

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014-2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Aleš Křenek

Logopedická intervence u dětí s rozštěpovými vadami

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Miroslava Kotvová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2014-2017

BACHELOR THESIS

Ales Krenek

Speech therapy of children with cleft palate

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Miroslava Kotvova

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 9.3.2017

Jméno autora

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavě Kotvové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady a připomínky. Děkuji primáři Mudr. Tomáši Výškovi z Kliniky plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně a klinické logopedce PaedDr. Olze Havelkové.

Děkuji rodičům za péči a podporu, kterou mi od dětství věnovali.

Anotace

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá současným stavem poznatků a problematikou vrozených vývojových anomálií týkajících se rozštěpových vad rtu, čelisti a patra. Vymezuje základní terminologii, zaměřuje se na etiologii, symptomatologii, klasifikaci rozštěpových vad a jejich vliv na kvalitu verbální i neverbální komunikace. Zabývá se medicínskou i logopedickou intervencí, jejich prognózou a možnostmi prevence těchto vrozených vad. Empirickou část představuje výzkumné šetření, jehož cílem je popsat prostřednictvím kazuistik současně poskytovanou odbornou intervencí dětem s rozštěpovými vadami, zejména pak intervencí logopedickou.

Klíčová slova

Diagnostika, etiologie, logopedická intervence, medicínská a pedagogická intervence, orofaciální rozštěp, rozštěpy rtů, čelisti a patra, symptomatologie

Annotation

Bachelor thesis in theoretical part deals with the current state of knowledge and congenital defects related to cleft palate. Defines the basic concepts, it focuses on the etiology of cleft symptomatology, classification, and their impact on the quality of the verbal and nonverbal communication. It deals with medical intervention and speech therapy, prognosis and prevention of birth defects. Empirical part of the research, which aims to describe through case studies also professional intervention for children with cleft speech intervention.

Keywords

Cleft palate, diagnosis, etiology, medical and educational interventions, speech therapy, symptomatology

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 OROFACIÁLNÍ ROZŠTĚPY	9
2 Etiologie.....	10
2.1 Klasifikace rozštěpových vad	13
3 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY U DĚTÍ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI..	18
3.1 Chirurgická terapie	22
3.2 Logopedická terapie.....	25
3.3 Prognóza	36
3.4 Prevence.....	36
PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A JEHO CHARAKTERISTIKA	38
4.1 Výzkum, hlavní cíl, dílčí cíle.....	38
4.2 Vlastní realizace výzkumu.....	39
4.3 Seznámení s metodami sběru dat.....	40
4.4 Kazuistiky	42
4.5 Shrnutí údajů jednotlivých kazuistik	49
4.6 Formulace doporučení	54
4.7 Dílčí závěry.....	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	58
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Bakalářská práce „*Logopedická intervence u dětí s rozštěpovými vadami*“ se zabývá problematikou odborné péče u dětí s rozštěpovou vadou rtu, čelisti a patra. Hlavním cílem je analyzovat v současné době poskytovanou logopedickou, lékařskou a pedagogickou péči u dětí s rozštěpovými vadami. Dílčími cíli je zhodnotit poskytovanou logopedickou a pedagogickou intervenci dětem s vývojovými anomáliemi orofaciálního systému a dále pak zformulovat doporučení, která lze na základě zjištění v empirické části zformulovat.

Teoretická část práce je rozdělena do tří částí. První část pojednává o vzniku, vývoji a příčinách rozštěpových vad, jejich klasifikaci a symptomatologii.

Druhá část se zabývá terapeutickými přístupy k dětem s rozštěpovými vadami, vymezením kompetencí jednotlivých odborníků týmu.

Třetí část je věnována samotné logopedické intervenci, její prognóze a prevenci.

V empirické části této práce je obsažen podrobný popis cílů šetření – průběh, použitý dotazník, výsledky a závěry.

Téma bakalářské práce jsem si zvolil z důvodu osobní zkušenosti s touto vrozenou vývojovou vadou. Sám jsem se narodil s pravostranným rozštěpem rtu a patra. Léčba trvající mnoho let v mém nitru zanechala spoustu vzpomínek na průběh léčby a začleňování se do kolektivů dětí, které nebylo příliš jednoduché. Tato zkušenost mě přiměla zajímat se v rámci svého vysokoškolského studia speciální pedagogiky o problematiku osob s rozštěpovými vadami podrobněji a s odstupem mnoha let popsat současně poskytovanou odbornou lékařskou, logopedickou a pedagogickou péči o děti s rozštěpovými vadami. Neméně pak také zjistit spokojenost rodičů dětí se současnou lékařskou a logopedickou péčí o jejich potomky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OROFACIÁLNÍ ROZŠTĚPY

V České republice se každým rokem narodí zhruba 180 dětí s rozštěpem rtu, čelisti a patra. I přes vyspělou medicínskou péči se existenci těchto vrozených vývojových vad nedaří zabránit. Bývají totiž odhaleny až v průběhu těhotenství, většinou kolem 12. až 14. týdne těhotenství. Na odhalení rozštěpových vad se z velké části podílí kvalita screeningových vyšetření a zkušenosti samotných ošetřujících lékařů (Kolísková, 2014).

Pro vrozenou vývojovou vadu orofaciálního systému používáme termín **rozštěp**. Škodová naznačuje, že tento termín nevystihuje mechanismus vzniku rozštěpové vady. Nejedná se totiž o rozštěpení, nýbrž o nespojení příslušných anatomických struktur v oblasti, kde za normálních okolností spojení tvoří ret, patro a čelist (Škodová, 2007). O rozštěp se ale jedná až po 6. týdnu těhotenství, do té doby se teprve vytváří srůstání tkání v dutině ústní.

Klenková doplňuje, že se jedná o „těžké kontingentální vady, které vznikají porušením vývoje střední dutiny obličeje. Jedná se o orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového uzávěru“ (Klenková, 2006, s. 138). V jeho důsledku, lékařským termínem označovaného jako **velofaryngeální insuficience**, vzniká huhňavost (Kutálková, 2007).

Vlivem výše uvedených orgánových anomálií orofaciálního systému vznikají další funkční poruchy orgánů, zejména narušení komunikační schopnosti, **palatolalii**. Při vadné výslovnosti v důsledku rozštěpových vad dochází k narušení všech komunikačních rovin, zejména roviny foneticko-fonologické a morfologicko-syntaktické a lexikálně-sémantické (Kutálková, 2007).

2 ETIOLOGIE

Aby mohly být důkladně popsány příčiny vzniku rozštěpových vad rtu, čelisti a patra, je třeba seznámit se s vývojem obličejové části a v ní se následně zaměřit na příčiny způsobující výše uvedené nespojení příslušných anatomických struktur.

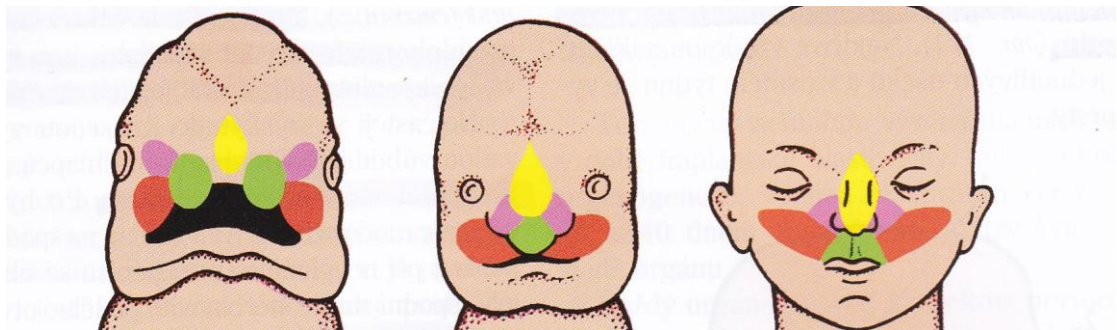
Vývoj obličeje

Vývoj obličeje je složitý proces odehrávající se v období třetího až osmého týdne vývoje lidského zárodku, který se nazývá obdobím **organogeneze** neboli **embryonální periodou**. V tomto období vzniká velké množství specifických tkání a orgánů ze tří základních zárodečných listů – ektodermu, mezodermu a endodermu (Dvořák, 2009).

Základní tkání pro vývoj obličeje je tkáň zvaná mezenchym. Ta v 6. týdnu těhotenství vytváří dva mezenchymové (laterální) patrové výstupky. V 7. a 8. týdnu dochází k prodlužování těchto výběžků po stranách jazyka, postupnému ustupování velikosti jazyka a jeho sesazování do nižších pater. Patro získá dva základy – primární a sekundární patro. Koncem 12. týdne dochází ke srůstu ovuly a tím i ke konci formování patra. V oblasti linie srůstu patrových výběžků vznikne středový šev, který je znám jako nosní rýha. Je-li srůst sekundárního patra narušen, dojde k rozštěpení (Dvořák, 2009).

Dle obrázku č. 1 vidíme počáteční vývoj obličeje, který se tvoří kolem široce rozevřené primitivní jamky ústní na hlavovém konci zárodku. Je uveden na prvním obrázku zleva.

Obrázek 1: Počáteční vývoj obličeje



Zdroj: Machová, 2010, s. 183

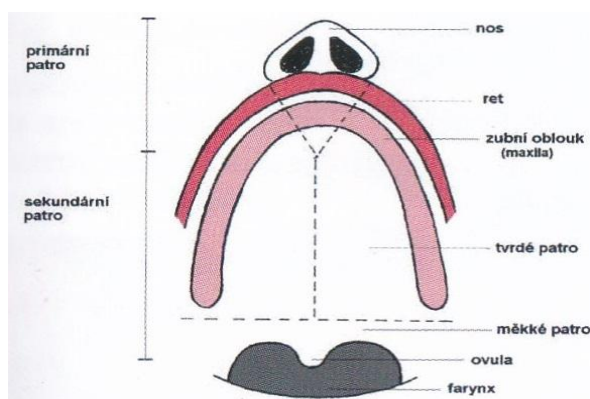
Z okrajů primitivní jamky ústní začne vyrůstat několik výběžků, které postupně zakrývají velkou ústní jamku, až zůstane malá štěrbina, což je patrné na prostředním obrázku. Shora roste nepárový výběžek čelní, ze stran pravý a levý výběžek horní čelisti a pravý, levý výběžek dolní čelisti. Čelní výběžek se pak dělí na čtyři části – na dva postranní a dva střední výběžky nosní. Postranní výběžky nosní ohraničují primitivní čichové jamky. Pravý a levý výběžek dolní čelisti rostou proti sobě, setkají se ve střední čáře a následně srostou. Z nich vznikne dolní čelist, dolní ret a celá dolní část obličeje, jak je znázorněno na pravém obrázku.

Rychle rostoucí střední výběžky nosní prorostou až mezi konce pravého a levého výběžku horní čelisti, srostou s nimi a vytvářejí prohloubenou část horního rtu pod nosní přepážkou. Z postranních výběžků nosních vznikají nosní křídla. Vytvořený základ nosu se zdvihne nad úroveň ostatního obličeje. Oči, které jsou původně uloženy po stranách hlavy, se posunují dopředu. **Ve chvíli, kdy tyto výběžky horní čelisti nesrostou se středními výběžky nosními, vzniká rozštěp** (Machová, 2010).

Anomálie ve vývoji obličeje

Jak bylo výše zmíněno, anomálie ve vývoji obličeje nastávají po 6. týdnu těhotenství v dutině ústní, kdy se nespojí tkáň vytvářející ret, patro a čelist. Tento proces je důkladněji popsán dle obrázku 2 zachycující pohled do dutiny ústní ze spodu směrem na horní patro.

Obrázek 2: Pohled do dutiny ústní

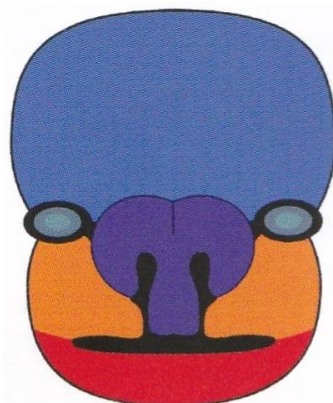


Zdroj: Kolísková, 2014, s. 9

Na levé straně obrázku je patro rozděleno na část primární a sekundární. Spodní část popisuje měkké patro, které bývá postiženo rozštěpem zřídka. Horní patro rozděluje přerušovaná čára. V místě, kde se čára rozchází do písmene Y, dochází k rozštěpu (Kolísková, 2014).

Na obrázku č. 3 je znázorněn pohled zepředu na místo, kde se jednotlivé patrové výběžky nesetkaly. Jedná se o embrya stará zhruba 40 dní. Na obrázku č. 3 je patrné, že se jedná o embryo, ve kterém ještě nedošlo ke srůstu rtu a dásně. Mezera, která vznikla mezi dvěma linkami, pokračuje do tkáně, ze které se následně vyvíjí nos. Pokud však tyto dvě části nesrostou, pak se místo mezi rtem a nosem nevyplní a tím vzniká rozštěp.

Obrázek 3: Vývoj dutiny ústní



Zdroj: Kolísková, 2014, s. 10

Příčiny těchto anatomických deformací jsou různé. Klenková (2007) uvádí, že „rozštěpové vady vznikají v nejranějších stádiích těhotenství jako důsledek genetických dispozic a chromozomálních aberací, vnějších škodlivin různého typu (chemizace životního prostředí včetně výživy, léky, drogy), poruch látkové výměny a infekcí. Dědičné dispozice způsobují snadnější poškození vlivem vnějších faktorů. Vzhledem ke značnému množství exogenních faktorů stoupá důležitost prevence (např. vynechání léků a multivitaminových preparátů – prokázaný teratogenní vliv vitamínu A). (Klenková, 2007, s. 6)

Mezi teratogenní vlivy řadíme také infekce, které matka mohla prodělat v době těhotenství. Mezi nejrizikovější infekce řadíme toxoplazmózu, rubeolu či herpetickou infekci. Dalším vlivem jsou fyzikální faktory, které mohou být přítomny i během

nešetrného lékařského vyšetření, jako například radioaktivní či rentgenové záření, mechanické postižení. Nedbalostní a velmi rizikový faktor je pak chemický, který je důsledkem požívání návykových a psychotropních látek, alkoholu či nekontrolované užívání farmaceutik. Vliv má také nesprávná výživa matky, pozdní těhotenství – hraniční se uvádí věk kolem 38 let (Škodová, 2008).

2.1 KLASIFIKACE ROZŠTĚPOVÝCH VAD

Dělení rozštěpových vad není jednotné, liší se podle různých autorů. Z důvodu užší spolupráce interdisciplinárního týmu bylo ale nutné zavést jednotné rozdělení vad a jejich terminologii. Se snahou o vytvoření jednotné klasifikace se setkáváme již v minulosti, např. Davis a Richie rozštěpy rozdělili na alveolární, nealveolární a postalveolární. Veau v roce 1931 přiblížil klasifikaci rozštěpových vad dnešnímu dělení. Rozdělil rozštěpy na rozštěp měkkého patra, tvrdého a měkkého patra, kompletní jednostranný rozštěp rtu, alveolárního výběžku, tvrdého a měkkého patra a kompletní oboustranný rozštěp rtu, alveolárního výběžku, tvrdého a měkkého patra (Kerekrétiová, 2008).

Burian rozštěpy rozdělil do dvou hlavních skupin, na rozštěpy typické a rozštěpy atypické (tabulka č. 3). Rozštěpy typické jsou častější, snáze operovatelné a zároveň nevyžadují mnohaletý interdisciplinární přístup týmu odborníků. Atypické rozštěpy jsou vzácné, zato však velmi náročné na léčbu a následnou rehabilitaci (Škodová, Jedlička, 2003).

V současnosti se také užívá klasifikace Kernahan-Stárková, rozdělená na primární a sekundární patro. Podstatou rozdělení je embryonální odlišnost vzniku primárního a sekundárního patra, které od sebe odděluje dělicí šev (Kerekrétiová, 2008).

Klasifikace rozštěpových vad byla podrobněji zpracována na základě vizualizace Y diagramu dle Kernahana. Do něj později Elshahy a Miliard doplnili trojúhelníková pole s popisy deformity nosního křídla a nosní dírky (Richman, 1992). Jako poslední upravil diagram Friedman popsáním postižených struktur, přidal také stupnici deformity. Diagram je znázorněn na obrázku č. 7 (Dvořák, 2007).

Tabulka 1: Vizualizace Y diagramu dle Kernahana

Příjmení a jméno:	BCL	UCLP	BCLP	RČ:	SC
Číslo chorobopisu:				Kód dg:	
Dg:	UCL			CP	
Bez protruze Mírná protruze - do 45° Střední protruze - 45°- 90° Těžká protruze - nad 90°	Pravé prolábium		Levé prolábium	Bez protruze Mírná protruze - do 45° Střední protruze - 45°- 90° Těžká protruze - nad 90°	
Bez vady Mírná deformita Střední deformita Těžká deformita	Pravý nosní oblouk		Levý nosní oblouk	Bez vady Mírná deformita Střední deformita Těžká deformita	
Bez vady Mírná deformita Střední deformita Těžká deformita	Pravé nosní dno		Levé nosní dno	Bez vady Mírná deformita Střední deformita Těžká deformita	
Bez vady Mín.pošk.- subkutánní rozštěp Mín.pošk.-zářez v retní červení 1/3 rozštěp rtu; 2/3 rozštěp rtu Kompletní rozštěp rtu	Pravý horní ret		Levý horní ret	Bez vady Mín.pošk.- subkutánní rozštěp Mín.pošk.- zářez v ret. červení 1/3 rozštěp rtu 2/3 rozštěp rtu Kompletní rozštěp rtu	
Pravý alveolus Bez vady Mín.pošk.- subkutánní rozštěp Mín.pošk.- zářez Parciální rozštěp Kompl.r.- nezborčený oblouk. Kompl.r.- zborčený oblouk.	Pravý alveolus		Levý alveolus	Bez vady Mín.pošk.- subkutánní rozštěp Mín.pošk.- zářez Parciální rozštěp Kompl.roz.- nezbor. oblouk. Kompl.roz.- zborčený oblouk	
Bez vady Parciální rozštěp Kompletní rozštěp	Pravá premaxila		Levá premaxila	Bez vady Parciální rozštěp Kompletní rozštěp	
Bez vady Rozštěp zadní 1/3 Rozštěp zadních 2/3 Kompletní rozštěp	Tvrdé patro				
Bez vady Mín.pošk.- hypoplasie m.uvulae Mín.pošk.- uvula septata Mín.pošk.- uvula bifida Submukosní rozštěp patra okultní Submukosní rozštěp patra otevřený Rozštěp zadní 1/3 Rozštěp zadních 2/3 Kompletní rozštěp patra	Měkké patro				
Bez vady Mírné postižení Střední postižení Těžké postižení	Funkce velofaryngeálního uzavěru				

Zdroj: Dvořák, 2007

Nemůžeme také opomenout dělení klasifikace rozštěpových vad dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2009), která ve své desáté revizi vydala upravenou klasifikaci rozštěpových vad, jimž udělila kódy Q35 – Q37 (tabulka č. 2).

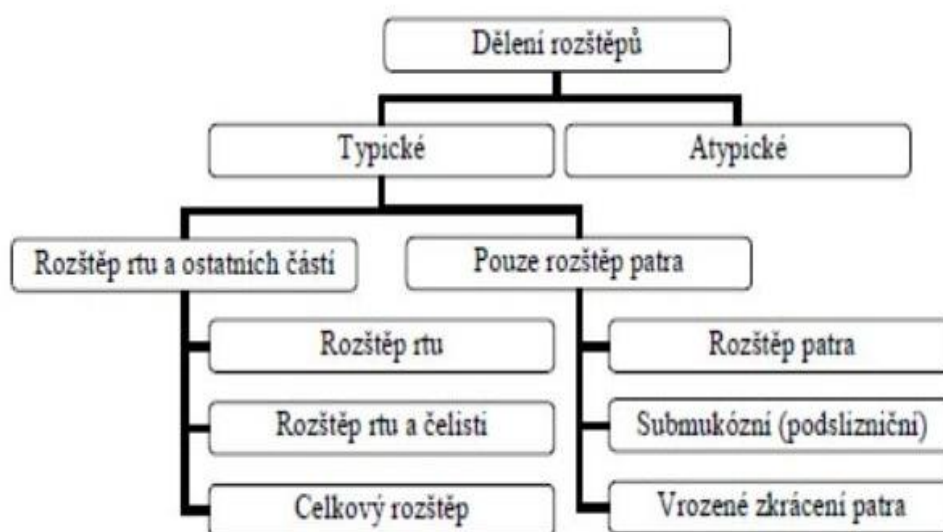
Tabulka 2: Klasifikace rozštěpových vad dle WHO

Rozštěp patra	Q 35.1 Rozštěp tvrdého patra Q 35.3 Rozštěp měkkého patra Q 35.5 Rozštěp tvrdého patra s rozštěpem měkkého patra Q 35.7 Rozštěp čípku Q 35.9 Rozštěp patra
Rozštěp rtu	Q 36.0 Oboustranný rozštěp rtu Q 36.1 Středový rozštěp rtu Q 36.9 Jednostranný rozštěp rtu
Rozštěp rtu, čelisti a patra	Q 37.0 Rozštěp tvrdého patra s oboustranným rozštěpem rtu Q 37.0 Rozštěp tvrdého patra s jednostranným rozštěpem rtu Q 37.4 Rozštěp tvrdého a měkkého patra s jednostranným rozštěpem rtu Q 37.5 Rozštěp tvrdého a měkkého patra s oboustranným rozštěpem rtu Q 37.8 Neurčený rozštěp patra s oboustranným rozštěpem rtu Q 37.8 Neurčený rozštěp patra s jednostranným rozštěpem rtu

Zdroj: Dvořák, 2007

Symptomatologie rozštěpů

Tabulka 3: Klasifikace rozštěpů dle Františka Buriana



Zdroj: Škodová, Jedlička, 2003, s. 223

Dle výše uvedeného stručného popisu uvádíme tabulku č. 3 s Burianovou klasifikací rozštěpových vad, která je užívána dodnes a její užívaná terminologie je známá i široké veřejnosti.

Typické rozštěpy

Rozštěpy rtu a ostatních částí:

- **Rozštěp rtu** na první pohled je velmi nápadný a viditelný, jedná se o deformaci měkkých tkání a neúplného spojení rtu ve srůstové linii. Může být pravostranný, levostranný, oboustranný, neúplný a úplný. Nejméně nápadná je izolovaná forma rozštěpu, která je spíše kosmetickým defektem. Jednostranné rozštěpy ovlivňují mimické svalstvo, nos a je pro ně příznačná asymetrie obličeje.
- **Rozštěp rtu a čelisti** sahá do přední části patra, zasahuje ret, mezičelistní otvor. Zářez je široký a hluboký.
- **Celkový rozštěp** je nejhorší variantou, kdy je obličej znatelně deformován. V přední části mezi rtem a nosem vyčnívá hrbolek, okraje rtů jsou zakrnělé. Dutina ústní se tím neuzavře, dojde ke znatelné deformaci nosu, což je problém při sání (Škodová, 2007).

Pouze rozštěp patra

- **Rozštěp patra** není vidět, je schován, způsobuje však závažné problémy polykání a výživy dítěte. Hlavním problémem je nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru (velofaryngeální insuficience), která má značný vliv na vývoj řeči. Rozštěp patra postihuje buď vlastní patro, čelist nebo čípek. Rozštěpení čípku (uvula bifida) je nejlehčím případem, kdežto rozštěp měkkého patra je nejsložitější.
- **Submukózní (podslizniční)** rozštěpy mají výhodu, že nejsou vidět. Projevují se rozštěpením čípku, poruchou spojení svaloviny u měkkého patra a zvětšenou střední čárou v tvrdém patře.
- **Vrozené zkrácení patra** se projevuje zejména v artikulaci při realizaci mluvené řeči, není však typickou vrozenou rozštěpovou vadou (Škodová, 2007).

Atypické rozštěpy

- **příčné** – koutky úst jsou posunuty do stran, mimické svaly jsou povoleny důsledkem rozpolceného svalového uzlu.
- **Horní střední** – uzávěr nosu, čelisti, rtu a patra je značně poškozen. Mohou být kombinované.
- **Dolní střední** – jsou velmi vzácné, jedná se o rozštěp dolního rtu.
- **Šikmé** – nejsou příliš frekventované, zasahují od nosního křídla směrem k očnímu víčku. Zřídka se objeví rozštěpení až na čelo (Škodová, 2007).

3 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY U DĚTÍ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI

Operace a chirurgické zákroky jsou jen malá část toho, co dítě a jeho rodina musí absolvovat v rámci terapie. Rozštěp je multidimenzionální porucha, která je činitelem mnoha jiných potíží v různých oblastech života (Kerekrétiová, 2008). Dítě je podrobené velké týmové a komplexní péči, která se stane součástí jeho života a neméně i součástí života celé rodiny (Škodová, 2008).

Rehabilitační péče u dětí s vrozenými vývojovými vadami rozštěpu rtu, čelisti a patra je obsáhlá, zapojuje se do ní řada odborníků, kteří si navzájem vyměňují informace a pracují jako tým, nikoliv jako samostatná pracoviště. Následujícím výběrem mnoha různých aspektů uvádíme některé nutné přístupy odborníků při kompenzaci rozštěpových vad:

- Poskytovat nové informace rodině
- Být rodině i dítěti oporou při potížích
- Poukazovat na to, v čem dítě prospívá a v čem se zlepšuje
- Seznámit rodiče s rodinami, které prošly stejnými problémy
- Umožnit rodičům mluvit o problémech otevřeně
- Pomoci rodičům projevit city, obavy
- Být pomocníky rodičů v překonávání problémů (např. krmení)
- Mluvit o dítěti jako o osobě, ne diagnóze
- Podávat rodičům co nejméně špatných zpráv najednou
- Nemluvit jen o překážkách a těžkostech, ale i o nových možnostech pokroku v medicíně a poukázat na jejich výborné výsledky (Kerekrétiová, 2008, s. 168).

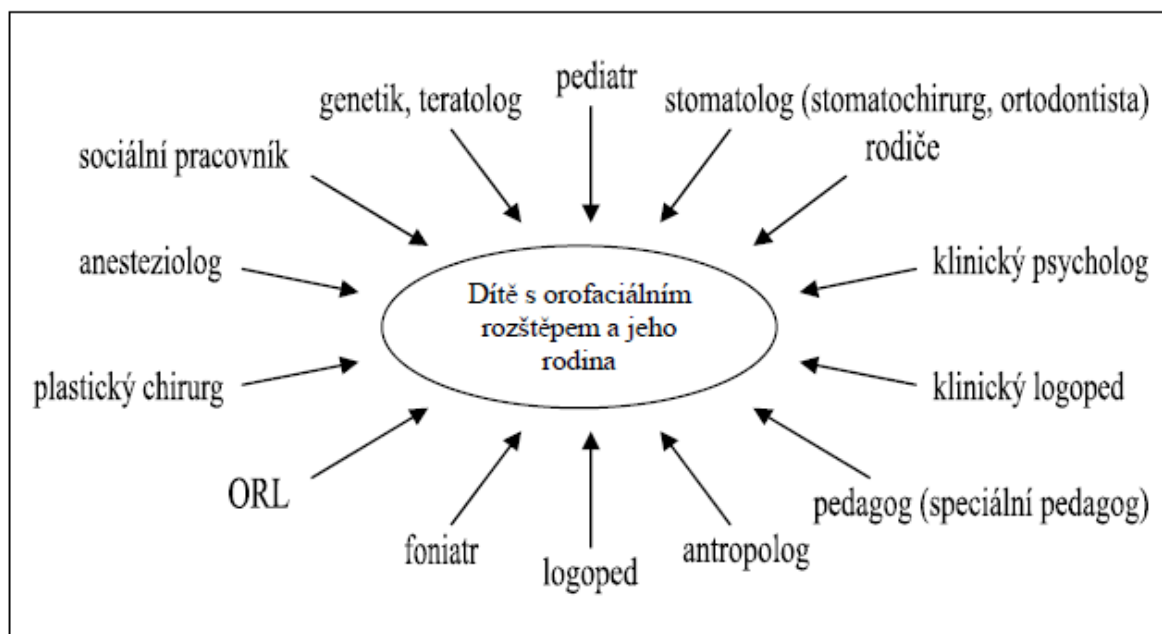
Péče přetrvává po celou školní docházku dítěte, prakticky až do dosažení dospělosti. Měla by být komplexní, zaměřená na celkový somatický, psychický vývoj dítěte a také členů jeho rodiny (Škodová, Jedlička, 2003).

Cílem komplexní péče je plně integrovat dítě do společnosti, minimalizovat jeho vrozenou vývojovou vadu a její důsledky (Kerekrétiová, 2008).

Na terapii s dítětem s vrozenou vývojovou vadou rozštěpu rtu, čelisti a patra se podílí řada odborníků z lékařských i nelékařských oborů (Škodová, Jedlička, 2003).

Tým odborníků

Tabulka 4: Tým odborníků



Zdroj: Škodová, Jedlička, 2003, s. 47

Genetik a teratolog

Práce těchto odborníků vede ke zjištění příčiny vzniku vývojové vady, ostatním odborníkům mohou pak poskytnout informace, s jakou jinou vývojovou vadou může vada souviset (Vohradník, 2001).

Pediatr

Pediatrovi patří jedna z nejdůležitějších rolí při léčbě vrozené vývojové vady. Je přítomen již na novorozeneckém oddělení, kde je zpravidla první, kdo vývojovou vadu diagnostikuje. Viditelné rozštěpy se rozeznají hned, izolované rozštěpy mohou chvíli uniknout pozornosti, na submukózní rozštěpy se na novorozeneckém oddělení přijde zřídka a zkrácené patro se v tuto chvíli nedá diagnostikovat (Škodová, Jedlička, 2003).

Péče pediatra se následně táhne celým nápravným řízením – doporučuje výživu dítěte, je přítomen u předoperační a pooperační péče a také velmi úzce spolupracuje s rodinou dítěte (Kerekrétiová, 2008). Podílí se také na léčbě přidružených onemocnění (Škodová, Jedlička, 2003).

Anesteziolog

Je přítomen u chirurgických zákroků. Úzce spolupracuje s týmem lékařů – operaterů. Uvádí dítě do celkové anestezie, kontroluje průběh anestezie (Vohradník, 2001).

Plastický chirurg

Plastický chirurg je v první fázi vývoje léčby rozštěpové vady nejdůležitějším článkem. Je zcela odpovědný za operační postup, jehož cílem je zajistit optimální rekonstrukci oblasti postiženou rozštěpem a zároveň eliminovat výskyt negativních symptomů v této oblasti (Vohradník, 2001). Rekonstrukce je v rozsahu scelení rtu a patra, případně vytvoření velofaryngeálního uzávěru (Škodová, Jedlička, 2003).

ORL lékař

Prakticky všechny děti narozené s rozštěpovou vadou se potýkají se sluchovými problémy. Zhruba třetina dětí bez této vady se v životě setká se zánětem středního ucha, u dětí s rozštěpovou vadou všichni. Uvedené problémy jsou důsledkem narušení Eustachovy trubice, která propojuje nosohltan a střední ucho, slouží k vyrovnávání tlaku. (Kolísková, 2014). Do ušního bubínku se vkládá drenážní trubička za účelem vyrovnávání tlaku, odvádění sekretu ze středouší a zabraňuje vzniku infekčních onemocnění (Dvořák, 2009).

Lékař sleduje také abnormality hybnosti měkkého patra, který může krom sluchu ovlivnit i patrohltanový uzávěr, který se podílí na řeči, hlasu a polykání (Vohradník, 2001).

Foniatr

Foniatr velice úzce spolupracuje s logopedickou péčí. Sleduje řeč, sluch a hodnotí anatomicko-funkční podmínky pro řeč u velofaryngeálního uzávěru (Kerekrétiová,

2008). Samotný foniatr však nevykonává žádnou individuální péči o dítě, pouze koordinuje práci logopeda s načasováním v souladu s ostatními výkony (Vohradník, 2001).

Rozsah odpovědnosti foniatra je velký, týká se ho včasná diagnostika, konzultace s centrem pro rozštěpové vady, spolupráce s logopedy, pediatry, klinickými psychology i stomatology. Sledování sluchu, nosní průchodnosti, vývoje řeči a také indikace operačních výkonů – například odstranění nosních mandlí (Škodová, Jedlička, 2003).

Klinický logoped

Velmi úzce spolupracuje s foniatrem a samotnými rodiči. Jeho péče se dělí na dvě formy, nepřímou a přímou. Nepřímá je do tří let věku dítěte a přímá nad tři roky. Načasování jeho práce se také odvíjí od jednotlivých operačních zákroků (Vohradník, 2001).

Stomatolog

Stomatolog spolupracuje s dítětem po celý jeho život. Chrup se po četných deformacích čelistí, nepravidelným prořezáváním zubů a jejich častou rotací nevyvíjí dle normy, prořezání zubů mimo řadu vyžaduje spolupráci mnoha odborníků – ortodontistů, čelistních chirurgů, protetiků, paradentologiků, dětských stomatologů. Náročné chirurgické zákroky se provádějí v pozdějším věku, kdy je vývoj chrupu ukončen a nemůže tedy mařit úspěšnost zákroků. Z hlediska logopedické péče to však dobře není, protože špatné postavení zubů znemožňuje správnou reedukaci výslovnosti (Škodová, Jedlička, 2003).

Dítě s rozštěpovou vadou je oproti běžným vrstevníkům častějším klientem stomatologa, neboť pro rozštěp je charakteristická zvýšená kazivost zubů. Často se u dětí objevuje nutnost používat protetické náhrady, které suplují chybějící zuby v řadě (Dvořák, 2009).

Rodiče

Rodiče jsou rovnocennými členy rozštěpového týmu – poskytují nejen péči samotnému dítěti, ale podílí se i na rozhodování postupu léčby. Pro dítě jsou však nejdůležitějšími osobami v průběhu celé péče. Na jejich výchově a přístupu k dítěti je

přímo závislý psychický stav dítěte a schopnost vyrovnání se s překážkami, které léčba rozštěpu přináší (Kerekrétiová, 2008).

Klinický psycholog

Klinický psycholog je nezbytnou součástí týmu, pomáhá zejména matce dítěte. Jeho funkce není jen v podpoře a poradenství rodičům, ale i pomoci hledání informací a řešení (Kerekrétiová, 2008). Spolupráce psychologa s rodiči spočívá i ve vysvětlení původu rozštěpu, aby nedocházelo k označování druhého partnera jako viníka vady vzniklé u dítěte (Škodová, Jedlička, 2003)

Pedagog

Učitel je z pohledu psychologicko-sociálního jedna z nejdůležitějších osob podílející se na začlenění dítěte s rozštěpovou vadou do třídního kolektivu. V něm spočívá umění vysvětlit dětem rozdílnost výslovnosti a estetickou vadu dítěte s rozštěpem. Učitel je také osoba, která dítěti může být oporou, dobrým „kamarádem“ a zároveň osobou, která ho může naučit snáze žít s jeho postižením (Vágnerová, 2005).

Speciální pedagog

Jeho práce spočívá v užší spolupráci s logopedickým centrem, formuje plán pedagogické podpory či individuální vzdělávací plán dítěte (dle rozsahu postižení). Pomáhá také třídnímu učiteli integrovat dítě do třídního kolektivu. (Vágnerová, 2005)

3.1 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Historie léčby

Rozštěpové vady zdaleka nejsou novodobou vrozenou vývojovou vadou. První zmínky o rozštěpech se objevují už několik let před Kristem. V této době však lidé věřili více mytickým bájím a pověstem, děti narozené s rozštěpovou vadou byly označovány jako dílo ďábla. Jejich osud tedy nebyl nijak přívětivý, většinou byly spalovány anebo vyhnány do divočiny.

Průlom nastal až ve 2. století našeho letopočtu, kdy se v Asii rozštěp začal léčit. Místní šamani a lékaři ret zašívají ovčí vlnou, snažili se o spojení těchto dvou od sebe

navzájem oddělených tkání. O mnoho let později bylo přistoupeno ještě k drastičtějšímu ošetření rozštěpové vady – žhavým tělesem byly opáleny okraje rozštěpeného rtu, které byly následně ošetřeny hedvábím a sešity. Tyto pokusy se z pohledu dnešního člověka zdají velmi kruté. Vydržely však až do 14. století, kdy nastává drobná odchylka ve vývoji léčby dochovaná prvním písemným dokladem o léčbě od vlámského chirurga Ypermana. Setrvává stále okrvavení okrajů rtu a pro jejich spojení používá jehlu obmotanou voskovou nití.

Zásadní průlom v chirurgické péči přinesl až rok 1764, kdy lékař Le Monnier do okrajů měkkého patra založil stehy a okraje rtu leptal až srostly. Lékaři zkoušeli tuto techniku vylepšit například leptáním rtů kyselinou solnou, došli také k oříznutí rtů a suturu rtu pomocí drátu.

Ve 20. století léčba dospěla k nám pochopitelným zákrokům, kdy je prováděna celková sutura patra. Nejvýznamnějším českým lékařem v oblasti léčby rozštěpových vad se stal František Burian (1881 – 1965), který definoval termín „rozštěpový iktus“, jež definuje, že rozštěp není jen rozpolcení. S léčbou rozštěpových vad je u nás ale také řada jiných odborníků, kteří si zaslouží pozornost. Jedním z nejvíce uznávaných je profesor MuDr. Ladislav Bařinka, který byl prezidentem Václavem Klausem oceněn Řádem bílého Lva za přínos v oblasti lékařství. Ladislav Bařinka je dodnes známým chirurgem na Klinice plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně (Dvořák, 2007).

Operace

Operace rozštěpu rtu, čelisti a patra je velmi náročný a dlouhodobý proces vyžadující systematickou práci, což dokládá tabulka č. 5. Rozštěp se začíná operovat již ve 3. měsíci života dítěte (před 30 lety se operace prováděly zpravidla v 18. měsíci).

Tabulka 5: Průběh léčby rozštěpových vad

Spodní věková hranice	Prováděná vyšetření a zákroky
1.týden – 2.měsíc života	vyšetření plastickým chirurgem, návrh předoperační ortopedické péče
3.měsíc	plastický chirurg – sešití rtu
2. – 6.měsíc	genetické vyšetření
konec 8.měsíce	ORL vyšetření u dětí s rozštěpem patra
9.měsíc	plastický chirurg – sešití patra
15.měsíc	řečová terapie (návčik hrou)
2,5 roku	foniatrické vyšetření, ortodontické vyšetření, stomatologická péče plastický chirurg – korekce tvaru nosu
3 roky	kontrolní vyšetření – plastický chirurg , foniatrie, ortodoncie, ORL
4 roky	plastický chirurg – prodloužení patra
6 roků	kontrolní vyšetření – plastický chirurg , foniatrie, ortodoncie, ORL
8 roků	plastický chirurg – vsazení kostního štěpu do čelisti
10 roků	kontrolní vyšetření – plastický chirurg , foniatrie, ortodoncie, ORL
13 roků	u dětí s rozštěpem čelisti – kontrolní vyšetření protetikem
14 roků	plastický chirurg – možné korekce měkkého nosu
17 roků	plastický chirurg– estetická operace obličeje ortodont – úprava čelistí
18 roků	kontrolní vyšetření – plastický chirurg, foniatrie, ortodoncie, ORL, dotazník spokojenosti s léčebnými výsledky

Zdroj: Dvořák, 2009, www.operativa.cz

Operace rtu jsou ale prováděny i v neonatální periodě (několik dní po operaci), zpravidla během prvního týdne. Výhodou je, že je provedena časně, je tak zvýšená efektivita hojivosti a následných méně viditelných estetických vad obličeje. Má také dobrý vliv na celkový psychický stav rodiny. Z lékařského hlediska je ale preferovanější období postnatální – dítě je zralejší, samovolně dýchá a nemusí být tedy napojeno na dýchací přístroje (ventilační kanylu) na jednotce intenzivní péče (Dvořák, 2009).

Poté, co je operace nosu a rtu úspěšně zvládnuta, přistupuje se k operaci patra. K ní dochází mezi 6. - 12. měsícem věku dítěte. Cílem je rekonstrukce patra a uzavření otvoru. Výhodou je, že operace je provedena ještě před nástupem řeči. Operace se provádí vždy pod celkovou narkózou, je při ní nutné od sebe oddělit kůži, kruhový sval ústní a sliznici úst. Současně se vyrovnává asymetrie nosu. Následuje sešívání tkáně tak, aby byly přirozeně spojeny v pořadí – sliznice, sval, kůže. Tkáně se sešívají vstřebatelným materiálem, proto je není třeba chirurgicky odstraňovat. Na sešítí kůže se však použijí stehy, které se samovolně nevstřebávají a je třeba je týden po operaci vytáhnout (Dvořák, 2009).

Sešítím rtu a patra operace však nekončí, po dokončení růstu chrupu následuje vsazení kostního štěpu do čelisti. U rozštěpových vad je totiž typické, že zuby mnohdy vyrostou i v patře. Operací se zajistí uzavření zubního oblouku tak, aby došlo k dalšímu zdravému vývoji chrupu. Mnohdy se tak děje za pomoci rovnátek.

Chirurgická péče končí v adolescentním věku, kdy probíhají „kosmetické“ úpravy obličeje, plastické operace nosu či úprava čelisti (Dvořák, 2009).

3.2 LOGOPEDICKÁ TERAPIE

Logopedická terapie v dnešní době začíná již v raném dětském věku a zpravidla se jí úspěšně daří ukončit před nástupem do školních lavic. Dříve se děti potýkaly s nápravou výslovnosti do téměř adolescentního věku. Příčinou dřívějšího napravení vad ve výslovnosti je právě díky včasné a efektivní práci s dítětem, které je možné jen díky včasným chirurgickým zákrokům, které odstraňují anatomické dysfunkce ve vývoji obličeje.

V této kapitole si nejdříve vymezíme pojem **řeč**, která lidstvo odděluje od ostatních savců. Následně si popíšeme **narušené komunikační schopnosti**, které při rozštěpech mohou nastat a teprve poté se dostaneme k pojmu **palatolalie**, který je spjat pouze s rozštěpovou vadou (Škodová, 2007).

Řeč

Řeč je nejčastěji artikulovaný zvukový projev člověka, který slouží k vzájemnému dorozumívání. Skládá se z lexikálního systému (ze slov) a gramatiky (z pravidel

jazyka). Řečí také můžeme označit i neverbální dorozumívání, například posunky, symboly nebo neartikulované zvuky. Artikulovaná řeč vzniká zejména v hrtanu, kde vzniká proudem vzduch, který proudí z plic, prochází mezi hlasivkami, které vytváří základní zvuk. Ten je následně doplněn jazykem, patrem, dásněmi a rty v dutině ústní, která má funkci rezonátoru. Na tvorbě samohlásek se podílí dutina ústní a hlasivky, na tvorbě neznělých souhlásek pak patro, dásně a rty. Hlasivky se podílejí na tvorbě znělých souhlásek.

První změny, které mohou být odlišné od zdravých jedinců, je možné zachytit v době napodobivého žvatlání. Odlišnosti ve vývoji anatomického vývoje obličeje u dětí s rozštěpovými vadami způsobují vznik různých hláskových náhražek. Později napodobování komplikuje odlišný růst zubů. Ani velké množství operací není příznivé pro tento vývoj. Bolest, která je s nimi spojená, není dobrou motivací ke cvičení.

Na vývoj řeči má nemalý vliv i postoj samotného dítěte k vlastní vadě. Vysoká míra narušení celistvosti jedince podstatně omezuje ochotu komunikovat (označujeme tuto skutečnost jako „jazyková kompetence“). Rozsah poruchy nemusí být nutně přímo úměrný vlastnímu prožívání poruchy. U psychicky méně odolného jedince může i velmi malá vada vyvolat nedozírné následky na jeho motivaci a začlenění se do společenských vztahů s lidmi. Naopak u psychicky silnějších jedinců rozsáhlá porucha nemusí vyvolat nežádoucí psychické stavy a nemusí vůbec ovlivnit začlenění se do společenských vztahů. Velký vliv na oba případy má vlastní rodina dítěte, spolužáci ve škole či ve školce a přátelé, s kterými se dítě přátelí.

Obecně můžeme konstatovat, že vývoj řeči probíhá stejně, jako u zdravého dítěte. V závislosti na rozsahu poruchy a osobnosti dítěte se ale může řeč vyvíjet pomaleji a mnohdy i nesprávně. V případě, že se kromě rozštěpu nevyskytují u dítěte další závažné okolnosti, například rozštěpové syndromy, mentální deficit anebo hyperaktivita, vyrovná se dítě ve vývoji řeči ostatním dětem během předškolní docházky. Na základní školu tedy mnohé děti narozené s rozštěpovou vadou nastupují bez znatelných příznaků poruchy řeči (Kutálková, 2007).

Vývoj řeči u dětí s rozštěpovými vadami

Na rozvoji řeči se vedle běžných okolností podílí hlavně sociokomunitativní kontext. Dítě se je citlivé a každý neúspěch se odráží v jeho další motivaci. Jsou-li pokusy o komunikaci neúspěšné, dítě velmi rychle ztrácí motivaci dalšího napodobování, což může vézt až k vědomému omezování samotné komunikace. Tím se ale brzdí rozvoj slovní zásoby, kterou dítě komunikací získává.

Předřečové období není pro děti s rozštěpovými vadami ničím výjimečné, probíhá naprosto stejným způsobem, jako u zdravých jedinců. Děje se tak z důvodu velkého čelistního úhlu, zvuk křiku není tedy odlišný. Vzhledem ke změně anatomických poměrů v ústech však nemůže dítě normálně sát, polykat, cucat si prsty atd. V tu chvíli si dítě osvojuje jiné, náhradní pohyby patra. To je důsledkem pozdějších odlišností ve zvukových projevech od běžného stavu, který se u dětí vyskytuje.

Rozvoj slovní zásoby se ale nutně opožďovat nemusí. Nemusí se také opožďovat samotné porozumění. Ve chvíli, kdy se ale zjistí celkové opoždění ve vývoji řeči nebo disproporce mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, je nutné hledat příčinu. „Při prověření všech možných příčin podle schématu reflexního okruhu (stejně jako u dětí bez rozštěpu) je nutno myslet především na sluchovou poruchu a na psychosociální vlivy (nedostatečná zpětná vazba na zvukové projevy dítěte, neúspěšné pokusy o komunikaci apod.), které rozvoj řeči nedostatečně stimulují.“ (Kutálková, 2007, s. 9). Situaci mohou komplikovat i jiné projevy, jako například dysgnózie, dyspraxie, dysfázie nebo porucha psaní, čtení.

Rozštěpy mají velký vliv i na **neverbální složky komunikace**. Změny jsou především v interakci dítě – matka. Zpočátku vývoje dítěte může mít problémy rozpoznat úsměv či jiná gesta. Matka může trpět pocitem frustrace, nejistoty, nebo dokonce může obviňovat sama sebe. U viditelných vad můžeme i později pozorovat omezenou či deformovanou mimiku. V dospělosti se můžeme setkat i o snahu rozštěpy zakrývat, u mužů jsou časté například kníry (Kutálková, 2007).

Narušená komunikační schopnost

„Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“ (Klenková, J., 2006, s. 25).

Komunikace je jedna z nejdůležitějších lidských schopností - je prostředkem ovlivňující mezilidské vztahy a samotný rozvoj osobnosti.

Z hlediska rozštěpových vad je pro nás důležitá verbální komunikace, která v pojmu zahrnuje jak mluvenou, tak i psanou řeč. Je-li verbální komunikace narušena, znamená to, že některá rovina z jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru interferenčně (Lechta, 2003)

(Lechta, 2003) uvádí několik základních kategorií narušené komunikační schopnosti.

- opožděný (narušený) vývoj řeči
- afázie – orgánová nemluvnost
- mutismus – psychogenní nemluvnost
- palatolalie – narušení zvuku řeči
- balbuties, breptavost – narušení plynulosti řeči
- dysartrie, dyslalie – narušení článkování řeči

Palatolalie

Rozštěp orofaciálního systému nepostihuje jen oblast vývoje obličeje, má ale i přímé důsledky na řeč, sluch a celkový psychický vývoj jedince. „Porucha artikulace způsobená velofaryngeální insuficiencí při rozštěpu patra se nazývá palatolalie. Dalším příznakem je podle Seemana (1955) palatofonie – zvláštní mečivý charakter barvy hlasu“ (Škodová, 2000, s. 221). S palatofonií se ale téměř nesetkáme, díky včasným chirurgickým zákrokům se jim zabrání – pokud se však objeví, pak u jedinců s těžkým patrovým defektem. (Škodová, 2000)

Palatolalie způsobuje narušení foneticko-fonologické roviny (porucha nosové rezonance, artikulace a srozumitelnosti řeči) a také rovinu morfologickou-syntaktickou (užívání jednotlivých slovních druhů, ohýbání slov a tvoření vět a souvětí) a lexikálně-sémantickou (porozumění řeči v okruhu běžného hovoru, chápání instrukcí, výkladu, pojmů, sdělení a vyprávění). V důsledku psychosociálních problémů také ovlivňuje rovinu pragmatickou. Všechny tyto faktory ovlivňují expresivní (úroveň výstižnosti, srozumitelnosti a adekvátního vyjadřování myšlenek, pocitů, prožitků a rozhodnutí) a

receptivní (úroveň porozumění a pochopení mluveného projevu při sociální komunikaci) složku řeči (Lechta, 2003).

Klasifikace palatolalie

Klasifikace palatolalie, stejně jako klasifikace rozštěpů, má více dělení podle různých autorů. Moleyová v roce 1970 rozdělila palatolalii do třech stupňů – do prvního stupně zařadila srozumitelnou řeč a lehce nazalizované samohlásky, do druhého stupně artikulační substituce a do posledního třetího stupně řeč, která není srozumitelná.

Morrison v roce 1971 vytvořil dvoustupňovou klasifikaci, kterou rozdělil na řeč se středně narušenou, avšak srozumitelnou řeč a na řeč ovlivněnou vadnou artikulací, nesrozumitelnou a neschopnou běžné komunikace.

Klasifikace vytvořená M. Sovákem (1978) byla rozdělená na čtyři stupně. První stupeň se vyznačoval otevřenou huhňavostí a dyslálií, avšak nemá výrazné narušení komunikační schopnosti. Druhý stupeň se vyznačoval mírným narušením porozumění, avšak stále srozumitelná řeč k okolí. Ve třetím stupni už Sovák vyznačil, že řeč odlišnost řeči je nápadná, ale srozumitelná. V posledním stupni je řeč zcela nesrozumitelná.

Vlastní hodnotící škálu řeči související s rozlišením rozštěpových vad z pohledu logopedického vytvořila A. Kerekrétiová (1997). Opět využila škály od nejsrozumitelnější po nejhůře srozumitelnou řeč. Řeč dobrá - je srozumitelná, bez defektů typických pro palatolalii s lehkou poruchou rezonance, kterou slyší pouze odborníci. Řeč společensky únosná - vyskytují se v ní zbytky palatolalie, které však nejsou překážkou při komunikaci. Řeč hůře srozumitelná - zejména pro okolí a někdy i pro nejbližší a poslední je řeč nesrozumitelná.

Pojmem palatolalie můžeme zahrnout jak jazykové, tak i nejazykové prostředky komunikace. Definice palatolalie jako narušení komunikační schopnosti při rozštěpu patra je tedy naprosto výstižná (Kerekrétiová, 1997).

Diagnostika vyšetření palatolalie

Při diagnostice palatolalie se kombinuje diagnostika lékařská a logopedická, vzájemně se doplňují. Při vyšetření palatolalie se používají stejné metody jako při vyšetření otevřené huhňavosti. Na vyšetření se podílí stomatolog, pediatr, neonatolog a foniatr, vyšetření jsou soustředěny do specializovaných center (Škodová, 2007).

Stejně jako u vyšetření jiných druhů narušené komunikační schopnosti se používají metody pozorování (krátkodobé, dlouhodobé, za použití záznamových archů, listů), explorační metody (rozhovor rodinný, osobní) nebo studium případu (analýza diagnostiky od jiných specialistů).

Výsledky nápravy řeči, jejich úspěšnost jsou zároveň ukazatelem úspěšnosti chirurgických zákroků, neboť ty ovlivňují řadu činitelů mající vliv na výslovnost (Kerekrétiová, 2003).

Hodnocení palatolalie

Toto hodnocení specifického faktoru řeči je velmi důležité, protože srozumitelnost artikulace je základním prvkem úspěšnosti interpersonální komunikace. Pro vyhodnocení úrovně artikulace se používají slovní artikulační testy spočívající v opakování slov po vyšetřujícím. Hodnotí se výslovnost na začátku, uprostřed a na konci slova, přičemž vyšetřující zaznamenává, zda se jedná o správnou, nesprávnou výslovnost anebo o vynechávání slov. Nejlepším zhodnocením je však recitace krátké básničky samotným dítětem, neboť u ní může logoped sledovat plynulost, citovou zabarvenost, nosní rezonanci, mimiku obličeje doprovázející snahu doplnit slovo (Kerekrétiová, 1997).

Vadná artikulace ovlivňuje srozumitelnost více, než narušená rezonance. Řeč je špatně srozumitelná zejména tehdy, kdy dítě tvoří nesprávně artikulované souhlásky (více, než nazalizované). Při hodnocení je však rozhodující věk dítěte a jeho vyzrálost v oblasti slovní zásoby a foneticko-fonologického systému. Nebezpečím v logopedické péči je dlouhodobá práce s jedním logopedem, při které může dojít ze strany logopeda ke snížení nároků na správnou výslovnost dítěte a k postupné ztrátě objektivity ve vnímání artikulačních odlišností (Kerekrétiová, 2003).

K hodnocení se používají různé škály. Coopeland (1990) hodnotí řeč pomocí deseticentimetrové úsečky, na jejímž jednom konci je řeč srozumitelná a na druhém řeč nesrozumitelná. Na stupnici této pásky udává úroveň srozumitelnosti.

Walter (1987) srozumitelnost řeči hodnotí čtyřbodovou škálou, při níž srozumitelnost řadí do stupnice od nesrozumitelné řeči, špatné řeči po dostatečnou výbornou srozumitelnost (Kerekrétiová, 2010).

Reedukace palatolalie

Reedukace navazuje na komplexní sledování a rozvoje rizikových oblastí. Základní principy rozvoje komunikačních schopností jsou vesměs stejné, jako u zdravých dětí. Akcent na určité oblasti je pochopitelně jiný, než je tomu u zdravých jedinců. Jedná-li se například o rozštěp rtu, věnujeme se více motorice v orofaciální oblasti.

Specifikum reedukace palatolalie u dětí s rozštěpovými vadami spočívá v rozdělení péče na **předoperační a pooperační**. Vzhledem ke stále snižujícímu věku vhodnému pro operaci se výrazně mění i náplň předoperační a následně pooperační péče. Náplň je také závislá na typu operace, protože podstatný rozdíl je mezi operací rtu v raném věku před rozvojem řeči, operací patra během vývoje řeči a korekcí zubů a čelisti po ukončení vývoje řeči.

„Nízký věk dítěte před operací i po operaci vyžaduje postupy, které vycházejí zejména z preventivních postupů řízení fyziologického vývoje řeči, ať jde o kteroukoli položku komplexní péče o řeč. Nejde o nácvik, ale o postupné vědomé vytváření správných mechanismů“ (Kutálková, 2007, s. 16).

„Operací dochází k vytvoření vyhovujících, anatomicko-funkčních podmínek pro rozvoj správného zvuku řeči. Reedukační postupy se pak řídí věkem dítěte a stupněm jeho zralosti, rozsahem palatolalie a sociokulturními podmínkami rodiny“ (Kutálková, 2007, s. 16).

Předoperační péče

Náplň předoperační péče závisí na věku dítěte, stupni jeho psychické zralosti, vývojovém stupni řeči a na sociokulturní úrovni rodiny. Nejdůležitější je stanovit přiměřené nároky na dítě i jeho rodinu při přípravě individuálního plánu, vhodná je zejména motivace a metoda malých kroků.

Předoperační péče je hlavně přípravou na samotnou operaci. Diagnostiku zvuku řeči před operací a následným srovnáním zvuku řeči po operaci, která je většinou horší. Na to jsou rodiče připravováni. Jsou také připravováni na zhoršení kvality řeči. Podrobně jim je vysvětleno, čím je kvalita řeči zhoršená. Pro lepší pochopení se provádějí různá měření, tabulky, na kterých se nejlépe ukazuje, v jakém rozsahu a co se konkrétně zhorší a z jakého důvodu. Součástí vyšetření jsou také různé audio a video nahrávky. Opomenutí této přípravy může mít závažné důsledky pro důvěru rodičů k logopedovi, zároveň vede ke ztrátě důvěry v lékařskou péči. Zejména v případě velkého zhoršení řeči (Kutálková, 2007).

Pooperační péče

Pooperační péče sleduje mnoho aspektů vývoje řeči, které by se po operaci měly změnit:

- Kvalita patrohltanového uzávěru je nutné vycházet z foniatrické zprávy, která dává najevo, do jaké míry jsou nutné masáže patra a v jakém rozsahu
- Koordinace patrohltanového uzávěru a mluvidel – střídáním hlásek nosových a závěrových, případně slov, která tyto hlásky obsahují.
- Propojení mezi ústní a nosní dutinou, vliv jizev na funkci mluvidel.
- Dýchání nosem a hospodaření s dechem.
- Kontrola hláskového systému – přírodní zvuky, opakování slov, spontánní výslovnost sledovaných hlásek, míra palatolalie v řeči. Respektujeme věk dítěte a bereme v úvahu obvyklou úroveň výslovnosti v příslušném věku.
- Kvalita hlasu – výskyt hrtanového rázu, šelestů a podobně. A také palatofonie.
- Mimika – sledujeme změny proti stavu před operací.
- Sebehodnocení – sledujeme zejména v případě viditelných změn (operace rtů, zubů apod.) a s tím související míru narušení osobnosti.
- Komplexní posouzení stupně vývoje řeči – slovní zásoba, vyjadřovací pohotovost, mluvní apetit, celková srozumitelnost.

Následuje shrnutí, nahrávka a formulace základních směrů reedukace, stanovení priorit v reedukaci a individuální plán na kratší období (zhruba čtvrt roku) (Kutálková, 2007, s. 17).

Charakter pooperační logopedické péče je závislý na věku dítěte, stupni psychické zralosti a stupni vývoje řeči. Vedle příjmu potravy, dýchání a polykání sledujeme ještě:

- Funkčnost patrohltanového uzávěru.
- Koordinaci jeho funkce s artikulačními pohyby.
- Míru palatofonie a palatolalie.
- Přítomnost kompenzačních mechanismů.

Porovnáváme pak výsledky prvního vyšetření před operací a výsledky pooperační péče. Sledujeme zejména návyky, které mělo dítě před operací – sání,

polykání, příjem potravy, dýchání atd. Podporujeme jejich správné zapojení do funkce celé orofaciální soustavy (Kutálková, 2007).

Vyšetření nosní rezonance

Hodnocení nosní rezonance se pohybuje od vyvážené normální, přes změněnou až po patologickou. Míru nosní rezonance je proto nutné subjektivně hodnotit a vymezit, zda se jedná o změnu dočasnou nebo trvalou.

K vyšetření se používá **Czermakova a Gutzmanova A-I zkouška**. Pro malé děti se používá zjednodušená zkouška při vyslovování samohlásky I a U se střídavým stlačením a uvolněním nosního chřípí. V některých případech se ke zhodnocení rezonance používá vyslovování různých slabik, například „bat-bát, but-bút“ nebo slova s nosovými slabikami „noviny, nanuk“. Poruchy rezonance jsou často spojeny s poruchou artikulace a fonace. (Kerekrétiová, 2008)

K dalšímu vyšetření se také používá **zkouška nosním sluchadlem nebo hadičkou**. Jeden konec hadičky se umístí do ucha foniatra, druhý konec se přiloží těsně před nosní dírkou dítěte. Dítě na pokyn foniatra vyslovuje jednotlivé hlásky nebo krátká slova. Foniatr slyší míru úniku vzduchu nosem, což umožní upřesnit si nosní šelesty (Kutálková, 2007)

Jedním z vyšetření je také metoda nafouknutí tváří, foukání, pískání, pití slámkou (brčkem), udržení vzduchu či tekutiny v ústech. Tyto činnosti se používají především při dobrém patrohltanovém uzávěru. Slouží nejen jako zkouška funkce patrohltanového uzávěru, ale i k posilování uzávěru.

Nosní rezonance je také spojena s důsledkem hypernazality, která je důsledkem vysoké polohy jazyka, malého čelistního úhlu, nedostatečnou koordinací velofaryngeálního mechanismu s artikulačními orgány nebo mentální retardací a poruchou sluchu (Kerekrétiová, 2010).

Odstranění narušené nosní rezonance

Nosní rezonance (huhňavost) se odstraňuje velmi těžce a trvá po mnoho let. Je-li třeba, jsou provedeny přídatné operace nosu za účelem zlepšení průchodnosti nosních dírek. Teprve poté se dítě učí správně směřovat výdech – jedny z nejdůležitějších metod jsou pískání anebo foukání. V další fázi se logoped snaží pomocí zrcátka, svíčky apod. docílit co

nejmenšího úniku vzduchu nosem. Opět musíme podotknout, jedná se o velmi náročné, zdouhavé a trpělivé cvičení (Škodová, 2007).

Korekce vadné artikulace

Všechny ostatní nápravy nevyžadují takovou píli, trpělivost a motivaci samotného dítěte a jeho rodičů jako úprava nesprávné artikulace vzniklé v důsledku nesprávně naučeného mechanismu vyslovování jednotlivých hlásek. Jedná se o dlouhodobý proces spočívající ve skloubení samostatné práce s pravidelnými návštěvami logopeda.

Korekce nespočívá v nápravě vadně vyslovovaných hlásek, snaží se také o vytvoření nových fonémů. Využívá se přirozených zvuků z přírody, postupně navozuje řeč šepem.

Korekce má čtyři etapy – přípravná cvičení, vyvození hlásky, fixace a automatizace správné výslovnosti (Kerekrétiová, 2008)

- **Přípravná cvičení**

Skládají se z procvičování oromotoriky a nácviku fonematické diferenciaci. Pokud dítě nepoužívá jazyk, rty – díky oromotorickým pomůckám se podaří rozhýbat ztuhlou část a donutit ji spolupracovat na rozvoji správné artikulace řeči (Kerekrétiová, 2008)

- **Vyvozování hlásek**

U palatolalie vyvozování hlásek začíná vždy neznělými, zpravidla vyslovováním samohlásek v jiném pořadí, než se učíme ve škole. Ve škole je pořadí A,E,I,O,U, kdežto u vyvozování hlásky změni pořadí na A,O,U,E,I.

- **Terapie na zlepšení srozumitelnosti řeči**

Uvádí se, že řeč je ovlivněna únikem vzduchu a špatným uzavřením patrohltanového uzávěru. Pro nácvik lepší srozumitelnosti se používají metody zaměřené na menší únik vzduchu, posilování svalstva vně úst. Úspěchu se docílí přiměřeným, pomalým tempem, melodií a správným rytmem. Je nutné, aby osoba s palatolalií dbala na široké otevírání úst a správnou, byť pomalejší, výslovnost. Rychlá mluva způsobí huhňavost, nesrozumitelnost. (Kerekrétiová, 1997)

Palatolalie je nejtěžší forma narušené komunikační schopnosti u člověka. Projevuje se zejména u rozštěpových vad rtu, čelisti a patra. Jedná se o dlouhodobou léčbu, která vyžaduje velké úsilí samotného pacienta. Má vliv na sociální vztahy jedince, úroveň nápravy ovlivňuje jeho společenský status a vývoj psychiky.

Chyby při reedukaci palatolalie

- Nebrat v úvahu psychickou situaci matky (rodiny).
- Dodržovat celý postup metodiky i u malých odchylek (např. po operaci dobře zhojený rozštěp rtu).
- Podceňovat dokumentaci jednotlivých vývojových etap.
- Opomenout komplexní rozvoj hrubé a jemné motoriky, rovnováhy a smyslového vnímání.
- Věnovat se přednostně výslovnosti.
- Nevěnovat pozornost koordinaci patrohltanového uzávěru s mluvními pohyby.
- Zadávat úkoly rodičům bez příslušného vysvětlení jejich účelu.
- Nerespektovat při dlouhodobé péči momentální situaci v rodině (větší starosti, onemocnění člena rodiny apod.) a trvat na nácviku.
- Nezařazovat do reedukace období uvolnění s menším množstvím úkolů.
- Nesledovat zapojování dítěte s vrstevníky. (Kutálková, 2007, s. 29)

Integrace dítěte s palatolálií ve školství

Pokud dítě s rozštěpem netrpí nějakým druhem mentálního postižení, navštěvuje běžnou mateřskou a základní školu. Jejich zařazení do školních kolektivů nebývá problematické, jsou většinou třídním kolektivem přijati a mnohdy je jejich spolužáci ochraňují. Během jejich docházky je však nutná spolupráce pedagogů s klinickým logopedem, kteří pravidelně informují o průběhu vývoje výslovnosti.

V případě, že rodina není schopna v dostatečném rozsahu zajistit příslušný nácvik, nebo jde o větší rozsah postižení, anebo jsou problémy se začleněním dítěte do kolektivu, je dítě umístěno do speciální mateřské i základní školy pro děti s poruchami řeči. Zde s dětmi pracují pedagogové, kteří mají statní zkoušky z logopedie, mají ve

třídě menší počet dětí a mohou se tedy dětem individuálněji věnovat. Práce s dětmi se prolíná celým denním programem, individuálními nácviky a skupinovými nácviky. V každém případě je velmi nutná konzultace s rodiči, kteří se takto dovídají podrobnosti o reedukaci ve škole a jsou poučeni o domácí přípravě.

3.3 PROGNOZA

Prognóza palatolalie je v současné době díky novým diagnostickým možnostem, operačním technikám, lepší dostupnosti kvalitní a komplexní odborné péče i lepší informovanosti veřejnosti velmi dobrá (Škodová, Jedlička, 2007). Je ale třeba stále brát v úvahu individuální faktory – rozsah postižení, včasné odhalení, spolupráce týmu lékařů a v neposlední řadě spolupráce rodičů. Dobrá prognóza je tedy přímo závislá dlouhodobé systematické a intenzivní intervenci celého týmu včetně rodičů (Kerekrétiiová, 2008).

Úspěch logopedické intervence se odvíjí od řady faktorů – mimo jiné od počtu operací, od systematické a pravidelné práce logopeda, intelektu vlastního dítěte a od motivace ke spolupráci ze strany rodičů (Weigl, 2005). Právě oni jsou nositeli úspěchu – dodržují-li instrukce lékařského týmu, v nápravě řeči pak logopeda, dostaví se úspěch. Jedná se o dlouhou a velmi náročnou péči, kdy dítě i rodiče musí neustále procvičovat, zkoušet, odhodlávat se, nevzdávat se (Škodová, Jedlička, 2007).

3.4 PREVENCE

Prevence je dvojitá – medicínská a logopedická. Medicínská prevence vychází z moderních poznatků genetiky, která se zabývá příčinami vzniku rozštěpových vad. „Výzkumy zabývající se korelací mezi zvýšeným příjmem kyseliny listové a výskytem orofaciálních vad ukazují na preventivní účinek kyseliny listové na vznik těchto vad“ (Dušková, 2007, s. 18). Kyselina listová má také příznivý dopad na jiné malformace lidských orgánů, například růstu končetin. V určitém stádiu těhotenství je matce doporučováno přijímat velké množství kyseliny listové (více jak 6 mg/den), která má projektivní účinek. Vše samozřejmě pod lékařským dohledem. Je také nutné navštěvovat

ultrazvuková vyšetření, která pomáhají odhalit rozštěpy rtu, čelisti a patra. (Dušková, 2007).

Logopedická prevence je zaměřena na zmírnění nesprávného osvojování si artikulace a také nápravu již vadně tvořené výslovnosti jednotlivých hlásek u dětí a dospělých s rozštěpovou vadou. Dělí se na prevenci primární, sekundární a terciární. Primární prevence zahrnuje veškerou informovanost rodičů, vzdělávat je v daném problému. Sekundární se snaží zabránit vzniku patologických artikulačních, dechových, fonačních návyků. Terciární se zaměřuje na samotné dítě, snaží se ho naučit žít s jeho vadou a horší výslovností, je tedy prevencí psychosociálního rázu (Kerekrétiová, 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A JEHO CHARAKTERISTIKA

4.1 VÝZKUM, HLAVNÍ CÍL, DÍLČÍ CÍLE

V empirické části se bakalářská práce se věnuje kvalitativnímu výzkumu s využitím případových studií. Zabývá se logopedickou, lékařskou a pedagogickou intervencí u dětí s rozštěpovými vadami. Důraz je kladen na diagnostiku, terapii a prognostiku. Objekty výzkumu jsou děti s rozštěpovými vadami rtu, čelisti a patra.

Hlavním cílem výzkumu je analýza současné poskytované odborné, logopedické a pedagogické péče u dětí s rozštěpovými vadami a s nimi spojenými narušenými komunikačními schopnostmi (palatolálií). Hlavní výzkumnou otázkou vyplývající z hlavního výzkumného cíle je: Jaká je současná logopedická, lékařská a pedagogická péče u dětí s rozštěpovými vadami?

Na základě uvedeného cíle výzkumného šetření byly následně zformulovány tři dílčí cíle:

1. Hodnocení logopedické intervence u dětí s orofaciálními rozštěpy **ze strany rodičů těchto dětí. (Hodnocení logopedické intervence u dětí s orofaciálními rozštěpy ze strany rodičů těchto dětí.)**
2. Analýza podpory ze strany pedagogů poskytované dětem s rozštěpovými vadami, **Analýza pedagogické intervence poskytované dětem s orofaciálními rozštěpy.**
3. Formulace doporučení pro pedagogickou činnost s dětmi a žáky s rozštěpovými vadami na základě údajů zjištěných z výzkumného šetření.

Na základě vymezení dílčích cílů byly sestaveny níže uvedené dvě výzkumné otázky:

1. Jaké je hodnocení logopedické intervence poskytované dětem s rozštěpovými vadami ze strany jejich rodičů?
2. Jaké je hodnocení pedagogické intervence poskytované dětem s rozštěpovými vadami ze strany jejich rodičů?

4.2 VLASTNÍ REALIZACE VÝZKUMU

Prvním krokem výzkumu bylo stanovení hlavního cíle výzkumu, od něj následně vymezení dílčích cílů nutných pro sestavení případových studií.

Poté bylo třeba vybrat vhodnou metodu ke sběru dat pro získání potřebných informací k případovým studiím. Po prostudování odborné literatury týkající se sběru dat bylo rozhodnuto pro kvalitativní metodu – zúčastněné pozorování a rozhovor. Byl sestaven dotazník týkající se rodinné a osobní anamnézy pro rodiče dětí s rozštěpovými vadami rtu, čelisti a patra. Tyto otázky sloužily jako podklad při rozhovoru s rodiči.

Vyhledání dětí, které se narodily s rozštěpovou vadou rtu, čelisti a patra, nebylo nijak obtížné. S cílem výzkumného šetření byl seznámen operující lékař z Kliniky plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice u svaté Anny v Berkově ulici v Brně – Králově Poli, který doporučil spojit se Občanským sdružením a Nadačním fondem Šťastný úsměv. Občanské sdružení pomohlo s vyhledáním dětí s rozštěpovými vadami, s nimiž následně probíhala spolupráce. Bylo také využito mnohaletých zkušeností s klinickou logopedkou, která spolupracuje s Občanským sdružením a Nadačním fondem Šťastný úsměv.

Díky výše uvedeným kontaktům se podařilo navázat spolupráci s rodiči 5 dětí z různých koutů naší republiky, s kterými proběhla setkání v Praze, Brně a Olomouci. Děti byly navštíveny ve chvíli, kdy bylo možné uskutečnit náslech u jejich vlastního logopeda v prostorách školy nebo školky, kam docházely, kde byla zároveň shlédnuta

práce logopeda s dítětem. V tom okamžiku bylo možné navštívit dítě alespoň v jedné vyučovací hodině. Zpravidla hned po náslechu proběhla schůze s rodiči, kde bylo možné se zeptat na doplňující otázky k dotazníku. Vzhledem k velkým vzdálenostem byla pro ujasnění některých informací použita také emailová korespondence.

4.3 SEZNÁMENÍ S METODAMI SBĚRU DAT

Kazuistika

Kazuistika je výzkumnou metodou, jejíž náplní je podrobné zkoumání a důkladné porozumění případu. Aby splnila svůj účel, je potřeba jí věnovat dostatek času. Jádrem výzkumu je samotná kazuistika, v níž „badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je interpretovat interakce mezi případem a okolím“ (Švaříček, Šedová, 2007, s. 98). Badatel užívá všechny dostupné metody sběru dat, zejména formy rozhovorů, pozorování, analýzu dokumentů apod.

Pro naplnění výzkumu je nutná záměrná volba kazuistiky. Badatel nemůže spoléhat na náhodný výběr, jeho případ musí odpovídat výzkumným záměrům, umět smysluplně odpovědět na otázky a výzkumné cíle. U početnějších kazuistik se badatel zabývá jednotlivými případy, které následně porovnává a vydedukuje závěrečnou zprávu. Větší počet případů vždy působí věrohodněji, fakta z nich získaná jsou věrohodnější, než u jednoho případu.

Zúčastněné pozorování

Při zúčastněném pozorování dochází k vzájemné interakci mezi badatelem a pozorovanými účastníky výzkumu. Badatel do činnosti nezasahuje, pouze pozoruje a zaznamenává informace, které následně analyzuje a zprostředkuje čtenáři (Švaříček, 2007).

Bylo realizováno celkem 5 setkání s dětmi s rozštěpovými vadami rtu, čelisti a patra. Setkání se uskutečnila v základních a mateřských školách podle toho, kterou

instituci konkrétní dítě navštěvovalo. V první fázi setkání proběhla formou zúčastněného pozorování ve třídě daného jedince. Byly vedeny volné poznámky, které nebyly zaznamenány do záznamového archu. V druhé fázi probíhal náslech při práci logopeda s dítětem, taktéž se jednalo o pozorování bez jakéhokoliv zásahu do procesu výuky. Vytvořené poznámky byly použity při rozhovoru.

Rozhovor

Rozhovor je nejčastěji používaná metoda u sběru dat v kvalitativním výzkumu. Jedná se zejména o hloubkový rozhovor, který spočívá v dotazování kazuisty badatelem pomocí předem připravených otevřených otázek. Rozhovor může být **polostrukturovaný**, který vychází z předem připravených otázek a témat, anebo **narativní (nestrukturovaný)**, který je založen na jedné hlavní otázce a na základě poskytnutých informací vytvořených dalších otázek dle situace rozhovoru (Švaříček, Šedová, 2007).

V této práci byl použit rozhovor polostrukturovaný, vycházel z předem připraveného dotazníku uvedeného v příloze A. Většina otázek byla uzavřených, rodiče si mohli vybrat konkrétní odpověď. Některé otázky byly otevřené, umožňovaly formulovat vlastní odpověď. Právě v těchto otázkách byly vyžity poznámky z náslechu.

Příprava rozhovoru

Je nutné, aby měl badatel dostatečné teoretické znalosti o zkoumaném jevu. Dále by si badatel měl na základě výzkumného cíle stanovit schéma rozhovoru tak, aby získal potřebné informace a odpověděl si na výzkumné otázky.

Rozhovor je strukturovanou konverzací, badatel jej koriguje pomocí hlavních, navazujících a pátracích otázek. Tazatel si pomocí otázek formuje dotazovaného takovým směrem, jakým potřebuje on sám.

Rozhovor byl sestaven z dvaceti otázek, devatenáct z nich bylo s možností výběru. Diskuzí však bylo možné tyto odpovědi doplnit o další informace, otázky kladené mimo dotazník byly směřovány k pochopení a následné analýze odpovědi.

Poslední otázka byla otevřená, rodiče zde odpověděli dle vlastních slov. (Otázky položené v rámci strukturovaného rozhovoru jsou uvedeny v příloze + označení)

4.4 KAZUISTIKY

Uvádím celkem 5 kazuistik, které sledují 5 dětí s rozštěpovými vadami rtu, čelisti a patra. Na základě doporučení z Občanského sdružení a Nadačního fondu Šťastný úsměv se jednalo o tři chlapce a dvě dívky ve věku od 4 do 10 let. Tři děti byly školního věku, dvě děti navštěvovaly mateřskou školu. Jednotlivé děti byly navštíveny v jejich školách v místě bydliště. Jednalo se o děti bydlící v Praze, Brně a Olomouci.

Kazuistika č. 1

David je pětiletý chlapec, narozený s izolovaným rozštěpem rtu, měkkého a tvrdého patra.

Rodinná anamnéza

Matka je narozena v roce 1989, zdravotní stav dobrý, neprodělala žádné vážné onemocnění. Otec je narozen v roce 1986, zdravotní stav dobrý, neprodělal žádné vážné onemocnění. Sestra je narozena v roce 2009, zdravotní stav dobrý, neprodělala žádné vážné onemocnění. V rodině se rozštěp dříve nevyskytl.

Osobní anamnéza

David se narodil ve 37. týdnu těhotenství, porod proběhl císařským řezem. Během těhotenství nebyly žádné komplikace. Těhotenství plánované. Rozštěp nebyl zjištěn v průběhu těhotenství, byl matce oznámen až po porodu. David byl operován 12. den po narození, byl mu operován ret. V 10. měsíci podstoupil operaci patra a ve dvou letech korekci nosu a sutury nosních křídel.

Logopedická náprava

Logopedická péče byla zahájena ve dvou letech se znatelnou huhňavostí. Logopedická intervence byla zahájena v místě bydliště klinickým logopedem. Chlapec k dýchání používá střídavě nos i ústa, což je důsledkem výrazné nosní rezonance. Jazyk je neobratný, vykonává pouze pohyb nahoru a dolů. David doma cvičí denně, spolupráce s logopedem je výborná. Zaměřují se na znělé B, které David nahrazuje neznělým P a také na ostré sykavky, které nahrazuje tupými. Kvůli záměně B/P David absolvoval vyšetření sluchové analýzy a syntézy pro zjištění, zda rozeznává rozdíl mezi dvěma hláskami, byla bez negace. Pro správnou výslovnost B se použila metoda nácviku posílení rtu. Pomocí onomatopoeie byla správným držením úst napravit sykavky – zuby na sebe a vytvořit úsměv – následně pouštět vzduch skrze zuby. Dýchání nosem David cvičil přivoněním si a dechovými cvičeními.

Školní intervence

David byl zařazen do logopedické třídy v mateřské škole v místě bydliště. Adaptace byla zcela bez potíží, výhodou je více dětí s poruchou výslovnosti a klinický logoped, který je zaměstnancem mateřské školy. Dvakrát týdně má David individuální výuku výslovnosti mimo kmenovou třídu.

Spolupráce s odbornými pracovníky

Práci lékařů v místě narození hodnotili rodiče velmi negativně. K rozštěpu jim zde ze strany lékařů nebyla podána téměř žádná informace. Po převedení léčby do Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně se rodiče dostali k cenným informacím, jejich práci naopak hodnotí velmi kladně. Spolupráci pedagogů v mateřské škole rodiče hodnotí příznivě, David se ve třídě cítí dobře. Taktéž s logopedickou péčí jsou rodiče rovněž spokojeni.

Kazuistika č. 2

Hana je šestiletá dívka s levostranným rozštěpem rtu, měkkého i tvrdého patra

Rodinná anamnéza

Matka – narozena v roce 1979, zdravotní stav dobrý, neprodělala žádné vážné onemocnění. Otec – narozen v roce 1978, zdravotní stav dobrý, neprodělal žádné vážné onemocnění. Bratr – narozen v roce 2007, diagnostikován ADD, navštěvoval speciální mateřskou školu opožděný vývoj řeči, nyní ve 3. ročníku běžné základní školy, má k dispozici asistentku pedagoga, dobře integrován.

Osobní anamnéza

Hana byla narozena ve 40. týdnu těhotenství, porod byl zpočátku bez komplikací. Později však došlo ke zjištění ztenčení jizvy po předchozí operaci, bylo následně přistoupeno k další sekci. Rozštěp byl zjištěn ve 12 týdnu těhotenství, v 16. týdnu odběr plodové vody, vyloučena geneticky podmíněná poškození. Častá ultrazvuková vyšetření, kolem 20. týdne zjištěna neprokrvená cysta na placentě. Věk matky při porodu byl 30 let. Hanka byla operována již 3. týden po narození, jednalo se o korekci nosu a sutura rtu. V 7. měsíci operováno patro a ve 4 letech provedeno prodloužení měkkého patra a následná korekce patra.

Logopedická péče

Logopedická péče byla zahájena ve 12 měsících s vlastním vybraným logopedem. Za logopedickou péči museli rodiče s Hankou dojíždět, v místě bydliště měl logoped plný stav. Po několika letech se dostali do péče místnímu logopedovi, avšak stále probíhají souběžné návštěvy u původního, soukromého logopeda jednou týdně, který má dle rodičů větší zkušenosti s rozštěpovými vadami. Doma Hanka cvičí několikrát denně, výsledky se dostávají poměrně pomalu. Problémy s výslovností Hance dělají hlavně: hlásky L, Č, Š, Ž, C, S, Z. Hanka denně cvičí „vyšpulit pusou“, pouštět vzduch mezi zuby, nikoliv nosem či stranou.

Školní intervence

Hanka navštěvovala běžnou mateřskou školu, adaptace na třídní kolektiv proběhla bez problémů. Do základní školy Hanka nastoupila v řádném termínu, tj. po dovršení 6. roku. Vzdělává se dle běžného vzdělávacího plánu školy, bez dalších podpůrných opatření. Asistenta pedagoga či spolupráci se speciálním pedagogem nepotřebuje.

Začlenění do třídního kolektivu proběhlo bez problémů, Hanka je v kolektivu oblíbená.

Spolupráce s odbornými pracovníky

Dle hodnocení byli rodiče nejvíce spokojeni se soukromým logopedem, kterého si našli sami. Naopak práce prvně zvoleným logopedem nebyla dle rodičů efektivní. K soukromému logopedovi se Hanička těší, vznikl mezi nimi užší vztah. Práce s foniatrem byla ohodnocena stejně jako práce soukromého logopeda – výborně. Lékařská péče byla dle rodičů na velmi dobré úrovni, byli maximálně spokojeni s jejich prací a informovaností. Spolupráce s učiteli byla dle dotazníku ohodnocena chvalitebně. Rodiče mají určité výhrady v postupu vzdělávání, nejsou však nijak závažné. Spolupráci speciálního pedagoga a psychologa rodiče odmítli, nebyla dle jejich slov třeba.

Kazuistika č. 3

Vincent je čtyřletý chlapec s celkovým rozsáhlým levostranným rozštěpem.

Rodinná anamnéza

Matka – narozena v roce 1981, zdravotní stav dobrý, neprodělala žádné vážné onemocnění. Otec – narozen v roce 1980, zdravotní stav dobrý, neprodělal žádné vážné onemocnění. Bratr – narozen v roce 2014, zdravotní stav dobrý, neprodělal žádné vážné onemocnění

Osobní anamnéza

Vincent se narodil v 38. týdnu těhotenství, porod záhlavím, bez komplikací, plánovaný. Rozštěp byl zjištěn v 18. týdnu těhotenství při běžné kontrole u gynekologa, o dva dny později potvrzeno na ultrazvuku ve Fakultní nemocnici U Apolináře. Prodělaná aminocentéza (karyotyp).

Prodělané operace

Třetí den po narození Vincenta proběhla operace rtu a nosu. V 10. Měsíci byla provedena operace patra a následná korekce nosu. Byly také zavedeny gromety do středouší. Od 3 let nosí rovnátko na roztahování čelisti.

Logopedická péče

Logopedická péče byla zahájena ve 12. měsíci u vybraného logopeda, původní nevyhovoval. Návštěvy probíhají jednou za 4 měsíce. Matka uvádí, že je pro ni velmi důležitý vztah logopeda k dítěti z důvodu vytvoření vzájemného vztahu a tím i lepší motivace Vincenta k práci. Logoped se nachází v místě bydliště, domácí cvičení probíhá občas (nepravidelně). Vzhledem k nízkému věku dítěte nelze zcela určit rozsah, znatelná je odlišnost ve výslovnosti sykavek.

Školní intervence

Vincent se začlenil do běžné mateřské školy, adaptaci rodiče označili jako přiměřenou.

Spolupráce s odbornými pracovníky

Spolupráce s foniatrem a logopedem je rodiči hodnocená jako výborná. O něco hůře rodiče hodnotili spolupráci s lékaři a učiteli je dobrá, mohla by dle rodičů být lepší. Vzhledem k nízkému věku Vincenta není zatím potřeba speciálního pedagoga či psychologa, rodiče nepředpokládají jejich přítomnost.

Kazuistika č. 4

Leoš je desetiletý chlapec s celkovým oboustranným rozštěpem rtu i patra.

Rodinná anamnéza

Matka narozena 1972, zdravotní stav dobrý, levostranný rozštěp rtu a tvrdého patra. Otec narozen 1969, zdravotní stav dobrý, vyšší krevní tlak. Bratr narozen 2001, zdravotní stav dobrý.

Osobní anamnéza

Leoš se narodil ve 40. týdnu těhotenství přirozenou cestou, když bylo matce 35 let. Během těhotenství se nevyskytly žádné komplikace, těhotenství bylo plánované. Rozštěp u Leoše nebyl zjištěn ze žádného vyšetření, matka se o jeho rozštěpové vadě dozvěděla až po narození. Později byla prokázána dyslexie a dysgrafie. Leoš byl operován již 7. Den po narození operací rtu. V 10. měsíci bylo operováno tvrdé patro.

Logopedická péče

Logopedická péče byla zahájena ve dvou letech z důvodu špatného vyslovování hlásek, zahájena byla v místě bydliště. Na logopeda měli rodiče štěstí, hned s prvním logopedem vznikla efektivní úzká spolupráce. Cvičení probíhalo denně, před nástupem do školy Leoš dosáhl dobré artikulace. Problémy dělalo vyslovování T, R a sykavek.

Školní intervence

V mateřské škole měl Leoš problémy se začleněním, do školky nechtěl. Nyní Leoš chodí do pátého ročníku běžné základní školy, dochází jednou týdně ke speciálnímu pedagogovi k nápravě dyslexie, dysgrafie. Do třídního kolektivu se začlenil bez problémů, je oblíbený, hodně díky třídnímu učiteli.

Spolupráce s odbornými pracovníky

Problémy byly ve školce, kde učitelka neměla pochopení pro Leošovo postižení. Naopak práce s třídním učitelem a speciálním pedagogem je bezproblémová, daří se Leoše motivovat k lepším výkonům. I nadále pokračuje logopedická intervence, jedná se však o kontrolu výslovnosti a psychickou podporu. Mezi Leošem a logopedkou se vytvořil přátelský vztah.

Kazuistika č. 5

Denisa je desetiletá dívka s pravostranným rozštěpem rtu a tvrdého patra

Rodinná anamnéza

Matka – narozena v roce 1975, zdravotní stav dobrý, neprodělala žádné vážné onemocnění. Otec – narozen v roce 1971, zdravotní stav dobrý, neprodělal žádné vážné

onemocnění. Sestra – narozena v roce 2011, zdravotní stav dobrý, neprodělala žádné vážné onemocnění

Osobní anamnéza

Denisa byla narozena ve 41. týdnu těhotenství, porod záhlavím, bez komplikací. Rozštěp byl zjištěn ve 20. týdnu těhotenství. Během těhotenství se nevyskytly žádné komplikace, těhotenství bylo plánované. První operace byla provedena 7. den po porodu, korekce nosu a sutura rtu. V 6. měsíci pak bylo operováno patro a ve 3 letech provedena plastika nosu, zprůchodnění nosních dírek. Zatím poslední operace byla realizována ve 4 letech, operace patra a korekce nosu, jednalo se o úpravu kvůli navození správné výslovnosti

Logopedická péče

Logopedická péče byla zahájena ve 2 letech s vlastním vybraným logopedem. Zpočátku byla péče občasná, později 1x týdně – před nástupem školní docházky se Denisa naučila správné artikulaci. Domácí cvičení bylo bez problémů, Denisa cvičila s chutí, na logopedii se vždy těšila.

Školní intervence

Denisa je snaživá dívka, mezi děti jak v mateřské, tak i základní škole se začlenila bez zjevných problémů. Navštěvuje běžnou základní školu bez pomoci speciálního pedagoga a psychologa. Občas se však stalo, že se nějaké cizí dítě Denise posmívalo s ohledem na její jizvu u rtu, ovšem Denisa je zcela ztotožněná se svou vrozenou vadou a nebrala to jako útok na sebe.

Spolupráce s odbornými pracovníky

Práce s lékařským týmem byla na vynikající úrovni, rodiče dostali od odborníků relevantní informace. I učitelé byli k Denise vždy milí, nesetkala se s žádným problémem. Psychologa a speciálního pedagoga Denisa neměla. Nejvíce byli rodiče Denisy spokojeni se soukromým logopedem, kterého si našli sami. Naopak práce s prvně zvoleným logopedem nebyla dle rodičů efektivní. K soukromému logopedovi se

Denisa těší, vznikl mezi nimi užší vztah. Taktéž spolupráce s foniatrem neshledala vážnějších chyb.

4.5 SHRNU TÍ ÚDAJŮ JEDNOTLIVÝCH KAZUISTIK

Jednotlivé údaje získané v rámci výzkumného šetření jsou uvedeny níže v tabulkách 6 až 10.

Tabulka 6: Přehled základních anamnestických údajů u dětí s rozštěpovými vadami

	Rozštěp v rodině	Diagnostikování rozštěpu	Provedení první operace
David	NE	při porodu	12. den po porodu
Hana	NE	12.týdnu těhotenství	3. týden po porodu
Vincent	NE	18.týdnu těhotenství	3. den po porodu
Leoš	ANO - matka	při porodu	7. den po porodu
Denisa	NE	41.týdnu těhotenství	7. den po porodu

Zdroj: Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2016

Z tabulky č. 6 vyplývá, že ve většině případů se jedná o první výskyt rozštěpu v rodině. Rozštěpové vady jim zpravidla diagnostikovali v prenatálním období vývoje dítěte, v některých případech však až při narození. Ve všech případech se operace rozštěpových vad uskutečňují nejpozději v prvním měsíci života. To dokazují i výsledky uvedené v tabulce č. 6.

Tabulka 7: Charakteristika u sledovaných případů

	Zahájení logopedické péče	Doba trvání logopedické péče	Hodnocení logopedické péče ze strany rodičů
David	Ve 24. měsících	stále trvá	výborná spolupráce s logopedem doporučeným lékařem individuální přístup se vzájemnou důvěrou
Hana	Ve 12. měsících	stále trvá	Logoped vybraný rodinou – výborná spolupráce, logoped přidělený lékařem nevyhovoval
Vincent	Ve 12. měsících	stále trvá	Logoped vybraný rodinou – výborná spolupráce, logoped přidělený lékařem nevyhovoval
Leoš	Ve 24. měsících	logoped. intervence ukončena v 6. letech dítěte	spolupráce výborná

Denisa	Ve 24. měsících	logoped. intervence ukončena v 7. letech dítěte, nyní pouze procvičování	spolupráce výborná
--------	-----------------	--	--------------------

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2016

Z údajů v tabulce č. 7 vyplývá, že logopedická péče u dětí s rozštěpovými vadami byla zahájena v prvním, nejpozději druhém roce života. Dle jednotlivých případů se liší jejich délka, většinou se však péči dařilo ukončit do nástupu na základní školu. Práce se samotnými logopedy nebyla rodiči hodnocena negativně (3 případy). Ve dvou případech bylo zjištěno, že logopeda změnili, protože jim péče logopeda nepřipadala efektivní, nespatovali posun v rozvoji výslovnosti u svého dítěte. Práci nově vybraného logopeda již hodnotí výborně.

Tabulka 8: Úspěšnost začlenění do vzdělávacích institucí u sledovaných případů

	MŠ	ZŠ	Běžná třída	Specializovaná třída
David	ano	-	-	ano - pro vadně mluvící
Hana	ano	ano	ano	-
Vincent	ano	-	ano	-
Leoš	ano	ano	ano – spolupracuje se spec. pedagogem	-
Denisa	ano	ano	ano	-

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2016

Děti s rozštěpovou vadou nebývají často zařazeny do speciálních tříd, nevyžadují ani žádnou speciální péči či přístup. Mnohdy nenavštěvují s rodiči ani poradenská centra, nebo se neobrací na speciálního pedagoga, který se v základních školách v současné době již často vyskytuje.

Tabulka 9: Adaptace ve vzdělávacích institucích u sledovaných případů.

	Popis průběhu socializace
David	Adaptace na kolektiv v MŠ dobrá, specializovaná třída s logopedickou intervencí, pedagogové na dobré úrovni
Hana	Adaptace v MŠ a v ZŠ výborná, v kolektivu oblíbená, pedagogové velmi pomohli k dobré socializaci
Vincent	Adaptace v MŠ přiměřená, bez větších obtíží, velká pomoc pedagogů při socializaci
Leoš	Adaptace v MŠ s obtížemi, plakal a do školky nechtěl, adaptace v ZŠ již bez obtíží. V ZŠ v péči spec. pedagoga – specifické vývojové poruchy učení
Denisa	Adaptace v MŠ a ZŠ bez obtíží, výborní pedagogové, kteří pomáhali při socializaci

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2016

V tabulce č. 9 lze vidět hodnocení ze strany rodičů, které se týkalo úspěšnosti adaptace jejich dítěte v příslušném vzdělávacím zařízení. Většina rodičů hodnotí

adaptaci svého dítěte jako úspěšnou, pouze v jednom případě nastaly problémy v mateřské škole.

Tabulka 10: Hodnocení výstupů s jednotlivými odborníky

	Pediatr	Logoped	Foniatr	Psycholog	Chirurg
David	nedostatečná	dobrá	-	-	výborná
Hana	výborná	výborná- s vlastním logopedem	výborná	-	výborná
Vincent	chvalitebná	výborná	výborná	-	chvalitebná
Leoš	chvalitebná	výborná	výborná	-	výborná
Denisa	výborná	výborná – s vlastním logopedem	výborná	-	výborná

Zdroj: vlastní výzkumné šetření, 2016

Spolupráce s pediatry byla hodnocena dvakrát jako výborná, dvakrát jako chvalitebná a pouze jednou jako nedostatečná. Hodnocení logopeda bylo následovné – čtyřikrát jako výborná, jednou jako dobrá. Hodnocení foniatra bylo všemi rodiči označeno jako výborné, psychologa nehodnotil nikdo. Práci chirurgů rodiče ve čtyřech případech ohodnotili výborně, v jednom případě chvalitebně. Údaje jsou přehledně uvedené v tabulce č. 10.

4.6 FORMULACE DOPORUČENÍ

Na základě získaných údajů z dotazníkového šetření doplněného pozorování logopedické intervence lze sestavit následné doporučení pro pedagogickou praxi:

- Navázání důvěrného a respektujícího vztahu s dítětem a jeho rodinou.
- Poskytnutí maximální podpory pro úspěšné začlenění dítěte do školního kolektivu.
- Poskytnutí intervence při komunikaci dítěte ve školním kolektivu.
- Pravidelná podpora a motivace při adaptaci na prostředí školy.
- Případná spolupráce s logopedem, se kterým rodina spolupracuje.

4.7 DÍLČÍ ZÁVĚRY

Jaké je hodnocení logopedické intervence poskytované dětem s rozštěpovými vadami ze strany jejich rodičů?

Rodiče dětí narozených s rozštěpovou vadou byly s logopedickou péčí spokojeni. Dle jejich názoru byla velmi efektivní, děti školního věku nápravu palatolalie zvládly již před zahájením docházky na základní školu. Rodiče dětí hodnotily práci logopedů pozitivně, oceňovali úroveň vzájemné spolupráce. Ve dvou případech však rodiče museli zvolit jiného logopeda, bylo to z důvodu minimálního posunu ve vývoji řeči u jejich dítěte. Problém však nespatřovali v logopedovi samotném – sami naznačili, že si dítě s logopedem nevyhovovali.

Jaké je hodnocení pedagogické intervence poskytované dětem s rozštěpovými vadami ze strany jejich rodičů?

Rodiče nehodnotili přístup pedagogů tak příznivě jako přístup jednotlivých logopedů, Očekávali od pedagogů větší empatii při výuce, chyběla jim metodická příprava na dětmi s palatolalií. Někteří vadu řeči přehlíželi, pozorované žáky příliš neopravovali v artikulačních chybách. Mohlo to být však způsobeno velkým počtem žáků ve třídě, kdy učitel nemá dostatek prostoru věnovat se žákům individuálně.

ZÁVĚR

Na základě informací získaných z jednotlivých kazuistik, vytvoření výstupů z tabulek a analýz hodnocení rodičů je možné odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: **Jaká je současná logopedická, lékařská a pedagogická péče u dětí s rozštěpovými vadami, která zjišťuje úroveň poskytované logopedické a odborné pedagogické péče hodnocenou ze strany rodičů dětí s orofaciálními rozštěpy.**

Ze zúčastněného pozorování pěti kazuistik, nestrukturovaného rozhovoru a prostudování literatury byly vyhodnoceny závěry uvedené pod jednotlivými tabulkami. Ze závěrů vyšlo najevo, že logopedická a lékařská péče je na vynikající úrovni. Pedagogické péči chybí hlubší metodologické znalosti samotných pedagogů.

Logopedická péče probíhala u pozorovaných probandů v přátelském prostředí, kdy logoped s dítětem navázal užší přátelský vztah. Právě kladný vztah mezi dítětem a logopedem je velmi důležitý. Dítě se více snaží, pečlivěji připravuje a je více motivováno, těší-li se na návštěvu logopeda. Má ho jako svého kamaráda, kterému se zároveň může svěřit s problémy týkající se nejen nápravy řeči. V případě, že se nevytvoří kladný vztah, dochází většinou ke změně osoby logopeda, což dokládají i dvě kazuistiky současného výzkumu. Vzhledem k hodnocení kazuistik současného výzkumu je ale zřejmé, že logopedická péče u dětí s rozštěpovými vadami je v ČR velmi vyspělá. Logopedi vědí, jak s dětmi pracovat, mají metodologický základ získaný předchozím studiem a praxí. Vědí také, že náprava řeči je dlouhý proces a je třeba dítě motivovat a vytvořit si k němu důvěrný vztah.

Lékařská péče v hodnocení dopadla lépe, než péče logopedická. Není divu, za poslední dvě desetiletí se medicínské povědomí o rozštěpových vadách o mnoho rozšířilo. Rozštěpové vady se začaly operovat v prvním měsíci po narození dítěte, vlastní případ autora bakalářské práce dokládá posun v lékařské péči v případě dětí s rozštěpovými vadami, protože sám byl operován až ve třech letech. Časné chirurgické zákroky zvýšily úspěšnost rané logopedické péče, kdy pozorované děti již před nástupem do základní školy zcela minimalizovaly příznaky palatolalie. Také dříve odstranily estetické vady

v oblasti rtu a nosu, což pomohlo lepšímu psychickému vývoji a snadnějšímu budování sebevědomí.

Pouze pedagogická péče nebyla hodnocena rodiči výborně, ale chvalitebně. Pedagogové nemají dostatečný dostatek příslušných odborných znalostí a zkušeností pro práci s dětmi s narušenými komunikačními schopnostmi, pracují s nimi dle vlastního uvážení. Doporučením z výzkumu bakalářské práce by pro pedagogickou péči bylo lépe nabídnout dostatek vzdělávacích kurzů a školení k této problematice.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BURIAN, F.: *Chirurgie rozštěpů rtu a patra*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1954. 302 s. ISBN neuvedeno.

DVOŘÁK, Z.: Funkční vývoj střední obličejové etáže u pacientů s rozštěpem patra.

Disertační práce. Brno 2009b

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

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: Klinicko-logopedický aspekt*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2264-1.

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

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Vývin řeči u dětí s rászštepom*. 2. vyd. Bratislava : Ústav zdravotní výchovy, 1991.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J. a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007 ISBN978-80-210-4463-0

KOLÍSKOVÁ, Martina. *Pro tvůj šťastný úsměv* 1. vyd. Praha: Carter, 2014. S. 64. ISBN 978-80-260-6146-5

KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: Metodika reedukace*. 1. vyd. Praha: Septima, 2007. 48 s. ISBN 978-80-7216-241-3.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-717-8801-5.

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.

MACHOVÁ, Jitka. *Biologie pro učitele* 2. vyd. Praha: Karolinum 2016. s. 272. ISBN 978-80-246-3357-2

SEEMAN, Miloslav. *Poruchy dětské řeči*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 268 s.

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

ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

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.

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

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-802-3

VOHRADNÍK, Miloš. *Poruchy řečové komunikace u velofaryngeální insuficience: Hlas, řeč a sluch u dětí s rozštěpovými vadami obličeje*. Dolní Březany: Scriptorium, 2001. 136 s. ISBN 80-86197-24-7.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

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.

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

Seznam použitých internetových zdrojů

<http://www.fnbrno.cz>

<http://www.fnusa.cz>

<http://www.operativa.cz>

<http://www.rozstepy.cz>

<http://www.stastnyusmev.wz.cz>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Počáteční vývoj obličeje.....	10
Obrázek 2: Pohled do dutiny ústní.....	11
Obrázek 3: Vývoj dutiny ústní.....	12

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vizualizace Y diagramu dle Kernahana.....	14
Tabulka 2: Klasifikace rozštěpových vad dle WHO.....	15
Tabulka 3: Klasifikace rozštěpů dle Františka Buriana.....	15
Tabulka 4: Tým odborníků.....	19
Tabulka 5: Průběh léčby rozštěpových vad.....	24
Tabulka 6: Přehled základních anamnestických údajů u dětí s rozštěpovými vadami...49	
Tabulka 7: Charakteristika u sledovaných případů.....	50
Tabulka 8: Úspěšnost začlenění do vzdělávacích institucí u sledovaných případů.....	51
Tabulka 9: Adaptace ve vzdělávacích institucích u sledovaných případů.....	52
Tabulka 10: Hodnocení výstupů s jednotlivými odborníky.....	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník.....	I
---------------------------	---

Příloha A - Dotazník

Vážení rodiče,

dovolte, abych Vás oslovil a požádal Vás o vyplnění dotazníku, který je součástí mé analýzy odborné intervence u dětí s narušenými komunikačními schopnostmi v důsledku rozštěpových vad. Tato analýza bude součástí mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a bude sloužit k zobecnění Vašich odpovědí na zadané téma. Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Aleš Křenek

Nehodící škrtněte, popřípadě doplňte

1. Kdy byl diagnostikován u Vašeho dítěte rozštěp?
 - v těhotenství – ve kterém týdnu
 - při porodu
2. Vaše dítě má rozštěp
 - patra
 - rtu
 - rtu, patra a čelisti
3. Kdy jste dostali prvotní informace o řešení defektu?
 - již v těhotenství
 - krátce po porodu
 - později
4. Byli jste zařazeni do programu Ranné péče?
 - ano
 - ne
 - nevím, v čem spočívá tento program

5. S kterými odborníky jste spolupracovali?

- s pediatrem
- logopedem
- foniatrem
- psychologem
- chirurgem
- anesteziologem
- speciálním pedagogem
- genetikem

6. Kolik měsíců bylo Vašemu dítěti, když s ním začal pracovat logoped?

7. Mohli jste si vybrat logopeda?

- ano
- ne

8. Co je pro Vás důležité při poskytování logopedické péče?

9. Těšilo se Vaše dítě na návštěvu logopeda?

- ano
- ne
- nevím

10. Je pro Vás a Vaše dítě logopedická péče dostupná?

- ano, je v místě našeho bydliště
- s obtížemi, musíme dojíždět

- nedostupná, musíme daleko dojíždět
11. Logopedická cvičení opakujeme doma pravidelně
- několikrát za den
 - jednou za den
 - jednou či dvakrát týdně
 - občas
12. Výsledky logopedické nápravy jsou
- brzy patrné
 - nácvik jde poměrně pomalu
 - nedochází k výraznějšímu zlepšení
13. Navštěvuje / navštěvovalo Vaše dítě
- mateřskou školu
 - speciální mateřskou školu pro vadně mluvící
 - nenavštěvuje/nenavštěvovalo předškolní zařízení
14. Adaptaci Vašeho dítěte v předškolním zařízení byste označili jako
- přiměřenou
 - dlouhou a obtížnou
15. Vaše dítě nastoupilo do 1. třídy ZŠ
- v řádném termínu – po dovršení 6. roku
 - po odkladu školní docházky
16. Vaše dítě na ZŠ navštěvovalo
- běžnou třídu
 - třídu s menším počtem žáků
 - speciální třídu s logopedickou péčí
17. Vaše dítě se na ZŠ vzdělávalo podle
- Individuálního vzdělávacího plánu, který byl zpracován dle potřeb našeho dítěte
 - běžného vzdělávacího plánu školy

18. Na ZŠ s naším dítětem pracovali

- učitelé jednotlivých předmětů
- speciální pedagog
- školní psycholog
- školní logoped

19. Ohodnoťte, prosím jako ve škole, odbornou úroveň těchto pracovníků, kteří spolupracovali s Vaším dítětem

- učitelé
- logoped
- speciální pedagog
- psycholog
- foniatr
- lékaři

20. Uveďte, prosím, co Vám a Vašemu dítěti přináší/přinášelo největší obtíže :

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Aleš Křenek

Obor: Speciální pedagogika-vychovatelství (Bc. SPPGV)

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Logopedická intervence u dětí s rozštěpovými vadami

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 47

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 20

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová