

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

Rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami
Bakalářská práce

Autor: Lucie Obršálová
Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Štěpánka Lauková



Zadání bakalářské práce

Autor: Lucie Obršálová

Studium: P19P0215

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami**

Název bakalářské práce AJ: Development of communication skills in children with cleft defects

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá rozvojem komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami. Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce je specifikovat problematiku rozvoje komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami. Cílem praktické části bakalářské práce je shromáždit data o vybraných jedincích s rozštěpovou vadou, popsat u nich rozvoj komunikačních schopností a specifikovat zaměření realizace logopedické intervence u této cílové skupiny dětí s narušenou komunikační schopností. Z metodologického hlediska bude využito kvalitativně orientovaného výzkumného šetření (rozhovor, kazuistika).

BENDOVÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 152 s. ISBN 978-80-247-3853-6

GANGALE, Debra. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 229 s. ISBN 8024705346

KOLÍSKOVÁ, Martina a Zdeněk DVOŘÁK. *Pro tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. Praha: Carter/Reproplus, 2014. 48 s. ISBN 978-80-260-6146-5

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Palatolálie a afázie*. Praha: Septima, 2007. 48 s. ISBN 978-80-7216-241-3

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd.* Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: Mgr. Štěpánka Lauková

Datum zadání závěrečné práce: 10.2.2021

Prohlašuji:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci (Rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami) vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že je bakalářská práce uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne 7. 4. 2022

.....
Lucie Obršálová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce PhDr. Petře Bendové, PhD. za cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále děkuji paní Martině Kolískové za její vstřícný přístup a za zprostředkování kontaktu s rodiči ze zapsaného spolku Šťastný úsměv, bez kterého by nemohla vzniknout praktická část bakalářské práce. Mé upřímné poděkování patří i rodičům a klinickým logopedům, kteří odpověděli na mé otázky v rozhovoru či kazuistice.

ANOTACE

OBRŠÁLOVÁ, Lucie. *Rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami*. Hradec Králové: *Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové*, 2022. 77 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá rozvojem komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami. Teoreticky koncipovaná část bakalářské práce specifikuje problematiku rozvoje komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami. Popisuje terminologii komunikační schopnosti a rozštěpových vad. Zabývá se různými druhy klasifikací rozštěpových vad, možnou diagnostikou a terapií a v neposlední řadě i prevencí rozštěpových vad. Dále se věnuje vybraným narušeným komunikačním schopnostem, a to palatolálii, rhinolálii a orgánové dyslálii. Dále udává možnosti terapie narušené komunikační schopnosti u osob s rozštěpovými vadami.

Praktická část bakalářské práce shromažďuje data o vybraných jedincích s rozštěpovou vadou, která jsou následně prezentována ve formě kazuistik, které jsou zaměřené na popis rozvoje komunikačních schopností u dané cílové skupiny a specifikují u ní realizaci logopedické intervence. Pro zpracování praktické části bakalářské práce bylo využito metody kazuistiky a rozhovoru.

KLÍČOVÁ SLOVA

Komunikační schopnost, rozštěpová vada, palatolálie, rhinolálie, orgánová dyslálie, logopedická terapie

TITLE

Development of communication skills in children with cleft defects

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the development of communication skills in children with cleft palate.

The theoretically conceived part of the bachelor thesis specifies the issue of development of communication skills in children with cleft palate. Describes the terminology of communication skills and cleft defects. It deals with various types of classifications of cleft defects, possible diagnostics and therapy and prevention of cleft defects. Work also deals with selected impaired communication skills, namely palatolalia, rhinolalia and organ dyslalia. It also indicates the possibilities of therapy for impaired communication skills in people with cleft palate.

The practical part of the bachelor thesis collects data on selected individuals with cleft palate, which are then presented in the form of case studies, which are focused on the description of the development of communication skills in the target group and specify the implementation of speech therapy intervention. The method of case study and interview was used to process the practical part of the bachelor thesis.

KEYWORDS

Communication ability, cleft defect, palatolalia, rhinolalia, organ dyslalia, speech therapy

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY JEDINCŮ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI.....	11
1.1 Problematika rozštěpových vad v orofaciální oblasti	11
1.1.1 Terminologie rozštěpových vad	11
1.2 Klasifikace rozštěpových vad v orofaciální oblasti	12
1.2.1 Klasifikace rozštěpových vad dle Františka Buriana	12
1.2.2 Klasifikace rozštěpových vad dle Jana Měšťáka	13
1.2.3 Klasifikace rozštěpových vad dle MKN-10.....	14
1.3 Etiologie rozštěpových vad	14
1.4 Diagnostika rozštěpových vad.....	15
1.5 Terapie rozštěpových vad.....	16
1.5.1 Lékařská terapie RV	17
1.5.2 Logopedická terapie RV.....	17
1.5.3 Psychologická terapie RV	18
1.5.4 Otorinolaryngologická terapie RV.....	18
1.5.5 Stomatologická a ortodontická terapie RV	19
1.6 Prognóza a prevence.....	19
2 NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ U DĚTÍ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI	20
2.1 Vymezení pojmu komunikační schopnost	20
2.2 Rhinolálie	21
2.2.1 Etiologie a symptomatologie rhinolálie	22
2.2.2 Diagnostika rhinolálie	22
2.2.3 Logopedická terapie rhinolálie	22
2.2.4 Prevence a prognóza rhinolálie.....	23
2.3 Palatolálie.....	23
2.3.1 Etiologie a symptomatologie palatolálie.....	23
2.3.2 Diagnostika palatolálie	24
2.3.3 Logopedická terapie palatolálie	24
2.3.4 Prevence a prognóza palatolálie	25
2.4 Dyslálie orgánová.....	25
2.4.1 Etiologie a symptomatologie orgánové dyslálie	26
2.4.2 Diagnostika orgánové dyslálie.....	26

2.4.3	Logopedická terapie orgánové dyslálie	27
2.4.4	Prevence a prognóza orgánové dyslálie	28
3	TERAPIE NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DĚTÍ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI	29
3.1	Terapie artikulace	29
3.1.1	Terapie orální pozice	30
3.1.2	Myofunkční terapie	31
3.2	Terapie fonace	31
3.2.1	Hlasová cvičení podle Spiesse	32
3.3	Terapie respirace	32
3.4	Příjem potravy	33
4	UVEDENÍ DO PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	35
4.1	Cíle praktické části bakalářské práce	35
4.2	Metodologie praktické části bakalářské práce	35
4.2.1	Metoda případové studie (kazuistiky)	35
4.2.2	Metoda rozhovoru	36
4.3	Charakteristika místa výzkumného šetření	37
4.4	Charakteristika výzkumného vzorku	39
4.5	Průběh realizace výzkumného šetření	40
5	PREZENTACE DAT ZÍSKANÝCH VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM	41
5.1	Kazuistické studie se zaměřením na rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami v praxi	41
5.1.1	Kazuistika č.1 (Ella)	41
5.1.2	Kazuistika č. 2 (Amálie)	45
5.1.3	Kazuistika č. 3 (Sofie)	48
5.1.4	Kazuistika č. 4 (Veronika)	51
5.2	Rozhovory s klinickými logopedy k problematice terapie narušených komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami	55
6	ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÝCH CÍLŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A DISKUZE	63
	ZÁVĚR	71
	POUŽITÁ LITERATURA	73
	SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ	75

SEZNAM TABULEK.....	76
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	77

SEZNAM ZKRATEK

atd. – a tak dále

a kol. – a kolektiv

apod. – a podobně

BERA – brainstem evoked response audiometry, objektivní vyšetření sluchu

BP – bakalářská práce

ČR – České republiky

dB – decibel, jednotka pro intenzitu zvuku

DC – dílčí cíl

Mgr. – titul, magistr

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí – desáté divize

MUDr. – titul, doktor všeobecné medicíny

např. - například

NKS – narušená komunikační schopnost

ORL – otorinolaryngologie

RV – rozštěpová vada

s. – strana

tzv. – takzvaně

VF – velofaryngeální uzávěr

VFD – velofaryngeální dysfunkce

ÚVOD

Bakalářská práce se bude zabývat rozvojem komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami a s tím spojenou problematikou. Při pečlivém vybírání tématu bakalářské práce přišla nabídka praxe z Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. Praxe spočívala ve spolupráci s dívkou s rozštěpovou vadou a její rodinou, kde jsem měla asistovat při logopedické terapii. Tímto způsobem jsem se poprvé s rozštěpovou vadou setkala a byla jsem její komplexností naprosto pohlcena. S dívkou jsme si postupem času vybudovaly, troufla bych si říci, pevný vztah a s jejím souhlasem vzniklo toto téma. Díky této práci jsem se seznámila se členkou výboru zapsaného spolku Šťastný úsměv, který vytváří osvětu a podporuje rodiny, kterých se tato problematika týká. Bez spolupráce tohoto spolku a dívky by práce nemohla vzniknout a jsem proto vděčná za veškerý jejich čas, který mi ochotně věnovali.

Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce bude komplexně specifikovat problematiku rozvoje komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami. Bude jednat o terminologii rozštěpových vad a komunikační schopnosti. Dále se bude věnovat etiologii rozštěpových vad, jejich diagnostice i terapii, ať už lékařské, logopedické, otorinolaryngologické či jiné. V neposlední řadě se zmíní o prevenci a prognóze u těchto vrozených vad. Jako další cíl bude blíže specifikovat vybrané narušení komunikačních schopností, které se mohou projevit u dětí s rozštěpovou vadou, a tím je palatolálie, rhinolálie a orgánová dyslálie. V poslední oblasti teoretické části bude cílem definovat a shrnout informace o terapii narušené komunikační schopnosti u těchto dětí, a to z oblasti artikulace, fonace, respirace a příjmu potravy.

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce bude zjistit informace týkající se realizace logopedické intervence u dětí s rozštěpovými vadami. Hlavní cíl bude naplňován prostřednictvím dílčích cílů, a to na úrovni shromáždění dat o dětech s rozštěpovými vadami ve věku od 15 do 17 let, dále pak zhodnocení míry komplexnosti intervence o děti s rozštěpovými vadami, které byly vybrány jako výzkumný vzorek a v neposlední řadě realizace komparace rozvoje komunikačních schopností u vybraných dětí a aplikovaných metod logopedické intervence. Z metodologického hlediska bude využito kvalitativního spojení rozhovoru a metody kazuistiky.

1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY JEDINCŮ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI

První kapitola bakalářské práce je zaměřena na problematiku rozštěpových vad.

Rozštěpové vady zasahují do více oblastí terapeutické péče, jak bude zmíněno níže v textu, nejde jen o nápravu artikulace. Proto se první kapitola práce bude věnovat etiologii, dále diagnostice a komplexní terapii rozštěpových vad. Nastíní vybrané druhy klasifikací těchto vad, a nakonec poukáže i na jejich prevenci a prognózu.

1.1 Problematika rozštěpových vad v orofaciální oblasti

V následujícím textu budou popsány termíny rozštěpová vada a velofaryngeální dysfunkce, které budou často využívané během celé bakalářské práce, zejména v její praktické části.

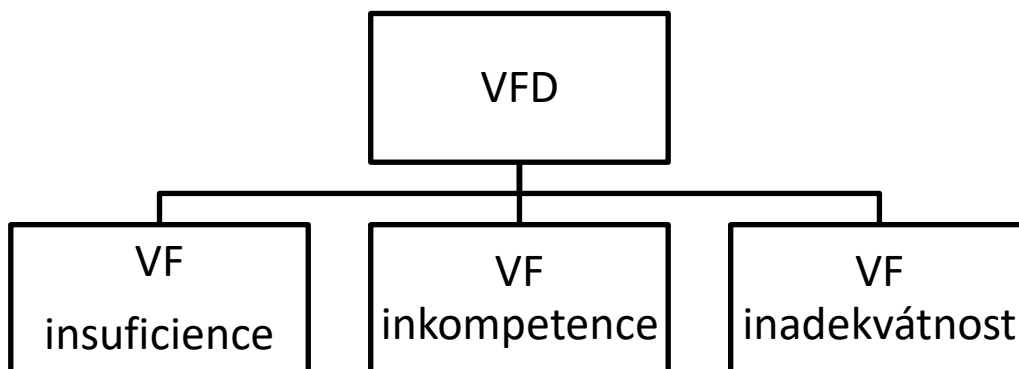
1.1.1 Terminologie rozštěpových vad

Rozštěpy rtu a patra se dle Duškové a kol. (2007) řadí mezi nejčastější vrozené vady.

Vrozené anomálie postihují především pevné útvary, jež dělí dutinu ústní od nosní dutiny nebo orgány patrohltanového uzávěru. (Sovák in Kerekrétiová, 2008)

Mají negativní funkční důsledky na primární funkce jako dýchání, kousání, polykání a produkci řeči. Dále je postižen tzv. faciální triangl, jenž ovlivňuje celkový vzhled obličeje narozeného dítěte z estetického hlediska. Tyto vady nejsou smrtelné ani nejsou důvodem následného mentálního deficitu, pokud jde o izolovaný rozštěp. Ke 20 % případů rozštěpových vad se obvykle přidruží další vada. Můžou se lišit v závažnosti od nejlehčích po ty nejtěžší, např. slabá malformace ušních boltců nebo malformace končetin, srdce či dýchacích cest. (Dušková a kol., 2007)

K této problematice se pojí dále pojem velofaryngeální (dále jen VF) mechanismus. Kerekrétiová (2008) ho popisuje jako spolupracující oblast měkkého patra a hltanu, kde dochází k uzávěru mezi oro-farynxem a nazo-farynxem. Jestliže se u dítěte diagnostikuje rozštěp orofaciální oblasti, může být tento uzávěr nedokonalý a tím způsobovat například palatolálii, což je nejčastější příčina velofaryngeální dysfunkce (dále jen VFD) neboli patrohltanové nedostatečnosti. Dále se může VFD rozdělovat z etiologického pohledu na tři formy (viz. obrázek 1).



Obrázek 1 Formy velofaryngeální dysfunkce (Kerekrétiiová, 2008, upraveno autorem, 2021)

1.2 Klasifikace rozštěpových vad v orofaciální oblasti

Rozštěpové vady jsou popsány v několika klasifikacích. Autoři těchto dělení se na rozštěpové vady dívali vždy z jiného úhlu pohledu či z odlišné odbornosti. V současnosti můžeme nahlížet například do klasifikace od pana Buriana, paní Kejklíčkové, pana Měšťáka, paní Jakubíkové, Mezinárodní klasifikace nemocí – desáté divize (dále jen MKN-10) a dalších. V této práci autor rozvede jen tři z nich, a to od pana profesora MUDr. Františka Buriana (pododíl 1.2.1), jež je starší – z roku 1954. Druhou klasifikaci jsem vybrala od pana docenta MUDr. Jana Měšťáka (pododíl 1.2.2), která je podána z pohledu plastického chirurga. Jako poslední tato práce ukáže blíže klasifikaci dle MKN-10 (pododíl 1.2.3).

1.2.1 Klasifikace rozštěpových vad dle Františka Buriana

Burian (1954) rozčlenil rozštěpové vady do dvou hlavních skupin – rozštěpy typické a rozštěpy atypické neboli vzácné. Z těchto dvou skupin se atypické rozštěpy vyskytují značně v menším měřítku než typické. Zařazujeme do nich rozštěpy ústních koutků, střední rozštěp jazyka či střední rozštěp dolního rtu. Typické rozštěpy dále dělí do dvou podskupin, kde se vady řadí od nejtěžších po nejlehčí:

1. kombinované rozštěpy rtu, patra a čelisti,

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

- *oboustranný rozštěp rtu,*
- *jednostranný rozštěp rtu,*

2. rozštěpy patra,

- *úplný rozštěp patra,*
- *rozštěp měkkého patra,*
- *submukózní rozštěp patra,*
- *vrozená krátkost patra.* (Burian, 1954, s. 12-20)

1.2.2 Klasifikace rozštěpových vad dle Jana Měšťáka

Měšťák a kol. (2015) rozdělili rozštěpové vady také do dvou skupin stejně pojmenované, a to na typické a atypické.

Mezi typické zařadili:

- *retní,*
- *retní a čelistní,*
- *patrové izolované,*
- *celkové.*

Typické rozštěpy se vyskytují častěji než atypické rozštěpy. Nejzávažnější jsou celkové rozštěpy, které tvoří více než polovinu všech rozštěpových vad. Narozdíl od izolovaných rozštěpů, které se vyskytují spíše u dívek, postihují celkové rozštěpy více chlapce. Typické rozštěpy rozdělili dále do podskupin na I. a II. genetickou skupinu. V I. genetické skupině nalezneme rozštěpy rtu, rozštěpy rtu a čelisti a rozštěp celkový. Ve II. genetické skupině nalezneme rozštěpy patra.

Mezi atypické zařadil:

- *příčné,*
- *horní střední (nosu, horního rtu, horního rtu s defektem mezičelisti)*
- *dolní střední (dolního rtu, dolního rtu a čelisti)*
- *šikmé (rtu a tváře, tváře a dolního víčka, s rozštěpem patra typickým a atypickým).* (Měšťák a kol., 2015, s. 49-50)

Na výskytu rozštěpových vad se podílí nespočet faktorů, které nemusí mít na první pohled přímou spojitost. Měšťák a kol. (2015) upozorňují například na vliv rasy člověka, kde konkrétně u amerických černochů rozštěpy figurují minimálně. Naopak u Japonců je frekvence výskytu rozštěpových vad nejvyšší.

1.2.3 Klasifikace rozštěpových vad dle MKN-10

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí stanovuje pro všechny diagnostikované nemoci kódy, díky kterým se pak multioborový tým může snadněji a rychleji zorientovat v pacientově anamnéze. Pro rozštěpové vady v oblasti obličeje byly od MKN-10 stanoveny kódy Q 35 až Q 37 následovně:

Tabulka 1 Klasifikace rozštěpových vad dle MKN-10 platné od 1.1.2021

<i>Rozštěp patra</i>	<i>Q 35.1 Rozštěp tvrdého patra</i>
	<i>Q 35.3 Rozštěp měkkého patra</i>
	<i>Q 35.5 Rozštěp tvrdého patra s rozštěpem měkkého patra</i>
	<i>Q 35.7 Rozštěp čípku</i>
	<i>Q 35.9 Rozštěp patra NS</i>
<i>Rozštěp rtu</i>	<i>Q 36.0 Oboustranný rozštěp rtu</i>
	<i>Q 36.1 Středový rozštěp rtu</i>
	<i>Q 36.9 Jednostranný rozštěp rtu</i>
<i>Rozštěp patra s rozštěpem rtu</i>	<i>Q 37.0 Rozštěp tvrdého patra s oboustranným rozštěpem rtu</i>
	<i>Q 37.1 Rozštěp tvrdého patra s jednostranným rozštěpem rtu</i>
	<i>Q 37.2 Rozštěp měkkého patra s oboustranným rozštěpem rtu</i>
	<i>Q 37.3 Rozštěp měkkého patra s jednostranným rozštěpem rtu</i>
	<i>Q 37.4. Rozštěp tvrdého a měkkého patra s oboustranným rozštěpem rtu</i>
	<i>Q 37.5 Rozštěp tvrdého a měkkého patra s jednostranným rozštěpem rtu</i>
	<i>Q 37.8 Neurčený rozštěp patra s oboustranným rozštěpem rtu</i>
	<i>Q 37.9 Neurčený rozštěp patra s jednostranným rozštěpem rtu</i>

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2021)

1.3 Etiologie rozštěpových vad

„Rozštěpy rtu, čelisti a patra vznikají nikoli rozštěpením, ale naopak nesrostením příslušných anatomických struktur při vývoji obličejových částí v místech, kde jsou za normálních okolností v konečné podobě rtem, čelistí a patrem.“ (Neubauer a kol., 2018, s. 352) Na tomto tvrzení se s Neubauerem a kol. (2018) shodují i Kolísková, Dvořák (2014). Dle nich by měly tyto struktury podle fyziologického vývoje dítěte srůst mezi 6. – 12. týdnem v prenatálním období. Pokud

strukturám cokoli zabráni srůstu nebo nesrostou dostatečně, je vada od tohoto momentu dána definitivně a nedá se nijak zvrátit či napravit. V současnosti je konkrétní příčina vzniku rozštěpů předmětem nespočtu výzkumů. Víme však, že se jedná o kombinaci vnitřních (genetických) i vnějších faktorů, které pokud v daný moment působí na plod současně, mohou přímo způsobit či přispět ke vzniku rozštěpu. Mezi vnější faktory bychom mohli zařadit některou medikaci (např. antibiotika či některé léky na epilepsii), vysoké dávky vitamínu A, kouření, alkohol, viry apod.

V lékařském povědomí je nespočet syndromů, u kterých se rozštěp projevuje jako jeden ze symptomů. Těchto syndromů dnes známe více než 150 druhů, ze kterých Škodová, Jedlička a kol. (2003) popisují pár z nich. Patří mezi ně Apertův syndrom, Crousonův syndrom, Pierre-Robinův syndrom, Kraniofaciální mikrosomie, Treacher-Collinsův syndrom a syndrom Sedláčkové.

1.4 Diagnostika rozštěpových vad

Kolísková, Dvořák (2014) uvádějí, že diagnostika rozštěpu rtu může být provedena již ve 12. – 14. týdnu gravidity při dvojrozměrném (2D) ultrazvukovém vyšetření, které se provádí běžně. I přesto je většina rozštěpových vad objevena až kolem 20. týdne těhotenství. Taková diagnostika plodu není vůbec jednoduchá. Je ovlivněna mnoha faktory, kvůli kterým nemusí být vada odhalena v brzkém stádiu. Mezi faktory patří poloha samotného plodu, kvalita ultrazvukového přístroje nebo vlastnosti tkání těhotné ženy. V případě, že doktor vyjádří podezření na rozštěpovou vadu, žena je dále odeslána do specializovaného centra na detailnější vyšetření, tím je rozuměn trojrozměrný (3D) a čtyřrozměrný (4D) ultrazvuk. Dále je možné podstoupit magnetickou rezonanci, která může pomoci objevit další projevy vady. Nejlepší volbou diagnostiky je však kombinace všech zobrazovacích metod, jež mohou dojít ke správné a přesné diagnóze.

Kolísková, Dvořák (2014) také poukazují na skutečnost, že detekce rozštěpových vad se liší u rizikových a nerizikových těhotenství, a to až o 50 %. Diagnostika rozštěpových vad je tedy vcelku omezená, protože není možné si pomoci např. odebráním krevního vzorku matky, či odebráním plodové vody, jako je tomu u jiných vrozených vad.

V současnosti diagnostika rozštěpových vad v České republice probíhá převážně v Brně například ve Fakultní nemocnici U sv. Anny, v Centru prenatální diagnostiky Brno a jiné.

1.5 Terapie rozštěpových vad

„Proces léčby je dlouhodobý a probíhá prakticky od narození do dospělosti.“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 241) Multidisciplinární tým pro terapii dětí s rozštěpovými vadami (dále jen RV) se skládá z velké škály odborníků, ale je nutné vyzdvihnout nenahraditelnou roli rodičů a příbuzných, kteří mohou do terapie svého dítěte přispět stejnou měrou.

Osoba s rozštěpovou vadou se neobejde bez chirurgické léčby, jež bude blíže popsána v pododdíle 1.6.1. Jakmile jsou zajištěny chirurgií životně důležité funkce a anatomická struktura se slučuje s každodenním samostatným fungováním člověka, může se do terapie začlenit symptomatická léčba. Lechta a kol. (2011) uvádí obecně druhy a formy terapie takto:

- dle věku
 - terapie zaměřená na předškolní věk,
 - terapie zaměřená na školní věk,
 - terapie adolescentů a dospělých,
- dle délky trvání
 - krátkodobá,
 - dlouhodobá,
- dle intenzity
 - příležitostná,
 - běžná,
 - intenzivní – ambulantní,
 - intenzivní – institucionální,
 - intervenční letní pobytové kurzy,
 - podpůrný systém,
- dle formy
 - individuální,
 - skupinová,
- dle přístupu
 - nepřímá poradenství,
 - poučení a vysvětlení problému,
 - edukace – vzdělávání,
 - nepřímá předoperační a pooperační,
- dle zaměření
 - symptomatická,

- kauzální,
- dle teoretického východiska.

V následujících pododdílech budou rozebrány konkrétní terapie, které obvykle dítě s rozštěpovou vadou podstupuje nebo ji využívá po doporučení lékaře, klinického logopeda, psychologa či jiného odborníka, ke kterému by dítě mělo docházet na pravidelné kontroly nebo dle potřeby.

1.5.1 Lékařská terapie RV

Léčba rozštěpových vad probíhá pouze na dvou místech v České republice, a to na klinikách plastické chirurgie v Praze a v Brně (Bendová, 2016). Ke komplexní terapii Měšťák a kol. (2015) podotýká, že se skládá z několika forem, druhů a strategií. Lékařská neboli chirurgická léčba se musí zajistit co nejdříve po narození dítěte s rozštěpem, nejpozději do 6. měsíce věku. Výjimku mají pouze některé druhy rozštěpových vad, kdy se operace může naplánovat později. Jedná se většinou o chirurgický zákrok, jehož závažnost udává stupeň vady. Při operaci rozštěpu rtu se sešívá kůže, sliznice a svalovina nesrostlého rtu. Během primární operace se rekonstruuje nosní spodina a uzavírá se potenciální rozštěp čelisti. V současnosti dosáhla chirurgická léčba a plastická chirurgie téměř dokonalých výsledků, kde vada na dítěti není na první pohled vůbec poznat esteticky, ani funkčně.

Atypické rozštěpy mají individuální chirurgickou léčbu, která bývá zdlouhavá a velmi náročná. Na této terapii se podílí mnohačlenný multidisciplinární tým složený z lékařských i nelékařských oborů. Patří mezi ně pediatr, ortodont, foniatr, logoped, psycholog, anesteziolog, plastický chirurg a další.

Škodová, Jedlička a kol. (2003) tento tým doplňují ještě o odborníky konkrétně z lékařského oboru – stomatologa, genetika a teratologa. Z nelékařských řad zmiňují neméně důležitého pedagoga a speciálního pedagoga.

1.5.2 Logopedická terapie RV

Logopedická terapie a s ní spojený výsledek závisí primárně na rozsahu a umístění vrozené vady. Dále se úspěch logopedické péče odvíjí od včasnosti a kvality operačního úkonu, který dítě absolvuje. A v neposlední řadě je ovlivněn intenzitou nácviku artikulace ze strany logopedie samotné. Za ideálních podmínek ve všech zmíněných oblastech je možné dosáhnout téměř intaktního řečového projevu se správným používáním mluvidel a artikulace může znít bez jakéhokoli patologického zabarvení. (Kejklíčková, 2016)

Klinický logoped může využít v intervenci cvičení, kde se rozvíjí oromotorika, která je pro rozštěpové děti velmi důležitá. Vedle ní by se neměl opomíjet nácvik fonemické

diferenciace, jež velmi přispívá správnému rozvoji artikulace. (Kerekrétiová in Lechta a kol., 2011)

1.5.3 Psychologická terapie RV

Atkinson (1967) již tehdy upozorňovala na důležitost chování zdravotnického personálu v porodnici k dětem s rozštěpovou vadou. Sestřičky mohou být velkou podporou pro čerstvé matky dítěte s rozštěpem nebo mohou naopak velmi uškodit vztahu mezi dítětem a matkou.

Rodina, do které se narodí dítě s rozštěpem, by měla využít služby klinického psychologa, i kdyby se jednalo pouze o jednorázovou návštěvu. Přijmutí dítěte do rodiny, obzvláště pak matkou, pomůže dítěti vyrovnat se s vadou v pozdějším věku. Primárnímu kruhu rodiny, tedy matce a otci, se výrazně doporučuje promyslet přítomnost prarodičů u miminka v případě, že vada je výrazná a mohla by vyvolat nepříjemnou reakci ze strany prarodičů. Nejedná se ovšem jen o širší kruh rodiny, ale i o přátele a známé. Pokud je dítě akceptováno rodinou ve všech směrech, zpravidla psychologickou péčí nepotřebuje nejméně do předškolního věku. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

1.5.4 Otorinolaryngologická terapie RV

Otorinolaryngologická léčba provází valnou většinou dětí s RV po značnou část života. Objevují se různé druhy dysfunkcí způsobené rozštěpovou vadou. V následujícím odstavci bude vysvětlen termín Eustachovy trubice, se kterým otorinolaryngologická terapie souvisí. Eustachova trubice je spojnici mezi středním uchem a nosohltanem, která vyúsťuje nad měkkým patrem. Slouží převážně k vyrovnávání tlaku ve středním uchu. Svou funkcí přímo ovlivňuje bubínek v zevním uchu, který může být díky trubici v normální poloze. (Kolísková, Dvořák, 2014)

U dětí s rozštěpovou vadou patra je důležité odhalit projevy tubární dysfunkce (dysfunkce Eustachovy trubice) co možná nejdříve. Neonatální operace u dětí s RV toto umožňuje. Dalším ukazatelem patologie může být tekutina ve středouší, která se dá snadno diagnostikovat pomocí vysokofrekvenční tympanometrie. Již v neonatálním období jsou otochirurgové schopni provést potřebné operace tak, aby se co možná nejlépe předešlo nevratným důsledkům dalších onemocnění, které pramení ze zmíněné přítomnosti patologické tekutiny ve středouší. Autoři článku podotýkají, že zde hraje rozdíl mezi rozsahem a stupněm vady (rozštěpem patra a izolovaným rozštěpem rtu), kde se musí terapie vždy přizpůsobit individuálně každému pacientovi. (Jurovčík a kol., 2019)

1.5.5 Stomatologická a ortodontická terapie RV

Kolísková, Dvořák (2014) uvádí počátek ortodontické terapie už od období 3 let dítěte s rozštěpem, kdy se většina mléčných zubů již prořezala. Upozorňují však, že léčba v tak brzkém věkovém stádiu dítěte není vhodná pro každého, a ne každý ji potřebuje. Terapie, která se týká již více dětí s RV, se aplikuje kolem 6. až 7. roku dítěte. Tedy v době již prořezaných stoliček a druhých zubů.

Do tohoto oboru spadá specifická operace zvaná spongioplastika neboli implantace kostního štěpu do čelisti. Kostní štěp se odebírá ve většině případů z kyčelní kosti, pokud je to možné. Následně se vsadí do čelisti v místě rozštěpu. Za ideálních podmínek se štěp spojí s kostí za tři měsíce. Po spongioplastice následuje pokračování ortodontické léčby snímatelným nebo trvalým aparátem.

Tento druh terapie se podobně jako ostatní druhy protahují až do dospělého věku. V některých případech je nutno provést ortognátní chirurgii – chirurgické posunutí čelisti. Operaci předchází až dvouletá ortodontická příprava s předoperačními vyšetřeními. Samotná operace trvá 2-6 hodin a po ní člověk stráví minimálně den na oddělení jednotky intenzivní péče.

1.6 Prognóza a prevence

Dle Neubauera a kol. (2018) je prognóza rozštěpových vad v současné době z lékařského hlediska na velmi dobré úrovni. Jedinec může dosáhnout za optimálních podmínek normy, vzhledem k tomu, že veškeré operace a korektury obličeje se plánují ještě v předřečovém stádiu dítěte. Stejně důležitá je ale i správná funkce rodiny u těchto vad. Jako prevenci můžeme považovat zajištění rodinného zázemí a pocitu bezpečí dítěte. To buduje zdravé pouto v sociální sféře např. s rodinou v širším kruhu, dále sebevědomí dítěte nebo emoční inteligenci. Aby nevznikla potenciální traumata, tak se doporučuje psychologická péče, podpora rodičů a celé rodiny.

Dle Škodové, Jedličky a kol. (2003) by se též měl matce zprostředkovat kontakt s klinickým logopedem co nejdříve po porodu, aby matce nastínil potenciální budoucnost jejího dítěte v oblasti vývoje řeči. Zakladatel české plastické chirurgie pan profesor František Burian uvádí motivační výrok:

„Nebudte nešťastná, Vy, která jste dala život děcku s rozštěpem. Není to hanba, je to jen náhoda vývoje, omyl přírody; vada se dá dnes dobře napravit. Máte plnou naději, že se z Vašeho děcka stane hodnotný člen společnosti.“ (Burian in Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2022)

2 NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ U DĚTÍ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI

Druhá kapitola teoretické části bakalářské práce je věnována problematice komunikačních schopností a vybraným jednotlivým typům narušené komunikační schopnosti (dále jen NKS) u dětí s rozštěpovými vadami.

Jako první NKS práce blíže popisuje rhololálii a s ní spojenou etiologii, symptomatologii, diagnostiku, terapii, prevenci a prognózu. Následně se práce přesune ve stejných oblastech k palatolálii. Poslední část této kapitoly je zaměřena na orgánovou dyslálii a její problematiku.

2.1 Vymezení pojmu komunikační schopnost

V tomto oddíle bude vysvětlen pojem komunikační schopnost. Dále jsou v kapitole znázorněny jednotlivé jazykové roviny, po kterých následuje zmínka o faktorech ovlivňující rozvoj komunikační schopnosti.

Klenková (2006, s. 25) definuje **pojem komunikace** takto: „*Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.*“. Komunikace má značný vliv na rozvoj našich osobností. Kdyby lidé nebyli schopni komunikace, nemohla by existovat žádná civilizace. Proto je tato schopnost jednou z nejdůležitějších, kterou člověk může ovládat. Komunikační schopnost může být posuzována na základě jazykových rovin.

Škodová, Jedlička a kol. (2003) jazyk rozdělují do čtyř různých **jazykových rovin**, které se během našeho života a rozvoje řeči prolínají, vyvíjí se nezávisle na sobě, ale zároveň se doplňují v každém řečovém vývoji jedince. Logoped skrze ně může správně diagnostikovat a odhalit patologickou odchylku, pokud se nějaká u klienta vyskytuje. V textu níže jsou krátce popsány.

- **Morfologicko-syntaktická rovina jazyka**

Morfologicko-syntaktická rovina je jednou z nejpřesnějších pomůcek, která může odhalit narušenou komunikační schopnost. Jedná se o skloňování slov, správné užívání rodů, čísel a pádů. Díky této rovině můžeme tvořit rozsáhlá souvětí smysluplně. Řadíme sem i schopnost správně poskládat větu dohromady, tedy schopnost udržení slovosledu.

- ***Lexikálně-sémantická rovina jazyka***

Zde se jedná především o slovní zásobu jedince, tudíž i obsahovou stránku řeči. Je možné rozvíjet aktivní slovní zásobu, ale i pasivní. S touto rovinou se pojí i význam slov a jeho chápání. Pokud má dítě lexikálně-sémantickou rovinu v normě, tak dokáže popsat či vyjádřit, co jednotlivé slovo znamená.

- ***Foneticko-fonologická rovina jazyka***

Foneticko-fonologická rovina dozrává většinou jako poslední. Řadíme sem schopnost fonemického sluchu, diferenciaci hlásek ve zvukové podobě apod. Jelikož dozrává jako poslední, je těžké pomocí ní diagnostikovat narušenou komunikační schopnost v raném věku dítěte.

- ***Pragmatická rovina jazyka***

Lechta a kol. (1990) ukazuje, že tato rovina se propisuje do sociálního uplatnění každodenního života. Člověk skrze ni předvádí sociální a psychologické aspekty ze svého života. Jedinec díky ní chápe svou komunikační úlohu a roli. Tato rovina utváří ve velké míře naši osobnost.

Rozvoj komunikační schopnosti může být **ovlivněn řadou faktorů**, mezi které lze zařadit následující. Etiologie vzniku narušené komunikační schopnosti se dělí podle dvou hledisek, podle času a lokace. Z hlediska času může příčina vzniknout během prenatálního, perinatálního nebo postnatálního období. Co se týče lokalizačního hlediska, sem můžeme zařadit genové mutace, změny na chromozomech, vývojové odchylky, poškození centrálního nervového systému, narušení sociální interakce nebo nepodnětné prostředí a další. (Klenková, 2006)

2.2 Rhinolálie

Rhinolálii můžeme dohledat také pod pojmem rhinofonie nebo pod českým názvem huhňavost. Projevuje se poruchou nosní rezonance, která se patologicky odlišuje buď zvýšením či snížením. (Dlouhá, Černý, 2012) Klenková (2006) doplňuje, že huhňavost nepostihuje pouze zvuk řeči, ale i samotnou artikulaci. Broulíková (2013, s. 55) rhinolálii popisuje takto: „*Porucha nosní rezonance při řeči způsobená nedostatečnou schopností funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur, které se na této funkci podílejí.*“

Rhinolálii můžeme rozdělit do tří skupin – hyponazalitu, hypernazalitu a smíšenou nazalitu. Nazalitou se rozumí rezonance nosní dutiny s převahou nosovek. (Klenková, 2006)

2.2.1 Etiologie a symptomatologie rinolálie

Symptomy otevřené huhňavosti neboli hypernazality se projeví tehdy, jsou-li ústní a nosní dutiny spojeny při tvorbě orálních hlásek a výdechový proud tak uniká ústy. Fonace získá nosní zabarvení tam, kde by znít neměla. Příčiny mohou být organické nebo funkční či vrozené a získané. Konkrétní příčinou je například rozštěpová vada, nepravidelný vývoj měkkého patra, centrální obrny nebo přidružená patologie k mentální retardaci. Příčina hypernazality může ale také být pouhý návyk u lidí po adenotomii. (Lechta a kol., 2003)

Hyponazalita je způsobena sníženou nosovostí. Používá se též termín zavřená huhňavost. Tato porucha se objevuje z důvodu mechanických překážek v nosní dutině, které brání průchodu výdechového proudu. Zvuk hlasu se pak připodobňuje, jako kdyby měl člověk rýmu. Jedinec trpící na hyponazalitu je většinou nucen dýchat spíše ústy.

Smíšená nazalita by se dle definic výše neměla projevit, neboť se tyto dvě patologie navzájem schází. Avšak diferenciální diagnostika dokázala několik případů, kde se projevy obou nazalit promítly na jedinci najednou. Jedná se většinou o spojení hypernazality následkem velofaryngeální insuficience (blíže popsáno v oddíle 2.1) a hyponazality následkem organické překážky v nosní dutině. (Klenková, 2006)

2.2.2 Diagnostika rinolálie

Škodová, Jedlička a kol. (2003) dokládají základní vyšetřovací zkoušky, které lze aplikovat při diagnostice rinolálie. Patří mezi ně Gutzmannova A-I zkouška, zkouška otofonem, Czermakova zkouška, Schlessingerova zkouška, zkouška nafouknutí tváří či Nadoleczněho zkouška otáčení hlavy.

Gutzmannova A-I zkouška spočívá v odhalení patologické fonace při samohlásce I. Vyšetřovaný opakuje fonaci samohlásek I a A, kdy se střídavě znemožní průchod vzduchu nosem. Pokud se při fonaci I zjistí odlišnost znění, potvrdí se otevřená huhňavost. Při zavřené huhňavosti žádný rozdíl slyšet není.

Czermakova zkouška využívá jako pomůcku zrcátko, které je přiloženo k nosním otvorům (nozdrům). Diagnostika tkví v patologickém zamlžení zrcátka z důvodu proudu vzduchu v době, kdy má být velofaryngeální otvor uzavřen a naopak.

2.2.3 Logopedická terapie rinolálie

Terapie se liší dle diagnózy jedince. Je důležitý individuální přístup. U jedince s hyponazalitou bude logoped nacvičovat po lékařské terapii dýchání nosem v klidu i při aktivním pohybu. Později nastupuje nácvik správné artikulace nosovek samostatně, následovně ve slabikách, ve slovech, až se nakonec dostanou k užívání nosovek ve spontánní řeči.

U jedince s hypernazalitou by se měl logoped zaměřovat na koordinaci výdechového proudu, usměrňování intenzity výdechového proudu a zvyšování orality. Cvičení mohou být pasivní i aktivní. Lze zmínit například foukání do vaty, vyvolání dávicího reflexu k posílení svalů velofaryngeálního uzávěru, pití brčkem, pískání, zívání nebo polykání. (Klenková, 2006)

2.2.4 Prevence a prognóza rhinolálie

U organicky podmíněných poruch NKS je prevence z velké části lékařská. U funkční etiologie a její prevence se jedná především o celkové výchovné působení a péče o jedince. Jedná se také o dodržování zdravého životního stylu. V případě zvětšené nosní mandle, která je možnou příčinou rhinolálie u dítěte, je zapotřebí se poradit s lékařem o dalším postupu. Do logopedické prevence se řadí nácvik dýchání nosem a zautomatizování tohoto procesu. (Weilová, 2021)

Škodová, Jedlička a kol. (2003) konstatují, že prognóza rhinolálie je ovlivněna výsledkem chirurgického zákroku, pokud je nějaký nutný. Dále je prognóza ovlivněna vůlí jedince, jeho inteligencí, mírou spolupráce pacienta i rodiny a motivací pacienta. Za ideálních podmínek se stav mnohdy zlepší, tudíž výhled do budoucna s touto poruchou je kladný. Důležité je zpočátku co nejpřesněji diagnostikovat a posléze zvolit nejideálnější terapii pro daného jedince individuálně.

2.3 Palatolálie

Seeman (1955, s. 136) uvádí: „*Palatolálie je vada řeči, která vzniká na základě vrozeného rozštěpu patra, popřípadě rozštěpu rtu a patra.*“. Klenková (2006) konstatuje, že se jedná o jednu z nejnápadnějších narušení komunikačních schopností.

U palatolálie není možné využít výdechový proud k intaktní artikulaci. Hlávky, které se dle normy tvoří mezi rty, zuby a špičkou jazyka se posouvají do zadní oblasti ústní dutiny mezi kořen jazyka a zadní stěnu hltanu. Někdy se může toto artikulační místo přesunout až do nosohltanu či nosu. Dítě s palatolálií, nebo i dospělý, má huhňavý projev, který je nesrozumitelný. (Kejklíčková, 2016)

2.3.1 Etiologie a symptomatologie palatolálie

Kerekrétiová (2008) zmiňuje, že palatolálie ovlivňuje foneticko-fonologickou rovinu jazyka. V případě dalších přidružených vad, jako je například opožděný vývoj řeči, může postihnout i další roviny jazyka. Tato porucha se projeví převážně ve verbální, ale i neverbální řeči.

Mezi anatomické a strukturální příčiny patří „*orofaciální rozštěpy, palatofaryngální disproporce, mechanické obstrukce a další*“. (Kerekrétiová, 2008, s. 24) Dále mohou být příčiny funkčního charakteru. Palatolálii může způsobit apraxie, poškození nervů, chyba

chirurgických lékařů při výkonu operace patra, pokud chybně umístí svalovou tkáň apod. Jako symptomy lze uvést změnu v dýchání, tempu řeči, fonaci či rezonanci. Dále je porušena artikulace, kde si jedinec může vytvářet různé kompenzační artikulační manévry.

2.3.2 Diagnostika palatolálie

Palatolálie je narušená komunikační schopnost, která se projevuje více symptomy najednou. Bendová (2016) uvádí, že se na diagnostice podílejí odborníci z několika oborů, a to lékaři na ORL, foniatři a kliničtí logopedi.

Diagnostika palatolálie si proto žádá i několik druhů vyšetření. Mezi první patří vyšetření nosní rezonance, při kterém záleží na subjektivním posouzení vyšetřujícího lékaře. Lze zde ale pro objektivnější výsledek využít test Gutzmanovy A-I zkoušky, která je již popsána v pododdíle 3.1.2. Pro zaznamenání se využívají hodnotící škály. Dále se u této poruchy hodnotí artikulace. Obtížnost volíme dle věku pacienta. Pro dítě je například vhodnější obrázkový test, u dospívajícího či dospělého by klinický logoped mohl hodnotit dle Iowského artikulačního testu, jenž se skládá ze 43 fonémů. Při hodnocení této oblasti se zapisuje způsob a místo artikulace a dostatečnost výdechového proudu ústy či nosem. Dále se hodnotí srozumitelnost řeči, kde se opět využívají k zápisu hodnotící škály. Možná nejdůležitější z vyšetření u palatolálie je diagnostika velofaryngeální insuficience. Uzávěr lze zhodnotit jako dostatečný, možný či nedostatečný. K diagnostice dostatečnosti a funkčnosti VF uzávěru se běžně využívá Pittsburský screeningový test. (Lechta a kol., 2003)

2.3.3 Logopedická terapie palatolálie

Logopedická intervence se u osob s palatolálií zahajuje co nejdříve. Začátek péče určuje schopnost dítěte cílené spolupráce s logopedem, což je velice individuální. Průměrně se však začíná kolem třetího roku života. Stejně jako u každé jiné vady a poruchy se dodržuje individuální přístup, který je klíčový pro kladné výsledky terapie a určitý rozvoj dítěte. Pro menší děti například v předškolním věku jsou vhodné skupinové terapie, které mají blahodárný účinek na všechny zúčastněné. (Klenková, 1998) Intervence by měla probíhat dvakrát až čtyřikrát do měsíce po 30-45 minutách čistého času. (Bendová, 2016)

Terapie palatolálie se může rozdělit do dvou forem, a to do průpravných cvičení a do cvičení výslovnosti a řeči. Průpravná cvičení účelově zlepšují stav a funkčnost velofaryngeálního uzávěru pomocí masáží měkkého patra při fonaci samohlásky A. Dále se využívají dechová cvičení pro lepší koordinaci výdechového proudu. Trénink artikulace se zaměřuje na to, aby dítě tvořilo hlásku na správném místě. Stejně jako u dyslálie má nácvik

hlásky 4 etapy. Těmi jsou průpravná cvičení, vyvození hlásky, fixace a automatizace. (Sovák in Klenková, 1998)

Klenková (1998) doplňuje působnost logopedické péče. Setkáme se s ní v resortu zdravotnictví u klinických logopedů, v resortu školství u speciálních pedagogů – logopedů, a dále v resortu práce a sociálních věcí, kde logopedi pracují s dětmi v ústavech sociální péče.

2.3.4 Prevence a prognóza palatolálie

Vzhledem k tomu, že palatolálie je způsobená primárně vrozenou vadou, jedná se o prevenci převážně lékařskou. Zabývají se jí virologové, lékaři pracující v genetickém odvětví, teratologové a další. Přesto, že v dnešní době je už mnoho příčin z doby prenatálního období zjištěno a prozkoumáno, není etiologie těchto vrozených vad kompletně objevena. Proto se tyto vady do té doby nepodaří úplně vyřadit z lidského života, a proto je zapotřebí stále pracovat na vylepšování jejich diagnostiky a terapie a udělat tak prognózu, co možná nejdokonalejší. (Kerekrétiová, 2008)

Současná prognóza je přesto velmi dobrá. Neubauer (2014) tuto skutečnost připisuje novým diagnostickým možnostem, plastickým operačním technikám, snazší dostupnosti komplexní péče a vyspělejšími technologiemi, které lépe přenášejí potřebné informace. Velkou roli zde má včasnost terapie. Při ideálních podmínkách je jedinec s palatolálií schopen dosáhnout intaktního spontánního mluveného projevu už v předškolních letech.

2.4 Dyslálie orgánová

„*Patlavost (dyslalie) je porucha výslovnosti jednotlivých hlásek.*“ (Kejklíčková, 2016, s. 117) Takto zní jedna z mnoha definic dyslálie obecně. Porucha dyslálie spadá do kategorie poruch článkování mluvy.

Bendová (2011) udává, že dyslálii můžeme dále dělit dle příčin na dyslálii funkční a orgánovou. Funkční dyslálie se vyznačuje nesprávnou výslovností, která nemá anatomický patologický podklad. Způsobuje ji patologická artikulační dynamika. Kdežto dyslálie orgánová vzniká na organickém podkladě a je následkem poruchy sluchu či mluvidel. Orgánovou dyslálii lze dále dělit podle postiženého orgánu na dyslálii:

- akustickou,
- centrální,
- dentální,
- labiální,
- lingvální,

- palatální.

2.4.1 Etiologie a symptomatologie orgánové dyslálie

Klenková (2006) se zmiňuje o obecných příčinách orgánové dyslálie, čímž jsou dle ní změny na mluvních orgánech, následky porušení sluchových drah a poruchy centrálního nervového systému. Dále je možné etiologii rozdělit na vnější a vnitřní. Do vnitřních vlivů zapříčiňující orgánovou dyslálii se řadí poruchy sluchu, nedostatečná schopnost rozeznání zvuku čili fonemický sluch, anatomické odchylky řečových orgánů, neuro-motorické poruchy a kognitivně-lingvistické odchylky. Mezi vnější příčiny patří psychosociální vlivy, osobnost dítěte, mentalita, vliv prostředí, genetika, nedostatečná emocionální inteligence atd.

Škodová, Jedlička a kol. (2003) informují o třech symptomech u hláskové dyslálie. Dítě buď hlásku úplně vynechá, přičemž takovou odchylku nazýváme mogilálie. Nebo dítě může hlásku nahradit za jinou, potom poruchu řeči nazýváme paralálie. Nebo dítě hlásku tvoří chybně, kdy záleží na typu hlásky. Podle toho se pak utvoří název poruchy s koncovkou – ismus, např. lambdacismus (chybná tvorba souhlásky L).

V případě, že dítě hlásku vynechává nebo ji nahrazuje za jinou, stanovuje se dobrá prognóza v logopedické intervenci. Pokud má však dítě zautomatizovanou chybnou artikulaci určité hlásky, je zapotřebí nastavit speciální a dlouhodobou péči, při níž je nutná reedukace výslovnosti. (Klenková, 1998)

2.4.2 Diagnostika orgánové dyslálie

Základní diagnostickou metodou u dyslálie je řečová komunikace neboli rozhovor. Logoped při ní dokáže odhadnout stav řeči i rozsah a stupeň vady. Vyšetření probíhá většinou v přítomnosti rodičů, hlavně pokud jde o bojácné děti. Při vyšetření by měly být stanoveny vhodné podmínky pro co nejúspěšnější a nejpresnější výsledek diagnostiky. Nejprve by si logoped měl dítě získat, navázat oční kontakt a až poté přejít k řízenému rozhovoru. Během celého vyšetření by mělo dítě dobře vidět na tvář logopeda. Vyšetřující by se měl zaměřovat na fonologické odchylky ve slabikách, slovech a následně i ve větách. (Klenková, 1998)

Lechta a kol. (2003) jmenuje pár příkladů kvalitativních metod při vyšetřování dyslálie. Tyto testy jsou doplňkem pro základní logopedické vyšetření, které ho doplní o objektivní pohled. Lze tedy využít:

- Test diskriminace hlásek,
- Test percepce řečové produkce,
- Fonologický konverzační test a Fonologicko-kontrastní test.

Pokud je nutné započít v intervenci reedukaci výslovnosti hlásky, logoped by měl nejprve provést diagnostiku základních podmínek, aby byla reedukace úspěšná. K tomu je zapotřebí, aby dítě mělo dostatečně rozvinuté zrakové vnímání. Konkrétně zrakovou paměť, zrakovou pozornost, aby umělo rozlišit figuru a pozadí na obrázku nebo zrakovou diferenciaci. Další podmínkou je dostatečně rozvinuté sluchové vnímání. Opět se jedná o sluchovou paměť, sluchovou pozornost a sluchovou diferenciaci. Samostatná podmínka je schopnost fonemického sluchu, která je velice důležitá pro správnou reedukaci dané hlásky. Pokud má dítě sluchovou vadu nebo nedokáže rozeznat určité hlásky, nemůže se je učit vyslovovat. Další důležitou podmínkou je motorika mluvidel tak, aby ji dítě umělo vědomě ovládat. Mezi poslední podmínky, kterým by měl logoped věnovat pozornost je pohybová koordinace a koordinace v orofaciální oblasti. (Kutálková a kol., 1999)

2.4.3 Logopedická terapie orgánové dyslálie

Jakmile jsou všechny podmínky splněny nebo jsou minimálně vyhovující, může logoped začít s přímou terapií jedince s dyslálií.

Neubauer (2014) přibližuje čtenáři, jak by měl terapeut postupovat při úpravě artikulace. V této práci bude vyjmenováno pouze část ze všech existujících metod. Nový artikulační vzor se může vyvodit pomocí substituční hlásky. Tento postup je vhodný právě při reedukaci nesprávně tvořené hlásky. Jako příklad lze uvést vyvození hlásky C přes šeptání hlásky T, kde dítě dodrží pouze minimální čelistní úhel. Další metodou vyvození hlásky je s využitím mechanických pomůcek, například dřevěné špátle, rotavibrátoru apod. Jako další metoda se používá hmat, dítě skrze tuto metodu může lépe porozumět způsobu tvoření hlásek CH, R nebo sykavek. Dítě zde může vnímat sílu výdechového proudu i jeho teplotu. Této metodě je podobný další způsob, při kterém se terapeut s dítětem soustředí na znělost a neznělost hlásky přiložením prstu či dlaně na hrtan při fonaci.

Lechta a kol. (2011) popsali jejich terapeutický postup u dětí s dyslálií s názvem komplexní terapeutický postup s principy ANO a NE. Hlavním cílem tohoto přístupu je včasná stimulace odchylek ve foneticko-fonologické rovině. Dílčím cílem je rozvoj dalších jazykových rovin. Mezi principy NE zařadili bílý plášť, který když ho nebude mít logoped na sobě, mohl by s dítětem lépe navázat kladný vztah. Dítě z něj nebude mít přinejmenším strach jako z lékařů. Nechtějí využívat v jejich přístupu ani dominantní postavení, neradi by ustrnuli pouze u individuálních terapií. Jejich přístup se neobejde bez motivace, zpětné vazby nebo hry a názoru dítěte. Naopak čeho by se chtěli držet, tak považování dítěte jako svého rovnocenného

partnera. Chtějí zavést terapii i bez zrcadla, s aktivní účastí rodiny a rozvíjet jedince jako celek, nikoli jen jeho části odděleně.

2.4.4 Prevence a prognóza orgánové dyslálie

Prevence poruch a vad řeči, do níž dyslálie spadá, se ubírá dvěma směry. Primárním, kdy se prevence zaměřuje na intaktní děti a snaží se je výchovně rozvíjet. A sekundárním, při kterém se prevence zabývá dětmi již s poruchou řeči, ale předchází se zhoršení poruchy či jinému dalšímu poškození. (Lechta a kol., 1990) Škodová, Jedlička a kol. (2003) prevenci také vidí ve formě depistáže, osvětové činnosti a přednáškové činnosti.

Prognóza je ovlivněna obecně vůlí a motivací jedince s narušenou komunikační schopností. U menších dětí předškolního věku je prognóza velmi dobrá. V pozdějších letech je úspěch péče ovlivněn zejména osobní motivací a zájmem o nápravu NKS. Ovšem pokud člověk o nápravu opravdu stojí a je ochoten udělat pro to maximum, úspěšnost je v takovém případě velmi vysoká.

3 TERAPIE NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI U DĚTÍ S ROZŠTĚPOVÝMI VADAMI

Artikulace je jedním ze tří procesů, které se odehrávají simultánně při mluvě neboli řeči člověka. Mezi tyto tři procesy patří respirace, fonace a již zmíněná artikulace. Aby tedy byla mluva srozumitelná a zvučná, je zapotřebí mít funkční všechny tři uvedené schopnosti. V následujícím textu se práce bude věnovat terapii těmito schopnostem podílejících se na lidské mluvě. (Kejklíčková, 2016)

Problematika rozštěpových vad ale řeší i potíže v příjmu potravy u dětí s RV, a proto se tato kapitola bude věnovat i této oblasti.

3.1 Terapie artikulace

Na artikulaci neboli tvorbě mluvy se podílí mluvidla a jejich části. Při artikulaci se jedná o souhru dechového svalstva, svalstva hrtanu, hltanu, měkkého patra, jazyka, rtů a dalších svalových skupin. Na artikulaci se podílí také z velké části zuby a tvrdé patro. (Kejklíčková, 2016)

Termín orofaciální soustava je taktéž v tomto tématu důležitý. Jedná se o systém v oblasti hlavy a krku. Skládá se ze vstupní a výstupní části dýchací soustavy, vstupu trávící soustavy, fonačních a artikulačních orgánů, mimického svalstva a hlavových dutin. (Neubauer, 2014)

Při úpravě artikulace musí klinický logoped postupovat systematicky. Lze ji rozdělit na 4 fáze, a to přípravná cvičení, vyvození hlásky, fixace hlásky a automatizace.

Přípravným cvičením se rozumí zdokonalení motoriky mluvidel a nácvik fonematického rozlišování.

U vyvozování hlásek by se měl logoped orientovat podobně jako u dětí s dyslálií. Lze tedy využít napodobování různých přírodních zvuků. U této fáze je nesmírně důležitý individuální přístup a minimální akce dítěte. Je vždy nutno vytvářet nový pohybový vzorec artikulace hlásky namísto opravování starého vzorce.

Doba fixace hlásky u dítěte je různě dlouhá. Ovlivňují ji individuální dovednosti a schopnosti jedince.

Automatizace nového artikulačního vzorce je také různě dlouhá. Jde o to, aby začalo dítě používat hlásku se správnou výslovností všude ve spontánní mluvě. (Škodová, Jedlička a kol., 2003)

3.1.1 Terapie orální pozice

Terapie orální pozice je logopedická metoda, která vznikla v zahraničí. Na území České republiky ji propaguje paní Mgr. Barbora Červenková, klinická logopedka. Popisuje ji jako logopedickou metodu s fyzioterapeutickým přístupem. Hlavní roli hrají taktilní a proprioceptivní pomůcky. Nejprve se dítě učí správnému artikulačnímu vzoru či pouhému souhybu mluvidel s pomocí pomůcek. Následně konají ten samý pohyb bez pomůcek, a nakonec se pokouší využít naučený pohyb v řeči nebo u přijímání potravy. Paní Červenková nabízí na svém e-shopu zmiňované pomůcky, protože jinak jsou nesnadno k sehnání. Klienti si mohou zakoupit například logovibrátory, pomůcky pro dechová cvičení, pomůcky pro poruchy polykání, pomůcky pro stabilitu a sílu čelisti a speciální pomůcky. Konkrétně lze jmenovat píšťalky, tzv. grabbery či logopedický vibrátor Z vibe, které v tomto pořadí znázorňují následující obrázky. (Logopedie Červenková, 2022)



Obrázek 2 Sada píšťalek (Logopedie Červenková, 2022, upraveno autorem, 2022)



Obrázek 3 Baby grabber růžový (Logopedie Červenková, 2022, upraveno autorem, 2022)



Obrázek 4 Logopedický vibrátor Z vibrate (Logopedie Červenková, 2022, upraveno autorem, 2022)

3.1.2 Myofunkční terapie

Škodová, Jedlička a kol. (2003) specifikují myofunkční terapii jako efektivní metodiku pro terapii s jedinci, u kterých se objevuje svalová a funkční nerovnováha v orofaciální oblasti.

Myofunkční terapii se primárně věnuje německá logopedka Aneta Kittelová. (Müller a kol., 2014) Jejím cílem je eliminace orálních škodlivých návyků, redukce nadbytečného tlaku ve svalech v orofaciální oblasti, posílení těchto svalů funkčně, nacvičení správné klidové polohy jazyka, navození správného kousání, žvýkání a polykání. Jedinec, kterému myofunkční terapie prospívá by měl dodržovat intervaly těchto cvičení každý den po dobu 5-10 minut. (Grider in Müller a kol., 2014)

3.2 Terapie fonace

Zvuk produkovaný rozkmitáním hlasivek nazýváme hlas. (Kejklíčková, 2016) Kerekrétiová in Lechta a kol. (2011) upozorňuje, že velofaryngeální dysfunkce, byť lehká, může způsobovat hlas se šelestem či ochraptělý hlas. V horším případě mohou vzniknout hlasivkové uzlíky. Doporučuje tedy terapii hlasu metodou tzv. pokus a omyl, a tím dojít k nejvhodnější variantě pro konkrétního jedince.

V případě, že je hlas dyšný nebo jinak patologický, může být na vině i slabý hlasivkový uzávěr. Člověk s intaktně využívanou mluvou používá hlasitý projev, nikoli šeptání. Při šeptání hlasivky nekmitají a jsou oddáleny od sebe, nepracují, a proto je šeptání nevhodný styl mluvy. Aby se kvalita hlasu zlepšila, je třeba pracovat s hlasivkami nejen během terapie, ale i jindy během dne.

Jako příklad takového posílení hlasivkového uzávěru lze uvést:

- Zaujměte libovolnou pozici (v sedě či v leže), dejte ruce dlaněmi k sobě, zhluboka se nadechněte a dlaněmi zatlačte proti sobě. Stejnou silou, jako tlačí ruce proti sobě, se

snažte i mručet po celou dobu tlačení. Cvičení je u konce, jakmile dojde jedinci dech. V ten moment se může tělo uvolnit a jedinec si může na 15 sekund odpočinout. Poté se cvičení znovu opakuje, nejlépe desetkrát za sebou.

- Mluvení s kontrolou pomocí hmatu, kdy terapeut nejprve přiloží při fonaci pacientovu ruku na svůj krk, aby cítil pacient vibrace, které hrtan vytváří při intaktní fonaci. Pacient se zhluboka nadechne a vytvoří fonaci se samohláskou A. Takto se může hlasivkový uzávěr posílit a zároveň se zlepšuje jeho hlasový počátek. (Gangale, 2004)

Dle Kerekrétiové (2008) je cílem logopedické terapie nácvik správné fonační techniky, rehabilitace hlasu nebo například nácvik lehkého hlasového začátku, který bude vymezen v následujícím pododdíle.

3.2.1 Hlasová cvičení podle Spiesse

Hlasová cvičení podle Spiesse se využívají při hyperfunkci hlasového orgánu. Metoda vychází z artikulace hlásek M, N, V, L a S. Při fonaci těchto hlásek je hrtan ve fyziologické poloze, což zaručuje lehký hlasový počátek. U fonace nosovek by si měl logoped dát pozor na nedostatečnost velofaryngeálního uzávěru u jedince, pokud nějaký je, a přizpůsobit tomu případně celou terapii. Postupně se nácvik správné fonace přenáší do slov a vět. Jedinec by nakonec měl být schopen užívat správně hlas ve spontánní řeči nehledě na nedostatečnost VF uzávěru, která s tímto problémem úzce souvisí. (Kerekrétiová, 2008)

3.3 Terapie respirace

Respirační ústrojí se velkou částí podílí na řeči člověka. Tato ústrojí se skládají z nosní či ústní dutiny, hltanu, hrtanu a průdušnic. Řeč vzniká pomocí výdechového proudu. V momentě, kdy se člověk nadechuje, nemůže být řeč tvořena. (Neubauer, 2014)

Respirační cvičení by neměla tvořit primární část logopedické terapie, měla by doplňovat komplexní individuální přístup k jedinci s narušenou komunikační schopností. Mezi dechová cvičení lze zařadit například techniku dechové gymnastiky, nácvik vykašlávání, jógu, fonační cvičení či masáže stimulující dýchání. (Zikl, 2014)

Konkrétně u dětí s rozštěpovými vadami je důležité posilovat patrohltanový uzávěr, jehož definice a účel je zmíněn v pododdíle 1.1.1. Jako konkrétní cviky na posílení velofaryngeálního uzávěru respirací lze zmínit:

- různé cviky s píšťalkami – dítě by mělo do píšťalky fouknout a u toho by si mělo svírat nos, aby tudy vzduch nemohl unikat. Dítě pak na chvíli sevření nosu povolí a snaží se měkké patro zdvihnout tím, že udržuje uzávěr nosních dírek.

- Masáže měkkého patra – u tohoto cviku je důležitý individuální přístup, protože metoda není pro každého vhodná. (Gangale, 2004)

Neubauer a kol. (2018) však nesouhlasí s možností cvičení s píšťalkami, které uvádí Gangale (2004). Tvrdí, že by se měla využívat pouze v rané fázi nácviku, protože hrozí, že si dítě na pomůcku mechanickým uzavřením nosních dírek zvykne a nenaučí se vědomě tuto schopnost ovládat. Dále také uvádí nevýhodu tohoto cvičení v tom, že je postižen zvuk nosovek. Následně popisují respirační cvičení v logopedické terapii při narušené komunikační schopnosti z důvodu rozštěpové vady především jako nácvik usměrnění výdechového proudu ústy. Zlepšení této schopnosti se dá docílit pomocí různých her. Nejsnadněji pro klinického logopeda vyplývají hry, kterými se dá výdechový proud zrakem či hmatem kontrolovat. Ke zlepšení orality se také může využívat zpěv. Jestliže je u dítěte nedostatečný VF uzávěr, není vždy vhodné využívat respirační cvičení. V takovém případě může dojít ke zvýšenému dýchacímu úsilí, a tím se může přemoci hlasový orgán s následkem funkční dysfonie. Jak bylo zmíněno v podkapitole výše – Terapie fonace – Neubauer a kol. (2014) se s Kerekrétiovou in Lechta a kol. (2011) shodují v riziku vzniku hlasivkových uzlíků.

Klenková (2006) zmiňuje konkrétní příklady k respiračním metodám terapie v logopedii u dětí s NKS při rozštěpových vadách:

- foukání do vaty, papíru atd.,
- pískání,
- sání,
- pití brčkem,
- zívání (dochází ke zlepšení čelistního úhlu),
- snaha, aby se vzduch dostával až k bránici, tím se aktivizuje i měkké patro,
- hra na indiány – přerušovaná fonace odkrýváním a zakrýváním úst hlásky A apod.

3.4 Příjem potravy

Pro všechny novorozence je přirozeně nejlepší a nejvhodnější mateřské mléko jejich biologické matky. Avšak děti s rozštěpovou vadou mohou mít problém s jejím přijímáním. Miminka, která mají rozštěp rtu nemají až tak závažný problém, i když se jedná případ od případu. Rozštěp patra ale působí obecně mnohem větší potíže při kojení. Miminko s rozštěpem patra nemá dostatek sil a schopností na to, aby nasálo z prsu mléko dostatečně. Proto je důležité pro matku naučit se odšťikávat mateřské mléko, nejlépe minimálně v době, kdy se tvoří kolostrum (neboli mlezivo). (Broulíková a kol., 2013)

Pokud se matka rozhodne pro kojení a její miminko je toho schopné, je efektivní se spojit s laktační poradkyní v místě bydliště rodiny. Laktační poradkyně matce nabídne několik možností, jak kojit, v jaké poloze a jakým způsobem. Matka si následně může vybrat nejvhodnější způsob pro ni i její dítě. (Kolísková, Dvořák, 2014)

Pro nekojící matky přichází na řadu otázka, jakým způsobem se bude odšťíkané mléko miminku podávat. Nabízí se možnost výživy skrze sondu, to nastává v případě, pokud dítě není schopno za žádných okolností mléko přijmout tzv. per os. Jako další varianta se nabízí podání potravy přes lžičku či stříkačku. Tato metoda přichází v úvahu, pokud má dítě zachovaný polykací reflex. Anebo může matka zvolit běžné či speciální láhve, respektive savičky. Speciální savičky jsou většinou pro rozštěpové děti měkčí a mají větší otvor. Tuto speciální savičku či láhev lze uvést na příkladu Habermanovy láhve. Savička Habermanovy láhve má prodloužený tvar a je o něco užší než běžné savičky, umožňuje pomalejší tok mléka nebo jiné tekutiny díky jednosměrnému ventilu. Chrání dítě před polykáním vzduchu. Ventil se otevře pouze tehdy, když dítě saje, takže si pití koriguje miminko samo. Speciální láhev je zobrazena níže na obrázku č. 5.



Obrázek 5 Habermanova láhev (BENU, 2022)

Co se týče výživy následující neboli tzv. příkrmů, matka se musí ohlížet na skladbu jídelníčku pro miminko s rozštěpovou vadou. V tomto případě hrozí vniknutí stravy do nosní dutiny, a proto by se měly vynechat ovocné složky stravy, které by sliznici mohly značně podráždit. Jinak se postupuje podobně jako u intaktního dítěte. Je velmi důležité dodržovat hygienu nosní dutiny, například dát dítěti po jídle napít vody. Nebo nosní dutinu přímo vypláchnout speciálním roztokem či vodou. V ústech by po jídle neměly zůstat žádné zbytky. (Broulíková a kol., 2013)

4 UVEDENÍ DO PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jak bylo zmíněno v první kapitole této bakalářské práce (oddíl 1.6.), rozštěpová vada je vrozená vada, jež vyžaduje dlouhodobý proces léčby probíhající od narození až do dospělosti. Aby byla léčba úspěšná, je nutná spolupráce multidisciplinárního týmu, kam nepatří pouze odborníci z lékařství či školství. Nezastupitelnou úlohu zde mají rodiče a příbuzní dítěte. V prakticky koncipované části bakalářské práce se proto bude autor snažit jak o interakci s odborníkem – klinický logopedem, tak i s rodičem dítěte s RV. Pozornost bude zaměřena především na rozvoj komunikačních schopností u vybraných dětí.

4.1 Cíle praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je zjistit informace o zaměření a realizaci logopedické intervence u vybrané skupiny dětí s rozštěpovými vadami.

Hlavní cíl bude realizován ve vazbě na dílčí cíle:

DC1: Shromáždit data z osobní, rodinné a sociální anamnézy vybraných dětí s rozštěpovými vadami ve věku od 15 do 17 let.

DC2: Zhodnotit míru komplexnosti intervence o děti s rozštěpovými vadami tvořících výzkumný vzorek.

DC3: Provést komparaci rozvoje komunikačních schopností a účinnosti aplikovaných metod logopedické intervence u dětí s rozštěpovými vadami.

4.2 Metodologie praktické části bakalářské práce

Pro empiricky koncipovanou část bakalářské práce bude využito dvou kvalitativních metod. Jednou z nich bude metoda kazuistické studie, která bude blíže popsána v pododdíle 4.2.1. Jako další bude obohacovat tuto práci metoda rozhovoru, jež bude definována v pododdíle 4.2.2. Výsledkem kazuistik bude demonstrace podrobného popisu anamnézy dětí s rozštěpovou vadou a jeho konkrétního rozvoje komunikačních schopností. Rozhovor přiblíží postoj klinických logopedů k dětem s RV. Výstup obou kvalitativních metod by tedy měl splňovat stanovené cíle bakalářské práce.

4.2.1 Metoda případové studie (kazuistiky)

Případovou studií rozumíme „*detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů*“ (Hendl, 2008, s. 102)“, kde se výzkum snaží o shromáždění co největšího množství dat o jedinci nebo několika jedincích. Její hodnota stoupá podle toho, jak moc detailně je vypracována.

V závěru kazuistiky lze data porovnat s ostatními studiemi, aby člověk lépe pochopil další podobné případy.

Kazuistika má v pedagogické oblasti komplexní a kontextuálně širší pojetí a její účel. Své místo má ale i ve zdravotnictví a lékařství. Kazuistika je vždy tvořena po záměrném výběru daného případu. Struktura kazuistiky má takový charakter, že na sebe jednotlivé části navazují. Staví se paralelně od anamnézy, katamnézy, analýzy až po závěr. (Chrastina, 2019)

Špatenková, Smékalová (2015) doporučují před tvorbou kazuistiky:

- zvolit konkrétní problematiku, kterou se bude zkoumající zabývat,
- mít o problematice teoretické vědomosti a praktické zkušenosti,
- zvolit jasný cíl studie,
- vybrat vhodný příklad z vybrané problematiky,
- získat informovaný souhlas od dané osoby, na které bude výzkum postaven,
- navázat s osobou vztah,
- dodržovat etické a zákonné normy při práci s dotyčným.

Hendl (2008) definuje typy případových studií dle sledovaného případu. Mezi tyto typy zařadil osobní případovou studii, studii komunity, studii sociálních skupin, studii organizací a institucí nebo výzkum programů, událostí, rolí a vztahů.

Kazuistiky prezentované v oddíle 5.1 mají následující strukturu:

osobní anamnéza, sociální anamnéza, rodinná anamnéza, anamnéza prostředí, chirurgická péče vybraného jedince, dále jeho psychomotorický vývoj, logopedická intervence a rozvoj komunikační schopnosti jedince, otorinolaryngologická péče, psychologická péče, ortodontická péče, způsob příjmu potravy jedince a schopnost respirace u jedince.

4.2.2 Metoda rozhovoru

Rozhovor neboli interview „je výzkumná metoda založená na komunikaci a interakci mezi respondentem (respondenty) a výzkumníkem (Šafránková, 2019, s. 104)“. Dle otázek v rozhovoru ho můžeme členit následovně.

- Strukturovaný, také uzavřený,
 - otázky u uzavřeného rozhovoru jsou jasně stanoveny předem
 - snadněji se vyhodnocují jeho výsledky
- nestrukturovaný, také otevřený,
 - otevřený rozhovor má stanovené pouze téma, jinak je v procesu volnost a výzkumník nemá stanovené mantinely
 - výsledky se ovšem hůře zpracovávají

- polostrukturovaný,
 - jak už z názvu vyplývá, polostrukturovaný rozhovor je kombinací uzavřeného a otevřeného rozhovoru.

Dále se rozlišuje rozhovor individuální, při kterém je dotazovaný pouze jeden, a rozhovor skupinový, kde pracujeme s celou skupinou lidí.

Hendl (2008) jmenuje osvědčené zásady pro použití metody rozhovoru, čímž je například empatie výzkumníka, zohlednění časových možností dotazovaného, vytvoření vzájemné důvěry, jasné formulování otázek, položení vždy pouze jedné otázky, kompletování získaných dat a jejich kontrola a další.

Nejdůležitější pravidla při rozhovoru dle Chrásky (2007) jsou:

1. řídit rozhovor pouze za vhodné situace (dostatečné množství času, diskrétní a přirozený prostor),
2. začít obecnějšími otázkami a postupně přejít ke konkrétnějším, aby se osoba stihla aklimatizovat na problematiku rozhovoru,
3. výzkumník musí být empatický a počítat s psychologickými aspekty, které mohou rozhovor narušit,
4. tazatel by měl vytvářet příjemné prostředí svým chováním, projeveným zájmem, ale i upraveným zevnějškem,
5. přesně zaznamenat získaná data, zvolit nejvhodnější strategii na zaznamenávání informací, které nám dotazovaný poskytne.

Za účelem realizace praktické části bakalářské práce bylo využito strukturovaného rozhovoru, jenž se skládal ze 16 otázek. Byl určen klinickým logopedkám, které pracovaly či ještě pracují s vybranými dívkami.

4.3 Charakteristika místa výzkumného šetření

V České republice je několik možností, jak se zkontaktovat s lidmi s rozštěpovou vadou a jejich rodinou. Buď je možnost znát někoho osobně nebo skrze sociální sítě, které jsou čím dál větší každodenní samozřejmostí pro mnoho lidí a současná situace s pandemií COVIDU-19 tomu ještě napomohla. Například na Facebooku se mohou lidé připojit ke skupině Rozštěp obličej, rozštěpové vady, kde se lidé v podobné situaci seznámí, mohou se navzájem inspirovat nebo si předávat cenné rady.

Dne 8.10.2020 proběhl první telefonický kontakt s matkou slečny s rozštěpovou vadou. Kontakt na tuto rodinu mi zprostředkovala Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové

jako nabídku na absolvování praxe. Hned druhý den byla uskutečněna osobní schůzka a proběhlo první seznámení s celou rodinou. Od tohoto momentu jsem docházela do rodiny minimálně jednou týdně na procvičení logopedických cvičení, jež byly stanoveny klinickým logopedem, ke kterému rodina pravidelně dochází. Měla jsem tak možnost pozorovat dívky progres, co se týče komunikačních schopností. Na popud této situace jsem se již v tu chvíli rozhodla pro konkrétní téma bakalářské práce – Rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami.

Pro teoretickou část bakalářské práce byla využita publikace Pro tvůj šťastný úsměv, kterou napsali Martina Kolísková a pan MUDr. Zdeněk Dvořák. Právě přes tuto publikaci jsem objevila webovou stránku zapsaného spolku Šťastný úsměv. Dne 3.2.2022 došlo k prvnímu telefonickému kontaktu s paní Kolískovou, která je členkou výboru spolku Šťastný úsměv. Představila jsem jí téma a cíle bakalářské práce, načež byla domluvena spolupráce. Paní Kolísková, díky její pozici ve spolku, měla přístup ke kontaktům na rodiny s dětmi s rozštěpovou vadou. Předala pár z nim předané informace a nechala je rozhodnout, zda-li budou chtít na tvorbě praktické části BP spolupracovat také. Dne 11.2.2022 bylo provedeno zmapování situace opět telefonickou cestou a následně byla domluvena schůzka přímo s paní Kolískovou a její dcerou s rozštěpovou vadou v on-line prostředí vzhledem k pandemické situaci, a to dne 13.2.2022. Během téhož dne mne zkontaktovaly další dvě rodiny, se kterými byla následně také dohodnuta on-line schůzka na 24.2.2022. Přes zapsaný spolek jsem tedy měla zprostředkovaně s ochotou a souhlasem spolupráce v daný moment tři kontakty. Dohromady byly vybrány pro praktickou část 4 výzkumné vzorky, ze kterých budou vytvořeny kazuistické studie.

Rozhovory byly určeny klinickým logopedkám, které působí u každé z vybraných rodin. Na základě písemného či jiného souhlasu rodin, jsem měla možnost se s nimi jednotlivě telefonicky spojit a domluvit schůzku dle jejich preferencí (on-line či osobně). Téměř všichni odborníci zvolili možnost setkání on-line. První telefonický hovor proběhl 16.2.2022, další 18.2.2022 a poslední hovor přes distanční spojení se uskutečnil 8.3.2022. Poslední klinická logopedka preferovala osobní setkání, které bylo domluveno e-mailovou komunikací. Tato komunikace probíhala již od 18.2.2022, schůzka byla stanovena k datu 10.3.2022.

Zapsaný spolek Šťastný úsměv vznikl jako Občanské sdružení Šťastný úsměv roku 2005 za účelem osvěty a lepšímu šíření informací o rozštěpových vadách. Utvořily se první podpůrné skupiny, které byly velmi ceněné v té době. V roce 2008 začalo tehdejší sdružení spolupracovat se stejnojmenným nadačním fondem. Později roku 2011 založila paní Mgr. Hana

Broulíková Občanské sdružení Za novým úsměvem, které bylo zaměřeno především na rodiny s dítětem s RV, které byly pacienty při Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. Proto se sdružení Šťastný úsměv od té doby zaměřil spíše na rodiny dojíždějící do rozštěpového centra v Brně. V roce 2012 založilo občanské sdružení svou první facebookovou stránku, díky čemuž se již existující webové stránky dostaly ještě více do popředí. Později z důvodu legislativních změn v České republice se občanské sdružení změnilo dle právní normy na zapsaný spolek, z toho tedy plyne nový název – Šťastný úsměv, z.s. Jejich dnešním cílem je demýtizace a detabuizace problematiky rozštěpů ve společnosti. Nynější předsedkyní výboru spolku je paní Mgr. Anežka Rouš Dvořáková. Jako logo spolku byl zvolen lev Lippy, za jehož příběhem stojí paní Dvořáková. (Šťastný úsměv, z.s.)

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Jak bylo zmíněno výše v textu, téma vzniklo na základě dlouhodobé spolupráce s dívkou s rozštěpovou vadou. Aby bylo možné porovnat realizaci logopedické intervence u jedinců s RV, bylo třeba vyhledat dítě (dospívajícího) shodného či alespoň podobného věku se stejnou diagnózou.

Na základě toho bylo hledání dalšího výzkumného vzorku zúženo na věk od 15 do 17 let s podobným stupněm a typem vady. Výzkumný vzorek byl nakonec vytvořen ze čtyř dívek ve vyhovujícím věku.

Další skupinu výzkumného vzorku tvoří 4 klinické logopedky, které působí či působily každá u jedné z dívek.

Pro první kazuistiku byla vybrána patnáctiletá dívka s celkovým oboustranným rozštěpem. Informace pro tuto kazuistiku byly získány z vlastního dlouhodobého pozorování. Další fakta byla také doplněna matkou, jejich klinickou logopedkou či přímo dívkou. Druhá kazuistika pojednává o sedmnáctileté dívce s celkovým oboustranným rozštěpem. U této kazuistiky byly informace čerpány především skrze matku a z poskytnutých videonahrávek a lékařských zpráv. Pro třetí kazuistiku byla zvolena šestnáctiletá slečna s diagnózou celkového levostranného rozštěpu. Získané informace byly předány prostřednictvím videohovoru s dívkou a její matkou. Následně i přes další telefonické hovory s jejich klinickou logopedkou. Pro poslední kazuistiku byla vybrána patnáctiletá dívka s celkovým levostranným rozštěpem, kde byla matka hlavním zdrojem informací pro tento případ. Komunikace proběhla pomocí videohovoru v on-line prostředí. Informace byly opět doplněny jejich klinickou logopedkou.

Rozhovory byly určeny klinickým logopedkám, které působí či působily u vybraných dívek pro výše zmíněné kazuistiky. První rozhovor byl uskutečněn 10.3.2022 osobně

s podmínkou anonymity klinické logopedky. S druhou dívkou pracovala paní klinická logopedka PaedDr. et Bc. Eva Stryková, se kterou byl rozhovor uskutečněn telefonickým hovorem a e-mailovou komunikací 8.3.2022. Třetí rozhovor byl zprostředkován skrze e-mailovou korespondenci s klinickou logopedkou, která také pro tuto práci zůstává v anonymitě. Poslední rozhovor byl uskutečněn 8.3.2022 s klinickou logopedkou patnáctileté dívky, jež podle jejího přání zůstane v anonymitě, a to telefonickým hovorem.

4.5 Průběh realizace výzkumného šetření

V lednu 2022 se začala vyvíjet osnova pro následné získání informací o vybraných jedincích. Z těchto informací se pak vycházelo u psaní kazuistické studie. Osnova se postupem času upravovala a rozrůstala o detailnější body, kterých se autor při kontaktu s rodinami držel. Jakmile byla osnova důkladně propracována, mohly se uskutečnit naplánované schůzky s rodinami. Takto bylo předejito potenciálním chybám či nedostatkům v kazuistické studii. V momentě, kdy byla shromážděna veškerá získaná data, ať už z telefonických hovorů, osobních schůzek, videohovorů, videonahrávek či e-mailové komunikace, se mohlo začít se zpracováváním jednotlivých kazuistik.

Otázky do rozhovoru vznikaly v první půlce února 2022, kdy se na nich začalo intenzivně pracovat. Byly několikrát upravovány, aby získaly co nejefektivnější výsledky pro splnění dílčích cílů bakalářské práce. Odpovědi od dotazovaných osob se shromažďovali ve druhé půlce února 2022. Vyhodnocení získaných dat mohlo tak proběhnout již v první půlce března 2022. Nakonec bylo možné dojít ke zhodnocení naplněných cílů, které byly stanoveny na začátku praktické části BP.

5 PREZENTACE DAT ZÍSKANÝCH VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

5.1 Kazuistické studie se zaměřením na rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami v praxi

V následujících pododdílech budou představeny jednotlivé kazuistické případy, které byly vybrány pro první část praktické části bakalářské práce. Celkově budou popsány čtyři případové studie, se kterými se bude dále bakalářská práce zabývat. Všechna jména vybraných jedinců jsou smyšlená s ohledem na ochranu osobních údajů GDPR. Pravá jména klinických logopedů jsou zmíněna jen s jejich výslovným souhlasem. Všechna ostatní data o jedincích jsou popsána dle poskytnutých pravdivých údajů.

5.1.1 Kazuistika č.1 (Ella)

Ella byla narozena 20.1.2007 v Mnichově na klinice Paracelsus. Měřila 55 centimetrů, vážila 3 550 gramů a v porodnici prodělala novorozeneckou žloutenku. Ella se narodila s diagnózou celkového oboustranného rozštěpu, přičemž ret měla přirostlý k nosu. Dívce byla později v 9 letech diagnostikována oční vada – krátkozrakost – ztráta na levém oku 3 dioptrie a na pravém oku 2 dioptrie, která je kompenzována brýlemi. S brýlemi se sžila bez potíží. Kolem 10. roku života se jí vytvořily ve žlučníku žlučnickové kameny. Lékaři se je pokoušeli rozpustit a při tomto pokusu zjistili, že se ve žlučníku nacházely další polypy. Proto se rozhodli celý orgán odstranit. Elle dále diagnostikovali v mladším školním věku polyneuropatii. Dívka nemá žádné alergické projevy.

V současné době studuje devátý ročník Masarykovy jubilejní základní školy v Černilově. Do povinné školní docházky nastoupila bez odkladu. Nyní má podanou přihlášku na Střední odbornou školu veterinární v Hradci Králové. Do jejich zájmů ve volném čase zařadila četbu románů, jezdectví a čas strávený s koňmi. Dříve se věnovala plavání, mažoretkám, baletu, krasobruslení a hře na klavír. Vzhledem k tomu, že se Ella narodila v Německu, vyrůstala v bilingválním prostředí, kde dominoval český jazyk a německý jazyk. Když bydlela rodina v Německu a Ella chodila do tamní mateřské školy, bez problémů komunikovala německým jazykem. V jejích 4 letech se rodina přestěhovala do České republiky, a tak se Ella začala setkávat více s českým jazykem než s německým. Němčinu z toho důvodu moc nepoužívá, i když rozumí dobře, ovšem za svůj mateřský jazyk považuje český jazyk.

Matka Elly se narodila v Opavě 3.1.1975 jako zdravé miminko. V průběhu života se u matky objevily alergie na jarní pyly a kočičí srst. Jako dítě docházeli s jejími rodiči na logopedii z důvodu rotacismu. Pracuje jako projektový manažer ve společnosti BressKamp.

Z její strany se rozštěpová vada vyskytla u jejího bratra narozeného 1967, kde byl rozštěp zaznamenaný na čípku v ústní dutině. V pěti letech u bratra proběhla operace uvuly, a tím byla chirurgická léčba dokončena. V řeči se odchylovala pouze artikulace hlásky R, s jejíž nápravou chodil bratr na logopedické terapie.

V Městci Králové se 11.5.1963 narodil otec Elly, který nyní pracuje jako automechanik a doposud žije v Německu. Je prakticky zdravý.

Ella má staršího bratra, který se narodil 9.4.2004 bez rozštěpové vady. V průběhu života se u něj začaly objevovat alergické reakce na roztoče a prach a dále musí dodržovat určitá dietní opatření z důvodu intolerance laktózy.

V době psaní případové studie žije v jedné domácnosti Ella s matkou, bratrem, přítelem matky a psem v bytě v Hradci Králové, z čehož vyplývá, že její rodiče jsou rozvedeni.

Během těhotenství se rozštěpová vada neodhalila, i přes vyšetření ultrazvuku ve 3D formě, protože dívka měla ruku před obličejem. Ve 28. týdnu měla matka předčasné stahy dělohy, a proto strávila přibližně týden v nemocnici na pozorování. Nakonec bylo vše v pořádku a Ella se narodila v termínu ve 40. týdnu přirozenou cestou.

Vzhledem ke zjištění odchylky v orofaciální oblasti, která byla bezprostředně po porodu zřejmá, Ellu nechali převézt do dětské kliniky Haunersches v Mnichově, kde byli zapsáni do péče pana profesora Michaela Ehrenfelda, který se na rozštěpové vady specializuje. Rodina s ním později byla nad míru spokojená.

Matka nastínila, jak se terapie rozštěpových vad provádí v Německu, a to konkrétně u jejich případu. Nejprve lékaři provedli diagnostiku a následně byla stanovena péče, která zahrnovala všechny potřebné oblasti – otorinolaryngologii, stomatologii, logopedii, plastickou chirurgii, foniatrii a další. Terapeutický plán měli rozvržený do 18. roku života dívky. Na každou komplexní kontrolu se sešel vždy minimálně jeden odborník z multidisciplinárního týmu a diskutovali o následné péči o dívku, přičemž tyto kontroly byly pravidelné.

Na klinice Haunersches v Mnichově zavedli Elle nasogastrickou sondu pro výživu hned v den narození, tedy 20.1.2007. Den poté zhotovili lékaři otisky patra pro výrobu destičky na pití, která byla vyrobená z podobného materiálu, jako se využívá v ortodoncii u aparátů. Destička byla nutná, neboť rozštěp patra byl široký a dívka by jinak nemohla přijímat potravu bez sondy. Dne 22.1.2007 byla destička vyhotovena a sonda tak mohla být odstraněna. Destička se nasazovala na dásně pomocí krému, který se využívá běžně i na zubní protézy. Důležitá byla hygiena a péče o tuto pomůcku, kdy se každý den musela vyjmout, opláchnout, umýt a opět nasadit. V březnu 2007 proběhla první operace, během které jí zavedli lathanovou aparaturu, jež měla za úkol roztáhnout čelist do šířky. Druhá aparatura byla zavedena měsíc poté, přičemž

ta byla zaměřena na rozštěpenou část přirostlou k nosu, kterou tahala směrem dolů. Po operaci si dívka zranila jazyk o drát čouhající z jedné aparatury, a proto bylo nutné zavést opět nasogastrickou sondu pro výživu, kterou měla po dobu šesti týdnů. Elle se někdy povedlo si sondu vytáhnout, takže museli znovu do nemocnice na znovuzavedení. Matka se všelijak snažila vytažení zabránit, avšak někdy to bylo nad její síly a holčička byla šikovnější. Během tohoto období matka krmila dívku injekční stříkačkou skrze sondu, ale občas malé množství stravy podala i přes ústní dutinu, aby dívka nepřišla o polykací reflex. V květnu 2007 chirurgové odstranili aparatury, uzavřeli měkké patro a částečně sešili ret. Šlo jen o částečné sešítí, aby nevznikalo v oblasti rtu velké pnutí kůže. Dále provedli během té samé operace oboustranně ginvioplastiku (dle popisu matky jde o chirurgické stažení dásně přes krčky zubů). Zdravotní stav Elly před operací nebyl stoprocentně v pořádku, dívka měla zvýšenou teplotu, a proto lékaři předpokládali pooperační komplikace, a tak zavedli při operaci také podpůrný systém na dýchání. Po operaci se dívčin zdravotní stav opravdu zhoršil a teplota se rozvinula do zápalu plic. V červenci 2007 se definitivně uzavřel ret a byly zavedeny grometky kvůli tekutině ve středouší, přičemž se gromety znovuzaváděly pak ještě v květnu 2008. V březnu 2009 lékaři definitivně uzavřeli patro tak, že použili tkáň z dásní a přešili tyto tkáně přes sebe. Později, roku 2011 v lednu, zasadili kostní štěp z kyčle do čelisti a odstranili provizorní destičku, která byla k patru přišroubovaná, aby se tkáň lépe hojila. V květnu téhož roku proběhlo prodloužení nosní přepážky. V srpnu po 5 letech se naplánovala transplantace zubní tkáně, která je prozatím poslední v řadě. Všechny operace proběhly v Německu, i když rodina žila od Elliných 4 let v České republice. S terapií přešli do Česka až v deseti letech dívky, a to do péče Fakultní nemocnice Vinohrady v Praze.

Navzdory vrozené vadě se Ella psychomotoricky vyvíjela dle normy. Pásla koníčky ve dvou měsících, lezla po čtyřech v půl roce a chodit začala před rokem života. V dnešní době nemá s pohybem sebemenší problém a vzhledem k jejím zájmům k němu má i blízko.

V Německu začala rodina s dívkou navštěvovat logopedickou terapii již v srpnu 2007, kdy holčičce bylo 7 měsíců. Terapie zahrnovala masáže tváří nebo posilování orofaciálních svalů. Cílem terapie bylo, aby se naučila pít z láhve a umožnit úspěšný přechod na tvrdší savičku, jelikož do této chvíle matka využívala pouze Habermanovu láhev. Po pár měsících následně přešli na běžnou savičku s vytvořením většího otvoru pro snazší průtok potravy. S brčkem se naučila pít v prvním roce, neboť ho v terapii využívali často, jak pro trénink výdechového proudu, tak jeho nasměrování či intenzitu. Jindy měla za úkol naopak nasát vzduch skrze brčko. Ve vývoji řeči se objevilo broukání, echolálie a první slova zazněla kolem prvního roku jako u běžného vývoje, následně ve dvou letech začala říkat první věty.

S morfologicko-syntaktickou podobou jazyka neměla problém. Matka popisuje rozdíl logopedické intervence v Česku a Německu nejvýrazněji v tom, že v Německu trvalo jedno setkání nejméně 60 minut, přičemž v batolecím věku jednou týdně, v předškolním věku dvakrát týdně. V Německu chodili na logopedii do 4 let Elly. V České republice chodí na logopedické terapie po delší pauze od února 2019, nyní tedy třetím rokem. Po operaci nosní přepážky se řeč zlepšila, vyskytující se huhňavost se zmírnila. S paní klinickou logopedkou cvičí klidovou polohu jazyka jeho posilováním pomocí špátlí. Dále se soustředí na nedostatečnost čelistního úhlu při artikulaci hlásek D, T a N. V terapii je zařazeno cvičení na podporu motoriky mluvidel, nácvik elevace jazyka, izometrická cvičení dle Anety Kittel, posilování čelisti a jazyka. Konkrétně zkouší při terapii elevaci jazyka s pomocí ovesných vloček, které se přilepí na špičku jazyka a Ella má za úkol je udržet na patře co nejdéle. Dále klapání jazykem o patro (tzv. koníček), plazení jazyka po špátli dopředu a dozadu, otevírání a zavírání úst, aby docházelo k uvědomování si čelistního úhlu. V neposlední řadě rozvíjí logopedka s Ellou diadochokinezi v orofaciální oblasti. V současnosti se terapie věnují především správnému vyvození hlásky R, kde logopedka využívá metodu vyvození s pomocí síly výdechového proudu. Metoda substituce nebyla tak úspěšná, jako tato.

Po narození se u Elly zjistilo po vyšetření zhoršení sluchu. Byly nasazeny vícekrát grometky, které nakonec tento problém vyřešily. Dívka prodělala jednou zánět středního ucha, ale rozhodně tím netrpěla často. Sluch je nyní v naprosté normě i s funkční Eustachovou trubicí.

Ve škole Ella problém s navázáním přátelství nikdy neměla. I přes to bylo nutné psychologickou terapii vyhledat z jiného důvodu. Ella se ve svých 14 letech dostala do nepříjemné situace se svým otcem, kdy se jí dotkly určité řeči otce, a to se podepsalo na jejím psychickém stavu. Dostali se na doporučení od lékaře k psychiatrovi, kde dívka dostala léky na zmírnění výkyv nálad a na podporu usínání. Doporučili antidepresiva, ale ty matka striktně odmítla. K otci v současné chvíli chodit nemusí, pokud nechce, ale situace tím samozřejmě vyřešena není. Nyní dívka dochází ke školní psychologice.

Na ortodoncii Ella dochází již od dvou let s tím, že rovnátka má dodnes střídavě fixní a vyjmutelný aparát. Přes noc si nasazovala masku, která posouvala horní čelist dopředu. Tuto masku měla na jeden rok od šesti do sedmi let. Zubní kazy se dívce vytvářejí ve větším množství, ovšem matka se domnívá, že je to z valné většiny z důvodu nepečlivé zubní hygieny. Slečna měla nadpočetné množství zubů, přičemž zuby mimo patrový oblouk byly vytrženy.

Ella nebyla od narození kojená, ale mateřské mléko jí matka dávala přes sondu či láhev do 4. měsíce s následným přechodem na umělé kojenecké mléko. Příkrmy byly přidány do jídelníčku kolem půl roku života. Když dívka u jídla kýchla, tak se jí jídlo často dostávalo do

nosní dutiny, ale dietní opatření přesto neměla a rodiče Elle dávali, co měla ráda. Po jídle jí dali napít čaje nebo vody, aby se nos trochu vyčistil. Se lžičkou v ústech problém neměla. Dnes je Ella vybíravá, ale jinak má k jídlu vztah kladný.

S respirací, i přes široký rozštěp, komplikaci měli pouze do dvou let, kdy měla částečně otevřené patro. Po operaci patra se tento problém zmírnil a dívka se naučila dýchat nosem koordinovaně.

Rodina byla v Německu v kontaktu se známými, kteří měli také v rodině rozštěpovou vadu. Našli u nich pochopení a spoustu tipů a rad. V České republice navázala rodina kontakt s dalšími lidmi s rozštěpovou vadou na Facebookové stránce Rozštěp obličej, rozštěpové vady a dále v zapsaném spolku Šťastný úsměv.

5.1.2 Kazuistika č. 2 (Amálie)

Jako první ze zapsaného spolku Šťastný úsměv mě kontaktovala matka Amálie. Amálka se narodila 19.3. 2005 v Přerově s mírou 52 centimetrů, vážila 3 700 gramů a v porodnici novorozeneckou žloutenku neměla. Přišla na svět s diagnózou celkového oboustranného rozštěpu, kde jde konkrétně o oboustranný rozštěp rtu i patra. Čelist má postiženou také, ale rozštěp zde není téměř vůbec patrný. Postižení čelisti spočívá v jejím zpomaleném růstu. Amálka trpí alergickými reakcemi na pyl, které se objevily kolem 6. roku života. Z alergologických testů vyplynula i hraniční alergie na roztoče a psí srst, přičemž medikaci na alergii má jen přes pylovou sezónu, kdy se alergie projevuje nejvíce. V současné době je v plánu podání vakcíny ve formě pilulek, která se aplikuje každé ráno pod jazyk. Dále byla Amálka ve svých 4 letech na adenotomii z důvodu časté nemocnosti a kvůli tomuto zákroku se jí zhoršila přibližně na 14 dní řeč, což se později samo srovnalo.

Amálka nastoupila do povinné školní docházky bez odkladu a nyní dochází do školy na víceleté Gymnázium Jakuba Škody v Přerově, kde momentálně studuje ve druhém ročníku. Mezi její koníčky patří tvorba videí na Youtube a TikTok. Dříve se do 12 let věnovala gymnastice, kterou musela ukončit ze zdravotních důvodů.

Matka Amálky byla narozená roku 1969 v Praze. Nyní se léčí se štítnou žlázou, ale jinak nemá žádné zdravotní komplikace. Pracuje jako místostarostka Prosenic a v letních měsících provozuje sportovní areál taktéž v Prosenicích. Ze strany matky v rodině nikdo rozštěp orofaciální oblasti nemá.

Otec je narozen roku 1967 v Přerově s jednostranným rozštěpem rtu. Jeho rozštěp se chirurgicky opravil rekonstrukcí rtu kolem třetího roku života a pak už žádnou operaci

podstupovat nemusel. Na řeč a sluch jeho vada neměla žádný dlouhodobý vliv a díky tomu může pracovat jako řidič nákladního automobilu.

Amálka má 3 starší nevlastní sourozence. Nejstarší bratr byl narozen 1989, o něco mladší sestra byla narozena 1992 a druhým nejmladším ze sourozenců je bratr narozen 1994. Ten má také rozštěpovou vadu, a to celkový jednostranný rozštěp. První operace, rekonstrukce rtu, proběhla ve třech měsících a následující operace patra se provedla do roku života. Čelist se operovala až kolem 10. roku, ale v řeči přesto žádná velká patologie nebyla. Veškeré operace se konaly v Brně v rozštěpovém centru a na logopedii chodil v místě bydliště do začátku školní docházky. Sluch měl také v normě bez patologické tekutiny ve středouší, tudíž nepotřeboval gromety. Ostatní sourozenci jsou prakticky zdraví. V domácnosti žije pouze Amálka s matkou a otcem v rodinném domě v Prosenicích.

Těhotenství matka popsala jako bezproblémové, jen ke konci občas tvrdlo břicho, ale jinak bylo vše v normě. Vada nebyla pomocí ultrazvukového vyšetření odhalena a Amálka se narodila v termínu ve 40. týdnu těhotenství císařským řezem z důvodu obrácené hlavičky.

Operační péče začala ve třetím měsíci holčičky, kdy proběhla rekonstrukce rtu a nosu. Dále Amálka absolvovala operaci patra v 8 měsících života. V 6 letech podstoupila reoperaci patra, přičemž všechny operace se konaly v Brně ve Fakultní nemocnici U svaté Anny, kde Amálku operoval pan primář MUDr. Tomáš Výška.

Do budoucna se plánuje ještě jedna operace, a to předsunutí čelisti neboli ortognátní chirurgie. Tato operace se bude konat z důvodu opačného skusu. Předchází ji přibližně dvouroční ortodontická příprava, ale Amálka tuto přípravu nebude muset mít tak dlouhou, protože rovnátka doposud nosila poctivě. Více o ortodontické terapii u Amálky je popsáno níže v textu.

Z hlediska psychomotorického vývoje je na tom Amálie velmi dobře. Od kojeneckého věku se vyvíjela de normy. Lézt po čtyřech začala kolem 6. měsíce. Již v 8. měsíci si uměla listovat knihou, tedy obracet její listy. Chodit začala po prvním roce života. Matka zmínila i fakt, že ve dvou letech už znala všechny barvy a dokázala je pojmenovat nebo že ve 4 letech uměla číst.

Řeč se u Amálky začala rozvíjet také v normě. Broukala si, snažila se opakovat po mluvním vzoru. Kolem prvního roku se objevila první slova ve formě slabik. Takto stavěnou mluvu používala přibližně do dvou let. Pak nastal vývojový zlom a Amálka začala mluvit ve větách. Logopedii s matkou navštěvovali do 5 let, protože tvořila patologicky rázové hlásky jako je hláska V, B apod. S paní logopedkou se učili i korigovat proud vzduchu při výdechu, neuměla zpočátku dýchat zvlášť nosem a zvlášť ústy. Nyní jí už koordinace dýchání nedělá

problém. Co se týče morfologicko-syntaktické stránky jazyka nezaregistrovala paní logopedka ani matka žádné markantní odlišnosti. Dysgramatismy se v mluvě patologicky neobjevovaly. Konkrétně s klinickou logopedkou cvičili hlavně dechová cvičení s pomocí brčka. Dále využívali víčko od fixy, které měla Amálka vložit mezi našpulený ret a pomocí výdechového proudu ho měla fouknout co nejdále. Toto cvičení ji nejprve nešlo, ale po nějaké době pochopila princip, jak to udělat a pak už to nebyl žádný problém. Dále byly zařazeny v terapii oro-motorické cviky s jazykem – elevace jazyka, klidová poloha jazyka, vysunutí jazyka dopředu, doleva a doprava. Často také využívali bublifuk. Hlásku V vyvozovali také s pomocí výdechového proudu. Matka byla klinickým logopedem proškolená, jak masírovat měkké patro do dávivého reflexu, aby se posílilo, a nakonec zvedalo samo při mluvě. To se dívka později naučila i sama.

V průběhu operační péče byla matka poučena klinickým logopedem, jak masírovat měkké patro při fonaci hlásky A. Pohyblivost měkkého patra byla u Amálky dobrá. Trénovali větší pohyblivost rtu při mluvení. Vývojově tvořila Amálka patlavě R, což se poté na logopedických sezeních upravilo. V roce 2008 neměla ještě dostatečně zafixovanou správnou artikulaci ostrých sykavek C a S. Amálka v současnosti mluví téměř intaktně a komunikace s lidmi jí nedělá žádné problémy. Jako konkrétní pomůcky při logopedické terapii využívaly brčka, foukací pomůcky, rotavibrátor, špátle a kousací pomůcky.

Otorinolaryngologickou péčí navštěvovali pravidelně v rámci kontrol od narození. Sluch měla rozštěpovou vadou ovlivněn, a to projevením převodní nedoslýchavostí. Po operaci patra se sluch výrazně zlepšil a do půl roku od operace se pak stav sluchu dostal do běžné normy. Amálka neměla ani jednu zavedené gromety, které se zavádějí chirurgicky do bubínku a vytváří otvor do středního ucha, aby mohla buď vytékat patologická tekutina nebo aby bylo střední ucho dostatečně provzdušněno. Vzhledem k tomu, že operace patra zlepšila stav sluchu, gromety tedy nebyly potřeba. Jednou měla Amálka zánět středního ucha, ale jinak na toto onemocnění netrpěla. Eustachovu trubici má plně funkční.

Když byla Amálka v 5. třídě na základní škole, tak se setkala s posměchem od spolužáků. To se samovolně vyřešilo přestupem na víceleté gymnázium, kde tento problém nemá. Tato nepříjemná situace netrvala tak dlouho a nebyla natolik intenzivní, aby byla potřeba systematická psychologická péče. Povahou je Amálka spíše introvertní, ale podle matky se začíná nyní s nástupem puberty měnit.

Vzhledem k postižení patra a z části i čelisti bylo nutné vyhledat i péči stomatologickou. Amálka měla nadpočetné množství mléčných zubů, které jí rostly v patře mimo patrový oblouk. V tomto případě nijak nepřekážely a předpokládalo se, že by zuby samovolně postupem času

vypadly. Ale nakonec se Amálka s matkou rozhodli nechat tyto nadbytečné zuby odstranit. Stálý chrup má nyní početně v pořádku. Avšak zuby narostly hodně křivě, některé měla otočené o 90 stupňů. Amálka tedy nosí fixní aparát vyrobený v ortodontické ordinaci. V průběhu terapie jí ortodontisté střídají fixní a vyjmutelný aparát. Ortodontcii navštěvují již od 4 let věku Amálky a rovnátka nosí do teď. Dále má dva zuby srostlé dohromady na místě stoliček, avšak tato abnormalita není na první pohled vidět a zub není nijak funkčně narušen. Proto se pravděpodobně nebude upravovat. Na zubní kazy Amálka nikdy netrpěla a nedělají jí velké potíže. Za celý život má v této chvíli pouze jeden vrtaný zub.

Z důvodu rozsahu rozštěpu nebylo možné Amálku kojít hned po narození. Rodině se osvědčila speciální savička s názvem Habermanova láhev, která je blíže popsána v oddíle 3.4. Sát se naučila až v 5 měsících věku po operaci patra. Nakonec se naučila pít i pomocí brčka, což si natolik oblíbila, že tak leckdy pije i v současnosti.

Dudlík měla pouze plochý z důvodu širokého rozštěpu patra. Využívali ho ale jen do operace patra, pak už ne. Později, kolem 6. měsíce Amálky matka začala zařazovat do jídelníčku příkrmy, přičemž museli stravu přizpůsobovat potřebám Amálky. Například ovoci se spíše vyhýbali, protože hrozilo, že se jí potrava dostane do nosu a podráždí nosní sliznici. S přijmutím stravy ze lžičky ale neměla problém a jedla běžně jako intaktní děti v jejím věku. Dnes nemá Amálka žádné problémy s jídlem, jen je občas velice mlsná.

5.1.3 Kazuistika č. 3 (Sofie)

Jako další rodič ze zapsaného spolku se mi ozvala matka Sofie.

Sofinka se narodila 11.9. 2006 v Brně s mírou 48 centimetrů a váhou 2 400 gramů bez prodělání novorozenecké žloutenky. Narodila se s diagnózou celkového levostranného rozštěpu. Jedná se tedy o levostranný rozštěp čelisti, rtu i patra. Sofinka byla hned od narození sledována na kardiologii kvůli šelestu na srdci, kdy na kontrolu chodí pouze jednou za tři roky. Kolem 13. roku se Sofince zhoršilo zrakové vnímání. Konkrétně ji byla diagnostikována nízká myopie, neboli nízká krátkozrakost, a proto ji byla přidělena brýlová korekce – na jednom oku půl dioptrie. Brýle si rychle oblíbila a bere je jako módní doplněk. U Sofie se dále projevují alergické reakce na pyly, ale zatím nebyly na alergologii prokázány. Na alergologii se léčí slečna s astmatem a v případě potřeby užívá Ventolin – na podporu dýchání.

Sofie nastoupila do první třídy základní školy bez odkladu, z části díky svému datu narození. Nyní dochází do devátého ročníku 25. Základní školy v Plzni. Sofinka se zajímá o umění, tanec a módu. Z toho důvodu si podala přihlášku na střední školu v oboru módního návrháře, kam byla po zvládnutí přijímacích zkoušek úspěšně přijata. V budoucnu by se chtěla

stát právě módní návrhářkou nebo stylistkou. Mezi její koníčky patří také kresba a cestování. Má procestované Čechy, Rakousko, Německo, Chorvatsko, Itálii a Slovensko, přičemž nejvíce se jí líbilo v Alpách.

Sofinky matka se narodila 27.3.1980 v Duchcově. Její anamnéza sestává z oční vady, astigmatismu a krátkozrakosti, kde byla zjištěna půlka dioptrie na obou očích. Již od dětství se matka potýká s astmatem. Momentálně pracuje v domácnosti a vypomáhá manželovi v autoservisu.

Otec byl narozen 30.9.1975 v Rokycanech prakticky zdravý, nevyskytují se u něj žádné zdravotní komplikace. Vlastní autoservis, kde sám pracuje a stará se o celý běh firmy.

Sofie nemá žádné další sourozence, a tak žijí pospolu jako celá rodina v rodinném domě v Netunicích, v Plzeňském kraji.

Sofie je první v rodině, u koho se rozštěpová vada objevila, a to již na kontrolním vyšetření ve 32. týdnu těhotenství. Lékař ji následovně odeslal na vyšetření odběru plodové vody neboli aminocentézu, kde se neprokázala žádná další vrozená vada. Lékaři ale usoudili, že je miminko příliš malé na svůj vývoj, a tak si nechali matku v nemocnici na pozorování. Matce byla později během těhotenství diagnostikována těhotenská cukrovka.

Rodina chtěla, aby první plánovaná operace rtu a nosu probíhala v Brně. To bylo ale prakticky neproveditelné kvůli zdravotní pojišťovně, která byla schopná proplatit cestu do porodnice pouze do Prahy, kde je také rozštěpové centrum. Matka byla ale v tuto dobu dohodnutá s lékařkou MUDr. Jitkou Vokurkovou, PhD. na první plastické operaci, a tak se vydali do Brna 14 dní před termínem porodu. Tam dali lékaři 14 dní času, jestli se porod spustí spontánně, to se však nestalo, takže matka šla na vyvolání porodu přesně v jeho termínu. K vyvolání porodu nebyl žádný závažný zdravotní důvod, jednalo se pouze o praktické rozhodnutí matky a lékařů. Jakmile byl porod vyvolán, Sofinka se narodila přirozeně bez komplikací.

Chirurgická operační péče začala podle plánu již 4. den, kdy proběhla rekonstrukce rtu a nosu. Dále v 6. měsíci Sofinka absolvovala operaci patra, kde byl rozštěp opravdu široký (podle matky to mohl být cca 1 centimetr). Ve třech letech proběhla reoperace patra kvůli vývoji řeči, jenž nepostupoval. Objednali se proto na kontrolu k panu doktorovi MUDr. Pavlu Horníkovi na ORL klinice. Proběhlo endoskopické vyšetření a zjistilo se, že Sofinka má měkké patro zjizvené, což se ukázalo jako následek operace patra. Z důvodu zjizvení se nemohlo měkké patro hýbat, a proto byl i znemožněn vývoj řeči. Jizvu tedy odebrali a patro sešili znovu. Od této chvíle se řeč začala vyvíjet lépe. Všechny plastické operace vykonávala paní doktorka MUDr. Jitka Vokurková, PhD. Na dalším operačním úkonu se Sofince zavedly gromety do

bubínku, a to ve čtyřech letech kvůli patologické tekutině ve středouší. Gromety jí pomohly a tekutina se poté již znovu neobjevila. V devíti letech podstoupila Sofie plastickou operaci ušních boltců z estetického hlediska. Dále Sofince v jedenácti letech implantovali lékaři štěp z kyčle do čelisti. Prozatím poslední operace se konala ve čtrnácti letech dívky, kdy se jednalo o korekci nosu a rtu. Původně se mělo jednat o jiný zákrok, protože se jí objevil otvor mezi nosem a ústy, kudy protékala tekutina do nosních dutin. Měla jít na zašití tohoto otvoru, ale termín operace dostali až za půl roku od objevení patologie. V době čekání na zákrok ale povyrostla a otvor se tím uzavřel sám. Do budoucna se plánuje operace posunutí čelisti směrem dopředu. K tomuto zákroku se váže příprava ortodontická. Sofinka je v péči ortodontistů již od čtyř let. Střídá se jí fixní aparát a aparát, který se dá vyjmout. Zuby dle matky měla hodně křivé, například přední zuby v horní čelisti měla otočené o devadesát stupňů, a proto má rovnátka dodnes.

Sofinka byla a je motoricky velmi zdatná. Co se týče psychomotorického vývoje, vyvíjelo se vše dle normy. Od pasení koníčků, přes sed, lezení, až k počátkům chování bylo vše v pořádku. Chodit bez dopomoci začala ve třinácti měsících.

Jak už je zmíněno výše v textu, rozvoj řeči nejprve stagnoval z důvodu špatně zahojené jizvy. Měkké patro se nemohlo hýbat, a tak Sofinka téměř nemluvila. Po opravě této jizvy se řeč rapidně zlepšila. První slova se začala objevovat kolem 11. měsíců. Sofinka začala chodit do mateřské školy logopedické v Plzni, kde byla logopedie pravidelně každý týden. Dále na základní škole, konkrétně v páté třídě, bylo vysloveno podezření na dyslexii, ale nebylo tím nic potvrzeno, protože se jedná jen o náznaky této poruchy učení. Dnes Sofinka na logopedii už nedochází, neboť řeč se jeví intaktně a dívka nemá problém s žádnou hláskou. Dle její klinické logopedky byla Sofinka velmi šikovná. Během terapií vyvodily patologicky tvořené hlásky R a sykavky. Neměla ale žádný specifický problém, který by byl spojený s rozštěpovou vadou, a tak terapie probíhala v obdobné formě jako u dítěte s dyslálií. Hlásky se povedly správně zafixovat a Sofie je nyní používá intaktně již automaticky.

Dívka má v době realizace kazuistiky funkční Eustachovu trubici, sluch má v normě také. Umí dýchat nosem koordinovaně, i přes křivou nosní přepážku.

Doposud nepotřebovala psychologickou péči, jelikož se nasetkala ve škole s posměchem či šikanou. Popsala by samu sebe jako introvertku a ve škole byla vždy spokojená.

V době, kdy měla Sofie mléčný chrup, se jí zubní kazy dělaly častěji. U stálých zubů už tomu tak není. Nadpočetné zuby se u ní nevyskytovaly, ovšem bez rovnátek se neobešla. V horní čelisti byl chrup velmi patologicky postaven, ale vše bylo upraveno pomocí fixních aparátů u ortodontisty, jak je již zmíněno výše.

Vzhledem k rozštěpové vadě nebyla kojená jako novorozeně, ale o mateřské mléko nebyla ochuzena. Rodina zkoušela Habermanovu láhev, ale Sofinka ji nepřijmula dobře. Neměla sílu z ní mléko nasát. Používali tedy placatou savičku s větším otvorem na pití. Příkrmy začala matka přidávat do jídelníčku během 6. měsíce. Se lžičkou neměla dívka problém, krmení tak nebylo komplikované.

5.1.4 Kazuistika č. 4 (Veronika)

Matka Verunky se mi ozvala jako další z ochotných rodičů navázat spolupráci a já jsem si je vybrala jako poslední pro vhodný výzkumný vzorek.

Veronika přišla na svět 13.2. 2007 v Praze ve Fakultní nemocnici v Motole a po narození měřila 50 centimetrů a vážila 3 300 gramů a za další, novorozenecká žloutenka nebyla prokázána. Narodila se s rozštěpovou vadou ve formě celkového levostranného rozštěpu. Dle matky byl rozštěp široký, přibližně centimetr v čelisti. Ve 14 letech začala mít Verunka problémy s atopickým ekzémem. Dále velmi často trpěla na záněty středouší, a z toho důvodu se jí později zhoršil sluch kvůli častému píchání ušního bubínku, který se tím nevratně poškodil. Tónová audiometrie ukázala ztrátu 80 dB na obou uších. Lékařům se ale nezdála tak rychlá změna stavu sluchu, vzhledem k tomu, že do tohoto momentu neměla se sluchem žádné komplikace. Proto odeslali dívku na objektivní vyšetření BERA, kde toto vyšetření ukázalo ztrátu sluchu 30 dB. Zjistilo se, že sluchová porucha je z velké části ovlivněna psychikou dívky. Dívce se začala zařizovat okamžitě sluchová korekce – sluchadla.

Veronika nastoupila bez odkladu do Základní školy Mníšek pod Brdy. V době psaní bakalářské práce dívka navštěvuje devátý ročník této školy. V budoucnu by se chtěla věnovat designu, animacím nebo psaní knih sci-fi žánru. Matka ji popisuje jako velmi snaživou dívku. Mezi její zájmy patří koně, četba fantasy knih, tanec a hraní na housle.

Verunky matka se narodila v listopadu 1979 v Praze ve Fakultní nemocnici v Motole. Nyní je po operaci štítné žlázy, přičemž k odstranění půlky štítné žlázy došlo roku 2005 z důvodu výskytu cyst a v roce 2013 pak lékaři odebrali i druhou půlku. Od té doby matka bere medikaci a chodí na pravidelné kontroly. Zaměstnáním byla dříve letuška, nyní pracuje jako ekonom na městském úřadě v městě Jílové u Prahy.

Otec byl narozen v lednu 1976 v Táboře. Od raného dětství se u něj objevuje atopický ekzém a v deseti letech byl na operaci se slepým střevem. Rozštěpová vada se na straně ani jednoho rodiče nevyskytuje.

Verunka má dva sourozence, mladší sestru a mladšího bratra. Sestra se narodila v září 2008 v Praze, také ve Fakultní nemocnici v Motole a aktuálně je prakticky zdravá. Bratr se

narodil v dubnu roku 2019 taktéž v Motole jako zdravé miminko, ovšem v současné době kvůli častým onemocněním zvažují adenotomii.

Celá rodina žije společně v bytě v Mníšku pod Brdy až na sestru, která nyní přebývá ve všedních dnech na internátu v Táboře, kam dochází do školy.

Gravidita probíhala dle norem, nic nebylo zjištěno ani prokázáno do 22. týdne. Ke konci těhotenství matku trápily blokády zad. Ve 22. týdně těhotenství se rozštěp objevil na ultrazvukovém vyšetření. Přesto se rodiče rozhodly si holčičku nechat.

Porod byl dlouhý, nepostupoval, nakonec museli lékaři zasáhnout a propíchnout vak s plodovou vodou. Proces to ale neurychlilo a museli tedy porod vyvolat. Miminko mělo lehce fialové ručičky, ale jinak bylo vše v pořádku.

Třetí den po narození se dívce rekonstruoval ret a nos, přičemž všechny plastické operace dělal pan doktor MUDr. Borský v Praze v Motole. Další operací byla operace patra ve čtrnácti měsících Veroniky, v případě této operace využili metodu sešití patra do písmene Z, aby měkké patro poději lépe pracovalo, nezkracovalo se a bylo více pohyblivé. Během tohoto zákroku lékaři rovnou odstranili nosní mandli z důvodu nadměrné velikosti. Kvůli tekutině ve středouší byly nasazovány každoročně až do 12 let grometky. Pomáhaly jí také během zánětu středního ucha, díky čemuž se záněty objevovaly méně často a v menší intenzitě. Středoušní záněty mívala jinak frekventovaně a velmi intenzivně. Na pohotovost do nemocnice se zánětem museli jet minimálně sedmkrát, avšak je možné, že zánět prodělala mnohem vícekrát. Tím, že je měla často, si na ně téměř zvykla a pak ani nehlásila, že jí ucho bolí. Matka popsala i situaci, kdy přijeli do nemocnice, protože si Verunka na ucho trochu stěžovala. Pan doktor se posléze zděsil, že jde o více zánětů najednou ve vážném stavu a nerozuměl, že Verunka nehlásí obrovské bolesti. Reoperace nemusela mít žádné, neboť se vše v pořádku zahojilo. V prosinci 2016, když bylo Verunce 10 let, plánovaně proběhla spongioplastika v Pražské nemocnici na Vinohradech. Jako poslední operaci absolvovala Verča v roce 2020 autoimplantaci zubu. Přesunuli stoličku (konkrétně jde „čtyřku“) z dolní čelisti do horní čelisti na místo „dvojky“. Nervy v zubu ale uhynuly a transplantace tak nebyla úspěšná. V 18 letech je naplánována operace čelisti, při které dojde k jejímu předsunutí kvůli obrácenému skusu.

Od kojeneckého věku si rodina všimla jedné odchylky u psychomotorického vývoje dívky. Měla rozevřené pěsti namísto sevřených. Objednali se na kontrolu na dětskou neurologii, kde lékaři potvrdili spasticitu miminka. Od třetího měsíce věku začali cvičit a aplikovat Vojtovu metodu, a to až do 8. měsíce. Reflexní terapie dítěti velice pomohla a holčička se rozvíjela motoricky dál. Další odchylkou bylo lezení po všech čtyřech končetinách. Místo střídání levé a pravé strany holčička dávala dopředu vždy jen jednu polovinu těla a pak přitáhla druhou.

Postupně se ale tato odchylka samovolně spravila, holčička ležla dostatečně dlouho, aby měla základ pro skvělou pozdější grafomotoriku. Chodit začala před rokem života. Nyní umí běhat, skákat a s pohybem nemá sebemenší problém.

V tomto případě rozštěpu si rodina myslela, že dívka nebude schopná mluvy z důvodu šířky rozštěpu. Proto na ni začali od 5. měsíce znakovat tzv. Baby signs. Holčička už v sedmi měsících na znaky velmi dobře reagovala a v tomto období aktivně používala přibližně 30 znaků – například znak pro slovo napít, mléko, jíst, táta apod. Simultánně se znaky si začala i broukat a opakovat po mluvním vzoru. Slabikovat začala kolem 16. měsíce, v době po operaci patra. První slova byla „*máma*“ a „*papa*“ (výraz pro jídlo). Po operaci patra se řeč rozvinula ve velkém měřítku a ve dvou letech dívka mluvila spontánně v souvětích. Huhňavost se u Verunky vůbec neprojevila. Logopedickou kliniku pravidelně navštěvovali od 18. měsíců do 6 let. Ve třech letech začali chodit k nové klinické logopedce. Ta dívku popsala jako velmi šikovnou a ochotnou spolupráce s potenciálem. Vzhledem k rozštěpu dělali především orofaciální stimulaci a podporu dechových cvičení i artikulací. Dle logopedky měla Veronika artikulační bazi posunutou dozadu, potvrdila substituci T za K a D za G. Brzy od nástupu začali vyvozovat hlásku T, kterou se jim podařilo vyvodit běžným způsobem. Paní logopedka vyžívá metodu cvičení s propojením pohybem. Například když měla Verča říct hlásku T, tak si u toho měla i dupnout apod. Hlásku T konkrétně vyvozovali přes měkčenou hlásku Ť. Dále hláska D probíhala podobně jako T. Hlásku L se začala v řeči objevovat sama, avšak v momentě, kdy s logopedickými terapiemi v danou chvíli končili, neměla dívka výslovnost L čisté a intaktní. Hlásku R se dařilo vyvodit pouze tzv. jednokmitně. Tvořila tuto hlásku buď jinde anebo jinou částí jazyka, než by se mělo. Zkoušeli substituční metodu přes T-D a rozkmitavou metodou pomocí rotavibrátoru. Sykavky měla už ze začátku nečisté, ty se během terapií nepodařili upravit do intaktního stavu. Dále logopedka během terapií s Verunkou využívala často orofaciální masáže, trénink pohybů v dutině ústní k podpoře vědomého ovládní motoriky a posilování jazyka. Terapie v minulosti ukončili dle domněnek logopedky ze strany rodiny, kde docházení na terapie pravděpodobně bralo rodině velké množství energie. V současnosti se ukázalo, že Verča neumí dýchat správně nosem, a proto začnou paní logopedku opět navštěvovat. Logopedii nebudou navštěvovat jen kvůli koordinaci dýchání, ale také zhoršení výslovnosti ostrých sykavek kvůli obrácenému skusu, který jsem již výše zmiňovala. Cílem logopedické terapie bude nyní zdokonalit artikulaci některých hlásek, naučit se ovládat dýchání a uschopnit Eustachovu trubici, která momentálně není funkční.

Otorinolaryngologickou péčí mají zajištěnou ve Vinohradech. Do dvou let holčičky jezdili každé tři měsíce na kontrolu. Poté přestoupili do nemocnice v Jindřichově Hradci, kde

je má v péči pan doktor MUDr. Bohumil Markalous. Lékaři se domnívají, že časté záněty středouší u Verunky byly z důvodu zúžených zvukovodů na obou uších.

Ve 4,5 letech holčičky se začaly objevovat afektivní záchvaty zuřivosti, které je dovedly k psychologické péči. Verunka se do těchto stavů dostávala, neboť má nepřiměřený mentální vývoj. Podle paní psycholožky je o dva roky napřed s mentálním vývojem, ale emoční vývoj je v normě. Má proto velmi extrémní prožívání všech emocí, a proto se snadno dostane do afektu. Doma se proto museli učit práci s emocemi, dýchací techniky, které posléze pomáhaly a díky nim se z afektu vždy dostala zpátky do normálu. Malé holčičce například říkali: „*skřítku Vztekliku, jdi pryč, my tě tady nechceme!*“. Do psychické pohody ale dívka nepomohla šikana, která se objevovala během celého docházení na základní školu. V současné době bude slečna docházet na psychologické terapie kvůli diagnostikovaným depresím. Vyšetření BERA spolu s tónovou audiometrií navíc prokázaly vliv psychosomatiky na dívčin sluch. Vliv je poměrně vážný, neboť rozdíl mezi objektivním a subjektivním vyšetřením je celých 50 dB ztráty. Rodina proto musí být v současných dnech velmi opatrná a empatická, aby dívka nedopatřením neublížila.

Z řad mléčných zubů Verunce z nutnosti vytrhli stomatologové 5 zubů, většinou byl tento zákrok spojený s dalším, například trhání a zavedení grometek. Ze stálých zubů pak trhali pouze dva. Vždy z oblasti horní čelisti. Kazivost je u Verunky mizivá, dohromady má doposud jen jeden zubní kaz i přes rovnátka. Aparát z ortodoncie nosila už od raného dětství. Střídal se fixní a vyjmutelný, stejně jako u předešlých případů.

Matka nemohla plně narozenou Verunku kojit kvůli rozštěpu, ale mateřské mléko zajišťovala až do 16. měsíce dívky. Sestřičky v porodnici v Motole naučili Verunku pít z běžné láhve s větším otvorem na průtok tekutiny. Habermanova láhev jim nevyhovovala. S váhou a s přibíráním měli ze začátku problém. Za první týden holčička přibrala ke dvaceti gramům, což je značná odchylka od normy (u intaktního dítěte se jedná okolo 150 gramů za první týden). Na druhou stranu za další týdny přibrala i dvakrát tolik, takže váhu s přehledem dohnala. S příkrmy začala rodina běžně kolem 6. měsíce. Holčička přijímala potravu bez problému ze lžičky. K jídlu v současnosti nemá moc dobrý vztah, matka vyslovila i podezření na anorexii. Bere jídlo pouze jako nástroj pro přežití a nemá z něj žádný požitek, což se samozřejmě do budoucna může změnit.

5.2 Rozhovory s klinickými logopedy k problematice terapie narušených komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami

Tato kapitola věnuje pozornost odpovědím klinických logopedek. Ze čtyř logopedek si tři zachovávají anonymitu, jak bylo zmíněno v oddíle 4.4. Jedna vystupuje v této práci pod svým jménem, a tou je PaedDr. Eva Stryková.

Tabulka 2 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 1

1. Kolik dětí s rozštěpovou vadou jste za svou praxi měla v péči?	
Klinická logopedka 1	Do 10 dětí s rozštěpem.
Klinická logopedka Eva Stryková	Několik desítek.
Klinická logopedka 3	5-6 dětí.
Klinická logopedka 4	Dlouhodobě 2.

Všechny klinické logopedky měly za svou praxi zkušenost v rámci terapií dětí s rozštěpovou vadou. Nejvíce zkušeností má PaedDr. Eva Stryková, která uvedla až několik desítek dětí s rozštěpovou vadou. Nejméně pak klinický logoped 4, který měl dlouhodobě v péči pouze dvě děti.

Tabulka 3 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 2

2. Spolupracovala jste s plastickým chirurgem během péče o dítě s RV? S centrem rozštěpových vad?	
Klinická logopedka 1	Ne. Pracovala jsem se staršími dětmi, tak to nebylo potřeba. Zácvik dětí a rodičů už byl proveden u jiného logopeda.
Klinická logopedka Eva Stryková	Ano – prostudování zdravotnické dokumentace, dotazy (i v době před existencí center).
Klinická logopedka 3	K dispozici byly pouze poskytnuté zprávy z rozštěpových center, jinak žádná aktivní spolupráce neprobíhala.
Klinická logopedka 4	Ne.

Ze všech dotázaných klinických logopedů spolupracovala s rozštěpovými centry pouze jedna klinická logopedka, a to PaedDr. Eva Stryková. Ostatní uvedli, že s centry nespolečně pracovali z různých důvodů. Maximálně jen v případě, že jim rodiče poskytli zprávu od plastického chirurga.

Tabulka 4 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 3

3. Jaké jste používala metody při terapii?	
Klinická logopedka 1	Podle vady, metoda terapie orální pozice, na posílení čelisti – kousátka, když nedokážou udržet otevřenou pusou, pak podle diagnózy. Při palatolálii dechová fonační artikulační cvičení, myofunkční terapie, posilování, která vedou k vyvození hlásky, dechová cvičení.
Klinická logopedka Eva Stryková	Setkání a pohovory s rodiči před narozením dítěte s RV (délka těhotenství, její fáze, oblast krmení, význam sledování sluchu, dechové vzorce), práce s rodiči po narození dítěte – edukace v oblasti stimulace správných návyků, hravé formy. Individuální přístup dle typu a stupně RV (např. rozštěp před/ za foramen incisivum, stimulace orality, snižování nasality, rezonance, hodnocení artikulace – transkripce).
Klinická logopedka 3	Dechová cvičení, posilování jazyka, čelisti (orofaciální oblasti).
Klinická logopedka 4	Klasické, co se využívá u dyslalických dětí. Zaměření na funkčnost velofaryngeálního uzávěru, posilování měkkého patra a kořene jazyka. A jinak běžné pomůcky.

Klinická logopedka 1 odpověděla, že využívá metodu terapii orální pozice, která podporuje posílení čelisti a myofunkční terapii. Tyto metody jsou popsány ve třetí kapitole teoretické části bakalářské práce. Dále využívá dechová cvičení, posilování orofaciální oblasti, fonační a artikulační cvičení, což se shoduje s odpovědí klinické logopedky 3. Klinická logopedka 4 ještě doplňuje odpověď o posilování měkkého patra a kořene jazyka. PaedDr. Eva Stryková zdůrazňuje práci s rodiči, individuální přístup. V terapii směřuje ke stimulaci orality a snížení nazality. Pracuje s rezonancí a samozřejmě i nápravou artikulace.

Tabulka 5 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 4

4. Jaké jste používala pomůcky při terapii?	
Klinická logopedka 1	Kousátka z metodiky terapie orální pozice, grabbery, kousací trubičky, liší se v tvrdosti materiálu, špátle, zrcadlo, na dechová cvičení – brčka, balónky, píšťalky, sondy.
Klinická logopedka Eva Stryková	Logopedické (hadička s olivkami, S indikátor, sondy, špátle), didaktické pomůcky (kinetické, vizuální, taktilní, deduktivní)
Klinická logopedka 3	Brčka, flétny, kousací pomůcky, špátle a další.
Klinická logopedka 4	Kousací trubičky na posílení žvýkacích svalů, Z vize logopedický vibrátor-speciální pomůcka pro rozvoj orofaciální oblasti.

Všechny logopedky se shodují na pomůckách posilující orofaciální oblast – převážně čelist – hlavně taktilní pomůcky (kousací). Dále využívají nejvíce špátle, brčka, flétny, logopedické vibrátory a další.

Tabulka 6 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 5

5. Jak často k Vám děti s RV docházely a po jak dlouhou dobu?	
Klinická logopedka 1	Děti chodí dlouhodobě, neukončila zatím nikoho, jednou za 3-5 týdnů, podle toho, co se u dítěte řeší za problém.
Klinická logopedka Eva Stryková	Každý měsíc 3-4 týdny. Několik let.
Klinická logopedka 3	Ideálně po 14 dnech, ale to kvůli stavu kapacity není proveditelné. Proto chodí cca jednou za tři týdny. Děti měla v péči přibližně od 3 let. Nejdéle ke mně docházely po dobu 5 let.
Klinická logopedka 4	Dle věku dítěte a stavu, fáze naší spolupráce – přibližně v období do 1,5 roku po 3 měsících, poté postupně intenzivněji a v závěru (nejméně po 4-5 letech) opět rozvolnění. Uzavření vždy záleží na dalších plánovaných operacích – stomatologie, čelistní chirurgie – často ukončování terapie až v dospělém věku.

Na část otázky, jak dlouho děti s RV docházejí na logopedické terapie se všechny klinické logopedky shodly na dlouhodobém docházení v řádu let. Druhá část otázky, jak často dochází tyto děti na terapii už klinické logopedky odpovídaly různě. U někoho záleží na volné kapacitě

míst, kdy děti mohou přijít. Navzdory tomuto faktu se ale shodují na ideální frekvenci 3 týdnech.

Tabulka 7 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 6

6. Byl u většiny největší problém artikulace?	
Klinická logopedka 1	Nazalita a artikulace, největší ne, jen u starších možná.
Klinická logopedka Eva Stryková	Ne, spíše rezonance, nazalizace a nasální turbulence. Dále posun artikulační báze (za rozštěp).
Klinická logopedka 3	Ne, spíše je to spojeno s hypernazalitou. Tím, že jsem měla pouze malé děti s touto vadou, tak se u nich ještě objevovala často slabá slovní zásoba.
Klinická logopedka 4	Artikulace je doprovázená nedostatečností uzávěru, větší problém je huhňavost. Takže odpověď je ne, nebyl.

Odpověď na tuto otázku byla stoprocentně jednotná. U dětí s RV vybrané klinické logopedky řeší primárně nazalitu jako největší problém u dětí s NKS v důsledku RV.

Tabulka 8 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 7

7. Dojde většina k intaktní spontánní mluvě?	
Klinická logopedka 1	Spíš ne, záleží na psychice, na nastavení člověka.
Klinická logopedka Eva Stryková	Záleží na druhu RV. Rozštěp rtu nebo izolovaný rozštěp patra či submukosní rozštěp bývají úspěšnější.
Klinická logopedka 3	Nikoho jsem ještě neukončila za svou praxi, takže nemohu odpovědět.
Klinická logopedka 4	Ne.

Na otázku číslo 7 se odpovědi mírně liší. Více se k ní zmínila PaedDr. Eva Stryková, která uvádí, že záleží na druhu RV. Jinak klinické logopedky směřují odpovědi spíše negativně.

Tabulka 9 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 8

8. Je u dětí s RV velký rozdíl mezi čteným projevem a spontánní mluvou?	
Klinická logopedka 1	Individuální, podle člověka, když čtou pomaleji, tak je to lepší.
Klinická logopedka Eva Stryková	Na konci terapie většinou ne, v průběhu hraje roli míra koncentrace, soustředění, která je lepší při čtení (pokud není dítě komorbidně dyslektik).

Klinická logopedka 3	Nebyl žádný rozdíl.
Klinická logopedka 4	Čtení jsme využívali při fixaci, ale děti to stálo hodně úsilí. Cílené fixační čtené bylo lepší, ale když se nesoustředilo, tak to bylo stejné, jako spontánní mluva.

Rozdíl mezi čteným projevem a spontánní mluvou dětí s RV nevidí vůbec klinická logopedka 3. PaedDr. Eva Stryková a klinická logopedka 4 naznačují, že čtený projev je někdy využitelný při terapii. Pokud čte dítě pomalu a soustředí se na výslovnost, tak by se metoda dala využít, s čímž souhlasí i klinická logopedka 1.

Tabulka 10 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 9

9. Byl u většiny rozštěp patrný?	
Klinická logopedka 1	Vizuálně podle rozštěpu, poslechově taky, individuální.
Klinická logopedka Eva Stryková	Záleží na tom, kdy operace byla provedena a jaká je kvalita tkání a procesy hojení. Časné neonatální zásahy jsou jen velmi málo znatelné.
Klinická logopedka 3	Spíše ne.
Klinická logopedka 4	Jak u koho.

Klinické logopedky 1 a 4 se shodují na individualitě dítěte s RV, u někoho je rozštěp patrný a u někoho ne. Klinická logopedka 3 má zkušenosti, kde rozštěp nebyl vidět na první pohled. PaedDr. Eva Stryková poukazuje na faktor hojení po operaci, pokud se jedná o neonatální operace, není odchylka až tak viditelná.

Tabulka 11 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 10

10. Jakou mají povahu tyto děti? Jak se chovají během terapie?	
Klinická logopedka 1	Neřekla bych, že jsou zásadně jiné, někdy pozoruji větší úzkost, někdy jsou spontánní a v psychické pohodě, všechny pozitivně naladěné, snaživé. Během terapie se chovají podle povahy, záleží i na dalším postižení.
Klinická logopedka Eva Stryková	Z většiny jsou usilovné, záleží na případné komorbiditě.
Klinická logopedka 3	Záleží na stupni vady.

Klinická logopedka 4	První dítě bylo velmi spontánní, do všeho s nadšením, později se to zlomilo a uklidnilo. Druhá dívka byla úzkostná.
----------------------	--

Na povahu a chování dětí s RV odpověděla klinická logopedka 1 vesměs pozitivně, ale vyzdvihuje komorbiditu, která může chování a povahu ovlivnit dále. S čímž souhlasí i PaedDr. Eva Stryková a klinická logopedka 3. Klinická logopedka 4 popsala chování a povahu konkrétních dětí v její péči.

Tabulka 12 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 11

11. Mají společný rys v mluvě? Málo otevřená pusa, drmolení...	
Klinická logopedka 1	Nazalita, ale ne u všech, klidová poloha jazyka u někoho, často zmenšený čelistní úhel, spojeno s příjmem potravy, dostanou později pevné jídlo a nepoužívají žvýkací svaly, horší srozumitelnost, někteří ano, ale není to rozštěpem.
Klinická logopedka Eva Stryková	Dříve to byla palatolalie (vokalická řeč). To bylo v době, kdy se operace prováděly mnohem později než dnes (patro kolem 3.roku). Vokalická řeč v souvislosti s RV je dnes už vzácnější.
Klinická logopedka 3	Menší čelistní úhel.
Klinická logopedka 4	Zvýšená nazalita.

U jedenácté otázky se odpovědi opět trochu rozcházejí, což dokazuje různorodost problémů u rozštěpových vad a důležitost individuálního přístupu, jak bylo několikrát zmiňováno v teoretické části bakalářské práce. Odpovědi na tuto otázku jsou tedy patologická nazalita, patologická klidová poloha jazyka, menší čelistní úhel, ochablost žvýkacích svalů a dříve vokalická řeč, jak zmiňuje konkrétně PaedDr. Eva Stryková.

Tabulka 13 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 12

12. Jaký je primární rozdíl v terapii mezi dítětem s dyslálií a dítětem s rozštěpem?	
Klinická logopedka 1	Nazalita, více se cvičí oromotorika, zásadní rozdíl ale u svých dětí v péči nevidí.
Klinická logopedka Eva Stryková	Posun artikulační base, hypernasalita, narušená rezonance u RV.

Klinická logopedka 3	Dechová cvičení dělám u rozštěpových dětí preventivně, u dyslaliků nikoli.
Klinická logopedka 4	Zaměření na podporu VF uzávěru.

První a druhá klinická logopedka vidí rozdíl ve vícečetných cvičení na podporu snížení nazality. Dále také z jednotlivých odpovědí vyplývá, že s dětmi s RV by měl logoped více cvičit oromotorická cvičení, dechová cvičení a cvičení na podporu VF uzávěru.

Tabulka 14 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 13

13. Byl často narušený zvuk řeči u dětí s RV? Projevovала se huhňavost?	
Klinická logopedka 1	Ano, u více jak půlky.
Klinická logopedka Eva Stryková	Ano.
Klinická logopedka 3	Ano.
Klinická logopedka 4	Ano.

Huhňavost se projevila u dětí s RV v péči všech vybraných klinických logopedů.

Tabulka 15 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 14

14. Byly tyto děti schopny koordinace dýchání? (nádech a výdech, dýchání nosem apod.)	
Klinická logopedka 1	Větších ano. Buď to mají nacvičeno nebo to uměly. Hlídá ze začátku klidovou polohu jazyka, protože si myslí, že je to důležité u RV. Nemá nyní v péči nikoho v raném věku, kdo by to neuměl.
Klinická logopedka Eva Stryková	Ano.
Klinická logopedka 3	Ano, dechová cvičení dělám preventivně, takže jsou děti proškolené.
Klinická logopedka 4	Musí se to naučit.

Tři ze čtyř klinických logopedek na otázku, zda děti s RV umí koordinovat své dýchání, odpověděly kladně. Ale upozorňují na prevenci a nutnost naučení se této schopnosti už v raném věku.

Tabulka 16 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 15

15. Je fonemický sluch rozštěpem výrazně ovlivněn?	
Klinická logopedka 1	Individuální, spíše ne.
Klinická logopedka Eva Stryková	Ne, spíše kvalita příjmu zpracování řečového signálu – kolapsy Eustachovy trubice.
Klinická logopedka 3	Pozoruji v podstatě v rámci normy.
Klinická logopedka 4	Nepozorovala jsem. Pokud je přítomna i sluchová vada, tak ano. Dnes hodně dětí i bez rozštěpu má narušený fonemický sluch.

Fonemický sluch není dle klinických logopedek ovlivňován rozštěpovou vadou. Může dle nich mít vliv ale nesprávná funkce Eustachovy trubice, sluchová vada a opět individualita.

Tabulka 17 Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 16

16. Prostor pro další poznatky, důležité prvky dle Vás, co se Vám osvědčilo...	
Klinická logopedka 1	Individuální přístup, zkoušet pozitivní přístup.
Klinická logopedka Eva Stryková	Motivovat nejen dítě, ale i rodiče...Být s dítětem na delším pobytu (tábor pro děti s NKS) a poznat jeho potíže související s RV i silné stránky, zájmy.
Klinická logopedka 3	Budovat u dětí cestu k sebereflexi i například sluchovou cestou, fonemickým sluchem apod.
Klinická logopedka 4	Propojovat vše pohybem. Když stiskne pěst, podpoří se stisknutí VF uzávěru. Dupne – VF uzávěr se sevře také apod.

Klinická logopedka 1 doporučuje volit v terapii dětí s RV individuální přístup a přistupovat k dětem pozitivně. PaedDr. Eva Stryková zdůrazňuje neopomínat práci s rodiči, motivovat dítě i rodiče, pokusit se s dítětem strávit delší dobu například na nějakém pobytu, kde může klinický logoped poznat jeho silné a slabé stránky a zájmy dítěte. Klinická logopedka 3 zdůrazňuje budování sebereflexe u dětí s RV. A nakonec paní logopedka 4 doporučuje osvědčené propojení logopedické terapie s pohybem celého těla či jeho části.

6 ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÝCH CÍLŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A DISKUZE

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je zjistit informace o zaměření a realizaci logopedické intervence u vybrané skupiny dětí s rozštěpovými vadami. **Hlavní cíl empirické části bakalářské práce byl naplněn**, a to ve vazbě na naplnění dalších dílčích cílů:

DC1: Shromáždit data z osobní, rodinné a sociální anamnézy vybraných dětí s rozštěpovými vadami ve věku od 15 do 17 let.

Z případových studií vyplývá, že byla shromážděna data o dvou dívkách s diagnózou celkového oboustranného rozštěpu a o dvou dívkách s diagnózou celkového levostranného rozštěpu.

První dívka jménem Ella byla narozena v roce 2007 v Německu s výše zmíněnou diagnózou celkového oboustranného rozštěpu. Později jí byla také diagnostikována oční vada s následnou korekcí brýlemi. Dívka je ve stavu po odstranění žlučníku z důvodu tvorby polypů a žlučnickových kamenů. Má také diagnostikovanou polyneuropatii. V současnosti chodí do devátého ročníku běžné základní školy. Bydlí s matkou, matčíným přítelem, starším bratrem a psem v bytě v Hradci Králové. Matka se narodila jako zdravé miminko, kterému se v průběhu života začaly projevovat alergické reakce na pyly a kočičí srst. V předškolním věku docházela na logopedii z důvodu rotacismu. Matčín bratr se narodil také s rozštěpovou vadou, ale značně méně závažnou než Ella, a to s rozštěpem uvuly. Otec Elly je prakticky zdravý a nemá žádné zdravotní komplikace. Vyjma bratra matky se u nikoho dalšího v rodině neobjevila rozštěpová vada, ani žádná jiná vrozená vada.

Podobně jako Ella, se narodila Amálka s diagnózou celkového oboustranného rozštěpu, ale roku 2005 v ČR. U Amálie je rozdíl v rozštěpu čelisti, který není až tak široký, jako u Elly. Proto Amálie nemusela podstupovat v pozdějším věku spongioplastiku. Dále dívka bojuje s alergiemi na pyl a je ve stavu po adenotomii, která musela být provedena kvůli zvětšené nosní mandli a s tím spojené větší nemocnosti. Amálka nyní dochází do druhého ročníku víceletého Gymnázia v Přerově. Bydlí s matkou a otcem v rodinném domě. Matka se léčí se štítnou žlázou, ale jinak žádné další zdravotní komplikace nemá. Otec se narodil s jednostranným rozštěpem rtu. Po chirurgické operaci rekonstrukce rtu již pak žádné operace neproběhly a logopedické terapie navštěvovali pouze do začátku školní docházky otce. Dívka má další tři nevlastní sourozence, kde jeden z nich má také rozštěpovou vadu, a to celkový jednostranný rozštěp. V tomto případě se vada operovala rekonstrukcí rtu, patra i čelisti postupně podle plánu. U nikoho dalšího v rodině se rozštěp dále neobjevil.

Třetí dívka jménem Sofie se narodila v roce 2006 s celkovým jednostranným rozštěpem na levé straně. Sofie byla hned po narození sledována na kardiologii kvůli šelestu na srdci. Později byla diagnostikována i oční vada, která byla vykompenzována brýlemi. Dále se u dívky projevují alergické reakce na pyly, ovšem ty nebyly doposud prokázány na alergologii. Zatím se zde léčí s astmatem. Dle potřeby užívá Ventolin na podporu dýchání. Sofie studuje na běžné základní škole v posledním ročníku a hlásí se dál na střední školu. Bydlí v rodinném domě s matkou a otcem a sourozence žádné nemá. Matka se narodila jako zdravé miminko, ale v průběhu života se jí objevilo astma a rozvinula se u ní oční vada astigmatismus a krátkozrakost. U otce žádná vrozená vada také nebyla a doposud se s ničím neléčí. Sofie je tedy první v rodině s rozštěpovou vadou.

Veronika, poslední dívka tvořící výzkumný vzorek, se narodila v roce 2007 s celkovým levostranným rozštěpem. Dále se léčí s atopickým ekzémem a psychickými problémy. Vzhledem k častým zánětům středouší se u Verunky rozvinula i sluchová vada, která je ale ve velké míře ovlivněna psychikou dívky. Verunce byla následně po zjištění sluchové vady přidělena sluchadla. Sluchová vada byla diagnostikována až v mladším školním věku dívky, takže do povinné školní docházky nastoupila bez odkladu, a to do běžné základní školy. Nyní už jsou v péči pedagogicko-psychologické poradny. Bydlí v bytě s matkou, otcem a dalšími dvěma sourozenci. Matka se narodila bez zdravotních komplikací. Nyní je ve stavu po operaci štítné žlázy, konkrétně jejího odebrání z důvodu přítomnosti cyst. Otec se taktéž narodil zdravý, ale později se začal potýkat s atopickým ekzémem a přibližně v deseti letech mu bylo odebráno slepé střevo. Verunky mladší sestra i bratr se narodili bez zdravotních komplikací, což u sestry trvá do současnosti. U bratra se spekuluje o provedení adenotomie z důvodu časté nemocnosti. Rozštěpová vada se ale u nikoho v rodině dříve neobjevila.

U všech dívek byla popsána jejich osobní anamnéza, která byla rozpracována více do detailu přímo v případových studiích. Stručněji byly popsány rodinné anamnézy u těch dívek, u nichž se v rodině rozštěpová vada neobjevila. V případech, kde byl naopak výskyt rozštěpové vady v rodině identifikován, byla anamnéza rozšířena o popis intervence (chirurgické, logopedické či otorinolaryngologické) o daného člena rodiny. Jestliže jde například o dnes již dospělého člověka, kdy tato péče probíhala více než dvacet let zpátky, je zajímavé se nad touto péčí zamyslet a uvědomit si rozdíl v intervenci o jedince s rozštěpovou vadou dříve a dnes. U všech dívek byla také znázorněna sociální anamnéza, ať už se jedná o prostředí, ve kterém dívky žijí, anebo vzdělávací zařízení, které navštěvují nejen v rámci povinné školní docházky. Vybraní jedinci do výzkumného vzorku splňují i věkovou podmínku,

kteřá byla stanovena od 15 do 17 let. Na základě všech informací zmíněných výše v textu lze konstatovat, že **byl naplněn DC1.**

DC2: Zhodnotit míru komplexnosti intervence o děti s rozštěpovými vadami tvořících výzkumný vzorek.

Jak je popsáno v teoretické části bakalářské práce, děti s rozštěpovými vadami vyžadují ucelenou komplexní terapii, aby dosáhly té nejlepší prognózy. Jedná se převážně o terapii chirurgickou, logopedickou, otorinolaryngologickou, stomatologickou a psychologickou. Záleží na typu a stupni vady, někdo může potřebovat i péči dalších odborníků, ale při typické rozštěpové vadě, ke které není přidruženo například mentální postižení, by měla stačit převážně pomoc vyjmenovaných odborníků. V této části bude zhodnocena intervence chirurgická, otorinolaryngologická, stomatologická a ortodontická, a nakonec psychologická. I když logopedická péče patří do komplexní intervence o dítě s rozštěpovou vadou, bude rozebrána ve zhodnocení třetího dílčího cíle, kde jí bude moci být věnována větší pozornost.

Jako první je v kazuistikách rozebrána u každé dívky chirurgická péče. U Elly lze pozorovat značný rozdíl v postupu, neboť všechny operace probíhaly v Německu. U Elly proběhla první operace ve dvou měsících, kdy lékaři nasadili na patro lathanovou aparaturu, která roztahovala čelist do šířky. Později nastavili druhou aparaturu, jež přesouvala pomalu tahem ret směrem dolů, neboť byl přirostlý k nosu. Ve 4 měsících dívky lékaři vyjmuli obě aparatury a uzavřeli měkké patro s částečným sešitím rtu. V půl roce života dívky kompletně sešili ret. Ve dvou letech a dvou měsících dívce kompletně uzavřeli patro a později ve čtyřech letech provedli spongioplastiku a plastiku nosní přepážky. Jako poslední operace proběhla zubní transplantace. U Amálie začala operační péče ve třetím měsíci rekonstrukcí rtu a nosu. V osmi měsících absolvovala operaci patra a v šesti letech reoperaci patra. Do budoucna se plánuje ještě chirurgické předsunutí čelisti. Sofie měla rekonstruovaný ret a nos již 4. den po narození. Dále dívce operovali patro v šesti měsících a ve třech letech ho reoperovali. V jedenácti letech Sofie úspěšně zvládla spongioplastiku. Dále proběhla korekce rtu a nosu ve 14 letech. Do budoucna se stejně jako u Amálie plánuje předsunutí čelisti. Veronika měla první operaci třetí den po narození, a to rekonstrukci rtu a nosu. Operaci patra prodělala ve 14 měsících a také v 10 letech spongioplastiku. Ve 14 letech dívky lékaři autoimplantovali zub. Předsunutí čelisti je plánováno až k 18. roku. Z těchto dat vyplývá, že Ella a Amálie měli první operaci v podobném věku. U Elly hrála role zahraniční péče, která se odlišuje od naší. U Amálie pozdější operaci rozhodla matka po konzultaci s lékaři. Sofie a Veronika byly prvně operovány pár dní po narození. Dále se Elly intervence naprosto odlišuje od ostatních, jelikož se u nikoho neaplikovaly žádné aparatury a patro se rtem se sešívaly hned kompletně celé, u Elly tyto části

sešivali postupně, aby nedocházelo k velkému pnutí. Dále je také rozdíl v provedení spongioplastiky, kde u Elly tato operace proběhla ve čtyřech letech, kdežto u ostatních až v deseti či jedenácti letech, pokud byla operace potřeba. U Elly není naplánovaná ortognátní chirurgie, kdežto u ostatních dívek ano, ale liší se určenou dobou provedení.

Otorinolaryngologická péče se promítla u všech dívek s rozštěpovou vadou, ať už více či méně. Většinou šlo o zavedení grometek z důvodu přítomnosti patologické tekutiny ve středouší. U Veroniky a Elly bylo zavedení grometek potřeba vícekrát, naopak u Sofie stačilo zavést gromety pouze jednou. U všech dívek kromě Sofie byl sluch ovlivněn rozštěpovou vadou, přičemž u Veroniky sluchová vada doposud přetrvává. Druhý častý důvod, kvůli kterému musí děti s RV navštěvovat ORL kliniky je zánět středního ucha, jenž se nejvíce vyskytoval u Veroniky.

Stomatologická a ortodontická terapie je další nezbytnou složkou ucelené terapie o děti s RV. Zuby jsou obecně celkem řešitelný problém. U dětí s rozštěpem se řeší jejich počet a umístění, ale i estetika nebo kazivost. Nadpočetné zuby se vyskytovaly u Amálie, Elly i Veroniky. U všech se to vyřešilo odstraněním nadbytečných zubů. Kazivost je u třech ze čtyř dívek překvapivě dobrá, což se vymyká pouze u Elly. Nedá se ovšem s jistotou říci, jestli za výraznější přítomnost zubních kazů u Elly může rozštěpová vada. Co je u všech dívek stejné či minimálně podobné je využívání ortodontické pomoci odborníků. Všechny dívky nosily už od raného dětství rovnátka, která se střídala v jejich funkci, a to jako fixní či přechodné. Rovnátka nosí ale doposud všechny.

S estetickou či funkční odchylkou, kterou způsobí rozštěpová vada, se ne každý jedinec umí vypořádat sám. Proto je důležité pečovat o duševní zdraví takového jedince a pokud je to potřeba, obrátit se na psychologickou pomoc ve formě terapie. Dvě dívky ze čtyř se tuto pomoc rozhodly vyhledat. Ella uvádí potřebu psychologické pomoci až v současném věku, kdy problém vyvolal dle jejích slov člen rodiny. Ve škole nikdy takový problém neměla, aby ho neuměla vyřešit sama či s pomocí přátel. Ve druhém případě psychologickou pomoc potřebovala Veronika, ovšem s rozdílem, že ta ji začala využívat již v předškolním věku. Dle matky se objevovaly u dívky afektivní záchvaty zuřivosti, a proto se potřebovali naučit takové stavy zvládnout a zpracovat doma nebo v prostředí, ve kterém se právě nacházeli. V pozdějším věku se u Veroniky psychika promítla do fyzického zdraví, a proto bude docházet na pravidelná sezení s odborníkem.

Jak už vyplývá z textu, ne každá dívka využila všechny jmenované oblasti terapie. Záleží na stupni a typu vady, povaze člověka, ale i na rodinném zázemí jedince. Je třeba převážně individuálního přístupu komplexní terapie, který zaručí vynikající prognózu této vady. Ze

získaných dat plyne, že určitý rozdíl mezi zahraniční a domácí terapií je převážně jen v době konání různých zákroků, ale jinak se důležité operace dělají v podobném duchu. Největší shoda u všech dívek byla v přístupu ortodontistů a stomatologů. Tímto byla zhodnocena míra komplexnosti intervence o děti s rozštěpovými vadami tvořících výzkumný vzorek, a proto lze říci, že **byl naplněn DC 2.**

Jak už bylo zmíněno výše, logopedická terapie bez pochyby patří do komplexní terapie o děti s RV a jelikož se tato práce soustředí především na rozvoj komunikačních schopností u dětí s rozštěpem, bude tato část podrobně zhodnocena v následujícím textu.

DC3: Provést komparaci rozvoje komunikačních schopností a účinnosti aplikovaných metod logopedické intervence u dětí s rozštěpovými vadami.

Rozvoj komunikačních schopností se u každé z dívek něčím lišil. Důvodem je samozřejmě individualita jedince a spousta různých faktorů, které rozvoj komunikačních schopností ovlivňuje. Tyto faktory jsou popsány v teoretické části bakalářské práce. Co se ale u každé z dívek objevilo byl prvotní rozvoj v raném dětství, čímž je broukání a echolálie. Ella dále začala používat první slova během jednoho roku. Taktéž na tom byla Amálie. Sofie začala říkat první slova o něco dříve, dle matky v 11. měsících. U Veroniky došlo k prvním slovům ve formě znaků skrze Baby signs už v sedmi měsících, načež první mluvená slova se začala objevovat také až kolem jednoho roku. U Veroniky jako jediné se rodina snažila i o jinou komunikaci než jen o mluvenou řeč, protože se domnívali, že nebude schopna mluvené řeči kvůli rozštěpu, což se později ukázalo jako nepravdivá predikce.

Elliny první věty zaznívaly ve dvou letech života, stejně tak to bylo i u dalších dívek. Amálie ale tvořila věty jen ze slabik místo celých slov. Později kolem třetího roku nastal zvrát a dívka začala používat celá slova.

Dyslálie se projevila také u všech dívek. U Elly přetrvává dodnes, kdy s logopedkou cvičí hlavně hlásky D, T, N a R. Zpočátku trénovali i správnou klidovou polohu jazyka a huhňavost. Ta se projevuje částečně také i dnes, protože s růstem dívky se patro pořád mění a občas se objeví průchodnost v měkkém patře. Není ale už tak silná, jako bývala dříve. U Amálie klinická logopedka připravovala terapii na nácvik správného proudu vzduchu. Dále také řešili správnou výslovnost rázových hlásek jako je V, B, M apod. S tím už dívka dnes problém nemá. Sofie napravovala spolu s logopedkou výslovnost hlásky R a sykavek, které tvořila interdentalně. Dýchání pro ni bylo přirozené a nebylo nutné ho nijak řešit. Dyslálie se u Veroniky projevila patologickou hláskou R, T a D. Dívka měla posunutou artikulační bazi dozadu, a proto se věnovali právě výslovnosti převážně.

Tabulka 18 Komparace aplikovaných metod u vybraných jedinců s RV

Jméno dítěte	Posilování oro-motoriky	Izometrická cvičení	Dechová cvičení	Myofunkční terapie	Masáže měkkého patra	Nácvik elevace jazyka
Ella	✓	✓	✓			✓
Amálie	✓	✓	✓	✓	✓	
Sofie	✓	✓				
Veronika	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Z výše uvedené tabulky lze vyčíst, jaké metody byly použity klinickými logopedkami u vybraných dívek s RV, které tvoří výzkumný vzorek. Je evidentní, že u všech dívek byla posilována orofaciální oblast, co se týče motoriky. Logopedky posilovaly u dívek převážně jazyk, čelist nebo svaly v oblasti obličeje, a to zejména žvýkací. Stejně tak u všech byla aplikována metoda izometrických cvičení, kde se mohou využít i specifické pomůcky, jako jsou například kousací pomůcky, špátle apod. Dechovým cvičením se hojně věnovala logopedka s Ellou, Amálií a Veronikou. Tady byly využity pomůcky jako brčka, bublifuk, papírky, peříčka apod. Myofunkční terapie se objevila v intervenci o Amálii a Veroniku. Dle kazuistik se masáže dělali u Verči a Amálie. A nácvikem elevace jazyka se věnovali u Elly a Veroniky.

U Elly byla logopedická péče přerušena od 4 let až do 12 let. V terapii, která probíhala v České republice, se proto nevyskytovaly žádné masáže, neboť dle logopedky na to již byla velká a nebylo to potřeba. Stejně tak je to s metodou myofunkční terapie. Izometrická cvičení jsou u Elly důležitá, protože má oslabený jazyk a je potřeba ho posílit. Nacvičuje se elevace jazyka. Paní logopedka využívá také takzvanou diadochokinezi, což je dle jejích slov střídání protichůdných pohybů, například rty do úsměvu a následně je našpulit a tyto pohyby rychle za sebou opakovat.

U Amálie se dle získaných dat objevily všechny vyjmenované metody, až na nácvik elevace jazyka, který nebyl potřeba u dívky. Masáže měkkého patra v pozdějším věku zvládala Amálka sama. Dechová cvičení byla zpočátku hojně zařazována do terapie, načež se pak

správné koordinaci dýchání naučila a dnes s tím nemá žádné problémy. K dechovým cvičením používali na terapii často brčko nebo bublifuk. Dnes již na logopedii nedochází, jelikož se povedlo terapii ukončit s intaktní mluvou. Všechny hlásky vyslovuje v normě, dýchá koordinovaně ústy či nosem, klidová poloha jazyka je v pořádku a všechny komunikační schopnosti jsou vývojově v normě.

Klinická logopedka Sofie využívala v terapii posilování orofaciální soustavy a izometrická cvičení, neboť ostatní oblasti komunikačního vývoje byly v normě. Paní logopedka popisovala terapii Sofie podobně jako u dítěte s dyslálií. Patologicky tvořené hlásky se povedly brzy vyvodit, zafixovat a nyní je Sofinka používá automaticky v mluvním projevu správně. K logopedce tedy již chodit nemusí.

U Veroniky se využily všechny zmíněné metody. Klinická logopedka zaznamenala posunutí artikulační baze dozadu, kdy dívka vyslovovala hlásku D jako G a hlásku T jako K. Tuto patologii bylo třeba napravit. Za další vnímala jako velký problém neschopnost koordinace dýchání u dívky, z čehož se pravděpodobně rozvinula sluchová vada. Dívka byla ale velmi šikovná a ochotná spolupráce, takže logopedka vnímala terapii celkově jako dobře probíhající.

Amálie a Sofie došly s pomocí všech druhů terapií k intaktní mluvě. Z tohoto můžeme soudit, že záleží spíše na individualitě člověka, než na typu a stupni jeho postižení, jelikož tyto dívky jsou příkladem vážnějšího a mírnějšího typu rozštěpu. I když i stupeň a druh vady má samozřejmě na výsledek terapie vliv, jako spoustu dalších faktorů. Ella a Veronika doposud na logopedii dochází, neboť řeč a ostatní komunikační schopnosti nejsou v normě a dle logopedek je u nich ještě pořád prostor pro zlepšení. Z těchto informací lze konstatovat, že **byl naplněn DC 3.**

V rámci **diskuze** stojí zmínit stále se zlepšující povědomí o rozštěpových vadách jak mezi odborníky, tak i v kruzích veřejnosti. Za takový výsledek se mimo jiné zasloužil i zapsaný spolek Šťastný úsměv, který se věnuje osvětě společnosti o rozštěpových vadách.

Přístup logopedů k dětem s RV se neustále mění k lepšímu v tom, že se logopedi snaží vzdělávat ohledně této cílové skupiny. Využívají dostupné metody a pomůcky, které jsou již v dnešní době ozkoušené a poměrně úspěšné. V současnosti někteří logopedi spolupracují i s dalšími odborníky, což je u rozštěpových vad nesmírně důležité. Avšak z rozhovorů a z kazuistik lze vyčíst, že je tu prostor pro zlepšení. Kdyby se multidisciplinární tým do budoucna ještě lépe sehrál, možná by terapie dětí s RV netrvala u některých až do dospělosti. Tento fakt lze konkrétně vidět v rozhovorech u druhé otázky, zda logopedky spolupracovaly s rozštěpovým centrem či plastickým chirurgem, kde tři ze čtyř odpověděly negativně.

Individuální přístup tu stejně jako v celém oboru speciální pedagogiky hraje velkou roli. Každý jedinec je jiný a má jiné potřeby. Nesmírně obtížnou úlohu mají kliničtí logopedi, kteří musí přibližně odhadnout hranici, přes kterou vývoj dál pokračovat s nejvyšší pravděpodobností nebude. Je důležité tuto informaci opatrně a empaticky rodičům a dítěti sdělit. Jedinec s RV by se na jednu stranu neměl podcenit a odbyť předčasně, aby nebyl ztracen potenciál jedince. Na druhou stranu ale není správné jedince udržovat v naději, že jeho rozvoj v komunikačních schopnostech bude pokračovat, když to není v silách jedince ani logopeda. Je proto potřeba se zamyslet, jestli logoped může jedinci ještě něco během terapie předat nebo jestli není lepší terapie ukončit, i když řeč není intaktní, ale pouze dostačující. Někdy může pomoci i změna logopeda, to ale závisí na dohodě mezi rodičem, dítětem a logopedem.

V České republice se rodiny s rozštěpovými dětmi potýkají s obtížemi v možnostech terapií kvůli omezením ze strany zdravotních pojišťoven. Pokud nemá člověk dostatek financí, nemůže si vybrat dle jeho preferencí, kam na terapie s dítětem bude docházet. Avšak jinde ve světě není placená žádná terapie o děti s RV, a to je bez diskuze mnohonásobně horší situace, pokud člověk finance nemá. Proto vnímám tento problém v Česku jako ne tak vážný a zároveň řešitelný.

Celková prognóza u dětí s rozštěpovými vadami se opravdu zlepšuje. U dvou ze čtyř dívek z kazuistik se rozvoj komunikačních schopností stihl dokončit v rámci terapií ještě před nástupem do školy. Například u Amálie byl tento rozvoj v normě již v pěti letech. Naopak u Veroniky se podcenila funkce Eustachovy trubice, z čehož se neustále vracely záněty středouší, jež nakonec způsobily sluchovou vadu. Péče o děti s rozštěpovými vadami je tedy obecně mnohem lepší než dříve, a to nejen na úrovni logopedické, ale i v oblasti plastické chirurgie a ortodontie.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje rozvoji komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami.

Teoretická část práce popisuje problematiku rozvoje komunikačních schopností u dětí s rozštěpovými vadami. Definuje terminologii této problematiky, zabývá se různými druhy klasifikací rozštěpových vad, dále její etiologií, diagnostice, terapií, prevencí a prognóze. Dále přibližuje typické narušení komunikačních schopností dětí s RV, čímž je palatolálie, rinolálie a orgánová dyslálie. Zabývá se postupně jejich etiologií, symptomy, diagnostikou, terapií prognózou a prevencí. Za další se věnuje terapii NKS u dětí s RV v oblasti příjmu potravy, fonace, respirace a artikulace.

Prakticky orientovaná část se zabývá daty, která byla shromážděna o vybraných jedincích s RV, a to konkrétně o jejich rozvoji komunikační schopnosti a následných terapií. Dále byla v práci věnována pozornost také přístupu klinických logopedů k dětem s RV. Pro praktickou část bakalářské práce bylo využito metody kazuistiky a rozhovoru.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informace o zaměření a realizaci logopedické intervence u vybrané skupiny dětí s RV, což se povedlo díky výzkumnému šetření naplnit.

Praktická část uvádí v oddíle 4.2 teoretické shrnutí metod výzkumného šetření, která byla v této práci využita, a to metoda kazuistiky a rozhovoru. Následující text čtvrté kapitoly se věnoval charakteristikám místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku, a nakonec celkovému průběhu realizace výzkumného šetření (konkrétně se jedná o oddíly 4.3, 4.4 a 4.5).

Pátá kapitola představuje získaná data z výzkumného šetření v jednotlivých kazuistikách a také v rozhovorech s klinickými logopedy, které byly doplněny o komentáře autora práce.

Poslední kapitola bakalářské práce zhodnocuje naplnění cílů praktické části BP a vede diskuzi, která na dané téma navazuje.

Postupy užívané v terapii rozštěpových vad jsou specifikovány v oddíle 1.5 a jeho pododdílech a zároveň v kapitole 3. Tyto postupy byly vyhodnoceny v oddíle 5.2 ve spolupráci s klinickými logopedy.

Vzhledem k výsledkům kvalitativního šetření v praktické části bakalářské práce lze říci, že terapie o děti s rozštěpovou vadou je komplexní, a tedy i prognóza rozvoje komunikačních schopností je velmi dobrá. Avšak záleží na přístupu nejen klinického logopeda, ale i preciznost práce plastického chirurga, která prognózu dítěte s RV přímo ovlivňuje. Jestliže jsou všechny operace provedeny úspěšně, není leckdy na dítěti odchylka vizuálně poznat. Pokud je logopedická péče zahájena včas, dítě s tímto typem vady nastupuje do školy již po ukončení terapeutické péče a vada je tak k nerozeznání od intaktního jedince.

Z výsledků výzkumného šetření plyne důležitost provázanosti mezioborového týmu. Jakmile ubere jedna oblast z ucelené terapie, může se tato nepečlivost projevit ve druhé oblasti terapie apod. Nepostradatelná je ale i motivace jedince a jeho rodiny, což může navodit jakýkoli odborník, co se na terapii u těchto vad účastní.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 152 s. ISBN 978-80-247-3853-6.
2. BENDO VÁ, Petra. *Logopedická péče o děti s rozštěpovými vadami*. Integrace a inkluze ve školní praxi. 2016. s. 10-13. ISSN 2336-1212.
3. BURIAN, František. *Chirurgie rozštěpů rtu a patra*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1954. 302 s. ISBN nemá.
4. BROULÍKOVÁ, Hana. *Obličejový rozštěp: průvodce péčí o dítě s rozštěpem a stručný výklad pojmů*. 1. vyd. Za novým úsměvem, 2013. 70 s. ISBN nemá.
5. DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. *Foniatric*. Praha: Karolinum, 2012. 152 s. ISBN 978-80-246-2048-0.
6. DUŠKOVÁ, Markéta a kol. *Pokroky v sekundární léčbě nemocných s rozštěpem*. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2007. 180 s. ISBN 978-80-86703-25-1.
7. GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
9. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
10. CHRASTINA, Jan. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. 288 s. ISBN 978-80-244-5373-6.
11. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
12. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. 101 s. ISBN 80-85931-62-1.
13. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
14. KEREKRÉTI OVÁ, Aurélie. *Velofaryngeální dysfunkce a palatolalie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2264-1.
15. KOLÍSKOVÁ, Martina a Zdeněk DVOŘÁK. *Pro tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. 1. vyd. Praha: Carter/Reproplus, 2014. 64 s. ISBN 978-80-260-6146-5.
16. KUTÁLKOVÁ, Dana a kol. *Dyslalie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 1999. 63 s. ISBN 80-7216-100-8.
17. LECHTA, Viktor a kol. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
18. LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.

19. LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
20. MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR, Ondřej MĚŠŤÁK a Lucie KALINOVÁ a kol. *Základy plastické chirurgie*. Praha: Karolinum, 2015. 176 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
21. MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
22. NEUBAUER, Karel, *Logopedie a surdologopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 163 s. ISBN 978-80-7435-500-4.
23. NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.
24. SEEMAN, Miloslav. *Poruchy dětské řeči*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 265 s. ISBN nemá.
25. ŠAFRÁNKOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019. 368 s. ISBN 978-80-271-5511-3.
26. ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
27. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
28. ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice (ergoterapie, fyzioterapie, Bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 125 s. ISBN 978-80-7435-493-9.

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

1. ATKINSON, C.Helen. *Care of the Child with Cleft Lip and Palate*. The American Journal of Nursing [online]. Lippincott Williams & Wilkins, 1967, 1967, 4 [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/3420486?Search=yes&resultItemClick=true&searchText=cleft+palate+defect+therapy&searchUri=%2Faction%2FdoBasicSearch%3FQuery%3Dcleft%2Bpalate%2Bdefect%2Btherapy%26so%3Drel&ab_segments=0%2Fbasic_search_gsv2%2Fcontrol&refreqid=fastly-default%3A1b5096ec13df99626298fb99a9f60575&seq=3#metadata_info_tab_contents
2. BURIAN, František. Rozštěpy-informace pro rodiče. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady [online]. [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://www.fnkv.cz/rozstepy-informace-pro-rodice.php>
3. MEDELA SpecialNeeds láhev pro děti s rozštěp.150ml. BENU [online]. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: https://www.benu.cz/medela-haberman-lahev-pro-deti-s-rozstepem-150ml?aw=1&utm_campaign=freelistings&utm_medium=organic&utm_source=google&utm_term=MEDELA+SpecialNeeds+1%C3%A1hev+pro+d%C4%9Bti+s+roz%C5%A1t%C4%9Bp.150ml&gclid=Cj0KCQiA3-yQBhD3ARIsAHuHT66cEf-hAY7RAr97T9jY7i24itjS-1KptcM3Kb91rxyWpAfhZ6oQadEaAsCQEALw_wcB#popis
4. JUROVČÍK, Michal, Jiří BORSKÝ, Petra DYTRYCH, Jiří ČERNÝ a Jiří SKŘIVAN. Včasné řešení rozštěpové vady – význam z ORL pohledu. *Pediatric pro praxi* [online]. 2019, 6 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2019/06/04.pdf>
5. Logopedie Červenková [online]. 2022 [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: <http://www.logopediecerenkova.cz/index.php?route=common/home>
6. MKN-10 2021, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. 2021. Prohlížeč. [online]. [cit. 2021-12-29]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/Q37>.
7. Šťastný úsměv, z.s. [online]. 2022 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <http://stastny-usmev.cz/>
8. WEILOVÁ, Monika. *Vady řeči a prevence jejich vzniku* [online]. 10. 11. 2021 [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/vady-rci-prevence-jejich-vzniku>
9. *Za novým úsměvem, spolek klientů a přátel rozštěpového centra Praha, 2021. O rozštěpech*. [online]. [cit. 2021-12-29]. Dostupné z: <https://zanovymusmevem.cz/o-rozstepech/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Klasifikace rozštěpových vad dle MKN-10 platné od 1.1.2021	14
Tabulka 2	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 1.....	55
Tabulka 3	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 2.....	55
Tabulka 4	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 3.....	56
Tabulka 5	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 4.....	57
Tabulka 6	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 5.....	57
Tabulka 7	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 6.....	58
Tabulka 8	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 7.....	58
Tabulka 9	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 8.....	58
Tabulka 10	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 9.....	59
Tabulka 11	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 10.....	59
Tabulka 12	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 11.....	60
Tabulka 13	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 12.....	60
Tabulka 14	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 13.....	61
Tabulka 15	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 14.....	61
Tabulka 16	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 15.....	62
Tabulka 17	Rozhovor pro klinické logopedy – otázka č. 16.....	62
Tabulka 18	Komparace aplikovaných metod u vybraných jedinců s RV	68

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Formy velofaryngeální dysfunkce	12
Obrázek 2	Sada píšťalek.....	30
Obrázek 3	Baby grabber růžový.....	30
Obrázek 4	Logopedický vibrátor Z vibe.....	31
Obrázek 5	Habermanova láhev.....	34