji. Paní Hedvika má vysokoškolské vzdělání a pracuje v oblasti marketingu a administrativy. Její zdravotní stav je velmi dobrý a rozštěp se u ní nevyskytuje.

Otec Jonáš se narodil v roce 1974 v Rokycanech. V současné době žije v obci Obecnice v okrese Příbram ve Středočeském kraji. Manželé jsou od tří let Jany rozvedeni. Se svou dcerou se pravidelně stýká každých čtrnáct dní o víkend. Pan Jonáš je absolventem SOU a pracuje jako seřizovač. Jeho zdravotní stav je uspokojivý, sám rozštěp nemá.

Jana žije se svou matkou, babičkou a dvěma bratry v rodinném domě. Jana má vlastní pokoj. Bratři, dvojčata Jiří a Jan jsou o čtrnáct let starší, je jim dvacet čtyři let. Narodili se 30. 3. 1997 po bezproblémovém těhotenství v třicátém šestém týdnu v porodnici v Hořovicích. Oba byli pro nižší porodní hmotnost umístěni do inkubátorů, jejich vývoj byl ovšem naprosto v normě. V současné době jsou zcela zdraví, rozštěpy se u nich nevyskytují. Oba mají dokončené střední odborné vzdělání s maturitou a pracují v oblasti stavebnictví a strojírenství.

V rodině obecně panují dobré vztahy, Janin rozštěp byl celou rodinou přijat dobře. I přesto, že matka o rozštěpu věděla již od dvacátého. týdne těhotenství, veřejnosti tuto informaci sdělila až po porodu, aby předešla nevyžádaným radám a názorům. Matka je za svou dceru velmi vděčná a rozhodnutí Janu přivést na svět i s rozštěpem v obličeji považuje za jedno z nejlepších v jejím životě. V celé široké rodině se rozštěpová vada obličeje nikdy nevyskytla.

Druhé těhotenství paní Hedviky bylo plánované a přirozené. Těhotenství probíhalo bezproblémově a nebylo označené za rizikové. Rozštěpová vada byla odhalena ve dvacátém týdnu gravidity na velkém ultrazvukovém vyšetření. Vzhledem k ultrazvukovému nálezu musela paní Hedvika podstoupit v Praze ve Fakultní nemocnici Motol amniocentézy neboli odběr plodové vody, a 5D ultrazvuk pro vyloučení dalších vývojových vad. Matce byla nabídnuta možnost umělého ukončení těhotenství. Paní Hedvika situaci zvažovala celé tři týdny. Důležité pro ni bylo, aby se nerozhodovala za sebe, ale za svou dceru. Zvažovala budoucí kvality života její ještě nenarozené dcery. Matka si zjišťovala velké množství informací a narazila při tom na pořad televize NOVA Vizita, díky kterému se spojila s Hanou Broulíkovou, matkou dívky s rozštěpovou vadou. Toto setkání matku utvrdilo v tom, že se zvládne postarat o dítě s rozštěpem. Spolu s Mgr. Broulíkovou poté budovala organizaci Za novým úsměvem a s tím spojené projekty.

Paní Hedvika se přihlásila k porodu ve Fakultní nemocnici Motol, aby MUDr. Borský mohl brzy po narození provést první operaci rozštěpu rtu. Dcera Jana se narodila předčasně po uměle vyvolávaném porodu z důvodu špatných jaterních testů matky ve třicátém sedmém týdnu a čtyřech dnech. Porod ovšem proběhl v pořádku, vaginální cestou. Pokus o kojení byl částečně úspěšný. Jana dokázala nasát malé množství mléka. V době, kdy začala potřebovat více mléka, než dokázala nasát, začala matka odšťíkávat své mateřské mléko a krmila Janu z lahví Haberman a později z lahví s větším otvorem v savičce. Dudlík měla Jana zhruba do jednoho roku věku. Diagnóza zněla celkový pravostranný rozštěp. Jana se s ničím jiným neléčí. Ve čtyřech letech si zlomila kost v levé paži, v pěti a půl letech prodělala operaci pupeční kýly, obě záležitosti byly léčeny bez komplikací.

Do Fakultní nemocnice Motol byla paní Hedvika nasměrována ihned po stanovení diagnózy. V současné době je zde stále Jana léčena na odděleních plastické chirurgie a ORL. Ortodontická léčba je Janě poskytována ve FNKV. Dále je léčena na foniatrii v Berouně. Logopedickou péči poskytuje Janičce PhDr. Helena Lukavská v Nemocnici Hořovice, stejně tak se zde Jana léčí i na ORL.

První operace rtu a nosní přepážky byla provedena třetí den života novorozence a proběhla bez komplikací. Po operaci začalo miminko nosit nostrily, tedy silikonové trubičky, sloužící k modelaci nosu. Jana vystřídalala čtyři velikosti nostril a musela je

používat přibližně do osmnácti měsíců věku. Fetální hojivost napomohla hezkému zhojení jizev. U dívky nadále probíhají pravidelné kontroly u MUDr. Borského, plastického chirurga, a to dvakrát do roka. Jana prodělala novorozeneckou žloutenku, která byla léčena svícením. U dívky nejsou známe žádné alergie ani dietní omezení.

Rekonstrukce patra proběhla v jedenácti měsících. Operace byla náročná a později v jedenácti měsících byla zapotřebí reoperace v přední části patra. Současně s reoperací patra bylo nutné zavést do obou uší gromety pro odvod nahromaděné tekutiny ve středouší. Tato operace se opakovala pětkrát, gromety v uších vždy vydržely nejdéle půl roku. Gromety se zaváděly zhruba každé dva roky, poslední byly zavedeny v osmi letech dívky. V devíti a půl letech voperoval MUDr. Borský Janě štěp do čelisti tak, aby došlo k vyrovnání rozdílů v čelisti a uzavření otvoru v čelisti. Pro štěp byla vyžita kost z dívčiny brady.

Do budoucna není možné určit, kolik operací Janu vzhledem k rozštěpové vadě ještě čeká. Léčba je vždy závislá na aktuálním vývoji. Nyní probíhá intenzivní ortodontická terapie, která určí i případné další nutné operační zákroky. V dospělosti, po dokončeném vývoji a růstu tkání v obličeji, pravděpodobně proběhne plastická estetická operace.

Z finančního hlediska matka vidí situaci jako řešitelnou. Sama hodnotí sebe i svou rodinu jako nenáročnou a skromnou. Výdaje spojené s léčbou její dcery vždy dokázala uhradit. Současně paní Hedvika upozorňuje, že je náročnost léčby po finanční stránce velmi individuální. Pro ni finančně náročné bylo pořizování nostril, na které pojišťovna vůbec nepřispívá. Matky dětí s rozštěpy si je mezi sebou vzájemně přeprodávaly. Dále matka uvádí, že si vždy sami hradili náklady na cesty k lékařům a lahve Haberman, kdy jedna o obsahu 260 ml stojí od 180 do 270 Kč. Snímatelné i fixní zubní aparáty jsou při rozštěpovém centru FNKV hrazeny v plné výši zdravotní pojišťovnou.

Ke stomatologovi chodí Jana od chvíle, kdy ji vyrostl první zub, nyní dochází na pravidelné preventivní prohlídky dvakrát do roka. Na ortodoncii se léčí již od raného dětství. Doporučena tam byla MUDr. Borským. Pravidelné kontroly jsou v současné době jednou za měsíc. Jana má od tří let věku snímatelné aparáty, které nosí v noci. Nutná je zvýšená hygiena zubů, aby se zabránilo vzniku zubních kazů. V blízké době bude Janě nasazen první fixní aparát. Zda bude nutná extrakce zubů nebo zubní

implantace není v současné době jasná. To určí až nadcházející vývoj v dutině ústní a léčba fixními aparáty.

Od narození je Jana léčena na oddělení ORL při Fakultní nemocnici Motol MUDr. Michalem Jurovčíkem. Nyní dojíždí na pravidelné kontroly jednou za půl roku. V současné době také dochází pravidelně každý měsíc na čištění uší na oddělení ORL v Nemocnici Hořovice. Při poslední návštěvě došlo k přeměření sluchu a výsledky byly dobré. Vyšetření prokázalo zlepšení sluchu, který je v současné době v normě. V mladším věku ovšem byly přítomny drobné ztráty sluchu, které matka nedokázala blíže specifikovat. Dívce se od narození hromadí ve středoušní dutině tekutina, která zhoršuje sluch a rovnováhu. Opakovaně, přesněji pětkrát, byly Janě zavedeny gromety, které bohužel vždy nejdéle po půl roce vypadly. V případě přílišného nahromadění tekutiny má Jana problémy s rovnováhou, které jsou dle matky na pohled patrné a pro matku jsou také indikátorem k návštěvě ORL lékaře. Na záněty středouší Jana netrpí.

Právě kvůli problémům se sekretorickou otitidou a tím spojenými obtížemi se sluchem a řečí navštěvuje Jana pravidelně také foniatra. Setkání probíhají pouze jednou za rok. Hlavním cílem je sledovat vývoj sluchu a řeči a v případě potřeby terapii zintenzivnit či doporučit terapii jiného specialisty. Při každé návštěvě probíhá vyšetření sluchu v audio komoře a vyšetření řeči, a to celé v rozsahu třiceti minut.

Návštěvy u psychologa celá rodina ve spojitosti s rozštěpovou vadou Jany nikdy nepotřebovala. Matka považuje za zásadní, aby byla v psychické pohodě právě matka dítěte, protože ta na své dítě přenáší své vlastní emoce. Jako náročnější období hodnotí dobu, kdy se rozváděla s otcem dívky. Od té doby každou operaci nebo návštěvu specialistů v Praze považují s dcerou za výlet do Prahy s ubytováním. Matka své dceři od začátku vysvětluje, že svou diagnózu musí chápat dlouhodobou, ale zato řešitelnou záležitost. Každou operaci vítají, protože ji považují za pozitivní posun v léčbě. Dcera nachází v matce velkou oporu.

Jak již bylo zmíněno, Jana byla částečně schopna sát mateřské mléko přímo z prsu, později byla krmena mateřským mlékem ze speciální lahve. Obecně má Jana jídlo ráda, možná i proto nenastal problém s příkrmy, pouze byly delší dobu mixovány zcela najemno. Příkrmy začala matka podávat mezi čtvrtým a šestým měsícem věku dívky. Přechod na tuhou stravu trval delší dobu a strava musela být vždy tekutější. V současné době po implantaci štěpu do čelisti je nutné, aby Jana konzumovala pouze

měkkou stravu. Dívka nemá ráda bramborovou kaši, krupici a podobná jídla, má je spojená se stravováním v MŠ, kdy jí protékaly nosem. Současně také nejí maso. Vytékání stravy nosem definitivně ustalo teprve v roce 2020.

Celkový motorický vývoj dívky je zcela fyziologický. Lézt začala v šesti měsících věku, samostatný vzpřímený sed na zadečku zvládala od desátého měsíce. Samostatné chůze je dívka schopná od čtrnáctého měsíce.

Od jednoho roku věku navštěvuje dívka s matkou SPC, kde se od raného dětství zaměřují na rozvoj hrubé i jemné motoriky vzhledem k problémům s rovnováhou. V současné době se zaměřují na nácvik hlásky Ř a na vzduch, který Janě při řeči stále utíká do dutiny nosní. Matka návštěvu SPC hodnotí jako velmi přínosnou.

Jana začala ve dvou a půl letech navštěvovat MŠ běžného typu v obci, kde se svou rodinou žije. V rámci MŠ se dívka nesečkala s posměšky nebo nepochopením, a to jak ze strany dětí, tak ze strany pedagogů. Ve školce měla pouze problémy s konzumací tekuté stravy typu bramborová kaše nebo krupice, což jí zatékalo do nosu. Do pěti let věku Jany pořádala její matka spolu s Hankou Broulíkovou pobytové srazy rodičů a jejich dětí s rozštěpovou obličejovou vadou, kterých se také účastnily. Na pobytech si mezi sebou rodiče dodnes předávají cenné zkušenosti a rady. Současně zde vystupují odborníci z různých oborů (plastická chirurgie, ORL, foniatrie, stomatologie, ortodontie atd.) a přednášejí zajímavá témata.

Jana neměla odklad povinné školní docházky. ZŠ matka volila stejně jako MŠ, tedy dle nejlepší časové dostupnosti. Dívka navštěvuje základní školu běžného typu v místě bydliště. Prozatím se na ZŠ dívka nesečkala se šikanou. Asi třikrát se jiné dítě Janě posmívalo, vždy se ale vše vysvětlilo. Maminka upozorňuje na fakt, že děti z obce se znají od raného dětství a jsou na sebe tedy zvyklé. V případě posměšků si matka doma s dcerou vše vysvětlí, promluví si o tom co, jak a proč se stalo a co může dělat Jana ve škole mezi spolužáky. Jana své emoce ventiluje pláčem. Přístup pedagogů je dle slov matky výborný. Matka uvádí, že Jana má ve škole jen malé absence, které se pojí s kontrolami u specialistů, netrpí na sezónní nemoci. Absence ji nečiní obtíže s pochopením nového učiva. Obecně má Jana školu ráda, její prospěch je výborný, ve škole má mnoho kamarádů, bývá označována za sluníčko kolektivu. S kamarády se setkává i mimo školu. Společně si hrají venku i doma. Janičku baví matematika, tělesná, výtvarná i hudební výchova a přírodověda. S domácí přípravou dívce v případě potřeby

pomáhá matka. Současnou on-line výuku zvládá také velmi dobře, jen výjimečně potřebuje pomoc matky pro správné pochopení nové látky. Nevyužívá žádná podpůrná opatření či speciálně pedagogické metody.

Od raného dětství je u dívky přítomné broukání, vokalizace, echolálie. První slovo Jany bylo “máma“ a to ve dvanáctém měsíci věku dítěte. Poté došlo ke zpomalení vývoje mluveného projevu. Dívka téměř do tří let komunikovala pouze prostřednictvím samohlásek. Matka uvádí, že po rozvodu s otcem dcery došlo k uvolnění atmosféry v domácnosti a Jana začala mluvit ve větách. Od dětství je dívka obecně velmi zvědavá a komunikativní až upovídaná. Vždy se ptala na vše, co se kolem ní dělo. Slovní zásobu dívky hodnotí matka jako nadprůměrnou. U rodičů ani bratrů se nikdy nevyskytovala vada řeči. První návštěva u logopeda proběhla naprosto automaticky vzhledem k diagnóze v prvním roce života dítěte. Přesná diagnóza není matce známá. U dívky jsou přítomné projevy otevřené rinolalie, kdy vzduch při řeči utíká nosem, řeč zní tedy více nosově. Současně se také vyskytuje chybná výslovnost hlásek, nyní již pouze hlásky Ř. V počátku byla také přítomna chybná výslovnost hlásky L, která byla většinou polykána. Na vyvození správné výslovnosti hlásek se v současné době intenzivně pracuje. Jana navštěvuje logopedku PhDr. Helenu Lukavskou jednou za měsíc. Doma trénuje matka s dcerou každý den deset až patnáct minut. Matka hodnotí potřebu takto častého nácviku jako náročnou, ale snaží se ji s dcerou pravidelně plnit. Jana občas dle slov matky bojuje s leností. Prognóza je nejasná, v terapii se bude i nadále pokračovat. Cílem je vyvodit, fixovat a automatizovat hlásku Ř. Dále se stále intenzivně zaměřují na odbourání zvýšené nosovosti, která je v současné době u dívky přítomna pouze jako patologický návyk. Při čtení a pomalém tempu řeči je již nosovost v normě.

5.2 Vyhodnocení dotazníku pro rodiče

Dotazník pro rodiče byl průběžně distribuován od prosince roku 2020 do února roku 2021. Sběr dotazníků probíhal do 10. 3. 2021 a jejich vyhodnocení se uskutečnilo 13. 3. 2021. Celkem se podařilo získat 32 respondentů z řad rodičů dětí s rozštěpovou obličejovou vadou mladšího školního věku.

Otázka č. 1: Jaký je váš příbuzenský vztah k dítěti s rozštěpovou obličejovou vadou?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
matka	32	100 %
otec	0	0 %
zákonný zástupce	0	0 %

Tabulka 1: Dotazník pro rodiče – otázka č.1 (autorka, 2021)

Všech 32 (100 %) respondentů tvořily matky dětí s rozštěpovou vadou. Dotazník nevyplnil žádný otec nebo jiný zákonný zástupce.

Otázka č. 2: V jakém kraji se nachází škola, kterou váš syn/dcera s rozštěpovou vadou navštěvuje/navštěvoval?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Liberecký kraj	1	3,1 %
Pardubický kraj	1	3,1 %
Jihomoravský kraj	4	12,5 %
Olomoucký kraj	1	3,1 %
Zlínský kraj	1	3,1 %
Moravskoslezský kraj	3	9,4 %
Královehradecký kraj	2	6,3 %
Praha	2	6,3 %
Středočeský kraj	7	21,9 %
Ústecký kraj	1	3,1 %
Karlovarský kraj	1	3,1 %
Plzeňský kraj	2	6,3 %
Jihočeský kraj	4	12,5 %
Kraj Vysočina	2	6,3 %

Tabulka 2: Dotazník pro rodiče – otázka č. 2 (autorka, 2021)

Podařilo se získat respondenty v rámci celé České republiky. Z každého kraje ČR se do dotazníkového šetření zapojil alespoň jeden respondent. Nejvíce respondentů má dítě, které navštěvuje základní školu ve Středočeském kraji, konkrétně se jedná o 7 osob (21,9 %). V Jihomoravském a Jihočeském kraji se v obou případech podařilo

získat 4 děti (12,5 %). Moravskoslezský kraj je zastoupen 3 respondenty s dětmi navštěvující ZŠ tohoto kraje (9,4 %). Respondenti těchto čtyř krajů tedy tvoří více než polovinu zkoumaného vzorku (56,3 %). Královehradecký kraj, Plzeňský kraj, Kraj Vysočina a Praha pak mají vždy po 2 respondentech (6,3 %). Zbýlých šest krajů ČR je zastoupeno vždy 1 dítětem s rozštěpovou vadou navštěvující zde ZŠ (3,1 %).

Otázka č. 3 a č. 4: Jaký typ školy dítě navštěvovalo? V případě, že dítě navštěvovalo základní školu pro děti se specifickými vzdělávacími potřebami, byly důvodem obtíže spojené s rozštěpem?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
základní škola běžného typu	30	93,8 %
základní škola pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami	2	6,2 %

Tabulka 3: Dotazník pro rodiče – otázka č. 3 (autorka, 2021)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	0	0 %
Ne, důvodem bylo...	2	100 %

Tabulka 4: Dotazník pro rodiče – otázka č. 4 (autorka, 2021)

Přesně 30 dětí (93,8 %) z výzkumného vzorku navštěvuje základní školu běžného typu. Pouze 2 děti (6,2 %) jsou žáky základní školy pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. V obou případech (100 %) byla rozštěpová vada až jako druhotný důvod zařazení dítěte do ZŠ pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Hlavní příčinou byl v obou případech (100 %) výskyt PAS a u jednoho dítěte (50 %) také ještě výskyt ADHD.

Otázka č. 5: Mělo vaše dítě odklad povinné školní docházky?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	5	15,6 %
Ano, ale ne z důvodu rozštěpové vady.	3	9,4 %
ne	24	75 %

Tabulka 5: Dotazník pro rodiče – otázka č. 5 (autorka, 2021)

Odklad povinné školní docházky mělo celkem 8 dětí (25 %) z 32 (100 %), ale pouze 5 dětí (15,6 %) mělo odklad z důvodu obtíží spojených s rozštěpovou vadou.

Zbylé 3 děti (9,4 %) měly odklad povinné školní docházky z důvodu jiného přidruženého onemocnění a dá se předpokládat, že jím byla PAS či ADHD, které matky uvedly v dalších otázkách.

Otázka č. 6: Jaké byly komunikační schopnosti dítěte při nástupu do 1. třídy?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
výborně srozumitelné	15	46,9 %
dobře srozumitelné	9	28,1 %
dostatečně srozumitelné	5	15,6 %
špatně srozumitelné	3	9,4 %

Tabulka 6: Dotazník pro rodiče – otázka č. 6 (autorka, 2021)

Výborně při nástupu do základní školy komunikovalo 15 dětí (46,9 %). Dalších 17 dětí (53,1 %) mělo alespoň mírné obtíže v komunikaci. Dobře srozumitelné komunikační schopnosti mělo 9 dětí (28,1 %), ještě dostatečně srozumitelnou komunikaci pak ovládalo 5 dětí (15,6 %). Špatně srozumitelnou komunikaci uvádí u svých dětí 3 respondenti (9,4 %).

Otázka č. 7: Bylo vaše dítě schopno navázat kontakt se spolužáky a začít utvářet nová přátelství?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	27	84,4 %
Ano, ale později, bylo to pro něj/ni obtížné.	4	12,5 %
ne	1	3,1 %

Tabulka 7: Dotazník pro rodiče – otázka č. 7 (autorka, 2021)

Ve 27 případech (84,4 %) bylo dítě schopno navázat kontakty se spolužáky a vytvářet přátelství bez problémů. Další 4 děti (12,5 %) to také dokázaly, ale bylo to pro ně těžší a podařilo se jim to později než ostatním. Pouze 1 dítě (3,1 %) nebylo schopné navazovat kontakty a utvářet přátelství.

Otázka č. 8: Museli jste řešit v průběhu prvního stupně základní školy problémy spojené se šikanou? Pokud ano, víte, jaká byla příčina šikany?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano, protože...	7	21,9 %
Ano, ale příčinu neznám.	1	3,1 %
ne	24	75 %

Tabulka 8: Dotazník pro rodiče – otázka č. 8 (autorka, 2021)

Se šikanou se v průběhu prvního stupně základní školy nesetkalo 24 dětí (75 %). 8 dětí (25 %) šikanu zažilo. V 1 (12,5 %) z 8 případů (100 %) není příčina známá. Ve zbylých 7 případech (87,5 %) jsou důvody rozdílné. První respondent uvádí jako příčinu posměšků vyražené přední zuby v první třídě. Druhý respondent pak situaci hodnotí také jako posměšky, a to od starších dětí ve školní družině, naštěstí jen krátkodobého charakteru, protože rodiče situaci ihned vyřešili s pedagogy školy. Posměch od dětí především z jiných tříd zažila další dívka, kvůli kamarádství s chlapcem s PAS a kolem třetí nebo čtvrté třídy se jí začaly děti posmívat také kvůli vzhledu, obtíže s posměchy byly dlouhodobé. U další dívky se také vyskytly posměšky, přesněji slovem „křivonosko“, ty ale byly po konzultaci s paní učitelkou rychle podchyceny a dále vše probíhalo dobře. Další dvě matky uvádějí, že příčinou šikany nebyla rozštěpová vada, ale výskyt agresora ve třídním kolektivu, který útočil na více dětí. Poslední žák se setkal se šikanou z důvodu špatné produkce řeči, hyperaktivity způsobené ADHD a příslušnosti k romské národnosti, kdy bývá označován jako „nutela“.

Otázka č. 9 a č. 10: Probíhala u vašeho dítěte logopedická péče u klinického logopeda mimo školské zařízení? Pracoval s dítětem logoped školy?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	28	87,5 %
ne	4	12,5 %

Tabulka 9: Dotazník pro rodiče – otázka č. 9 (autorka, 2021)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	2	6,2 %
ne	30	93,8 %

Tabulka 10: Dotazník pro rodiče – otázka č. 10 (autorka, 2021)

Logopedickou péči klinického logopeda využilo 28 dětí (87,5 %) a pouze 4 děti (12,5 %) logopedickou péči neabsolvovaly. Naopak péči logopeda při škole využily pouze 2 děti (6,2 %), ostatních 30 dětí (93,8 %) ne.

Otázka č. 11: Pokud byla u dítěte přítomna vada řeči, o jakou se jednalo?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
palatolalie	9	28,1 %
rinolalie	3	9,4 %
žádná	12	37,5 %
jiná:	8	25 %

Tabulka 11: Dotazník pro rodiče – otázka č. 11 (autorka, 2021)

U 12 dětí (37,5 %) se vada řeči vůbec nevyskytla. 9 dětí (28,1 %) mělo diagnostikovanu čistě palatolalii, 3 děti (9,4 %) čistě rinolalii. Dalších 8 respondentů (25 %) uvedlo, že se u jejich dětí vyskytla jiná vada řeči. Konkrétně se v jednom případě vyskytla palatolalie i rinolalie současně. U 4 dětí (12,5 %) byla diagnostikována dyslalie, kdy byly zasaženy různé skupiny hlásek. Jednou se vyskytl OVŘ a jednou si matka diagnózu nepamatuje. U posledního dítěte se vyskytla vada řeči, která je v rodině dědičná a souvisí s poruchou, kterou dítě zdědilo po matce, která ji ale více nerozváděla.

Otázka č. 12: Navštěvoval/a váš syn/dcera pedagogicko psychologickou poradnu či speciálně pedagogické centrum?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	9	28,1 %
ne	23	71,9 %

Tabulka 12: Dotazník pro rodiče – otázka č. 12 (autorka, 2021)

Více než čtvrtina dětí využila možnosti pomoci PPP nebo SPC, kdy matky dodávaly, že se jednalo především o SPC. Přesně se jedná o 9 dětí (28,1 %), 23 dětí (71,9 %) tuto potřebu nikdy nemělo.

Otázka č. 13: Má vaše dítě spolu s rozštěpem obličeje další fyzické (např. srdeční vada, sluchová vada) či mentální postižení (např. lehká mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy autistického spektra)? Pokud ano, uveďte prosím jaké.

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano, ...	7	21,9 %
ne	25	78,1 %

Tabulka 13: Dotazník pro rodiče – otázka č. 13 (autorka, 2021)

Z 32 dětí (100 %) se u 7 (21,9 %) vyskytuje kromě rozštěpu i další přidružené onemocnění. U 5 dětí (15,6 %) je přítomná různě těžká nedoslýchavost, jednou v kombinaci s ADHD, podruhé v kombinaci s PAS. Ve třetím případě je kromě

sluchové vady přítomný ještě elektivní mutismus, celkově malý vzrůst a atopický ekzém. Další dítě má k rozštěpu ještě přidruženou poruchu učení, dysgrafii. Poslední dítě se kromě rozštěpu potýká s lehkou až středně těžkou mentální retardací, PAS a ADHD.

Otázka č. 14 a č. 15: Využívalo vaše dítě speciální edukační metody či podpůrná opatření při výuce? Jaké metody či opatření byly použity?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	7	21,9 %
ne	25	78,1 %

Tabulka 14: Dotazník pro rodiče – otázka č. 14 (autorka, 2021)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
časová dotace	2	16,67 %
asistent pedagoga	3	25 %
individuální vzdělávací plán	2	16,67 %
doučování	3	25 %
další:	2	16,67 %

Tabulka 15: Dotazník pro rodiče – otázka č. 15 (autorka, 2021)

25 dětí (78,1 %) podpůrná opatření a speciálně edukační metody nevyužilo. U zbylých 7 dětí (21,9 %) bylo využito 12 podpůrných opatření (100 %). Ve 3 případech (25 %) z 12 byla využita pomoc asistenta pedagoga, 3krát (25 %) bylo také použito jako podpůrné opatření doučování. U 2 dětí (16,67 %) vznikl nárok na časovou dotaci. Odborníky bylo ve 2 případech (16,67 %) doporučeno vzdělávání dle individuálního vzdělávacího plánu. V 1 případě (8,33 %) matka uvádí, že má její dítě přiznán druhý stupeň podpory a u dalšího dítěte (8,33 %) byl umožněn přechod na analyticko-syntetickou metodu čtení. Vzhledem k počtu dětí, kterým byla přiznána podpůrná opatření a počtu samotných udělených podpůrných opatření je patrná nerovnováha, která je dána využitím více podpůrných opatření u jednoho dítěte.

Otázka č. 16: Jaké byly později (na konci prvního stupně nebo v době vyplnění dotazníku) vzájemné vztahy (mezi vaším dítětem a ostatními dětmi) ve třídním kolektivu?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Mé dítě bylo v kolektivu oblíbené, kamarádilo se všemi, bez obtíží odpovídalo na otázku vyučujícího.	21	65,6 %
Mé dítě se cítilo komfortně v užší části kolektivu, mezi svými přáteli, na otázku odpovídalo, pokud si bylo správnou odpovědí jisté.	9	28,1 %
Mé dítě bylo spíše samotářské, mělo jednoho nebo dva kamarády, na otázku odpovídalo, jen když to bylo nutné a byla cílena přímo na něj.	2	6,3 %
Mé dítě s okolím téměř verbálně nekomunikovalo, mohlo být obětí šikany, často neodpovídalo ani na otázku vyučujícího.	0	0 %

Tabulka 16: Dotazník pro rodiče – otázka č. 16 (autorka, 2021)

Rodiče vyhodnotili, že je jejich dítě oblíbené ve třídním kolektivu, kamarádí se se všemi a odpovídá na otázky vyučujícího ve 21 případech (65,6 %). Dalších 9 dětí (28,1 %) se cítí komfortně v užší části kolektivu, mezi svými přáteli a na otázku odpovídá jen, když si je jisto správností odpovědi. Pouze 2 děti (6,3 %) jsou dle jejich rodičů samotářské, mají pouze jednoho nebo dva kamarády a současně odpovídají jen na otázku, která je cílená přímo na ně a odpověď je nutná. Žádný rodič (0 %) neoznačil své dítě za verbálně nekomunikativní, pravděpodobně šikanované a neodpovídající na otázku vyučujícího.

Otázka č. 17: Hodnotíte jako důležité, spolupráci mezi učiteli/asistenty pedagoga a rodiči?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	31	96,9 %
ne	1	3,1 %

Tabulka 17: Dotazník pro rodiče – otázka č. 17 (autorka, 2021)

V 31 případech (96, 9 %) se rodiče shodli, že spolupráce mezi rodiči a pedagogy je zásadní. Pouze jedna matka (3,1 %) se s tímto výrokem neztotožňuje.

Otázka č. 18: Jak probíhala spolupráce mezi Vámi a pedagogy? (např. Předávali jste si vzájemně informace o dítěti, hodnotili jste výkony dítěte, konzultovali jste domácí přípravu do školy, nechávali jste si od pedagogů poradit, spolupracovali jste při osvojování nových znalostí a dovedností dítěte.)

Většina, tedy 30 rodičů (93,8 %) se shoduje na tom, že je vzájemná spolupráce důležitá a většinou také vysoce efektivní a nezáleží na tom, zda je dítě intaktní nebo má jakýkoliv handicap. Vzájemnou spoluprací se pak dle rodičů rozumí oboustranné předávání informací, rad a návodů, společné řešení problémů v rámci kolektivu. Kontakt probíhá pravidelně v rámci třídních schůzek, individuálních i skupinových konzultací, tripartit. Na začátku spolupráce mezi rodiči, žákem a pedagogem je důležité dle rodičů vymezit specifika rozštěpové i jakékoliv jiné vady, aby pedagog věděl, co práce s takovým žákem obnáší. Jedna z matek vyzdvihuje činnost speciálního pedagoga a psychologa, kteří pomohli výrazně při řešení nezačlenění dítěte do školního kolektivu. Druhá matka po intenzivních konzultacích ve škole dala na radu pedagogů a navštívila se svým dítětem PPP, což zpětně hodnotí jako správné rozhodnutí. V současné covidové době rodiče vyzdvihují udržení možnosti komunikace, která velmi často probíhá v on-line prostředí, např. přes Edookit či e-mail. Dle rad pedagogů rodičům je důležité, aby se rodiče doma pravidelně dětem věnovali, rozmlouvali s nimi, kontrolovali domácí úkoly.

V dotazníku zazněly pouze 2 negativní zkušenosti (6,2 %) se spoluprací rodičů a pedagožky, kdy v prvním případě matka pedagožku zhodnotila jako vyhořelou a bez ochoty pomáhat méně zdatným žákům. Změna pedagožky proběhla až v současném školním roce, kdy je dítě v 5. třídě ZŠ a vzdělávání probíhá celou dobu v on-line

prostředí, takže není dle matky možné hodnotit případnou spolupráci s pedagogy. V druhém případě pedagožka odmítala podporovat jakékoliv děti, které jakkoliv vybočují. Děti více nadané i děti s jakýmkoliv omezením trestá poznámkami.

Otázka č. 19 a č. 20: Bylo patrné zlepšení komunikačních schopností u dítěte v průběhu prvních pěti let povinné školní docházky? (Případně i za kratší časový úsek.) Jak byste hodnotil/a komunikační schopnosti dítěte na konci 5. třídy? (Případně i dříve, pokud ještě není žákem 5. třídy.)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	28	87,5 %
ne	4	12,5 %

Tabulka 18: Dotazník pro rodiče – otázka č. 19 (autorka, 2021)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
výborně srozumitelné	17	53,1 %
dobře srozumitelné	12	37,5 %
dostatečně srozumitelné	3	9,4 %
špatně srozumitelné	0	0 %

Tabulka 19: Dotazník pro rodiče – otázka č. 20 (autorka, 2021)

Konkrétně 28 respondentů (87,5 %) udává, že komunikace jejich dětí byla na konci prvostupňového vzdělávání lepší než na počátku. Zbylí 4 respondenti (12,5 %) nesouhlasí s tím, že by se komunikační schopnosti jejich dětí zlepšily. Výborně na konci prvního stupně ZŠ komunikovalo 17 dětí (53,1 %). Zbýlých 15 dětí (46,9 %) mělo alespoň mírné obtíže v komunikaci. Dobře srozumitelné komunikační schopnosti mělo 12 dětí (37,5 %), ještě dostatečně srozumitelnou komunikaci pak ovládaly 3 děti (9,4 %). V kategorii špatně srozumitelné řeči již nebylo na konci prvního stupně ZŠ žádné dítě (0 %). Při porovnání zahájení povinné školní docházky a konce pátého ročníku studia na ZŠ je patrné obecné zlepšení dětí v jejich komunikačních dovednostech.

Otázka č. 21: Je podle Vás správná integrace dětí s rozštěpovou vadou do ZŠ běžného typu?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano, protože...	31	96,9 %
Ne, protože...	1	3,1 %

Tabulka 20: Dotazník pro rodiče – otázka č. 21 (autorka, 2021)

Většina, tedy 31 respondentů (96,9 %) si myslí, že je integrace dětí s rozštěpem správná. Téměř nikdo z rodičů nenachází důvod, proč by integrace nebyla možná a většina to považuje za samozřejmost. Někteří respondenti zdůrazňují, že je ale zapotřebí včasná a správná léčba vady po všech směrech a nesmí být také narušen intelekt dítěte či přítomné jiné fyzické postižení. Jeden respondent dokonce uvádí přínos dítěte s rozštěpem pro kolektiv třídy ZŠ běžného typu, kdy se děti vzájemně učí respektu a přijímání odlišností. Dvě matky jsou ve svém názoru opatrné a udávají, že je zapotřebí hodnotit každé dítě individuálně a že záleží na přístupu a filozofii každé základní školy běžného typu. Pouze jedna matka (3,1 %) s integrací dětí s obličejovou rozštěpovou vadou nesouhlasí a jako důvod uvádí, že každé dítě, které se jakkoliv odlišuje, je pedagogům na ZŠ běžného typu na obtíž. Matka také zdůrazňuje, že záleží na povaze dítěte.

5.3 Vyhodnocení dotazníku pro pedagogy

Dotazník pro pedagogy byl průběžně distribuován od prosince roku 2020 do února roku 2021. Sběr dotazníků byl ukončen k 20. 3. 2021 a jejich vyhodnocení proběhlo 22. a 23. 3. 2021. Celkem se podařilo získat 119 respondentů z řad pedagogů ZŠ běžného typu i ZŠ pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Ze 119 respondentů se s edukací dítěte s rozštěpovou vadou setkalo 19 respondentů.

Otázka č. 1: Jak dlouho působíte nebo jste působil/a jako pedagog na prvním stupni základní školy?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
1–5 let	20	16,8 %
6–10 let	17	14,3 %
10–20 let	27	22,7 %
21–30 let	37	31,1 %
31–40 let	18	15,1 %

Tabulka 21: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 1 (autorka, 2021)

Nejzastoupenější skupinou respondentů se stali pedagogové s praxí na prvním stupni ZŠ, která trvá 21 až 30 let, kterých bylo 37 (31,1 %). Respondentů s praxí 10 až 20 let bylo 27 (22,7 %). Nejmladší skupina, tedy pedagogové s praxí 1 až 5 let jsou zastoupeni 20 respondenty (16,8 %). Dalších 18 respondentů (15,1 %) tvoří skupinu pedagogů s praxí 31 až 40 let. Poslední 17 členů výzkumného vzorku (14,3 %) praktikuje na prvním stupni ZŠ 6 až 10 let.

Otázka č. 2: Měl/a jste možnost pracovat s dítětem s obličejovým rozštěpem? (Rozštěp je nespojení samostatných tkáňových struktur během nitroděložního vývoje plodu. (Kejklíčková, 2016))

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	19	16 %
ne	100	84 %

Tabulka 22: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 2 (autorka, 2021)

Pouze 19 respondentů (16 %) se setkala v době své pedagogické praxe na prvním stupni základních škol s žákem s rozštěpovou obličejovou vadou. Současně pouze oni vyplňovali nadcházející otázky. Pro dalších 100 respondentů (84 %) zde dotazník skončil, protože se v rámci svého pedagogického působení na prvním stupni základních škol nesečkali s žákem s rozštěpovou vadou.

Otázka č. 3: V jakém kraji se nachází škola, kde jste pracoval/a se žákem s rozštěpovou vadou?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Liberecký kraj	11	57,9 %
Pardubický kraj	0	0 %
Jihomoravský kraj	0	0 %
Olomoucký kraj	0	0 %
Zlínský kraj	0	0 %
Moravskoslezský kraj	0	0 %
Královehradecký kraj	0	0 %
Praha	2	10,5 %
Středočeský kraj	3	15,8 %
Ústecký kraj	3	15,8 %
Karlovarský kraj	0	0 %
Plzeňský kraj	0	0 %
Jihočeský kraj	0	0 %
Kraj Vysočina	0	0 %

Tabulka 23: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 3 (autorka, 2021)

Výzkumný vzorek je z řad pedagogů tvořen respondenty ze čtyř krajů. Nejhojněji byl zastoupen Liberecký kraj a to 11 respondenty (57,9 %). Ve Středočeském a Ústeckém kraji se v obou případech podařilo získat po 3 respondentech (15,8 %). Praha je zastoupena 2 respondenty (10,5 %).

Otázka č. 4: Jaký typ školy dítě navštěvovalo?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
základní škola běžného typu	13	68,4 %
základní škola pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami	6	31,6 %

Tabulka 24: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 4 (autorka, 2021)

Děti s rozštěpovou vadou navštěvovaly základní školu běžného typu ve 13 případech (68,4 %). 6 respondentů (31,6 %) své děti umístili do základní školy pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Otázka. 5: Jaké byly komunikační schopnosti dítěte při nástupu do 1. třídy?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
výborně srozumitelné	3	15,8 %
dobře srozumitelné	2	10,5 %
dostatečně srozumitelné	5	26,3 %
špatně srozumitelné	7	36,9 %
Nevím, s žákem jsem se setkal/a až později.	2	10,5 %

Tabulka 25: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 5 (autorka, 2021)

Nejčastěji a to v 7 případech (36,9 %) respondenti hodnotí komunikační schopnosti svých žáků v první třídě ZŠ jako špatně srozumitelné. Dostatečně srozumitelné komunikační schopnosti u svých žáků pozorovalo 5 pedagogů (26,3 %). 3 respondenti (15,8 %) uvedli, že jejich žáci mají výborné komunikační schopnosti již od první třídy ZŠ. Ve 2 případech (10,5 %) jsou komunikační schopnosti žáků dobře srozumitelné. Zbylí dva respondenti (10,5 %) se se svými žáky setkali až později, nikoliv v první třídě ZŠ.

Otázka č. 6: Měl žák uznán odklad povinné školní docházky?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	10	52,6 %
Ano, ale ne z důvodu rozštěpové vady.	0	0 %
ne	9	47,4 %

Tabulka 26: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 6 (autorka, 2021)

10 žáků (52,6 %) mělo uděleno odklad povinné školní docházky, kdy u všech byla hlavní příčinou rozštěpová vada. U 9 žáků (47,4 %) nebyl odklad povinné školní docházky zapotřebí.

Otázka č. 7: Byl žák schopen navázat kontakt se spolužáky a začít utvářet nová přátelství?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	19	100 %
ne	0	0 %

Tabulka 27: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 7 (autorka, 2021)

Všichni pedagogové (100 %) se shodují v tom, že jejich žáci byli schopni navazovat kontakty a utvářet nová přátelství.

Otázka č. 8 a č. 9: Probíhala u žáka logopedická péče klinickým logopedem mimo školské zařízení? Pracoval s žákem logoped školy?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	16	84,2 %
ne	3	15,8 %

Tabulka 28: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 8 (autorka, 2021)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	11	57,9 %
ne	8	42,1 %

Tabulka 29: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 9 (autorka, 2021)

Logopedickou péči klinického logopeda využívalo 16 žáků (84,2 %) a pouze 3 žáci (15,8 %) tuto logopedickou terapii neabsolvovali. Využití péči logopeda při škole již není tak jednoznačné. Služeb logopeda školy využilo 11 dětí (57,9 %), ostatních 8 (42,1 %) ne.

Otázka č. 10: Pokud byla u žáka přítomna vada řeči, o jakou se jednalo?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
palatolalie	11	57,8 %
rinolalie	4	21,1 %
žádná	4	21,1 %
jiná:	0	0 %

Tabulka 30: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 10 (autorka, 2021)

U 4 dětí (21,1 %) se vada řeči vůbec nevyskytla. Nejčastěji byl zastoupen výskyt palatolalie, kterou mělo diagnostikováno 11 dětí (57,8 %). U 4 dětí (21,1 %) byla stanovena diagnóza rinolalie. Jiný druh vady se dle pedagogů u jejich žáků nevyskytl.

Otázka č. 11: Navštěvoval žák pedagogicko psychologickou poradnu či speciálně pedagogické centrum?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	15	78,9 %
ne	4	21,1 %

Tabulka 31: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 11 (autorka, 2021)

Více než tři čtvrtiny žáků využily možnosti pomoci PPP nebo SPC. Přesně se jedná o 15 žáků (78,9 %), 4 žáci (21,1 %) nikdy služeb SPC nebo PPP nevyužili.

Otázka č. 12: Měl žák spolu s rozštěpem obličeje další fyzické (např. srdeční vada, sluchová vada) či mentální postižení (např. lehká mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy autistického spektra)? Pokud ano, uveďte jaké.

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano, ...	10	52,6 %
ne	9	47,4 %

Tabulka 32: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 12 (autorka, 2021)

Ve více než polovině případů, přesně u 10 respondentů (52,6 %) bylo k rozštěpu přidružené ještě jiné fyzické či mentální postižení. Ve 2 případech (20 %) z 10 (100 %) byly přítomny specifické poruchy učení. U žáka dalšího respondenta (10 %) byla přítomna specifická porucha učení spolu s poruchou sluchu. U 2 žáků (20 %) se vyskytla MR. Ve 2 dalších případech se k rozštěpu a MR připojila ještě další postižení, jednou (10 %) PAS a jednou (10 %) zrakové i sluchové postižení. Další pedagog u svého žáka (10 %) uvedl přítomnost rozštěpové vady spolu s vadou sluchovou. U 1 žáka (10 %) byla navíc přítomná srdeční vada. Kromě rozštěpové obličejové vady měl 1 žák (10 %) souběžně ještě srdeční vadu, zrakovou vadu a poruchu koordinace pohybu. Ostatních 9 respondentů (47,4 %) uvedlo, že u jejich žáků nebyla přítomna žádná další postižení.

Otázka č. 13 a č. 14: Bylo zapotřebí při práci s dítětem volit speciální edukační metody či podpůrná opatření? Jaké metody či opatření byly použity? (Možno volit více odpovědí a rozvést odpověď podrobně.)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	12	63,2 %
ne	7	36,8 %

Tabulka 33: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 13 (autorka, 2021)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
časová dotace	5	16,7 %
asistent pedagoga	5	16,7 %
individuální vzdělávací plán	9	30 %
doučování	7	23,3 %
další:	4	13,3 %

Tabulka 34: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 14 (autorka, 2021)

12 pedagogů (63,2 %) se shoduje na tom, že bylo zapotřebí při edukaci žáků s rozštěpem využít speciálně edukační metody nebo podpůrná opatření. Zbýlých 7 respondentů (36,8 %) se s tímto tvrzením neztotožňuje a udává, že nebylo nutné využít podpůrných opatření nebo speciálně edukačních metod. Celkem bylo u 12 žáků využito 30 podpůrných opatření (100 %).

V případech, kdy bylo zapotřebí využít podpůrná opatření nebo speciálně edukační metody, se nejčastěji využíval individuální vzdělávací plán, konkrétně v 9 případech (30 %) z 30. Dále bylo uplatněno v 7 případech (23,3 %) doučování. 5krát (16,7 %) byla využita časová dotace a stejně tak byl 5krát (16,7 %) jako podpůrné opatření využít asistent pedagoga. Pedagogové uvádějí ještě 4 další možnosti podpory (13,3 %).

Celkem 4 pedagogové (100 %) uvedli, že byly využity i další opatření či metody. Ve dvou případech (50 %) se jednalo o intenzivní logopedickou terapii. Jednou (25 %) byl využit tzv. Režim pro děti s ADHD, který daná škola poskytuje. V posledním případě (25 %) pedagog uvádí speciálně pedagogická opatření, bohužel je více nerozvádí.

Otázka č. 15: Musel/a jste se pro práci s žákem s rozštěpovou vadou dovzdělat? Případně jak?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano, ...	2	10,5 %
ne	17	89,5 %

Tabulka 35: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 15 (autorka, 2021)

V obou případech (100 %), kdy pedagogové uvádí, že bylo zapotřebí se dovzdělat v dané problematice, bylo využito školení a seminářů k danému tématu. Většina pedagogů, tedy 17 respondentů (89,5 %) ale uvádí, že nebylo vůbec zapotřebí se pro práci s žákem s rozštěpovou vadou dovzdělat.

Otázka č. 16: Jaké byly později vzájemné vztahy (mezi žákem s rozštěpem a ostatními žáky) ve třídním kolektivu?

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Žák byl v kolektivu oblíbený, kamarádil se všemi, bez obtíží odpovídal na otázky vyučujícího.	12	63,2 %
Žák se cítil komfortně v užší části kolektivu, mezi svými přáteli, na otázku odpovídal, pokud si byl správnou odpovědí jistý.	4	21,1 %
Žák byl spíše samotář, měl jednoho nebo dva kamarády, na otázku odpovídal, jen když to bylo nutné a byla cílena přímo na něj.	3	15,7 %
Žák s okolím verbálně nekomunikoval, mohl být obětí šikany, často neodpovídal ani na otázku vyučujícího.	0	0 %

Tabulka 36: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 16 (autorka, 2021)

Nejčastěji, přesněji 12krát (63,2 %) byl žák s rozštěpem hodnocen jako v kolektivu oblíbený jedinec, který kamarádil se všemi a bez obtíží odpovídal na otázky vyučujícího. Další 4 respondenti (21,1 %) uvedli, že jejich žák se cítil komfortně v užší

části kolektivu, mezi svými přáteli a na otázku odpovídal, pokud si byl jistý správnou odpovědí. Zbylí 3 pedagogové (15,7 %) uvádějí, že jejich žák byl spíše samotář, měl jednoho nebo dva kamarády, na otázku odpovídal, jen když to bylo nutné a byla cílena přímo na něj. Ani jednou (0 %) v praxi pedagogové nezaznamenali, že by žák s rozštěpem téměř verbálně nekomunikoval s okolím nebo že by mohl být obětí šikany a že by často neodpovídal ani na otázku vyučujícího.

Otázka č. 17: Jak se Vám spolupracovalo s rodiči dítěte (např. Předávali jste si vzájemně informace o dítěti, poskytovali vám rodiče informace od specialistů, jevili sami aktivně zájem o spolupráci, spolupracovali při osvojování nových znalostí a dovedností dítěte, nechávali si od Vás jako pedagoga poradit.)? Rozved'te prosím tuto odpověď.

Naprosto všichni pedagogové se shodují, že komunikace mezi rodiči a žáky dětí obecně je velmi zásadní. Z 19 respondentů (100 %) uvedlo 16 respondentů (84,2 %), že spolupráce byla bezproblémová. Buď probíhala stejně jako u ostatních dětí a nebylo zapotřebí jakýchkoliv výjimek nebo byli rodiče dítěte maximálně aktivní. Předávali pedagogům informace od lékařských i nelékařských odborníků, rádi dostávali od pedagoga zpětnou vazbu o tom, jak si dítě ve škole vede, zda nemá nějaké obtíže. Rodiče měli zájem o rozvoj dítěte a následné společenské uplatnění v životě

V jednom případě (5,3 %) měla pedagožka možnost učit 2 na sobě nezávislé děti s rozštěpem. V prvním případě poznala dle jejích slov výbornou až ukázkovou spolupráci, naopak v druhém případě se setkala s rodiči, kteří se rozvedli, dítě bylo ve střídavé péči a rodiče proti sobě bojovali. Každý zastával jiný výchovný a vzdělávací přístup k jejich dítěti, což se výrazně odráželo i na komunikaci mezi pedagožkou a rodiči.

Minimální spolupráci ze strany rodičů uvádí pouze dva pedagogové (10,5 %). V prvním případě se jednalo o otce samoživitele, který vychovával dva syny, kdy oba měli obličejový rozštěp. Otec měl dvě zaměstnání a komunikace mezi ním a pedagožkou tedy vážla a nebyla dostatečná. Pedagožka měla ovšem pro situaci pochopení a uvedla, že otec chlapců vždy jednal v jejich zájmu. Poslední respondent uvádí, že komunikace s rodiči dítěte s rozštěpem byla minimální. Rodiče nejevili zájem o nabízenou pomoc. Odmítali jakékoliv domácí procvičování na rozvoj orofaciální oblasti a jemné motoriky,

které dělaly žákovi obtíže. Rodiče vycházeli z přesvědčení, že domácí příprava není nutná a vše by mělo být zajištěno ve škole.

Otázka č. 18: Bylo patrné zlepšení komunikačních schopností u žáka v průběhu prvních pěti let povinné školní docházky? (Případně i za kratší časový úsek.)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	15	78,9 %
ne	4	21,1 %

Tabulka 37: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 18 (autorka, 2021)

Z 19 respondentů (100 %) 15 (78,9 %) uvádí, že komunikační schopnosti žáka s rozštěpovou vadou se v průběhu vzdělávání na prvním stupni ZŠ zlepšily. Zbylí 4 respondenti (21,1 %) nepozorují pozitivní změny v komunikačních schopnostech svých žáků s rozštěpovou vadou na konci prvního stupně ZŠ.

Otázka č. 19: Jak byste hodnotil/a komunikační schopnosti dítěte na konci 5. třídy? (Případně i dříve, pokud ještě není žákem 5. třídy.)

	počet respondentů	procentuální vyjádření
výborně srozumitelné	6	31,5 %
dobře srozumitelné	4	21,1 %
dostatečně srozumitelné	8	42,1 %
špatně srozumitelné	1	5,3 %
Nevím, spolupráce s žákem byla ukončena dříve.	0	0 %

Tabulka 38: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 19 (autorka, 2021)

Výborně srozumitelné komunikační schopnosti na konci 5. třídy ZŠ má dle respondentů 6 žáků s rozštěpovou vadou (31,5 %). Další 4 respondenti (21,1 %) hodnotí komunikační schopnosti svých žáků jako dobře srozumitelné. Celkem 8 dětí (42,1 %) má dle pedagogů dostatečně srozumitelné komunikační schopnosti. Špatně srozumitelná řeč je přítomná pouze u 1 dítěte (5,3 %).

Otázka č. 20: Je podle Vás správná integrace dětí s rozštěpovou vadou do ZŠ běžného typu? Svou odpověď odůvodněte.

	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano, protože...	18	94,7 %
Ne, protože...	1	5,3 %

Tabulka 39: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 20 (autorka, 2021)

Drtivá většina respondentů (94,7 %) se shodla na tom, že integrace dětí s rozštěpem je správná. Jako důvod pedagogové uvádějí lepší možnost rozvoje komunikačních schopností, začlenění do kolektivu, rozvíjení sociálních dovedností. Dále uvádějí, že v kolektivu intaktních dětí se bude lépe rozvíjet i jejich výslovnost. Pedagogové upozorňují, že je nutné v každém jednotlivém případě postupovat individuálně. Velmi zásadní je pro rozhodnutí, zda dítě integrovat či nikoliv přítomnost jiné vady. Dále také pedagogové zdůrazňují, že je důležité důkladně vybrat vhodnou základní školu. Několikrát bylo doporučeno volit menší školy rodinného typu nebo první a druhou třídu na ZŠ logopedické či pro děti se sluchovými vadami a poté nechat dítě přestoupit na ZŠ běžného typu.

Pouze v jednom případě (5,3 %) odpověděl respondent, že si myslí, že integrace dítěte do ZŠ běžného typu není vhodným řešením. Jako důvod uvedl, že žádné dítě s nezvratným postižením by nemělo být integrováno do ZŠ běžného typu.

6 Zhodnocení naplnění cílů praktické části bakalářské práce a diskuze

Hlavním cílem prakticky orientované části bakalářské práce je zjistit, jaká je úroveň komunikačních schopností dětí s rozštěpovými vadami v období mladšího školního věku na ZŠ. Tento cíl byl naplněn díky třem dílčím cílům:

DC1: Určit úroveň komunikačních schopností žáků s rozštěpovými vadami při nástupu do základní školy.

Naprosto fyziologický vývoj řeči byl přítomný u Karolíny, díky tomu nastupovala v šesti letech bez jakékoliv patologie v řeči do první třídy základní školy. Komunikační schopnosti u dívky preventivně od tří do šesti let věku sledovala klinická logopedka. V případě kazuistické studie Damiána je řeč při nástupu do základní školy ještě stále výrazně narušená, a to i přes odklad povinné školní docházky. Spolu s nástupem do ZŠ převzala logopedickou péči logopedka ZŠ, která začala s chlapcem pracovat na správném vyvozování, fixování a automatizování chybně vyslovovaných hlásek C, S, K, R a Ř. Vývoj řeči u Karolíny a Damiána je tedy poměrně protikladný. Jana v kazuistice C se svou řečí přiklání spíše k Damiánovi. Při nástupu do ZŠ sice nebyl nutný odklad povinné školní docházky, ale přesto jsou u dívky přítomné patologické jevy v řeči, které se projevují zvýšenou nosovostí a chybnou artikulací hlásek L a Ř. Při hodnocení komunikačních schopností obecně jsou výsledky u těchto tří dětí velmi dobré. Rodiče vždy hodnotí své děti jako zvědavé, komunikativní, navazující konverzaci i nová přátelství již od raného dětství. Jejich schopnost číst a psát je také nenarušena.

V rámci dotazníkových šetření bylo zjištěno, že větší část dětí nastupuje ke vzdělávání do základních škol běžného typu a lze tedy předpokládat, že jejich tělesný, mentální a sociální vývoj, včetně vývoje komunikačních schopností příliš nezaostává oproti normě. Z dotazníků lze vydedukovat, že do základních škol pro žáky se specifickými vzdělávacími potřebami nastupují především děti, které mají k rozštěpové vadě přidružená i další fyzická či mentální postižení, jako je ADHD či PAS. Dle pedagogů a rodičů bývá odklad povinné školní docházky u dítěte s rozštěpovou vadou udělen zhruba ve čtvrtině až polovině všech případů, druhá polovina dětí více času pro dozrání nepotřebuje.

Z řad pedagogů jsou komunikační schopnosti dětí s rozštěpovou vadou při nástupu do základní školy hodnoceny nejčastěji jako špatně srozumitelné, a to v 7 z 19 případů. Naopak výborně a dobře srozumitelné jsou dle pedagogů komunikační schopnosti u 5 žáků. Dostatečně srozumitelné komunikační schopnosti u svých žáků pozorovalo 5 pedagogů. Zbylí 2 respondenti se se svými žáky setkali až později, nikoliv v první třídě ZŠ, proto nejsou schopni komunikační schopnosti zhodnotit. Mezi pedagogy a rodiči v hodnocení komunikačních schopností nepanuje shoda, důvodem by mohl být menší vzorek respondentů z řad pedagogických pracovníků, který je ještě navíc zaměřen především na pedagogy Libereckého kraje. Současně by ale pedagogové mohli být v tomto hodnocení objektivnější nežli rodiče dětí. Nicméně rodiče dětí s rozštěpem hodnotí komunikační dovednosti svých dětí jako špatně srozumitelné pouze ve 3 případech z 32. Dostatečně srozumitelně jsou hodnoceny v 5 případech. Dobře srozumitelná komunikační schopnost je patrná u dalších 9 dětí a u zbylých 15 osob jsou komunikační schopnosti hodnocené rodiči jako výborné. V navazování kontaktů, schopnosti komunikovat, budovat nová přátelství a začleňovat se do kolektivu nemají děti dle svých rodičů i pedagogů téměř vždy žádné obtíže, a to ani přesto, že u více než dvou třetin dětí se dle pedagogů i rodičů vyskytuje vada řeči.

U dětí s rozštěpovou vadou je nejčastěji přítomna palatolalie. Rodiče výskyt palatolalie uvádějí u 9 dětí z 32 celkově hodnocených. Mezi žáky pedagogů je palatolalie diagnostikována v 11 případech z 19. Rinolalie se objevuje výrazně méně, ani ne ve čtvrtině případů. Potýkají se s ní pouze 3 děti a 4 žáci. V jednom případě matka uvedla, že má její dítě palatolalii a rinolalii současně. Celkem v 7 případech byla dětem diagnostikována zcela jiná vada řeči. Ve 4 případech dyslalie, jednou OVŘ, další matka si diagnózu svého dítěte nepamatovala. V posledním případě se jednalo o vadu řeči v souvislosti s dědičným onemocněním, které dotazovaná matka blíže nespecifikovala.

Celkově tedy z výše uvedených informací vyplývá, že komunikační schopnosti při nástupu do základní školy obecně působí jako dobré, konkrétně řeč bývá ale často významně narušena. Na základě těchto informací lze konstatovat, že **byl naplněn DC 1.**

DC2: Zmapovat, zda a jak dochází ke zkvalitňování komunikačních dovedností dětí s rozštěpovými vadami v průběhu docházky na první stupeň základní školy.

V rámci kazuistik byla u všech dětí zásadní logopedická terapie, která byla poskytována již od raného dětství a v některých případech je poskytována ještě v současnosti. Změnu paní logopedky spolu s nástupem do ZŠ hodnotí matka Damiána jako zásadní a velmi přínosnou. Po nástupu do ZŠ se začala řeč jejího syna velmi zlepšovat, v průběhu prvního stupně dokázala paní logopedka u chlapce vyvodit, fixovat i automatizovat hlásky C, S, K a R. V současné době terapie stále pokračuje a cílem je, aby si chlapec osvojil i správnou výslovnost hlásky Ř. U Jany se podařilo vyvodit správnou výslovnost hlásky L. Patologie na hlásce Ř přetrvává a je zapotřebí pokračovat v terapii, stejně tak nadále pokračuje terapie úniku vzduchu nosem. Již není možná léčba chirurgickou cestou, patro bylo úspěšně uzavřeno. Jedná se o patologický návyk, který se pokouší odstranit klinická logopedka v rámci logopedické terapie. V současné době je zvýšená nosovost přítomna pouze, když dívka v produkci řeči pospíchá a plně se nesoustředí. U dívky v kazuistice B jsou komunikační schopnosti výborné po celou dobu vzdělávání na prvním stupni ZŠ. Komunikační schopnosti obecně se u ní vyvíjely fyziologicky vzhledem k dozrání jedince v bio-psycho-sociálních oblastech. U všech třech dětí rodiče vidí slovní zásobu jako nadprůměrnou a pedagogové obecně hodnotí rozvoj komunikačních dovedností těchto dětí jako dobrý, tempo rozvoje je stejné nebo podobné jako u intaktních vrstevníků. Děti jsou ve třídních kolektivech oblíbené.

Z dotazníkových šetření je patrné, že stejně jako v kazuistikách se velmi často v rámci terapie komunikačních schopností využívá služeb klinického logopeda i logopeda školy. Z výsledků v dotazníku pro pedagogy je zřejmé, že klinický logoped vedl terapii u 16 z 19 dětí. Logoped školy pak pracoval z těchto 19 žáků s 11. Z toho vyplývá, že minimálně s 8 dětmi pracoval klinický logoped a logoped školy současně. Mezi rodiči se terapie logopeda u jejich dětí využívá také velmi často, klinický logoped vedl terapii u 28 dětí z 32. Logoped školy je využíváný dle tvrzení rodičů výrazně méně, a to pouze ve 2 případech.

Při dotazování pedagogů, zda měli potřebu se dovzdělat pro práci s žákem s rozštěpovou vadou, odpověděli pouze 2 respondenti z 19, že využili možnosti školení a seminářů v dané problematice, ostatní tuto potřebu neměli. Současně ale v otázce, jak

probíhala spolupráce mezi nimi a rodiči dětí, velké množství respondentů zdůrazňovalo, že probíhala vzájemná výměna informací a zkušeností, což by se také dalo považovat o určitou formu vzdělávání v dané oblasti. Vzdělání a dostatek pravdivých informací je velmi důležitý pro kvalitní vzdělávání, a tedy správný rozvoj všech dětí bez rozdílu.

V obou dotazníkových šetřeních dále vyšlo najevo, že většina dětí od předškolního věku využívá služeb SPC nebo PPP. V dotazníku pro rodiče se k návštěvě SPC nebo PPP přihlásilo 23 rodičů ze 32. Mezi pedagogy jich 13 z 19 uvedlo, že jejich žáci využili služeb SPC a PPP.

Rodiče v poměru 28:4 a pedagogové 15:4 potvrzují, že u jejich dětí a žáků došlo v průběhu pěti let prvního stupně ZŠ ke zlepšení komunikačních dovedností. Dle rodičů na konci prvního stupně ZŠ výborně komunikuje 17 dětí, oproti pouze 15 dětem v první třídě. Dobré komunikační schopnosti má místo 9 dětí 12. Naopak pouze 3 místo 5 dětí mají své komunikační schopnosti pouze dostatečně srozumitelné. Na konci primární edukace není žádné dítě, které by komunikovalo špatně, což se při nástupu do ZŠ týkalo dle rodičů 3 dětí. 6 pedagogů považuje na konci páté třídy komunikační schopnosti svých žáků za výborné, což při nástupu do ZŠ tvrdili jen 3 učitelé. Skupina dobře komunikujících žáků se ze 2 dětí rozrostla na 4. Dostatečně komunikuje 8 dětí místo 5, což se může jevit jako zhoršení, ale opak je pravdou, protože pouze jedno dítě má na konci páté třídy hodnocené komunikační dovednosti jako špatné, při zahájení povinné školní docházky tvořilo tuto skupinu celkem 7 žáků.

Nedochází pouze ke zlepšení komunikačních dovedností, což mimochodem udává, že **byl naplněn DC 2**, ale i k upevnování vzájemných vztahů v kolektivu. V průběhu prvního stupně ZŠ se dle pedagogů 12 dětí stalo v kolektivu oblíbenými, schopnými kamarádit se všemi a odpovídat na otázky vyučujícího. Další 4 respondenti uvedli, že jejich žák se cítil komfortně v užší části kolektivu, mezi svými přáteli, a na otázku odpovídal, pokud si byl jistý správnou odpovědí. Žádný pedagog nezaznamenal, že by nějaké dítě bylo obětí šikany a zcela nekomunikativní. Zbylí 3 pedagogové totiž zařadili svého žáka mezi samotářské povahy, které odpovídají pouze pokud je otázka mířena přímo na ně a odpovědi se nelze vyhnout, kamarádí s jedním či maximálně dvěma spolužáky. Hodnocení vztahů ve třídních kolektivech rodiči má stejně sestupnou tendenci. 21 dětí je dle rodičů velmi oblíbených celým třídním kolektivem. Další 9 se cítí komfortně pouze v užší části kolektivu, mezi svými přáteli a zbylí 2 respondenti

jsou dle rodičů samotáři, kteří mají jednoho nebo dva kamarády. Opět žádný rodič neoznačil své dítě za šikanované a verbálně nekomunikativní.

I přesto, že se učitelé a rodiče shodují v tom, že vztahy i postavení jedinců s rozštěpem jsou v kolektivu třídy dobré, 8 dětí z 32 se setkala se šikanou. V 1 případě matka není seznámena s příčinou šikany, ve zbylých 7 případech nebyla šikana vázána pouze na rozštěpovou vadu. Příčinou byly také vyražené přední zuby, romská národnost, hyperaktivita, přátelství s chlapcem s PAS či výskyt agresora ve třídním kolektivu. V rámci kazuistik se 2 ze 3 dětí opakovaně setkaly s posměšky od vrstevníků i starších jedinců, rodiče ale vždy dokázali tyto problémy v rámci školy vyřešit.

DC3: Analyzovat specifika přístupu k dětem s rozštěpovými vadami v průběhu jejich primární edukace.

Právě na základě doporučení SPC a PPP se u dětí využívají specifická opatření pro snazší a efektivnější průběh primární edukace. Konkrétně u Damiána je díky doporučení PPP možné, aby ve škole využíval individuální hodnocení a nárok má také na využití podpory asistentem pedagoga. Karolína ve škole nepotřebovala specifický přístup vzhledem k rozštěpové vadě, ani nevyužívala jakákoliv podpůrná opatření. Nicméně ZŠ, kterou dívka navštěvuje, má v ŠVP zakotvený předmět Etická výchova, v rámci, kterého se dá mimo jiné ideálně pracovat s kolektivem na přijetí odlišností u spolužáků a předcházet tak šikaně. V případě Jany se stejně jako u Karolíny nevyužívají podpůrná opatření, speciálně pedagogické metody či jiná specifika přístupu, kromě logopedické terapie a domácího logopedického nácviku. Jana je také klientkou SPC, kde mapují vývoj dívky z důvodu narušené rovnováhy, jemné a hrubé motoriky.

Stejně jako u Damiána jsou i dle dotazníků u dětí využívány podpůrná opatření nebo speciálně pedagogické metody. Dle rodičů byly tyto specifika využity pouze v 7 případech z 32. Mezi pedagogy je poměr obrácený a podpůrná opatření nebo speciálně pedagogické metody využilo 12 dětí z celkových 19. Četnost používání jednotlivých opatření je dle dotazníku poměrně vyrovnaná. Patrné je, že se vždy postupuje dle individuálních potřeb dítěte. Jak rodiče, tak učitelé potvrzují využití časové dotace, asistenta pedagoga, doučování i individuálního vzdělávacího plánu, což bylo nabídnuto v rámci dotazníků. Rodiče dále ještě upozorňují na využití analyticko-syntetické metody

čtení. Pedagogové připomínají logopedickou terapii a jednou byl také zmíněn speciální edukační program ZŠ, který je učen pro děti s ADHD.

Přístup k dítěti je také ovlivněn vztahem mezi pedagogem a rodičem a obráceně. V rámci kazuistických šetření byla vzájemná komunikace mezi učiteli a rodiči naprosto v pořádku u Karolíny i Jany. Bohužel u Damiána sehrálo svou roli to, že matka chlapce musí dokazovat, že není mentálně postižený a že je k němu zapotřebí přistupovat jako k naprosto zdravému jedinci. Celkem ale všechny 3 matky hodnotí vzájemnou komunikaci jako velmi důležitou. Stejně zásadní ji vidí i většina pedagogů a rodičů v dotaznících, pouze 1 rodič uvedl, že komunikace není zásadní. Mezi pedagogy nikdo takový názor nesdílel. Naopak se všichni shodli, že je zásadní vzájemná spolupráce, oboustranné předávání informací, rad a návodů, společné řešení jakýchkoliv problémů. Kontakt může probíhat individuálně v podobě konzultací či tripartit nebo skupinově prostřednictvím třídních schůzek.

Integrace, tedy zapojení nebo začlenění dítěte s rozštěpem do ZŠ běžného typu, je zde chápána jako specifický přístup k dítěti s rozštěpovou vadou. Drtivá většina respondentů obou dotazníků, tedy přesně 18 z 19 pedagogů a 31 z 32 rodičů, vidí integraci jako správný přístup u dětí s rozštěpovou vadou, tedy za předpokladu, že u jedinců nejsou přítomná další postižení. Rodič, který je proti, tvrdí že jakkoliv odlišný jedinec, bude běžným vzdělávacím systémem nepřijat. Pedagog, který odpověděl v otázce integrace také záporně, si myslí, že děti s nezvratnými postiženími se nedají integrovat. Všechna výše uvedená specifika přístupu k dětem s rozštěpovou vadou tedy určují, že **byl naplněn i DC 3.**

Jak již bylo zmíněno, vždy se musí dbát na to, zda je k rozštěpu přidružené i jiné postižení a jedná se tedy o kombinovanou vadu či syndrom. V takovém případě je nutné posuzovat osoby vždy individuálně a zvážit, čeho jsou schopny dosáhnou a zda je integrace tou správnou cestou. 7 z 25 respondentů z řad rodičů v tomto dotazníkovém šetření má dítě s rozštěpem a dalším přidruženým postižením. 10 z 19 pedagogů také učilo dítě s kombinovanou vadou a nejen rozštěpem. Vůbec nejčastěji pak měly děti s rozštěpem přidružené sluchové postižení.

Výše uvedené naplněné dílčí cíle ještě spolu s kazuistickými a dotazníkovými šetřeními pomohly k **úspěšnému naplnění hlavního cíle** praktické části bakalářské práce.

Výsledky praktické části odpovídají výzkumného vzorku, tedy 2 dívkám a 1 chlapci z kazuistických šetření, 32 respondentům dotazníku pro rodiče a 19 respondentům dotazníku pro pedagogy, nelze jej vztáhnout na děti nebo dospělé osoby s rozštěpovými vadami obecně.

V rámci **diskuze** je nutné zmínit, že rozštěpové vady v oblasti diagnostiky, léčby i povědomí ve společnosti stále zaznamenávají ohromný posun. Čím dál tím více dětí má diagnostikovanou RV ještě v prenatalním období. Rodiče tedy mají možnost volby, zda si dítě nechají a zároveň mohou včas kontaktovat odborníky, kteří je v budoucnu budou provázet léčbou jejich dětí.

V současné době začínají plastičtí chirurgové nahrazovat chybějící část čelisti umělým štěpem, což značně zkracuje dobu rekonvalescence. Děti nemusejí podstupovat odběr kostního štěpu z jiné části těla a mít tak dva řezy. V logopedické terapii se čím dál tím častěji daří odstranit vadu řeči a rozvinout komunikační dovednosti ještě před nástupem do ZŠ nebo ji alespoň minimalizovat na tolik, že je většina dětí vzdělávána na ZŠ běžného typu a ne v ZŠ logopedické.

Velmi pozitivní je komplexní přístup odborníků k dětem s rozštěpovými vadami. Vždy jsou děti ke specialistům doporučované již z preventivních důvodů a díky tomu se buď úplně předejde vzniku jakékoliv patologie nebo je v čas odhalena a léčena. V případě Karolíny v kazuistice B je možno pozorovat, že vývoj její řeči byl bez přítomných patologií, ale přesto byla z preventivních důvodů sledována a vedena logopedkou. Díky společné práci paní logopedky, dívky i rodičů vývoj řeči proběhl naprosto fyziologicky.

Před třinácti lety bylo povědomí v laické veřejnosti o obličejových rozštěpových vadách téměř nulové. Všechny matky vystupující v kazuistikách vzpomínaly, že získat informace o tom, co se jejich nenarozenému dítěti děje, co to pro ně znamená a jaké mají možnosti, bylo téměř nemožné. Plošně bylo doporučováno umělé ukončení těhotenství. Případy, kde by byla patrná úspěšná léčba, byly jen těžko dohledatelné a matky se logicky obávaly o kvalitu života jejich dětí. Velkou záchranou a oporou byl pro všechny tři matky v této práci MUDr. Borský, který poskytuje těhotným ženám konzultace, při kterých nastiňuje možnosti léčby, její specifika, náročnost i výhled do budoucího života dítěte. V současné době jsou kromě MUDr. Borského velkým zdrojem informací a oporou organizace Za novým úsměvem, které se soustředí na pacienty

pražského rozštěpového centra a Šťastný úsměv, který působí při brněnském rozštěpovém centru. Obě organizace spojují maminky a další rodinné příslušníky narozeným i ještě nenarozených dětí s RV a vzájemně si předávají tolik ceněné rady a informace.

Bohužel dle hodnocení některých rodičů se ve společnosti stále vyskytují určitá stigmata. Nejvíce zarážející jsou stigmata v řadách odborníků, kteří mimo jiné pracují i s dětmi s rozštěpovými vadami. V kazuistice Damiána je patrné, že byl pro rozštěpovou vadu automaticky označen pracovníky PPP jako dítě s mentální retardací. Samozřejmě je možný výskyt kombinované vady, kdy se vyskytuje u dítěte rozštěpová vada i MR, není ale možné tento postoj zaujímat plošně. Další pochybení z řad odborníků vnímají matky z kazuistických šetření u lékařů – gynekologů. Všem třem ženám bylo doporučeno umělé ukončení těhotenství z důvodu přítomnosti rozštěpové vady u plodu, přitom jejich děti žijí v současné době téměř běžným životem jako jejich vrstevníci.

Velkým přáním by mělo být, aby takto přístupujících odborníků bylo co nejméně a aby se společnost řídila výrokem rodiče dítěte s RV: „Dítě s rozštěpem není nemocné, nýbrž výjimečné.“.

Závěr

Bakalářská práce řeší problematiku obličejových rozštěpových vad a narušené komunikační schopnosti u dětí s rozštěpovými vadami v období docházky na první stupeň ZŠ.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se věnuje rozštěpové vadě jako takové, jejím příznakům, dělení, diagnostice, léčbě, prevenci. Dále zmiňuje historický vývoj její léčby i současný výskyt. Druhá kapitola představuje dvě diagnózy narušené komunikační schopnosti typické pro dítě s rozštěpovou vadou, konkrétně palatolalie a rinolalie. Poslední kapitola teoretické části začíná vymezením vývojového období mladšího školního věku a současně prezentuje možnosti vzdělávání dětí s rozštěpovou vadou na základní škole běžného typu nebo na základní škole logopedické. Konec kapitoly je zaměřen na SPC, PPP a pedagogickou podporu včetně podpůrných opatření.

V prakticky orientované části bakalářské práce je pozornost věnována úrovni komunikačních schopností dětí s rozštěpovými vadami při nástupu do ZŠ. Dále je popsáno, jak dochází ke zkvalitňování jejich komunikačních dovedností v průběhu primární edukace. Vytvořena je také v rámci praktické části analýza využívání speciálně pedagogické podpory nebo podpůrných opatření u dětí s rozštěpovými vadami v průběhu povinné školní docházky na prvním stupni ZŠ. Praktická část byla vypracována díky smíšenému výzkumnému šetření, a to za využití metod kazuistiky a dotazníku.

Na základě výsledků kvalitativního a kvantitativního šetření lze konstatovat, že děti s rozštěpovými vadami mají v České republice dobré podmínky pro správný vývoj komunikačních schopností či případnou nápravu patologie v rámci komunikačních schopností. Každé dítě s rozštěpovou vadou je naprosto jedinečné, přístup k němu musí být individuální a ani tak není zaručený kladný výsledek. Právě dobré podmínky jsou klíčové pro výborné komunikační schopnosti. Časné precizní plastické chirurgické operace jsou základním kamenem pro správný vývoj jedince jako takového. Intenzivní logopedická péče je prakticky nutností pro kvalitní komunikační schopnosti, konkrétně řeč. V současné době se díky komplexnímu multioborovému přístupu v léčbě dětí s rozštěpem začíná s logopedickou terapií velmi brzy, klidně v prvním roce života, díky

čemuž může terapie sloužit spíše jako preventivní opatření, které patologický vývoj komunikačních schopností znemožní. Bezesporu další důležitou složkou, která má vliv na komunikační schopnosti dítěte je rodinné zázemí, atmosféra, vztahy v rodině, a také dostatek podnětů pro všeobecný rozvoj. V neposlední řadě má zásadní roli v rozvoji komunikačních dovedností i samotné vzdělávání v mateřských a základních školách, kde se jedinec učí navazovat vztahy, rozvíjet přátelství, a tudíž i verbálně a neverbálně komunikovat. Většina dětí se v rámci primární edukace naučí číst a psát. Nedílnou součástí kvalitního vzdělávání je v případě potřeby využití služeb SPC či PPP, které dítě podpoří ve využívání speciálně pedagogických metod a podpůrných opatření, která umožňují dosáhnout lepších výsledků. Naplnit všechny uvedené podmínky je těžké, ale rozhodně ne nemožné, čehož jsou důkazem děti s rozštěpovou vadou, které v rámci komunikace nelze odlišit od intaktních vrstevníků.

Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Marie VÍTKOVÁ, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma: Inclusion in schools and society as an interdisciplinary issue*. 2. vyd. 270 s. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8140-6.
2. BURIAN, František. *Chirurgie rozštěpů rtu a patra*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1954. 302 s. ISBN nemá.
3. BRÁZDA, Otakar. *František Burian – zakladatel plastické chirurgie. LKS*. Praha: Česká stomatologická komora, 2019, (09), 150-151 s. ISSN 1210–3381.
4. BROULÍKOVÁ, Hana. *Obličejový rozštěp: průvodce péčí o dítě s rozštěpem a stručný výklad pojmů*. 1. vyd. Za novým úsměvem, 2013. 76 s. ISBN nemá.
5. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: Terminologický a výkladový*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.
6. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
7. HELLBRÜGGE, Theodor a kol. *Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-3457-6.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
9. CHOTĚBOROVÁ, Michaela. *Mami, tati – procvičujte se mnou...: aneb logopedická příručka nejen pro rodiče dětí s rozštěpem*. 1.vyd. Praha: Carter/Reproplus, 2015. 50 s. ISBN 978-80-260-7502-8.
10. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
11. JAKUBÍKOVÁ, Janka. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 244 s. ISBN 978-80-247-4064-5.

12. JURKOVIČOVÁ, Petra a kol. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 94 s. ISBN 978-80-244-2649-5.
13. KAMÍNEK, Milan a kol. *Ortodoncie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2020. 246 s. ISBN 978-80-7492-490-3.
14. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
15. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 222 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
16. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
17. KERÉKRÉTIOVÁ, Aurélie. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: klinicko-logopedický aspekt*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). 203 s. ISBN 978-80-247-2264-1.
18. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
19. KOLÍSKOVÁ, Martina a Zdeněk DVOŘÁK. *Pro tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. 1. vyd. Praha: Carter/Reproplus, 2014. 64 s. ISBN 978-80-260-6146-5.
20. KRATOCHVÍLOVÁ, Jana. *Inkluzivní vzdělávání v české primární škole: teorie, praxe, výzkum*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 207 s. ISBN 978-80-210-6527-7.
21. LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
22. MATOUŠEK, Miroslav. *První rok života: jak nepřekážet zdravému vývoji osobnosti miminka*. 5. vyd. Brno: Šalvar, 2009. 224 s. ISBN 978-80-903011-9-1.
23. MÁDLOVÁ, Vlasta. *Portréty z archivu: František Burian. Akademický Bulletin*. Praha: Tiskový odbor SSČ AV ČR, 2015. 1 s. ISSN 1210-9525.
24. MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Lenka FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu*

- zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 221 s. ISBN 978-80-244-4654-7.
25. NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.
26. NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 163 s. ISBN 978-80-7435-500-4.
27. NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference: 6.-7.9.2011, Hradec Králové*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 491 s. ISBN 978-80-7435-161-7.
28. NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA. *Biologie člověka*. 5. vyd. Praha: Fortuna, 2015. 247 s. ISBN 978-80-7373-128-1.
29. Podpůrná opatření. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/podpurna-opatreni>
30. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 6. vyd. Praha: Portál, 2017. 483 s. ISBN 978-80-262-1228-7.
31. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. 270 s. ISBN 978-80-262-0872-3.
32. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
33. Rámcové vzdělávací programy. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp>
34. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. 2021 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/file/4982/>
35. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. 390 s. ISBN 978-80-262-0772-6.
36. SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 256 s. ISBN 978-80-262-0262-2.
37. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). 162 s. ISBN 978-80-271-0095-8.

38. SMRČKA, Václav a Vlasta MÁDLOVÁ. *Válečný chirurg František Burian a zrození české plastické chirurgie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. 597 s. ISBN 978-80-246-2220-0.
39. ŠMELOVÁ, Eva, Alena PETROVÁ a Eva SOURALOVÁ. *Připravenost dětí k zahájení povinné školní docházky v kontextu současného kurikula*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 312 s. ISBN 978-80-244-3345-5.
40. ŠTĚCH, Ondřej. *Smišená výzkumná strategie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 56 s. ISBN 978-80-7435-443-4.
41. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
42. TEPLÁ, Marta, Lenka FELCMANOVÁ a Zbyněk NĚMEC. *Asistent pedagoga: jak efektivně zavést pozici asistenta pedagoga ve školách*. 5. vyd. Praha: Verlag Dashöfer, 2019. 80 s. ISBN 978-80-7635-018-2.
43. VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. 249 s. ISBN 978-80-262-0937-9.
44. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
45. Vizita, díl 11 - rozštěpy. *Youtube.com* [online]. 20. 5. 2014 [cit. 2021-01-14]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=ZVqZ2kPybGw&t=1471s>
46. VOTAVOVÁ, Renata. Rozdílný význam pojmů integrace a inkluze. *Metodický portál RVP.CZ* [online]. 20. 2. 2013 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/SSC/17243/ROZDILNY-VYZNAM-POJMU-INTEGRACE-A-INKLUZE.html/>
47. VRUBEL, Martin. *Facilitátory a bariéry školní a sociální inkluze osob se zrakovým postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 186 s. ISBN 978-80-210-8022-5.
48. Za novým úsměvem: Spolek klientů a přátel rozštěpového centra Praha [online]. [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: <https://zanovymusmevem.cz/>
49. Základní vzdělávání. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/zakladni-vzdelavani>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Dotazník pro rodiče – otázka č. 1:	63
Tabulka 2: Dotazník pro rodiče – otázka č. 2:	63
Tabulka 3: Dotazník pro rodiče – otázka č. 3:	64
Tabulka 4: Dotazník pro rodiče – otázka č. 4:	64
Tabulka 5: Dotazník pro rodiče – otázka č. 5:	64
Tabulka 6: Dotazník pro rodiče – otázka č. 6:	65
Tabulka 7: Dotazník pro rodiče – otázka č. 7:	65
Tabulka 8: Dotazník pro rodiče – otázka č. 8:	66
Tabulka 9: Dotazník pro rodiče – otázka č. 9:	66
Tabulka 10: Dotazník pro rodiče – otázka č. 10:	66
Tabulka 11: Dotazník pro rodiče – otázka č. 11:	67
Tabulka 12: Dotazník pro rodiče – otázka č. 12:	67
Tabulka 13: Dotazník pro rodiče – otázka č. 13:	67
Tabulka 14: Dotazník pro rodiče – otázka č. 14:	68
Tabulka 15: Dotazník pro rodiče – otázka č. 15:	68
Tabulka 16: Dotazník pro rodiče – otázka č. 16:	69
Tabulka 17: Dotazník pro rodiče – otázka č. 17:	70
Tabulka 18: Dotazník pro rodiče – otázka č. 19:	70
Tabulka 19: Dotazník pro rodiče – otázka č. 20:	71
Tabulka 20: Dotazník pro rodiče – otázka č. 21:	72
Tabulka 21: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 1:	73
Tabulka 22: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 2:	73
Tabulka 23: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 3:	74
Tabulka 24: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 4:	74
Tabulka 25: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 5:	75
Tabulka 26: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 6:	75
Tabulka 27: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 7:	75
Tabulka 28: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 8:	76
Tabulka 29: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 9:	76
Tabulka 30: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 10:	76

Tabulka 31: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 11:	77
Tabulka 32: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 12:	77
Tabulka 33: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 13:	78
Tabulka 34: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 14:	78
Tabulka 35: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 15:	79
Tabulka 36: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 16:	79
Tabulka 37: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 18:	81
Tabulka 38: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 19:	81
Tabulka 39: Dotazník pro pedagogy – otázka č. 20:	82

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro pedagogy – Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole

Příloha B: Dotazník pro rodiče – Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole

Příloha A:

Dotazník pro pedagogy – Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Ekrťová a jsem studentkou bakalářského oboru Speciální pedagogika – intervence na pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Výsledky tohoto dotazníkového šetření mají sloužit k vypracování mé bakalářské práce na téma Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole. Víím, že v současné koronavirové době jste vy, pedagogové, maximálně vytíženi a Váš čas je opravdu velmi cenný, přesto bych Vás chtěla poprosit, zda byste našli čas na vyplnění 20 krátkých otázek mého dotazníku a pomohli mi tak s vytvořením mé bakalářské práce. Dotazník je určen všem pedagogům a pedagožkám, kteří působili nebo působí na prvním stupni všech typů základních škol, bez závislosti na tom, zda jste se s výukou žáka s obličejovým rozštěpem setkal/a či nikoliv, dotazník je připraven na obě varianty. Pokud by Vás zajímal výsledek tohoto dotazníkového šetření, ráda se s Vámi o něj podělím. Toto šetření je anonymní.

(Instrukce pro respondenta: V případě uzavřené otázky Vámi zvolenou odpověď označte, otevřenou otázku zodpovězte.)

1. Jak dlouho působíte nebo jste působil/a jako pedagog na prvním stupni základní školy?
 - a) 1–5 let
 - b) 6–10 let
 - c) 11–20 let
 - d) 21–30 let
 - e) 31–40 let

2. Měl/a jste možnost pracovat s dítětem s obličejovým rozštěpem? (Rozštěp je nespojení samostatných tkáňových struktur během nitroděložního vývoje plodu. (Kejklíčková, 2016))
- a) ano
 - b) ne (Pokud ne, dotazník dále nevyplňujte. Děkuji Vám.)
3. V jakém kraji se nachází škola, kde jste pracoval/a se žákem s rozštěpovou vadou?
- a) Liberecký kraj
 - b) Královehradecký kraj
 - c) Praha
 - d) Středočeský kraj
 - e) Ústecký kraj
 - f) Karlovarský kraj
 - g) Plzeňský kraj
 - h) Jihočeský kraj
 - i) Kraj Vysočina
 - j) Pardubický kraj
 - k) Jihomoravský kraj
 - l) Olomoucký kraj
 - m) Zlínský kraj
 - n) Moravskoslezský kraj

4. Jaký typ školy dítě navštěvovalo?
- a) základní škola běžného typu
 - b) základní škola pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami
5. Jaké byly komunikační schopnosti dítěte při nástupu do 1. třídy?
- a) výborně srozumitelné
 - b) dobře srozumitelné
 - c) dostatečně srozumitelné
 - d) špatně srozumitelné
 - e) Nevím, s žákem jsem se setkal/a až později.
6. Měl žák uznán odklad povinné školní docházky?
- a) ano
 - b) Ano, ale ne z důvodu rozštěpové vady.
 - c) ne
7. Byl žák schopen navázat kontakt se spolužáky a začít utvářet nová přátelství?
- a) ano
 - b) ne
8. Probíhala u žáka logopedická péče klinickým logopedem mimo školské zařízení?
- a) ano
 - b) ne

9. Pracoval s žákem logoped školy?

a) ano

b) ne

10. Pokud byla u žáka přítomna vada řeči, o jakou se jednalo?

a) palatolalie

b) rinolalie

c) jiná:

d) žádná

11. Navštěvoval žák pedagogicko psychologickou poradnu či speciálně pedagogické centrum?

a) ano

b) ne

12. Měl žák spolu s rozštěpem obličeje další fyzické (např. srdeční vada, sluchová vada) či mentální postižení (např. lehká mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy autistického spektra)? Pokud ano, uveďte jaké.

a) Ano,

b) ne

13. Bylo zapotřebí při práci s dítětem volit speciální edukační metody či podpůrná opatření?

a) ano

b) ne (Pokračujte až na otázku č. 15.)

14. Jaké metody či opatření byly použity? (Možno volit více odpovědí a rozvést odpověď podrobně.)

- a) časová dotace
- b) asistent pedagoga
- c) individuální vzdělávací plán
- d) doučování
- e) další:

15. Musel/a jste se pro práci s žákem s rozštěpovou vadou do vzdělávat? Případně jak?

- a) Ano,
- b) ne

16. Jaké byly později vzájemné vztahy (mezi žákem s rozštěpem a ostatními žáky) ve třídním kolektivu?

- a) Žák byl v kolektivu oblíbený, kamarádil se všemi, bez obtíží odpovídal na otázku vyučujícího.
- b) Žák se cítil komfortně v užší části kolektivu, mezi svými přáteli, na otázku odpovídal, pokud si byl správnou odpovědí jistý.
- c) Žák byl spíše samotář, měl jednoho nebo dva kamarády, na otázku odpovídal, jen když to bylo nutné a byla cílena přímo na něj.
- d) Žák s okolím téměř verbálně nekomunikoval, mohl být obětí šikany, často neodpovídal ani na otázku vyučujícího.

17. Jak se Vám spolupracovalo s rodiči dítěte (např. Předávali jste si vzájemně informace o dítěti, poskytovali vám rodiče informace od specialistů, jevíli sami aktivně zájem o spolupráci, spolupracovali při osvojování nových znalostí a dovedností dítěte, nechávali si od Vás jako pedagoga poradit.)? Rozved'te prosím tuto odpověď.

.....
.....
.....
.....

18. Bylo patrné zlepšení komunikačních schopností u žáka v průběhu prvních pěti let povinné školní docházky? (Případně i za kratší časový úsek.)

- a) ano
- b) ne

19. Jak byste hodnotil/a komunikační schopnosti dítěte na konci 5. třídy? (Případně i dříve, pokud ještě není žákem 5. třídy.)

- a) výborně srozumitelné
- b) dobře srozumitelné
- c) dostatečně srozumitelné
- d) špatně srozumitelné
- e) Nevím, spolupráce s žákem byla ukončena dříve.

20. Je podle Vás správná integrace dětí s rozštěpovou vadou do ZŠ běžného typu? Svou odpověď odůvodněte.

- a) Ano, protože.....
- b) Ne, protože.....

Prostor pro Vaši jakoukoliv reakci:

.....
.....
.....

Velmi si vážím vaší pomoci. Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha B:

Dotazník pro rodiče – Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Ekrťová a jsem studentkou bakalářského oboru Speciální pedagogika – intervence na pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Výsledky tohoto dotazníkového šetření mají sloužit k vypracování mé bakalářské práce na téma Komunikační schopnosti dítěte s rozštěpovou vadou na základní škole. Vím, že v současné koronavirové době jste vy, rodiče, maximálně vytížení péčí o své děti a blízké a řešíte nemálo obtížných situací spojených s touto těžkou dobou. Přesto bych Vás chtěla poprosit, zda byste našli čas na vyplnění 21. krátkých otázek mého dotazníku a pomohli mi tak s vytvořením mé bakalářské práce. Dotazník je určen všem rodičům a zákonným zástupcům, kteří vychovávají dítě s obličejovým rozštěpem a byli by ochotni podělit se o své zkušenosti a zkušenosti svých dětí spojených s komunikací, vzděláváním a docházkou do školy. Tento dotazník cílí na rodiče dětí navštěvující první stupeň základní školy a starší. Toto šetření je anonymní.

(Instrukce pro respondenta: V případě uzavřené otázky Vámi zvolenou odpověď označte, otevřenou otázku zodpovězte. Děkuji.)

1. Jaký je váš příbuzenský vztah k dítěti s rozštěpovou obličejovou vadou?

- a) matka
- f) otec
- g) zákonný zástupce

2. V jakém kraji se nachází škola, kterou váš syn/dcera s rozštěpovou vadou navštěvuje/navštěvoval?

- a) Liberecký kraj
- b) Královehradecký kraj
- c) Praha
- h) Středočeský kraj
- i) Ústecký kraj
- j) Karlovarský kraj
- k) Plzeňský kraj
- l) Jihočeský kraj
- m) Kraj Vysočina
- n) Pardubický kraj
- o) Jihomoravský kraj
- p) Olomoucký kraj
- q) Zlínský kraj
- r) Moravskoslezský kraj

3. Jaký typ školy dítě navštěvovalo?

- a) základní škola běžného typu
- b) základní škola pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami

4. V případě, že dítě navštěvovalo základní školu pro děti se specifickými vzdělávacími potřebami, byly důvodem obtíže spojené s rozštěpem?

- a) ano
- b) Ne, důvodem bylo.....

5. Mělo vaše dítě odklad povinné školní docházky?

- a) ano
- b) Ano, ale ne z důvodu rozštěpové vady.
- c) ne

6. Jaké byly komunikační schopnosti dítěte při nástupu do 1. třídy?

- a) výborně srozumitelné
- b) dobře srozumitelné
- c) dostatečně srozumitelné
- d) špatně srozumitelné

7. Bylo vaše dítě schopno navázat kontakt se spolužáky a začít utvářet nová přátelství?

- a) ano
- b) Ano, ale až později a bylo to pro něj/ni obtížné.
- c) ne

8. Museli jste řešit v průběhu prvního stupně základní školy problémy spojené se šikanou? Pokud ano, víte, jaká byla příčina šikany?

- a) Ano, protože.....
- b) Ano, ale příčinu neznám.
- c) ne

9. Probíhala u vašeho dítěte logopedická péče u klinického logopeda mimo školské zařízení?

a) ano

b) ne

10. Pracoval s dítětem logoped školy?

a) ano

b) ne

11. Pokud byla u dítěte přítomna vada řeči, o jakou se jednalo?

c) palatolalie

d) rinolalie

e) jiná:

f) žádná

12. Navštěvoval/a váš syn/dcera pedagogicko psychologickou poradnu či speciálně pedagogické centrum?

a) ano

b) ne

13. Má vaše dítě spolu s rozštěpem obličeje další fyzické (např. srdeční vada, sluchová vada) či mentální postižení (např. lehká mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy autistického spektra)? Pokud ano, uveďte prosím jaké.

a) Ano,

b) ne

14. Využívalo vaše dítě speciální edukační metody či podpůrná opatření při výuce?

- a) ano
- b) ne (Pokračujte až na otázku č. 15.)

15. Jaké metody či opatření byly použity? (Možno volit více odpovědí a rozvést odpověď podrobně.)

- a) časová dotace
- b) asistent pedagoga
- c) individuální vzdělávací plán
- d) doučování
- e) další:

.....
.....
.....

16. Jaké byly později (na konci prvního stupně nebo v době vyplňování dotazníku) vzájemné vztahy (mezi vaším dítětem a ostatními dětmi) ve třídním kolektivu?

- a) Mé dítě bylo v kolektivu oblíbené, kamarádilo se všemi, bez obtíží odpovídalo na otázku vyučujícího.
- b) Mé dítě se cítilo komfortně v užší části kolektivu, mezi svými přáteli, na otázku odpovídalo, pokud si bylo správnou odpovědí jisté.
- c) Mé dítě bylo spíše samotářské, mělo jednoho nebo dva kamarády, na otázku odpovídalo, jen když to bylo nutné a byla cílena přímo na něj.
- d) Mé dítě s okolím téměř verbálně nekomunikovalo, mohlo být obětí šikany, často neodpovídalo ani na otázku vyučujícího.

17. Hodnotíte jako důležité, spolupráci mezi učiteli/asistenty pedagoga a rodiči?

a) ano

b) ne

18. Jak probíhala spolupráce mezi Vámi a pedagogy? (např. Předávali jste si vzájemně informace o dítěti, hodnotili jste výkony dítěte, konzultovali jste domácí přípravu do školy, nechávali jste si od pedagogů poradit, spolupracovali jste při osvojování nových znalostí a dovedností dítěte.) Rozveďte prosím tuto odpověď.

.....
.....
.....

19. Bylo patrné zlepšení komunikačních schopností u dítěte v průběhu prvních pěti let povinné školní docházky? (Případně i za kratší časový úsek.)

a) ano

b) ne

20. Jak byste hodnotil/a komunikační schopnosti dítěte na konci 5. třídy? (Případně i dříve, pokud ještě není žákem 5. třídy.)

a) výborně srozumitelné

b) dobře srozumitelné

c) dostatečně srozumitelné

d) špatně srozumitelné

21. Je podle Vás správná integrace dětí s rozštěpovou vadou do ZŠ běžného typu? Svou odpověď odůvodněte.

a) Ano, protože...

b) Ne, protože...

Prostor pro Vaši jakoukoliv reakci:

.....
.....
.....

Velmi si vážím vaší pomoci. Děkuji za vyplnění dotazníku.