

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

prezen ní studium

2009 - 2012

Bakalá ská práce

Anna Leixner

Logopedická pé e u d tí s roz-t povou vadou

Praha 2012

Vedoucí bakalá ské práce: Mgr. Hana Fleischmannová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor, Full-Time Study

2009 - 2012

Bachelor Thesis

Anna Leixner

Logopedická péče u dětí s rozdílnou povou vadou

Prague 2010

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Hana Fleischmannová

Prohlášení

Prohláuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s předáním zpřístupnění své práce v univerzitní knihovně.

Víím dne ..

Jméno autorky

Podkování

Chtěla bych podkovat své vedoucí práce Mgr. Hanu Fleischmannové za cenné připomínky během psaní bakalářské práce. Podkování patří i v-ém respondentům za ochotu a spolupráci při realizaci průzkumného –et ení.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou a nároky logopedické péče v domácím prostředí a v odborné logopedické terapii. Rozebírá obsah a zásah do jiných oborů, problematiku a nároky logopedické péče z pohledu odborníků a rodičů. Teoretické poznatky jsou vyúfity v praktické části pomocí strukturovaného a nestrukturovaného dotazníku a volného rozhovoru. Empirická část je zaměřena výhradně na potíže odborné a domácí logopedické péče z hlediska rodičů. Výsledky jsou znázorněny pomocí grafů a shrnuty v závěru.

Klíčové pojmy

diagnostický logoped, logoped, logopedická péče, logopedie, orofaciální rozštěp, palatolalie, rodiče

Annotation

This Bachelor thesis deals with the issues and requirements of speech and language care in the home environment and in professional speech and language therapy. It discusses the content and the overlapping issues and requirements for speech and language therapy care with other disciplines from the view of professionals and of parents. The theoretical knowledge is used in the practical section using a structured and non-structured questionnaire and open interview. The empirical part of the thesis is focused exclusively on the challenges of professional and home speech and language care on the parental side. The results are shown in a graph and summarized in the conclusion section.

Key words

Children, cleft palate speech, clinical speech and language specialist, orofacial cleft, parents, speech and language care, speech and language pathologist, speech and language pathology, speech and language therapist, speech and language therapy

OBSAH

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Logopedie.....	11
1.1 Vymezení oboru logopedie.....	11
1.2 Důvody neustálených definic logopedie.....	11
1.3 Logopedie v systému vzdělání.....	12
1.3.1 Prakticistický proces.....	13
1.3.2 Emancipační proces.....	13
1.4 Historie klinické logopedie.....	14
2. Orofaciální roztržky.....	16
2.1 Přírodní představa vzniku orofaciálních roztržek.....	16
2.2 Etiologie a předcházení orofaciálních roztržek.....	17
2.3 Fyziologický vývoj roztržek.....	17
2.4 Příčiny obličejových roztržek.....	18
2.5 Léčení roztržek.....	20
3. Multidisciplinární péče.....	22
3.1 Odborníci.....	22
3.1.1 Pediatr.....	22
3.1.2 Plastický chirurg.....	23
3.1.3 Stomatolog.....	23
3.1.4 Foniatr.....	23
3.1.5 Psychologická terapie.....	24
4. Logopedická terapie.....	25
4.1 Klinický logoped.....	25
4.1.1 Osobnost logopeda.....	25
4.2 Logopedická péče.....	26
4.3 Logopedická ambulance.....	28
5. Palatolalie.....	29
5.1 Význam slova palatolalie.....	29
5.2 Příznaky palatolalie.....	30

5.3	Prognóza palatolalie	31
5.4	e	32
6.	Problematika týkající se roz-t p	33
6.1	Rodi e	33
6.1.1	Fáze	34
6.2	TKolní prostředí	38

PRAKTICKÁ ÁST

7.	Popis výzkumu	39
7.1	Cíl pr zkumu	39
7.2	Poufíté metody, techniky a postupy	39
7.2.1	Dotazník	39
7.2.2	Rozhovor	40
7.3	Harmonogram postup	40
7.3.1	P ípravná fáze	41
7.3.2	Realiza ní fáze	42
7.3.3	Vyhodnocovací fáze	42
7.4	Charakteristika souboru	43
7.5	Analýza dat	44
Záv r	59

SEZNAM POUÍITÉ ESKÉ LITERATURY A PRAMEN	61
SEZNAM POUÍITÉ ZAHRANI NÍ LITERATURY A PRAMEN	61
SEZNAM POUÍITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJ	62
SEZNAM POUÍITÝCH JINÝCH ZDROJ	63

SEZNAM

TABULEK, GRAF A OBRÁZK	64
P ÍLOHA	65

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tematikou orofaciálních roz-t p . Teoretická část seznamuje s historií logopedie, klinické logopedie a minulostí obli ejových roz-t p . Následn pojednává o vzniku a prevenci roz-t p a doprovází multidisciplinárními oblastmi odborné pé e, které jsou úzce spjaty s logopedickou terapií. Logopedické pé i orofaciálních roz-t p je v nována celá kapitola, která rozebírá postupy klinického logopeda a popisuje nároky na rodi e a samotného logopeda. Kapitoly propojují nesnáze spojené s logopedickou pé í u d tí s roz-t pem. Koncem teoretického oddílu práce poukazuje na rodi ovské zdolání nárok a potíí v rámci pé e roz-t pových vad. Praktická část navazuje na nám ty z teoretické části a je znázorn na pomocí graf . Cílem bylo zji-t ní díl ích p ekáflek souvisejících s domácím procvi ováním a odbornou terapií z pohledu rodi .

Empirická část je uskute n na na základ dotazníkového -et ení, které bylo vedeno anonymn a dopln no výsledky rozhovor . Objasn í problematiku týkající se pé e rodi o d tí s roz-t povou vadou má být podn tem k usnadn ní, nebo odstran ní zátaras trápící rodi e. Logopedický pobyt pro d tí s roz-t povou vadou byl p ínosným p ímým kontaktem s rodi i šroz-t pá k " a samotnými takto postiženými d tmi. Seznámením byl navázán p átelský vztah náleflitý pro rozhovor bez ostychu k danému tématu a dotazníkový pr zkum. K dopln ní v domostních mezer bylo vyufli to setkání rodi s odborníky v nujících se d tem s orofaciálním roz-t pem v Brn .

V eské literatu e se dozvídáme o hlavních frustrujících událostech vycházejících z narození dít e s roz-t povou vadou. Jsou rozebrány komplikace roz-t p z odborného hlediska, ale kaíodenní vynalofené úsilí rodi se v publikacích asto opomíjí.

Zvolení tématu záviselo i na jeho obsáhlé prolínavosti speciáln - pedagogickými pediemi. Porucha sluchu je u d tí s orofaciálním roz-t pem pom rn b flná. asté infekce st edního ucha vedou k p evodní

nedoslýchavosti a dále se stávají klienty surdopedie. Somatopedie, stejně tak psychopedie a tyflopédie doprovází klienti různých syndromů u nichž se objevuje orofaciální roztrpčenost. Etopedická pomoc může nastat ve školním prostředí. Děti s nepatrně jiným vzhledem a výslovností jsou často šikanovány a mohou reagovat jak agresivitou, tak útokem. Jak ufilipínské Matejíkové (2000) říká: *Smát se lidem s vážným postižením se nesrovnává s dobrými mravy. To se prostě nedělá. Ale smát se lidem s postižením jenom lehkým, a zvláště těm neobratným, to patří ke společenskému bontonu.* (Matejíková, 2000, s. 76)

1. Logopedie

1.1 Vymezení oboru logopedie

Název logopedie se skládá ze dvou slov. První část logos pochází z řeckého jazyka a znamená slovo. Druhá část paidea je přídavné slovo, které znamená výchova. Logopedie je poměrně mladý v dnešní době obor, který vznikl až ve 20. století. (Klenková, 2006)

V roce 1924 byl definován jako lékařská věda (medizinische Sprachheilkunde) lékařem a foniatrem Fröschelsem. O čtvrt století později došlo k znovudefinici logopedie, paradoxně taktéž foniatrem a lékařem tehdejšího československým profesorem Sovákem. Logopedii pojal, jako speciální pedagogický obor. (Klenková, Jedlička 2003)(Klenková, 2006)

Šedým Jedním ze základních termínů moderní logopedie je narušená komunikační schopnost (Lechta, 1990) v anglické terminologii communicative disability (Crystal, Varley, 1999) nebo v německém jazyce gestörte Kommunikationsfähigkeit (Grohnfeldt, 2000) (Klenková, Jedlička, 2003, s. 17)

1.2 Důvody neustálených definic logopedie

S ohledem na neustálý vývoj logopedie, je nemalá snaha v českých pracovních kruzích nalézt ustálené vymezení tohoto oboru. (Klenková, 2006)

Lechta (1999) uvádí: *Logopedie patří mezi nejmladší, právě se emancipující v dnešní disciplíně. Velmi výstižně proto píše Surowaniec (1994), že logopedie přechází z předteoretického stádia do stádia teoretického. Je tedy logické, že zakotvení logopedie v systému vědy není ještě dostatečně ustálené. Proto nás nepřekvapují permanentní, nejednou až nesmířitelné diskuze vztahující se zejména k základnímu vymezení předmětu logopedie a jejího postavení mezi dnešními disciplínami, jakou k trendu jejího dalšího vývoje. Je dokonce pravděpodobné, že pokud jde o základní vymezení, sotva existuje v jiných*

oborech taková r znorodá situace jako práv v logopedii (Kodová, Jedlika, 2003, s. 19)

- Sovák (1965): *ší m fleme logopedii definovat jako nauku o výchově i (tj. v-ech sloflek sd lovacího procesu) a p edcházení a odstra ování poruch e i*
- Defektologický slovník (1978) logopedii vymezuje takto: *šlogopedie (z ec. Logos = slovo, e , paideia = výchova) ó výchova e i.*
- Logopedický slovník (Dvo ák, 2000): *šlogopedie ó zdravotnický obor, zabývající se fyziologií a patologií komunikace lidskou e í (rozvoj e i, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe) v pojetí -kolském ó obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzd láváním osob s poruchami komunikace.*
- Lechta (2002): *šdefinujeme logopedii jako v dní obor interdisciplinárního charakteru, jeho fl p edm tem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence naru-ené komunika ní schopnosti. Logopedie v moderním chápání je v dou zkoumající naru-enou komunika ní schopnost z hlediska jejich p í in, projev , následk , mofností diagnostiky, terapie i prevence.* (Klenková, 2006, s. 12 ó 14)

1.3 Logopedie v systému v d

Na základ r zných faktor se logopedie i na p elomu tisíciletí ubírá více sm ry. Tato skute nost závisí na nejrn j-ích faktorech, nap . na personální konstelaci v dané zemi, na v decké a individuálním zam ení hlavního výzkumného p edstavitele, na specifických regionálních podmínkách, na tradicích, atd. Zde je z ejmý dopad nejednozna ného za azení logopedie do systému v d v rozli ných zemích. D lefitým faktorem je zap sobení mimoléka ských profesionál do dané problematiky. Ga o, Kábele, Becker, Grohnfeldt jsou jen jedna z mála. Za d lefitý p elom lze považovat sedmdesátá

a osmdesátá léta 20. století, kdy se kromě lékaře a psychologů začali angažovat v tomto procesu jazykovědci (u nás tomu byl: Ohnesorg, Liška, Janota, Dvorníková, Šabol a další). V současnosti rozdělujeme dva trendy logopedie; proces prakticistický a emancipační. (Třodová, Jedlička, 2003)

1.3.1 Prakticistický proces

ŠPracticistický proces chápe logopedii v podstatě jako škrucha skou knihu, která nabízí konkrétní recepty na odstranění jednotlivých druhů NKS. Příkladem tohoto trendu je například Itálie a také například Německo. (Třodová, Jedlička, 2003, s. 19-20)

1.3.2 Emancipační proces

Proces emancipační chápe logopedii jako mladou vědu se svými právy a povinnostmi. Vládá se jí v zemích Beneluxu, zejména v Německu, Velké Británii, USA a jinde. Emancipační trend je potěbný v rámci vnitřních vztahů odborných odvětví k zabezpečení rovnocenného postavení mezi hranicemi v daných oborech. (Třodová, Jedlička, 2003) S tímto faktem a s procesem přetváření logopedie na moderní vědu, souhlasí i jeden ze souasných předkopníků evropské logopedie Grohnfeldt. (Grohnfeldt a kol., 1991) Dochází ke změně paradigmatu z převodní orientace na výslovnost k zásadní orientaci na všechny jazykové roviny (Třodová, Jedlička, 2003)

ó šťj. na paradigma vycházející z celostního (holistického) chápání logopedie, resp. narušené komunikační schopnosti. Moderní koncepce jednoznačně zdrazují přesun předmětu zkoumání logopedie od šhovoření ke škomunikaci, od šindividuálního k šinterindividuálnímu. (Třodová, Jedlička, 2003, s. 20) Vlastně se uplatňuje logopedii převodní neznámé pragmalingvistické koncepce. Dlouhá léta se ignorovaly například pragmatické

jazykové roviny. Z toho dále vidíme se přechází od termínu šporucha e iō k obecnějšímu termínu šnaru-ená komunika ní schopnost, která zahrnuje i termín švada a porucha e iō. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

1.4 Historie klinické logopedie v ČR

Logopedická péče prošla i v resortu zdravotnictví velkými změnami. Obměny byly formovány organizačními podmínkami, ale také povodními potřebami pro d tskou populaci. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

Po zániku logopedického ústavu v Praze, prof. MUDr. et PhDr. Miloš Sovák polofil jinými organizačními opatřeními v roce 1961 teoretické, metodické a organizační základy oboru logopedie. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

Po vydání Směrnice pro organizaci logopedické služby ministerstvem školství a ministerstvem zdravotnictví v roce 1952, byl položen první kámen logopedické péče o d t p ed-kolního a -kolního v ku. Pedagogičtí pracovníci byli -koleni v logopedických kurzech a po dokonění se za lenili jako externí zdravotničtí pracovníci u Třkolní zdravotní služby, v t-ina m la nadále hlavním povoláním u itelství. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

P ednáky vedli nejlepší odborníci z oblasti medicíny, o to se zasloufili p edev-ím ó prof. Sovák, prof. Ohnesorg, primá i ORL a foniatrie, a metodickou část vedli zku-ení u itelé -kol pro d t s vadami sluchu, nebo nejzku-en j-í logopedi. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

V 70. letech se za ínaly z izovat logopedické ambulance, které byly za len ny do resortu zdravotnictví. Logopedickou péči vykonávali z velké části logopedi s vysoko-kolským vzd láním. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

Hektický vývoj logopedie vedl k zdlouhavému úsilí za len ní logoped do systému vzd lávání ve zdravotnictví. Vzd lání m lo být ukon eno atesta ní zkou-kou, cofl se povedlo roku 1986 díky úsilí PhDr. Mileny Bubeníkové.

Je-t n kolik let pat ila zdravotnická logopedie k sou části koncepce oboru ORL a foniatrie. Radikální změny za aly afl se změnou celkové politické a společenské situace na počátku devadesátých let. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

Sekce logoped ve zdravotnictví se p em nila na samostatnou profesní organizaci šAsociace logoped ve zdravotnictvíö v zá í 1991. Bohužel se tehdy je-t nepoda ilo prosadit návrh zákona Komory logoped . Mezi zakladatele asociace se povařují PaedDr. Anna Salomonová, PaedDr. Marcela Michali ková a PaedDr. Eva Jirková. Novelizace zákona NR. . 20 Sb. O pé i a zdraví lidu z roku 1966 a . 548 z roku 1991pomohla klinickým logoped m stát se poprvé plnoprávným zdravotnickým pracovníkem. Tento zákon napomohl i dal-ímu uzákon ní a v roce 1992 byla klinická logopedie zcela samostatným oborem v resortu zdravotnictví a i v systému vzd lávání zdravotnických pracovník . (Třkodová, Jedli ka, 2003)

Zásadní systémové zm ny vedly k p ehodnocení pot eby externích logopedických asistent a dopadem byla zru-ena sm rnice se svými v-emi d sledky z roku 1952. Asociace klinických logoped p ípravila novou sm rnici pro vykonávání praxe v nestátních za ízeních (NZZ), na n fl navazoval Třkolící a akredita ní řád pro p edatesta ní a poatesta ní období v-em zdravotnickým pracovník m dle zákona . 548. Sb. 1991. (Třkodová, Jedli ka, 2003)Po vzniku samostatné Slovenské republiky se zm nil v roce 1993 název profesní organizace Asociace logoped ve zdravotnictví na Asociaci klinických logoped eské republiky (AKL R). (Třkodová, Jedli ka, 2003) Stanovy Asociace klinických logoped z roku 1997 up esnily pravomoci orgán AKL R, které se týkaly rady, revizní, estné a kárné komise. Interním pracovníkem subkatedry foniatrie a pedaudiologie pro postgraduální vzd lávání byla poprvé p íjata na řadný úvazek klinického logopeda PaedDr. Eva Třkodová. (Třkodová, Jedli ka, 2003) V roce 2001 byla schválena nová koncepce oboru a nová nápl specializa ní p ípravy v logopedickém oboru, cofl vedlo k výrazným zm nám pr b hu atesta ní zkou-ky. V prosinci téhoř roku byly PaedDr. Eva Třkodová, PaedDr. Marcela Michali ková jmenovány ministrem zdravotnictví leny pracovní skupiny V decké rady Ministerstva zdravotnictví R. Zohledn ním na samostatnost oboru logopedie byl návrh vedoucího subkatedry zm nit název subkatedry foniatrie a pedaudiologie na subkatedru foniatrie, pedaudiologie a klinické logopedie byl schválen a p íjat na ja e roku 2002 vedením IPVZ(Anna Salomonová in Třkodová, Jedli ka, 2003)

2. Orofaciální roz-t p

2.1 P vodní p edstava vzniku orofaciálních roz-t p

Uhlemann (1990) popisuje, v n mecky mluvících zemích se p vodnímu ozna ení roz-t p rtu p i azovalo slovo šHasenscharteō (zaje í pysk), které se uffívало lidov í u nás. Dále se zde setkáváme se slovem šWolfsrachenō (vl í tlama, ch tán), - název pro roz-t p patra. (Neumann, 2003)

Zajíc a vlk vy nívají symbolickým postavením ve starov ké mytologii. Třroko otev ená a bezedn hluboká vl í tlama, byla p ímou vzhledovou charakteristikou pro lov ka s roz-t pem patra. V tradi ním pojetí p edstavuje vl í ch tán zlost, obřerství, potm ělosti a celkovou hloupost. Třřila se pov ra, fle st etne-li se gravidní řlena s vlkem, zp sobí to tuto vývojovou vadu. (Neumann 2003)

Zajíc symbolizuje v antické mytologii lásku a plodnost. K es anská kultura spojila skute nost s negativní asociací řřivota zajíce b hem pá ení. Vyplívало, fle nezdrřřenlivý, necudný zp sob milostného řřivota řřeny, vede k zaje ímu pysku jejího dít te. Zaje í pysk mohl být zp soben i na základ neo ekávaného st etu lov ka se zajícem. Tento st et byl jak v antické, tak i k es anské kultu e povafřován za hn v boha. Vrozené vývojové vady byly výrazem hn vu, který sm oval k matce dít te, nebo k celé rodin . Dle pov ry byly roz-t py zp sobeny i na základ sexuálního pom ru mezi t hotnou řřenou a zajícem, nebo pokud řřena b hem t hotenství pořřila králi í maso, nebo se zajíce v gravidním stavu lekla. Ve v t-in p ípad se vývojová vada dít te p i azovala řřen , která za své amorální a h í-né chování nesla vinu a trest.

(Neumann 2003)

2.2 Etiologie a předcházení orofaciálních rozštěpů

Uhlemann (1990) upozorňuje, že i v současnosti hledají rodiče odpověď na otázku viny, příčiny a jak tomu mohli zabránit. Přesné příčiny orofaciálních rozštěpů nejsou známy, nejsou zcela prozkoumány a především ojedinělé případy zůstávají neobjasněné. Vychází se z multifaktoriálních příčin, exogenních a endogenních faktorů, které se mohou podílet na vrozených vývojových vadách. (Neumann 2003)

ŠKoch (1984) hovoří o 20% úasti dědičných faktorech, 10% úasti chromozomálních anomálií a o 70% úasti ostatních vnějších vlivů.

(Neumann 2003, s. 10)

Spolu sobení jednotlivých faktorů při vývoji vrozených vad je zatím předmětem zkoumání. Tímto lze proto hovořit o doporučení a prevenci. Vědeckí odborníci se ale shodují v jednom, kyselina listová má důležitou funkci při tvorbě buněk embrya a tím pádem se může podílet i u ranného procesu embryonálního patra. Specialisté domnívají, že tímto snížením terapie kyselinou listovou před otěhotněním může předcházet tvorba rozštěpu. Někteří lékaři doporučují i přísun vitamínu B1. (Honigmann, 1998)

2.3 fyziologický vývoj rozštěpu

ŠRozštěpy rtu, elisti a patra vznikají nikoli rozštěpením, ale naopak nespojením příslušných anatomických struktur při vývoji obličejových částí v místech, kde jsou za normálních okolností v konečné podobě rtem, elisti a patrem. (Kodová, Jedlička, 2003, s. 221)

Orofaciální rozštěpy vznikají přibližně v osmém až dvanáctém týdnu. (Kodová, Jedlička, 2003) Vytváření obličeje je komplikovaným procesem kolem šestiroce rozvojené jamky ústní (stomodeum) na hlavolevém konci zárodku. Z primitivní ústní jamky za sebou vystupují výběžky, které se následně zakrývají a vytvoří úzkou ústní štěrbinu. Zpočátku roste ze shora nepárový

elní výb flek, který se později rozdělí na dva střední a dva postranní nosní výb fky. Ze stran roste levý a pravý výb flek horní elistní a dolní elistní. Rostou proti sobě, ať ve střední části srostou a vytvoří se z nich celá dolní obličejová část, dolní ret a dolní elista. (Machová, 2008)

Š Rychle rostoucí střední výb fky nosí prorostou ať mezi konec pravého a levého výb fku horní elistního, s rostou s nimi a vytvářejí prohloubenou část horního rtu (philtrum) pod nosní přepážkou. Z postranních výb fky nosních vznikají nosní křídla. Vytvořený základ nosu se zdvihá nad úroveň ostatního obličeje. Přitom se těží oči, uložené př vodní stranách hlavy, posunují dopředu. (Machová, 2008, s. 183)

Pokud se nedokonečí srst horní elistních výb fky se středními nosními výb fky projeví se u narozeného dítěte jako rozštěp elisty, patra i rtu. (Machová, 2008)

2.4 Příiny obličejových rozštěpů

Příiny př příiny způsobující orofaciální rozštěpy nejsou do dnes známé. Podílí se na nich vnější a vnitřní faktory, dědičnost, citlivost zárodku na teratogeny ale i chromozomální aberace. Proč je vyšší výskyt obličejových rozštěpů u chlapců než u dívek, nebo které okolnosti vyvolávají projevy vrozené dispozice je dosud nejasné. Dědičná dispozice nositele se u potomstva vůbec nemusí projevit. Již u prvních výzkumů rodokmenu, které se začaly zkoumat po první světové válce, se ukázalo, že rozštěpové vady přeskakují jednu i více generací. (Kodová, Jedlička, 2003) Př střední rozštěpy, mezi které patří rozštěp rtu a elisty jsou 40% dědičné. 20% se dědí zadní rozštěpy (měkké patro, měkké patro a tvrdé). (Sovák, 1972) 19% je riziko dědičnosti u izolovaného rozštěpu. (Balásová, 2003)

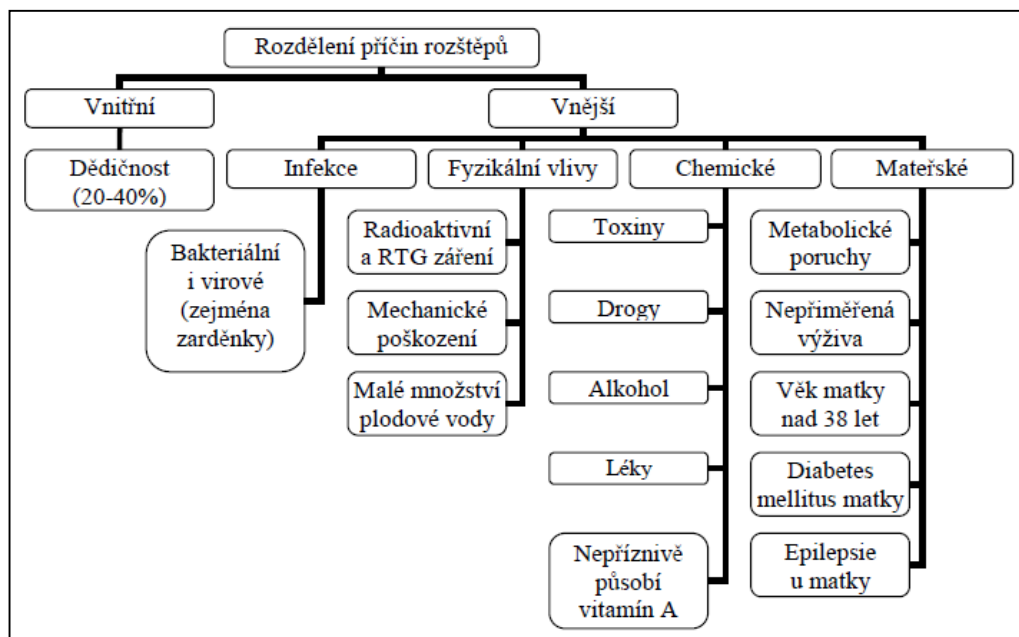
Dítě s rozštěpem se rodí i v rodinách, kde nebylo možno zjistit jak u rodičů, tak př příbuzných rodové zatížení. Rozštěpy mohou být způsobeny i vlivem infekce matky v průběhu těhotenství, na základě fyzikálních a chemických vlivů. (Kodová, Jedlička, 2003)

Honigmann poukazuje na dleflité oblasti prevence, jako je optimalizace zdravotního stavu matky před t hotenstvím, dodrřování hygieny b hem t hotenství a p ísun vhodných lék . (Honigmann, 1998)

T hotenství by m lo být plánované a konzultované s léka em. P edev-ím p i výskytu roz-t pových vad v rodin je nutnost dbát prvních t í m síc t hotenství. Vyhýbat se alkoholu, nikotinu, drogám, prá-k m zmír ující bolesti, rentgenovému zá ení a psychickému p etířlení. (Honigmann, 1998)

Bala-ová upozor uje je-t na v k matky nad 38 let, nadm rný p íjem vitamín A-D-riboflavinu a kortikoidy, které mohou rovn fl p sobit na vznik roz-t p . (Bala-ová, 2003)

Tab. 1. Rozd lení p í in roz-t p



Zdroj: (Válová, 2010, s. 5)(Bala-ová, Třkodová, Jedli ka, 2003)

Roz-t py se mohou vyskytovat i jako symptomy r zných syndrom . Mezi nej ast j-í v logopedické praxi pat í TeacheróCollins v syndrom, Kraniofaciální mikrosomie, Pierre-Robin v syndrom, Crouson v syndrom, Aspert v syndrom a syndrom Sedlá kové. (Třkodová, Jedli ka, 2003)

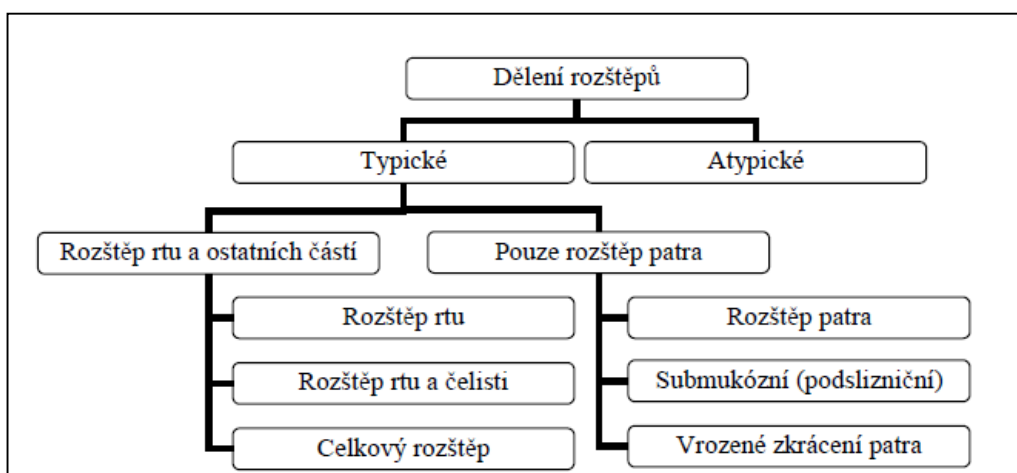
Syndrom Sedlá kové je z hlediska komunikace a e i nejvýznamn j-í, jeho syndromy vymezila eská léka ka Sedlá ková. P íznak tohoto syndromu je

mnoho, vždy se ale musí vyskytovat krátké velum, hypomimie a hraniční intelekt. V celku se v odborné literatuře píše o více než 150 syndromech u nichž je rozštěpová vada jedním ze symptomů. (Třodová, Jedlička, 2003)

2.5 Dělení rozštěpů

Podle Burianova dělení rozdělujeme rozštěpy do dvou skupin. Typické, které vzniká při nespojení tří výběžků a atypické, které vzniká jiným způsobem.

Tab. 2. Burianovo dělení



Zdroj: (Válová, 2010, s. 6) (Třodová, Jedlička, 2003, s. 223)

Rozštěp rtu může být oboustranný, jednostranný, pravostranný, úplný a neúplný. Za úplný rozštěp se považuje ten, který sahá až do nosního vchodu.

Rozštěp patra se dělí na izolovaný rozštěp měkkého patra, rozštěp tvrdého a měkkého patra a rozštěp šípku. (Třodová, Jedlička, 2003)

Rozštěp rtu a čelisti š probíhá přes ret a premaxilu až k foramen incisivum (Třodová, Jedlička, 2003)

U submukózního, nebo také podslizničního rozštěpu patra je porušená střední vrstva, svalovina, nebo i kost. Podslizniční vrstva a sliznice porušené nejsou. (Třkodová, Jedlička, 2003)

Celkový rozštěp zahrnuje ret, alveoly a patro. Rozdělujeme ho na pravostranný, levostranný, oboustranný. V případě zkráceného vroženého patra se nejedná o rozštěp, ale projevuje se stejnými symptomy v mluvené řeči. (Třkodová, Jedlička, 2003)

Výskyt orofaciálních rozštěpů je v úvodu na světě a postihuje všechny rasy a sociální skupiny. (Klenková, 2006)

Výskyt rozštěpů sekundárního a primárního patra v ČR je cca 1:530 (Třkodová, Jedlička, 2003), a 1:500-6700 v ech fiv narozených dětí. (Kerekrétiová, 2000) Výskyt submukózních rozštěpů cca 1:1200 a výskyt rozštěpu uvuly 1:80 (Vitásková, 2005)

Společně s rozštěpem patra se často vyskytuje narušená komunikační schopnost palatolalie. (Kerekrétiová, 2008). Oslabenou funkcí patra označujeme velofaryngeální insuficienci, která může doprovázet i onemocnění odlišné etiologie. (Kutálková, Palodová, 2007) Projevuje se hlučností (rinofonií) a špatnou srozumitelností řeči. (Třkodová, Jedlička, 2003)

3. Multidisciplinární péče

3.1 Odborníci

Jednotlivé obory pracovaly v minulosti samostatně. Informace o dítěti se získávaly z odborných záznamů. Nevědomost o práci jiných profesionálů byla neprokonatelnou bariérou. Rodiče spoléhali sami na sebe. (Lechta a kol., 2005) S první komplexní péčí za nás plastický chirurg profesor František Burián. K týmu specialistů přizval již před osmdesáti lety kromě chirurga i psychology a pediatry pro rodiče a děti s rozštěpovou vadou. (web1) Terapie dítěte s rozštěpovou vadou je týmová práce. Úzce spolupracují lidé lékařských a nelékařských oborů. Mezi rovnocenné partnery terapeutického týmu patří i rodiče. V České republice má péče o děti s rozštěpovou vadou dlouhou tradici a k zanedbání z hlediska odborníků dochází jen zřídka. Ekonomická situace, rozvoj techniky a vybudování nových specializovaných pracovišť umožní uje operaci orofaciálních rozštěpů u dětí již v raném věku. Chirurgická péče je u nás soustředěna do dvou center, v Brně a v Praze. Ke zkvalitnění péče došlo i vlivem médií na osvětlení a takto postižení jedinci jsou dnes běžně integrováni do společnosti. V terapeutickém týmu je mnoho členů, ale bezprostřední spolupráce s prací klinického logopeda má především pediatr, plastický chirurg, stomatolog, foniatr. (Třkodová, Jedlička, 2003)

3.1.1 Pediatr

Pediatr diagnostikuje zpravidla jako první rozštěpovou vadu. (Třkodová, Jedlička, 2003) Podílí se na předoperační a pooperační péči dítěte a seznamuje rodiče s vhodným způsobem výživy a další potřebné domácí péči. (Kerekrétiiová, 2008) Pediatr musí mimo jiné zabezpečit včasné dostavení rodiče do rozštěpového centra a to do té chvíle dítěte. (Třkodová, Jedlička, s. 2003)

3.1.2 Plastický chirurg

Ve třetím měsíci se provádí operace rtu, operace rtu a tvrdého patra u celkového jednostranného rozštěpu. V devátém a dvanáctém měsíci se provádí operace izolovaného rozštěpu patra. V osmém a dvanáctém měsíci probíhá rekonstrukce defektu alveolu horníelisti. Mezi třináctým a dvacátým rokem probíhá korekční operace nosu, rtu, ortográdní operace horní i dolníelisti. (web 2)

3.1.3 Stomatolog

Stomatologická péče vyžaduje účast několika odborníků. Péče je velmi náročná. Specialisté se musí vypořádat s etnou deformacíelisti, porušenímelistního oblouku a nepravidelnému rztu zub mimoadu. Pro fixaci se používají patrové desky seřoubem, lehké retenční desky a fixní aparátky. (Křoková, Jedlička, s. 2003)

3.1.4 Foniatr

Z hlediska vývoje se i vyvíjejí foniatři tlakem na výsledek operace. Jsou důležití pro správnou artikulaci. Bohužel je český jazyk ve srovnání s francouzštinou v tomto ohledu nesmlouvavý. Pípuť nazalitu jen u nosovek. Foniatr zabezpečuje spolupráci všech odborníků v etn rodině. Tím spolupracuje s klinickým logopedem, což je dříve donedávna nebylo běžné. Práce klinického logopeda byla podceňována a to v první řadě ze strany foniatra. Dnes má foniatr pohled o práci těchto klinické logopedie alespoň ve svém nejbližším okruhu. (Křoková, Jedlička, 2003)

Mezi kompetence foniatra patří i pedoperní a pooperní péče. V nich kterých případech se po operaci doporučují masáže patra. Jsou prováděny prstem a

dostatečným tlakem po patě odpovídá k uvule. Masáže vyvolávají dávicí reflex, při kterém se stáhne patro výrazněji než při fonaci. Patro se masáží lépe prokrvuje a zabraňuje se tak tvorbě fibrinů. Masáže by měly probíhat pravidelně a dlouhodobě několikrát denně cca. desetkrát. (Křoková, Jedlička, 2003)

Šťavský je dle léčitelského zahájení pedoperace i pooperační masáže konzultovat s ošetřujícími lékaři (chirurgem, foniatrem), nebo při pooperačních komplikacích (rozestup, rozpad \rightarrow , oronazální komunikace, krvácení se masáže nesmí provádět) (Klenková, 2006, s. 148)

3.1.5 Psychologická terapie

Po narození dítěte s rozštěpovou vadou za ním rodiče sami sebe obviňují, na které straně je chyba a kdo za postižení dítěte je zodpovědný. Tímto chováním mohou nepříznivě ovlivnit sebepojetí svého potomka. V prvních letech dítě v těžkou a dlouhodobou psychickou újmu netrpí a prvními pacienty se stávají matka a otec dítěte. Musí se jim na psychické úrovni vysvětlit skutečnost, že ani jeden není vinen a nenese za vývojovou vadu dítěte zodpovědnost. Rodiče mají nahlížet na vadu jako šomylů přírody. Paradoxně vnímají rodiče lépe skrytý rozštěp, protože jim je rozštěp patra výrazněji než při postižení a má větší dopad na akustickou stránku řeči, než viditelný rozštěp. (Křoková, Jedlička, 2003)

4. Logopedická terapie

4.1 Klinický logoped

Vysokými požadavky se potýká logoped již při přípravě na klinického logopeda. Po pětiletém studiu na vysoké škole a získáním státní závěrečné zkoušky z logopedie, dříve i surdopedie, čeká na něj odborná praxe. Povinně absolvuje pod vedením zkušeného klinického logopeda šestiměsíční praxi v soukromém, nebo státním zdravotním zařízení. Poté je zařazen do oboru klinické logopedie a tím mu začíná nejméně dvouletá specializační příprava. Během přípravy musí splňovat tímto státně u kolegy specialisty s dlouholetou praxí a plnit požadavky plynoucí ze studijního plánu na vlastní náklady. Po dvou letech praxe se může přihlásit na závěrečnou zkoušku specializační přípravy a stát se klinickým logopedem. Na zkoušku má vcelku málo pokusy a to vždy až po roce neúspěšně vykonané zkoušky. Klinický logoped nese za veškerouinnost spojenou s vykonáváním praxe plnou právní odpovědnost. (Třodová Jedlika, 2003) Následuje celoživotní vzdělávání, kterém může být různými formami kurzů, odborných stáží, samostudiem a další. (Třodová, Jedlika, 2007)

4.1.1 Osobnost klinického logopeda

Úspěch logopedické péče závisí i na osobnosti logopeda. Každá metoda klinické logopedie neumí předvídat a proto je potřeba zkušeného terapeuta. Potéby pacienta se může a úkolem logopeda je vycítit, jaká metoda je nejvhodnější. (Třodová, Jedlika, 2007) Klinický logoped nese odpovědnost vůči svým pacientům, kolegům, veřejnosti a měl by zachovat profesionální chování. (Třodová, Jedlika, 2003) Pokud klienti nejsou spokojeni s péčí klinického logopeda, mohou od roku 2011 dle vlastního výběru vyhledat jiného klinického logopeda a nezáleží na bydlení, ale zda má klinický logoped volnou kapacitu. (web 3)

4.2 Logopedická péče

Dle litá je logopedická intervence. Logoped je povinen vysvětlit rodičům, že se stránka e i nerozvíjí jen po stránce formální ale i po stránce obsahové. Často kladou rodiče důraz na správné vyslovování všech hlásek a zanedbávají obsahovou stránku e i. Logoped pracuje zprostředkovaně přes rodiče, proto by je měl naučit vše, co budou s dítětem provádět a cvičit. Logoped musí rodičům vysvětlit, že jsou e ovým vzorem svého dítěte. Při mluvení musí tedy dbát na četnost, správnost a mluvy především kvůli dítěti. Upozorní rodiče na odlišnosti ve fvlání. Děti s rozštěpem v t-inou neumí říct B a P a vyslovují je, jako M. Naučí rodiče vytvářet takové podmínky, kterými podnětují dítě k napodobování zvuků. Rodiče musí trénovat zrakové vnímání dítěte upoutáváním jeho pozornosti, aby bylo schopno sledovat mluvidla rodiče. Sluchové vnímání mohou trénovat pomocí rozlišování zvuků a jazykovou stránku e i pomocí písniček, říkanek. Nesmí však dítě cvičením přetřovat. (Klenková, 2006) Pro nacvičování polykání je efektivní nácvik pití s brčkem. (Třodová, Jedlička, 2007) Dle logopedické péče na předoperační a pooperační se záná opouštět. (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) Předoperační logopedická terapie se používala tehdy, kdy byly první operace obličejových rozštěpů bříšné kolem pátého roku. (Sovák, 1970) V současnosti se děti operují ušl v raném věku. Výjimky tvoří obtížně diagnostikované rozštěpy. (Třodová, Jedlička, 2003)

Po operaci rtu by mělo dítě přijímat hustší, tvrdší a nekašovitou stravu. Tím se aktivuje svalstvo jazyka rtu. Na doporučení plastického chirurga ukáží logoped rodičům masáž rtu, kterou se prokrvuje horní ret. Masáže patra se provádí po operaci patra na základě doporučení chirurga. Tím se zabývá zjizvením patra a následná snížená pohyblivost. Rodiče provádí masáže doma, proto musí být dobře informováni. Při masáží se nesmí používat žádné pomocné materiály jako gumičky, rukavice atd. (Klenková, 2006)

Když je dítě schopno po operaci spolupracovat s logopedem je zahájena primární logopedická terapie. Základní primární logopedické terapie je individuální. U některých se záná dříve u některých později, ale ne u každého je logopedická

intervence nutná. V Klenkové se uvádí 50 až 80% pacientů, u kterých se vyskytuje narušená komunikační schopnost a je nutná komplexní logopedická péče. (Klenková, 2006) Logopedická terapie nemusí být pouze individuální, se skupinovou terapií se setkáváme již u Morleyové (1970). Skupinová terapie je vhodná pro děti předškolního věku. Významné jsou z hlediska psychologického, filologického a ekonomického. Děti mají zvýšenou motivaci, sníženou únavu a setkávají se s sešláky. Mohou prezentovat naučené básničky a porovnávat se ostatními. Vznikají přátelství mezi dětmi s podobnými problémy a je dobrou přípravou pro individuální logopedickou péči. (Kerekrétiová, 2008)

Logopedické cvičení k napravení porušené nosní rezonance má po dostatečném velofaryngeálním uzavření dobrou prognózu. Pomocí foukání s fonací se zlepšuje směr výdechového proudu, který slouží později k vyslovování frikativ. K zmenšení úniku vzduchu do nosu se mohou použít vatové tampony. Kontrola úniku vzduchu se provádí zrcátkem, kovovou destičkou, otofonem atd. Ke kontrole slouží i sluchový diferenciální výcvik, jehož cílem je poznání hypernazality v e i jiných. (Třokodová, Jedlička, 2007) Při úpravě artikulace musí logoped postupovat systematicky a dodržovat speciálně-pedagogické zásady.

Úprava artikulace má tyto základní etapy:

- *přípravné cvičení*, na zlepšení motoriky mluvidel a nácvik fonemické diferenciace,
- *vyvozování hlásek*, které vychází z napodobování zvuků. Dodržuje se individuální postup a vadné hlásky se nenapravují, místo toho se vyvozují nové hlásky,
- *fixace hlásky* je závislá na intelektu, pozornosti a paměti dítěte,
- *automatizace* spočívá v mechanickém opakování předřčených slov a v produkci slov bez předřčeného vzoru. (Třokodová, Jedlička, 2007)

Do logopedie jsou často zařazovány i prvky orofaciální regulační terapie, kterou popisuje Castillo Morales. (Castillo Morales, 2006)

4.3 Logopedická ambulance

Nároky logopedické péče se objevují i v poměkách a přístrojích používaných v logopedické ambulanci. Používání logopedických pomůcek sahá daleko do historie (gutaperová naslouchací trubice, mluvicí stroj a další). V moderní logopedické praxi je používání přístrojové techniky ovlivněno v kovým rozpětím, přítomností i absencí přidruženého postižení, dosavadní zkušeností a ekonomickým faktorem. (Vításková, Peutelschmiedová, 2005)

Í když vznikají nové pomůcky a využívají se programy PC, je nadčasové Sováková dle ní z publikace Logopedie p ed-kolního v ku:

- *stimula ní*, dít se u í a podn cuje k napodobování zvuk , pomoci foukadel, hudebních nástroj ,
- *motiva ní*, logoped pomocí her, hra ek, p edm t motivuje dít ke spolupráci,
- *didaktickými* logoped zji–uje lexikální sloflku a výslovnost hlásek pomocí logopedických íkanek, povídek, tecích tabulek,
- *deriva ní*, pouflití bílého –umu, metronomu apod. k odvrácení pozorností dít te od vlastního mluveného projevu,
- *podp rné*, –pachtle, logopedické sondy, rotavibrátory,
- *názorné*, logopedické zrcadlo, analyzátory zvuku,
- *registra ní*, záznamové archy, tabulky, zvukové a videozáznamy. (Klenková, 2006)

Klinická logopedie ve zdravotnictví pro-la velkými zm namí a to nejen v přístrojových technikách ale i v materiálech v rámci logopedického poradenství pro rodi e. (Kerekrétiová, 2008) Zajímavý je názor Golding ó Kushnerové (2001) *šuvádí, fle práce s pacientem s diagnózou VFD nebo palatolalie nevyhnuteln nevyfádjuje fládné speciální vybavení materiálem a pom ckami.õ* (Kerekrétiová, 2008, s. 183)

5. Palatolalie

5.1 Význam slova palatolalie

š Palatolalie je jednou z nejnápadnějších narušení komunikační schopnosti. Termín palatolalie označuje narušenou komunikační schopnost, jejíž příčinou jsou orofaciální rozštěpy. (Klenková, 2006, s. 138) V podobné úpravě souhlasí i Kerekrétiová v tom, že jedná se o narušenou komunikační schopnost při rozštěpu patra, což je obsaženo už v názvu palatolalie. (Kerekrétiová, 2008)

Golding-Kushnerová (2008) popisuje jiný smysl pod slovem palatolalie prostřednictvím Phillipse (1990), který jí nepovažuje za vývojovou poruchu, protože z ní dítě nevyroste. Zastává názor, že nesprávné artikulace zpusobí, které se dítě naučí, se naopak automatizují a akusový faktor je pro to hlavním nepřítelem, který je upevňuje. (Kerekrétiová, 2008)

Kerekrétiová (2008) a Klenková (2006) upozorují na zahraniční autory, kteří adí palatolalii k samostatné nozologické jednotce a označují jí, jako je při rozštěpu patra (anglicky: Cleft Palate Speech, německy:

Gaumenspaltensprache). Někteří odborníci inklinují palatolalii adit k otevřené rinolalii, - zastávající termín všech poruch a různých etiologie, při kterých se projevuje otevřená, zavřená a smíšená hluhavost v deformaci zvuku jednotlivých hlásek. (Kerekrétiová, 2008) (Klenková, 2006)

Je to rozsáhlejší pojetí je zařazování poruchy rezonance a tím pádem i palatolalii do oblasti poruch hlasu, s tím se ale stejně, jako mnozí renomovaní odborníci (Mc Williamsová, Peterson-Falzoneová, Kummerová, Golding-Kushnerová ad.) neztotožňujeme. Naopak za nejlepší definici považujeme označení narušení komunikační schopnosti, jejíž primární příčinou je rozštěp patra, nebo pojetí Lechty (1990) označit palatolalii, jako narušenou komunikační schopnost při rozštěpu patra. I tak se nadále v klinicko-logopedickém prostředí, i ve starších vědeckých pracích zahraničních autorů setkáváme s termínem štypická palatolalická léze, o které lze polemizovat.

V dnešní době již není skutečností, že všechny osoby s orofaciálním rozštěpem budou trpět palatolalickou ezií. (Kerekrétiová, 2008)

Špatná palatolalíe se jedná zejména o narušenou foneticko-fonologickou rovinu (porucha nosní rezonance a artikulace), ale i morfologicko-syntaktickou a lexikálně-sémantickou (v případě opožděného vývoje ezií) pragmatickou rovinu. Toto narušení se výrazně projeví ve verbální i nonverbální komunikaci (narušené koverbální chování ó NaKoChú) a pozná se nejen její expresivní, ale i receptivní složku (např. při poruše sluchu převodového charakteru). (Kerekrétiová, 2009, s. 13)

5.2 Příznaky palatolalíe

Mezi nejtypičtější příznaky patří poruchy rezonance a artikulace. Dále se uvádí:

- otevřená hltanová avost
- poruchy mimiky
- převodní nedoslýchavost (Baláková, 2003)

Trnkodová a Jedličková (2003) uvádí je to opožděný vývoj ezií u přibližně 50% a hypernazalitu a hyponazalitu (Trnkodová, Jedličková, 2003) Příznaky bývají i nosní ezelezy (Dvořák, 1998)

Rozsah palatolalíe ovlivňuje chirurgická a další odborná péče. Důležitá je rodinná a sociální zázemí a samozřejmě emocionální stabilita osobnosti. Velkou roli hraje i intelekt jedince s rozštěpovou vadou a jeho rozsah postižení. (Trnkodová, Jedličková, 2003) Významné je smyslové vnímání zrakem a sluchem a schopnost napodobování zvuků a pohybů. (Kutálková, Palodová, 2007)

Porucha sluchu u dětí s rozštěpovou vadou se ve starších vydání pohybuje kolem 50%. V průběhu desetiletí se číslo díky zpevnění sluchových poruch vystoupalo až na 90%. Nejčastěji se jedná o převodní poruchy sluchu a důsledkem je narušení zpevněné vazby. (Trnkodová, Jedličková, 2003) *Podle Aronsona (1990) neexistují dva lidé s rozštěpem patra, kteří by měli stejn*

porušenou je . Uvedené množství příznaků je velmi variabilní. Potvrzují to klinické zkušenosti různých autorů (Kerekrétiová, 1997; Vohradník, 2000 in Třodová, Jedlička 2003, s. 229)

5.3 Prognóza palatolalie

Optimistická prognóza na vývoj je i je možné díky dnešním raným operativním technikám. Pokud proběhne úspěšně palatoplastika a tím spojený dostatečný velofaryngeální mechanismus, probíhá správný vývoj je i spontánní. Jedná-li se o palatolalii a velofaryngeální dysfunkci je prognóza velmi individuální. Záleží na klinickém obraze, na sociálním prostředí a psychické stabilitě (Kerekrétiová, 2008) Burián (1954), Sovák (1978) popisují, *š rozhodujícím faktorem v této situaci je matka* (Třodová, Jedlička, 2007, s. 256) Na matce záleží, jak bude dítě vnímat nejbližší rodina, ale i sociální prostředí, ve které bude vyrůstat. Kladná prognóza závisí i na včasné lékařské péči a intenzivní spolupráci s logopedem. (Kerekrétiová, 2008) Úspěch logopedické terapie závisí na věku a intelektu dítěte a zahájením logopedické péče. Je potřeba mnoho vytrvalosti a vliv ze strany rodičů a ochoty dítěte spolupracovat. Nenastanou-li komplikace, může kladně zralé dítě navrátit k normálnímu základnímu kolu. (Třodová, Jedlička, 2007)

V případě těžké palatolalie s velofaryngeální insuficiencí, po dlouhodobé terapii a četných chirurgických zákrocích bez požadovaného výsledku v dítěti, lze uvážit v závažných případech docházky speciálnímu kolu. U některých může být stres motivací, ale jiný nemusí tlak na změnu kolu ustát. Terapie je nasazovaná tak, aby dosáhla takové srozumitelnosti, kterou potřebuje pacient k běžné verbální komunikaci. Při dobré spolupráci s rodinou se stává výskyt jedině s těžkou palatolalií spíše výjimkou. (Třodová, Jedlička, 2007) Klenková (2006) popisuje, jak díky kladnému přijetí dítěte a dobré spolupráci s odborníky, může dítě i skrze svůj handicap rádo komunikovat a vyhledávat společnost ostatních dětí. (Klenková, 2006)

5.4 e

Jiří starověký filozof Gorgias řekl, *š e je mocným vládcem, který zcela nepatrným a zcela nepostifitelným tlem vykonává v cípe veliké, nebo v její moci je zbavitílovka strachu, odejmout mu zármutek, vzbudit radost, zmnožit jeho lítost.* (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005, s. 138)

K e i používáme několik funkcí těla například dech a hlas. Rty, zuby, tvrdé a měkké patro, dutinu ústní, nosní a hltanovou, sluch a mozek uplatíme k zpracovávání slyšeného a mluveného. Abychom dosáhli mluveného projevu, musí všechny jsou částky optimálně fungovat a spolupracovat. V těchto orgánech se vyskytuje více než sto svalů, které náš mozek musí samostatně koordinovat. (Neumann, 2007)

V e i se objevuje často chybná artikulace samohlásek a souhlásek. *Š Samohlásky mají typické hypernazální zabarvení, vyplývající z poruchy nosní rezonance v důsledku velofaryngeální insuficience. Souhlásky jsou rovněž typicky deformovány. Nemén jsou porušeny nosovky (m, n, ŋ), nejvíce explozivní, frikativy a afrikáty, tj. hlásky, které vyžadují pro svou realizaci pevný patrohltanový uzávěr.* (Křoková, Jedlička, 2007, s. 234)

Klient často vyvíjí kompenzační mechanismy k nahrazení svých řečových nedostatků. Zvedání ramen při mluvení, svalové napětí, grimasy, nafukování tváře, napětí rtů a dalších, jedná se o tzv. koverbální chování. Sovák (1978) označuje pomocné pohyby jako součinné. Kerekrétiová (1997) tvrdí, že pomocí kompenzačních mechanismů dokáží i osoby bez operovaného rozštěpu patras velofaryngeální insuficiencí dosáhnout poměrně srozumitelné řeči (Křoková, Jedlička, 2007)

6. Problematika týkající se roz-t p

6.1 Rodi e

Jak ufl bylo zmín no problém orofaciáního roz-t pu nepostihuje pouze daného jedince ale i jeho rodi e a nejblifl-í okolí. Roz-t p postihuje jen malou ást t la, ale m flé zasahovat do r zných oblastí flivota. Dít se musí stimulovat, aby se sníflilo riziko dlouhodobých problém . Rodi e se ásto cítí od spole nosti izolováni. Jsou zklamáni a v neustále stresové situaci. Raná intervence napomáhá k zlep-ení postoj rodinných p íslu-ník a podává informace, jak lépe stimulovat dít . Ranou intervencí získávají rodi e sociální a ekonomické výhody, protoflé jsou mén závislími ze sociálního i ekonomického hlediska. (Kerekrétiová, 2008)

I kdyfl se dnes provádí prenatalní diagnostika, 80% rodi í prochází po porodu dít te s orofaciálním roz-t pem -okem a 13% nedokáflé dané skute nosti uv ít. Narozením vznikají obavy utvá ení vztahu mezi rodi í, který je úzce spjatý s krmením. Rodi e p emý-í o tom, jak dít p íjme nejblifl-í okolí. Problémem se stávají i ásté náv-t vy léka , roz-t pového týmu, které zasahují z eteln do rodinného flivota. Okamflit e-ít se musí i ásté zán ty st edního ucha a pravideln p evodní poruchy sluchu. (Kerekrétiová, 2008)

Psychosociální a výchovn vzd lávací problémy se sledují od 70. let minulého století. Výzkumníci Clifford, Richardson, Tisza, Irwinia a dal-í se zam íli na dva aspekty. Zajímalo je, jaký vliv má roz-t p rtu a patra na intelekt dít te na jejich úsp -nost ve -kole, typická roz-t pová osobnost atd. Zájem o tyto d ti m lí i psychologové. V sou asnosti je snaha o zji-t ní problém jednotlivých v kových skupin s orofaciálním roz-t pem. Mezi d leflité v kové skupiny adí, *š prenatalní, perinatální období, období batolete (raný v k), v k 3-6 let, 6-10 let, 10-13 let, teenagerský v k a dosp lost.õ* (Kerekrétiová, 2008, s. 160)

První studie byly orientované na psychosociální problémy. Mezi nej ast j-í metody pat ilo interview a dotazník. Problém byl v tom, flé nikdy nebylo moflné získat dostate n velký soubor a p ehlíflé se nehomogenní sloflení skupin. I tak bylo publikováno v etných pracích. Paradigma nových výzkum

se orientuje na faktory související s dítětem, týkající se rodiče a rodiny a související s léčbou ORF. (Kerekrétiová, 2008)

6.1.1 Fáze

Fáze –oku

První fází, kterou si projde v těhotná rodiče je fáze –oku. To je normální stav těhotná, kterým chrání svůj organismus před zahlcením pocitem divých událostí. (Caspers, 2008) Rodiče doprovází smíšené pocity lásky a bolesti, ochrany a zklamání. (Kerekrétiová, 2008) Přesně neví, co je s danou diagnózou dítěte, ale vnímají své dítě v ohrožení. Nad danou situací nemají kontrolu. Jsou bez potřebných znalostí, nebo velmi chabými znalostmi vhozeny do světa profesních rozdělení a musí najít cestu z bludného kruhu. Nové informace odborníků rodiče přijímají a doufají, že se jedná o nejlepší způsob péče o jejich dítě. Jsou samozřejmě rádi, že jim odborníci pomáhají, ale zároveň se objevují v roli diváka, zatímco ostatní rodiče mohou od narození sami pečovat o své dítě. (Caspers, 2008) Vzájemná oddanost se za jiná z jejich objevovat jistě hemototenství, kdy matka sní o ideálním dítěti. Pro vytvoření specifického, dlouhotrvajícího vztahu je nutné, aby matka své dítě akceptovala se svým současným vzhledem (Kerekrétiová, 2008) Být rodičem postiženého dítěte znamená přehodnocení a reorganizaci celé rodinné situace. (Neumann, 2003)

Fáze popření

Velká část rodičů se nedokáže z počátku vyrovnat s pohledem na své dítě. Více či méně dítě odmítají a je jim cizí. Zároveň se za své pocity stydí a polemizují nad faktem, zda se jejich dítě mělo vůbec narodit. Často se označují jako krkaví matky, protože jsou neschopny milovat své dítě. Na druhé straně si nepřejí nic víc, než aby se láska k dítěti konečně vybuodovala. Popření svého

postífeného potomka se zpravidla podá. Je to biologické d dictví z as , kdy handicapovaní jedinci nep eflivali. Pro rodi e bylo lep-í nevytvá et pocity a vztah k t mto d tem, protofle d íve nebo pozd ji zem ely. (Caspers, 2008) I kdyfl chce být dne-ní rodina moderní, n kdy narození postífeného dít te a vyrovnání se s danou situací kon í manfelskou krizí. (Kerekrétiová, s. 2008)

Fáze odvrácení a pop ení

Je to také jeden z moflných obraných opat ení. N kte í rodi e jsou rádi, kdyfl musí novorozenec z stat v nemocnici. Alespo po ur itou dobu se nemusí aktivn zabývat roz-t povou problematikou a o dít je dob e postaráno. Odvracejí se od nastalé situace. Nap íklad si p edstavují, jakou by zaffivali radost, pokud by dít nebylo postífené, nebo se vracejí do asu t hotenství, kdy bylo je-t v-e v špo ádkuõ. (Caspers, 2008)

Fáze vzteku, zodpov dností a agrese

Pokud se pohybuje matka je-t na území nemocnice, m fle se objevit vztek a agrese. Kolem sebe vidí zdravé novorozence a – astn rodi e. P emý-lí nad neskute nou nespravedlností. Vztek se m fle objevit i v í otcí dít te. Matka je samoz ejm obeznámena, fle nelze nikoho z roz-t pu dít te obvinít, ale je zoufalá. Nejrad ji by matka mlátila vzteky kolem sebe. (Caspers, 2008)

Fáze strachu, starostí a zmatk

Tým odborník nem fle matce nazna it jasné dal-í postupy, cofil matky trápí. Mají strach z vy-et ení, u kterých by se mohla objevit dal-í vývojová vada. Starosti jim d lají operace, které bude muset dít absolvovat. Strach

z vývoje dítěte a jeho budoucností a jaké potíže mu způsobí orofaciální roztrpěnost v životě. (Caspers, 2008)

Fáze osamění a izolace

První týdny po narození dítěte mají rodiče pocit, že jim nikdo nerozumí. Podpora odborníků se přikládá k jejich etice. Neustále opakování souvislostí s obličejovou roztrpěností vadou rodičům, přátelům a blízkému okolí je náročné a rodiče unavuje. Rodiče se mnohdy izolují od společenského života. Vadí jim zdánlivé pohledy na jejich dítě kamkoliv vyrazí nakupovat. Dívají se pouze k odborným vyšetřením a kladou si otázku, zda ještě někdy budou moct žít normálně. (Caspers, 2008)

Fáze sebelítosti, žalů a smutku

Rodiče propadají často sebelítosti. Mají více práce s dítětem než ostatní rodiče. Už nemohou slyšet od jiných, jak věci skvěle zvládají. Raději by měli dítě, přičemž jeho pohledu lidí nereagují zdivočením. V prvních týdnech prožívají rodiče smutek. Matky nemohou kojit běžným způsobem, nebo vůbec. Smutní, protože se někdy přátele od jejich dítěte odvracejí a nerozumí, jaký dopad má orofaciální roztrpěnost na celou rodinu. (Caspers, 2008)

Fáze vdivnosti a radosti

Vředy nastane okamžik, kdy se projeví radost rodičů, že mají svou ratolest. Malé dítě dokáže divy, i když rodiče předtím nemohli uvěřit v některý kladný povzbuzení, jsou dnes rádi, že mají dítě pouze s obličejovou roztrpěností. Už domují si, že je mohlo postihnout něco o dost závažnějšího. (Caspers, 2008)

Fáze hledání pomoci

Informace a pomoc jim poskytne odborný personál v roz-t povém centru. Dít je vedeno v evidenci od narození afl do jeho dosp losti. V základním týmu je vedoucí plastický chirurg, pediatr, foniatr, logoped, elistní chirurg a zdravotní sestra. Mezi oblíbené informa ní zdroje pat í i internet. (Kerekrétiová, 2008)

Fáze hledání p í in

V této fázi se rodi e mají vyhýbat vzájemnému obvi ování a obvi ování p ede-lých generací. (Kerekrétiová, 2008) Jednotlivé fáze neprobíhají sou asn a na sebe nenavazují. N které fáze se nemusí v bec vyskytnout. (Neumann, 2003)

Mezi fáze, které se vyskytují tém vfdy, adí Dölger Häfner (1997)

- -ok,
- pop ení,
- dysforie ve smyslu smí-ených pocit smutku, deprese, strachu atd.,
- p íjetí dít te a reorganizace. (Neumann, 2003)

Jankovský (2001) p idává je-t fázi ztráty, smlouvání a deprese. (Jankovský, 2001)

6.2 ^Tkolní prostředí

Dítě v předškolním věku se stávájí málokdy obětí posměchu. Nová situace může nastat nastoupením povinné školní docházky. Děti s obličejovým rozštěpem mají méně přátel ve srovnání k ostatním spolužákům a vrstevníkům, za to jsou jejich přátelství pevnější a kvalitnější. Přátelství trvá nejdéle ať do dospělosti. Příznaky mohou být různého charakteru. Děti nechtějí riskovat odmítnutím a raději nenavazují vztahy. Nejsou společensky aktivní jako ostatní děti v jejich věku. Může to být způsobeno narušenou řečí nebo sluchem. (Kerekrétiová, 2008)

Jednou z nich může rodič dítě s orofaciální rozštěpovou vadou je výsměch. Tímto obdobím si bohužel projde každé dítě s obličejovou rozštěpovou vadou. (Kerekrétiová, 2008) Protože jak píše Matjíšek (2000) *Šmát se lidem s vášní jím postížením se nesrovnává s dobrými mravy. To se prostě nedělá. Ale smát se lidem s postížením jenom lehkým, a zvláště těm lesně neobratným, to patří ke společenskému bontonu. V-ak také ná-slovník má celou řadu výrazů pro tělesnou nezdatnost, a to výrazů jadrných a pepných, zvukomalebných a plných tvořivé fantazie, například, hledáme-li pojmenování sluné, jsme rádi, když nalezneme div, t i.õ* (Matjíšek, 2000 s. 76) Jak dlouho bude dítě elit výsměchu, záleží na jeho postavení ve skupině a jeho reakcích. V experimentálních skupinách se zjistilo, že většina dětí s obličejovým rozštěpem reagovalo na výsměch agresivitou a odmítalo být dále součástí skupiny (Kerekrétiová, 2008) Dítě je ve školním prostředí reakce učitele, který by se měl v případě šikany a výsměchu spojit s rodiči a s pedagogickým psychologem. (web 4) Děti s orofaciálním rozštěpem mají negativní sebehodnocení než jejich vrstevníci. Pro formování každého jednotlivce mají velký význam sebeakceptace, sebehodnocení a sebeúcta. Podle těchto kritérií nás hodnotí naše okolí. V teenagerském věku se negativní hodnocení své osobnosti u těchto postižených dětí je to jednou stupně. Díky pomoci odborníků neexistuje žádná typická osobnost s orofaciálním rozštěpem v žádné z těchto kategorií a také žádné s ní typicky spojené psychosociální problémy. (Kerekrétiová, 2008)

Praktická část

7. Popis pr zkumu

7.1 Cíl pr zkumu

Cílem pr zkumu bylo odhalení problematiky a vynaložení úsilí rodi v domácím logopedickém procvi ování a odborné logopedické pé i. V rámci rozhovoru a dotazníku byly položky a dotazy soust ed ny k dvanácti bod m, jejichfl výsledky jsou znázorn ny v grafech.

7.2 Poufíté metody, techniky a postupy

7.2.1 Dotazník

Dotazník obsahuje v celku 35 otázek, které vycházejí z p edem prostudované literatury. Objevují se podobné dotazy z pro tených diplomových prací, zabývající se obdobnou tematikou. Na výtvoru se podílela problematika e-ená na internetových fórech a subjektivní za azení n kterých dotaz dle uváfení autora.

Dotazník zahrnuje strukturované a nestrukturované odpov dí. Velká ást je tvo ena polouzav enými otázkami za ú elem umofn ní volného projevu rodi , nebo výskytu nevyhovujících odpov dí. K ofiivením jednotvárnosti dotazníku slouffí -kály Likertova typu. Získáním v rohodných odpov dí bylo od uvád ní jmen odpu-t no a zvolena anonymní forma dotazníku.

Dotazník byl aplikován se zám rem zjistit v nep ímém kontaktu co nejvíce informací, které byly následn dopln ny volným rozhovorem. Formulace dotaz byla vyjád ena -etrnou formou (viz p íloha A).

Na logopedickém pobytu bylo vydáno 14 dotazník a 14 se jich vrátilo, 100% návratnost. Emailovou po-tou bylo rozesláno 40 dotazník a 23 se vrátilo, ≈ 58% návratnost. Pro tento pr zkum je relevantních 28 dotazníku z 37

obdržených, ≈ 76% využitelnost. Elektronická forma dotazníku byla vytvořena pro pohodlnost rodičů a její finanční nenáročnost v demoverzi programu Adobe Acrobat X pro. Dotazy byly dle instrukcí v emailu vyplněny pouhým zakrtnutím dané odpovědi, nebo doplněny textem v připraveném textovém poli. Tím se ušetřil výtisk dotazníku a s tím spojené skenování, nebo zaslání dotazníku poštou. Pomocí grafů jsou znázorněny výsledky odpovědí, které jsou doplněny pasážemi dalšího zjištění.

Výhodou dotazníku bylo rychlé nabytí velkého množství informací. Nevýhodný se stal elektronický dotazník, který skrze přesné instrukce některé lidi zaslali prázdný, jelikož zapomněli provedené změny uložít.

Část lidí se setkala poprvé s elektronickým dotazníkem, který měl vyznačené pole na rozepisování a prosila o pomoc při vyplňování. Neznalost obeslaných respondentů, vyvrhlo značnou část nepoužitelných dotazníků vzhledem k včlenění do kategorie, která byla pro daný průzkum irelevantní.

7.2.2 Rozhovor

V rozhovoru bylo využito nestrukturované interview, které proběhlo v nepřipraveném prostředí. Po navázání kontaktu s rodiči na logopedickém táboru bylo při uvolněné atmosféře procházkou lesem osloveno několik matek dětí s rozdílnou vadou. Dotazy směřovaly k objasnění některých otázek uvedených v dotazníkovém šetření. Matkám byl dán volný projev k problematice logopedické péče a jejím nárokům. Zvolil se písemný záznam po ukončení rozhovoru bez použití záznamu technických prostředků.

7.3 Harmonogram postupu

Bakalářská práce byla zadána v dubnu 2011 a odevzdána v březnu 2012. Časový harmonogram je znázorněn v tabulce 3.

Tab. 3 časový harmonogram

rok m síc	11 4.	11 5.	11 6.	11 7.	11 8.	11 9.	11 10.	11 11.	11 12.	12 1.	12 2.	12 3.
zadání bc. práce	X											
studium literatury			X	X	X							
tvorba dotazníku					X							
logopedický pobyt						X						
teoretická část							X	X				
setkání s odborníky							X					
analýza dat										X	X	X

7.3.1 přípravná fáze

Zadáním bakalářské práce začalo obeznámení se s oblibou rozvoje vadou formou internetových stránek a sháněním literatury. Seznamování s českou literaturou se uskutečnilo pomocí knihoven v Praze. Aktuální výtisky české odborné literatury týkající se logopedie a orofaciálních rozvoje byly dokoupeny v pražském knihkupectví. Německá literatura dokoupena v německém internetovém knihkupectví.

Spolupráce s logopedy a rodiči v Praze doprovázelo zklamání. V nemocnici v Praze byla návštěva u klinického logopeda odmítnuta nelékařským vzděláním a velkým počtem studentů logopedie, kteří se sotva dostanou do praxe klinického logopeda a je to podmínkou pro jejich další vzdělání.

Obesláno bylo 40 základních a mateřských škol s docházejícím školním logopedem v Praze a okolí bez kladného výsledku.

Rodiči rozvoje centra v Praze byli osloveni organizací Za novým úsměvem o ochotu spolupráce a umožnili záznam prosby vzájemné kooperace na své sociální síty. Ohlas byl minimální.

V únoru 2011 byla úsporně oslovena organizace TMMatný úsměv v Brně. Umohnila účast na kařdoročním pobytu dítí s roz-tř povou vadou a jejich rodičů konaný v říjnu 2011 ve Vizovicích. Měsíčně později umohnila účast na pátém společném setkání rodin roz-tř pových dítí s odborníky v Brně, kde se konal celodenní edukační seminář.

7.3.2 realizační fáze

Na základě poznatku z odborné literatury, pro řešení diplomových prací s paralelním tématem a sledováním diskuzí internetových fór maminek s dítmi s orofaciálním roz-třpem byl vytvořen dotazník (viz příloha A). Polořky byly několikrát přepracovány a přeizpřobený. V říjnu 2011 se dotazník dostal do terénu. Na logopedickém pobytu pro dítí s roz-tř povou vadou přeijali rodiče dotazník přeizpřivně. Polořky měly do deseti minut vypracované, nebo dotazník vrátili do konce logopedického pobytu. Ze třinácti vydaných dotazníků se 100% vrátilo.

Rozhovor se konal nestrukturovaně odchycením rodičů na společných vycházkách do městečka Vizovice, společném táboráku, nebo u klientů doma. Písemný záznam se provedl po ukončení rozhovoru.

Další informace byly doplněny krátkým nahlédnutím do práce klinického logopeda, skupinové logopedické péče, řkolní logopedické péče a úastí na společném setkání rodin roz-tř pových dítí s odborníky.

7.3.3 Vyhodnocovací fáze

Vyhodnocovací fáze dala nejvíce zabrat. Sbír elektronických dotazníků a jejich tisk. Sloučení elektronických a ručně vyplněných dotazníků. Vyřazení dotazníků dle vkuřítě nebo necelistvému vyplnění dotazníku. Výsledky všech dotazníků byly sepsány pro lepší přeěhlednost do tabulek. Z tabulky se

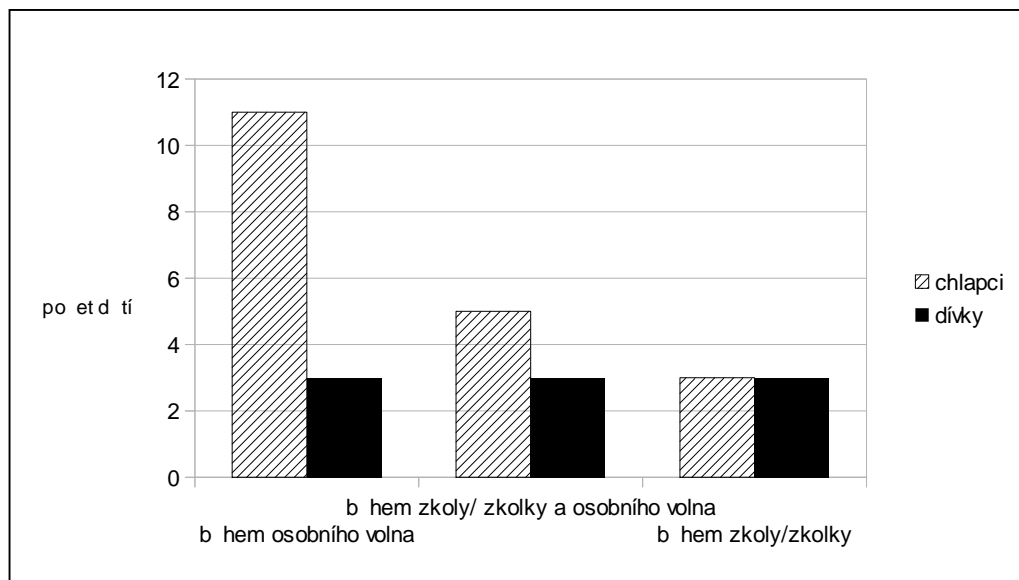
vytvářely grafy a byly doplněny poznatky z rozhovorů. Pro tvorbu grafů se využil program LibreOffice calc.

7.4 Charakteristika souboru

Průzkumným souborem jsou rodiče dětí s oblijeovým rozdílem v předškolním věku a na prvním stupni povinné školní docházky. Rodiče a děti zahrnuté do šetření jsou z velké části klienti rozdílového centra v Brně, zúčastnili se logopedického pobytu ve Vizovicích, nebo nejsou klienti rozdílového centra a logopedická péče probíhá mimo tento resort. Věchny děti souboru jsou v logopedické péči a v době shromáždění informací bu nenavštívily mateřskou školu, nebo chodily na první stupeň základní školy. Vzorek těchto klientů byl získán emailovou korespondencí, logopedickým pobytům a velkou zásluhou šetření dotazníky nese organizace TMastný úsměv. Nevýhodou souboru je jeho malé zastoupení. Některí rodiče odmítají spolupráci. Narozdíl od pravidelně vyplňujících dotazníků. Poptávkou studentů, lékařů, logopedů nabývají dojem, že se stalo jejich dětí atrakcí a součástí veškerých statistik a odborných článků. Ztrácí pohled poskytovaných informací a nestáří se divit, kde všude na internetu kolují fotky dětí, bez jejich vědomí a souhlasu. Vzhledem k malému počtu zastoupení budou výsledky souhlasit pouze s daným souborem a výsledky nelze zobecňovat. Velká část rodičů považuje naopak vyplňování dotazníků za svojí povinnost. Vidí v nich šanci osvěty orofaciálních rozdílových a přispívá k rozvoji nových poznatků.

7.5 Analýza dat

Graf . 1: Zásah logopedické pé e do osobního volna



Zda má zasahovat logopedická terapie do osobního volna dítěte nebo pouze do školní výuky/-kolky bylo u rodičů chlapců jednoznačné. Většina se shodla na logopedické péči i v osobním volnu. Zásah do školní výuky/-kolky má logopedie jen v nejnutejším případě, kdy nelze sjednat jiný termín. Ne vždy je operace přijatelná ať o velkých letních prázdninách, děti jsou často nemocné a další absence ve škole se rodiče snaží co nejvíce omezit.

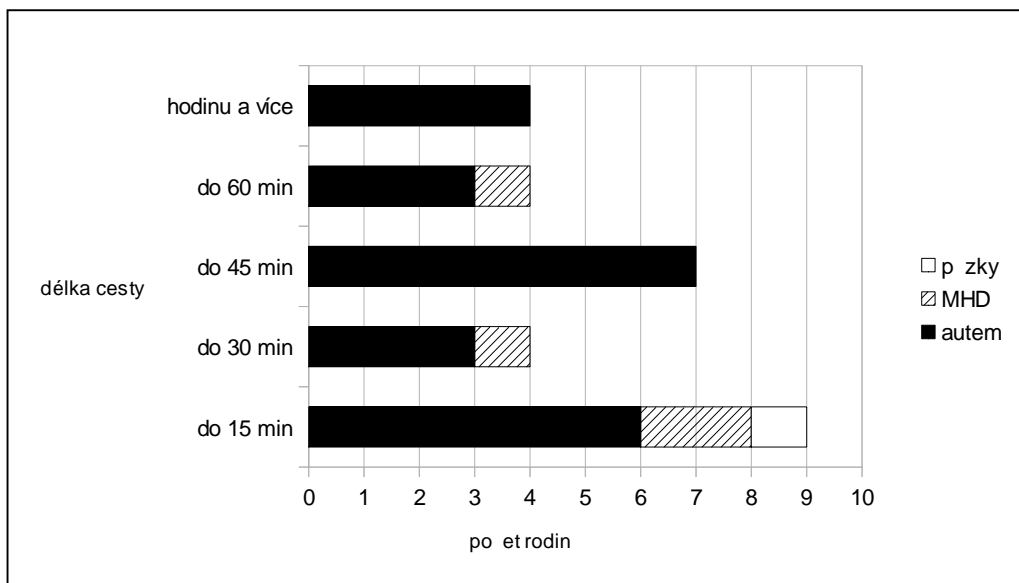
Z časových důvodů vyvažují některé rodiče odbornou logopedií rovnoměrně jak v osobním volnu, tak v školní docházce. Týká se to klientů, kteří navštěvují logopedii méně často.

V období školky/-kolky dochází chlapci na logopedii buď v rámci návštěvy školního logopeda, nebo se jedná o chlapce nižšího věku, u kterých rodiče nepovažují obecnou nepřítomnost ve škole za zdrcující.

U dívek je rozložení rovnoměrné. Stejně velká část absolvuje logopedii buď školky/-kolky, v osobním volnu i obě možnosti najednou.

Buď osobního volna bylo otevíráno mnohem více odpovědí.

Graf . 2: Vynaložená délka cesty



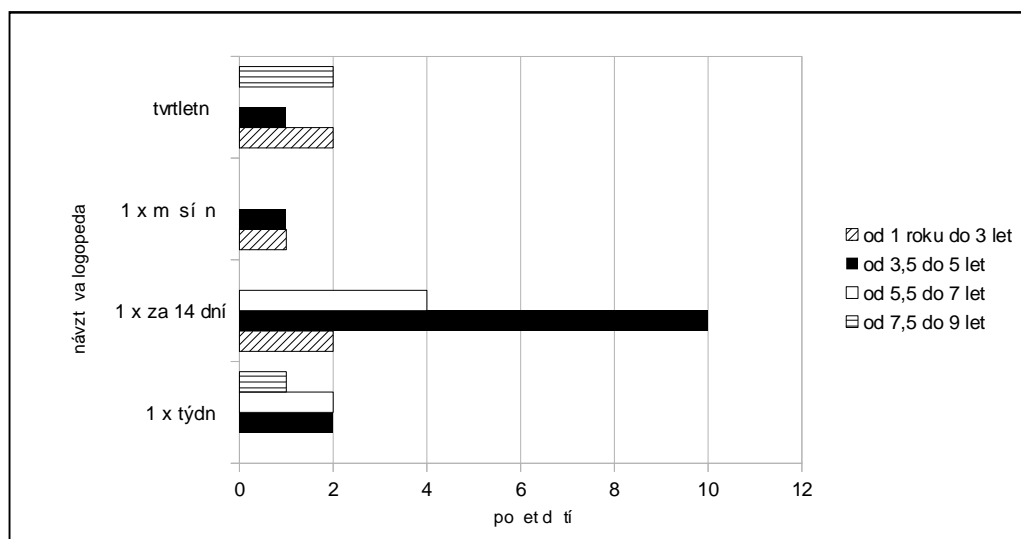
Dle grafu je jasné, že se vynaloženo na logopedickou péči i poměrně dlouhý. Prakticky stráví rodiče i se zpáteční cestou dvě hodiny času. Během trvání logopedické péče hodinu. Valná část matek uvedla vzdálenost za vyhovující. Jde o skupiny, které dojíždí do 45 minut autem, MHD, nebo chodí pěšky. Rodiče dojíždějící MHD, autem do 60 minut a hodiny i více by uvítali logopeda v kratší vzdálenosti.

Dlouhé vzdálenosti jsou způsobeny malým/fládným počtem klinických logopedů v daném městě i v blízkém okolí. Nesrovnalostmi mezi sebou logopedická péče a rodiči. Rodiče k dlouhé cestě vedou skutečnost, že klinický logoped nemá smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Mnohdy byla uvedena nezkušenost problematiky orofaciálních roztroušených logopeda, i nesoulad postupu logopedické terapie mezi kolektivním a klinickým logopedem.

Matka s hyperaktivním chlapcem a oblijeovým roztroušením našla v adekvátní vzdálenosti logopedku, která byla zkušená v orofaciální terapii a logopedii. Ideální situace skončila, nepřípady chlapce nikoliv logopedické péči, ale sedacímu návyku. Kroucením na fídlí vyvedl zkušenou logopedku z míry a celé cvičení strávila pokáráním malého chlapce správným sezením na fídlí. Zmnou logopeda se hyperaktivita rozhodně nemírnila, ale jiným přístupem bylo dosaženo logopedického výsledku i bez žádného sezení na fídlí.

V rozhovoru se matky shodly dojíždět za dobrým logopedem i v rámci několika hodin, než k logopedovi za rohem, který není zkušený a logopedická péče je nepříznivá. Část rodičů dojíždí z Prahy až do brněnského rozšířeného centra, protože se setkala v Praze s negativním postojem, jak časovými záměry operací tak logopedickou péčí. Rodiče dojíždí jednou měsíčně i vícekrát z Prahy do Brna za klinickým logopedem, nebo na kontrolu v rozšířeném centru.

Graf 3: Docházka za logopedem

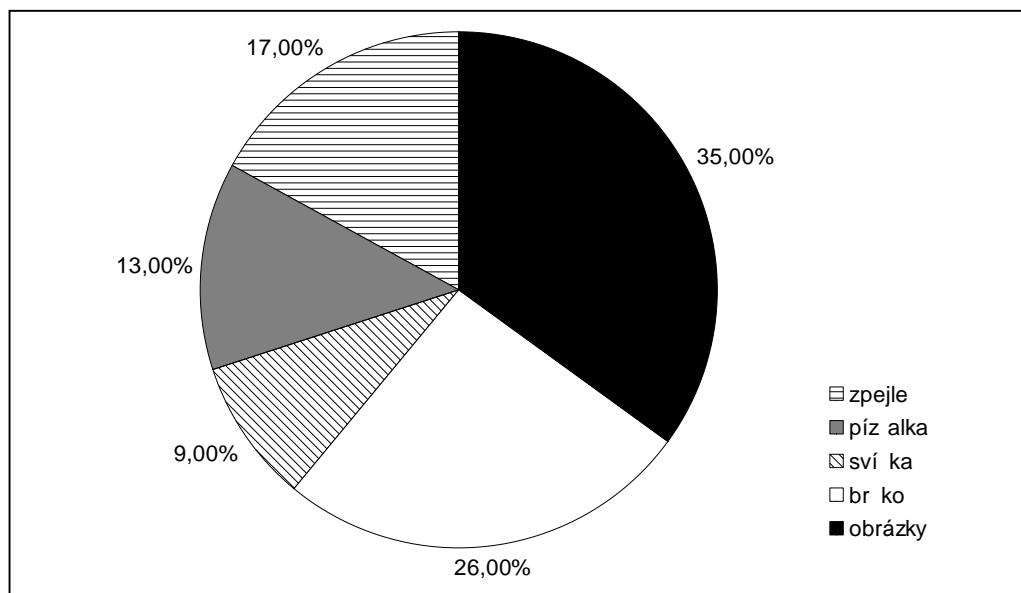


Nejpočetnější skupina dětí od 3,5 do 5 let chodí pravidelně k logopedovi jednou za dva týdny. Rodiče této věkové skupiny by uvítali i častější odbornou logopedickou péči. Důvodem rozložení logopedické terapie není vliv na rozhodnutí logopeda, ale na jeho pracovní vytíženosti. Jedna matka uvedla, že by odbornou logopedickou péči využila i denně. Děti od 7,5 do 9 let využívají buď týdenní odbornou logopedickou péči, nebo čtvrtletní. Týdenní je v rámci běžné péče. Děti chodí na běžnou školu, do které dochází jednou týdně k logopedovi. Čtvrtletní logopedická terapie je orientační a kontrolní u klinického logopeda. Využívá se u dětí, které nemají žádné znatelné i rušivé prvky ve svém běžném projevu.

B hem nástupu, nebo –kolního odkladu, který je v t chto p ípadech ob as nevyhnutelný, je vyufflito v první ad pravidelné terapie týdenní, nebo jednou za 14 dní. Terapie jsou v tomto období intenzivn j–í, aby se zabránilo odlofení –kolní docházky, nebo byl v dob odkladu e ový projev upraven a dosáhnul klí ové úrovn pro –kolní docházku.

V daném souboru se nevyskytují d ti od jednoho roku do t í let, které vyufflívají týdenní logopedické pé e. Malým d tem v tomto v kovém rozhraní sta í logopedická terapie dvakrát m sí n . Jsou snáze unavitelné, nedokáflou se po tak dlouhou dobu soust edit a jsou je–t hodn fixovány na svou matku.

Graf . 4: Vyufflívání pom cek v domácí logopedické pé i



Pom cky vyufflívvané u d tí s roz–t povou vadou jsou výhodné svojí finan ní nenáro ností. 35% dotazovaných pouflívá obrázky p i domácí p íprav . Jedná se o obrázky v kníflkách, logopedických se–itech, omalovánkách a dal–ích.

Oblíbená jsou br ka, kterými hrají d ti s rodi i fotbal pomocí foukání obou soupe do ping-pongového balónku na A4kovém fotbalovém h i–ti. Cílem je dofoukat br kem lehký balónek do branky soupe e. Br kem trénují sání

vzduchu prostřednictvím nastříhaných papírků, které sáním vzduchu brkem
přemíslejí z jedné strany na druhou.

Další cviky pro zabránění úniku vzduchu nosem jsou sfouknutím svíčky nebo
foukáním do píšťalky.

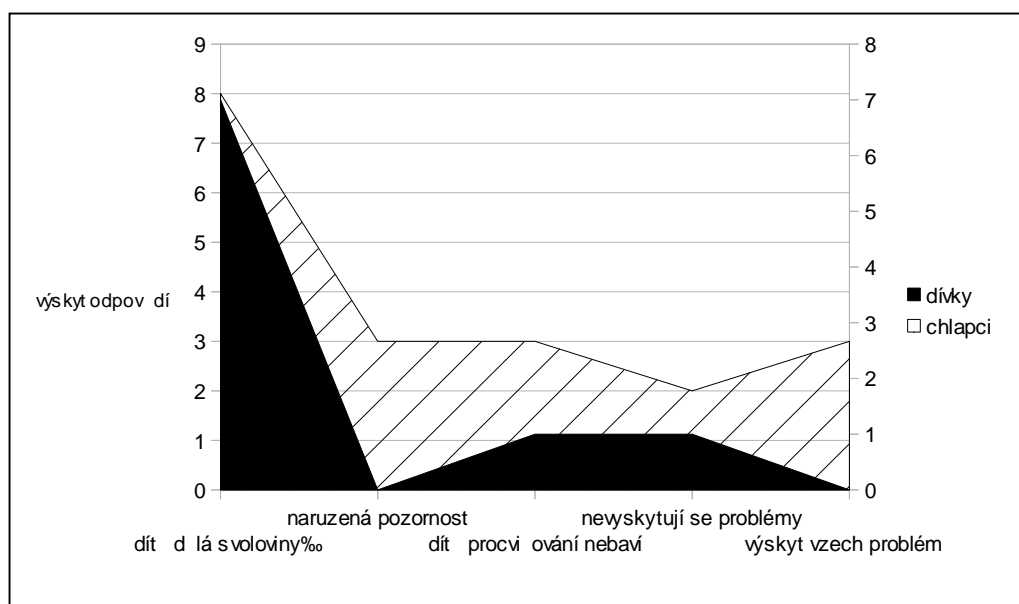
Teple, brčka, pletací jehlice jsou užitečné při nácviku šRů. Pomůcky jsou dány
například ústy na předřazení píčky jazyka v ohnuté poloze směrem k hornímu rtu.

Zábavnějším způsobem se uvádí bublifuk, píšťalka, zvukové pexeso, jedlý papír
u starších dětí hra na foukací hudební nástroj.

Zvukové pexeso má hluboký význam právě u dětí s opakujícími ušními
infekcemi, pro zjištění a trénování jejich sluchu.

Mezi cenově náročnějšími pomůckami pro předškolní i školní děti jsou programy
logopedického cvičení na PC. Problém těchto her je býstrost a vynalézavost
dětí, kteří zvládají po krátké chvíli počítačový program obelstít a náhodnými
nebo zapamatovanými kroky postoupit do dalších kategorií s vyšší obtížností,
bez žádného zvládnutí předešlé látky. Podmínkou logopedických cvičení pro
děti na počítači, je dozor dospělé osoby nad zpracováním úkolů.

Graf 5: Problematika při domácím procvičování



Dívky jak chlapci neradi procvi ují logopedické cviky se svými rodi i. Po celý den jsou podn covány k mluvení a lep-í výslovnosti. Po ínaje ve -kolce/-kole, odborné logopedické pé i a je-t doma. ím jsou d ti star-í, prolíná se procvi ování s koní ky a prvním seznámením s cizím jazykem. D ti jsou vy erpané a nemají náladu po ve erech trávit as s dal-ím procvi ování. D lají švolovinyo aby odpoutali pozornost svou i rodi napomenutím a znechucením rodi obe-ly terapii.

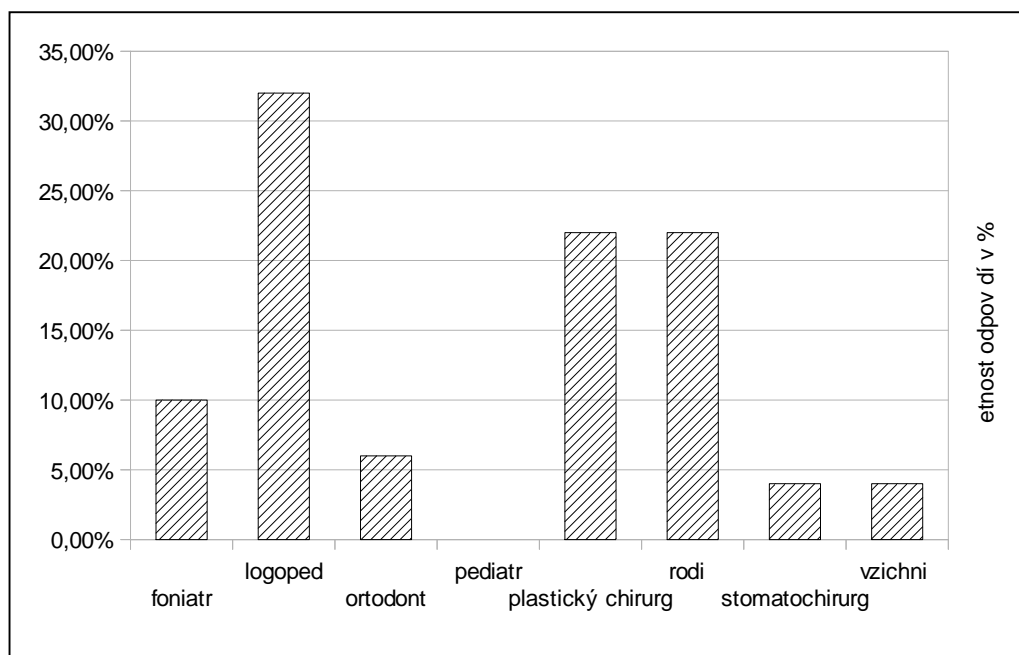
U chlapc se více objevuje naru-ená pozornost. Sta í nevýrazné podn ty, které je odkloní od soust ed ní. Matky uvedly pohádky, které za ínají pravideln ve stejnou dobu a chlapci sledují nep etrfit hodiny, aby pohádku nezame-kali, i se ptají matky, zda as neopomíjí. Kapání vody z vodovodního kohoutku, hlu né zabrzd ni auta, zahlédnutí letadla z okna, rozruch u soused atd.

Hlavn star-í d ti procvi ování nebaví. e mají na srozumitelné úrovni a domluví se i p es n které e ové nedostatky. Zatím nepro-ly -íkanou, nebo jsou sebev domé a nápadný hlas tvo í jejich image. Procvi ování omezují a logopedické pé i se v nuji doma z ídka kdy.

Jsou rodi e, kte í si umí dle vlastních slov vybudovat respekt a fládné spory se ohledn domácího procvi ování nevedou. Od pravidelného procvi ování jsou d ti osvobozeny b hem prázdnin, operaci i nemoci.

N kdy jsou rodi e s ohledem na proflitky svých d tí shovívav j-í a d ti více rozmazlují. Logopedické procvi ování je doma pak praktický nemoflné. V souboru z pravidla u chlapc se v t chto situacích vyskytují v-echny uvedené problémy.

Graf . 6: Nejvlivn j-í podíl na vývoji e i

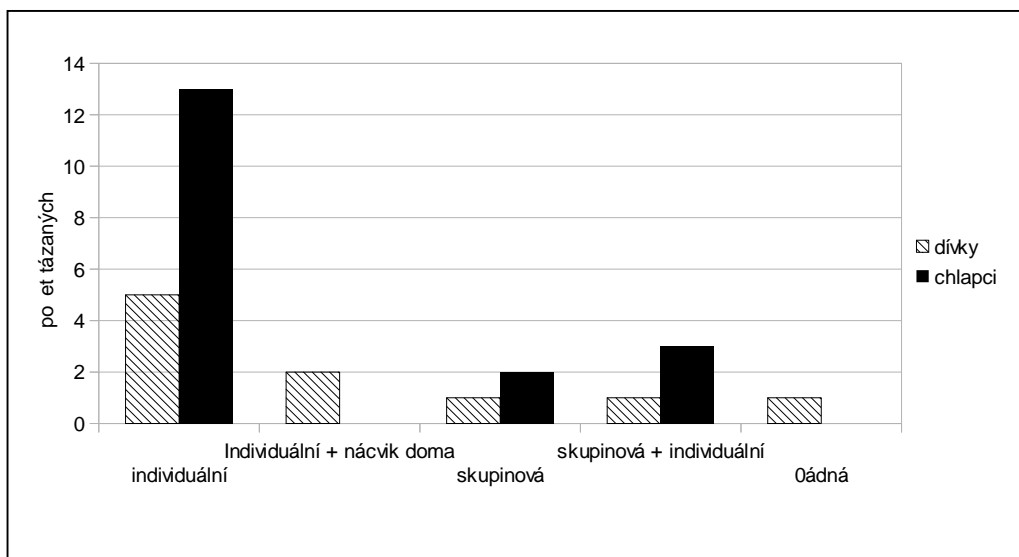


Nejvlivn j-ím zp sobem se podílí na vývoji e i logoped. Tento výsledek je pon kud p ekvapivý. Na prvním míst se o ekával vliv rodi . Jsou to oni, co tráví se svými d tmi nejvíce asu od narození. Mluví na n , procvi ují s nimi b hem týdne logopedické cviky a jsou jejich e ovým vzorem. Pr m rná ást dochází za logopedem jednou za trnáct dní, p esto uvedla logopeda za hlavního tvo itele e i svých d tí. Dle rozhovoru to m fle být zp sobeno tím, fle v t-ina rodi není schopna bez cvik a rad klinického logopeda podporovat e svého dít . Dal-ím d vodem m fle být fakt, fle se ne každá rodina cítí být rovnocenným lenem roz-t pového týmu a sebe nestaví do ela z respektu k dal-ím odborník m.

Na druhém míst uvedli matky a otce sebe a plastického chirurga. Z ejm uvedli nejvlivn j-ím plastického chirurga z d vo du, fle by n které d ti nebyly schopny bez jeho operativního zákroku z fyzických nedostatk vyluzovat hlásky. 10% a mén uvedli rodi e nejvlivn j-ím foniatra, ortodonta, stomatochirurga. Tento jev je vysv tlitelný. U d tí s orofaciálním roz-t pem nemálo kdy rostou zuby mimo adu a správná artikulace není moflná. Pediatra nepovařoval nikdo za nejvlivn j-ího ve spojitosti s vývojem e i. Foniatr byl dal-ím p ekvapením. Odvozením z názvu se o ekávala stejná etnost odpov dí

jeho nejvlivnější zásluhy společně s logopedem. Méně než 5% si uvědomuje vzájemnou spolupráci všech uvedených odborníků, kdy je jednoho práce nic bez práce druhého. Staví sebe a všechny odborníky na stejnou rovinu důležitosti v rozvoji dětí. Nikdo nebral v potaz, že nejvíce k dětem přispívá samo dítě.

Graf . 7: Upřednostnění logopedické péče

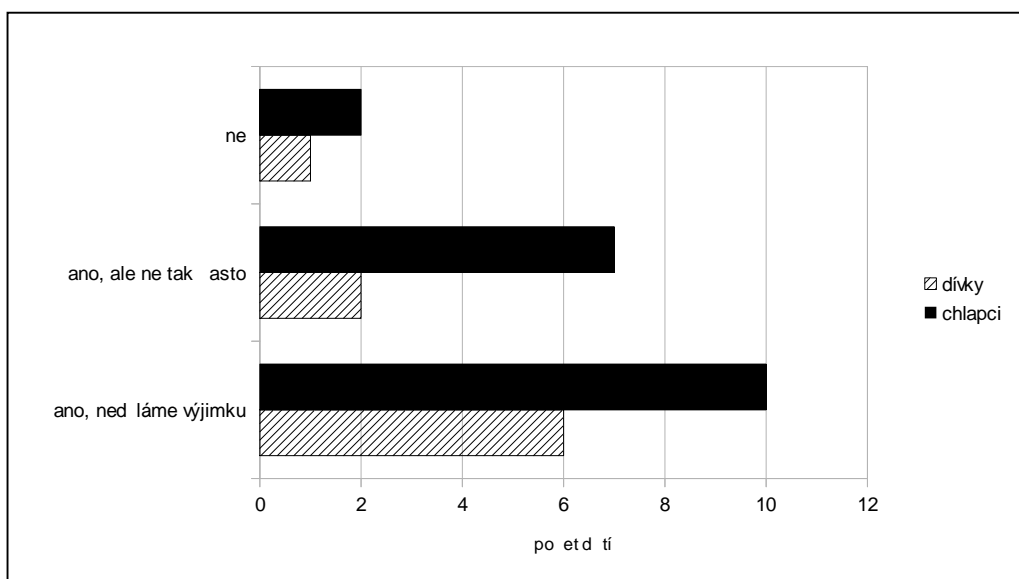


Největší část dotázaných preferuje individuální logopedickou péči. Rodiče chlapců i dívek označují individuální péči za nejintenzivnější a nejefektivnější. Péče logopeda je pro ně závislá na momentálním potřebám daného klienta. V individuální péči vidí rodiče značný úspěch a rychlejší postupy u svého dítěte. Jsou klinickým logopedem obeznámeny s jednotlivými logopedickými postupy a případně dalšími nutnými operacemi pro správný vývoj dítěte. Individuální logopedická péče se mohou rodiče zúčastnit a přímo se seznamují s metodami, které logoped v daném případě využívá. Obecnou úlohou rodičů na logopedické terapii je rodič-klient-patrný vztah logopeda k dítěti a tím spojená kladná, či záporná spolupráce. Rodiče vidí rozdíl, jakou schopnost soustředění lze dítě dosáhnout v odborné péči a v domácí péči.

Skupinovou péči rodiče v daném vzorku v oblibě nemají. Došlo i k názorům, že je zcela zbytečná a ztráta času. Někteří rodiče by nebyli ochotni dojíždět na skupinovou logopedickou péči tak často, jako na individuální péči. Skupinovou péči akceptují pouze jako součást logopedických pobytů a táborů. V rozhovoru se ukázalo, že skupinová péče může být i prospěšná. Nikoliv však z ekonomických důvodů, ale z důležitosti seznámení se s dětmi stejného handicapu. Některé maminky rády vyuffívají skupinové péči, protože se setkávají s ostatními rodiči, s kterými v průběhu let navázaly přátelství.

Malé procento uvedlo kombinaci individuální a skupinové, nebo domácí péče. Někdo nepreferuje žádnou logopedickou péči. V průběhu mnohých let, které jsou spojeny s dalšími operacemi, logopedickými terapiemi, domácím procvičováním a dojížděním k ambulantní péči, má rodič dostatek logopedických péčí.

Graf 8: Logopedická péče o prázdninách



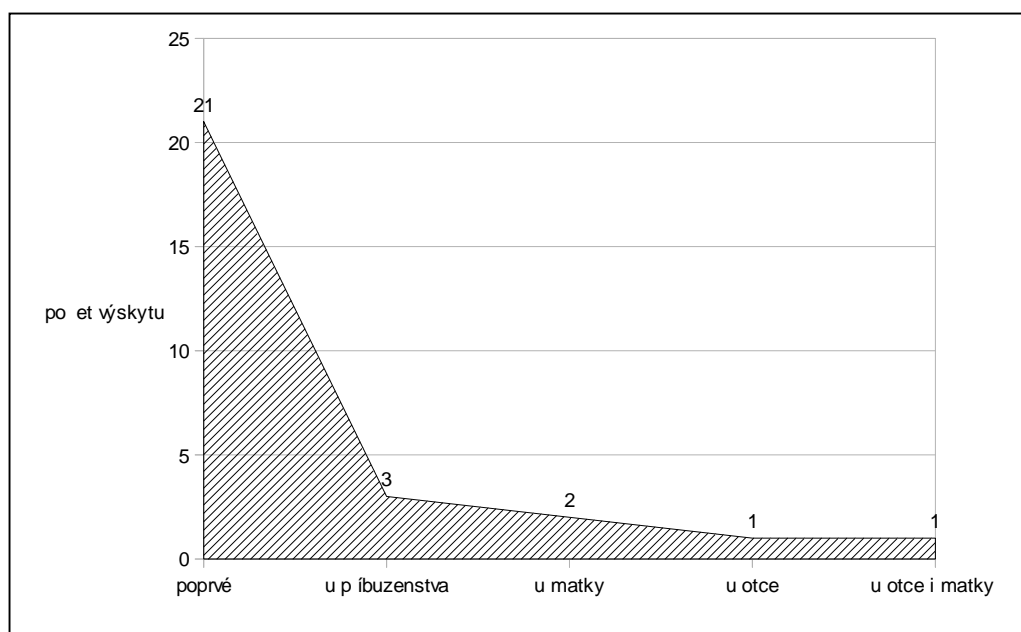
Dle výsledků z dotazníků nezanedbávají rodiče logopedickou péči ani o prázdninách. Jsou si v domě dlouhé cesty za cílem dobré artikulace svých dětí. Některé matky se obávají, že by se mohla prázdninová přestávka projevit v zhoršení jeho projevu a proto usilovně pokračují v pravidelnosti

domácího procvičování. Pokud možno navštíví děti o velkých letních prázdninách logopedické tábory a novým trendem jsou logopedické pobyty, které jsou zaměřeny přímo na děti s oblijevou rozštěpem. Logopedický pobyt je určen i pro rodiče dětí. Zúčastní se na logopedické terapii s klinickým logopedem, který názorně vysvětlí problematiku, případně provede kolenní masáž patra. Rodiče jsou za tyto výklady vděční. Starší děti chodí ke kolennímu logopedovi a ke klinickému dojíždí jen jednou za rok. Dotazy rodičů směřované ke kolennímu logopedovi nejsou vždy k jejich spokojenosti zodpovězeny.

Z důvodu logopedických pobytů a táborů část dětí nechávají rodiče o prázdninách vydechnout, jak je znázorněno v grafu. Domácí logopedické procvičování je o prázdninách jen zřídka a začíná s pomalou adaptací koncem prázdnin.

Malá část vzorku nesdílí trénování výslovnosti i o prázdninách. Jsou to rodiče starších dětí, kteří mají výslovnost na dobré úrovni a odborná logopedická péče je pro kontrolu každé čtvrtletí.

Graf 9: Výskyt oblijevou rozštěpové vady u rodičů



Výskyt obličejového rozštěpu se ač na výjimky objevil v rodině poprvé. Matky se o rozštěpové vady dozvěděly zpravidla až po porodu. Matky vyšetřené v období, které podstoupily amniocentézu s negativním nálezem, bylo postiženým dítětem zaskořeno. V případě, kdy se podařilo zjistit díky novým medicínským technologiím rozštěp během těhotenství, se matky po dříve kladném seznámení s danou vývojovou vadou rozhodly pro donošení dítěte. Zatímco některé rodiče po prvním dítěti s rozštěpovou vadou ze strachu uříchlí další potomky nechtějí, jsou rodiče, kteří doufají v náhodný výskyt rozštěpu a mají další děti. Jsou i rodiče, kteří orofaciální rozštěp nevnímají za překážku v životě a proto nemají problém s dalšími takto poznamenanými potomky.

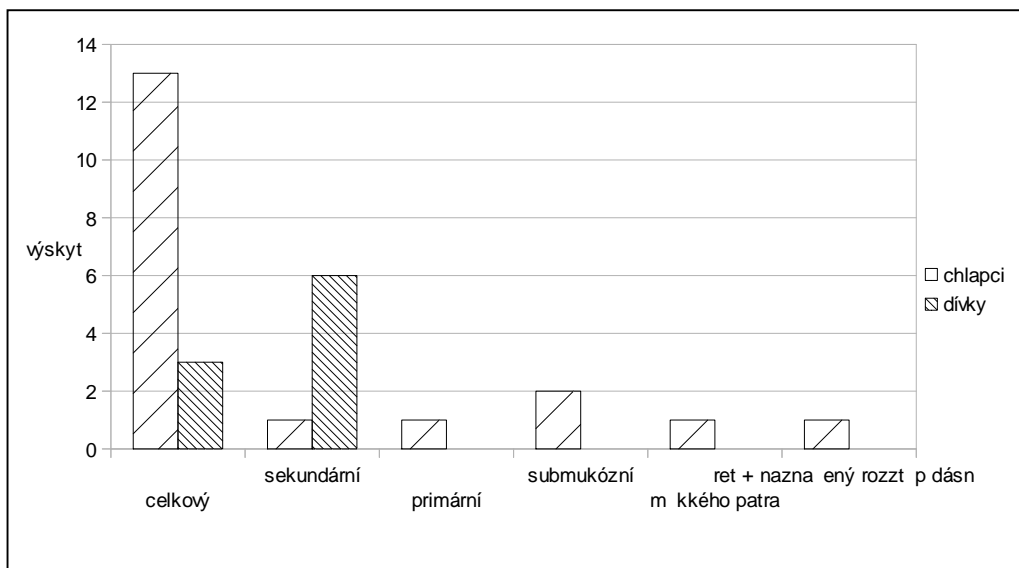
U malé části rodičů se rozštěpová vada objevila u příbuzných. Například z otcovské strany bratrančova dcera, u sestry matky nebo náznak rozštěpu u prvního potomka sestřenice matky. Dvě matky v prázdném souboru se narodily s rozštěpem. Jedna matka se vyskytla na logopedickém pobytu a bez upozornění, nebyla na první pohled řádně odlišná. Jedná se o velmi pohlednou matku s třemi dětmi. Nejstarší dcera a syn nemají rozštěp a nejmladší dcera má.

V souboru se objevil jeden otec, který prošel rozštěpovou vadou v dětství. Nyní kašluje jizvy vously a má čtyři děti, z nichž pouze dcera trpí rozštěpovou vadou.

V jedné rodině zkoumaného souboru prošli rozštěpovou vadou oba rodiče a narozené dítě.

Jedna maminka byla přesvědčena, že se v její rodině nikdy řádný rozštěp nevyskytl a ani z rodiny otce nebyl znám výskyt obličejového rozštěpu. Při ukázce masáže patra byla matka zaskořena. Masáž si nechala provést na sobě, aby poznala tlak, který má vyvinout na patro u svého potomka. Paní doktorka při masáži patra zjistila náznak rozštěpu patra, o kterém matka celý život nevěděla. V dětství navštěvovala logopedii, hůřavo se podařilo odstranit a o práci se nikdy nespekulovalo.

Graf . 10: Druhy orofaciálních roz-t p

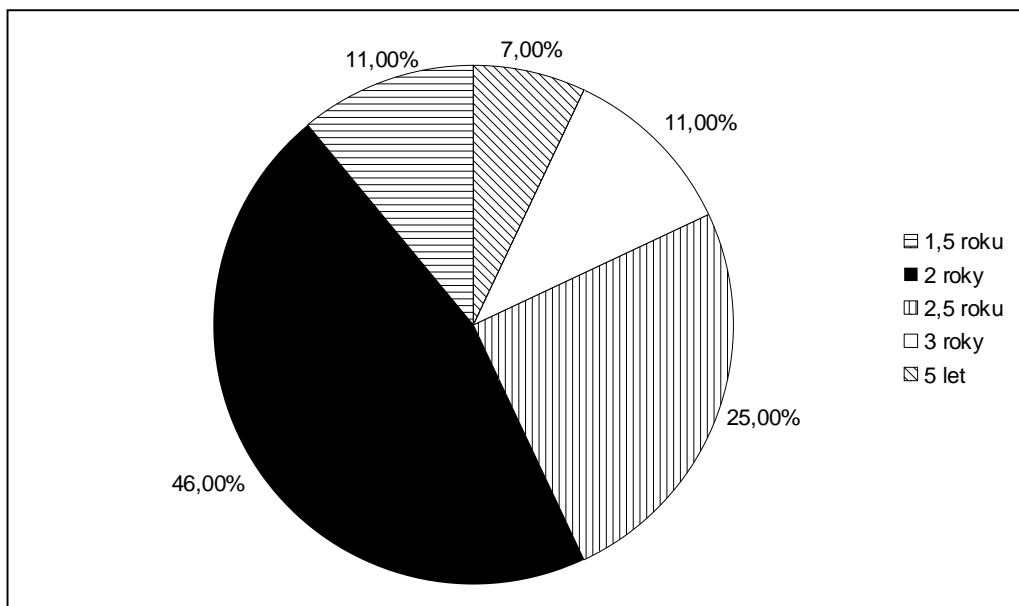


V celém souhrnu dat je jasné v t-í zastoupení chlapc . Celkovým roz-t pem jsou postiflený více chlapci. Sekundární roz-t pem vedou dívky. V dané skupin nebyla zastoupena fládná dívka s primárním, submukózním roz-t pem m kkého patra. U dívek se nevyskytl ani nazna ený roz-t p dásn i rtu.

Rodi e mají rad ji ozna ení roz-t p , které nebylo v dotazníku pouffito. Lépe se vyznají rodi e v následném rozd lení:

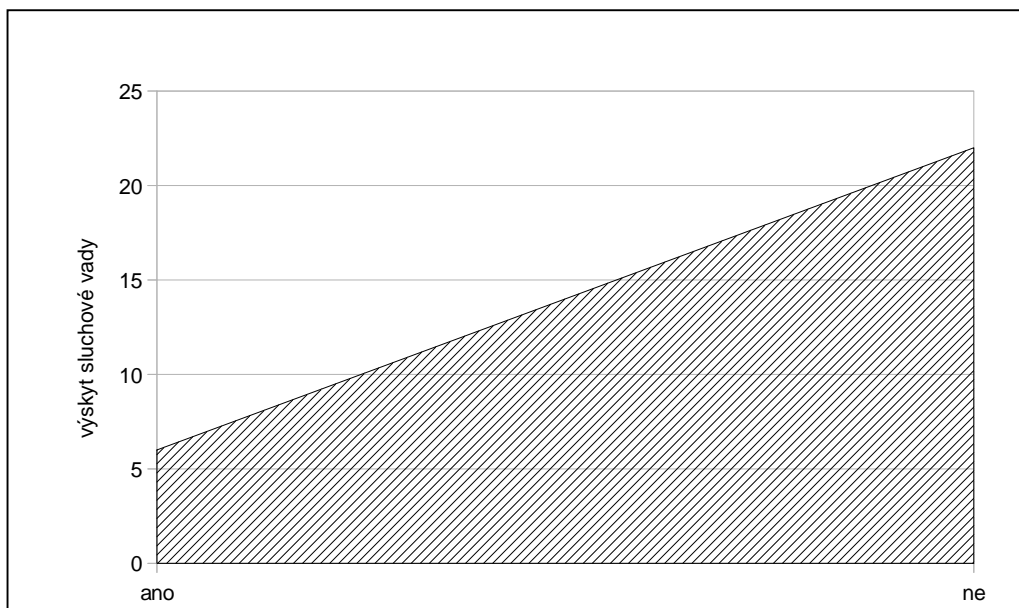
- celkový roz-t p oboustranný
- celkový roz-t p jednostranný, levostranný, pravostranný
- roz-t p rtu
- izolovaný roz-t p patra
- submukózní roz-t p patra
- jiné

Graf . 11: Nástup první logopedické pé e



Nejvyšší procento navštíví svou první logopedickou pé i ve dvou letech. Jedná se o logopedickou pé i u klinického logopeda. 25% pr zkumného souboru za ne s logopedickou terapií kolem dva a p l roku. 18% se poskytne logopedická pé e poprvé ve t ech letech a pozd ji. Nízké procento dochází na logopedickou pé i ufl od jedna a p l roku. První náv-t va u klinického logopeda závisí na mnoha faktorech, které jsou rozepsány v teoretické ásti.

Graf . 12: Výskyt sluchové vady

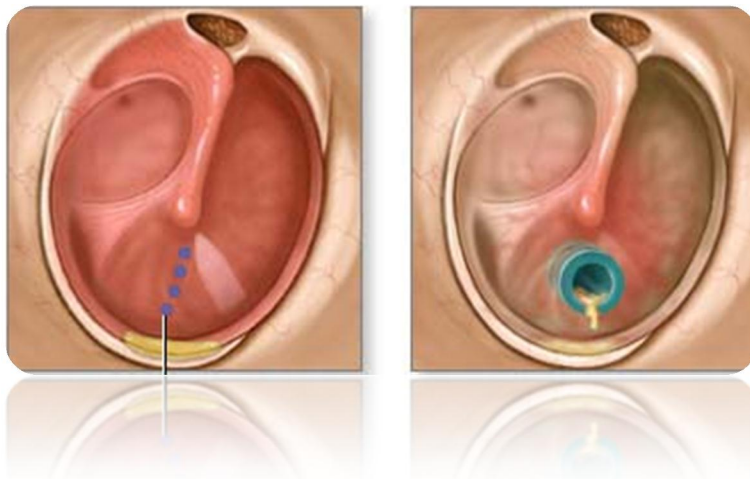


Díky známé problematice astých infekcí u-í a tekutinou/hlenem hromadí se ve středním uchu se p evodní nedoslýchavost v našem p ípad objevuje pouze u -esti d tí. K odstran ní neřádoucích bolestivých infekcí, bylo ve ty ech p ípadech vyufito ventila ní trubek. Ventila ní trubky vyrovnávají tlak v uchu, a šv tránímõ zabra ují dal-í tvorbu hleny/tekutiny v uchu. V daném p ípad d tí nosily ventila ní trubky (obr. 1) v obou u-ích po dobu p l roku a sluchová trubice se zhojila. U -esti d tí tvrdí rodi e zanedbanost ze strany léka . D tí pravideln trp ly zán tem středního ucha a antibiotická lé ba opakovan nezabrala. D tí nyní trpí p evodní nedoslýchavostí a h e se u í správné artikulaci, která je podmín na jifl orofaciálním roz-t pem.

Potífle zaznamenávají rodi e i v cen ventila ní trubek. Hovo í o ástkách mezi K 900.- afl 1200.-. Starosti jim d lají také nostrilky (obr. 2) M ní se mnohem ast ji neř ventila ní trubky a odli-ují se ve velikosti. Sloufí k zafixování symetri nosti a rovnosti nosu. Bez nostrilek klesne nosní klenba a nose nemá pořadovaný tvar. Nostrilky nejsou stejn jako ventila ní trubky placeny zdravotní poji-ovnou a stojí kolem dvou tisíc korun. Nostrilky jsou mnohonásobn poufiteln a d tí je po sob šd díõ, tím se sniflují náklady. P i operaci se poufívají sterilní nové nostrilky a rodi e jsou nuceny je zaplatit ze

své kapsy. Rodiče uvádí, že nové nostrilky nejsou na českém trhu k dostání a musí se objednávat z ciziny, což jejich cenu opět zvýšilo.

Obr. 1 Ventilací trubičky



(Web 5: Kaneshiro, N. K.; Zjeve, D. *MedlinePlus*)

Obr. 2 Nostrilky



(web 6: Rodina Mikuláše, *Deníček nedonošeného mimí s rozštěpem*)

Závěr

Problematika a nároky na rodiče v logopedické péči jsou v české literatuře zejména převážně na medicínu. Rodiče jsou obeznámeni s odbornými informacemi týkající se logopedie v knižních publikacích. O problematice vyskytující se v každodenním životě ohledně dítěte s rozdílnou vadou a jejich logopedické péče se dozví pouze na internetových fórech, nebo od rodin, které si již problematikou prošly. Dále se mohou informovat v cizojazyčných publikacích, které ale nevystihují plně aktuální tematiku v české republice.

Je téměř neuvěřitelné, že při poměrně vysokém výskytu rozdílných vad je tak málo empatických klinických logopedů, kteří jsou způsobilí nejen v odbornosti, ale mají i kladný přístup k dětem. Za velkou vzdáleností, které se rodiče pravidelně podrobují, stojí hlavně fakt, že zdaleka ne každý logoped má smlouvu se zdravotní pojišťovnou a rodiče jsou nuceni platit logopedickou péči.

Nesrovnalosti jsou i v interní spolupráci mezi jednotlivými logopedy i v rámci celého rozdílného týmu. Není sjednocen postup při logopedické terapii ani jednotlivými operacemi. Některé odborníci navrhnou operace bez ohledu na momentální rozvoj dítěte s odvodněním dle leflité v asné operace. Další prokonzultují nutné operace s ohledem na tělesný a psychický vývoj dítěte s klinickým logopedem a rodiči. Podle průzkumných pohledů jsou rodiče ochotni jezdit několik hodin za logopedem. Logopedi jsou však vytížení a nemohou vždy zajistit pravidelnou logopedickou péči.

Logopedické cvičení v domácím prostředí se ukázalo velice kladné. Pomůcky jsou levné a rodiče jsou dobře se metodami cvičení obeznámeni. Cvičí se s dítětem pravidelně a z velké části i o prázdninách. Bohužel si rodiče je téměř neuvědomují, že mají na dítě svého dítěte stejný velký podíl jako dítě samo a ostatní odborníci.

Přínos práce

Přínosem této práce je její zaměření na logopedickou péči z pohledu rodičů a její konkrétní vyznačení problematiky a nároků pomocí grafu. Problematika souvisí v první řadě s nedostatkem klinických logopedů v České republice. Tím jsou spojeny časové náročné cesty za logopedickou terapií a dlouhé intervaly pravidelné odborné logopedické péče.

Další zkoumání by mělo navazovat na zjištěné potíže logopedické péče z hlediska klinického logopeda a celého roztrpčového týmu. Druhým podnětem jsou péřekálky terapie, které formulují sami obliějovým roztrpčpem poznamenané děti, teenagery, adolescenti a dospělí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

eské zdroje:

- BALÁŠOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2002. ISBN 80-86723-05-4.
- CASTILLO MORALES, R. *Orofaciální regula ní terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-105-0.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 1. vyd. fi ár nad Sázavou: Logopedie Clinica, 1998.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace d tí s t lesným a kombinovaným postifjením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KUTÁLKOVÁ, D.; PALODOVÁ, D. *Palatolalie a afázie*. 1. vyd. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie naru-ené komunika ní schopnosti*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- MACHOVÁ, J. *Biologie lov ka pro u itele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-7184-867-7.
- MAT J EK, Z. : *Co, kdy a jak ve výchov d tí*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-494-X.

SOVÁK, M. *Logopedie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1972. 14-143-72.

TKODOVÁ, E.; JEDLI KA a kol. . *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

TKODOVÁ, E.; JEDLI KA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

VITÁSKOVÁ, K.; PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

Zahrani ní zdroje:

CASPERS, K. *Das andere Lächeln*. 1. Aufl. München: Zuckschwerdt, 2008. ISBN 978-3-88603-936-4.

HONIGMANN, K. *Lippen ó und Gaumenspalten*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 1998. ISBN 3-456-82833-0.

NEUMANN, S. *Frühförderung bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung*. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner, 2003. ISBN 3-8248-0403-4.

NEUMANN, S. *LKGS-Spalten*. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner. 2007. ISBN 978-3-8248-0365-1.

Internetové zdroje:

Web 1: Broulíková, H. *Roz-ť pové vady obli eje [online] c 2010* [2012-02-15]

Dostupné na WWW:

<http://www.jarodic.cz/cz/rozstepove-vady-obliceje.php>

Web 2: Škrtková, M.; Kuderová, J. a spol. *Pediatric pro praxi. Současné trendy plastické chirurgie v léčbě vrozených vývojových vad [online] c 2007;8(6) [2012-02-15]* Dostupné na WWW:

http://www.laserplastic.cz/filestore/File/clanky%20pdf/SOLEN_ped-200706-0004.pdf

Web 3: Tkáčková, E. *Za novým úsměvem [online] c 2011 [2012-02-16]* Dostupné na WWW:

http://zanovymusmevem.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=31

Web 4: Občanské sdružení Nadační fond TMAstný úsměv v. Učitelů [online] c 2012 [2012-02-18] Dostupné na WWW:

<http://www.rozstepy.cz/z-nasi-cinnosti/tiskoviny/ucitelum>

Web 5: Kaneshiro, N. K.; Zjeve, D. *MedlinePlus [online] c 2011 [2012-03-06]* Dostupné na WWW:

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/presentations/100045_3.htm

Web 6: Rodina Mikuláše. *Deníček nedonošeného mimí s rozštěpem [online] c 2010 [2012-03-06]* Dostupné na WWW:

<http://www.rozstep-nedonosenci.cz/album/fotogalerie-fotografie-pred-a-po-operaci-rtu/#p5100012-jpg>

Jiné informační zdroje

Válová, E. *Zajištění interdisciplinárního postupu z pohledu rodičů dítěte s orofaciálním rozštěpem*. Diplomová práce. Praha: UK. 2010

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek

Tab. 1	Rozdělení pí in roz-t p	19
Tab. 2	Buriánovo dělení	20
Tab. 3	Asový harmonogram	41

Seznam grafů

Graf . 1	Zásah logopedické pé e do osobního volna	44
Graf . 2	Vynalofená délka cesty	45
Graf . 3	Docházka za logopedem	46
Graf . 4	Využívání pom cek v domácí logopedické pé i	47
Graf . 5	Problematika p i domácím procvi ování	48
Graf . 6	Nejvlivn j-í podíl na vývoji e i	50
Graf . 7	Up ednostn ní logopedické pé e	51
Graf . 8	Logopedická pé e o prázdninách	52
Graf . 9	Výskyt obli ejové roz-t pové vady u rodi	53
Graf . 10	Druhy orofaciálních roz-t p	54
Graf . 11	Nástup první logopedické pé e	56
Graf . 12	Výskyt sluchové vady	57

Seznam obrázků

Obr. 1	Ventila ní trubi ky	58
Obr. 2	Nostrilky	58

SEZNAM P ÍLOH

P ÍLOHA A ó Dotazník.....	I
---------------------------	---

P ÍLOHA

P íloha A ó Dotazník

Dotazník

Tento dotazník slouží jako podklad pro bakalářskou práci Anny Leixner. Data získaná z průzkumu budou zapracovaná do bakalářské práce „Logopedická péče u dětí s rozštěpovou vadou“. Dotazník je anonymní, v bakalářské práci tedy nebudou zveřejněna žádná jména.

Žádám Vás o uvedení pravdivých údajů, neboť jen Vaší upřímností hodnota dotazníku roste.

1. Ve vztahu k dítěti jsem:

- matka
- otec
- jiné (uveďte prosím):

2. Vaše dítě je:

- dívkou
- chlapcem

3. Věk dítěte:

4. Druh rozštěpu Vašeho dítěte:

- celkový (kombinace sekundárního a primárního rozštěpu)
- sekundární (měkké a tvrdé patro)
- primární (rtu)
- typ rozštěpu svého dítěte znám pod jiným, než uvedeným (uveďte prosím):
.....

5. Má Vaše dítě sluchovou vadu:

- ne
- ano
pokud ano (uveďte prosím):.....

6. Orofaciální rozštěp se u Vás v rodině objevil poprvé:

- ano
- ne, již se objevil u sourozenců dítěte
- ne, jak z rodinné strany biologické otce, tak mé strany se již objevil
- jiné (uveďte prosím):

.....
.....

7. Od kolika let je Vaše dítě v logopedické péči:

-
- nevím

8. Jakého logopeda Vaše dítě navštěvuje:

- klinického logopeda
- školního logopeda
- logopedického asistenta
- jiné (uveďte prosím):

.....
.....

9. Jak vnímá Vaše dítě návštěvu u logopeda:

- vnímá to jako běžnou součást svého dosavadního života
- těší se
- nechodí tam rádo (uveďte prosím proč):

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

- nikdy jsem se nad tím nezamýšlel/a

10. Dítě navštěvuje logopedickou terapii během školní výuky/ školky, nebo během svého osobního volna:

- během školní výuky/ školky
- během osobního volna
- během školní výuky/ školky i během osobního volna

11. Máte pocit, že zakřížkovaná varianta v otázce 10. zásadně narušuje Vašemu dítěti výuku ve škole, nebo omezuje vykonávání koníčků během osobního volna:

- ne
- ano (uveďte prosím):

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

12. Kolik času zabere doprava k logopedovi:

- do 15 min pěšky/ autem/ MHD cca. km:
- do 30 min pěšky/ autem/ MHD cca. km:
- do 45 min pěšky/ autem/ MHD cca. km:
- do 60 min pěšky/ autem/ MHD cca. km:
- jiné (uvedte prosím):

.....
.....

13. Kolikrát týdně navštěvuje Vaše dítě logopedickou terapii:

..... za týden.

- jiné (uvedte prosím):

.....
.....

považujete tento interval za dostačující

- ano
- ne (uvedte prosím):

.....
.....

14. Uvítal/a byste vzdálenostně bližší odbornou logopedickou péči:

- ano
- ne, vyhovuje nám uvedená vzdálenost

15. Vyhovují Vám termíny logopedické terapie:

- ano, nemám s tím žádný problém a přizpůsobím se
- ne, pokaždé si musím brát volno z práce a zaměstnavateli dochází trpělivost
- nevyhovují mi, ale zaměstnavatel je situaci obeznámen a pouští mě bez problémů
- jiné (prosím uveďte):

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

16. Nabízí Váš logoped logopedickou péči i o školních prázdninách:

- ano
- ne

17. Jaké druhy logopedické péče Vaše dítě navštěvuje, nebo navštěvovalo:

- skupinová logopedická terapie ambulantní logopedická péče logopedická mateřská škola
- terapie, kterou realizuje logoped přímo v rodině
- trénink rodičů dětí s narušeným vývojem řeči skupinovou formou
- jaké druhý ještě (uvedte prosím):

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

18. Jaké druh logopedické péče pro své dítě preferujete:

- individuální (uveďte prosím):
.....
- skupinovou (uveďte prosím):
.....
- ani skupinovou, ani individuální (uveďte prosím):
.....

19. Cítíte se být součástí logopedického týmu a být plně zapojen/a (1 necítím se členem/členkou týmu; 5 cítím se plnou součástí týmu a jsem plně zapojen/a):

1 2 3 4 5

20. Jak často jste logopedem obeznámen/a o pokrocích Vašeho dítěte:

- týdně měsíčně ročně

21. Vidíte u Vašeho dítěte pokroky v jazykových dovednostech (1 vůbec žádné; 5 pokaždé vidím pokrok):

1 2 3 4 5

22. Máte pocit, že Vaše dítě po operaci rozštěpu logopedickou péčí vážně potřebovalo:

- ano
 ne, zvládli bychom nacvičování jazykových dovedností i sami

23. Kolikrát týdně se věnujete s Vaším dítětem domácí logopedické péči:

- jednou týdně
 dvakrát týdně
 vícekrát (uveďte prosím)
.....
.....

24. Kolik času (týdně) věnujete cca domácí logopedické péči:

- 15 min
 30 min
 45 min
 více (uveďte prosím).....
.....

25. Kdo se u Vás věnuje především domácí logopedické péči:

- já
 můj partner/ má partnerka
 jiné (uveďte prosím)
.....
.....

26. Jste spokojen/a, že se věnuje domácí logopedické péči především:

- Vy samotný/á
- Váš partner/ka
- někdo jiný

27. Věnujete čas domácímu logopedickému procvičování i o prázdninách:

- ano
- ne
- věnujeme, ale ne tak často, jako obvykle

28. Je-li Vaše dítě delší čas (např. prázdniny) u prarodičů, jiných příbuzných, věnují se logopedickému procvičování:

- ano
- ne

29. Jste obeznámen/a co máte při domácí logopedické péči procvičovat:

- ano, logoped mi dá vždy přesné instrukce, podle nichž procvičujeme příklady
- ne
- procvičujeme příklady, které dítě získalo při odborné logopedické péči a při nesprávné výslovnosti se dítě snažím nějakým způsobem opravovat

30. Používáte při domácí logopedické péči logopedické pomůcky:

- ne
- ano (uveďte prosím):

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

31. Jaké se vyskytují problémy při domácí logopedické péči:

- pozornost dítěte je narušena domácím prostředím
- Vaše dítě s Vámi nechce spolupracovat a projevuje zájem o jiné činnosti
- Vaše dítě dělá „voloviny“, které si k logopedovi nedovolí
- Jiné (uveďte prosím):

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

32. Spolupracuje logoped Vašeho dítěte i s jinými odborníky rozštěpového týmu:

- ano, s kým:

.....

- nevím
- ne

33. Kdo má podle Vás největší zásluhu na péči řečových dovedností Vašeho dítěte:
(oznámkujte prosím všechny odborníky - číslo 1 nejmenší zásluha číslo 7 největší zásluha)

- pediatr
- logoped
- ortodont
- foniatr
- rodič
- stomatochirurg
- plastický chirurg

34. Je, nebo bylo Vaše dítě šikanováno ve škole/školce z důvodu neběžného jazykového projevu napří: „palatolalické řeči“:

- ne
- ano, jaká opatření jste zavedl/a (uveďte prosím):

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

35. Chcete se zmínit ještě o další problematice týkající se domácí logopedické péče, nebo odborné logopedické péče:

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

Děkuji za Vaši účast na průzkumu!!!

S pozdravem

Anna Leixner

Univerzita Jana Amose Komenského

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Anna Leixner

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: prezenční

Název práce: Logopedická péče u dětí s rozdílnou vadou

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 51

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů české literatury a pramenů : 14

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů : 4

Počet internetových zdrojů : 6

Vedoucí práce: Mgr. Fleischmannová