

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

PAVLÍNA LUKEŠOVÁ

IV. ročník – prezenční studium

Obor: Logopedie

**PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ
SCHOPNOSTI U OSOB S OROFACIÁLNÍMI ROZŠTĚPY**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 11.4.2010

PAVLÍNA LUKEŠOVÁ

Děkuji Mgr. et Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení mé diplomové práce.

Dále děkuji respondentům z Centra pro léčbu rozštěpových vad v Brně a v neposlední řadě tamější klinické logopedce Mgr. Julii Čefelínové za spolupráci a pomoc při realizaci dotazníkového výzkumného šetření.

OBSAH:

TEORETICKÁ ČÁST

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 6 |
| 1 Terminologické vymezení | 7 |
| 2 Rozštěpové vady v orofaciální oblasti | 8 |
| 2. 1 Terminologie rozštěpových vad..... | 8 |
| 2. 2 Etiologie rozštěpových vad..... | 8 |
| 2. 3 Vznik a výskyt rozštěpových vad | 9 |
| 2. 4 Symptomy rozštěpových vad | 10 |
| 2. 5 Klasifikace orofaciálních rozštěpů..... | 10 |
| 2. 6 Důsledky rozštěpových vad v orofaciální oblasti | 14 |
| 2. 6. 1 Velofaryngální dysfunkce | 14 |
| 2. 6. 2 Narušená komunikační schopnost..... | 15 |
| 2. 6. 3 Specifika vývoje řeči u dětí s orofaciálními rozštěpy | 16 |
| 2. 7 Terapie a prevence rozštěpových vad | 17 |
| 2. 8 Logopedické poradenství pro rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem | 18 |
| 3 Palatolalie | 20 |
| 3. 1 Terminologické vymezení palatolalie | 20 |
| 3. 2 Výskyt palatolalie | 20 |
| 3. 3 Etiologie palatolalie | 21 |
| 3. 4 Symptomatologie palatolalie | 22 |
| 3. 4. 1 Poruchy nosní rezonance | 22 |
| 3. 4. 2 Poruchy artikulace | 23 |
| 3. 4. 3 Narušený vývoj řeči | 23 |
| 3.4.4 Poruchy hlasu..... | 23 |
| 3.4. 5 Narušené koverbální chování..... | 24 |
| 3. 5 Klasifikace palatolalie..... | 25 |
| 3. 6 Diagnostika palatolalie..... | 25 |
| 3. 6. 1 Hodnocení srozumitelnosti řeči | 25 |
| 3. 6. 2 Vyšetření nosní rezonance | 26 |
| 3. 6. 3 Hodnocení artikulace | 27 |
| 3. 6. 4 Diagnostika velofaryngální insuficience..... | 27 |
| 3. 6. 5 Diagnostika narušeného vývoje řeči | 28 |
| 3. 6. 6 Diagnostika poruch hlasu..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 3. 6. 7 Diagnostika narušeného koverbálního chování | 29 |
| 3. 7 Terapie palatolalie..... | 29 |
| 3. 8 Management intervence při palatolalii..... | 30 |
| 3. 9 Prognóza a prevence palatolalie..... | 31 |
| 4 Rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem | 33 |
| 5 Psychosociální důsledky vztahující se k jedinci s orofaciálním rozštěpem | 37 |
| 5. 1 Vliv viditelné deformace v oblasti obličeje na osobnost člověka..... | 38 |
| 5. 2 Rozvoj sebepojetí jedince s orofaciálním rozštěpem..... | 39 |
| 5. 3 Sourozenci dítěte s orofaciálním rozštěpem | 39 |

PRAKTICKÁ ČÁST

| | |
|---|-----------|
| 6 Výzkumné šetření..... | 42 |
| 6. 1 Vymezení předmětu a objektu výzkumného šetření | 42 |
| 6. 2 Cíle a formulace výzkumných otázek | 42 |
| 6. 3 Charakteristika výzkumného vzorku | 42 |
| 6. 4 Stanovení hypotéz..... | 45 |
| 6. 5 Výzkumné metody | 45 |
| 6. 6 Realizace vlastního výzkumu | 47 |
| 6. 7 Zpracování získaných dat a jejich interpretace | 47 |
| 6. 8 Ověřování platnosti hypotéz | 73 |
| 6. 9 Shrnutí výsledků a diskuse..... | 79 |
| Závěr | 82 |
| Seznam literatury a pramenů | 84 |
| Seznam příloh..... | 87 |
| Anotace | |

ÚVOD

Rozštěpové vady v orofaciální oblasti patří mezi nejčastěji se vyskytující vrozené vývojové vady. Jejich důsledky nezahrnují pouze defekty kosmetického rázu či narušenou komunikační schopnost, ale také psychické a sociální problémy. Což poukazuje na skutečnost, že se nejedná o obtíže, které budou jednorázově a rychle eliminovány, ale o důsledky, které postihují takto postiženého jedince po celý život. Orofaciální rozštěpy tak dokazují multidisciplinaritu oboru logopedie, kdy může být jedinec v péči několika odborníků, a to z řad různých oblastí např. oboru logopedie, foniatrie, psychologie, ortodontie, či plastické chirurgie aj.

Důvodem výběru tématu diplomové práce bylo, že její autorka má přímou zkušenost s orofaciálními rozštěpy, což znamená, že je seznámena s konkrétními obtížemi ať už sociálního či psychického rázu, které tato vývojová vada přináší. Zajímalo nás tedy, zda všichni lidé s orofaciálními rozštěpy, či jejich blízcí, mají stejnou zkušenost.

V teoretické části diplomové práce se zaměřujeme na problematiku orofaciálních rozštěpů, na jejich terminologii, etiologii, vznik a výskyt, symptomatologii, klasifikaci, důsledky, terapii, prevenci a logopedické poradenství pro rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem. Dále se konkrétně zaměřujeme na narušenou komunikační schopnost při rozštěpu patra – palatolalii, charakterizujeme rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem a věnujeme se psychosociálním důsledkům vztahujícím se k jedinci s rozštěpovou vadou.

V praktické části diplomové práce se zaměřujeme na výzkumné šetření, které jsme realizovali ve spolupráci s Klinikou plastické a estetické chirurgie v Brně. Toto šetření bylo provedeno formou dotazníků, které byly distribuovány rodičům dětí s orofaciálním rozštěpem.

Cílem teoretické části diplomové práce je seznámení s problematikou orofaciálních rozštěpů a jejich důsledky, zvláště pak s narušenou komunikační schopností. Také vzhled do problematiky situace rodičů, kterým se narodilo dítě s vrozenou vývojovou vadou v podobě obličejového rozštěpu a konečně některé vybrané sociální či psychické ukazatele, které se pojí přímo s jedincem s výše zmíněnou vadou.

Cílem praktické části diplomové práce je pak zjistit, zda mají děti s orofaciálními rozštěpy dle tvrzení svých rodičů narušenou komunikační schopnost, psychické obtíže a zda se u nich vyskytují zvláštnosti v oblasti sociální adaptace. Také si klademe za cíl zkoumat, zda je orofaciální rozštěp rozhodujícím vlivem ve výběru typu školního zařízení. Výskyt těchto ukazatelů srovnáváme nejen u konkrétních typů orofaciálních rozštěpů, ale také dle klasifikace na rozštěp primárního patra, sekundárního patra, či současně primárního i sekundárního patra.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1 Terminologické vymezení

Mezi základní termíny diplomové práce patří nejen pojmy týkající se obličejových rozštěpů a s nimi související narušené komunikační schopnosti, ale také klíčové pojmy týkající se sociálních a psychických dopadů na tyto osoby. Pro lepší vhléd do dané problematiky uvádíme několik základních pojmů.

K základním pojmům týkajících se orofaciálních rozštěpů patří samotný termín **rozštěp**. Dvořák (2007) používá pro tento termín latinské označení *fissura*. Rozštěp je vrožený orgánový defekt, při kterém je patrohltanový uzávěr nedostatečný (Kerekrétiová in Lechta a kol., 1990). S tímto pojetím rozštěpu se však neztotožňujeme. Orofaciální rozštěp nemusí vždy nutně znamenat nedostačivost patrohltanového závěru. Kerekrétiová (1991) dále uvádí, že rozštěp primárního patra postihuje ret a alveolární výběžek, rozštěp sekundárního patra tvrdé patro, měkké patro a čípek.

Dále je na místě si přiblížit adjektivum **orofaciální**, které je často spojováno s termínem „rozštěp“. Dvořák (2007) definoval tento pojem jako týkající se dutiny ústní a tváří (v širším pojetí obličeje).

Pod klíčové pojmy související s narušenou komunikační schopností u osob s orofaciálními rozštěpy je dle našeho názoru vhodné zařadit termín **palatolalie**. V logopedii se jedná o pracovní označení pro vývojové poruchy řeči provázející rozštěpy patra. *Palatinus* = patrový (Dvořák, 2007). Kerekrétiová (2000) dále uvádí, že palatolalie je narušená komunikační schopnost při rozštěpu patra. Dle našeho mínění je třeba si vymezit také pojem **komunikační schopnost**.

„Ide o schopnosť človeka vedome a podľa patričných noriem používať jazyk jako systém znakov a symbolov v celej jeho komplexnosti a vo všetkých jeho formách, a to s cieľom realizovania určitého komunikačného zámeru“ (Lechta in Kerekrétiová a kol., 2009, s. 21). Za základní symptomy palatolalie Kerekrétiová (1997) považuje změny v rezonanci a artikulaci, které ji vždy doprovázejí. Porucha nosní rezonance **rinolalie** (huhňavost) je termín označující patologicky změněnou nosovost, který se u orofaciálních rozštěpů vyskytuje v podobě otevřené huhňavosti (*rinolalia aperta*).

Psychosociální aspekty jsou pak taková hlediska (zřetel, pojetí), která se týkají psychické a společenské (sociální) stránky člověka (Vokurka, Hugo a kol., 2005).

2 Rozštěpové vady v orofaciální oblasti

Druhá kapitola se věnuje rozštěpovým vadám v orofaciální oblasti. Obsahuje základní informace z oblasti terminologie, etiologie, vzniku, výskytu, symptomatologie, klasifikace, terapie i prevence rozštěpových vad. Také informuje o důsledcích rozštěpových vad, o logopedickém poradenství pro rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem a specifikách vývoje řeči těchto dětí. Definuje též termín velofaryngální¹ dysfunkce a narušená komunikační schopnost.

2.1 Terminologie rozštěpových vad

Orofaciální rozštěpy jsou dle Klenkové (2006) řazeny k vývojovým vadám. Jedná se o orgánové postižení, které postihuje pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní nebo orgány patrohltanového závěru (srov. např. Andřík in Kerekrétiová, 2000).

V německy mluvících zemích se dle Neumannové (in Klenková, 2006), začíná stále více v odborné literatuře prosazovat výstižnější označení poruchy ve vývoji rtu, čelisti, palata a vela (zkráceně RČPV-poruchy), německy die Lippen-, Kiefer-, Gaumen-, Segel-Fehlbildung. Využití takového názvu pro orofaciální rozštěp je zdůvodněno tím, že termín rozštěp je poněkud zavádějící. Nic se „nerozštípilo“, ale došlo k určité chybě ve vývoji a nevytvoření se některých struktur. V odborné literatuře se termín rozštěp užívá, v němčině se užívá termín Wolfstrachen, v angličtině cleft, ve francouzštině geule de lup, rusky razščelina (in ibid.).

2.2 Etiologie rozštěpových vad

Příčiny vzniku rozštěpu dosud nejsou zcela objasněny. Hovoří se o multifaktoriálním podkladě, kdy se prolínají vnější a vnitřní příčiny. Kerekrétiová (2000) a Klenková (2006) se shodují, že příčiny vzniku mohou být endogenní – dědičné, které spočívají v porušení genů, nebo exogenní – vnější. Mezi vnější příčiny počítají virové a bakteriální onemocnění, úraz matky na začátku těhotenství, radioaktivní a rentgenové záření, nedostatečnou nebo nesprávnou výživu.

Exogenní příčiny představují různé teratogenní vlivy, tj. působení škodlivin v nejtěžším období intrauterinního vývoje, v prvním trimestru těhotenství, od 4. do 8. týdne.

¹**Velofaryngální** = v této diplomové práci se přikláníme k tomuto označení, které používá např. Vohradník, 2001. V literatuře se setkáváme i s pojmem velofaryngeální = týkající se zadní části měkkého patra (velum palatinum) a hltanu (laryngu), oblast zodpovědná za uzavření nosohltanu při polykání (Vokurka, Hugo a kol., 2005).

Za kritické období je považován 26. - 30. den vývoje plodu, konec kritického období je mezi 52. - 56. dnem těhotenství (Klenková, 2006).

Vohradník (2001) potvrzuje výše zmíněnou skutečnost, že orofaciální rozštěpy nemají jasnou příčinu. Uvádí, že u rozštěpových vad je nesmyslem hledat pouze jeden příčinný faktor jejich vzniku. Záleží na genetické výbavě zárodku, včetně citlivosti vůči teratogenům a odpovědnosti za morfogenetické procesy. Dále záleží na genetické výbavě matky a to pouze nepřímo, jedná se o toxickokinetické podmínky expozice plodu.

O vlivu dědičnosti na vznik orofaciálního rozštěpu se zmiňuje také Sovák (1974). Uvádí, že přední rozštěpy (tj. rozštěpy rtu a čelisti) se přenášejí dědičně asi ve 40 % a rozštěpy zadní (tj. rozštěpy měkkého patra, popřípadě měkkého i tvrdého patra) se dědí skoro ve 20 %. Zadní rozštěpy postihují spíše ženy a bývají provázeny i jinými vývojovými vadami.

2.3 Vznik a výskyt rozštěpových vad

Stark (in Kerekrétiová, 2000) vidí příčinu vzniku rozštěpů v poruše pronikání mezodermu v oblasti primárního patra. Vnik obličejových rozštěpů popsal také Janec (in Kerekrétiová, 2000), který uvádí, že se obličejové rozštěpy vyvíjejí poruchou spojení základů tváře už v třetím týdnu těhotenství u embrya velkého 13 mm. V této době se vytváří mezičelistní střední segment a střední část horního rtu (filtrum).

Dle Kerekrétiové (in Lechta a kol. 1990) rozštěpy vznikají poruchou diferenciací mezenchymové tkáně v 8. - 9. týdnu embryonálního života neúplným vyvinutím a srůstem částí, které se účastní na vytvoření patra. Dvořák (2004) se liší v časové periodizaci vzniku orofaciálních rozštěpů. Píše, že rozštěpy rtu, obličejové a patra vznikají při utváření základu obličejové z jednotlivých hlavových výběžků v období mezi pátým až sedmým týdnem vývoje lidského zárodku. Dále se o vzniku orofaciálních rozštěpů zmiňuje také Škodová, Jedlička (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) a Klenková (2006).

„Rozštěpy rtu, čelisti a patra vznikají nikoli rozštěpením, ale naopak nespojením příslušných anatomických struktur při vývoji obličejových částí v místech, kde jsou za normálních okolností v konečné podobě rtem, čelistí a patrem“ (Škodová, Jedlička in Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 221). Klenková (2006) uvádí, že rozštěpy dutiny ústní, tváří a obličejové, jsou těžké kongenitální vady, které vznikají porušením vývoje střední třetiny obličejové. Jedná se o orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového závěru.

Orofaciální rozštěpy se vyskytují na celé zeměkouli. Postihují všechny rasy, národy a sociální skupiny. První zmínky o rozštěpech sahají do dávné minulosti, o níž se dozvídáme z historických nálezů (Kerekrétiová, 2000).

Dle Kerekrétiové (2000), je frekvence výskytu rozštěpů 1 : 500 - 600, což znamená, že na 500 - 600 narozených dětí připadá jedno s rozštěpem. Výskyt má rostoucí tendenci. Dle Škodové, Jedličky (in Škodová, Jedlička a kol. 2003), je četnost klasických rozštěpů v České republice asi 1 : 530 všech živě narozených dětí. Dvořák (2004) píše, že výskyt rozštěpových vad se celosvětově uvádí 1 pacient na 500 zdravých. Tato frekvence je regionálně dlouhodobě neměnná a neovlivňuje ji ani pokrok v genetickém výzkumu a prevence ve vyspělých státech. Výskyt je ale proměnlivý u jednotlivých etnik a států. V České republice se udává 1 pacient na 520 zdravých novorozenců. U výše zmíněných autorů však nalézáme shodu s tvrzením, že celkové orofaciální rozštěpy postihují dvakrát častěji chlapce, než dívky a dvakrát častěji zasahují levou stranu (in ibid.).

Izolovaný rozštěp patra, který má jiný embryologický podklad, je naopak v poměru k mužům častější u žen 1 : 1,4 a vyskytuje se u jedné třetiny pacientů s rozštěpovou vadou (Dvořák, 2004).

„V celosvětovém měřítku je výskyt u nás zhruba v průměru. Nižší je u černochů, vyšší u Japonců, Indů a obyvatel skandinávských zemí“ (Škodová, Jedlička in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 221).

2.4 Symptomy rozštěpových vad

Sovák (1974) uvádí, že při rozštěpu jsou porušeny mluvní orgány. Pro anatomickou poruchu těchto orgánů trpí funkce primární i druhotné. Z primárních funkcí postižených orgánů vážně přijímání potravy. Při rozštěpu rtu dítě nemůže sát. Při rozštěpu patra vážně polykání a potrava uniká do dutiny nosní. Kromě ústrojí zažívacího je ohroženo i ústrojí dýchací. Časté záněty horních dýchacích cest přecházejí i na středouší. Bylo zjištěno, že skoro polovina osob s rozštěpem trpí středoušní nedoslýchavostí. Postiženy jsou i funkce druhotné, tj. řeč.

2.5 Klasifikace orofaciálních rozštěpů

Existuje více klasifikací rozštěpů. Ritchie a Davis (in Kerekrétiová, 2000) rozdělili rozštěpy na prealveolární, alveolární a postalveolární. Asi nejznámější je rozdělení rozštěpových vad podle Buriana (1954), avšak nejpoužívanější ve světě je klasifikace dle

Kernahana a Starka, kdy základním dělicím bodem je foramen incisivum² (in Kerekrétiová, 2000).

Rozdělení vrozených rozštěpů obličeje a příbuzných vad dle Buriana (1954)

Typické rozštěpy

Zahrnují vady, které postihují ret nebo ret a čelist, ret a patro nebo ret, čelist i patro.

A) Rozštěpy rtu, rtu i čelisti a patra vcelku nebo v různém seskupení

▪ **Oboustranný celkový rozštěp** (Cheilognathopalatoschisis)

Vada je tu ve všech částech plně vyvinuta, zahrnujeme sem však i nemocné, u nichž byla vada zmírněna modifikována přítomností tkáňových spojů, tzv. mostů.

▪ **Jednostranný celkový rozštěp** (Cheilognathopalatoschisis unilateralis)

Také v této skupině jsou případy s tkáňovými mosty.

▪ **Oboustranný rozštěp rtu a čelisti** (Cheilognathoschisis bilateralis)

Je rozpoltěn ret i čelist na obou stranách ve stejné nebo nestejně míře. V nejtěžších případech sahá rozštěp v kosti až do foramen incisivum.

▪ **Jednostranný rozštěp rtu a čelisti** (Cheilognathoschisis unilateralis)

Jsou tu stejné stupně jako u předešlé skupiny.

▪ **Oboustranný rozštěp rtu** (Cheiloschisis bilateralis)

Nejvzácnější je úplné rozpoltění rtu až do nozdry. Změny mohou být stejné na obou stranách nebo nestejně.

▪ **Jednostranný rozštěp rtu** (Cheiloschisis unilateralis)

Ret je postižen v různém rozsahu, jako u předešlých skupin. Nejlehčí forma je malý zářez v červeni. V této skupině jsou případy zářezu v červeni, od nichž vystupuje k prahu nozdry žlábk s pigmentovanou kůží. Takové případy jsou některými autory považovány za rozštěpy vyhojené spontánně, během nitroděložního života.

² **Foramen incisivum** = otvor ve skeletu tvrdého patra ve střední čáře mezi premaxilou a patrovými výběžky horní čelisti, jde o vyústění drobného kanálku mezi dutinou nosní a ústní, kterým vedou drobné nervy, tvoří orientační bod při popisu rozštěpu čelisti a patra (Dvořák, 2007).

B) Isolovaný rozštěp patra (palatoschisis)

- Nejtěžší forma je **úplný rozštěp, sahající až do foramen incisivum**, různě široký. V extrémních případech jsou patrové desky redukovány na úzké valy, v nichž vůbec není kost.
- **Rozštěp měkkého patra různě hluboký**. Když sahá až k zadnímu kraji tvrdého patra, je vždy v tvrdém patru různě hluboký zářez překlenutý měkkými částmi, někdy jen průsvitnou blanou, která je složena jen ze sliznice nasální a orální. I u méně hlubokých rozštěpů je často zářez v kosti. V nejlehčích případech je rozpoltněna jen uvula.
- **Submukózní rozštěp patra**. Patro je zdánlivě normální nebo je rozpoltněna jen uvula, je tu však štěrbina v kosti, která sahá různě daleko, po případě až do foramen incisivum. Také svalovina vela je rozestouplá ve střední čáře.
- **Vrozená krátkost (insuficience) patra**. Je zkráceno měkké patro, nebo tvrdé patro, nebo obojí.

Vzácné vady rázu rozštěpů

- **Střední rozštěpy horního rtu, horního rtu a čelisti nebo alveolárního výběžku samostatné nebo kombinované s deformací nosu.**
- **Takzvané střední rozštěpy nosu a vady vyznačené rozšířením struktury nosu s oploštěním až s úplným vyhlazením kostry nosu.**
- **Postranní rozštěp ústního koutku (makrostoma) samostatný nebo kombinovaný s aplasií boltce a s atresií zvukovodu.**
- **Šikmý rozštěp obličejce.**
- **Postranní rozštěp nosu.**
- **Kolobom³ víček.**
- **Střední rozštěp dolního rtu, po případě i čelisti.**
- **Střední rozštěp jazyka.**

Klasifikace dle Kernahana a Starka (in Kerekrétiová, 2000).

Podstatou této klasifikace je emryonální odlišnost primárního a sekundárního patra a jejich časově rozdílně probíhající vývoj.

- I. skupina – rozštěp primárního patra (postihuje rty, alveolární výběžek až po foramen incisivum);
- II. skupina – rozštěp primárního a sekundárního patra (postihuje rty, alveolární výběžek, uvulu, měkké a tvrdé patro);

³ **Kolobom** = jakýkoli rozštěp, např. též rtu (Vokurka, Hugo a kol., 2005)

- III. skupina – rozštěp sekundárního patra (postihuje uvulu, měkké a tvrdé patro až po foramen incisivum);
- IV. skupina – atypické rozštěpy, kam zařazujeme šikmé, příčné rozštěpy tváře, rozštěp dolního rtu, nosu a jiné.

Kromě samostatných orofaciálních rozštěpů se mohou objevit i syndromy s rozštěpovou vadou.

„Syndromové formy rozštěpů jsou ty případy, kdy se klinicky či chirurgicky najde relevantní abnormalita orgánu mimo anatomickou oblast rozštěpu (vč. mentální retardace)“
(Hanson in Vohradník, 2001, s. 18).

Vohradník (2001) uvádí, že syndromové rozštěpy se obvykle liší v typu dědičnosti než by odpovídalo jejich druhu. Postižení vyžaduje koordinaci s dalšími pracovišti při léčbě dalších malformací. Mezi nejznámější syndromy spojené s rozštěpovou vadou obličeje zařazuje:

- Sy APERT

- akrocephalosyndaktylie,
- dymorfogeneze obličeje,
- exophthalmus, syn- poly-daktylie,
- hypotelorismus,
- hallux varus, anomálie obratlů, atrofie optiku, rozštěp uvuly, patra.

- Sy COLLET-SICCARD

- glosso-laryngo-skapulo-faryngeální sy,
- hemiplegie – pareza nn. IX., X., XI., XII.

- Sy FRANCESCHETTI

- dysostosis mandibulofacialis.

- Sy TREACHER-COLLINS

- ptačí obličej,
- hypoplazie mandibuly a maxily,
- makrostomie, kolobomy,
- deformace boltců, atrezie zvukovodů,
- vada sluchu,
- rozštěpy II. skupiny.

- Sy GRAUHAN

- dysphalangie,
- anomálie ledvin, genitálií, močového měchýře,
- rozštěp patra.

Dále uvádí syndromy: Sy HANHERT III., Sy HERTWIG-WEYERS, Sy HOEWE, Sy PIERRE-ROBIN, Sy ULLRICH-FEICHTIGER, Sy KLIPPEL-FEIL, Sy WAARDENBURG II.

2.6 Důsledky rozštěpových vad v orofaciální oblasti

„Dôsledkami rászštepov okrem palatolálie sú chyby estetického rázu, deformácie kostených i mäkkých častí tváre a nosa, poruchy zhryzu a chrupu. Čelust' zaostáva v raste a oneskoruje sa vo vývine, je zmenšená a deformovaná.“ (Kerekrétiová in Lechta a kol., 1990, s. 138).

Rozštěp postihuje i primární funkce. Znemožňuje sání pro neschopnost vytvořit v ústní dutině potřebný podtlak a dítě může zaostávat v tělesném vývoji za ostatními dětmi. Je příčinou i vyšší nemocnosti. Časté jsou záněty průdušek, nosohltanu, záněty středouší, ze kterého se může později vyvinout porucha sluchu převodního charakteru. U takovýchto dětí bývá i opožděný vývoj řeči, takže fyziologický dysgramatismus a dyslalie se vyskytují ve věku, ve kterém se už s nimi u ostatních dětí nesetkáváme. Hlas se může tvořit nesprávným způsobem a vzniká palatofonie (in ibid.).

Mezi důsledky orofaciální rozštěpů (Klenková, 2006) zařazuje funkční poruchy, které po narození narušují sání, polykání, dýchání, ovlivňují vývoj sluchu. Také se zmiňuje o skutečnosti, že děti s obličejovým rozštěpem jsou oslabené častými nemocemi – záněty nosohltanu, průdušek, středouší, později se může vyvinout porucha sluchu převodního typu. Dále uvádí, že orofaciální rozštěpy způsobují deformace obličeje a to kostních i měkkých částí, to, že dochází k anomáliím růstu čelisti a zubů. Všechny tyto faktory ovlivňují vývoj řeči.

2.6.1 Velofaryngální dysfunkce

Před definicí velofaryngální dysfunkce uvádíme charakteristiku velofaryngálního uzávěru. Domníváme se, že je důležité znát mechanismus velofaryngálního uzávěru, abychom mohli posléze lépe pochopit velofaryngální dysfunkci.

„Velofaryngálním, nebo patrohltanovým uzávěrem rozumíme všechny struktury patra, hltanu a bezprostředního okolí, které se podílejí na zabezpečení jeho funkcí. Funkcí uzávěru

je sfinkterové a záklopkovité oddělení dutiny orální a nazální, neboli oddělení oro- a nazofaryngu, které je nutné pro řeč, barvu hlasu, pískání, polykání, foukání a sání. Velofaryngální uzávěr se nachází asi 1 cm nad úrovní atlasu“ (Vohradník, 2001, s. 29). (Srov. např. Vitásková, in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Mechanismy velofaryngálního uzávěru dle Vohradníka (2001) jsou:

1. pohyby měkkého patra dozadu a nahoru – záklopkový mechanismus,
2. pohyby laterálních, někdy i zadní stěny hltanu mediálně - sfinkterový mechanismus.

„Podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1993 je velofaryngální dysfunkce stav, kdy měkké patro a svalovina hltanu nemohou z nějakého důvodu při činnostech jako je polykání, foukání, řeč, dýchání a ventilace tub vytvořit optimální uzávěr mezi oro- a nazofarynxem, který je nutný pro tyto činnosti“ (Kerekrétiová, 2008, s. 11).

Kerekrétiová (2008) dále uvádí, že v literatuře se používají k označení té samé funkce různé synonymické termíny. V zahraniční literatuře se setkáváme s akronymem VPI – velopharyngeal inadequacy (insufficiency, incompetence). Českému termínu patrohltanový odpovídají palatofaryngální a velofaryngální. Platí to podobně pro synonyma inadekvátnost, insuficience, inkompetence ve smyslu nedostatečnost, tedy dysfunkce.

2.6.2 Narušená komunikační schopnost

„O NKS hovoríme vtedy, ak niektorá rovina jazykových prejavov (alebo niekoľko rovín súčasne) človeka interferuje s jeho komunikačným zámerom“ (Lechta in Kerekrétiová a kol., 2009, s. 22). Termín narušená komunikační schopnost odpovídá i nejnovější klasifikaci WHO, kde termín „disability“ je ekvivalentem narušené komunikační schopnosti (in ibid.). S touto definicí narušené komunikační schopnosti se autorka práce ztotožňuje.

Kerekrétiová (2000) uvádí, že při palatolalii se jedná o narušenou rovinu foneticko - fonologickou (porucha nosní rezonance a artikulace), ale i morfologicko - syntaktickou, lexikálně - sémantickou (v případě opožděného vývoje řeči) a pragmatickou (v důsledku psychosociálních problémů, jež může orofaciální rozštěp druhotně způsobit).

2.6.3 Specifika vývoje řeči u dětí s orofaciálními rozštěpy

Řeč u rozštěpových dětí je nejvíce ovlivněna insuficiencí velofaryngálního uzávěru. Tímto dochází k posouvání tvorby hlásek do IV. artikulačního okrsku, který se u nepostiženého dítěte při fonaci v češtině neuplatňuje. Únikem vzduchového proudu do nosu vzniká Hyperrhinofonia aperta – otevřená huhňavost (Dvořák, 2004).

Dítě s rozštěpem je dle Kerekrétiové (in Lechta a kol., 2003) v předřečových stádiích ochuzené o určité činnosti, které nemůže vykonávat kvůli poškozenému perifernímu mluvnímu orgánu. Jsou to aktivity, které s řečí bezprostředně nesouvisí, ale navzdory tomu sehrávají ve vývoji řeči důležitou úlohu. Patří k nim sání, dumláni a mlaskání, při nichž dítě používá jazyk, rty i čelist a osvojuje si tak dovednosti a návyky, na jejichž základě se později vybuduje skutečná řeč. První dětský křik a pláč nebývá při orofaciálním rozštěpu změněn – nazalizován. Při široce otevřených ústech vychází maximální množství vzduchu ústy a ne rozštěpovou šterbinou. Ale už v období pudového a napodobovacího žvatlání vydává dítě takové zvuky, jaké mu jeho poškozený artikulační orgán dovoluje. Děti s rozštěpem začínají brzy využívat fyziologii svého patologického řečového mechanismu, výsledkem čehož jsou patologické kompenzační způsoby artikulace těch zvuků, které nedokážou správně tvořit. Vlastní vývoj řeči začíná opožděně a nesprávně nejen ve foneticko-fonologické rovině, ale i v ostatních jazykových rovinách. První slova ve funkci věty jsou nejen u zdravých dětí, ale i u dětí s orofaciálním rozštěpem dány i jejich fonémovým repertoárem. To může být znásobeno mnohými neúspěšnými pokusy o napodobení zvuků a slov z prostředí s komunikačním cílem, jakož i nedostatečnou zpětnou vazbou a málo stimulujícím řečovým prostředím. Nepříznivým faktorem je i vyšší nemocnost těchto dětí, časté hospitalizace spojené s vyjmutím dítěte z rodinného prostředí už v útlém věku.

O odlišnostech v řeči u dětí s rozštěpem patra hovoří také Kerekrétiová (2008). Typické rozdíly v řeči u dětí s rozštěpem patra můžeme zaznamenat ve věku šesti měsíců i dříve. Rané vokalizace v hltanu a hrtanu realizuje v tomto období většina dětí. Po tomto věku se však artikulační místo posouvá dopředu a dítě začíná tvořit souhlásky více anteriorně, tj. bilabiální a alveolární konsonanty. Ne tak dítě s orofaciálním rozštěpem.

Seeman (1955) se také zmiňuje o vývoji řeči dětí s rozštěpem patra. Rozlišuje dvě období ve vývoji řeči dítěte. V prvním období se hlas kojence s rozštěpem neliší od hlasu zdravého dítěte. Změna nastává v druhém období, když dítě začíná napodobovat zvuk slyšených slov a vytvářet první slova. Tehdy se jeho řečový projev začíná nápadně odlišovat od zdravých dětí.

Kerekrétiová (1991) srovnává vývoj řeči dítěte s rozštěpem s vývojem řeči intaktního jedince. Duševně a tělesně zdravé dítě začíná mluvit okolo prvního roku života. První slova nebo slovní spojení ve funkci věty používá okolo 15. měsíce, okolo 18. měsíce ovládá asi 50 výrazů a v druhém roce života až 400 slov, přičemž nových slov ustavičně přibývá. Při vstupu do školy dítě ovládá asi 2500 až 3000 slov.

„Děti, které se narodí s rozštěpem patra nebo vrozenou velofaryngální dysfunkcí, musí překonávat velké potíže a omezení už v raném věku v souvislosti s nastupujícím předverbálním a verbálním, vlastním vývojem řeči. Jejich rané vokalizace se realizují za patologických podmínek. Ty jsou důsledkem nedostatečného oddělení ústní dutiny od nosní, což způsobuje nesprávné nasměrování artikulačního proudu vzduchu a také nedostatečný intraorální tlak vzduchu nutný pro produkci většiny konsonantů. Výsledkem je zpoždění ve foneticko-fonologickém vývoji řeči a jazyka, jako i vznik patologických zvuků, které dítě produkuje a stávají se tak přirozenou součástí jeho vyvíjejícího lexikonu“ (Kerekrétiová, 2008, s. 61).

Dvořák (2004) uvádí typické řečové poruchy u jednotlivých druhů rozštěpu patra. U submukózního rozštěpu s velofaryngální insuficiencí dochází k oslabení explosiv, k hyperrhinofonii. U rozštěpu měkkého patra jsou postiženy hlásky *K*, *G* a *CH*. U celkových rozštěpů jsou postiženy hlásky II., III. i I. artikulačního okrsku.

2.7 Terapie a prevence rozštěpových vad

Terapie rozštěpových vad je dle Dvořáka (2004) záležitostí týmové spolupráce. Na terapii se podílí pediatr, anesteziolog, plastický chirurg, foniatr, logoped, ORL specialista, ortodont, či další lékařské odbornosti. Podmínkou je dobrá spolupráce výše uvedených specialistů, jednotlivých odborností, protože výkony často ovlivňují následnou péči dalšího specialisty. *„U dětí provádíme pravidelné kontroly všech specialistů ve 3, v 6, v 10 a 18 letech věku“* (Dvořák, 2004, s. 17).

V péči o pacienty s rozštěpovými vadami má naše republika velmi dobré renomé. Je třeba se přihlásit v některém ze dvou Center pro léčbu rozštěpových vad na klinikách plastické chirurgie v Praze a Brně. Při první návštěvě jsou rodiče předběžně informováni o průběhu léčby, dítě je vyšetřeno plastickým chirurgem, psychologem, genetikem a stomatologem (Vrtišková, 2003).

Autorka diplomové práce se domnívá, že vyšetření psychologem není při první ani dalších návštěvách v rozštěpovém centru samozřejmostí.

První návštěva v ordinaci plastického chirurga je u dítěte nejvhodnější hned první týden po narození. Defekt rtu se uzavírá od konce 3. měsíce života dítěte. Standardně jsou užívány

dvě metody – metoda trojúhelníkového lalůčku dle Tennisona – Randala a metoda rotačně-posuvného lalůčku dle Millarda. Uzávěr patra se provádí od 9. měsíce života dítěte. Buď přímou suturou⁴ patra s možnou intravelární veloplastikou, nebo metodou dvojité reverzní Z-plastiky dle Furlowa. Defekt čelisti se uzavírá až v 8 letech dítěte vsazením kostního štěpu z lopaty kyčelní kosti. Při vzniku velofaryngální insuficience se provádí prodloužení patra dle Furlowa (srov. např. Vrtišková, 2003). Při neúspěchu se přistupuje k velofaryngofixaci, která je méně fyziologická. V průběhu dospívání jedince se dále operačně korigují deformity rtu a nosu (Dvořák, 2004).

Prevenzi rozštěpových vad Dvořák (2004) shrnuje do několika bodů. Doporučuje první dva měsíce těhotenství užívat vitamín B1, mít dostatečný přívod vitamínů C a E a vyvarování se alkoholu, nikotinu, drogám a lékům. Prevence by měla být zajištěna zejména u matek se známou hereditární zátěží a u rizikových těhotenství.

2.8 Logopedické poradenství pro rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem

Dle léčebného protokolu rozštěpového centra v Brně má začít nácvik řeči hrou v 15 měsících věku dítěte a logopedická péče od 30 měsíců (Vokurková in Klenková, 2006).

Což dokazuje nutnost rané logopedické intervence, která je směřována na rodiče dítěte s vrozenou vývojovou vadou. Rodičům se poskytují informace, rady a pokyny o narušené komunikační schopnosti jejich dítěte. Poradenství rodičům je vedeno tak, aby byl zabezpečen správný vývoj řeči dítěte. Úkolem logopeda je rodičům vysvětlit, že řeč jejich dítěte se rozvíjí nejen po formální stránce, ale je nutné věnovat pozornost obsahové stránce řeči, neboť ve většině případů se rodiče domnívají, že nejdůležitější je co nejdříve naučit dítě vyslovovat všechny hlásky (Klenková, 2006).

Úkolem logopeda je dle Klenkové (2006) naučit rodiče vše, co budou s dítětem provádět, cvičit, rozvíjet apod. Logoped s dítětem pracuje zprostředkovaně, přes rodiče. Vysvětlí rodičům, že jsou svému dítěti řečovým vzorem – poskytují dítěti vzor správné řeči. Budou mluvit na dítě při krmení, koupání, hrách, vždy přiměřeně situaci a věku dítěte. Upozorní na odlišnosti ve stadiu žvatlání jejich dítěte, neboť rozštěpové dítě má omezený potenciál hlásek. Naučí rodiče jak rozvíjet komunikační schopnosti dítěte, jak vytvářet situace, které provokují dítě k napodobování zvuků, slov. Doporučí vývoj řeči ovlivňovat tak, aby dítě procházelo všemi vývojovými stadii. Rodiče budou rozvíjet zrakovou percepci dítěte – snažit se upoutat jeho pozornost, aby udrželo zrakový kontakt, sledovalo mluvidla osoby, která na něj mluví, pozorovalo předměty, hračky, které mu předkládají. Rozvoj sluchové percepcie lze provádět tak, že rodič učí dítě rozlišovat zvuky hraček, zvířátek atd. Také

⁴ **Sutura** = lat. šev, steh, sešití rány (Dvořák, 2007).

logoped učí rodiče jak rozvíjet slovní zásobu (aktivní i pasivní). Doporučuje zpívat dětem písničky, rytmizovat říkanky, vyprávět pohádku.

Kapitolu o orofaciálních rozštěpech můžeme shrnout do několika bodů. Rozštěpové vady v orofaciální oblasti jsou poměrně často se vyskytující vrozenou vývojovou vadou. Terapie o tyto jedince není jednorázová. Na důsledcích obličejových rozštěpů se podílí celý tým odborníků a osoba je v jejich péči prakticky do období dospělosti nebo i déle. Domníváme se ale, že délka i intenzita terapeutického působení závisí na charakteru orofaciálního rozštěpu. Osoba s rozštěpem primárního patra, např. s rozštěpem rtu, nemusí být striktně v péči všech výše zmíněných odborníků a po tak dlouhou dobu. Vzhledem ke skutečnosti, že rozštěpy postihují obličej, tedy identifikující část lidského těla, mohou být svými nositeli obtížně snášeny.

3 Palatolalie

Při rozštěpech patra může vzniknout narušená komunikační schopnost, která se nazývá palatolalie. Díky stále se zdokonalující medicínské péči, v tomto případě chirurgické, má výskyt těžké palatolalické řeči klesající tendenci. Třetí kapitola obecně shrnuje problematiku palatolalie. Vysvětluje význam pojmu palatolalie, uvádí výskyt, etiologii, symptomatologii i klasifikaci palatolalie. Pro lepší orientaci v daném tématu také stručně uvádí problematiku diagnostiky, terapie, managementu intervence, prognózy a prevence palatolalie.

3.1 Terminologické vymezení palatolalie

Lechta (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) zařazuje mezi 10 základních kategorií narušené komunikační schopnosti narušení zvuku řeči, kam palatolalie spadá. Dle Kerekrétiové (in Lechta a kol., 2003) je palatolalie jedním z nejnápadnějších a nejtěžších narušení komunikační schopnosti. Její prvotní příčinou je vrozená vývojová vada – rozštěp sekundárního patra (tvrdé, měkké patro a uvula). Existuje vícero definic dané problematiky.

Palatolalie je „vývojová porucha řeči provázející rozštěp patra“ (Sovák, 1974, s. 199).

(Kerekrétiová a kol., 2009, s. 172) definuje palatolalii jako „*narušenú komunikačnú schopnosť (NKS) pri rásztepe podnebia, čo vyplýva aj z jej názvu*“.

Někteří autoři (např. Kerekrétiová, 2009) mluví o palatolalii jako o samostatné nozologické jednotce označované jako řeč při rozštěpu patra. Jiní ji zařazují mezi otevřenou rinolalii – poruchu řeči při otevřené huhňavosti. Další do skupin rinolalií, což je shrnující termín pro všechny poruchy řeči různé etiologie, při kterých se otevřená, zavřená a smíšená huhňavost projevuje v deformaci zvuku jednotlivých hlásek (Kerekrétiová, 1997).

3.2 Výskyt palatolalie

Během posledních desetiletí nastal obrovský pokrok v léčbě rozštěpu patra. Zatímco před 40 lety dospělo k normální nebo skoro normální řeči kolem 65 % osob s orofaciálním rozštěpem, v současnosti je to kolem 90 % a více. A to díky zlepšení chirurgických metod, raným palatoplastikám⁵, včasné a kvalitní řečové terapii, kterou umožňují přístrojové diagnostické a terapeutické zobrazovací metody. Logopedickou péčí však podle mnoha známých odborníků z této oblasti stále vyžaduje v určitém věku více než 50 % dětí s rozštěpy rtu nebo patra. Správné řeči podle výzkumných zjištění spontánně dosahuje více než 50 % dětí s rozštěpy patra. Často až 84 % z nich mělo přijatelnou artikulaci a 71 % normální

⁵ **Palatoplastika** = plastická operace rozštěpu patra (Dvořák, 2007)

rezonanci. Realitou se stává odborná logopedická prognóza Morleyové (in Kerekrétiová, 2008) z doby před dnes již více než 45 lety, která říká, že v budoucnosti se budou logopedové zaměřovat více na diagnostiku než na korekci palatolalie (Kerekrétiová, 2008).

3.3 Etiologie palatolalie

Kerekrétiová (2008), považuje za příčiny palatolalie orofaciální rozštěpy – rozštěpy patra – a velofaryngální insuficienci vzniklou po jejich operacích.

• Orofaciální rozštěpy

Příčinou palatolalie jsou rozštěpy rtu a patra vznikající v místech, kde za normálních okolností srůstají v časném vývoji zárodku určité části, které jsou v konečné podobě rtem, čelistí a patrem (Sovák, 1978).

• Velofaryngální insuficience

„Vytvoření velofaryngálního sfinkterového mechanismu se zúčastňují kromě měkkého patra i laterální a zadní stěna hltanu, spolu s Passavantovým valem⁶.“ (Kerekrétiová, 2008, s. 32).

• Oronazální komunikace

Další příčinou palatolalie může být dle Kerekrétiové (2008) oronazální komunikace. Kerekrétiová (2009) píše, že oronazální komunikace je spojení ústní dutiny s nosní dutinou. Vyskytuje se samostatně nebo spolu s velofaryngální insuficiencí. Kerekrétiová (2008) uvádí, že pokud je oronazální komunikace lokalizovaná vpředu, před foramen incisivum, je postižena produkce konsonantů, které mají artikulační místo anteriorně za ní. Při artikulaci např. lingvo-alveolárních hlásek elevovaný jazyk usměřňuje proud vzduchu do komunikace, resp. mu tvoří překážku.

⁶ **Passavantův val** = nachází se na zadní faryngální stěně a vzniká kontrakcí specifických vláken m. constrictor pharyngis superior (Kerekrétiová, 2008).

= jde o kompenzační hypertrofii horního okraje svěrače při krátkých patrech. Většina zdravých lidí má tento val rudimentální. U některých lze ale při násilné fonaci pozorovat, že se na zadní stěně hltanu vytvoří příčný val, laterální stěny hltanu se napnou směrem do středu, měkké patro se zvedne a opře o zadní stěnu hltanu (Demjén in Kerekrétiová, 2000).

Nachází-li se oronazální fistula za foramen incisivum, budou postiženy palatální a středohřbetní patrové závěrové konsonanty, které vznikají jako kompenzace, případně jsou pokusem uzavřít fistulu a zabránit tak úniku vzduchu přes komunikaci.

3.4 Symptomatologie palatolalie

Za základní symptomy palatolalie Kerekrétiová a kol. (2009) považuje změny v rezonanci a artikulaci, které ji vždy doprovázejí.

Do symptomatologie palatolalie se zahrnuje otevřená huhňavost, nesprávná artikulace a porucha mimiky (Kiml in Kerekrétiová, 1997).

Symptomatologie palatolalie je velice bohatá. Například (Bzoch in Kerekrétiová, 2008) uvádí až jedenáct příznaků palatolalie:

- opožděný vývoj řeči a jazyka,
- typické laryngální a faryngální nahrazování hlásek,
- hypernazalita – ovlivňující zvuk samohlásek,
- narušený zvuk souhlásek v důsledku nedostatečného intraorálního tlaku vzduchu,
- vývojová dyslalie,
- dysfonie charakterizovaná slabým hlasem se šelestem,
- sigmatismus a jiné artikulační chyby spojené s poruchami zubů a skusu,
- hyponazalita ovlivňují nosovky a samohlásky,
- dysfonie z přetěžování hlasového orgánu spojená s chraptivým hlasem a tlačnou fonací,
- poruchy artikulace jako důsledek poruchy sluchu,
- narušené koverbální chování – grimasy různého druhu.

Dle Klenkové (2006), musíme u dětí s orofaciálními rozštěpy předpokládat, že stupeň palatolalie ovlivňuje rozsah rozštěpového defektu, postižení čelisti a chrupu, přítomnost poruchy sluchu, mentální schopnosti, prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, včasnost a komplexnost rehabilitační péče.

3.4.1 Poruchy nosní rezonance

Fyziologická nosovost se může za jistých podmínek změnit, a to buď snížit (při patologickém zmenšení dutiny nosní a nosohltanové), nebo zvýšit (když nedostatečný patrohltanový uzávěr nebo oronazální komunikace způsobí nedostatečné oddělení dutiny nosní od dutiny ústní). V prvním případě vzniká hyponazalita a ve druhém hypernazalita. Huhňavost je termín označující patologicky změněnou nosovost. Je-li nosovost patologicky snižena, mluvíme o zavřené huhňavosti (rinolalia clausa). Je-li nosovost patologicky zvýšená,

mluvíme o huhňavosti otevřené (rinolalia aperta). Příčinou hypernazality (zvýšené nosovosti), je nedostatečný velofaryngální mechanismus a oronazální komunikace vyskytující se samostatně nebo současně. V konečném důsledku se jedná o nežádoucí spojení nosní a ústní dutiny při realizaci jiných hlásek než nosovek. Příčinou hyponazality je orgánová překážka v nosní a nosohltanové dutině (Kerekrétiová, 2008).

„Kromě síly patrohltanového uzávěru (jeho pevnost se mění podle toho, která hláska se realizuje), velikosti a lokalizace komunikace, závisí míra nazality také na kvalitě tkáně tohoto mechanismu, na spolupůsobení různých kompenzačních mechanismů, na orgánové překážce v nosních cestách, ale i na síle, výšce a kvalitě hlasu, souhláskovém kontextu a jiných fyzikálních charakteristikách, které mohou zvýšit nebo snížit percipovanou hypernazalitu“ (Kerekrétiová, 2008, s. 53).

3.4.2 Poruchy artikulace

U palatolalie je dle Klenkové (2006) porušena artikulace vokálů i konsonantů. Vokály mají hypernazální zabarvení, které se nejvíce projevuje u hlásky *I* a *U*, nejméně porušena je hláska *A*, zvláště při zvětšeném čelistním úhlu. Konsonanty jsou změněny v důsledku slyšitelného úniku vzduchu nosem, dále nedostatečným tlakem vzduchu, potřebným k vytváření hlásek na odpovídajících artikulačních místech a také v důsledku posunu artikulační báze vzad.

Klenková (2006) uvádí, že nejméně jsou porušeny nazály, nejvíce explozivny, frikativy a afrikáty. Mnozí jedinci s palatolalií se snaží zabránit úniku vzduchu nosem tak, že vtahují chřípí nosu a zdvihají horní ret. K nejvýrazněji porušeným hláskám patří sykavky.

3.4.3 Narušený vývoj řeči

Sovák (1974) uvádí, že děti s rozštěpem začínají mluvit poněkud opožděně, asi až kolem 2. roku. Opoždění se dle Kerekrétiové (2008) týká asi 50 % dětí s orofaciálním rozštěpem. Řeč se opoždí v průměru o jeden rok. Zpoždění a nesprávný vývoj řeči postihuje expresivní řeč, její foneticko-fonologickou rovinu, ale i ostatní jazykové roviny.

3.4.4 Poruchy hlasu

Poruchy hlasu jako symptom palatolalie popsala Kerekrétiová (2008). V populaci operované kvůli orofaciálnímu rozštěpu se poruchy hlasu vyskytují v přibližně stejné míře jako v normálním populačním vzorku.

K nejčastěji se vyskytujícím poruchám hlasu patří ostrý, pronikavý až mečivý hlas – palatofonie, chraptivý, přiškrcený, tlacený a slabý hlas se šelestem (Kerekrétiová, 1997).

Hlas slabý se šelestem, případně aspirovaný hlas je v současnosti známý jako syndrom slabého hlasu (Soft Voice Syndrom). Vzniká v případě velofaryngální dysfunkce s cílem snížit hypernazalitu s nosním únikem vzduchu. Aspirovaná fonace má sloužit k maskování hypernazality.

Chraptivý, přiškrcený, případně tlačný hlas se tvoří s cílem snížit hypernazalitu, nosní únik a snížit srozumitelnost řeči. Fonace je spojena s nadměrným hlasovým úsilím, zvýšeným svalovým napětím hlasového orgánu a jeho hyperfunkcí. Ve snaze kompenzovat nedostatečný velofaryngální mechanismus se vytvářejí náhradní artikulační vzory na různých místech i na hlasívkách (hrtanový ráz) jako kompenzace za normální frikativy, což je spojeno se zvýšeným tlakem, třením a přímo traumatizací hlasivek.

Dle Kerekrétiové (1997) je tedy síla hlasu u osob s palatolalií obvykle snižena, frekvenční a dynamický hlasový rozsah je omezený, častější je vysoká poloha hlasu, hlas je často monotónní, variabilita hlasu je snižena a ve snaze zvýšit intenzitu hlasu se zvýrazní nosní únik a hypernazalita.

3.4.5 Narušené koverbální chování

Před charakteristikou narušeného koverbálního chování si přiblížíme pojem koverbální chování. Koverbální chování dle Dvořáka (2007) doprovází verbální projevy, současně s artikulovanou řečí (např. gestikulace, emoční ladění). Narušené koverbální chování je popsáno takto:

„Vzniká jako kompenzační mechanismus při palatolalii, aby se zabránilo úniku vzduchu, který prochází přes nedostatečný velofaryngální mechanismus do nosu při artikulaci všech hlásek kromě nosovek. Je spojeno se zvýšeným artikulačním úsilím a svalovým napětím. Projevy narušeného koverbálního chování při palatolalii jsou velmi pestré. Patří sem zvedání paží při mluvě, zvýšené svalové napětí v oblasti krku, různé grimasy spojené s nafukováním tváří, stahováním nosních křídel, horního rtu k nosu, stahování nosních křídel i obličeje v jejich okolí, případně čela a celého obličeje“ (Kerekrétiová, 2008, s. 71-72).

Kerekrétiová (2000) uvádí, že narušené koverbální chování se nevyskytuje u všech palatolalíků.

Sovák (1974) popisuje skutečnost, že nosnímu úniku se některé osoby snaží bránit různými grimasami a souhyby mimického svalstva, kdy účelem je zúžit otvory nosní.

3.5 Klasifikace palatolalie

Existuje více klasifikačních členění. Uvádíme Sovákovu klasifikaci (1974), kterou považujeme za nejznámější. Dále pro srovnání klasifikaci Morrise (in Kerekrétiová, 1997).

Sovák (1974), rozeznává čtyři stupně palatolalie:

- I. stupeň - řeč nemá výrazné rysy palatolalie, může se vyskytovat otevřená huhňavost nebo dyslalie;
- II. stupeň - palatolalie není příliš nápadná, zvuk řeči i její srozumitelnost celkem dobře vyhovuje v denním styku s okolím;
- III. stupeň - řeč je nápadná, avšak ještě srozumitelná;
- IV. řeč je celkem nesrozumitelná.

Morris (in Kerekrétiová, 1997) hodnotí palatolalii ve dvou stupních jako:

1. palatolalie středního stupně – artikulace a rezonance je středně narušená, řeč je obvykle srozumitelná ve většině situací, ale působí rušivě na posluchače a její vliv na posluchače je omezený;
2. palatolalie těžkého stupně – výrazně narušená artikulace a rezonance, která způsobuje nesrozumitelnost řeči, osoba není schopna komunikovat s jinými lidmi.

3.6 Diagnostika palatolalie

Vitásková (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí, že pro diagnostiku palatolalie jsou využívány stejné metody jako při vyšetření otevřené huhňavosti. Dochází ke kombinaci diagnostiky lékařské a logopedické, které se vzájemně doplňují. V diagnostice palatolalie se dle Kerekrétiové (2008) hodnotí **srozumitelnost řeči, nazalita a artikulace**.

3.6.1 Hodnocení srozumitelnosti řeči

Srozumitelnost řeči nejpřesněji vyhodnotíme v plynulé konverzační řeči přímo, neboze záznamu, který však musí být kvalitní. Vhodné je použít dvouminutové vyprávění o známém tématu. Určitým omezením při hodnocení narušené srozumitelnosti řeči je nízký věk dítěte a s ním související malá slovní zásoba, nezralost, nedostatečně vyvinutý foneticko-fonologický systém a nemožnost použít při hodnocení vzorek plynulé konverzační řeči. Při hodnocení srozumitelnosti řeči můžeme použít hodnotící škály (Kerekrétiová, 2008).

Copeland (in Kerekrétiová, 2008) hodnotí konverzační řeč pomocí deseticentimetrové úsečky s velmi dobře srozumitelnou řečí na jednom konci a velmi špatně srozumitelnou řečí na konci druhém.

Kerekrétiová (2000) pro hodnocení srozumitelnosti řeči použila následující čtyřbodovou stupnici:

1. výborná,
2. společensky únosná,
3. hůře srozumitelná,
4. nesrozumitelná.

3.6.2 Vyšetření nosní rezonance

Při hodnocení rezonance se hodnotí nepřítomnost nebo přítomnost a stupeň hypernazality, hyponazality, slyšitelných nosních emisí a nazálních turbulencí pomocí pětistupňové škály. Při diagnostice poruch nosní rezonance se používá dotazník, který vyplní rodiče. Doplní tak potřebné specifické, logopedem získané anamnestické údaje (Kerekrétiová, 2008).

K diagnostikování hypernazality se nejčastěji používá Czermakova a Gutzmanova A-I zkouška. Její princip je základem pro test hypernazality jímž se zjišťuje index hypernazality, který vyjadřuje poměr porušených nazalizovaných slov ke všem testovaným slovům. U malých dětí se může použít zjednodušená modifikace uvedeného principu. Vyšetřovaný střídavě vyslovuje samohlásky *I* a *U* při stlačených a uvolněných chřípích (in *ibid.*).

Dále se mohou použít vyšetřovací postupy, které vycházejí z hodnocení rezonance prostřednictvím:

- nesmyslných slabik bit-bít, bet-bét, bat-bát, bot-bót, but-bút,
- slov s nosovkami (noviny, námaha, nanovo, nanuk, mánie),
- slov s orálami (neznělými a znělými explozivami, afrikáty, frikativami a sibilanty) ve spojení se samohláskami *I* a *E*,
- slov bez nazál a orál vyžadujících pevný velofaryngální závěr (např. jēj, lije, háj, jev, hlava),
- vět s převahou nosovek ve slovech (Malá Milenka mávala v máji mámě mávadlem),
- vět s převahou orál ve slovech (např. Děda Ivan běžel zakázanou cestou na lesní loučku. Tato cesta je zakázaná. Tudy utíkala husička),
- standardního vzorku řeči obsahujícího převahu vysokých samohlásek a exploziv, frikativ a afrikátů při normálním a zrychleném tempu,
- standardního vzorku řeči obsahujícího nízké samohlásky a nosovky.

K hodnocení poruch nosní rezonance se nejčastěji používají hodnotící škály. Mohou být vícebodové, případně vícestupňové. Do nich vyšetřující zaznamenává jak přítomnost a druh porušené nosní rezonance, tak i její stupeň (in *ibid.*).

3.6.3 Hodnocení artikulace

Artikulace se hodnotí v souboru slov a vět, kde se jednotlivé hlásky, které vyšetřovaný opakuje hodnotí v pozici na začátku, uprostřed a na konci. Projev vyšetřovaného se zaznamenává na magnetofon s mikrofonom vysoké kvality. U palatolalie mají význam tzv. specifické artikulační testy založené na hodnocení artikulace těch hlásek, které vyžadují nejpevnější velofaryngální závěr a dostatečný intraorální tlak vzduchu. Jsou to exploziv, frikativy a afrikáty. Z těchto hlásek se skládají slova v artikulačních testech, jsou i ve větách, standardních vzorcích konverzační řeči. Pro vyhodnocení artikulačních testů můžeme použít způsob a místo tvorby jednotlivých hlásek, ale i dostatečnost intraorálního tlaku vzduchu a přítomnost nosního úniku slyšitelného, nebo jen viditelného (Kerekrétiová, 2008).

Jako testový materiál pro hodnocení artikulace Bzoch (in Kerekrétiová, 2008) uvádí **artikulační test**, který hodnotí artikulaci všech souhlásek na začátku, uprostřed a na konci slova. Dále se zmiňuje o **Iowském artikulačním testu** skládající se ze 43 fonémů (exploziv, frikativ a afrikát testovaných pojmenováním obrázků). Tento test ale z hlediska vývojového a věkového neodpovídal malým dětem. Proto **Van Demark a Swickard** (in Kerekrétiová, 2008), vypracovali jednodušší test pro děti 3-4leté. Vycházel z hodnocení artikulace fonémů *B* a *P* v souboru slov a jim odpovídajících obrázků. Neúspěch v tomto testu značí velofaryngální insuficienci.

V rámci diagnostiky palatolalie můžeme dle Kerekrétiové (2008) kromě vyšetření srozumitelnosti řeči, nazaloty a artikulace užít i diagnostiku velofaryngální insuficience, narušeného vývoje řeči, poruch hlasu a narušeného koverbálního chování.

3.6.4 Diagnostika velofaryngální insuficience

Funkci patrohltanového mechanismu lze pozorovat přímo **inspekci** při fonaci vokálu *A* s široce otevřenými ústy. Také se doporučuje hodnotit velofaryngální mechanismus při fonaci vokálu *I* s povytaženým jazykem jako při indirektní laryngoskopii⁷. Nebo se

⁷ **Indirektní laryngoskopie** = používá laryngoskopického zrcátka a zevního zdroje osvětlení. Zrcátko, které musí být přiměřeně zahřáto (aby nedošlo k orosení dechem, ale ani popálení vyšetřovaného), je zavedeno směrem k uvule, prohlédnut je vchod do laryngu i některé jeho vnitřní části. Patrný mohou být asymetrie, exulcerace, poruchy pohyblivosti hlasivek aj. (Vokurka, Hugo a kol., 2005)

mohou použít k hodnocení i **artikulační testy** obsahující slova se závěrovými orálními hláskami (*P, B*). Významnou a užitečnou diagnostickou pomůckou je nejen jejich správná artikulace, ale i způsob chybné artikulace (např. typické kompenzační nahrazování závěrových hlásek), jenž se považuje za jeden z příznaků velofaryngální nedostačivosti. Jako další symptomy lze uvést hypernazalitu, nosní únik vzduchu, oslabené explozivy, typické nahrazování nejen při artikulaci, ale i tlačenou, aspirovanou fonaci, palatofonii a narušené koverbální chování vznikající v úsilí kompenzovat nedostatečný patrohltanový uzávěr (Kerekrétiová in Lechta a kol., 2003).

Velofaryngální mechanismus je dostatečný, když se v řeči nevyskytují patologické změny rezonance, žádný únik vzduchu nosem ani kompenzační nahrazování závěrových hlásek a souhyby nosních křídel, tedy žádné příznaky palatolalie. Velofaryngální mechanismus je možný, když se v řeči vyskytují některé ze symptomů palatolalie, jako je lehký a mírný stupeň hypernazality, nosní únik vzduchu zaznívající jako šelest, příp. souvislá nosní clona. A nedostatečný je tehdy, když hypernazalitu s únikem vzduchu nosem v řeči doprovází explozivy, frikativy a afrikáty. Hypernazalita je přítomna vždy, i když její míra se může měnit od mírného, přes střední až po těžký stupeň. K posouzení dostatečnosti nebo nedostatečnosti funkce velofaryngálního mechanismu se používá **Pittsburský screeningový test**, který je založen na hodnocení nosní emise, rezonanční vyváženosti a artikulace. Hodnocení je zaměřeno i na orofaciální grimasy a fonaci s následnou kvantifikací od 0 po 4 body (in ibid.).

3.6.5 Diagnostika narušeného vývoje řeči

Diagnostika narušeného vývoje řeči se odvíjí od normálního průběhu vývoje řeči. Jako základ diagnostiky slouží orientační vyšetření řeči dítěte (Kerekrétiová in Lechta a kol., 2003).

3.6.6 Diagnostika poruch hlasu

Poruchy hlasu se v populaci operované kvůli orofaciálnímu rozštěpu objevují v přibližně stejné míře jako v normálním populačním vzorku. Nejčastěji se objevuje palatofonie, slabý, dyšný, aspirovaný hlas a chraptivý, přiškrcený, tlačený hlas. Hlas se orientačně vyšetřuje při každé depistáži v rámci vyhledávání poruch hlasu, řeči a sluchu. Vyšetření hlasu je součástí základní logopedické diagnostiky (Kerekrétiová in Lechta a kol., 2003).

Důkladné odborné vyšetření hlasu je samozřejmě záležitostí foniatra a otorinolaryngologa, o jejichž nálezy se klinický logoped opírá (Kerekrétiová, 1997).

3.6.7 Diagnostika narušeného koverbálního chování

Narušené koverbální chování u osob s orofaciálním rozštěpem má určitou diagnostickou hodnotu z hlediska diagnostikování velofaryngální dostatečnosti, případně nedostatečnosti. Slouží v logopedické diagnostice jako určitá pomůcka. Palatolalici, u nichž se objeví narušené koverbální chování, mají přítomnost nosního úniku vzduchu při jednotlivých souhláskách, který ale nemusí být výrazně slyšitelný. Příčinou může být oronazální komunikace nebo velofaryngální insuficience v současnosti nebo v minulosti. Souhyby jen nosních křídel z diagnostického hlediska signalizují přítomnost lehkého stupně hypernazality. Pro střední či těžký stupeň hypernazality bez slyšitelného nosního úniku vzduchu je typické stahování nosních křídel i celého nosu a tváře v okolí nosu. Pro střední a těžký stupeň se slyšitelným nosním únikem vzduchu je kromě souhybů typické také krčení čela i celé tváře (Kerekrétiová, 1997).

3.7 Terapie palatolalie

Sovák (1974), rozděluje logopedickou péči na předoperační a pooperační. Připomíná hlavně důležitost výchovných vlivů v předoperačním období. Tedy důležitost jasné a zřetelné mluvy ze strany rodičů. Pooperační logopedická péče se pak děje ve spolupráci s odborným lékařem. Dítě by se mělo vést tak, aby nemělo pocit výjimečnosti nebo nemocnosti.

Hlavním cílem logopedické terapie je dosažení správné řeči, která se neodlišuje od řeči jiných dětí ve stejném věku. V minulosti se děti s rozštěpem označovali za palatolaliky, což již v dnešní době neplatí (Kerekrétiová a kol., 2009).

Logopedická terapie je součástí komplexní péče o děti s palatolalií. Zahrnuje léčbu chirurgickou, ortodontickou, pediatrickou, foniatrickou, psychologickou. Lze zde zařadit i sociálního pracovníka a v oblasti výzkumu i genetika a teratologa. V současnosti hovoříme hlavně o pooperační logopedické péči, protože rozštěp patra se operuje většinou okolo druhého roku věku dítěte. Nejlepších řečových výsledků se ale dosahuje tehdy, když se palatoplastika provede ještě před počátkem vývoje řeči, tj. do prvního roku života (Kerekrétiová in Lechta a kol., 1990).

Dle Škodové, Jedličky in (Škodová, Jedlička a kol. 2003), je v České republice komplexní péče o děti s rozštěpovými vadami zajištěna velmi dobře a má dlouhou i dobrou tradici. S rozvojem technických i ekonomických možností specializovaných pracovišť se posunula doba operací dětí do ranějšího věku. Specializovaná chirurgická péče je soustředěna do dvou center (Praha, Brno). Logopedická terapie palatolalie se dle Kerekrétiové

(2008), zaměřuje zejména na cvičení ke zlepšení nosní rezonance, artikulace, srozumitelnosti řeči, narušeného vývoje řeči, poruch hlasu a narušeného koverbálního chování.

„Cílem rané logopedické péče je zajistit správný vývoj řeči dítěte zejména po obsahové stránce, protože artikulaci ještě vzhledem k malé aktivní slovní zásobě upravovat nelze. Klinický logoped rodiče přiměřeně k jejich osobnosti a vzdělanosti informuje o funkcích, které byly u jejich dítěte poškozeny. Upozorní je na problémy, které by mohly v průběhu vývoje řeči nastat, a poučí je, jak těmto problémům předcházet. Naučí je také základním cvičením

pro rozvíjení motoriky mluvidel i činností zdánlivě s řečí nesouvisejících, ale pro její vývoj důležitých“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 247).

Dítě, které má narušenou komunikační schopnost v důsledku rozštěpu patra, se dostává do péče mnoha odborných ambulancí. Je vystaveno četným vyšetřením, je častěji než intaktní děti vystaveno psychické zátěži v podobě vlivu lékařského prostředí na psychiku dítěte. Proto se domníváme, že je na místě, aby klinický logoped, který má dítě v péči, vnesl do logopedické intervence citlivý a empatický přístup.

3.8 Management intervence při palatolalii

Je nesporné tvrzení, že narodí-li se dítě s orofaciálním rozštěpem, je nutná komplexní péče o tohoto jedince a to od narození, až do dospělosti. Zařazujeme zde dle Kerekretiové (2008) celý tým odborníků a to z řad nejen zdravotnických oborů. Jednotlivými členy týmu mohou být: audiolog, dětský stomatolog, foniatr, genetik, klinický logoped, neurochirurg, oftalmolog, orální chirurg, ortodont, ORL, pediatr, plastický chirurg, protetik, psycholog, sociální pracovník, teratolog⁸, týmový koordinátor (facilitátor), zdravotní sestra a v případě potřeby i další. Týmové přístupy, které zainteresovaní odborníci kladou směrem k jedincům s obličejovým rozštěpem Kerekretiová (2008) rozlišuje na multidisciplinární, interdisciplinární a transdisciplinární.

O multidisciplinárním přístupu Kerekretiová (2008) hovoří jako o tradičním týmovém přístupu, kdy je koordinace mezi jednotlivými specialisty výrazně omezená. Každý odborník, člen týmu, pracuje samostatně, nezávisle.

Za moderní týmový model se považuje interdisciplinární a optimální transdisciplinární týmový přístup. Interdisciplinární týmový přístup je podobný tradičnímu týmovému přístupu, protože jednotliví odborníci hodnotí, diagnostikují na vlastním pracovišti, nezávisle na jiných členech týmu. Pravidelně se ale setkávají při plánování jednotlivých vyšetření, informují se

⁸ **Terato** - = týkající se vrozených vývojových vad, zrůdností, malformací (Vokurka, Hugo a kol., 2005)

vzájemně o výsledcích, doporučeních pro další intervenční plán a společně připravují zprávu, která obsahuje diagnostické závěry a doporučení jednotlivých odborníků. Je zde vyšší stupeň interakce mezi členy týmu, který vede k jednotnému intervenčnímu plánu a jeho realizaci. Při vyšetřování mohou, ale nemusí být nutně spolu, podstatné je, že společně plánují intervenční postup. Ten se vytvoří až při setkání členů týmu, kdy proberou své diagnostické nálezy, zjištění, nové poznatky, pozorování a doporučení. Konečný plán péče se vypracuje na základě doporučení všech odborníků. Následnost i časový plán jednotlivých léčebných postupů se vyhotoví v písemné podobě i pro pacienta. Takovýto model se považuje za jeden z nejefektivnějších v péči o jedince s orofaciálním rozštěpem nebo jinou kraniofaciální anomálií (in *ibid.*).

Interdisciplinární tým se může změnit na transdisciplinární tým. Tento přístup je považován za nejmodernější týmový model. Členové týmu pracují spolu na jednom místě. Takový tým tvoří členové, kteří velmi dobře znají problematiku jiných vědních oborů, s jejichž představiteli velmi úzce spolupracují. Jejich intervenční postupy také vzájemně souvisejí a doplňují se v celkové péči o pacienty (Kerekrétiová, 2008).

Ztotožňujeme se s názorem Kerekrétiové (2008), která považuje transdisciplinární model za nejefektivnější. Každý odborník zde pohlíží na problematiku z různého úhlu pohledu, ze svého odborného zaměření. Propojením těchto náhledů a vzájemným zkonzultováním se obohacují postoje odborníků na danou problematiku. Největší benefit však tento model přináší klientům. Což je vlastně cílem intervence o osoby s obličejovým rozštěpem.

3.9 Prognóza a prevence palatolalie

Prognóza je v současné době díky novým diagnostickým možnostem, operačním technikám, lepší dostupnosti kvalitní a komplexní odborné péče i lepší informovanosti veřejnosti velmi dobrá. Vytváření osobnosti takto postiženého dítěte je pak odrazem postoje rodinného prostředí (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Úspěch logopedické péče je dle Kerekrétiové in (Lechta a kol., 1990), ovlivněn stupněm stabilizace chybných neurosvalových řečových spojů, věkem, kdy začala řečová terapie, inteligencí dítěte a matky, stavem sluchu, sociálním prostředím a osobností dítěte.

Prevence palatolalie v širším pojetí je záležitostí lékařské preventivní péče, která se v rámci péče o matku a dítě zaměřuje na předcházení vzniku vrozených vývojových vad, tedy i orofaciálních rozštěpů (Kerekrétiová a kol., 2009).

Logopedická prevence je neoddělitelnou součástí rané logopedické péče. Primární logopedickou prevencí můžeme chápat jako předcházení vzniku palatolalie se všemi jejími symptomy prostřednictvím logopedického poradenství. Když rodič dostane potřebné

informace týkající se příčin, příznaků a důsledků souvisejících s orofaciálním rozštěpem, pomůže mu to lépe se orientovat v nové problematice a porozumět intervenčnímu plánu, který se bude u jeho dítěte realizovat a kterého je on sám neoddělitelnou součástí. V současnosti se preferuje i v logopedii přístup orientovaný nejen na dítě, ale i na rodinu a to prostřednictvím osvětové činnosti, informačních letáků, brožur, přednášek, ale i pomocí pokynů (tzv. pozitivních a negativních rad) rodičům, stimulačních normální vývoj řeči při osobních rozhovorech apod. (Kerekrétiová a kol., 2009).

Sekundární logopedická prevence je zaměřena na předcházení nebo zabránění vzniku patologických rezonančních, fonačních, dechových a artikulačních návyků, narušeného koverbálního chování způsobujícího a zhoršujícího stupeň palatolalie (in *ibid.*).

Terciární logopedická prevence je zaměřena na předcházení nežádoucích psychosociálních důsledků, které tato vývojová vada může druhotně vyvolávat (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

Palatolalie je bezesporu jedna z nejnápadnějších poruch řeči, proto na ni nelze pohlížet pouze jako na vadu řeči podloženou orgánovým defektem. Péče o jedince s touto narušenou komunikační schopností je komplexní. Výskyt palatolalie, jak jsme již výše zmínili, má klesající tendenci, přesto však 50 % jedinců s rozštěpem patra potřebuje logopedickou péči. Tato skutečnost je důkazem toho, že logoped sehrává v komplexní terapii významnou roli a že záleží jen na jeho profesních a lidských kvalitách a jejich praktickém využití.

4 Rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem

Čtvrtá kapitola obecně shrnuje problematiku rodičů dětí s orofaciálním rozštěpem. Zaměřuje se na jejich reakce po narození potomka, na nenadálou situaci, ve které se ocitli, a popisuje také jejich pocity k dítěti.

„Být rodičem jakkoli postiženého dítěte je postižením samo o sobě ... Vůbec nejpodstatnější však je, že problémy rodičů a problémy jejich dítěte vůbec nemusí být totožné“ (Hrubý in Vágnerová, 2008, s. 41).

Narození dítěte s viditelnou vrozenou vadou je dle Vohradníka (2001) velmi traumatizující událostí pro celé okolí jedince.

Podle klinických zkušeností Škodové, Jedličky (in Škodová, Jedlička a kol., 2003) je jasný rozdíl v reakcích rodičů, jimž se narodilo dítě s viditelným rozštěpem a rodiči, jejichž dítě má rozštěp skrytý. Nepoučení rodiče vnímají viditelný defekt – rozštěp rtu, jako podstatně horší a těžší postižení než skrytý defekt (rozštěp patra). Rozštěp patra je přitom pro rozvoj řeči těžším postižením a má přitom větší dopad na akustickou stránku řeči a její nápadnost v pozdější řečové komunikaci.

Reakce rodičů po narození dítěte s orofaciálním rozštěpem popsalo již mnoho autorů, (např. Vágnerová, 2008; Vohradník, 2001). Uvádíme některé z nich.

Reakce rodičů na postižení jejich dítěte, způsob zvládnání této situace a přijetí určitého způsobu jejího řešení závisí na mnoha okolnostech i na předpokládané příčině vzniku postižení. Z tohoto hlediska je důležité, jaké bylo jejich očekávání ve vztahu k rodičovské roli. Narození postiženého dítěte představuje zátěž, obvykle neočekávanou. Je traumatem vyplývajícím z pocitů selhání v rodičovské roli a viny, které se vtahují k postiženému dítěti. Vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. Reakce rodičů na takové trauma je ovlivněna i převažujícími postoji společnosti, v níž žijí. Důležité je, jak hodnotí své současné postavení a jaké reakce očekávají – jak se s nimi dovedou vyrovnat. S negativními projevy svého okolí se mohou rodiče setkat zejména tehdy, jestliže jde o vrozené a nápadné postižení, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit. S určitostí však můžeme tvrdit, že rodičovské postoje a chování k dítěti je jiné, než kdyby bylo zdravé. Je zde riziko, že budou v určitém směru extrémní. Na jedné straně se zvyšuje pravděpodobnost hyperprotektivního přístupu, na druhé straně se můžeme častěji setkat s odmítáním potomka. Psychický vývoj dítěte může být negativně ovlivněn nepřiměřenými postoji rodičů. Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že je jejich dítě postižené, lze označit jako fázi krize rodičovské identity – reakce na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv. Může ji předcházet fáze nejistoty, kdy si rodiče uvědomují, že jejich dítě je v něčem odlišné, jinak vypadá

nebo se jinak projevuje, ale ještě není jeho postižení jednoznačně potvrzeno. Obecně platí, že čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se změní jejich postoj (Vágnerová, 2008).

Jak uvádí Černay (in Kerekrétiová, 2008), první problémy začínají hned po narození dítěte. Jako první reakci na narození dítěte s postižením označilo až 80% rodičů šok a 13% rodičů nechtělo nebo nemohlo této skutečnosti uvěřit. Není tomu jinak ani v případě narození dítěte s orofaciálním rozštěpem.

Clifford (in Moller and Starr, 1992) označuje narození dítěte s fyzickým postižením za traumatizující, zatěžující událost. Rodiče reagují rozmanitými negativními emocemi v podobě žalu, zmatku, depresí, šokem, hněvem či nedůvěrou.

Sdělení závažné diagnózy znamená pro rodiče hluboký otřes, ať jde o vážné somatické onemocnění či o diagnózu smyslového, tělesného nebo mentálního postižení dítěte a to i v případě, kdy je diagnóza stanovena ihned po narození dítěte, protože vztah rodičů k dítěti se utváří již dlouho před jeho narozením. Narození postiženého dítěte neznamena pro rodiče jen očekávání problémů, které s tímto dítětem nastanou, ale znamená i ztrátu původního obrazu dítěte, tj. dítěte, jaké očekávali, na jaké se těšili a k němuž měli již vytvořený většinou hluboký vztah. Současně nějakým způsobem zasahuje i do jejich vlastního sebepojetí, často znamená subjektivně i selhání v rodičovské funkci a postižení vlastní rodičovské komunity (Krejčířová in Říčan, Krejčířová a kol., 1995).

Tvrzení Vohradníka (2001), že rodiče zcela typicky reagují po narození dítěte úlekem, následovaným sebeobviňováním a pocitu vlastní nedostatečnosti, je zcela jistě výstižné a trefné. S tímto je v souladu i tvrzení Kerekrétiové (2008), že první reakce rodičů je nejčastěji označována jako smutek, žal, lítost, anxieta, strach, bezradnost či beznaděj.

V první fázi po narození dítěte převládá pocit lítosti 54,2%, pocit strachu a hrůzy ve 24%, pocit křivdy v 17,3% a viny v 3,4%. Pro první období po narození, které většina nazývá „šokem“, jsou typické i silné pocity lásky a potřeby ochrany dítěte, ale i bolesti, zklamání, zrady a nevole. Takové smíšené pocity mohou způsobovat nedostatek vzájemné interakce matky s dítětem. Emocionální reakce na obličejový defekt je mnohem výraznější než na malformaci týkající se jiných částí těla. Matky se později s odstupem času svěřily s tím, že se bály podívat na dítě, resp. se vyhýbaly pohledu přímo do obličeje dítěte, ale také dotykům, fyzickému kontaktu s dítětem. Za nejtěžší označily první kontakt s místem rozštěpu a obavy kvůli bolestivosti tohoto místa (in ibid.).

„Mnoho matek má navíc pocit, že jsou nějakým způsobem odpovědny za vlastní mateřskou nedostatečnost. To vede k obecným pocitům obou rodičů – my musíme být odpovědny, my za to můžeme, my jsme předali naše špatné geny. To pokračuje dále – je

to z Tvé viny, je to z Tvé rodiny. Závěr – život již nemůže být nikdy hezký“ (Vohradník, 2001, s. 110).

Typické a společné pro všechny rodiče dle Kerekrétiové (2008) je, že se nenadále dostávají do nečekané, nepřehledné a těžké situace. Dostávají nové a často složité informace, kterým nerozumějí. Většina z nich nikdy o rozštěpu neslyšela a orofaciální rozštěp neviděla. Co a jakým způsobem se rodičům řekne právě v prvním nejkritičtějším období, má proto velký význam pro probíhající proces vyrovnávání se s daným problémem, tzv. coping. Informace musí tedy být odborné, přiměřené, podané taktně a citlivě. Je potřeba zodpovědět všechny otázky, protože vyhýbavé odpovědi vyvolávají u rodičů spíše pocity strachu a ještě větších obav. Rodiče je třeba vždy informovat pravdivě, avšak v míře, jakou momentálně unesou. Informace se mají týkat orofaciálního rozštěpu a možných příčin jeho vzniku, protože etiologie je multifaktoriální a v každém případě specifická. Důležité je upozornit na možné důsledky spojené s touto malformací a dále na možnosti léčby (operace, čelistně-ortodontická, pediatrická, foniatrická a logopedická terapie), které v současnosti dosahují vynikajících výsledků. Důležitá je i informace o časové následnosti léčby. Na předním místě je optimistická prognóza, která je založená na objektivních výsledcích dosahovaných v posledním období díky novým technologiím, technikám a metodám uplatňovaným v komplexní týmové péči o takto postižené děti.

Dle Matouška (in Vágnerová, 2008) se matka s dítětem identifikuje, a jestliže je její potomek postižený, cítí se méněcenná. Otcové prožívají podobné pocity, které se více vztahují k jejich mužské, ploditelské roli. Rodiče různého pohlaví zpravidla reagují odlišně, nejen vzhledem k biologické a sociální specifičnosti jejich role, ale i s ohledem na důsledky této situace pro jejich další život. Jakékoliv závažnější postižení dítěte ovlivní zcela jistě i manželský vztah a změni celkové klima v rodině. Může vést k posílení vzájemných vazeb a poskytované opory, nebo naopak k jejich rozpadu.

„Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato spíše negativně hodnocená odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změni životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změni i jejich chování, nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti, kde se tito lidé mohou v rámci obranných reakcí projevovat jiným způsobem než dřív, resp. než je obvyklé, nebo se od ní dokonce izolovat“ (Vágnerová, 2008, s. 164).

Dle mínění autorky diplomové práce, je rozdíl v reakci rodičů na narození postiženého dítěte odlišná u těch osob, kteří byli seznámeni se skutečností vrozené vývojové vady plodu

již v prenatálním období a u rodičů, kteří jsou vystaveni nečekané situaci bezprostředně po narození potomka. Rodič, který se dozví o postižení svého dítěte ještě před narozením, se může na nečekanou situaci připravit. Ovšemže je pro matku a nejen pro ni velice těžké si připustit, že dítě, na které se těšila a které si ve své mysli vysnila, se nenarodí zdravé. Také jistě prochází období vyrovnání se s nastalou situací. Je třeba si uvědomit, že pro tyto rodiče je velkou výhodou ta skutečnost, že o postižení dítěte před narozením vědí. Mohou se jak z psychologického tak z praktického hlediska na příchod miminka připravit. Ačkoliv v současnosti existují možnosti prenatální diagnostiky kraniofaciálních anomálií, přesto se objevují případy, kdy se rodiče o postižení dítěte dozví až po jeho narození. S určitostí můžeme tvrdit, že tato skutečnost je pro rodiče šokem. Zvláště tehdy, pokud je deformace obličeje viditelná a to zejména v případech rozštěpů primárního patra. Nejsou na vzniklou situaci připraveni. Nevědí, zda bude dítě tzv. „normální“, zda bude moci žít plnohodnotný život.

Přikláníme se k názoru Škodové, Jedličky (in Škodová, Jedlička a kol.), že psycholog by měl být přítomen už při narození dítěte jako tzv. „první pomoc“ zejména pro matku.

Dle výzkumu Weigl, Rudolph, Eysholdt, Rosanowski (2005), bylo testováno 50 matek dětí s orofaciálním rozštěpem ve věku 1-10 let užitím 36 otázek zaměřených na průzkum duševního zdraví, úzkost a depresi související s častými pobyty v nemocnici. Výsledkem bylo zjištění, že matky dětí s orofaciálním rozštěpem starších 12 měsíců nevyžadují psychologické vyšetření.

5 Psychosociální důsledky vztahující se k jedinci s orofaciálním rozštěpem

Pátá kapitola se věnuje psychosociálním důsledkům vztahujícím se k jedinci s orofaciálním rozštěpem. Zaměřuje se na obecnou charakteristiku těchto obtíží, na vliv viditelné deformace v oblasti obličeje na osobnost člověka. Krátce popisuje rozvoj sebepojetí jedince s orofaciálním rozštěpem a zmiňuje se také o sourozencích dětí s touto vrozenou vývojovou vadou.

Každý, kdo se narodí s vrozenou vývojovou vadou v podobě obličejového rozštěpu, je zcela jistě vystaven vyššímu riziku vzniku psychických obtíží, než intaktní populace.

Vágnerová (2008) rozlišuje **primární** a **sekundární** postižení. Do **primárního** zahrnuje chorobné změny, které představují omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí, např. zrakového či sluchového vnímání. Riziko, že v důsledku zdravotního postižení vznikne i psychická odchylka, závisí na druhu a závažnosti onemocnění. **Sekundární** změny vznikají jako důsledek působení nejrůznějších, zejména psychosociálních faktorů, které mohou být určitým způsobem závislé na existenci primárního postižení. Na vzniku sekundárního handicapu se mohou spolupodílet různé osobnostní vlastnosti postiženého jedince i vnější prostředí, v němž žije, především jeho sociální složka.

K rizikovým faktorům spadajícím k psychosociálním důsledkům jedinců s orofaciálními rozštěpy zařazuje Richman and Eliason (in Moller and Star, 1992) vysoký výskyt časných středoušních infekcí s výslednou možnou kolísavou ztrátou sluchu, časté hospitalizace, separace od rodiny a přátel a potíže s řečí. Tyto faktory můžeme zařadit k sekundárním důsledkům psychosociálních faktorů, o kterých se výše zmiňuje Vágnerová.

Vágnerová (2008) dále uvádí, že některé psychické nápadnosti a odchylky mohou být podmíněny zdravotním postižením, ale jiné na něm nemusí přímo nebo vůbec záviset. Vnější i vnitřní faktory jsou ve vzájemné interakci a trvalé postižení přináší změnu životní situace, která ovlivní nejen vývoj určitých funkcí, ale bude měnit i postoje a chování ostatních lidí. Psychické zvláštnosti lidí s určitým typem postižení mají celou řadu společných znaků, ale zároveň jsou vždycky individuálně variabilní. Pod vlivem vnějšího prostředí, především jeho sociální složky, se vyvíjí i osobnost postiženého dítěte. Její rozvoj závisí na přijetí dítěte rodiči, na způsobu jeho výchovy, která bývá v případě postižených dětí častěji extrémní, míře kontaktu s druhými lidmi, na možnosti získat různé role a s nimi spojené sociální zkušenosti. Odchylky v socializačním vývoji patří do kategorie sekundárních problémů, protože závisejí hlavně na tom, jak se společnost, včetně rodiny, k postiženému dítěti chová a jak mu umožňuje rozvinout jeho sociální kompetence. Mnohé problémy postižených dětí vznikají v důsledku neadekvátní výchovy a bylo by možné je odstranit. Může jít o nepřiměřenou a přetrvávající závislost, nesamostatnost, egocentrismus vypěstovaný hyperprotektivní

výchovou, pocity nejistoty a méněcennosti vzniklé jako reakce na odmítání a podceňování apod.

Děti s rozštěpem rtu a patra jsou z hlediska psychosociálních faktorů v riziku díky mnoha okolnostem. Viditelné kosmetické deformity mohou vyvolávat negativní reakce rodičů, sourozenců, vrstevníků, učitelů atd. (Richman and Eliason in Moller and Starr, 1992).

Průzkumy u dětí s rozštěpy rtu a patra ukazují, že učitelé podceňují jejich intelektové schopnosti. A hodnotí chování těchto jedinců jako méně asertivní, než uvádějí rodiče (Richman in Moller and Starr, 1992).

5.1 Vliv viditelné deformace v oblasti obličeje na osobnost člověka

Vágnerová (1999) uvádí, že viditelná tělesná deformace má vždy sociální dopad, který může být větší, než je vliv funkčního handicapu. Výraz obličeje popsal Fahoun (1998). Píše, že rty, partie kolem úst a celá dolní třetina obličeje dává obličeji výraz. Například výrazná brada budí dojem energické osobnosti, výrazné rty charakterizují vášnivost a požívačnost, úzké rty charakterizují uzavřenost, asketičnost, sebeovládání, ale i rozhodnost až tvrdost. Také symetrie a asymetrie této partie, dávají celému obličeji a tím i člověku typický výraz.

O obličeji jako o významném faktoru komunikace se zmiňuje také Richman and Eliason (in Moller and Starr, 1992). Tvrdí, že obličej poskytuje počáteční podnět pro rozpoznání emocí, charakteru a osobnosti mluvčího. Atypický vzhled obličeje může oslabit schopnosti druhých si přesně vyložit výraz obličeje jako zdroj nonverbální komunikace.

Nápadné změny a odlišnosti snižují status postiženého jedince a nepříznivě ovlivňují jeho sociální hodnocení i akceptaci okolím. Sebehodnocení postižených lidí je více ovlivňováno v některých vývojových obdobích například v adolescenci. Pokud se člověk stížený tělesnou vadou, chová nežádoucím způsobem, jde často o sekundární obrannou reakci na odmítání a podceňování, nepřiměřenou odezvou člověka v potížích, který je stále frustrován a stresován (Vágnerová, 1999). Autorka diplomové práce se domnívá, že nejinak je tomu i u jedinců s orofaciálním rozštěpem.

Vágnerová (1999) zdůrazňuje fakt, že jakýkoliv defekt ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince a vytváří specifickou sociální situaci. Také se zmiňuje o předsudcích, které jsou ovlivněné nedostatečnou informovaností a to jak z pohledu intaktní populace k postiženým, tak i naopak.

5.2 Rozvoj sebepojetí jedince s orofaciálním rozštěpem

Základem sebepojetí je dle Balcara (in Vágnerová 1993) vjem a představa vlastního těla a vlastní osobnosti ve světě. Což předpokládá schopnost odlišení sebe od okolního světa, vymezení hranic co jsem já a co už nejsem (Vágnerová, 1993).

„Sebepojetí je tvořeno vztahem k sobě, tím, co si o sobě myslím, co si o sobě představuji, jak se prožívám a hodnotím. Má tedy stránku kognitivní a emoční“ (Vymětal, 2003, s. 54).

Charakteristické rysy sebepojetí lze u handicapovaných lidí dle Vágnerové (1993) chápat ve smyslu **úrovně zobrazení, které obsahuje vjem a představu vlastního těla**, kdy z hlediska tělesného obrazu mohou mít postižení jedinci nepřesnou představu vlastního těla, protože ho někdy ani nemůžou vnímat srovnatelným způsobem. Na **úrovni hodnocení**, které je charakteristické citovým laděním. Sebehodnocení vyplývá ze srovnání představy a přání. *„Hodnotící citový vťah k sobě bývá závislý na vlastní aspirační úrovni, která je ovlivněna postoji společnosti a jejich akceptací“* (Vágnerová, 1993, s. 65). U postižených bývá sebehodnocení ovlivněné na různé úrovni a v různém směru. Na úrovni emocionální může být sebehodnocení zkresleno v kladném i záporném směru, význam bude mít i nezkušenost, vyplývající z časté izolace a nedostatků možností srovnávat sebe sama s jinými osobami. Sebehodnocení je více ohroženo v období puberty a adolescence. Dále lze rysy sebepojetí u handicapovaných lidí chápat ve smyslu **úrovně budoucí motivace, aspirace a cílů**. Je možné vidět další směřování člověka, které může usilovat o něco pozitivního nebo se může zcela vzdávat jakéhokoliv úsilí. **Úroveň vlastní moci**, lze zařadit také do rysů sebepojetí. Čili co můžu sám učinit a jak ovlivnit tento postoj, což se projevuje jako míra sebedůvěry, která má výrazný vliv na vlastní prožívání a chování. A konečně **oblast sociálních rolí**, které významným způsobem spoluvytváří sebepojetí jedince. Role nemocného, kterou takový člověk získává, výrazným způsobem vymezuje i jeho sebepojetí.

„Sebepojetí člověka je tedy na jedné straně obrazem sebe a nástrojem orientace v jeho osobním životě. Na druhé straně obsahuje i obraz okolního světa“ (Vágnerová, 1993, s. 67).

5.3 Sourozenci dítěte s orofaciálním rozštěpem

Je jistě nesporné tvrzení, že příznivá rodinná konstelace má velký vliv na zdravý duševní vývoj dítěte, jak zdravého, či s postižením. Akceptace dětí s postižením jejich sourozenci je určitě důležitá nejen pro samotné jedince s vrozenou vývojovou vadou, ale také pro jejich rodiče.

Pro sourozence dětí se zdravotním postižením je dle mínění autorky diplomové práce důležité hlavně rodinné prostředí. To zahrnuje nejen vyrovnání se rodičů s faktem, že se do rodiny nenarodilo zdravé dítě, postoje vůči této skutečnosti, pohled na novou nenadálou

situaci, ale také vyrovnaný vztah obou rodičů k sobě navzájem a celková příznivá rodinná atmosféra. Sourozenci dětí s postižením jsou postaveny do nelehké situace. Často mají pocit, že jsou opomíjeni, nebo že nedostávají lásku od rodičů, jako jejich sourozenci s handicapem. Tento pocit může být v mnoha případech oprávněný a to zejména tehdy, pokud rodiče mají tendenci děti s postižením upřednostňovat, více se jim věnovat a to z toho důvodu, že chtějí svým ratolestem vynahradit jejich „újmu“ – to, že neměli to štěstí narodit se zdraví.

Potřeby sourozenců postižených dětí uvádí (Krejčířová in Říčan, Krejčířová a kol., 1995). Jedná se o potřebu informace (co je sourozenci, jak je léčen), otevřené komunikace v rodině o problému a o pozitivních i negativních zkušenostech jednotlivých členů rodiny ve vztahu k němu, uznání svých silných stránek i potřeb ze strany rodičů, potřeba „kvalitního času“ v individuální interakci s rodiči, kontakt a opora od ostatních sourozenců a rodin, nalezení způsobů, jak se vyrovnávat se stresujícími událostmi, jakými jsou například reakce okolí a vrstevníků na postiženého bratra či sestru, neočekávaná narušení plánů rodiny, domácí povinnosti „navíc“ apod. Rodiče postižených dětí si řadu z potřeb sourozenců uvědomují a často žádají o pomoc ve snaze, aby zdravé děti v rodině přítomností postiženého člena nijak netrpěly. Málokdy si ale uvědomují potřebu informací. Rodiče s nimi o daném postižení nehovoří, děti tuto skutečnost většinou respektují, spontánně se neodvažují zeptat a nedostatek otázek je rodiči vnímán jako nezájem z jejich strany.

Roli sourozence postiženého dítěte popsala Vágnerová (2008). Hovoří o ni jako o určité zátěži. Postavení sourozence v rodině se mění, odlišné bývají i postoje a očekávání rodičů, která k němu zaujímají. Zdravý sourozenec může nést stigma rodiny jako své vlastní, zejména v situacích, kdy je veřejné mínění nějak zdůrazňuje. Vědomí odlišnosti rodinné konstelace určitým způsobem ovlivní postoje a chování zdravého dítěte. Může se tak dít v pozitivním i negativním směru. Zdravý sourozenec si uvědomuje, že jeho sourozence je více privilegován. Zdravé dítě si dost brzy uvědomí rozdíl v přístupu rodičů. Vysvětlení je zřejmé. Děti chápou, že když je někdo nemocný, nemůže zvládnout totéž co zdravý a potřebuje větší péči. Takto se rozvíjí ohleduplnost a ochota pomoci slabšímu. Na druhou stranu mohou být požadavky považovány za nespravedlivé a prožívány jako zátěž. Od každého dítěte se očekává něco jiného a stejná nejsou ani kritéria úspěchu. Zdravé dítě se může cítit znevýhodněno.

Specifičnost vzájemného vztahu postiženého a zdravého sourozence uvádí Vágnerová (2008). Postižený sourozenec může vyvolávat odlišné reakce, stimuluje určité projevy chování, jiné bývají naopak tlumeny nebo odmítány (či dokonce trestány). Pokud je sourozenec něčím výjimečný, musí si zdravé dítě vypracovat strategie, které mu pomohou zvládnout tento vztah přijatelným způsobem. Obvykle jde o postupné přijetí dominantně-

ochranitelské role. Může si osvojit větší toleranci k lidské rozmanitosti, větší citlivost k potřebám jiných apod. Dítě se naučí, že postižený sourozenec musí být ochraňován a nelze se k němu chovat jako ke zdravým dětem. Tento postoj má však i své negativní důsledky: postižený, který potřebuje neustálou pomoc a ohledy, není považován za zcela rovnocenného. Sourozenci bývají spojenci i soupeři, ale postižené dítě nemůže být soupeřem, protože tomu neodpovídají jeho kompetence. Navíc rodiče tento projev zdravého dítěte klasifikují jako špatné chování, jako přestupek. Postižené dítě nemůže být ani vzorem, s nímž by se mladší sourozenec mohl ztotožnit. Je jiné, výjimečné, a proto neposkytuje obvyklou zkušenost. Vytvoření skutečné vztahové symetrie, která je mezi zdravými sourozenci běžná, je v tomto případě hůře dostupná.

Defekt kosmetického rázu v oblasti obličeje společně s případnou narušenou komunikační schopností, je dle autorky diplomové práce stigmatem pro nositele této vrozené vývojové vady. Jedinec se díky tomuto postižení setkává s vyšším výskytem psychosociálních obtíží, které mu znesnadňují řešení běžných životních situací. Schopnost vyrovnání se s těmito těžkostmi, závisí nejen závažnosti orofaciálního rozštěpu, ale také na povahových vlastnostech jedince a na jeho rodině a způsobu, jakým se k nenadálé situaci postaví.

PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Vymezení předmětu a objektu výzkumného šetření

Předmětem výzkumného šetření této diplomové práce jsou rozštěpové vady v orofaciální oblasti. Objektem výzkumného šetření jsou psychosociální aspekty a narušená komunikační schopnost u jedinců, kteří jsou nositeli těchto vrozených vývojových vad.

6.2 Cíle a formulace výzkumných otázek

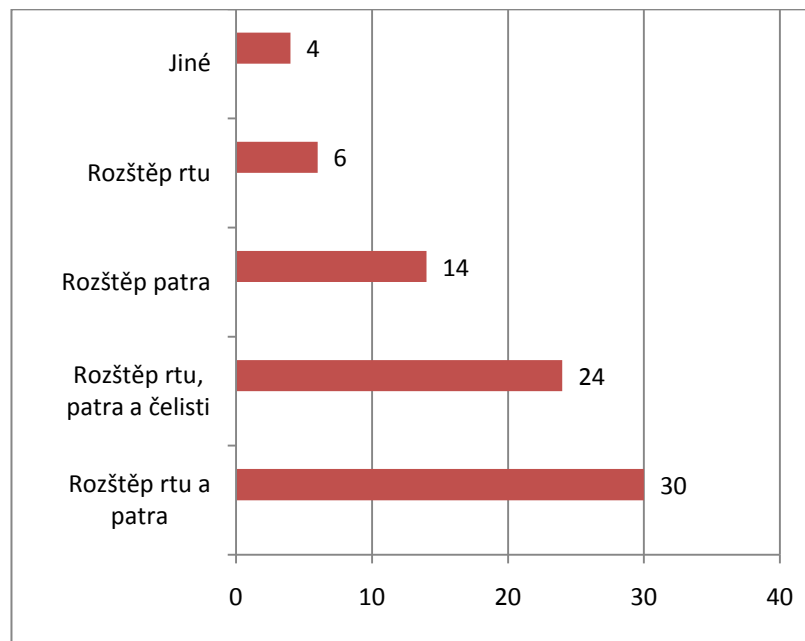
Cílem praktické části diplomové práce je zjistit, zda mají lidé s orofaciálními rozštěpy ve věku od 2 do 20 let narušenou komunikační schopnost, psychické obtíže a zda se u nich vyskytují zvláštnosti v oblasti sociální adaptace. Dalším cílem je zjistit, zda obličejové rozštěpy mohou ovlivnit jedince ve výběru typu školního zařízení.

Výzkumné otázky byly definovány na základě vymezeného problému a po konzultaci s Prof. PhDr. Miroslavem Chráskou CSc. z Ústavu pedagogiky a sociálních studií, takto:

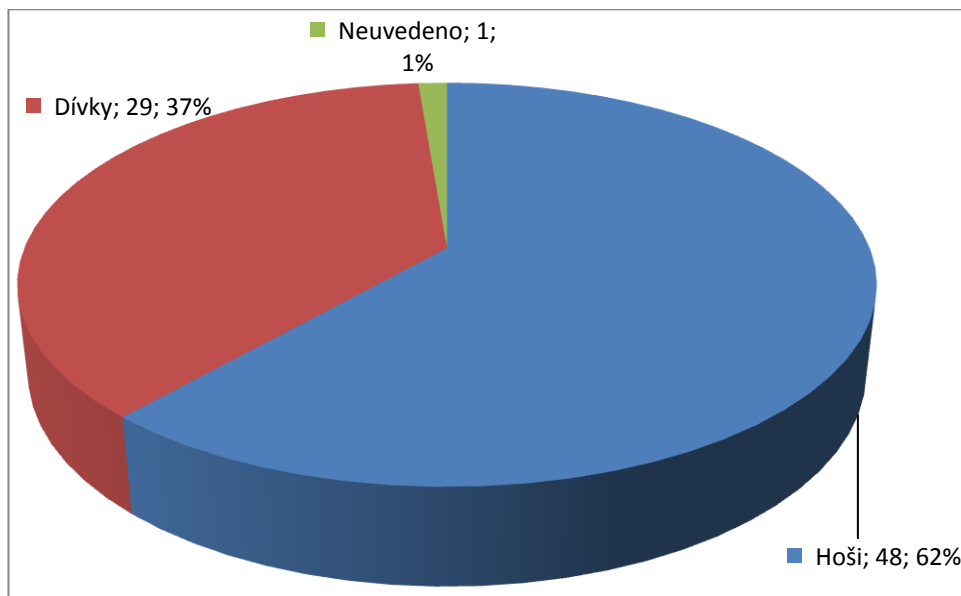
1. Mají lidé s orofaciálními rozštěpy do období mladší dospělosti narušenou komunikační schopnost?
2. Vyskytují se u osob s orofaciálními rozštěpy psychické obtíže a zvláštnosti v oblasti sociální adaptace?
3. Ovlivňují orofaciální rozštěpy výběr typu školního zařízení?

6.3 Charakteristika výzkumného vzorku

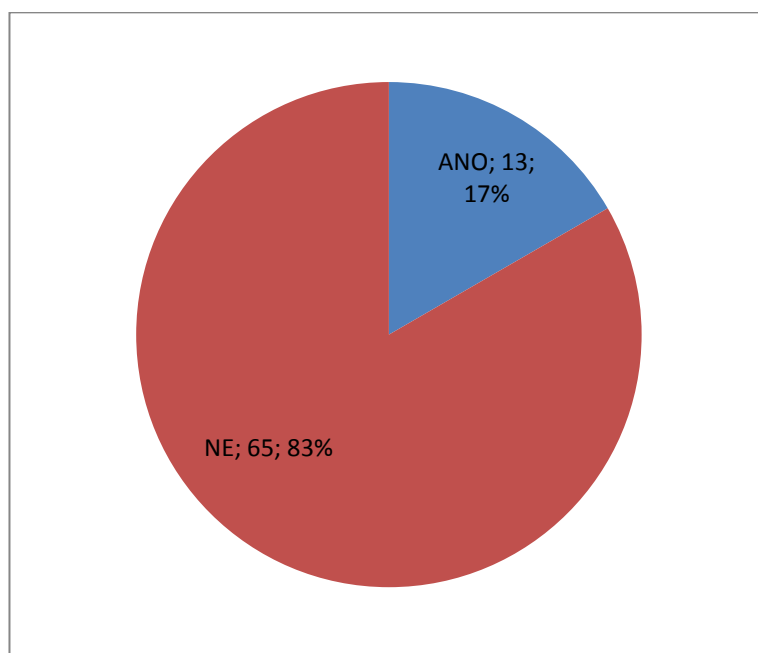
Výzkumný vzorek tvoří dívky i chlapci s orofaciálním rozštěpem z celé České republiky, kteří byli v minulosti operováni na Klinice plastické a estetické chirurgie v Brně, Berkova 34. Tito jedinci spadají do věkové kategorie od 2 do 20 let, tedy od období batolecího až po období mladé dospělosti. Bylo problematické získat výzkumná data jen od určité věkové kategorie, proto jsme se rozhodli realizovat sběr dat v takto širokém věkovém rozmezí. Ačkoliv je výskyt orofaciálních rozštěpů poměrně vysoký, bylo obtížné získat dostatečné množství dotazníků jen od jedné věkové kategorie. Dotazníky byly předány zubnímu oddělení výše zmíněné kliniky, kde byly prostřednictvím zdravotních sester tohoto oddělení po dobu 8 měsíců distribuovány rodičům dětí s orofaciálním rozštěpem.



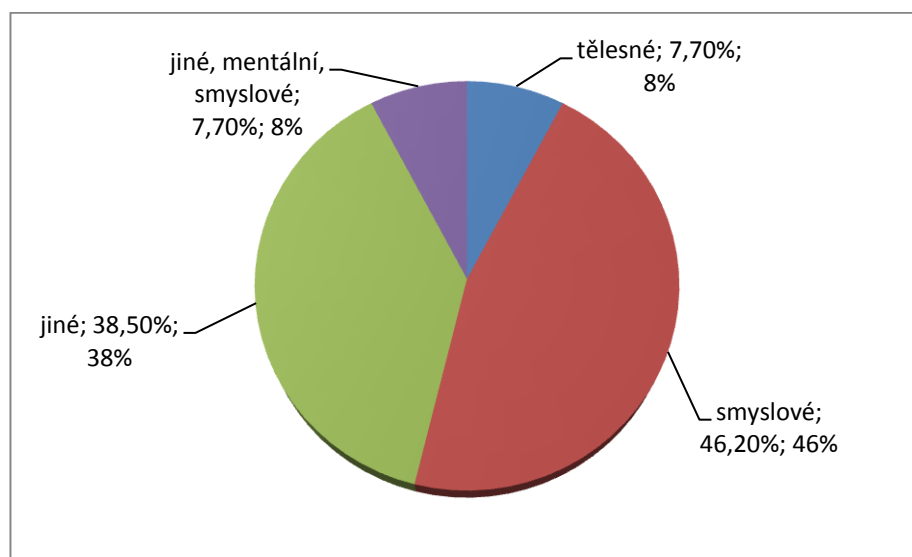
Graf. č. 1 Rozdělení jedinců podle typu orofaciálního rozštěpu



Graf. č. 2 Rozdělení jedinců podle pohlaví



Graf č. 3 Rozdělení jedinců podle skutečnosti, zda mají přidružená postižení k orofaciálnímu rozštěpu



Graf č. 4 Rozdělení jedinců s přidruženým postižením podle typu tohoto postižení

6.4 Stanovení hypotéz

Pro toto výzkumné šetření byly stanoveny alternativní hypotézy na základě konzultace s Prof. PhDr. Miroslavem Chráskou CSc. z Ústavu pedagogiky a sociálních studií.

Hypotéza H₁: Závažnost rozštěpové vady souvisí s výskytem narušené komunikační schopnosti.

Hypotéza H₂: Závažnost orofaciálního rozštěpu souvisí s výběrem typu školního zařízení.

Hypotéza H₃: Závažnost rozštěpové vady souvisí s výskytem psychosociálních obtíží.

6.5 Výzkumné metody

K získání potřebných informací byla vybrána metoda dotazníku, který nejlépe splňoval požadavky dané charakteristikou výzkumu bez nutnosti přímého kontaktu s respondenty. Jeho distribuci předcházela předvýzkum, ve kterém jsme použili metodu řízeného nestrukturovaného a volného rozhovoru. Chráska (1998) uvádí, že řízený rozhovor se liší od neřízeného tím, že je řízen výzkumníkem. Nestrukturovaný rozhovor se více přibližuje přirozené komunikaci mezi lidmi. Výhodou je, že umožňuje snadnější navázání kontaktu mezi tazatelem a respondentem, což může znamenat jeho bezprostřednější a upřímnější projev. Nevýhodou naopak je to, že ne všichni respondenti odpovídají za naprosto stejných podmínek a také to, že nestandardizovaný rozhovor většinou neposkytuje přímo kvantitativně zpracovatelný materiál. Tazatelé musí být u tohoto typu rozhovoru jasno, které informace má od respondenta získat. Konkrétní formulace otázek a jejich sled je ale ponechán na tazatelích (in *ibid.*).

Při zpracování výsledků, které jsme získali z později navrácených dotazníků, jsme pak aplikovali metody frekvenční analýzy, absolutní i relativní četnosti a kontingenční tabulky. Pro ověření statistické významnosti stanovených hypotéz nebyly splněny předpoklady testu Chí-kvadrát, proto jsme použili neparametrický Mann-Whitneyuv U test. Dle Chrásky (1998) je U test velmi vydatným neparametrickým testem, který lze použít v případech, kdy máme rozhodnout, zda dva výběry mají zhruba stejné rozdělení četností, zda tedy mohou pocházet ze stejného základního souboru. Nyní si specifikujeme metodu dotazníku.

Dotazník je dle Ničkoviče (in Chráska, 1998, s. 89) „*měrný prostředek, pomocí kterého se zkoumají mínění lidí o jednotlivých jevech*“. Konkrétněji je dotazník „*soustava předem*

připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně“.

Dotazníkové metodě bývá vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jak sami sebe vidí, případně jak chtějí být viděni (Chráška, 1998). Na druhé straně je však nespornou výhodou umožnění poměrně rychlého a ekonomického shromažďování dat od velkého počtu respondentů (in ibid.).

Dobrý dotazník by měl splňovat tři základní vlastnosti a to validitu, reliabilitu a praktičnost. Validita dotazníku spočívá v tom, že dotazník zjišťuje skutečně to, co má zjišťovat, tzn. to, co je výzkumným záměrem. Reliabilitou dotazníku rozumíme schopnosti dotazníku zachycovat spolehlivě a přesně zkoumané jevy.

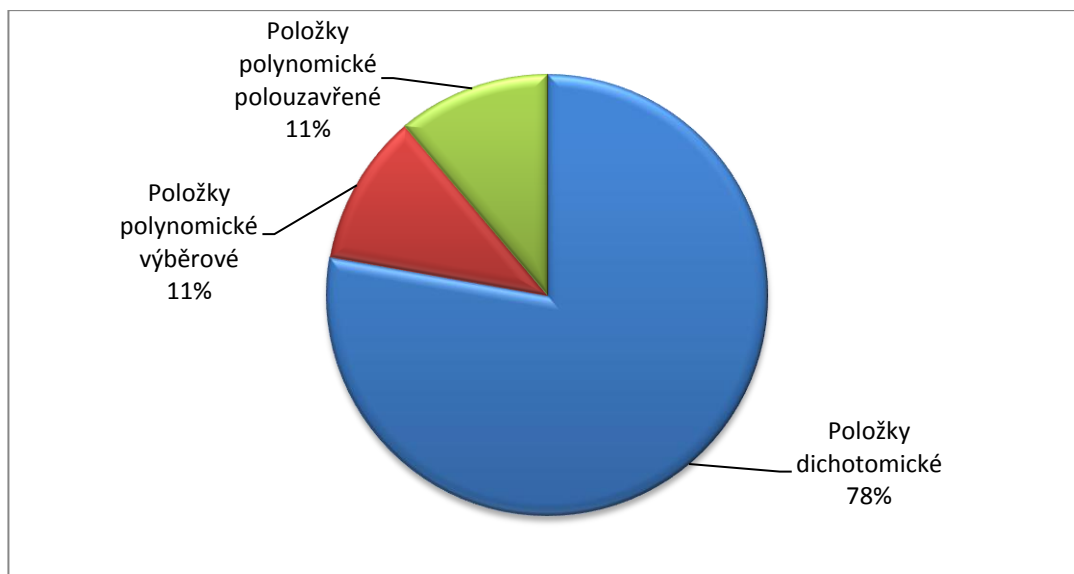
Použité dotazníky byly distribuovány prostřednictvím zubního oddělení Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno, Berkova 34.

Charakteristika použitého dotazníku

Dotazník není standardizovaný. Sestavila jej autorka diplomové práce ve spolupráci s vedoucí diplomové práce a klinickou logopedkou z Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno.

Dotazník je určen pro rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem. V úvodu dotazníku je průvodní pasáž, která seznamuje respondenty s předmětem výzkumu a také se skutečností, že získané údaje budou použity pouze pro účely diplomové práce, což autorka diplomové práce stvrzuje vlastnoručním podpisem. Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník vyplňovali rodiče většinou nezletilých dětí, požadovali jsme od nich podpis jako souhlas s vyplněním dotazníku. Vlastní dotazník začíná pokynem, jakým způsobem mají respondenti vyplňovat dotazník. Následují demografické položky, které zjišťují základní údaje o dítěti, tj. pohlaví, věk, typ orofaciálního rozštěpu a přidružená postižení. Následuje 9 položek, které jsou zaměřeny na zjištění narušené komunikační schopnosti (2 položky), výběr typu školy (2 položky) a psychosociální obtíže (5 položek).

Tyto položky jsou několika druhů. Vesměs jde o položky uzavřené (8 položek) a objevují se i polouzavřené (1 položka). Uzavřené položky jsou dichotomického i polynomického typu. U polynomických je použita též 1 výběrová položka (viz. příloha č. 1).



Graf č. 5 Procentuální rozložení typu uzavřených položek v dotazníku

6.6 Realizace vlastního výzkumu

Provedení vlastního výzkumu předcházel předvýzkum, v němž se autorka diplomové práce ústně dotazovala celkem 22 respondentů na jednotlivé položky dotazníku. Na základě jejich odpovědí pak byly některé položky upraveny.

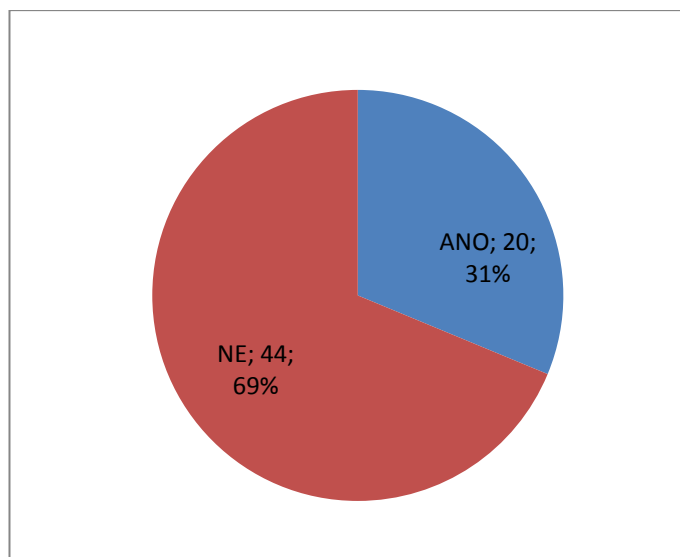
Výsledná podoba dotazníku byla dále konzultována s klinickou logopedkou z Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno. Ve spolupráci se zubním oddělením této kliniky byly dotazníky distribuovány rodičům dětí s orofaciálním rozštěpem.

6.7 Zpracování získaných dat a jejich interpretace

Zubnímu oddělení Kliniky plastické a estetické chirurgie Brno bylo posláno 140 dotazníků. Z tohoto počtu bylo 78 vyhotovení předáno rodičům dětí s orofaciálním rozštěpem. Všechny 78 dotazníků bylo rodiči vyplněno.

1. Má Vaše dítě problémy s výslovností některých hlásek?

První otázka je uzavřená, dichotomická. Respondenti zde měli možnost výběru z nabízených odpovědí ano/ne. Položka zjišťuje přítomnost narušené komunikační schopnosti.



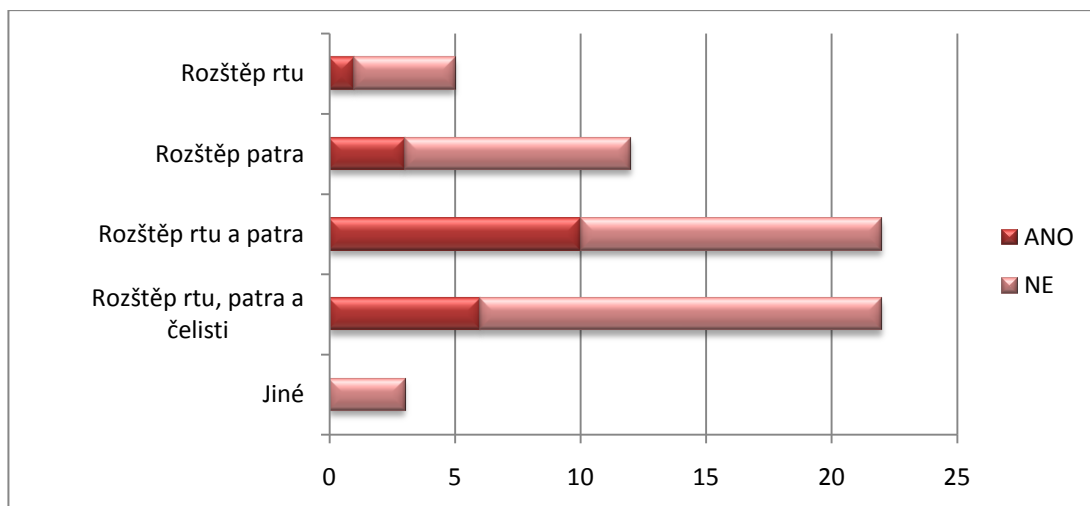
Graf. č. 6 Výskyt potíží s výslovností

Na položku, zda má dítě potíže s výslovností, odpovídali rodiče takto (graf č. 6). Z celkového počtu 64 rodičů, jich 20 uvádí odpověď ano ($N = 64$, $n_1 = 20$, tj. 31 %) a 44 odpověď ne ($N = 64$, $n_2 = 44$, tj. 69 %). Je zřejmé, že typ orofaciálního rozštěpu může mít vliv na výskyt narušené komunikační schopnosti – palatolalie. Proto jsme zjišťovali i tento vztah, který je znázorněný v tabulce č. 1 a grafu č. 7.

| Potíže s výslovností | ANO | | NE | |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Typ OFR ⁹ | n | % | n | % |
| Rozštěp rtu | 1 | 5,0 | 4 | 9,1 |
| Rozštěp patra | 3 | 15,0 | 9 | 20,5 |
| Rozštěp rtu a patra | 10 | 50,0 | 12 | 27,3 |
| Rozštěp rtu, patra a čelisti | 6 | 30,0 | 16 | 36,4 |
| Jiné | 0 | 0,0 | 3 | 6,8 |
| Celkem | 20 | 31,3 | 44 | 68,7 |

Tabulka č. 1 Výskyt potíží s výslovností u klientů s orofaciálními rozštěpy

⁹ OFR = Orofaciální rozštěp



Graf č. 7 Výskyt potíží s výslovností u klientů s orofaciálními rozštěpy

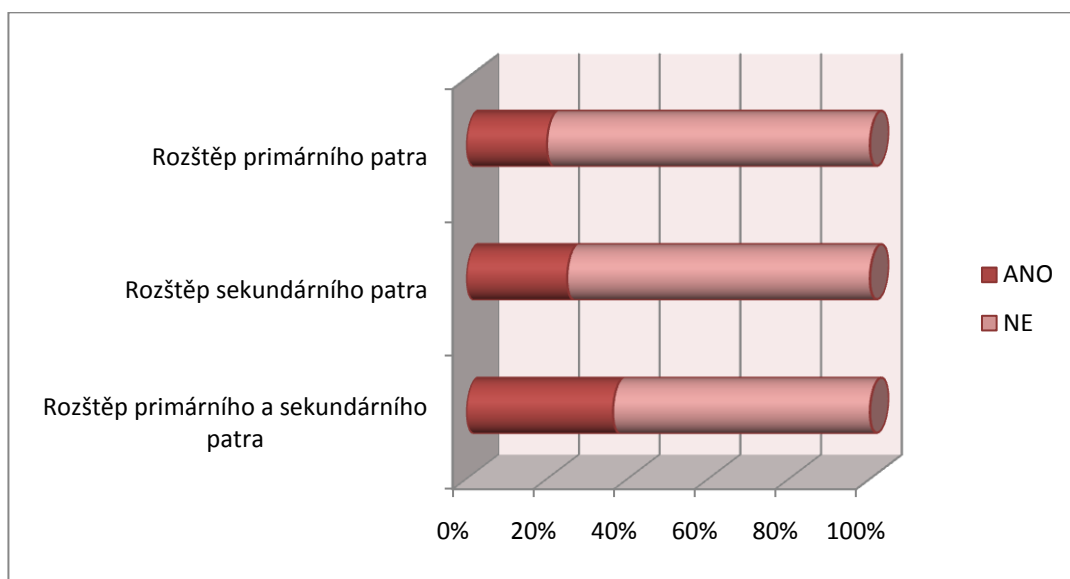
Z tabulky č. 1 a grafu č. 7 je patrné, že potíže s výslovností uvedli rodiče dětí nejčastěji s rozštěpy rtu a patra a dále pak s rozštěpy rtu, patra a čelisti.

Na základě klasifikace Kernahana a Starka (in Kerekrétiová, 2000), se člení rozštěpy na rozštěpy primárního patra (postihují rty, alveolární výběžek až po foramen incisivum), rozštěpy sekundárního patra (postihují uvulu, měkké a tvrdé patro) a rozštěpy primárního a sekundárního patra (postihují rty, alveolární výběžek, uvulu, měkké a tvrdé patro).

Zkoumali jsme tedy vztah závažnosti orofaciálního rozštěpu (dle výše zmíněné klasifikace) a výskytu potíží s výslovností řeči (tab. č. 2, graf. č. 8).

| Potíže s výslovností | ANO | | NE | | CELKEM | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 1 | 5,0 | 4 | 9,8 | 5 | 8,2 |
| Rozštěp sekundárního patra | 3 | 15,0 | 9 | 22,0 | 12 | 19,7 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 16 | 80,0 | 28 | 68,3 | 44 | 72,1 |
| Celkem | 20 | 100 | 41 | 100 | 61 | 100 |

Tab. č. 2 Má Vaše dítě problémy s výslovností některých hlásek?

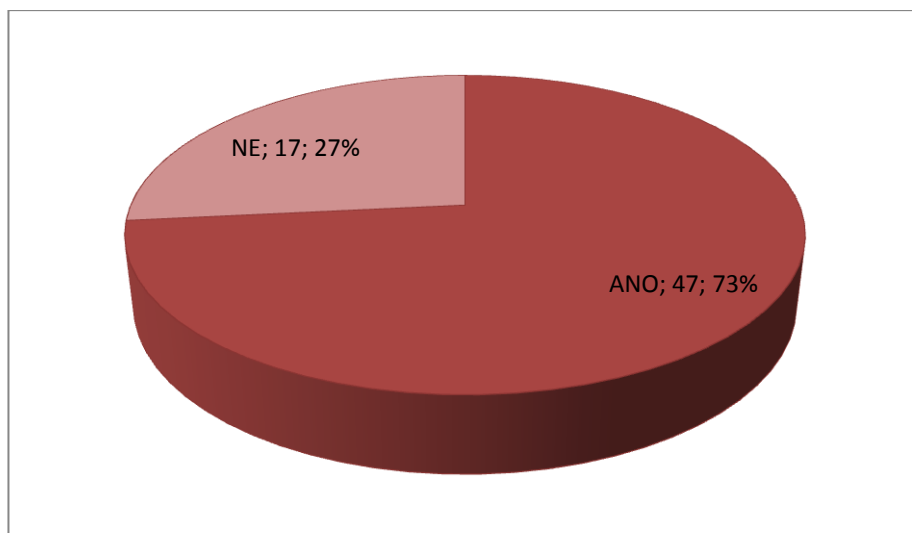


Graf. č. 8 Má Vaše dítě problémy s výslovností některých hlásek?

Na základě členění dle klasifikace Kernahana a Starka (in Kerektétiová, 2000), je v grafu č. 8 zřetelné, že závažnost orofaciálního rozštěpu má vliv na potíže s výslovností. Z celkového počtu 61 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich má 20 potíže s výslovností. Z toho 5 % tvoří skupina rozštěp primárního patra (I. skupina), 15 % rozštěp sekundárního patra (II. skupina) a 80 % skupina současně primárního i sekundárního patra (III. skupina). 41 rodičů odpovědělo, že jejich dítě nemá potíže s výslovností. První skupinu tvoří 9,8 % odpovědí, druhou 22,0 % odpovědí a třetí skupina zahrnuje 68,3 % odpovědí. Položka je zadána obecně. Konkrétně nám tedy není jasné, o jaké obtíže s výslovností se jedná. Cílem této položky ale nebylo zjišťovat typ narušené komunikační schopnosti, ale závislost mezi závažností orofaciálního rozštěpu a výskytem potíží s výslovností.

2. Má Vaše dítě zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště? (logopedická ambulance, logopedie v mateřské a základní škole, atd...)

Druhá otázka je uzavřená, dichotomická. Respondenti zde měli možnost výběru ano/ne. Jejím účelem je zjistit, zda dítě navštěvuje logopeda.



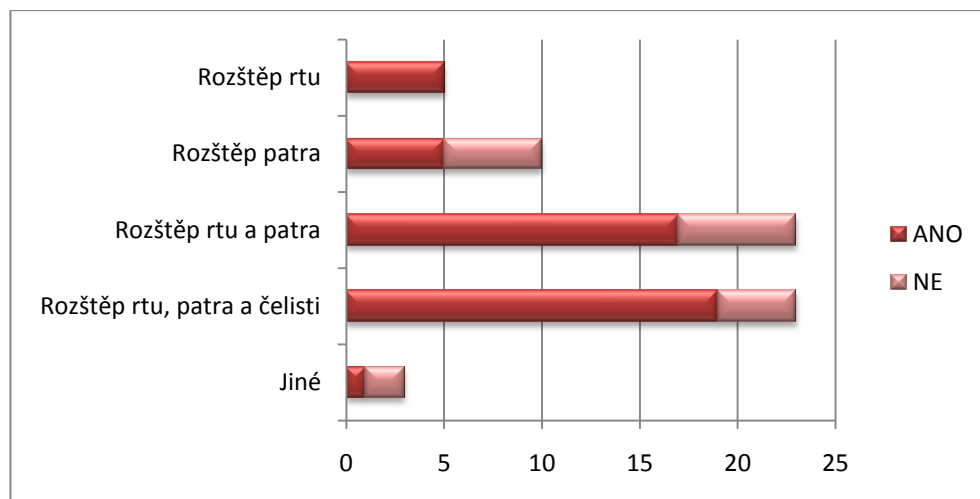
Graf č. 9 Zajištění logopedické péče

Na položku, zda má dítě zajištěnou péči logopeda uvádí z celkového počtu 64 rodičů 47 odpověď ano ($N = 64, n_1 = 47, \text{tj. } 73 \%$) a 17 odpověď ne ($N = 64, n_2 = 17, \text{tj. } 27 \%$). Vzhledem k povaze primárního postižení můžeme usuzovat na typ narušení komunikační schopnosti – palatolalii, ale nemůžeme vyloučit ani jiný typ narušené komunikační schopnosti.

Souvislost typu rozštěpové vady se zajištěním logopedické péče si můžeme prohlédnout v tabulce č. 3 a grafu č. 10.

| Zajištění péče logopeda | ANO | | NE | |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Typ OFR | n | % | n | % |
| Rozštěp rtu | 5 | 10,6 | 0 | 0,0 |
| Rozštěp patra | 5 | 10,6 | 5 | 29,4 |
| Rozštěp rtu a patra | 17 | 36,2 | 6 | 35,3 |
| Rozštěp rtu, patra a čelistí | 19 | 40,4 | 4 | 23,5 |
| Jiné | 1 | 2,1 | 2 | 11,8 |
| Celkem | 47 | 73,4 | 17 | 26,6 |

Tabulka č. 3 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na zajištění péče logopeda



Graf č. 10 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na zajištění péče logopeda

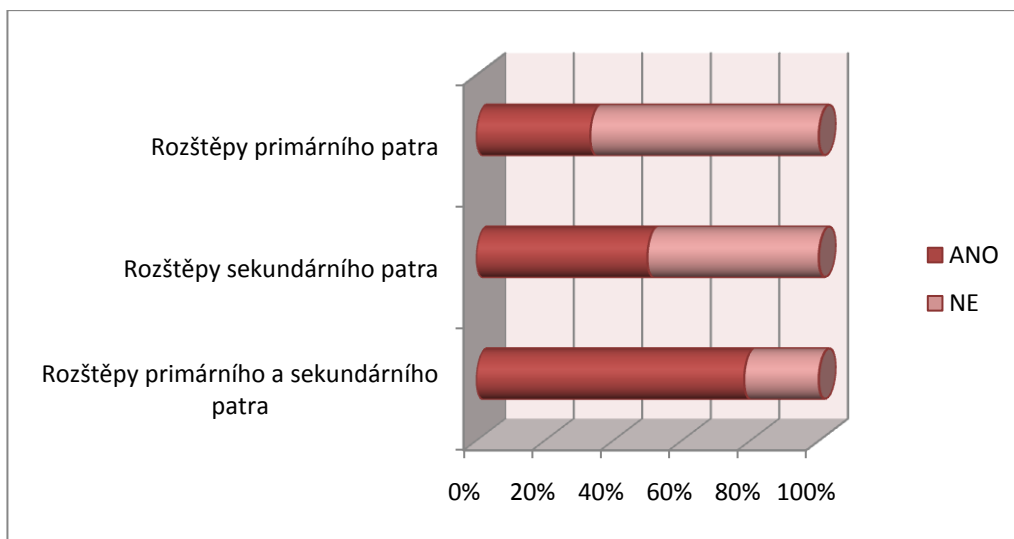
Z tabulky č. 3 a grafu č. 10 je patrné, že v péči logopeda jsou děti zejména s rozštěpy rtu, patra a čelisti a děti s rozštěpy rtu a patra, tedy děti s takovými rozštěpy, které zasahují patro a kde můžeme předpokládat insuficienci velofaryngálního mechanismu.

Řeč dětí s orofaciálním rozštěpem je totiž dle Dvořáka (2004) ovlivněna insuficiencí velofaryngálního uzávěru. Tímto dochází k posouvání tvorby hlásek do IV. artikulačního okrsku, který se u nepostiženého dítěte při fonaci v češtině neuplatňuje. Únikem vzduchového proudu do nosu vzniká Hyperrhinofonia aperta – otevřená huhňavost.

Pro názornost si ukážeme také tabulku č. 4 a graf č. 11, který zjišťuje vztah závažnosti orofaciálního rozštěpu a zajištění péče logopeda.

| Zajištění logopedické péče | ANO | | NE | | CELKEM | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 5 | 10,9 | 0 | 0,0 | 5 | 8,2 |
| Rozštěp sekundárního patra | 5 | 10,9 | 5 | 33,3 | 10 | 16,4 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 36 | 78,3 | 10 | 66,7 | 46 | 75,4 |
| Celkem | 46 | 100 | 15 | 100 | 61 | 100 |

Tab. č. 4 Má Vaše dítě zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště?



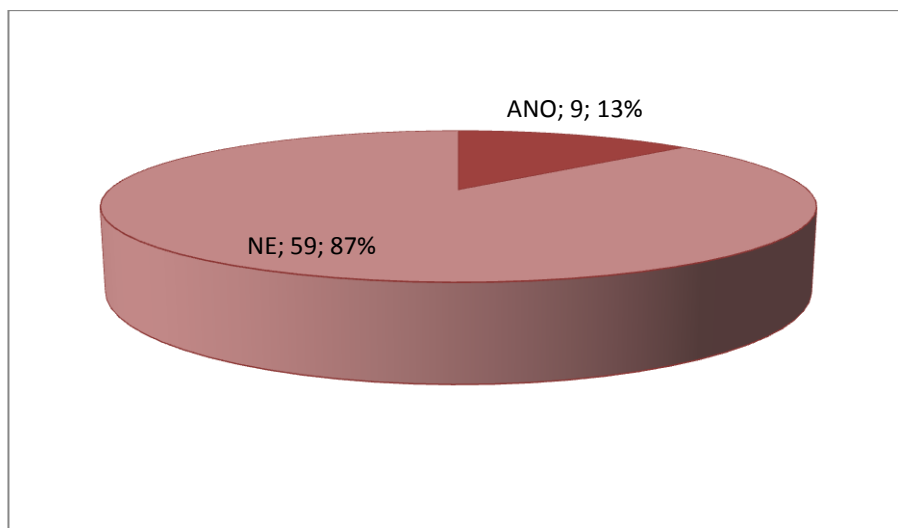
Graf č. 11 Má Vaše dítě zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště?

Z celkového počtu 61 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich 46 má zajištěnou logopedickou péči. Z toho 10,9 % tvoří skupina rozštěp primárního patra (I. skupina), 10,9 % rozštěp sekundárního patra (II. skupina) a 78,3 % skupina současně primárního i sekundárního patra (III. skupina). 15 rodičů odpovědělo, že jejich dítě logopedickou péči zajištěnou nemá. Z toho první skupinu netvoří žádné odpovědi, druhá zahrnuje 33,3 % odpovědí a třetí 66,7 % odpovědí.

Tabulka č. 4 a graf č. 11 jsou důkazem toho, že děti s rozštěpem primárního a sekundárního patra jsou častěji v péči logopeda, což koreluje se závažností tohoto druhu postižení a s ním související narušenou komunikační schopností.

3. Má Vaše dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi?

Třetí otázka je opět uzavřená, dichotomická. Jejím cílem bylo zjistit, zda mají děti respondentů potíže v navazování kontaktu s vrstevníky, zda je orofaciální rozštěp limitujícím faktorem v této oblasti.



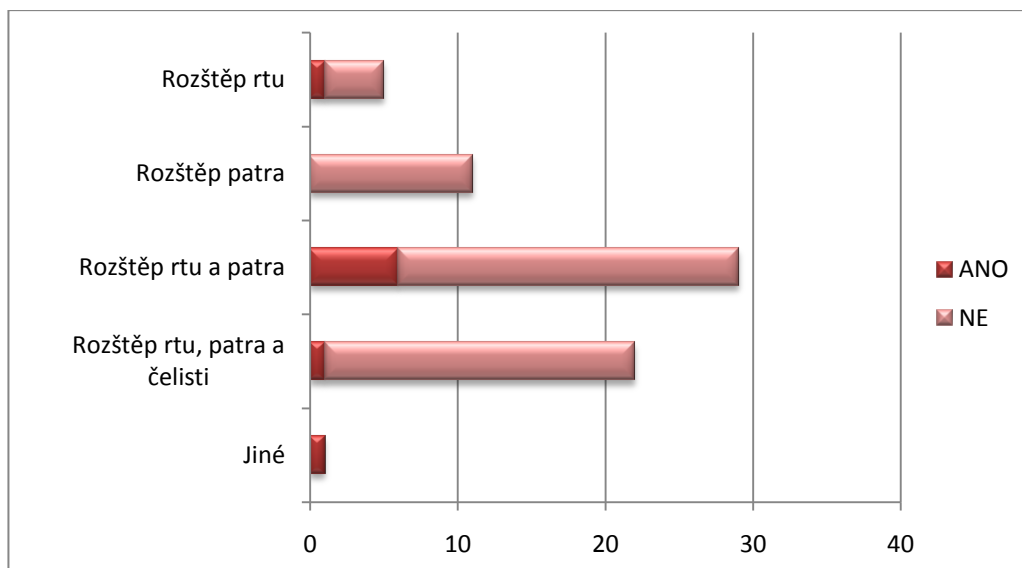
Graf č. 12 Potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi

Z grafu č. 12 je patrné, že z celkového počtu 68 rodičů 9 uvedlo odpověď ano ($N = 68$, $n_1 = 9$, tj. 13,2 %) a 59 odpověď ne ($N = 68$, $n_2 = 59$, tj. 86,8 %). Většina rodičů tedy uvedla, že jejich děti nemají potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi.

Vztah mezi závažností orofaciálního rozštěpu a potížemi v navazování kontaktu s ostatními dětmi je znázorněn v tabulce č. 5 a grafu č. 13.

| Potíže v navazování kontaktu | ANO | | NE | |
|------------------------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| | n | % | n | % |
| Typ OFR | | | | |
| Rozštěp rtu | 1 | 11,1 | 4 | 6,8 |
| Rozštěp patra | 0 | 0,0 | 11 | 18,6 |
| Rozštěp rtu a patra | 6 | 66,7 | 23 | 39,0 |
| Rozštěp rtu, patra a čelisti | 1 | 11,1 | 21 | 35,6 |
| Jiné | 1 | 11,1 | 0 | 0,0 |
| Celkem | 9 | 13,2 | 59 | 86,8 |

Tabulka č. 5 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na navazování kontaktu s ostatními dětmi

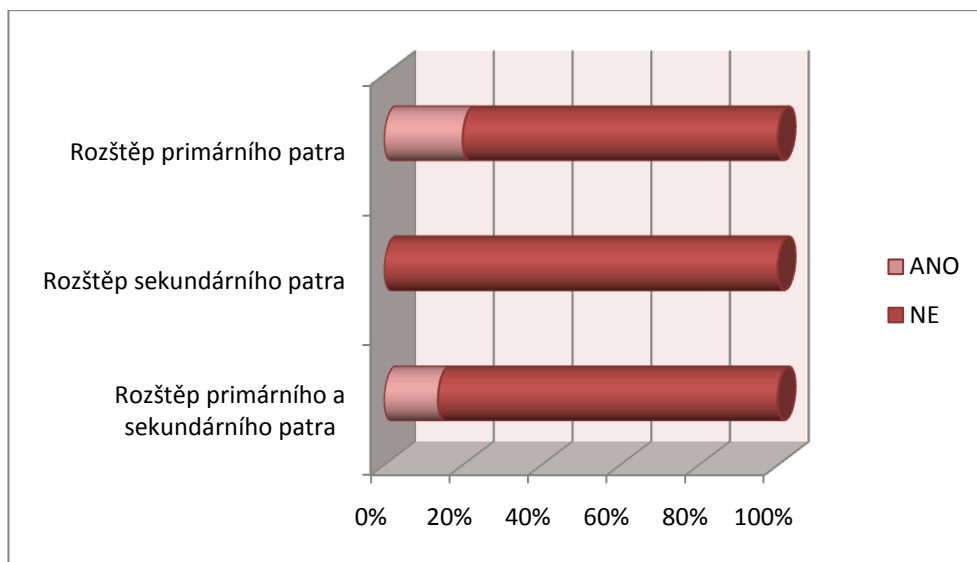


Graf č. 13 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na navazování kontaktu s ostatními dětmi

Z tabulky č. 5 a grafu č. 13 je zřejmé, že orofaciální rozštěp zpravidla není důvodem k omezování kamarádských vztahů s vrstevníky. Z 68 respondentů jich 86,8 % odpovědělo, že orofaciální rozštěp není důvodem k omezení navazování kamarádských vztahů jejich dětí. Musíme brát opět v potaz skutečnost, že dotazníky vyplňovali rodiče, kteří nemusí být vždy objektivní. Skutečnost, zda se liší odpovědi respondentů u jednotlivých typů rozštěpů dle jejich závažnosti, se můžeme dozvědět z tabulky č. 6 a grafu č. 14.

| Potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi | ANO | | NE | | CELKEM | |
|--|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 1 | 12,5 | 4 | 6,8 | 5 | 7,5 |
| Rozštěp sekundárního patra | 0 | 0,0 | 11 | 18,6 | 11 | 16,4 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 7 | 87,5 | 44 | 74,6 | 51 | 76,1 |
| Celkem | 8 | 100 | 59 | 100 | 67 | 100 |

Tabulka č. 6 Má Vaše dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s jinými dětmi?



Graf č. 14 Má Vaše dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s jinými dětmi?

Z celkového počtu 67 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich 8 odpovědělo, že jejich dítě má potíže v navazování kontaktu s jinými dětmi. Z toho 12,5 % tvoří rozštěp primárního patra (I. skupina), 87,5 % tvoří rozštěp současně primárního i sekundárního patra (III. skupina) a žádná odpověď se nevyskytla u rozštěpu sekundárního patra (skupina č. II).

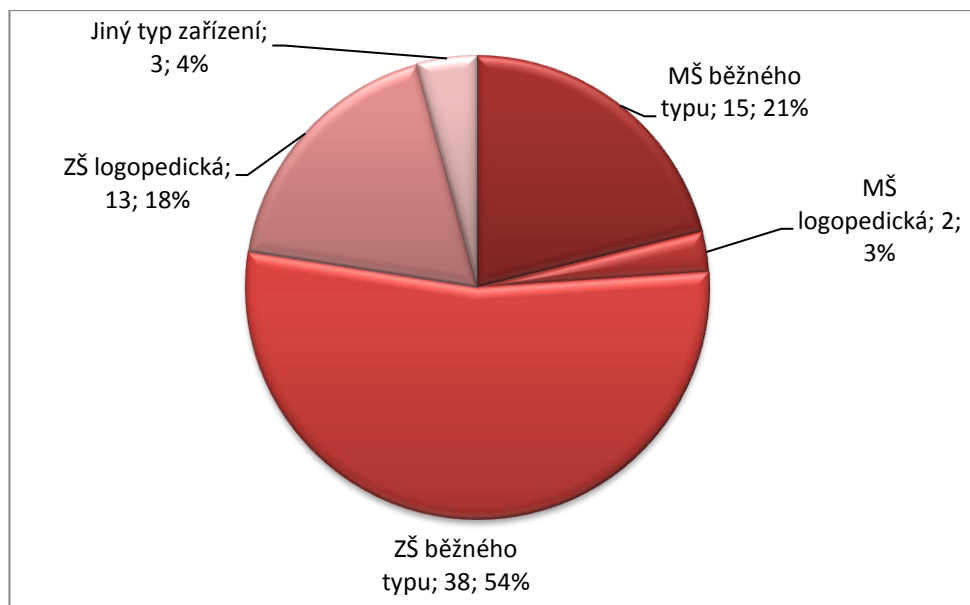
59 rodičů odpovědělo, že jejich dítě nemá potíže v navazování kamarádských vztahů. Z toho první skupinu tvoří 6,8 % odpovědí, druhou 18,6 % a třetí 74,6 % odpovědí.

Z těchto výsledků je patrné, že u všech tří typů rozštěpů respondenti nejčastěji uváděli, že jejich děti vrozená vývojová vada v podobě obličejového rozštěpu neovlivňuje v navazování kamarádských vztahů. U respondentů, kteří uvedli, že ovlivňuje, se nejčastěji vyskytuje skupina rozštěp primárního i sekundárního patra.

4. Jaký typ školního zařízení Vaše dítě navštěvuje?

Tato otázka je polouzavřená, polynomická. Respondenti zde měli možnost výběru z několika odpovědí.

Abychom se vyhnuli nebezpečí, že neuvedeme některou možnou odpověď, použili jsme nabídku „jiná odpověď“. Tuto nabídku volí respondent v případě, že mu nevyhovuje žádná z navrhovaných odpovědí (Chrásková, 1998).

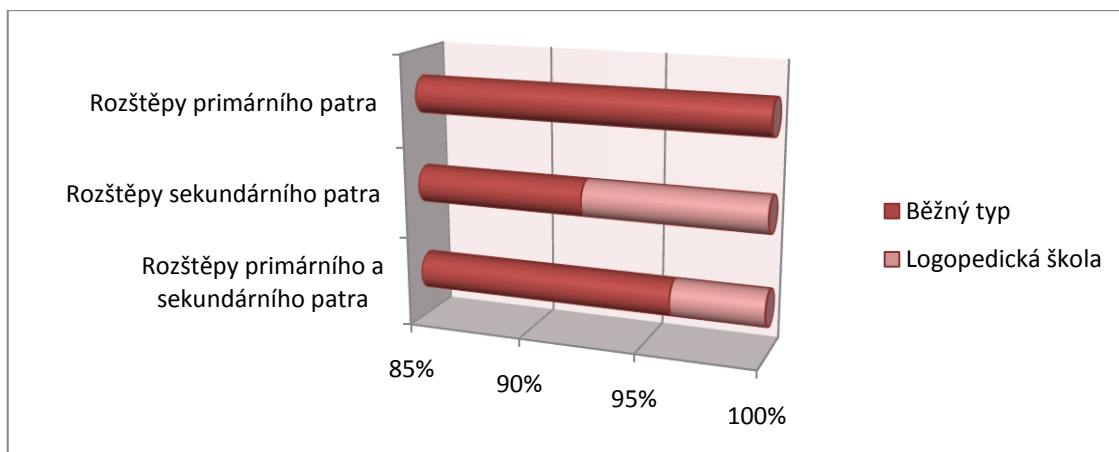


Graf č. 15 Typ školního zařízení

Graf č. 15 poukazuje na skutečnost, že z celkového počtu 71 rodičů 15 uvedlo, že jejich děti navštěvují běžný typ mateřské školy ($N = 71$, $n_1 = 15$, tj. 21,1 %), 2 rodiče uvedli, že jejich děti dochází do MŠ logopedické ($N = 71$, $n_2 = 2$, tj. 2,8 %), 38 respondentů uvedlo základní školu běžného typu ($N = 71$, $n_3 = 38$, tj. 53,5 %), 13 respondentů ZŠ logopedickou ($N = 71$, $n_4 = 13$, tj. 18,3 %) a 3 odpovědi se týkaly jiného typu školního zařízení ($N = 71$, $n_5 = 3$, tj. 4,2 %). Je tedy zřejmé, že děti s orofaciálním rozštěpem navštěvují častěji školy běžného typu a to jak děti mateřských, základních, tak i středních škol. Zajímavé se jeví zjištění, jak závažnost orofaciálního rozštěpu ovlivňuje výběr typu školního zařízení (tabulka č. 7, graf č. 16).

| Typ školského zařízení | Běžná škola | | Logopedická škola | | CELKEM | |
|--|-------------|------------|-------------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 4 | 6,2 | 0 | 0,0 | 4 | 5,9 |
| Rozštěp sekundárního patra | 12 | 18,5 | 1 | 33,3 | 13 | 19,1 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 49 | 75,4 | 2 | 66,7 | 51 | 75,0 |
| Celkem | 65 | 100 | 3 | 100 | 68 | 100 |

Tab. č. 7 Jaký typ školního zařízení Vaše dítě navštěvuje?



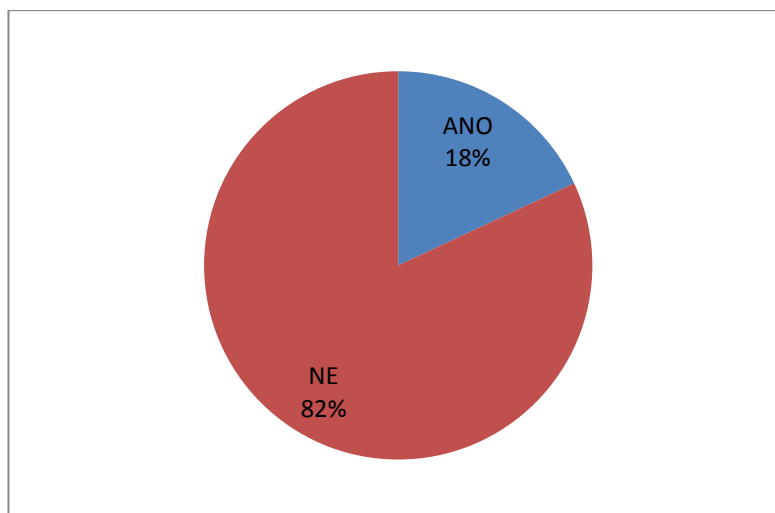
Graf. č. 16 Jaký typ školního zařízení Vaše dítě navštěvuje?

Z celkového počtu 68 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich 65 navštěvuje běžný typ školního zařízení. Z toho 6,2 % tvoří skupina rozštěp primárního patra (I. skupina), 18,5 % rozštěp sekundárního patra (II. skupina) a 75,4 % skupina současně primárního i sekundárního patra (III. skupina). 3 respondenti odpověděli, že jejich dítě nenavštěvuje běžný typ školního zařízení. Z toho první skupinu tvoří žádné odpovědi, druhá zahrnuje 33,3 % odpovědí a třetí 66,7 % odpovědí.

Z těchto výsledků tedy vyplývá závěr, že závažnost orofaciálního rozštěpu nemá vliv na výběr typu školního zařízení.

5. *Byla skutečnost, že má Vaše dítě vrozenou vývojovou vadu rozhodujícím faktorem k výběru typu školního zařízení?*

Pátá položka je uzavřená, dichotomická. Zjišťuje vztah, zda rodiče ovlivňuje skutečnost orofaciálního rozštěpu jejich dítěte k výběru typu školy.

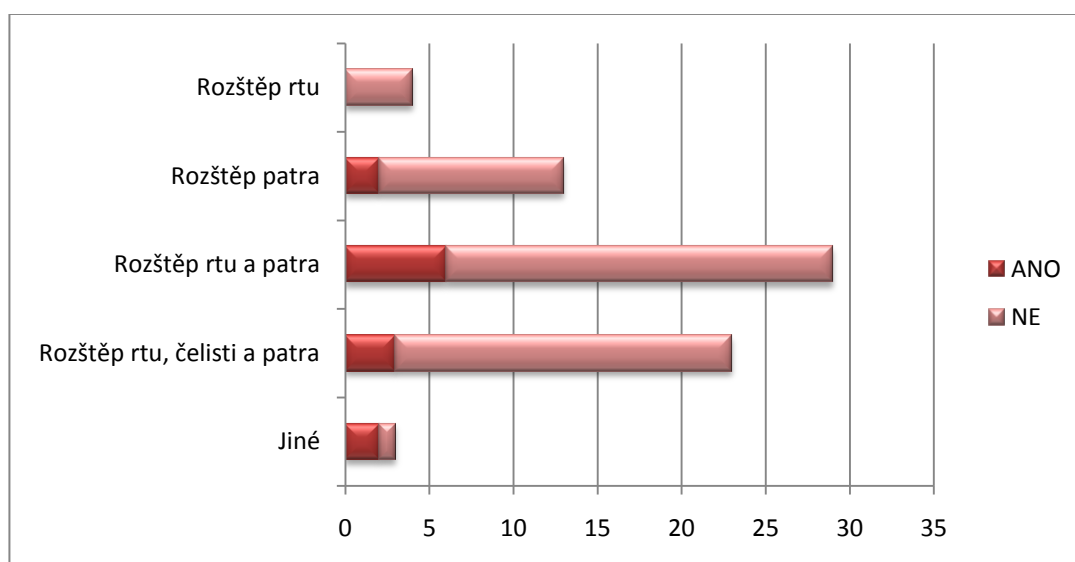


Graf. č. 17 Procentuální rozložení vlivu orofaciálního rozštěpu na výběr typu školy

Na položku, zda je rozštěpová vada důvodem k výběru typu školy odpovědělo z celkového počtu 72 rodičů 13 odpověď ano (N = 72, n₁ = 13, tj. 18,1 %) a 59 odpověď ne (N = 72, n₂ = 59, tj. 81,9 %). Graf č. 17 velice jasně znázorňuje, že rodiče neovlivňuje postižení jejich dětí ve výběru typu školy. Skutečnost, zda je pro rodiče typ orofaciálního rozštěpu jejich dětí rozhodujícím faktorem k výběru školy, je znázorněna v tabulce č. 8 a grafu č. 18.

| Vliv OFR na výběr typu školy | ANO | | NE | |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Typ OFR | n | % | n | % |
| Rozštěp rtu | 0 | 0,0 | 4 | 6,8 |
| Rozštěp patra | 2 | 15,4 | 11 | 18,6 |
| Rozštěp rtu a patra | 6 | 46,2 | 23 | 39,0 |
| Rozštěp rtu, patra a čelistí | 3 | 23,1 | 20 | 33,9 |
| Jiné | 2 | 15,4 | 1 | 1,7 |
| Celkem | 13 | 18,1 | 59 | 82,0 |

Tab. č. 8 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na výběr typu školního zařízení

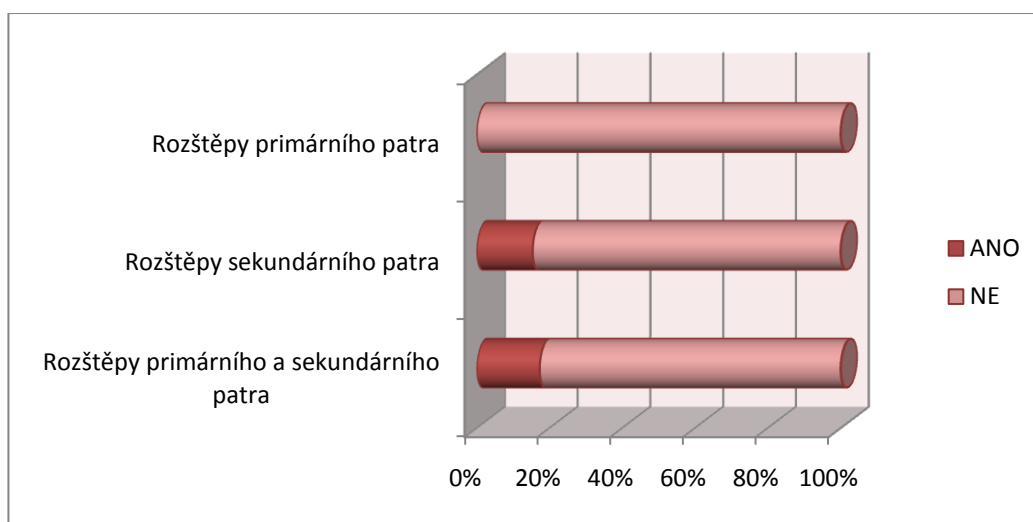


Graf č. 18 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na výběr typu školního zařízení

Tabulka č. 8 a graf č. 18 znázorňují, že typ orofaciálního rozštěpu nemusí mít vliv na výběr typu školního zařízení. Skutečnost, jak se pohybuje závislost mezi závažností orofaciálního rozštěpu a výběru typu školního zařízení, si můžeme prohlédnout v tabulce č. 9 grafu č. 19.

| Typ školního zařízení | Škola běžného typu | | Logopedická škola | | CELKEM | |
|---|--------------------|------------|-------------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 4 | 6,9 | 4 | 5,8 |
| Rozštěp sekundárního patra | 2 | 18,2 | 11 | 19,0 | 13 | 18,8 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 9 | 81,8 | 43 | 74,1 | 52 | 75,4 |
| Celkem | 11 | 100 | 58 | 100 | 69 | 100 |

Tab. č. 9 Byla skutečnost, že má Vaše dítě vrozenou vývojovou vadu rozhodujícím faktorem k výběru typu školního zařízení?



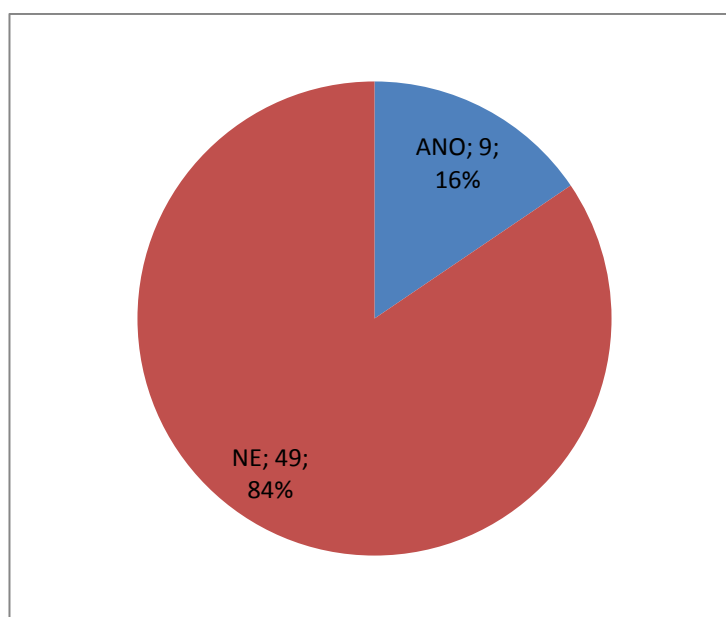
Graf č. 19 Byla skutečnost, že má Vaše dítě vrozenou vývojovou vadu rozhodujícím faktorem k výběru typu školního zařízení?

Z celkového počtu 69 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich 11 odpovědělo, že orofaciální rozštěp je důvodem k výběru typu školního zařízení. Z toho se žádná odpověď neobjevila u skupiny rozštěp primárního patra (I. skupina), 18,2 % odpovědí se vyskytly u skupiny rozštěp sekundárního patra (II. skupina) a 81,8 % byla četnost odpovědí u skupiny rozštěp současně primárního i sekundárního patra (III. skupina). 58 rodičů odpovědělo, že vrozená vývojová vada jejich dětí není důvodem k výběru typu školního zařízení. První skupinu tvoří 6,9 % odpovědí, druhou 19,0 % odpovědí a třetí skupina zahrnuje 74,1 % odpovědí.

Z uvedeného vyplývá, že se stoupající závažností orofaciálního rozštěpu, se zvyšuje počet respondentů, kteří uvedli, že uvedené postižení může být důvodem k výběru typu školního zařízení.

6. Když Vaše dítě nastoupilo do předškolního/školního zařízení, byla rozštěpová vada důvodem k tomu, že bylo dítě vystaveno výsměchu?

Tato položka je opět uzavřená, dichotomická s možnou odpovědí ano/ne. Cílem bylo zjistit, zda může být orofaciální rozštěp příčinou výsměchu ze strany vrstevníků. Samozřejmě je třeba brát v potaz tu skutečnost, že na tuto položku odpovídali rodiče dětí s rozštěpem. Proto musíme brát v úvahu fakt, že se někteří rodiče ostýchali, či se obávali uvést reálnou skutečnost.



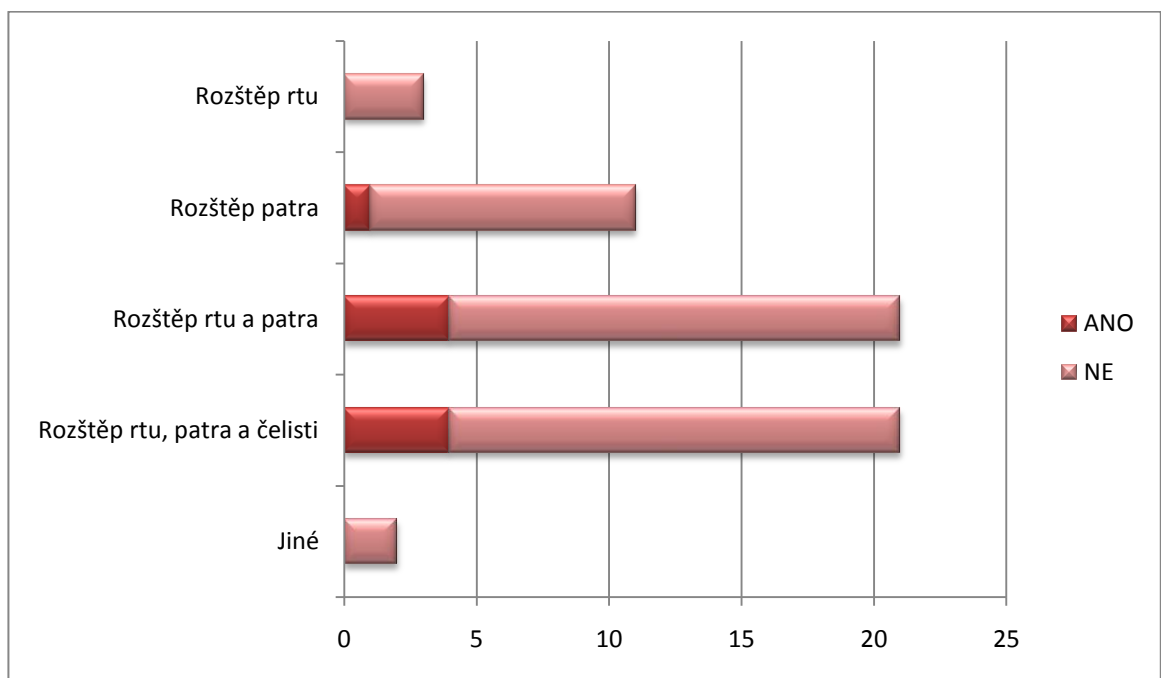
Graf č. 20 Výskyt výsměchu ze strany vrstevníků v případě nástupu dítěte do školního zařízení

Na položku, zda je rozštěpová vada důvodem k tomu, že je dítě vystaveno výsměchu odpovědělo z celkového počtu 58 rodičů 9 odpověď ano ($N = 58$, $n_1 = 9$, tj. 15,5 %) a 49 odpověď ne ($N = 58$, $n_2 = 49$, tj. 84,5 %). Vysoký počet negativních odpovědí na výše zmíněnou otázku můžeme dle našeho názoru přičíst vysoké kvalitě lékařské péče, kdy viditelný defekt v oblasti obličeje bývá velmi málo patrný. Samozřejmě závisí také na typu orofaciálního rozštěpu.

Závislost na typu orofaciálního rozštěpu a možném výsměchu ze strany vrstevníků si můžeme prohlédnout v tabulce č. 10 a grafu č. 21.

| Výsměch ze strany vrstevníků | ANO | | NE | |
|------------------------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| Typ OFR | n | % | n | % |
| Rozštěp rtu | 0 | 0,0 | 3 | 6,1 |
| Rozštěp patra | 1 | 11,1 | 10 | 20,4 |
| Rozštěp rtu a patra | 4 | 44,4 | 17 | 34,7 |
| Rozštěp rtu, patra a čelisti | 4 | 44,4 | 17 | 34,7 |
| Jiné | 0 | 0,0 | 2 | 4,1 |
| Celkem | 9 | 15,5 | 49 | 84,5 |

Tab. č. 10 Závislost typu orofaciálního rozštěpu na možném výsměchu ze strany vrstevníků

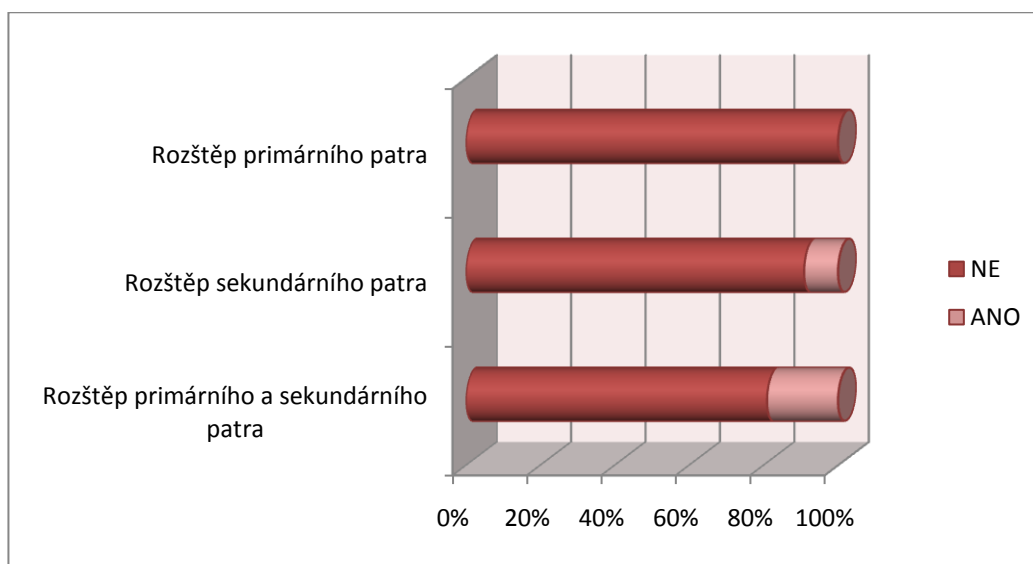


Graf č. 21 Závislost typu orofaciálního rozštěpu na možném výsměchu ze strany vrstevníků

Z tabulky č. 10 a grafu č. 21 je zřetelné, že typ orofaciálního rozštěpu výrazným způsobem neovlivňuje skutečnost, že by se tyto jedinci stali v negativním slova smyslu objektem zájmu ze strany vrstevníků či kamarádů. Pro přehlednost uvádíme také tabulku č. 11 a graf č. 22, kde si můžeme prohlédnout, jak a zda se mění vztah mezi závažností orofaciálního rozštěpu a možným výsměchu ze strany kamarádů.

| Výsměch při nástupu do školního zařízení | ANO | | NE | | CELKEM | |
|--|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 3 | 6,4 | 3 | 5,4 |
| Rozštěp sekundárního patra | 1 | 11,1 | 10 | 21,3 | 11 | 19,6 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 8 | 88,9 | 34 | 72,3 | 42 | 75,0 |
| Celkem | 9 | 100 | 47 | 100 | 56 | 100 |

Tab. č. 11 Když Vaše dítě nastoupilo do předškolního/školního zařízení, byla rozštěpová vada důvodem k tomu, že bylo dítě vystaveno výsměchu?



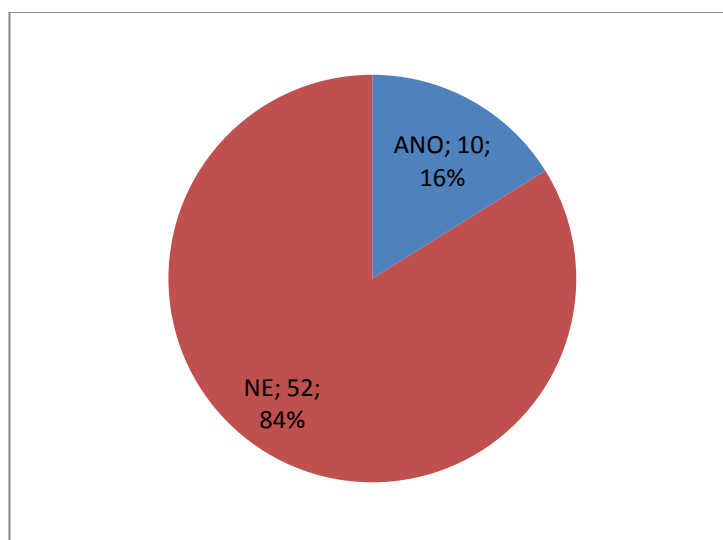
Graf č. 22 Když Vaše dítě nastoupilo do předškolního/školního zařízení, byla rozštěpová vada důvodem k tomu, že bylo dítě vystaveno výsměchu?

Z celkového počtu 56 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich 9 odpovědělo, že orofaciální rozštěp je důvodem k tomu, že je jejich dítě vystaveno výsměchu. Z toho se žádná odpověď neobjevila u skupiny rozštěp primárního patra (I. skupina), 11,1 % odpovědí se vyskytly u skupiny rozštěp sekundárního patra (II. skupina) a 88,9 % byla četnost odpovědí u skupiny rozštěp současně primárního i sekundárního patra (III. skupina). 47 odpovědí bylo zaznamenáno u respondentů, kteří tvrdili, že vrozená vývojová vada jejich dětí není důvodem k tomu, že by jejich dítě bylo vystaveno výsměchu. Z tohoto počtu (47) tvoří první skupinu 6,4 % odpovědí, druhou 21,3 % odpovědí a třetí skupina zahrnuje 72,3 % odpovědí.

U rozštěpů, kde je zasaženo i sekundární patro, můžeme předpokládat velofaryngální insuficienci a s ní související narušenou komunikační schopnost. Odlišný mluvní projev může být příčinou negativních projevů (výsměchu) na osobnost dítěte s rozštěpem. Na druhou stranu může nepřítomnost viditelného defektu v oblasti obličeje mít vliv na nižší negativní reakce ze strany kamarádů (tab. č. 11, graf č. 22).

7. Myslíte si, že rozštěpová vada ovlivňuje navazování kamarádských vztahů Vašeho dítěte?

Tato položka je stejného typu jako položky předchozí. Čili uzavřená, dichotomická. Zjišťuje další možné psychosociální obtíže a to kamarádské vztahy dítěte. Skutečnost, zda má rozštěp v oblasti obličeje vliv na navazování kamarádských vztahů.

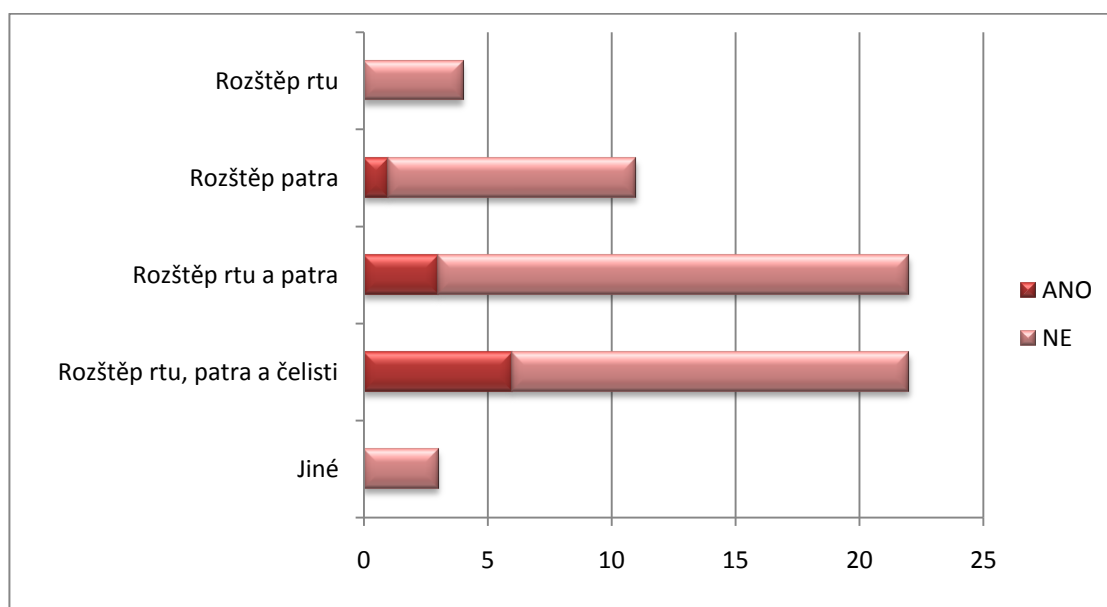


Graf. č. 23 Vliv orofaciálního rozštěpu na navazování kamarádských vztahů

Na položku č. 7 odpovídali rodiče takto (graf č. 23). Z celkového počtu 62 rodičů, jich 10 uvádí odpověď ano ($N = 62$, $n_1 = 10$, tj. 16,1 %) a 52 odpověď ne ($N = 62$, $n_2 = 52$, tj. 83,9 %). Z grafu č. 23 je tedy patrné, že 83,9 % rodičů dětí s orofaciálním rozštěpem odpovědělo záporně na uvedenou otázku. Myslí si tedy, že rozštěpová vada nemá vliv na navazování kamarádských vztahů jejich dítěte.

| Vliv rozštěpu na navazování kamarádských vztahů | ANO | | NE | |
|---|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Typ OFR | n | % | n | % |
| Rozštěp rtu | 0 | 0,0 | 4 | 7,7 |
| Rozštěp patra | 1 | 10,0 | 10 | 19,2 |
| Rozštěp rtu a patra | 3 | 30,0 | 19 | 36,5 |
| Rozštěp rtu, patra a čelisti | 6 | 60,0 | 16 | 30,8 |
| Jiné | 0 | 0,0 | 3 | 5,8 |
| Celkem | 10 | 16,1 | 52 | 83,9 |

Tab. č. 12 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na navazování kamarádských vztahů



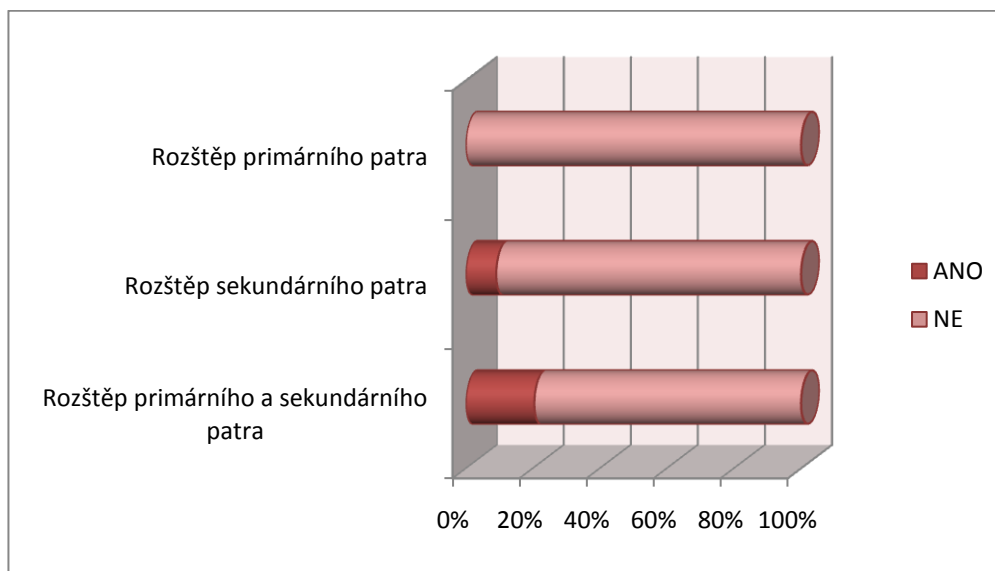
Graf. č. 24 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na navazování kamarádských vztahů

Z tabulky č. 12 a grafu č. 24 nevyplývá výrazný vliv orofaciálního rozštěpu na navazování kamarádských vztahů. Můžeme si ale všimnout rostoucí tendence odpovědi *ano* (na položku, zda orofaciální rozštěp ovlivňuje navazování kamarádských vztahů) s růstem závažnosti orofaciálního rozštěpu.

Jak se tento vztah vyvíjí podle klasifikace rozštěpů dle Kernahana a Starka (in Kerekrétiová, 2000) si můžeme prohlédnout v tabulce č. 13 a v grafu č. 25.

| Vliv rozštěpu na navazování kamarádských vztahů | ANO | | NE | | CELKEM | |
|---|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 4 | 8,2 | 4 | 6,8 |
| Rozštěp sekundárního patra | 1 | 10,0 | 10 | 20,4 | 11 | 18,6 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 9 | 90,0 | 35 | 71,4 | 44 | 74,6 |
| Celkem | 10 | 100 | 49 | 100 | 59 | 100 |

Tab. č. 13 Myslíte si, že rozštěpová vada ovlivňuje navazování kamarádských vztahů Vašeho dítěte?



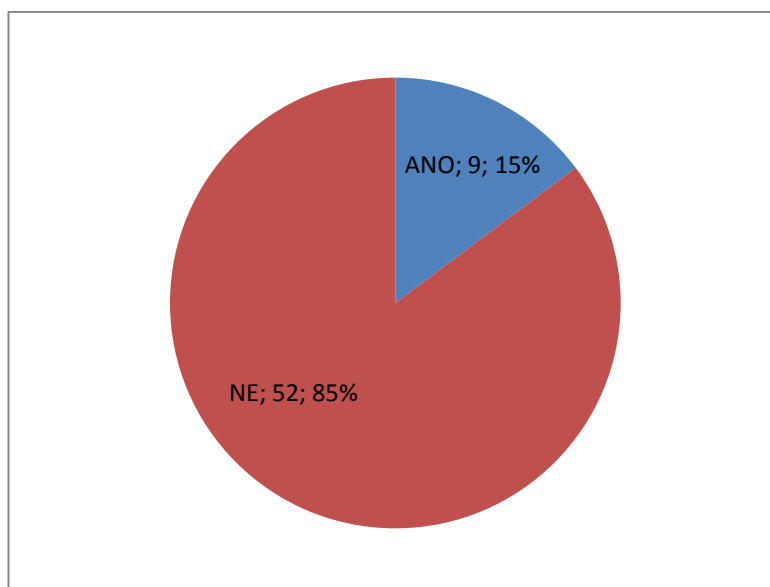
Graf č. 25 Myslíte si, že rozštěpová vada ovlivňuje navazování kamarádských vztahů Vašeho dítěte?

Z tabulky č. 13 a grafu č. 25 je patrné, že z celkového počtu 59 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich 10 odpovědělo, že orofaciální rozštěp ovlivňuje navazování kamarádských vztahů jejich dítěte. Z toho se žádná odpověď neobjevila u skupiny rozštěp primárního patra (I. skupina), 10,0 % odpovědí se vyskytly u skupiny rozštěp sekundárního patra (II. skupina) a 90,0 % byla četnost odpovědí u skupiny rozštěp současně primárního i sekundárního patra (III. skupina). 49 respondentů odpovědělo negativně na výše zmíněnou položku. První skupinu z tohoto počtu (49) tvoří 8,2 % odpovědí, druhou 20,4 % odpovědí a třetí skupina zahrnuje 71,4 % odpovědí.

Rostoucí odpovědí *ano*, na otázku zda rozštěpová vada ovlivňuje navazování kamarádských vztahů, můžeme sledovat se zvyšující se závažností orofaciálního rozštěpu.

8. *Myslíte si, že rozštěpová vada může ovlivnit výběr zájmové činnosti Vašeho dítěte?*

Tato položka je stejného typu jako položky předchozí. Zjišťuje tu skutečnost, zda orofaciální rozštěp může mít vliv na výběr zájmové činnosti dětí.



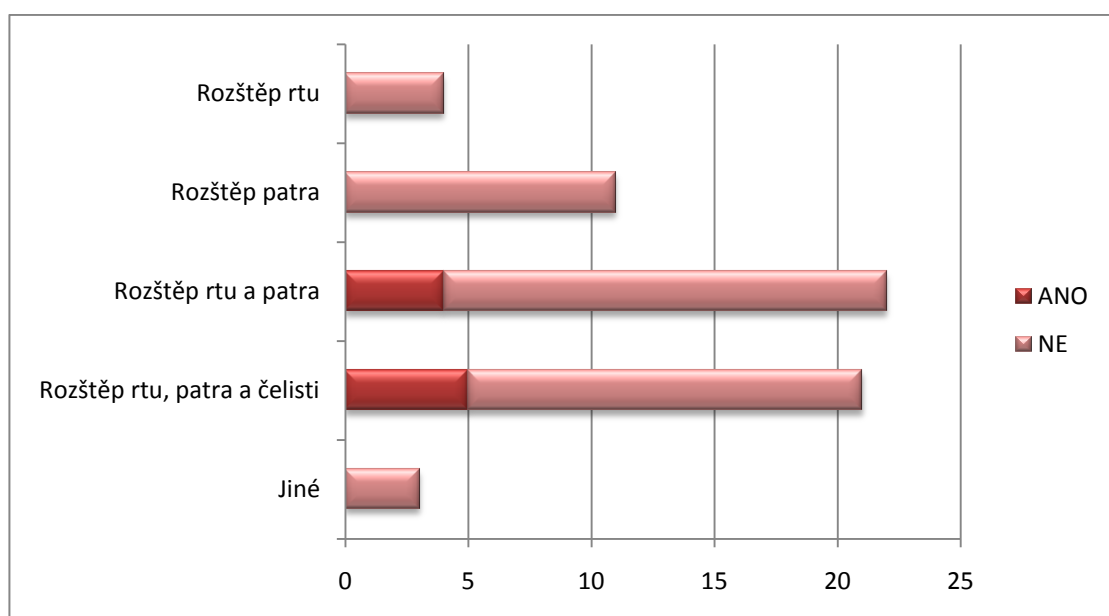
Graf č. 26 Vliv orofaciálního rozštěpu na výběr zájmové činnosti dítěte

Z celkového počtu 61 rodičů, kteří odpověděli na tuto položku, jich 9 uvádí odpověď *ano* ($N = 61$, $n_1 = 9$, tj. 14,8 %) a 52 odpověď *ne* ($N = 61$, $n_2 = 52$, tj. 85,2 %). Z grafu č. 26 je tedy patrné, že 85,2 % rodičů dětí s orofaciálním rozštěpem odpovědělo záporně na uvedenou otázku, tedy že je orofaciální rozštěp jejich dětí neovlivňuje ve výběru zájmové činnosti.

Zajímavé bylo sledovat skutečnost, zda má typ orofaciálního rozštěpu vliv na výběr zájmové činnosti rodičů dětí s rozštěpem v oblasti obličeje (tabulka č. 14, graf č. 27).

| Vliv rozštěpu na výběr zájmové činnosti | ANO | | NE | |
|--|----------|-------------|-----------|-------------|
| Typ OFR | n | % | n | % |
| Rozštěp rtu | 0 | 0,0 | 4 | 7,7 |
| Rozštěp patra | 0 | 0,0 | 11 | 21,2 |
| Rozštěp rtu a patra | 4 | 44,4 | 18 | 34,6 |
| Rozštěp rtu, patra a čelisti | 5 | 55,6 | 16 | 30,8 |
| Jiné | 0 | 0,0 | 3 | 5,8 |
| Celkem | 9 | 14,8 | 52 | 85,2 |

Tab. č. 14 Vliv závažnosti obličejového rozštěpu na výběr zájmové činnosti



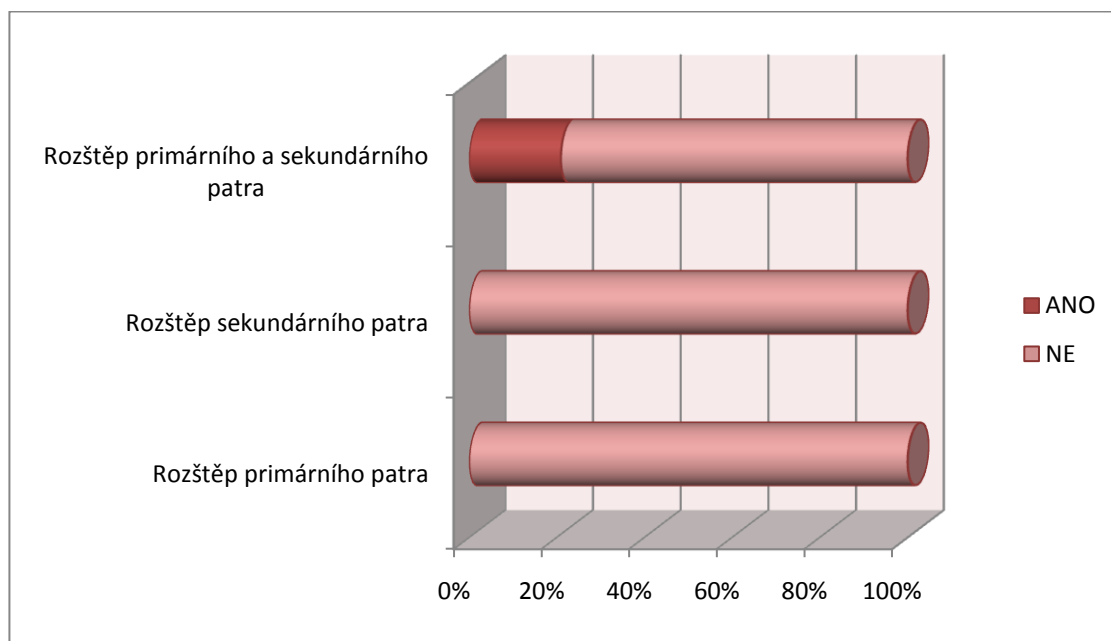
Graf č. 27 Vliv závažnosti obličejového rozštěpu na výběr zájmové činnosti

Z tabulky č. 14 a grafu č. 27 je patrné, že odpověď *ano, myslím si, že rozštěpová vada může ovlivnit výběr zájmové činnosti mého dítěte*, uvedli nejčastěji rodiče dětí s rozštěpem rtu a patra (44,4 %) a s rozštěpem rtu, patra a čelisti (55,6 %) ze všech kladných odpovědí na tuto otázku u všech typů rozštěpu.

Zda se odpovědi na tuto položku lišily vzhledem k závažnosti orofaciálního rozštěpu, si můžeme prohlédnout v tabulce č. 15 a grafu č. 28.

| Vliv rozštěpu na výběr zájmové činnosti | ANO | | NE | | CELKEM | |
|---|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 4 | 8,2 | 4 | 6,9 |
| Rozštěp sekundárního patra | 0 | 0,0 | 11 | 22,4 | 11 | 19,0 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 9 | 100,0 | 34 | 69,4 | 43 | 74,1 |
| Celkem | 9 | 100 | 49 | 100 | 58 | 100 |

Tab. č. 15 Myslíte si, že rozštěpová vada může ovlivnit výběr zájmové činnosti Vašeho dítěte?



Graf č. 28 Myslíte si, že rozštěpová vada může ovlivnit výběr zájmové činnosti Vašeho dítěte?

Z celkového počtu 58 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, jich 9 odpovědělo, že rozštěpová vada může ovlivňovat výběr zájmové činnosti dětí. Z toho 100 % tvoří skupina rozštěpu současně primárního i sekundárního patra (III. skupina) u prvních dvou skupin se nevyskytla žádná odpověď.

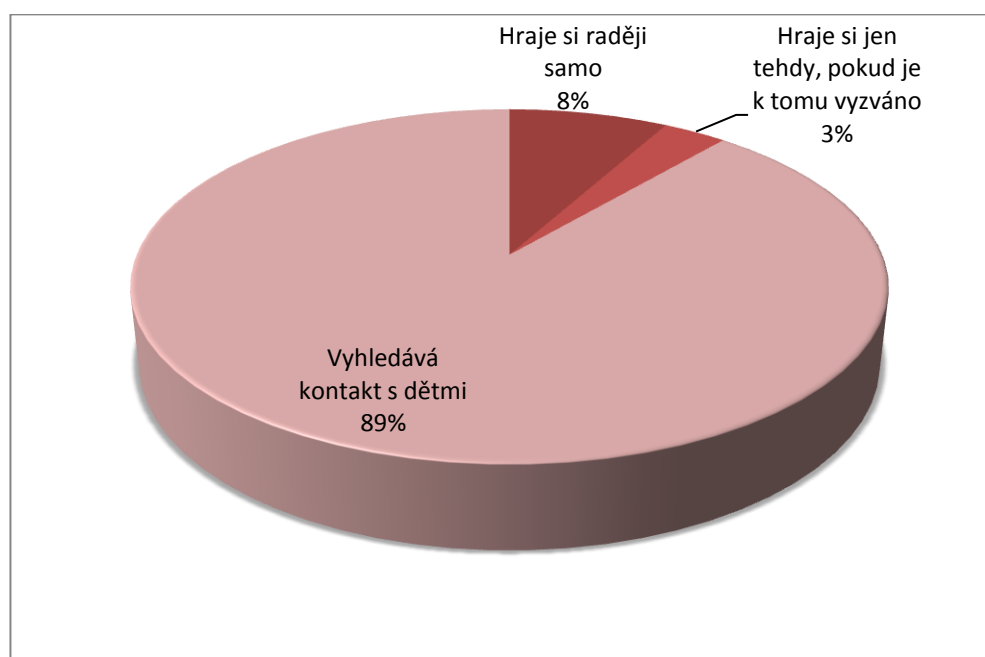
49 rodičů si nemyslí, že by rozštěpová vada jejich dětí měla mít vliv ve výběru zájmů. 8,2 % odpovědí z tohoto počtu (49), zahrnuje skupinu rozštěp primárního patra (I. skupina), 22,4 % spadá do kategorie rozštěp sekundárního patra (II. skupina) a třetí skupina zahrnuje 69,4 % odpovědí.

Nízký výskyt četnosti odpovědí *ano* na otázku, zda rozštěpová vada může ovlivnit výběr zájmové činnosti dětí, můžeme přičíst k široké komplexní péči o tyto jedince a s ní souvisejícím nižším výskytem psychosociálních obtíží. Nesmíme však opět zapomenout, že respondenty – tázanými, byli v tomto výzkumném šetření rodiče, kteří se mohou vyhnout objektivním odpovědím z různých důvodů, ať už kvůli zachování rodinného dekora, nebo z důvodu ochrany osobnosti dítěte či z jiných důvodů, mnohdy i nevědomých.

9. Vaše dítě:

- *nevyhledává kontakt s jinými dětmi, hraje si raději samo;*
- *nevyhledává kontakt s jinými dětmi, jen pokud je k tomu vyzváno;*
- *vyhledává kontakt s jinými dětmi.*

Tato položka je uzavřená, výběrová. Respondent má možnost vybrat si z nabízených odpovědí. Podstatou je zjištění povahových charakteristik dětí s obličejovým rozštěpem.



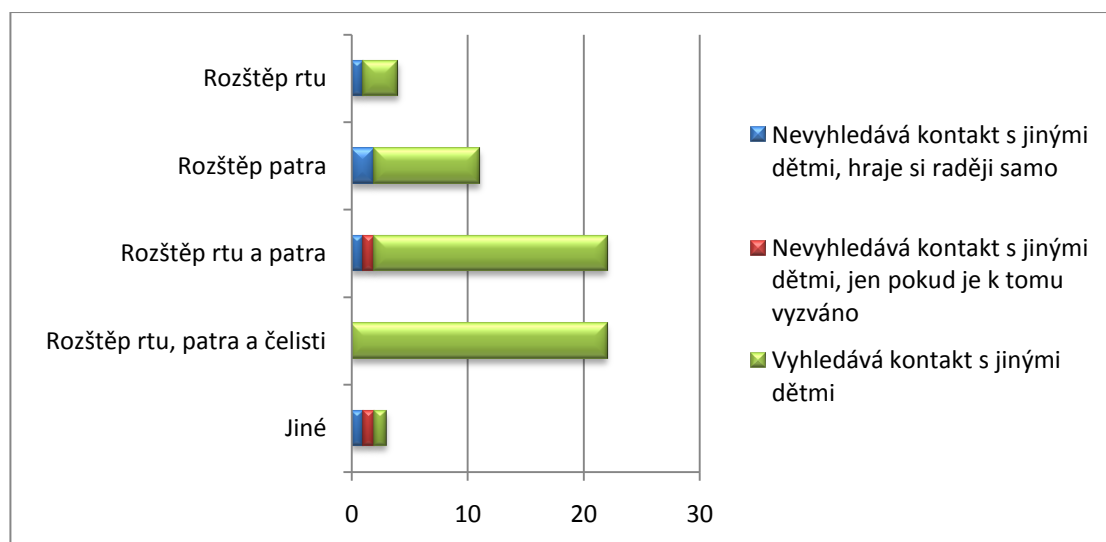
Graf. č. 29 Povahové charakteristiky dětí s obličejovým rozštěpem

Z celkového počtu 62 respondentů, kteří odpověděli na tuto položku, jich 5 označilo odpověď, že jejich dítě nevyhledává kontakt s jinými dětmi, že si raději hraje samo ($N = 62$, $n_1 = 5$, tj. 8,1 %), dvakrát se objevilo tvrzení o nevyhledávání kontaktu s jinými dětmi a pokud ano, tak pouze v případě, že je k tomu vyzváno ($N = 62$, $n_2 = 2$, tj. 3,2 %) a 55 rodičů v položce č. 9 označilo, že jejich děti vyhledávají kontakt s jinými dětmi ($N = 62$, $n_3 = 55$, tj. 88,7 %).

V grafu č. 29 tedy převažují odpovědi rodičů, že obličejový rozštěp jejich dětí není důvodem k omezení vyhledávání kontaktů s jinými dětmi. Tyto závěry jsou důkazem toho, že obličejový rozštěp nemusí být důvodem k nižší asertivnosti, či průbojnosti těchto jedinců. Jak je to s povahovými charakteristikami těchto dětí u jednotlivých typů rozštěpů si můžeme prohlédnout v tabulce č. 16 a grafu č. 30.

| Povahové charakteristiky dítěte | Nevyhledává kontakt s jinými dětmi, hraje si raději samo | | Nevyhledává kontakt s jinými dětmi, jen pokud je k tomu vyzváno | | Vyhledává kontakt s jinými dětmi | |
|---------------------------------|--|------------|---|------------|----------------------------------|-------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Typ OFR | | | | | | |
| Rozštěp rtu | 1 | 20,0 | 0 | 0,0 | 3 | 5,5 |
| Rozštěp patra | 2 | 40,0 | 0 | 0,0 | 9 | 16,4 |
| Rozštěp rtu a patra | 1 | 20,0 | 1 | 50,0 | 20 | 36,4 |
| Rozštěp rtu, patra a čelisti | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 22 | 40,0 |
| Jiné | 1 | 20,0 | 1 | 50,0 | 1 | 1,8 |
| Celkem | 5 | 8,1 | 2 | 3,2 | 55 | 88,7 |

Tabulka č. 16 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na povahové charakteristiky dítěte



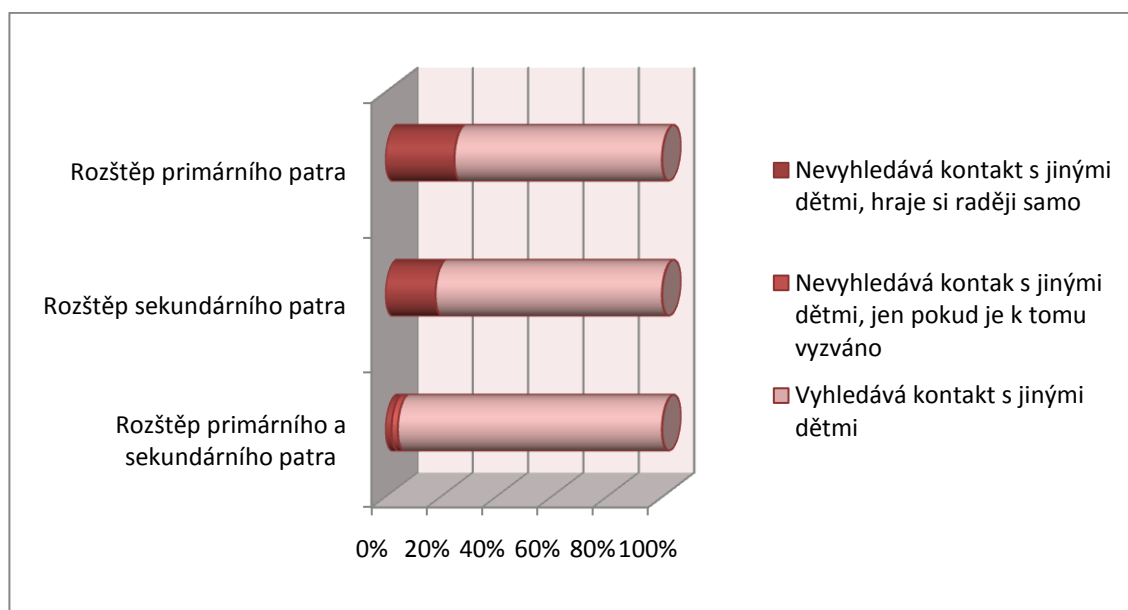
Graf č. 30 Vliv typu orofaciálního rozštěpu na povahové charakteristiky dítěte

Na tuto položku rodiče odpovídali zejména tak, že jejich děti vyhledávají kontakt s jinými dětmi. Druhou největší četnost měla odpověď „nevyhledává kontakt s jinými dětmi, hraje si raději samo“ a nejméně častou odpovědí bylo, že dítě samo nevyhledává kontakt s jinými dětmi, musí být k tomu vyzváno.

Procentuální rozložení odpovědí na tuto položku dle závažnosti orofaciálního rozštěpu je znázorněno v tabulce č. 17 a v grafu č. 31.

| Vaše dítě: | Nevyhledává kontakt s jinými dětmi, hraje si raději samo | | Nevyhledává kontakt s jinými dětmi, jen pokud je k tomu vyzváno | | Vyhledává kontakt s jinými dětmi | | Celkem | |
|--|--|------------|---|------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 1 | 25,0 | 0 | 0,0 | 3 | 5,6 | 4 | 6,8 |
| Rozštěp sekundárního patra | 2 | 50,0 | 0 | 0,0 | 9 | 16,7 | 11 | 18,6 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 1 | 25,0 | 1 | 100 | 42 | 77,8 | 44 | 74,6 |
| Celkem | 4 | 100 | 1 | 100 | 54 | 100 | 59 | 100 |

Tab. č. 17 Vyhledává Vaše dítě kontakt s jinými dětmi?



Graf č. 31 Vyhledává Vaše dítě kontakt s jinými dětmi?

Z celkového počtu 59 dětí s orofaciálním rozštěpem, jejichž rodiče odpověděli na tuto položku, byly označeny 4 odpovědi týkající se nevyhledávání kontaktu s jinými dětmi. Tento počet (4 četnosti odpovědí), je tvořen z 25 % skupinou rozštěp primárního patra (I. skupina) a také skupinou současně rozštěp primárního i sekundárního patra (III. skupina), 50 % tvoří skupina rozštěp sekundárního patra (II. skupina).

Možnost odpovědi *nevyhledává kontakt s jinými dětmi, jen pokud je k tomu vyzváno*, byla označena jen jednou a to u III. skupiny a třetí možnost odpovědi této výběrové položky – *vyhledává kontakt s jinými dětmi* byla vybrána celkem 54 krát. Z toho 5,6 % odpovědí tvoří I. skupina, 16,7 % tvoří II. skupina a konečně 77,8 % tvoří skupina III. tedy rozštěp současně primárního i sekundárního patra.

Z tab. č. 17 a grafu č. 31 je tedy zřejmé, že převažuje odpověď *vyhledává kontakt s jinými dětmi* u všech skupin orofaciálních rozštěpů.

6.8 Ověřování platnosti hypotéz

Stanovené hypotézy byly ověřovány pomocí Mann-Whitneyova U testu. Pro účely tohoto výzkumného šetření jsme si stanovili podmínku, že hypotéza bude přijata pouze tehdy, pokud budou jako statisticky významné prokázány všechny položky, jejichž pomocí bude ověřena. Položka je považována za statisticky významnou tehdy, pokud je vypočítaná hladina významnosti $p < 5 \%$.

Hypotéza H_{A1} : Závažnost rozštěpové vady souvisí s výskytem narušené komunikační schopnosti.

Hypotéza H_{01} : Závažnost rozštěpové vady nesouvisí s výskytem narušené komunikační schopnosti.

K ověření hypotézy H_{A1} bylo použito výsledků položek č. 6 a 7.

V položce č. 6 jsme zjišťovali, zda má dítě dle tvrzení rodičů problémy s výslovností některých hlásek. Výsledky si můžeme připomenout v tabulce č. 18.

| Potíže s výslovností | ANO | | NE | | CELKEM | |
|---|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 1 | 5,0 | 4 | 9,8 | 5 | 8,2 |
| Rozštěp sekundárního patra | 3 | 15,0 | 9 | 22,0 | 12 | 19,7 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 16 | 80,0 | 28 | 68,3 | 44 | 72,1 |
| Celkem | 20 | 100 | 41 | 100 | 61 | 100 |

Tab. č. 18 Má Vaše dítě problémy s výslovností některých hlásek?

Použitím Mann-Whitneyova U testu byla vypočtena hladina významnosti $p = 0,332848$, která je v porovnání se zvolenou hladinou významnosti vyšší než 0,05000. Proto výsledky této položky chápeme jako statisticky nevýznamné.

V položce č. 7 jsme se ptali rodičů, zda má jejich dítě zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště. Výsledky můžeme vidět v tabulce č. 19.

| Zajištění logopedické péče | ANO | | NE | | CELKEM | |
|---|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 5 | 10,9 | 0 | 0,0 | 5 | 8,2 |
| Rozštěp sekundárního patra | 5 | 10,9 | 5 | 33,3 | 10 | 16,4 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 36 | 78,3 | 10 | 66,7 | 46 | 75,4 |
| Celkem | 46 | 100 | 15 | 100 | 61 | 100 |

Tab. č. 19 Má Vaše dítě zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště?

Hladina významnosti v položce č. 7 představovala hodnotu $p = 0,540536$. Což je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05000. Proto konstatujeme, že výsledky položky č. 7 nejsou statisticky významné.

Jelikož jsme v úvodu poukazovali na to, že hypotéza bude za statisticky významnou považována pouze tehdy, budou-li statisticky významné všechny položky, pomocí kterých byla ověřována, musíme zde hypotézu alternativní H_{A2} zamítnout a přijmout hypotézu nulovou H_{02} . Závažnost rozštěpové vady **nesouvisí** s výskytem narušené komunikační schopnosti, hypotéza H_1 byla zamítnuta.

Hypotéza H_{A2} : Závažnost orofaciálního rozštěpu souvisí s výběrem typu školního zařízení.

Hypotéza H_{02} : Závažnost orofaciálního rozštěpu nesouvisí s výběrem typu školního zařízení.

Hypotéza H_2 byla ověřována výsledky položek č. 9 a 10.

Položka č. 9 zjišťovala, zda existuje závislost mezi závažností rozštěpové vady a typem školního zařízení. Její výsledky si můžeme prohlédnout v tabulce č. 20.

| Typ školního zařízení | Běžná škola | | Logopedická škola | | CELKEM | |
|---|-------------|------------|-------------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 4 | 6,2 | 0 | 0,0 | 4 | 5,9 |
| Rozštěp sekundárního patra | 12 | 18,5 | 1 | 33,3 | 13 | 19,1 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 49 | 75,4 | 2 | 66,7 | 51 | 75,0 |
| Celkem | 65 | 100 | 3 | 100 | 68 | 100 |

Tab. č. 20 Jaký typ školního zařízení Vaše dítě navštěvuje?

U této položky byla zjištěna hladina významnosti $p = 0,797275$, což je při porovnávání hladině významnosti 5 %, vyšší hodnota. Položku č. 9 tak tedy nemůžeme chápat jako statisticky významnou.

Další položkou, kterou použijeme pro ověření hypotézy H_{A2} , je otázka č. 10, která se táže, zda je vrozená vývojová vada dítěte rozhodujícím faktorem k výběru typu školního zařízení. Její výsledky můžeme vidět v tabulce č. 21.

| Typ školního zařízení | Škola běžného typu | | Logopedická škola | | CELKEM | |
|---|--------------------|------------|-------------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 4 | 6,9 | 4 | 5,8 |
| Rozštěp sekundárního patra | 2 | 18,2 | 11 | 19,0 | 13 | 18,8 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 9 | 81,8 | 43 | 74,1 | 52 | 75,4 |
| Celkem | 11 | 100 | 58 | 100 | 69 | 100 |

Tab. č. 21 Byla skutečnost, že má Vaše dítě vrozenou vývojovou vadu rozhodujícím faktorem k výběru typu školního zařízení?

V této položce byla vypočtená hodnota $p = 0,534340 > 0,05000$. Musíme zde opět zamítnout hypotézu H_{A2} a přijmout hypotézu nulovou H_{02} . Závažnost orofaciálního rozštěpu **nesouvisí** s výběrem typu školního zařízení, hypotéza H_2 byla zamítnuta.

Hypotéza H_{A3}: Závažnost rozštěpové vady souvisí s výskytem psychosociálních obtíží.

Hypotéza H₀₃: Závažnost rozštěpové vady nesouvisí s výskytem psychosociálních obtíží.

K ověření hypotézy H_{A3} jsme použili výsledků položek č. 8, 11, 12, 13 a 14.

Položka č. 8 zjišťovala, zda má dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi. Na její výsledky se můžeme podívat v tabulce č. 22.

| Potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi | ANO | | NE | | CELKEM | |
|--|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 1 | 12,5 | 4 | 6,8 | 5 | 7,5 |
| Rozštěp sekundárního patra | 0 | 0,0 | 11 | 18,6 | 11 | 16,4 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 7 | 87,5 | 44 | 74,6 | 51 | 76,1 |
| Celkem | 8 | 100 | 59 | 100 | 67 | 100 |

Tab. č. 22 Má Vaše dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s jinými dětmi?

V této položce byla vypočtená hodnota $p = 0,516132 > 0,05000$. Tato položka tedy nebyla prokázána statisticky významnou.

Položka č. 11 se pak tázala, zda dle mínění rodičů byla rozštěpová vada při nástupu do školního zařízení důvodem k výsměchu. Její výsledky můžeme vidět v tabulce č. 23.

| Výsměch při nástupu do školního zařízení | ANO | | NE | | CELKEM | |
|--|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 3 | 6,4 | 3 | 5,4 |
| Rozštěp sekundárního patra | 1 | 11,1 | 10 | 21,3 | 11 | 19,6 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 8 | 88,9 | 34 | 72,3 | 42 | 75,0 |
| Celkem | 9 | 100 | 47 | 100 | 56 | 100 |

Tab. č. 23 Když Vaše dítě nastoupilo do předškolního/školního zařízení, byla rozštěpová vada důvodem k tomu, že bylo dítě vystaveno výsměchu?

Hladina významnosti byla v položce č. 11 vypočítána jako $p = 0,281033$, což je vyšší, než zvolená hladina významnosti 0,05000. Ani výsledky položky č. 11 tedy nejsou statisticky významné.

Další položkou, jejíž významnost jsme ověřovali, byla položka č. 12. Ta zjišťovala, zda rozštěpová vada ovlivňuje navazování kamarádských vztahů dítěte (viz tab. č. 24).

| Vliv rozštěpu na navazování kamarádských vztahů | ANO | | NE | | CELKEM | |
|---|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 4 | 8,2 | 4 | 6,8 |
| Rozštěp sekundárního patra | 1 | 10,0 | 10 | 20,4 | 11 | 18,6 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 9 | 90,0 | 35 | 71,4 | 44 | 74,6 |
| Celkem | 10 | 100 | 49 | 100 | 59 | 100 |

Tab. č. 24 Myslíte si, že rozštěpová vada ovlivňuje navazování kamarádských vztahů Vašeho dítěte?

V této položce byla vypočtená hodnota $p = 0,207098 > 0,05000$, proto musíme konstatovat, že ani výsledky této položky nejsou statisticky významné.

Další ověřovanou položkou je položka č. 13, která zjišťovala, zda si rodiče myslí, že rozštěpová vada může ovlivnit výběr zájmové činnosti jejich dětí. S výsledky se můžeme seznámit z tabulky č. 25.

| Vliv rozštěpu na výběr zájmové činnosti | ANO | | NE | | CELKEM | |
|---|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | N | % |
| Závažnost OFR | | | | | | |
| Rozštěp primárního patra | 0 | 0,0 | 4 | 8,2 | 4 | 6,9 |
| Rozštěp sekundárního patra | 0 | 0,0 | 11 | 22,4 | 11 | 19,0 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 9 | 100,0 | 34 | 69,4 | 43 | 74,1 |
| Celkem | 9 | 100 | 49 | 100 | 58 | 100 |

Tab. č. 25 Myslíte si, že rozštěpová vada může ovlivnit výběr zájmové činnosti Vašeho dítěte?

Hladina významnosti byla v položce č. 13 vypočítána jako $p = 0,058171$, což je vyšší, než zvolená hladina významnosti 0,05000. Z tohoto důvodu musíme tuto položku znovu prohlásit za statisticky nevýznamnou.

Poslední položkou, která nám slouží k ověření platnosti hypotézy H_{A3} je položka č. 14. Zde jsme zjišťovali, zda dítě respondentů vyhledává kontakt s jinými dětmi, nebo si hraje raději samo. Výsledky můžeme vidět v níže uvedené tabulce (č. 26).

| Vaše dítě: | Nevyhledává kontakt s jinými dětmi, hraje si raději samo | | Nevyhledává kontakt s jinými dětmi, jen pokud je k tomu vyzváno | | Vyhledává kontakt s jinými dětmi | | Celkem | |
|---|--|------------|---|------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Rozštěp primárního patra | 1 | 25,0 | 0 | 0,0 | 3 | 5,6 | 4 | 6,8 |
| Rozštěp sekundárního patra | 2 | 50,0 | 0 | 0,0 | 9 | 16,7 | 11 | 18,6 |
| Rozštěp primárního a sekundárního patra | 1 | 25,0 | 1 | 100 | 42 | 77,8 | 44 | 74,6 |
| Celkem | 4 | 100 | 1 | 100 | 54 | 100 | 59 | 100 |

Tab. č. 26 Vyhledává Vaše dítě kontakt s jinými dětmi?

V této položce byla vypočtená hodnota $p = 0,018979 < 0,05000$. Tato skutečnost může být ovlivněna tím, že jsme při výpočtech nebrali v potaz skupinu: *nevyhledává kontakt s jinými dětmi, jen pokud je k tomu vyzváno*. V této kategorii totiž nebylo možné použít Mann-Whitneyova U testu vzhledem k nízkému počtu respondentů. Tato položka tedy může být považována za statisticky významnou, ale s ohledem na výše zmíněnou skutečnost.

Celkově tedy musíme hypotéze H_{A3} zamítnout, neboť téměř u všech položek (č. 8, 11, 12 a 13) bylo zjištěno, že nejsou statisticky významné. Závažnost rozštěpové vady **nesouvisí** s výskytem psychických obtíží, hypotéza H_3 byla zamítnuta.

6.9 Shrnutí výsledků a diskuse

Položky č. 6 – 7 zjišťovaly, zda je pro dítě nutná logopedická intervence. Konkrétně jsme se tázali na skutečnost, zda má dítě problémy s výslovností některých hlásek a zdá má zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště.

Na položku č. 6 respondenti odpovídali, že jejich dítě má potíže s výslovností některých hlásek v 5 % v případě rozštěpu primárního patra, v 15 % v případě rozštěpu sekundárního patra a v 80 % v případě rozštěpu primárního i sekundárního patra.

Z položky zjišťující zda má dítě zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště jsme zjistili, že nejčastěji mají zajištěného logopeda jedinci s rozštěpem primárního i sekundárního patra (78,3 %) a ostatní dvě skupiny (rozštěp primárního patra, rozštěp sekundárního patra), jsou v péči logopeda ve stejné četnosti, tedy v 10,9 %.

V dalších položkách jsme se zaměřili na skutečnost, zda má závažnost orofaciálního rozštěpu vliv na výběr typu školního zařízení. V položce č. 9 jsme zjišťovali, jaký typ školy

dítě navštěvuje. Zjistili jsme, že 33,3 % jedinců s rozštěpem sekundárního patra navštěvuje logopedickou školu, 66,7 % respondentů skupiny rozštěp současně primárního i sekundárního patra odpovědělo, že jejich děti také navštěvují tento typ školy a u skupiny rozštěp primárního patra se neobjevila žádná odpověď.

Dále jsme v položce č. 10 zjišťovali, zda je orofaciální rozštěp kritériem ve výběru typu školního zařízení. Odpověď *ano*, se neobjevila u skupiny rozštěpy primárního patra v žádném případě. U skupiny rozštěpy sekundárního patra se četnost odpovědí objevila v 18,2 % a u poslední skupiny tedy rozštěpy primárního i sekundárního patra v 81,8 %. Tím se nám může zdát, že se potvrdil základní předpoklad, že výskyt dětí navštěvujících logopedickou školu stoupá v závislosti na závažnosti rozštěpové vady. Ve skutečnosti je ale tento výsledek ovlivněn nízkým počtem respondentů spadajících do prvních dvou skupin.

Dalším zkoumaným jevem byl výskyt psychosociálních obtíží v souvislosti s orofaciálním rozštěpem. Konkrétně jsme zkoumali skutečnost, zda má dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi, zda je díky této vrozené vývojové vadě vystaveno výsměchu ze strany vrstevníků. Také jsme se tázali, zda rozštěpová vada ovlivňuje dítě v navazování kamarádských vztahů, ve výběru zájmové činnosti a ve vyhledávání kontaktu s jinými dětmi.

Z položky zjišťující potíže v navazování kamarádských vztahů jsme zjistili, že z celkového počtu odpovědí na tuto položku uvedli respondenti v 13 %, že jejich děti mají obtíže s navazováním kamarádských vztahů, z nichž nejvíce (87,5 %) patří do skupiny s rozštěpem primárního i sekundárního patra, nejméně (0,0 %) do skupiny s rozštěpem sekundárního patra. Tento fakt může být dán tím, že u třetí skupiny (rozštěp primárního i sekundárního patra), je typická odchylka ve vzhledu obličeje, kdy je jedinec nápadný neustále. Zatímco u skupiny rozštěpu sekundárního patra, se jedinec stane nápadným až v tu chvíli, kdy zahájí komunikační proces.

Další položka zabývající se výskytem výsměchu ze strany vrstevníků v případě nástupu do školního zařízení nám přinesla povzbudivé výsledky. Jen malé procento respondentů (16 %) odpovědělo, že se jejich děti s výše zmíněnými obtížemi potýkají. Z toho nejvíce (88,9 %) se tyto obtíže vyskytují u skupiny rozštěpu primárního i sekundárního patra a nejméně (0,0 %) v případě rozštěpu primárního patra. Tento výsledek může být dán skutečností, že jedinci s rozštěpy primárního i sekundárního patra se potýkají jak s viditelným defektem v oblasti obličeje, tak s narušenou komunikační schopností, což může být důvodem vyššího výskytu negativním reakcí v podobě výsměchu apod. ze strany vrstevníků.

V položce zkoumající navazování kamarádských vztahů 16 % respondentů odpovědělo, že orofaciální rozštěp může mít vliv na navazování kamarádských vztahů jejich dětí, z toho

nejvíce (90,0 %) v případě rozštěpu primárního i sekundárního patra a nejméně (0,0 %) v případě rozštěpu primárního patra. 15 % rodičů odpovědělo na položku týkající se výběru zájmové činnosti, že je orofaciální rozštěp v tomto hledisku ovlivňuje. Z toho celou část (100 %) tvoří skupina rozštěpu primárního i sekundárního patra. Výsledky obou těchto položek mohou opět ukazovat na vyšší sloučení negativních vlivů v případě kombinace rozštěpu primárního i sekundárního patra.

Na položku zda dítě vyhledává kontakt s jinými dětmi respondenti odpovídali takto: obličejový rozštěp jejich dětí není důvodem k omezení vyhledávání kontaktů s jinými dětmi (89 %). 8 % rodičů dětí odpovědělo, že jejich dítě nevyhledává kontakt s jinými dětmi, že si raději hraje samo a ve 3 % se objevuje tvrzení, že si dítě hraje jen tehdy, pokud je k tomu vyzváno.

Výše zmíněné výsledky šetření lze srovnat se závěry výzkumu Čížkové (2005), která zjišťovala, zda mají lidé ve věku od 15 do 25 let narušenou komunikační schopnost, psychické obtíže a zda se u nich ve zvýšené míře objevují zvláštnosti v oblasti sociální adaptace.

Dle výzkumu Čížkové (2005), se narušená komunikační schopnost vyskytovala u respondentů v současné době ve 23 %. Výsledky našeho šetření ukázaly 31 % výskyt potíží s výslovností dětí respondentů. Je zřejmá korelace výsledků obou výzkumů, kdy se narušená komunikační schopnost pohybuje v mezích 20 – 30 %.

Výskyt psychických obtíží byl zaznamenán ve výzkumu Čížkové (2005) v současné době v 5 % a v průběhu života ve 23 %, nejvíce však u respondentů s rozštěpy současně primárního a sekundárního patra. Dle odpovědí respondentů našeho šetření na položky týkající se psychosociálních obtíží, se výskyt těchto jevů objevoval u dětí dotazovaných vždy do 20 % a také nejvíce u skupiny rozštěp současně primárního i sekundárního patra. I zde můžeme spatřit spojitost s výzkumem z předchozích let, kdy se psychické obtíže nevyskytují ve valné většině.

Ačkoliv se výzkumný vzorek obou výzkumů lišil at' už z věkového hlediska, či charakterem dotazování (v našem výzkumném šetření byli respondenty rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem, zatímco ve výzkumu Čížkové (2005) to byli samotní klienti s rozštěpovou vadou), není výrazný rozdíl v závěrech obou zmíněných výzkumů.

ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou orofaciálních rozštěpů a jejich důsledků v různých oblastech života jedince. Zaměřili jsme se zejména na narušenou komunikační schopnost – palatolalii, charakteristiku rodičů dětí s orofaciálním rozštěpem a na psychosociální obtíže vztahující se k jedinci s touto vrozenou vývojovou vadou.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že narušená komunikační schopnost je přítomna u 31 % dětí všech tázaných rodičů. V této oblasti byly zaznamenány rozdíly mezi jednotlivými skupinami jedinců – narušená komunikační schopnost se vyskytuje nejčastěji u osob s rozštěpy současně primárního a sekundárního patra, nejméně často u osob s rozštěpy primárního patra. Závislost mezi závažností rozštěpové vady a narušenou komunikační schopností však nebyla potvrzena Mann-Whitneyovým U testem, což může být způsobeno nízkými četnostmi odpovědí respondentů v prvních dvou kategoriích (rozštěp primárního patra, rozštěp sekundárního patra).

Dále jsme se soustředili na skutečnost, zda orofaciální rozštěp dětí ovlivňuje jejich rodiče ve výběru typu školního zařízení pro tyto jedince. Respondenti v 18 % uvedli, že je tato vrozená vývojová vada jejich dětí ovlivňuje ve výběru typu školy. Tuto nízkou hodnotu dokládá i fakt, že 75 % těchto jedinců navštěvuje běžný typ školy. Osoby, jež jsou žáky logopedických škol, tvoří nejčastěji jedinci s rozštěpem současně primárního i sekundárního patra. Hypotéza H_2 , předpokládající závislost mezi závažností orofaciálního rozštěpu a výběru typu školního zařízení, však nebyla statisticky prokázána.

Poslední sledovanou oblastí byly psychosociální obtíže spojené s orofaciálními rozštěpy. Zde jsme se zaměřili na skutečnost, zda má dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi, zda je díky této vrozené vývojové vadě vystaveno výsměchu ze strany vrstevníků, zda rozštěpová vada ovlivňuje dítě v navazování kamarádských vztahů, ve výběru zájmové činnosti a ve vyhledávání kontaktu s jinými dětmi. Výraznější rozdíly mezi zkoumanými skupinami jedinců jsme však nezjistili. Ke stejným závěrům jsme dospěli i při ověřování hypotézy H_3 , která předpokládala závislost mezi závažností rozštěpové vady a výskytem psychosociálních obtíží.

Vzhledem ke skutečnosti, že závislost mezi závažností rozštěpové vady a výskytem psychosociálních obtíží nebyla statisticky prokázána, bylo by v budoucnu vhodné zaměřit se na tuto oblast i u intaktní populace.

Z výsledků provedeného výzkumného šetření lze vyvodit následující závěry. Protože byla u jedinců s orofaciálními rozštěpy ve věku od 2 do 20 let zjištěná narušená komunikační schopnost v 31 %, je zřetelné, že logopedická intervence je pro tyto klienty stále žádoucí. Z výzkumného šetření však vyplynulo, že jedinci jsou v péči logopeda pouze z 27 %.

Tato skutečnost může být ovlivněna širokým věkovým složením zkoumaných jedinců, kdy může být nízký věk některých dětí důvodem k tomu, že ještě nebyla započata logopedická intervence.

18 % dotázaných, kteří sdělili, že je rozštěpová vada jejich dětí ovlivňuje ve výběru typu školního zařízení, poukazuje na skutečnost, že i když se hypotéza H₂ o souvislosti mezi závažností rozštěpové vady a výběrem typu školního zařízení nepotvrdila, stává se tato vrozená vývojová vada v některých případech kritériem, na základě čehož se rodiče rozhodují k výběru typu školy.

Další zjištěné poznatky týkající se psychosociálních obtíží spojenými s orofaciálním rozštěpem nebyly zjištěny ve velké míře, což ale nedokazuje skutečnost, že je přítomnost psychologa v rozštěpovém centru postradatelná. Dle názoru autorky diplomové práce by odborná péče tohoto charakteru měla být samozřejmou součástí každého pracoviště, které má v péči osoby s vrozenými vývojovými vadami v podobě orofaciálních rozštěpů. Což by zcela jistě ocenili nejen klienti s rozštěpovou vadou, ale také jejich rodiče.

Výše zmíněná zjištění jsou informativního charakteru vzhledem k teritoriální omezenosti a nevysokému počtu respondentů, které bylo možno získat pro výzkumné účely. Výsledky tohoto šetření jsou však pro autorku diplomové práce důležité pro další sledování tématu.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

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

ČÍŽKOVÁ, E. *Psychosociální aspekty narušené komunikační schopnosti u osob s orofaciálními rozštěpy*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. [Diplomová práce; nepublikováno].

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 3. vyd. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

DVOŘÁK, Z. Rozštěpové vady obličeje u dětí. In. *Reflexe logopedie v současné teorii a praxi*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 11-19. ISBN 80-244-0957-7.

FAHOUN, K., ŠTROBLOVÁ, S. *Tvář*. 1. vyd. Jihlava : Somix, 1998. ISBN 80-902561-0-4.

CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. ISBN 80-7067-798-8.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Diagnostika poruch zvuku řeči. In LECHTA, V. a KOL. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003, s. 99-140. ISBN 80-7178-801-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Orofaciálny rásztep v klinicko-logopedickej praxi*. 2. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 2000. ISBN 80-223-1414-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Palatolália. In KEREKRÉTIOVÁ A KOL. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 2009, s. 172-188. ISBN 978-80-223-2574-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Palatolália*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 1997. ISBN 80-223-1140-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. Rinolália. In LECHTA, V. A KOL. *Logopedické repetitórium*. 1. vyd. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, s. 129-149. ISBN 80-08-00447-9.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Vývin reči u detí s rázštepom*. 2. vyd. Bratislava : Ústav zdravotní výchovy, 1991.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie : narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

LECHTA, V. Základní vymezení oboru logopedie. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a KOL. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003, s. 220-257. ISBN 80-7178-546-6.

LECHTA, V. Základné poznatky o logopédii. In KEREKRÉTIOVÁ, A. A KOL. *Základy logopédie*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 2009, s. 15-32. ISBN 978-80-223-25745.

RICHMAN, R. C., ELIASON, M. J. Psychological Characteristics Associated with Cleft Palate. In MOLLER, K. T., STARR, C.D., *Cleft palate: interdisciplinary issues and treatment*. Austin, Texas : Shoal Creek Boulevard, 1992, s. 357-377. ISBN 0-89079-567-3.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., A KOL. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-168-2.

SEEMAN, M. *Poruchy dětské řeči*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1955.

SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1974, 1978.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. Poruchy řeči při vrozených anomáliích orofaciálního systému. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a KOL. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003, s. 220-257. ISBN 80-7178-546-6.

VÁGNEROVÁ, M. Obecné rysy vývoje postiženého dítěte. In VÁGNEROVÁ, M., HADJ MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1993, s. 61-68. ISBN 80-7066-582-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patopsychologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.

VITÁSKOVÁ, K. Narušení zvuku řeči. In VITÁSKOVÁ K., PEUTELSCHMIEDOVÁ A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 68-79. ISBN 80-244-1088-5.

VOHRADNÍK, M. *Poruchy řečové komunikace u velofaryngální insuficience : hlas, řeč a sluch u dětí s rozštěpovými vadami obličeje*. Dolní Břežany : Scriptorium, 2001. ISBN: 80-86197-24-7.

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

VRTIŠKOVÁ, J. Péče o děti s rozštěpovými vadami. *Děti a my*, 2003, roč. 33, č. 2, s. 8-9.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

WEIGL, V., RUDOLPH, M., EYSHOLDT, U., ROSANOWSKI, F. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Mothers of Children with Cleft Lip/Palate. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 2005, vol. 57, no. 1, pp. 20-27. ISSN 1021-7762.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník pro rodiče dětí s rozštěpem v oblasti obličeje.

Příloha č. 1
Dotazník pro rodiče dětí s rozštěpem v oblasti obličeje.

Vážení rodiče,

jmenuji se Pavlína Lukešová.

Jsem studentkou 3. ročníku oboru logopedie pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování diplomové práce s názvem Psychosociální aspekty narušené komunikační schopnosti u osob s orofaciálními rozštěpy.

Získání těchto dat může pomoci nejen odborníkům zabývajících se touto problematikou, ale také Vám – rodičům a Vaším dětem.

Mám přímou zkušenost s rozštěpy v oblasti obličeje, což byl hlavní důvod volby tématu diplomové práce a dalšího směřování mého budoucího profesního působení. Zprostředkování dotazníků je realizováno prostřednictvím zubního oddělení Kliniky plastické a estetické chirurgie.

Získané údaje budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Za Váš čas a ochotu předem děkuji.

V případě nejasností, mě můžete kontaktovat na:

Pavlína Lukešová

Tel.: +420 774 861 025

Email: lukesova.pavlina@seznam.cz

Prosím nezapomeňte podepsat, že souhlasíte s vyplněním dotazníku.

Podpis rodičů:.....

V Brně dne

Dotazník pro rodiče dětí s rozštěpem v oblasti obličejů

Zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď:

- 1) Pohlaví Vašeho dítěte:
 - a) dívka
 - b) chlapec

- 2) Váš syn/dcera má:
 - a) Rozštěp rtu
 - b) Rozštěp patra
 - c) Rozštěp rtu a patra
 - d) Rozštěp rtu, patra a čelisti
 - e) Jiné (vypište).....

- 3) Kolik let je Vašemu dítěti?
(prosím přesně rok, měsíc).....

- 4) Má Vaše dítě ještě další postižení kromě rozštěpu v oblasti obličejů?
 - a) ANO
 - b) NE

- 5) Pokud ano, jaké:
 - a) tělesné postižení
 - b) mentální postižení
 - c) smyslové postižení (sluchové, zrakové,...)
 - d) jiné (vypište)

- 6) Má vaše dítě problémy s výslovností některých hlásek?
 - a) ANO
 - b) NE

- 7) Má Vaše dítě zajištěnou logopedickou péči v místě bydliště?
(logopedická ambulance, logopedie v mateřské a základní škole, atd...)
 - a) ANO
 - b) NE

- 8) Má Vaše dítě z důvodu rozštěpu potíže v navazování kontaktu s ostatními dětmi?
 - a) ANO
 - b) NE

- 9) Jaký typ školního zařízení Vaše dítě navštěvuje?
 - i. MŠ běžného typu
 - ii. MŠ logopedická
 - iii. ZŠ běžného typu
 - iv. ZŠ logopedická
 - v. Jiný typ zařízení (vypište jaký).....

ANOTACE

| | |
|--------------------------|--|
| Jméno a příjmení: | Pavčina Lukešová |
| Ústav: | Speciálněpedagogických studií |
| Vedoucí práce: | Mgr. et. Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2010 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Název práce: | Psychosociální aspekty narušené komunikační schopnosti u osob s orofaciálními rozštěpy. |
| Název v angličtině: | Psychosocial aspects of warped communication ability of persons with orofacial clefts. |
| Anotace práce: | Diplomová práce pojednává o psychosociálních důsledcích orofaciálních rozštěpů na jedince z pohledu jejich rodičů. Teoretická část se zabývá rozštěpovými vadami v orofaciální oblasti, palatolalií, rodiči dětí s orofaciálním rozštěpem a konečně psychosociálními důsledky orofaciálních rozštěpů vztahujícími se k jedincům s obličejovým rozštěpem. Praktická část pak pojednává o vlivu závažnosti rozštěpových vad na výskyt psychosociálních obtíží |
| Klíčová slova: | Orofaciální rozštěp, narušená komunikační schopnost, palatolalie, psychosociální aspekty. |
| Anotace v angličtině: | The thesis discusses about psychosocial effects of orofacial clefts to individual from view their parents. Theoretical part deals with cleft defects in orofacial area, cleft palate speech, parents of children with orofacial clefts and finally psychosocial effects of orofacial clefts related to individuals with orofacial cleft. Practical part discusses about influence of seriousness cleft defects to appearance of psychosocial difficulties. |
| Klíčová slova v angličtině: | Orofacial clefts, warped communication ability, cleft palate speech, psychosocial aspects. |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha č. 1 – Dotazník pro rodiče dětí s rozštěpem v oblasti obličeje. |
| Rozsah práce: | 87 stran |
| Jazyk práce: | český jazyk |