

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ
STUDIUM**

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Blanka Ptáčková

Logopedická péče o dítě s rozštěpovou vadou

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Fleischmannová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Blanka Ptáčková

Speech therapy for a child with cleft lip and palate

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Hana Fleischmannová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autora/ky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Haně Fleischmannové za odbornou pomoc a cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku logopedické péče o dítě s orofaciálním rozštěpem. Celé téma je sledováno z hlediska multidisciplinárního přístupu se zaměřením na logopedickou intervenci a integraci jedince do společnosti. K pochopení problematiky je v teoretické části rozpracována terminologie rozštěpových vad, velofaryngální insuficience, dále symptomatologie orofaciálních rozštěpů, zvláště palatolalie. Velká část je též věnována logopedické terapii. Praktická část využívá kazuistik dětí s rozštěpovými vadami, zaměřuje se na analýzu práce logopeda. Zkoumá vliv úspěšnosti logopedické intervence a podíl účasti rodičů na celém procesu a následného zařazení dítěte do společnosti.

Klíčové pojmy

Kazuistiky, logopedická intervence, multidisciplinární péče, orofaciální rozštěpy, palatolalie, rozštěpové vady, velofaryngální insuficience.

Annotation

This thesis focuses on the issue of speech therapy for a child with orofacial clefts. The whole theme is presented in terms of multidisciplinary approach, focusing on speech therapy intervention and integration of individuals into society. To understand the problem, the theoretical part develops the terminology of cleft, velopharyngeal insufficiency, as well as symptoms of orofacial clefts, particularly palatholalia. A significant part is also devoted to speech therapy. The practical part uses case reports of children with orofacial disabilities with a focus on analysis of speech therapist work. It examines the impact of the success of speech therapy and the proportion of parental involvement throughout the whole process and the subsequent inclusion of the child into society.

Key words

Case reports, multidisciplinary care, neural tube defects, orofacial clefts, palatholalia, speech therapy, velopharyngeal insufficiency.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 ROZŠTĚPOVÉ VADY OBLIČEJE	10
1.1 Terminologie orofaciálních rozštěpů	10
1.1.1 Výskyt orofaciálních rozštěpů.....	11
1.1.2 Velofaryngální insuficience, důsledky orofaciálních rozštěpů	12
1.2 Etiologie rozštěpových vad	13
1.3 Klasifikace rozštěpových vad	15
1.4 Symptomatologie orofaciálních rozštěpů.....	16
1.4.1 Anomálie orofaciálního systému	16
1.4.2 Anomálie chrupu a čelistí.....	18
2 PALATOLALIE JAKO DŮSLEDEK ROZŠTĚPOVÝCH VAD	20
2.1 Terminologie palatolalie	20
2.2 Klasifikace palatolalie	20
2.3 Symptomatologie palatolalie	21
2.3.1 Porucha rezonance	21
2.3.2 Palatofonie	22
2.3.3 Poruchy sluchu	22
2.3.4 Poruchy artikulace.....	23
2.3.5 Srozumitelnost řeči	24
2.3.6 Narušený vývoj řeči	25
2.3.7 Narušené koverbální chování.....	26
3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE	27
3.1 Multidisciplinární péče v České republice	27
3.2 Foniatriká péče	27
3.3 Psychologická péče	29
4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE	31
4.1 Logopedická terapie	31
4.2 Raná logopedická péče	32
4.2.1 Stimulace raného vývinu řeči	33
4.3 Přímá práce logopeda s dítětem	34
4.3.1 Přípravná cvičení.....	35
4.3.2. Logopedická korekce porušené nosní rezonance	36
4.3.3. Cvičení artikulace a řeči.....	37
4.4 Prognóza palatolalie	39
PRAKTICKÁ ČÁST	
5 DEFINOVÁNÍ CÍLE A HYPOTÉZ	41
5.1 Charakteristika zkoumaného vzorku	41

5.2 Harmonogram postupu.....	42
5.3 Metody práce.....	42
5.4 Kazuistika č. 1.....	43
5.5 Kazuistika č. 2.....	49
5.6 Interpretace výsledků	55
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	59

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tématem „**Logopedické péče o dítě s rozštěpovou vadou**“. Užívání řeči je vyloženě specifickou lidskou schopností a má zcela zásadní význam na průběh lidského života. A právě narušení řečového projevu spojeného z viditelnou estetickou vadou je mnohdy v dnešní společnosti nepochopeno a dochází tak k mylným interpretacím z okolního světa. Zde potom hraje nezastupitelnou roli nejen odborná multidisciplinární péče, ale též i postoj a pomoc rodiny v průběhu celé terapie.

Hlavním cílem bylo celkové zhodnocení péče o jedince s orofaciálními rozštěpy s důrazem na logopedickou intervenci. Práce obsahuje dvě části – teoretickou a praktickou. **Teoretická část** je rozdělena do čtyř kapitol. Tématika rozštěpových vad je zpracována dle poznatků z odborných publikací. První kapitola obsahuje terminologické vymezení orofaciálních rozštěpů a velofaryngální insuficience. Dále se zabývá etiologií, klasifikací a symptomatologií rozštěpových vad. Druhá kapitola popisuje palatolalii, která je jedním z vážných důsledků orofaciálních rozštěpů. Velká část je věnována symptomatologii – poruše rezonance, palatofonii, poruchám sluchu, artikulace, narušeného vývoje řeči a kverbálního chování. Následuje kapitola multidisciplinární péče o jedince s rozštěpovou vadou a na ní navazuje čtvrtá kapitola plně věnována logopedické intervenci. Zde je rozvedena raná logopedická péče spolu se stimulací raného vývinu řeči, tak i přímá práce logopeda s dítětem. **Praktická část** představuje vymezení cíle práce, charakteristiku zkoumaného vzorku a harmonogram postupu. Dále jsou uvedeny použité metody práce – pozorování, rozhovor. Hlavní náplní praktické části jsou kazuistiky, jenž popisují celý příběh života jedince a jeho rodiny od těhotenství až do současnosti. Součástí je též analýza práce logopeda, domácí péče v logopedické oblasti a nakonec závěry vyplývající z jednotlivých příběhů. Praktická část je zakončena interpretací výsledků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ROZŠTĚPOVÉ VADY OBLIČEJE

1.1 Terminologie orofaciálních rozštěpů

„Rozštěpy rtu, čelisti a patra vznikají nikoli rozštěpením, ale naopak nespojením příslušných anatomických struktur při vývoji obličejových částí v místech, kde jsou za normálních okolností v konečné podobě rtem, čelistí a patrem.“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 225) Podle Sováka (1972) je rozštěp vývojová vada, která vzniká poruchou diferenciací mezenchymových tkání, a to už v časných stádiích embryonálního života. Jedná se o vývojové úchytky vznikající v místech, kde za normálních okolností v časném stadiu vývoje srůstají některé části, jenž v konečné podobě vytvářejí ret, horní čelist a patro. (Sovák, 1986) Jsou to vrozené anomálie postihující pevné útvary dělící dutinu ústní od dutiny nosní nebo orgány patrohltanového závěru. (Sovák In: Kerekrétiová, 2008) *„Rozštěp patra je vývojová porucha, vzniklá neúplným srůstem částí, které se v embryonální době účastní tvorby patra. Základ pro vznik patra se vyvíjí z prvního žaberního oblouku.“* (Seeman, 1955, s.136) Dle Klenkové terminologie vychází z principů embryologie, kdy ret a alveolární výběžek se vyvíjí z primárního patra a tvrdé a měkké patro vzniká ze sekundárního patra. Na základě této teorie se používá termín rozštěp primárního patra, rozštěp sekundárního patra, či rozštěp primárního a sekundárního patra. Velmi častěji se používá termín orofaciální rozštěp. (Klenková, 2006) Orofaciální rozštěpy jsou těžké kongenitální vady vznikající porušením vývoje střední třetiny obličeje. Projevem jsou dislokace, defekty či chybění měkkých i kostních částí tkání. Tyto morfologické změny způsobují závažné funkční i viditelné estetické nedostatky. (Andřík In: Kerekrétiová, 1993)

„Tato vývojová vada vzniká přibližně v 8. – 12. týdnu intrauterinního vývoje embrya. V této době se vytváří mezičelistní střední segment a střední část horního rtu. Jeho spojením s bočními částmi rtu, dásňových oblouků a

patrových oblouků se formuje celá tato oblast obličeje, ústní a nosní dutiny. Pokud se tyto základy nespojí úplně nebo dojde jen k částečnému spojení (na jedné nebo obou stranách, vpřed anebo vzadu), vznikají různé kombinace rozštěpových vad.“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 226) „Hlavním mechanismem je opoždění horizontalizace patrových desek, které se zakládají původně vertikálně, za celkovým růstem obličeje do stran.“ (Vohradník, 2001, s. 42)

1.1.1 Výskyt orofaciálních rozštěpů

Seeman (1955) uvádí, že rozštěp patra je dost častý, přibližně na 700 zdravých novorozenců připadá jeden rozštěp.

Orofaciální rozštěpy se vyskytují na celé zeměkouli a postihují bez rozdílu všechny rasy, národy i sociální skupiny. Dle domácích statistik připadá jedno dítě s rozštěpem na 500 až 600 zdravě narozených dětí. Celkově jde za posledních dvacet let o stoupající tendenci výskytu vrozených vývinových maloformací, z nichž orofaciální rozštěpy představují 5 – 6% a jsou na 9. místě., což může být způsobeno přesnějšími statistickými údaji a lepší lékařskou péčí. (Kerekrétiová, 1993) Dle Světové zdravotnické organizace je nejvyšší výskyt orofaciálních rozštěpů u Japonců (2,13 : 1000 zdravě narozených), dále u jedinců žluté rasy a amerických indiánů, příslušníků bílé rasy (1,3 : 1000) a černé rasy s nejnižším výskytem (1 : 1900). (Klenková, 1998) Podle Balášové (2002) v devadesátých letech poměr dětí s rozštěpovou vadou k počtu živě narozených nestoupá, zůstává relativně ve stejném poměru. V České republice existuje přesná evidence výskytu rozštěpových vad, a to na Klinice plastické chirurgie v Praze, kde je veden centrální národní registr. *„Četnost klasických rozštěpů v České republice je asi 1 : 530 všech živě narozených dětí. U celkových rozštěpů je převaha chlapců, u izolovaných rozštěpů naopak převaha dívek. Levostranné rozštěpy převládají asi dvojnásobně nad pravostrannými.“ (Škodová, Jedlička, 2007, s. 225)*

1.1.2 Velofaryngální insuficience, důsledky orofaciálních rozštěpů

První důsledek rozštěpů se projeví hned při kojení, kdy dítě nemůže sát, neboť důsledkem rozštěpeného patra se v dutině ústní nevytvoří potřebný tlak. (Seeman, 1955) Kromě sání trpí dítě dalšími funkčními poruchami jako je polykání, dýchání, ovlivněn je i vývoj sluchu, což vše vede k narušení tělesného vývoje. (Klenková, 2006) Důsledkem, kromě narušené řeči, je neestetický vzhled tváře, anomálie chrupu a čelisti, poruchy sluchu a psychosociální problémy. (Kerekrétiová, 1993) Dle Klenkové (1998) k důsledkům orofaciálních rozštěpů patří porucha komunikační schopnosti, velofaryngální insuficience, u vad estetického rázu se především jedná o deformace kostních i měkkých částí obličeje, nosu, chrupu, skusu a čelisti. Sovák uvádí, že jak defekty kosmetické, tak i funkční spolu s nepříznivým postojem společnosti se promítají jako deformace v osobnosti postiženého dítěte. (Sovák, 1978)

„Podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1993 je velofaryngální dysfunkce stav, kdy měkké patro a svalovina hltanu nemohou z nějakého důvodu při činnostech jako je polykání, foukání, řeč, dýchání a ventilace tub vytvořit optimální uzávěr mezi oro- a nazofarynxem, který je nutný pro tyto činnosti.“ (Kerekrétiová, 2008, s. 11) V české terminologii se užívá výraz patrohltanový, čemuž v zahraniční terminologii odpovídá palatofaryngální a velofaryngální a nedostatečnost, dysfunkce – inadekvátnost či insuficience, inkompetence. (Kerekrétiová, 2008) Tento mechanismus je důležitý z hlediska primárních životních funkcí, kdy ovlivňuje způsob výživy dítěte (sání, polykání), ale i z hlediska sekundárních funkcí, kdy se podílí na schopnosti a kvalitě komunikace dítěte řečí. (Klenková, 2006)

Velofaryngeální insuficience je nedostatečnost nebo neschopnost funkce patrohltanového závěru a všech struktur podílejících se na uzávěru. (Klenková, 2006) Patrohltanový závěr je schopnost uzavření horní části nosohltanu pohybem měkkého patra vzhůru a dozadu k zadní stěně hltanu. (Škodová, Jedlička, 2007)

Dutina nosní je od dutiny ústní oddělena **tvrdým a měkkým patrem**. **Tvrdé patro** je tvořeno kostí, a to odpředu dozadu jsou to patrové výběžky horní čelisti (pravý a levý) a na ně navazují pravá a levá kost patrová. **Měkké patro** je tvořeno svaly, a to zdvihačem a napínačem (oba jsou párové) a je zakončeno čípkem. Zdvihač zdvihá a táhne měkké patro dozadu a zároveň pomáhá otevírat ústí sluchové trubice v nosohltanu. Napínač napíná měkké patro a zpevňuje stěnu sluchové trubice. (Škodová, Jedlička, 2007) Měkké patro společně se svaly horní části hltanu tvoří jeden závěrový mechanismus, který podmiňuje rovnováhu mezi rezonancí ústní a nosní. (Klenková, 2006) Oba systémy dutin odděluje závěr patrohltanový, který vzniká současným pohybem dvou svalových soustav, a to svaly měkkého patra a postranní stěny hltanové a svalstva zadní stěny hltanové. (Seeman, 1955) Na vytvoření velofaryngálního mechanismu se tedy společně podílí svaly měkkého patra, svaly hltanu a Passavantův val. (Kerekrétiová, 2008) Passavantův val je kompenzační mechanismus u osob s orofaciálními rozštěpy, jenž se vytváří hypertrofií horního okraje uzávěru, tj. vyklenutím na zadní straně hltanu. Při zvýšené fonaci vznikne příčný val, boční stěny hltanu se napnou směrem do středu, měkké patro se zdvihne a opře se o zadní stěnu hltanu, a tudíž tento val působí jako uzavírající chlopeč. (Klenková, 2006)

Správná pohyblivost měkkého patra je důležitá jak pro správnou rezonanci hlasu, pro artikulaci, ale i pro neporušenou funkci sluchového ústrojí. (Škodová, Jedlička, 2007) Při tvoření řeči hraje měkké patro velmi důležitou úlohu. Neustále klesá a zvedá se různě vysoko dle toho, které hlásky se vyslovují. Síla patrohltanového závěru se mění podle hlásek, které se vyslovují. Nejslabší závěr je u samohlásky (a), nejsilnější u (i) a u souhlásek nejslabší u (v) a nejsilnější u (s). U hlásek (m), (n), (ň) nedochází k velofaryngálnímu závěru vůbec. (Seeman, 1955)

1.2 Etiologie rozštěpových vad

Příčiny vzniku orofaciálních rozštěpů nejsou dosud dostatečně objasněné. Podílí se na nich vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní) faktory. (Vohradník In: Škodová, Jedlička, 2007)

Mezi **endogenní příčiny** patří dědičnost. (Klenková, 2006) Dědičné vlivy spočívají ve vadách genů, které jsou nositeli dědičných vlastností, přenášených zárodečnou hmotou. Ovšem ne u každého případu rodového zatížení vzniká rozštěpová anomálie v potomstvu. Dědičné vlohy k rozštěpové vadě se nemusí na potomstvu vůbec projevit a u nositele zůstávají celý život skryty. (Sovák In: Klenková, 1998) Děti s rozštěpy se rodí i v rodinách, kdy se rodové zatížení nedá prokázat ani u rodičů či příbuzných. (Škodová, Jedlička, 2007) Potom se jedná o působení **exogenních faktorů**, které působí v kritické periodě, která je přibližně od 27. do 60. dne prenatalního vývoje. (Peterka, 2010) Exogenní příčiny představují různé teratogenní vlivy, tj. působení škodlivin v kritickém období. (Klenková, 2006)

Mezi teratogeny patří:

a) fyzikální faktory

- *radiace* - zdroje ionizujícího záření jsou rozděleny na přírodní (kosmické a sluneční záření, přírodní radioizotopy a na umělé (rentgen)
- *hypertermie* – zvýšení mateřské tělesné teploty o 2-2,5 st. Celsia může poškodit embryonální vývoj

b) biologické faktory

- *virové infekce* – Rubeola (virus zarděnek), cytomegalovirus, Varicella (virus planých neštovic), Virus herpes simplex 1 a 2, Virus chřipky, Virus HIV
- *bakteriální infekce* - Treponema pallidum – původce syfilis
- *parazitární infekce* - Toxoplasmóza – původce je Toxoplasma gondii, intracelulární prvok, který infikuje člověka. V domácnosti jsou hlavním zdrojem nákazy kočky, popř. syrové a nedostatečně upravené maso

c) chemické faktory

- *léky* – užívání léků v průběhu těhotenství je bohužel stále poměrně rozšířené. Seznam jednoznačně prokázaných lidských teratogenů obsahuje kolem 19 léků a/nebo skupin léků.

d) mateřské faktory

- *věk* matky nad 38 let – se stoupajícím věkem matky se zvyšuje riziko poškození plodu
- *metabolické choroby*, Diabetes mellitus matky

- *nevhodná výživa matky* – nedostatek vitamínu B a naopak nadbytek vitamínu A. (Peterka, 2010)

Dle Sováka (1978) jde o kombinaci obou faktorů, kdy vývojové vady vznikají u lidských zárodků, na jejichž vadný dědičný základ zapůsobí různé zevní škodliviny. Podle Vokurkové orofaciální rozštěpy vznikají na základě vícefaktorového působení endogenních a zvláště exogenních vlivů. Riziko vzniku může být výrazně sníženo vhodným výběrem partnera a plánovanou koncepcí. (Vokurková In: Klenková, 2006)

Za nejvhodnější dobu koncepce je považováno období od konce května do začátku července, kdy kritické období vývoje z hlediska vývojových vad dítěte je přes letní měsíce. Během března a dubna se rodí nejméně dětí s rozštěpovou vadou, naopak nejvyšší počet v květnu, červnu a červenci, kdy doba početí byla od srpna až do září. Tento zvýšený výskyt v tomto období je pravděpodobně způsoben vyšší nemocností matek v kritické periodě vývoje dítěte, a to v podzimních a zimních měsících. Neméně důležitá je též úprava životního stylu v době těhotenství, a to především vyloučení konzumace alkoholu, kouření cigaret a užívání jiných návykových látek. Jedním z nejdůležitějších faktorů mající vliv na kvalitu těhotenství je pestrá a vyvážená strava obsahující dostatečné množství vitamínů, minerálů, vlákniny, kvalitních bílkovin a tuků. (Dušková, 2007)

1.3 Klasifikace rozštěpových vad

Dělení rozštěpů je různé a liší se dle jednotlivých autorů. (Škodová, Jedlička, 2007) Burian říká, že: „*Rozštěpové vady třídíme podle znaků genetických nebo topografických, anebo anatomických.*“ (Burina, 1954) Burian rozděluje rozštěpy do dvou základních skupin, a to rozštěpy **typické** (vznikající nesrůstem tří obličejových výběžků, z kterých se tvoří orofaciální část hlavy) a rozštěpy **atypické** (vznikající jiným způsobem). (Škodová, Jedlička, 2007)

I) rozštěpy typické

a) rozštěpy rtu a ostatních částí

- rozštěp rtu – pravostranný, levostranný, oboustranný, neúplný, úplný

- rozštěp rtu a čelisti
- celkový rozštěp (ret, čelist, patro) – pravostranný, levostranný, oboustranný

b) rozštěpy patra

- rozštěp patra – izolovaný rozštěp měkkého patra, rozštěp čípku, rozštěp tvrdého a měkkého patra
- submukózní (podslizniční) rozštěp patra – porušena je střední vrstva (svalovina) nebo i kost, sliznice a podslizniční vrstva zůstává neporušena. Rozštěp není viditelný.
- vrozené zkrácení patra – nejedná se přímo o rozštěp, symptomatologie je ovšem velmi podobná, největší projev je v mluvené řeči. (Škodová, Jedlička, 2007)

II) rozštěpy atypické

Do této skupiny spadají některé vzácné vrozené vývojové vady orofaciální oblasti. (Škodová, Jedlička, 2007) Burian (1954) např. uvádí - postranní rozštěp ústního koutku, šikmý rozštěp obličeje, postranní rozštěp nosu, střední rozštěpy nosu, kolobom víček, střední rozštěp dolního rtu, střední rozštěp jazyka.

Sovák dělí rozštěpy na (Sovák, 1986):

I. přední rozštěpy - postihují horní ret, popř. i dásňový výběžek, mohou být jednostranné nebo oboustranné.

II. zadní rozštěpy - nejmenší vadou je rozštěp čípku a největší rozštěp celého měkkého i tvrdého patra.

III. podslizniční rozštěp tvrdého patra

1.4 Symptomatologie orofaciálních rozštěpů

1.4.1 Anomálie orofaciálního systému

Obličejové rozštěpy patří mezi nejčastější vrozené malformace, jenž jsou provázeny nápadnými změnami kostěných i měkkých částí obličeje. (Škodová, Jedlička, 2007)

Rozštěpy rtu

Rozštěpy rtu jsou jasně viditelné na první pohled. Postihují horní ret a jsou doprovázeny deformacemi měkkých tkání obličeje. Probíhají v postranní čáře, kdy se nespojí tkáň ve srůstové linii horního rtu, která probíhá jako val od nosní dírky k okraji rtu. Rozštěp rtu se může vyskytovat společně s rozštěpem čelisti nebo s rozštěpem čelist i patra, pak se jedná o celkový rozštěp, kdy je obličej velice nápadně deformován. V místě rozštěpů může docházet k nepravidelnosti a poruchám růstu zubů. (Klenková, 1998). Při této poruše je především narušena funkce sání, čímž je výrazně ohrožena výživa novorozence. (Škodová, Jedlička, 2007)

Rozštěpy patra

Rozštěpy patra jsou viditelné v dutině ústní a probíhají vždy ve střední čáře. Mohou postihnout čípek, měkké a tvrdé patro až dásňovým výběžkům horních zubů. (Škodová, Jedlička, 2007) Vyskytují se ve tvaru písmene V nebo podkovy. (Klenková, 1998) Dochází k narušení správné funkce velofaryngeálního uzávěru, čímž je narušena funkce polykání a později negativně ovlivněn vývoj řeči. (Škodová, Jedlička, 2007)

Submukózní rozštěpy

Tento typ rozštěpů není na první pohled viditelný a i patro se může jevit v pořádku. (Klenková, 1998) Mezi klasické příznaky patří ztlustělé tvrdé patro ve střední čáře, dále chybné spojení střední svalové vrstvy měkkého patra a rozštěpení čípku. (Seeman In: Vohradník, 2001) *„Ploténky při zadním okraji tvrdého patra nesrůstají, zadní část patra má ve střední linii defekt ve tvaru trojúhelníku. Nad tímto defektem je napjata velmi tenká až průsvitná sliznice, defekt se dá nahmatat jako vpadlina.“* (Klenková, 1998, s. 69) Společně se submukózními rozštěpy mohou vyskytnout problémy se sáním, krmením, dýcháním, opožděným růstem zubů či jejich nepravidelností, nedostatečná funkce sluchové trubice, tak jako u ostatních typů rozštěpů. (Klenková, 1998) Z logopedického pohledu se jedná o opožděný a chybný vývoj řeči, palatolálie různého stupně, palatofonie a koverbální chování (adekvátní nebo neadekvátní chování provázející verbální komunikaci). (Kerekrétiová, 1993)

Vrozeně zkrácené patro

„Vrozeným zkrácením patra rozumíme stav, kdy velum není vrozeně dostatečně dlouhé na to, aby se mohlo efektivně zúčastnit na efektivním velofaryngeálním uzávěru.“ (Vohradník, 2001, s. 27)

1.4.2 Anomálie chrupu a čelisti

U rozštěpových vad se velice často vyskytují poruchy chrupu a skusu. Mezi nejčastější anomálie patří:

- **Otevřený skus** – charakteristickým znakem je vertikální mezera mezi horními a dolními frontálními zuby, dále celá řada zubů nedosahuje svého protějšku na druhé čelisti. Patro bývá úzké a vysoké. Časté je dýchání ústy, zkrácená jazyková uzdička. Z logopedického hlediska je postižena výslovnost sykavek (C, S, Z) a závěrové předodásňové hlásky (T, D, N). (Kerekrétiová, 1993)
- **Prognatie** - předsunutá horní čelist, kdy horní ret nedostatečně překrývá zuby, což zatěžuje fyziologické zavření úst a zároveň se spodní ret podsouvá pod horní řezáky, což z logopedického hlediska způsobuje poruchu artikulace závěrových obouretných hlásek (P, B, M). Jazyk též často nezaujímá správnou polohu, hlavně při sykavkách. (Kerekrétiová, 1993)
- **Progenie** – předsunutá dolní čelist, kdy charakteristickým rysem je obrácený skus řezáků. Při pravé mandibulární progenii je brada a dolní ret předsunuty, jazyk může být zvětšený, ústa pootevřená. (Andriák In: Kerekrétiová, 1993) Při pseudoprogenii je velikost dolní čelisti normální, ale horní čelist je zmenšená. Z logopedického hlediska je výrazně porušená artikulace hlásek, hlavně u sykavek (C, S, Š, Z), dále předodásňové hlásky (T, D, N), obouretné (P, B, M), retozubné (V, F) a hláska R. (Kerekrétiová, 1993)

Kerekrétiová uvádí: „Na druhej strane je zaujímavé, že ani experimentálne ani klinicky sa nepotvrdila korelácia medzi patológiou chrupu a výsledkami artikulačných testov. Správna artikulácia bola preukázaná aj za určitých zubných deviácií, čo potvrdzuje skutočnosť, že zuby sú len jedným faktorom, ktorý ovplyvňuje rečové výsledky – resp. stav alebo úroveň

dosiahnutej artikulácie. Z ďalších faktorov spomenieme jazyk, ktorý má obrovskú kompenzačnú schopnosť na zmenané podmienky – teda aj dentálne. Výsledkom je potom akusticky správny zvuk jednotlivých hlások, ktorý v dôsledku fungujúceho kompenzačného mechanizmu vzniká na nesprávnom mieste. Dôležitý je však konečný výsledok.“ (Kerekrétiová, 1993, s. 49)

2 PALATOLALIE JAKO DŮSLEDEK ROZŠTĚPOVÝCH VAD

2.1 Terminologie palatolalie

Palatolalia je vývojová porucha řeči, provázející vrozené rozštěpy patra, rtu, čelisti. (Sovák, 1972) Dle Seemana (1955) je to porucha řeči velmi složitá. Je jedním z nejnápadnějších a nejtěžších narušení komunikační schopnosti (Lechta, 2003), jejíž prvotní příčinou jsou rozštěpy patra, tj. orgánově vrozené vývojové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od nosní nebo orgány velofaryngálního uzávěru. (Sovák In: Lechta, 2003)

2.2 Klasifikace palatolalie

Dobrá klasifikace by měla být jasná, jednoznačná a relativně jednoduchá. (Kerekrétiová, 2008)

Kerekrétiová doporučuje hodnocení řeči při rozštěpu patra v mírně zrychleném tempu plynulé konverzace jako:

„1. dobrou – řeč je dobře srozumitelná, bez defektů typických pro palatolalii a s lehkou poruchou rezonance slyšitelnou pouze odborníkům,

2. společensky únosnou – v řeči se vyskytují zbytky palatolalie (mírný stupeň hypernazality a artikulace s oslabenou tenzí), ale nejsou překážkou při řečové komunikaci,

3. hůře srozumitelnou – řeč je hůře srozumitelná pro okolí a někdy i pro nejbližší,

4. nesrozumitelnou – řeč je nesrozumitelná stejně pro okolí, jak pro nejbližší.“
(Kerekrétiová, 2008, s. 21)

Sovákova klasifikace rozeznává čtyři stupně:

I. stupeň - vyskytují se zbytky palatolálie v podobě nenápadné huhňavosti a zbytků dyslálie,

II. stupeň – palatolálie s význačnějšími příznaky huhňavosti i poruchami artikulace, ovšem není tak nápadná při běžné komunikaci,

III. stupeň – velmi nápadná palatolálie, řeč je však stále srozumitelná,

IV. stupeň – těžká palatolálie, řeč nesrozumitelná. (Sovák, 1972)

2.3 Symptomatologie palatolalie

Mezi základní projevy palatolálie řadí Sovák (1978) změny rezonance, artikulace. Balášová (2002) dále uvádí poruchy mimiky a převodní nedoslýchavost. Též opožděný vývoj řeči, narušené verbální i neverbální chování a poruchy hlasu. (Škodová, Jedlička 2007) Při palatolalii se zejména jedná o narušenou rovinu foneticko-fonologickou (porucha nosní rezonance, artikulace a srozumitelnosti řeči), ale i morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou (v případě opožděného vývoje řeči) a pragmatickou (v důsledku psychosociálních problémů). Toto narušení se projeví jednak ve verbální i nonverbální komunikaci a postihuje nejen její expresivní, ale i receptivní složku (např. při převodních poruchách sluchu). (Kerekrétiiová In: Lechta, 2003)

2.3.1 Porucha rezonance

U palatolalie se vyskytuje **otevřená huhňavost**, což je patologický zvýšená nosovost (nosovost je fyziologický jev představující rezonanci nosní a nosahltanovou). (Balášová, 2003) Je způsobená jednak nedostatečnou činností patrohltanvého závěru a dalším významným činitelem je vzájemný poměr rezonance v dutině ústní, hltanové a nosní. (Sovák, 1972) Právě při palatolalii dochází k narušení tohoto poměru mezi rezonancí dutiny ústní (tj. oralitou) a dutiny nosní (tj. nazalitou). (Sovák, 1986) Poměr dutin se mění polohou jazyka a nastavením čelistního úhlu. V případě, že jazyk volně leží v dutině ústní, čelistní úhel je zmenšený, potom při artikulaci výdechový proud prochází více ústy (**oralita**), a tím se omezuje stupeň huhňavosti. Je-li jazyk uložen směrem vzad a nahoru a čelistní úhel je zmenšený, tak při artikulaci výdechový proud směřuje spíše do nosu než do dutiny ústní (**nazalita**) a tím se zvětšuje nosní rezonance a zároveň se mění i její charakter. Čím větší únik vzduchu nosem, tím větší je huhňavost. (Sovák, 1972)

2.3.2 Palatofonie

Při fixované, dlouhotrvající palatolalii dochází též ke změně zvukového charakteru hlasu. (Sovák, 1972) Porucha hlasu u orofaciálních rozštěpů se nazývá palatofonie. Hlas je tvořen za silného expiračního tlaku na hlasovou štěrbinu, a to při zesíleném napětí hlasivek. Hrtan se posunuje nahoru a dopředu, čímž dochází ke zkrácení násadní trubice a tím dochází k nevyužití funkce rezonančních dutin nad hlasovou štěrbinou. Hlas je tvořen primitivně a nuceně, neboť vniká z dutiny hrtanové do velkého prostoru vzniklého spojením dutiny ústní, nosohltanové a nosní. (Seeman, 1955). Hlas je tedy tvořen s namáhavým úsilím při nadměrné činnosti hlasového svalstva a mluvních orgánů a zní převážně tlačně s bečivým nádechem. (Sovák, 1972) Hlas je ostrý, pronikavý, mečivý, přiškrcený, tlačný, slabý a dyšný. (Kerekrétiová, 1993)

2.3.3 Porucha sluchu

U dětí s orofaciálními rozštěpy se častěji vyskytují poruchy sluchu než u zdravých jedinců. (Kerekrétiová, 1993), nejčastěji se jedná o převodní poruchu sluchu (Škodová, Jedlička 2007), která může vést k prodlužování doby zpětné sluchové vazby při řeči a různým obtížím při úpravě řeči. (Vohradník, 1998)

Převodní nedoslýchavost může být způsobena:

- narušením funkce Eustachovy trubice, kdy nedochází k řádnému vyrovnání tlaku vzduchu ve středouší se zevním prostředím, ve středouší vzniká podtlak způsobující vyšší napětí bubínku,
- hromaděním sekretu ve středouší a vzniku i jiných forem chronického zánětu středouší,
- zvýšeným výskytem vrozených anomálií ucha,
- záněty horních cest dýchacích, které jsou způsobeny narušením nosního dýchání, kdy nedochází k adekvátnímu prohřátí, zvlhčení a čištění vdechovaného vzduchu. (Vohradník, 1998)

„Významem důsledné léčby převodní nedoslýchavosti je nejen předcházení vzniku závažnějších ušních komplikací, ale zejména zajištění podmínek pro optimální úpravu řeči a hlasu.“ (Vohradník, 1998, s. 22)

2.3.4 Porucha artikulace

Při palatolalii dochází k poruše artikulace jak **samohlásek**, tak i **souhlásek**. (Klenková, 1998) **Samohlásky** mají typické huhňavé zabarvení plynoucí z poruchy nosní rezonance v důsledku velofaryngeální insuficience. (Škodová, Jedlička, 2007) Nejvýrazněji postižen zvuk samohlásek (i) a (u), méně u samohlásky (e) a (o) a nejméně dochází k poškození samohlásky (a), neboť při její výslovnosti dochází k širokému otevření dutiny ústní. (Seeman, 1955) **Souhlásky** jsou též deformovány (Škodová, Jedlička, 2007) a téměř všechny jsou porušeny (Seeman, 1955), a to v důsledku slyšitelného nosního úniku vzduchu, dále nedostatečného intraorálního tlaku vzduchu a posunu artikulační báze vzad. (Kerekrétiová, 2008)

Nejméně jsou porušeny **nosovky**, nejvíce hlásky vyžadující nejpevnější patrohltanový uzávěr, tj. **explozivы (hlásky výbuchové)**, **frikativы (hlásky třené)** a **afrikáty (hlásky polotřené)**. (Klenková, 1998)

Hlásky výbuchové (explozivы) jsou postiženy, neboť vzduch uniká nosem a tudíž není možné provést závěr a explozi na příslušném artikulačním místě. (Kerekrétiová, 2008) Proto hlásky (**b**) a (**p**) se jeví jako nosový zvuk podobný (m) a hlásky (t) a (d) se jeví jako (n). Hláška (**k**) a (**g**) se vynechává nebo se tvoří náhradním mechanismem. (Sovák, 1972)

U **hlásek třených (friaktiv)** a **polotřených (afrikát)** vzduch uniká nosem, místo aby se protlačil artikulační úžinou a vytvořil tak třený nebo polotřený zvuk. (Kerekrétiová, 2008) *“Hlásky jsou pak slabě slyšet a zní při nich dmýchavý nosí šelest.”* (Sovák, 1972, s. 194) Třené hlásky (**v**) a (**f**) se buď vůbec netvoří nebo jsou nahrazovány foukavým zvukem, který vzniká v nosní dutině. (Seeman, 1955) K nejvýrazněji porušeným hláskám patří sykavky, zvláště hlásky (**s**), a to ve všech třech polohách (na začátku, uprostřed a na konci slova) a obzvláště v souhláskových seskupeních (str), (st), (sk), (sp) a (ks). (Kerekrétiová, 2008) Ve snaze o lepší artikulaci se artikulace třených

hlásek a obzvlášť sykavek přesunuje do hltanu nebo až do hrtanu a tím vzniká zadojazyčný sigmatismus s drsným zvukem podobným ch, nebo hrtanovým stigmatismus, kdy sykavky zní jako hrtanový pískot nebo jako drsný zvuk. (Sovák, 1972) U hlásky (**ch**) záleží s jakou samohláskou je spojena. V kombinaci (cha) zní docela čistě, naopak nejhůře ve spojení (chi), (che), neboť artikulační místo pro (ch) zůstává stále vzadu a nepostupuje při (i) a (e) na přední část jazyka a tvrdého patra. (Seeman, 1955) Obtížně se tvoří i hláska (**r**), a to z důvodu slabého výdechového artikulačního proudu vzduchu, který je nedostačující pro rozkmitání hrotu jazyka. (Kerékretiová, 2008) Hláska je většinou tvořena pod patrohltanovým závěrem v hltanu mezi kořenem jazyka zadní stěnou hltanu. Znění hlásky je potom drsné, chrčivé. (Seeman, 1955)

Typickým znakem při palatolalii je únik vzduchu nosem a následně posunutí artikulačního místa směrem dozadu před patrohltanový závěr, což je označováno jako **posun artikulační báze** vzad. (Sovák, 1972) Všechny druhy hlásek jsou potom tvořeny buď na čtvrtém artikulačním místě, tzn. mezi kořenem jazyka a zadní stěnou hltanu nebo se tvoří až v hrtanu. (Seeman, 1955)

2.3.5 Srozumitelnost řeči

Srozumitelnost řeči je jedním z významných symptomů palatolalie. (Kerékretiová, 1993) Řeč může být **obtížně srozumitelná**, nebo téměř **nesrozumitelná** (Klenková, 1998), a to v případě, kdy souhlásky jsou tvořeny omezeně nebo nejsou tvořeny vůbec (samohlásková řeč). (Škodová, Jedlička 2007) V případě **dobré srozumitelnosti** řeči je artikulace správná, převládá lehký stupeň hypernazality, je oslabená artikulace exploziv a friaktiv, které jsou ovšem tvořeny na správném místě. U **řeči srozumitelné** se palatolalie jako průvodní znak rozštěpu patra nevyvinula, patrohltanový závěr je dostatečný a řeč je po stránce artikulační i rezonanční v normě. (Klenková, 1998) Srozumitelnost řeči ovlivňují i další faktory, jako psychický stav, únava a motivace komunikace. (Kerékretiová, 1993) Též hodně závisí na rozsahu vady i na schopnostech dítěte, někdy je srozumitelnost i přes značnou vadu

překvapivě dobrá, jindy je nesrozumitelná i při menším postižení. (Kutálková, 1996)

2.3.6 Narušený vývoj řeči

Vývoj řeči u dětí s omezenou funkcí velofaryngeálního uzávěru je změněn. (Vohradník, 2001) Tyto děti můžeme zařadit do rizikové skupiny z aspektu opožděného vývoje řeči. (Kerékretiová, 2008) Řeč se vyvíjí za změněných podmínek, a to nejen anatomických a fyziologických, ale i resonančních. (Seeman, 1955) U každého dítěte se řeč vyvíjí individuálně v závislosti na různých faktorech, které ovlivňují řeč. (Zacharová, Oravkinová In: Kokavec, 2003) **Příčiny** jsou jak **biologické** (typ a rozsah rozštěpu, velofaryngální dysfunkce, zubní anomálie, pooperační traumata, poruchy sluchu), tak **psychosociální** (patologie prostředí s citovou a řečovou deprivací, vědomé nerozvíjení řeči a jazyka v raném věku). (Kerékretiová, 2008)

Seeman rozlišuje **dvě období** ve vývoji řeči dítěte s rozštěpem. **V prvním období kojeneckém** se hlas a zvuk některých hlásek prakticky neliší od zdravého jedince, neboť se tvoří přirozeně bez volných vlivů a užití rezonance. **V druhém období**, kdy dítě začíná hláskovat a tvořit první slova, napodobovat zvuk slyšených slov se stává porucha řeči zjevná, a to z důvodu chybného vývoje pohybů artikulačního svalstva a chybným tvořením hlasu. (Seeman, 1955)

V předřečové stádium probíhá v patologických anatomicko-funkčních podmínkách, a tím je již dítě ochuzeno o činnosti související s vývojem řeči. Jedná se o činnosti **sání, dumlání a mlaskání**, při nichž je používán jazyk, rty a dolní čelist a pomocí nichž si dítě osvojuje dovednosti a návyky pro budoucí tvoření skutečné řeči. (Kerékretiová, 2008) První **křik a pláč** dítěte sloužící k vyjádření pocitů dítěte bývá stejný jako u zdravých dětí. Následuje období **pudového žvatlání**, dále **napodobujícího** žvatlání, kdy se dítě pokouší napodobit zvuky svého okolí, ovšem pouze do míry, kterou mu umožňuje jeho rozštěpová vada. Toto období má mimořádný význam, neboť se začínají upevňovat hlásky mateřského jazyka a právě zde dítě narazí na první potíže, a to při artikulaci hlásek (p), (b), (m). V dalším období dítě reaguje na zvukovou

formu slov, ne na jejich skutečný význam. Zdravé děti začínají hovořit kolem jednoho roku, první slovní spojení začínají používat kolem 15. měsíce. Děti s rozštěpem začínají mluvit později. (Kerékretiová, 1991) Při tvorbě prvních slov má dítě omezený repertoár zvuků a proto jsou slova méně srozumitelná než u zdravých dětí, což může dále brzdit napodobování nových slov. K tomuto také přispívá fakt, že rodiče dětem méně rozumí, tudíž jim nemohou odpovědět a tím přirozeným způsobem dále rozvíjet a stimulovat řeč dítěte. (Oravkinová, 2010) Nejprudší růst slovní aktivní slovní zásoby bývá do tří let, a to většina dětí již absolvuje operace a tím mohou být vytvořeny anatomicko-funkční podmínky pro správný vývoj řeči. (Kerékretiová, 2008)

Opožděný a nesprávný vývoj řeči je nejvýraznější ve foneticko-fonologické rovině, což má za následek opoždění v expresivní řeči a v aktivním slovníku. Dále se projeví i v morfológicko-syntaktické rovině, ale i v lexikálně-sémantické.

2.3.7 Narušené koverbální chování

Při palatolalii je narušené koverbální chování kompenzačním mechanismem, jehož cílem je zabránit úniku vzduchu do dutiny nosní při artikulaci všech hlásek kromě nosovek. Toto chování je spojeno se zvýšeným artikulačním úsilím a svalovým napětím. Projevy narušeného koverbálního chování při palatolalii jsou velmi pestré. Např. zvedání ramen při mluvení, zvýšené svalové napětí v oblasti krku, zčervenání tváří, různé grimasy spojené s nafukováním tváří, stahování nosních křídel, pevný závěr na rtech, malý čelistní úhel, špulení a přitahování horního rtu k nosu, stahování tváře i čela. (Kerékretiová, 1993)

3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE

3.1 Multidisciplinární péče v České republice

Péče o dítě s rozštěpem je vždy **týmová, komplexní** a pro její zabezpečení je nezbytná spolupráce odborníků, jak z lékařských i nelékařských oborů. (Škodová, Jedlička, 2007) Do multidisciplinárního týmu je zařazen **plastický a maxilofaciální chirurg, ortodont, protetik, stomatolog, klinický pediatr, foniatr, logoped, ORL lékař, genetik a psycholog**. Základní požadavky na tuto komplexní péči jsou definovány ve dvou základních dokumentech, a to ve Standardech péče o pacienty s rozštěpem rtu a patra v Evropě (vzešly z rozsáhlé Evropské intercentrické studie Eurocleft projekt) a dále ve směrnicích American Cleft Palate – Craniofacial Association (ACPA). (Dvořáček, 2009) V České republice je komplexní péče o jedince s rozštěpovými vadami zajištěna na velmi vysoké úrovni. (Škodová, Jedlička, 2007) Jsou dlouhodobě ustanovena dvě centra, a to v Čechách na Klinice plastické chirurgie Královské Vinohrady v Praze a pro oblast Moravy je centrum vytvořeno na Klinice plastické a estetické chirurgie FN U sv. Anny v Brně. V rámci této multidisciplinární péče má každý člen týmu nezastupitelnou úlohu a jen dobrou spoluprací mezi odborníky lze dosáhnout těch nejlepších terapeutických výsledků. (Dvořáček, 2009)

3.2 Foniatrická péče

Foniatrie je specializovaný obor na základní problematiku lidského hlasu a jeho funkce a poruchy. (Jedlička, 2007) Tento obor je součástí komplexní péče o děti s rozštěpovou vadou, z nichž každé je po porodu evidováno na foniatrském oddělení. (Balášová, 2003)

Foniatrie se zabývá řečí a léčí ji z pohledu medicínského, na rozdíl od logopedického přístupu, tj. speciálně pedagogického. (Klenková, 1998) Foniatrická péče začíná dříve než logopedická a je potřebná až do ukončení růstu obličeje. (Vohradník, 2001) Foniatr a logoped poskytují rady ohledně řeči a sluchu s adekvátními preventivními opatřeními z důvodu předcházení jejich

poruchám. Foniatr diagnostikuje řeč, sleduje sluch, provádí odborné vyšetření hlasu a průběžně hodnotí anatomicko-funkční podmínky pro řeč u velofaryngálního mechanismu. (Kerekrétiová, 2008) Jeho snahou je včasné uzavření patra, ještě než se vytvoří patologické řečové stereotypy, proto průběžně sleduje, zda jsou vytvořeny předpoklady ke vzniku dostatečného velofaryngálního uzávěru. (Klenková, 1998) U rozštěpu patra je kladen důraz na včasnou operaci, a to z hlediska vývoje řeči, resp. artikulace. Z pohledu vývoje řeči by měl foniatr zajistit koordinaci péče všech terapeutů z lékařských i nelékařských oborů, kteří se účastní na procesu správného vývoje řeči. (Škodová, Jedlička, 2007)

Mezi základní úkony foniatra náleží:

- včasná diagnostika,
- komunikace s rozštěpovým centrem,
- spolupráce s místními logopedy,
- sledování celkového vývoje řeči,
- sledování palatofonie,
- pravidelné sledování stavu sluchu,
- indikace některých operačních výkonů,
- indikace, vyzkoušení a předpis sluchadel,
- indikace zhotovení obturátoru typu patrové desky (artikulační základ pro hlásky druhého artikulačního okrsku),
- sledování nosní průchodnosti,
- posuzování vztahu stavu morfologického základu a řečových a hlasových funkcí,
- spolupráce s psychologem ohledně zařazení dítěte do vhodného školního zařízení,
- intenzivní spolupráce s pediatrem,
- konzultace se stomatologem (druh a časování ortodontické péče)
- rozhodnutí o ukončení foniatrické a logopedické péče. (VOHRADNÍK, 2001)

„Cílem foniatrické péče je vytvořit funkčně dokonalý velofaryngální mechanismus, správnou artikulaci, rezonanci a čistý, rezonančně vyvážený hlas, bez palatofonie.“ (Klenková, 1998, s. 94).

3.3 Psychologická péče

„Narození děcka znamenajícího jakoukoli vadou je první postižena rodina. Rodiče dítěte prochází krutým zklamáním, neboť podvědomá touha člověka dát světu a zanechat po sobě tvora lepšího než je sám, nebyla splněna.“ (Burina, 1954, s. 9)

Traumaticky působí každé vrozené postižení a anomálie. U obličejových defektů ovšem bývá emocionální reakce mnohem výraznější. **První reakcí** rodičů po narození bývá **šok**, kdy se dostávají smíšené pocity, jak pozitivní (silné pocity lásky a potřeby ochrany dítěte), tak i negativní (bolest, zklamání, smutek, žal, lítost). Dostávají se též obavy o život a zdraví dítěte. Rodiče se nenadále dostávají do nečekané, nepřehledné a těžké situace, a právě v tomto prvním nejkritičtější období, má velký význam pro probíhající proces vyrovnání se s vzniklou situací, tzv. coping, tj. co a jakým způsobem je sdělováno rodičům. (Kerékretiová, 2008) Proto je velmi důležitá koordinace péče i poskytovaných informací ze strany jednotlivých odborníků terapeutického týmu. (Škodová, Jedlička, 2007) Poskytované informace by měly být odborné, přiměřené a podané taktně a citlivě. **Druhou fází je stádium hledání pomoci a třetí fáze je hledání příčiny** vzniku vady, či případné **svalování viny** na některou z příčin. Dále nastupuje fáze **vyrovnávání se** s danou skutečností. (Kerékretiová, 2008)

Velmi důležitým bodem je tzv. „krizové“ poradenství pro rodiče v tzv. šokové fázi a před chirurgickými výkony, neboť správná informovanost o vývoji celé terapie je významným mezníkem, dle kterého se mění celý postoj rodičů k celkové situaci a je prevencí před vznikem psychosociálních a emocionálních problémů. Rodiče mají většinou obavy o vyvolání negativních reakcí okolí (tj. nejbližších příbuzných, sourozenců, vrstevníků, učitelů, apod.) na viditelnou deformaci obličeje. (Kerékretiová, 2008)

Osobnost dítěte, ale i vývoj řeči je významně ovlivňována způsobem výchovy. Nejlepších výsledků je dosahováno při odborně vedené, záměrné výchově řeči. Naopak při výchově nadměrné, zaměřené příliš na řeč dítěte není dosahováno dobrých výsledků, dítě si uvědomuje svou vadu řeči a snaží se jí překonat zvýšeným úsilím, čímž dochází k deformaci výslovnosti a k nesprávným návykům řeči. (Sovák, 1972)

Pokud je dítě ze strany rodičů a nejbližšího okolí i se svou viditelnou vadou plně akceptováno, zpravidla v předškolním věku psychologickou pomoc nepotřebuje. (Škodová, Jedlička, 2007) Postoj k sobě a sebeúcta, sebehodnocení jsou právě odrazem toho, jak nás hodnotí naše okolí či širší společnost. (Kerékretiová, 2008)

4 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

4.1 Logopedická terapie

Z hlediska vývoje řeči a úspěšné léčby poruchy řeči je základní podmínkou dokonalé a funkčně vyhovující uzavření rozštěpu. (Seeman, 1955) Dítě pak má včas vytvořeny správné anatomické podmínky pro správný vývoj řeči. (Škodová, Jedlička, 2007)

Logopedická terapie se realizuje specifickými metodami ve specifické situaci učení. Na základě moderního přístupu k teorii učení hovoříme o tzv. řízeném učení, které probíhá za vědomého řízení, usměrňování a pod kontrolou logopeda. Je zaměřeno na osvojení specifických vědomostí, dovedností a návyků v oblasti komunikace. (Kerékretiová, 1993) V tomto procesu lze aplikovat všeobecné **principy a zákony řízeného učení**:

- princip motivace – netýká se jen dítěte, ale především rodičů, příbuzných a učitelů,
- princip zpětné informace – využívá sluchové, zrakové a kinestetické biologické zpětné vazby a dále poskytnuté informace logopedem,
- princip opakování a transferu – při přenosu naučených činností do plynulé konverzační řeči přes fixaci a automatizaci,
- pedagogické principy – princip uvědomělosti a aktivity, názornosti, soustavnosti, trvalosti a důkladnosti,
- speciálně-pedagogické principy – metoda rehabilitace a kompenzace,
- specifické logopedické principy – princip relaxace a minimální akce, komplexnosti, individuálního týmového přístupu, multisenzoriálního přístupu a působení krátkého, ale častého cvičení, princip vývojovosti a zohlednění věku, zásada logopedického zásahu apod. (Kerékretiová, 2008)

Dle Sováka (1972) není nutné čekat na úplnou úpravu anatomických poměrů a s výchovou řeči je možné začít již dříve. Péči o palatoliky rozdělujeme na fázi **předoperační a pooperační**. V první fázi zdůrazňuje nutnost správného řečového vzoru rodičů, přijímání dítěte i s jeho vadou. Výchova řeči by měla být vedena nenásilně a volně. Úkolem logopeda je vyvozování artikulace jednotlivých hlásek na odpovídajících artikulačních místech, aby

nedocházelo při výslovnosti ke vzniku náhradních mechanismů. Výsledky této předoperační péče jsou velmi dobré, a i když po konečné operaci dojde ke krátkodobému zhoršení, pak nastává rychlé zlepšení řeči. V druhé fázi pooperační doporučuje cvičení průpravná a dále cvičení artikulace a řeči. (Sovák, 1972) Toto rozdělení především odpovídalo komplexní péči v minulých letech, kdy byly děti operovány mezi pátým až šestým rokem. V současnosti se uplatňuje jen v případě, je-li dítě operováno až po třetím roce věku. (Škodová, Jedlička, 2007) Dnes většina odborných pracovišť upřednostňuje co nejvčasnější přístup k chirurgickému řešení, aby byly co nejdříve, a to většinou do jednoho roku dítěte vytvořeny správné anatomicko-funkční podmínky, které zabezpečují správný vývin řeči už před začátkem období vlastního vývinu řeči. (Kerékretiová, 1993)

4.2 Raná logopedická péče

„Cílem rané logopedické péče je zajistit správný vývoj řeči dítěte zejména po obsahové stránce, protože artikulaci ještě vzhledem k malé aktivní slovní zásobě upravovat nelze.“ (Škodová, Jedlička 2007, s. 251)

Prvním a důležitým krokem logopeda v období rané intervence je **edukace** rodičů, kdy jsou jim poskytnuty základní informace ohledně péče o děti s orofaciálními vadami. První setkání by mělo být uskutečněno krátce po narození (do dvou týdnů života dítěte) a mělo by být poskytnuté všem rodičům, kteří se ocitnou v této nové nelehké životní situaci. Rodiče přicházející do poraden jsou plni obav a většinou mají mnoho nezodpovězených otázek. Zkušenosti ukazují, že u kvalitně informovaných rodičů, dochází k výraznému snížení strachu o dítě a většinou se zásadně mění jejich postoj a motivace k lepší participaci na celkové léčbě.

Základní edukace rodičů může být realizována ve více formách: **pohovorem, diskuzí nebo poskytnutím písemných materiálů**. Obsahem všech forem by měly být níže uvedené oblasti, a to přibližně v následující hierarchii:

- 1) **komplexní léčba dětí s rozštěpem,**
- 2) **vývin dětí s rozštěpem,**

- 3) **vývin řeči zdravých dětí a dětí s rozštěpem,**
- 4) **raná intervence a její metody.**

Metody práce s rodiči:

- *edukace* – diskuzí, pohovorem (verbální instrukce), písemnými materiály a letáky, anatomickými obrázky, schémata a grafy, sledování videonahrávek,
- *demonstrace terapeutických metod,*
- *trénink rodičů,*
- *psychoterapeutický rozhovor,*
- *telefonické a e-mailové poradenství.*

Úloha logopeda v této fázi je nejen edukativní, ale též psychoterapeutická. (Oravkinová, 2010)

4.2.1 Stimulace raného vývinu řeči

S výchovou řeči začínáme co nejdříve, a to od narození, kdy podporujeme a rozvíjíme zvukové projevy dítěte, a to dostatkem přiměřených řečových podnětů, které nejen podporují správný vývin řeči, ale též celkový duševní vývoj celé osobnosti dítěte. Celý proces by měl probíhat formou hry, s láskou a s trpělivostí. (Kerékretiová, 1991)

Aktivity podporující řečový vývin dítěte:

- v období žvatlání (do 1 roku života) komunikujeme s dítětem jako se zdravým, dáváme mu najevo radost z jeho první projevů řeči (žvatlání) – v tomto období je toto nejlepší stimul pro rychlý rozvoj jeho řeči,
- za žvatlání i za první slova (i když jsou nosové, neobratné) dítě chválíme a odměňujeme laskavým postojem,
- poskytujeme dítěti správný řečový vzor, neboť dítě si osvojuje řeč napodobováním z jeho okolí, komunikace má být přirozená, bez zbytečného velkého počtu zdvořilostí či smyšlených slov,
- popisujeme všechny činnosti vykonávané s dítětem (oblékání, obouvání, stolování, apod.), používané věty by měly být jednoduché, krátké a měly by být opakované každý den v blízkosti tváře dítěte,

- sledujeme dítě v jeho pozorovací činnosti a popisujeme mu předměty, na které se soustředí,
- prohlížíme si dětské obrázkové knížky, pojmenováváme obrázky, napodobujeme zvuky zvířat, popisujeme předměty v našem okolí,
- hrajeme si s mluvními orgány (jazyk, rty), různě s nimi pohybuje před zrcadlem,
- dítěti poskytujeme zpětnou korekční vazbu - jestliže dítě nevysloví slovo správně, pouze po něm toto slovo zopakujeme, ale správně,
- mluvíme tak, aby nám dítě vidělo na ústa, při hře si k němu sedneme na zem,
- říkáme si básničky, zpíváme,
- budeme trpěliví, poskytneme dítěti prostor jeho řečovému projevu, neskáčeme mu do řeči. (Zacharová, Oravkinová In: Kokavec, 2003)

Aktivity nepodporující řečový vývin dítěte:

- nenapodobujeme chybnou výslovnost dítěte a neposmíváme se mu,
- netrestáme dítě za neúspěchy v řeči,
- neděláme z dítěte pacienta, ale zároveň jeho chybnou výslovnost nepodceňujeme,
- nenutíme dítě, aby po nás opakovalo slova, či věty, ale radši ho stimulujeme k vyslovení cílového slova, a to otázkou, obrázkem či nedokončenou větou,
- při „nosové“ řeči toto ignorujeme, neupozorňujeme ho na toto, ale vždy se poradíme s logopedem. (Zacharová, Oravkinová, In: Kokavec, 2003)

V rané fázi pracuje logoped s dítětem zprostředkovaně, a to přes rodiče. (Kerékretiová, 1993)

4.3 Přímá práce logopeda s dítětem

V další fázi terapie je úkolem a cílem logopeda vybudovat **společensky přijatelnou a srozumitelnou mluvenou řeč**. (Škodová, Jedlička, 2007) S přímou logopedickou péčí se začíná hned, jakmile je dítě schopné spolupracovat a komunikovat s logopedem (přibližně ve věku kolem 3 let, po

sekundárním zákroku na patře začínáme nejpozději 6 týdnů po operaci). (Kerékretiová, 1993)

Logopedická péče je realizovaná u dětí:

- mající nedostatečný velofaryngální mechanismus a v důsledku toho palatolickou řeč,
- které se po operaci rozštěpu patra nenaučily používat nově vytvořený patrohltanový uzávěr,
- které neumí dostatečně koordinovat činnost patrohltanového uzávěru s činnostmi ostatních orgánů podílejících se na řeči,
- u nichž je patrohltanový uzávěr dostatečný pro primární funkce a jiné aktivity, ale ne vždy pro řeč,
- majících vytvořené náhradní artikulační vzory (např. hrtanový ráz a jiné).

U palatolálie se v rámci terapie používají jednak **cvičení průpravná** a jednak **cvičení artikulace a řeči**. (Sovák, 1972)

4.3.1 Průpravná cvičení

Cílem průpravných cvičení je zdokonalení činnosti patrohltanového uzávěru a vycvičení funkce k rozvoji řeči (nikdy nejsou samoučelná). Patří k nim masáže měkkého patra, dechová, foukací, polykací a sací cvičení. (Sovák, 1972)

Masáže patra

V předoperační péči jsou masáže indikovány v případech submukózních rozštěpů a u zkrácených pater, (Vohradník, 2001) kdy mohou přispět k rozhodnutí při hraniční indikaci chirurgického řešení. (Škodová, Jedlička, 2007) Při pooperační péči je cílem masáže zabránění vzniku tuhých pooperačních jizev, které by vedly ke snížené pohyblivosti rekonstruovaného patra a dále posílení síly kontrakce svaloviny nejen vlastního patra, ale zároveň veškeré svaloviny účastníci se na tvorbě velofaryngeálním uzávěru. (Vohradník, 2001) Masáže jsou prováděny ukazováčkem, který posunujeme středem tvrdého patra směrem k měkkému patru, které zároveň stlačíme

směrem vzhůru. Při lehkém a nenásilném zvedání patra dítě hlasitě pronáší hlásku (a). (Sovák, 1972) Navíc se vyvolává dávicí reflex, pomocí něhož je stah patra výraznější než při fonaci. Masáže je nutné aplikovat pravidelně, a to třikrát denně asi desetkrát nebo po dobu jedné minuty. (Škodová, Jedlička, 2007)

Dýchací a foukací cvičení

Tyto formy cvičení přispívají ke zlepšení výdechového proudu vzduchu, který je potřebný pro řeč, správnou polohu jazyka a funkci patrohltanového závěru. (Kerékretiová, 1991) Dítě se učí vydechovat více ústy než nosem, a to formou zábavných cvičení. Např. foukání do vatových kuliček – hra na fotbal, dále do papírových panáčků – hra na závody, sfoukávání svíčky, foukání na hudební nástroje (píšťala, ústní harmonika. (Sovák, 1972)

Polykací cvičení

Toto cvičení se využívá k posílení svalstva patrohltanového závěru. Dítě zpočátku polyká hustou tekutinu, později řidší, s hlavou zakloněnou vzad a potom vpřed. Též se používá nácvik pití tekutiny brčkem. (Škodová, Jedlička, 2007)

4.3.2 Logopedická korekce porušené nosní rezonance

Pokud je velofaryngeální uzávěr dostatečný, je úspěšnost logopedické korekce nosní rezonance dobrá, i když dítě tento uzávěr ještě neumí využívat. Cvičení v této oblasti jsou zaměřena:

- k zlepšení stavu hypernazality - přispívá zvětšený čelistní úhel při artikulaci. Ke zvětšení čelistního úhlu a lepší oralitě je též vhodné využití zpěvu,
- k zlepšení směru výdechového proudu – cvičení pomáhají udržovat souvislý výdechový proud vzduchu, který později tvoří základ k vyvození a nácviku friaktiv (např. foukání nebo pískání spojené s fonací),
- k zmenšení možnosti úniku vzduchu do nosu – lze zabránit mechanicky, tj. lehkým stlačením nosních křídel, použitím vatových tamponů. Cvičení provádím jen přechodně v první fázi nácviku, neboť

má dvě nevýhody, jednak postižení zvuku nosovek a spoléhání dítěte na mechanickou zábranu a tím i jeho pohodlnosti neučit se vědomé ovládání výdechového proudu vzduchu a jeho směřování jednou do úst a podruhé do nosu. (Škodová, Jedlička, 2007)

4.3.3 Cvičení artikulae a řeči

Při těchto cvičení musí logoped postupovat systematicky a dbát speciálně pedagogických zásad. Úprava artikulace je rozdělena na čtyři základní etapy: (Škodová, Jedlička, 2007)

I) Přípravná cvičení – zaměřeno na cvičení motoriky mluvidel a nácvik fonemické diferenciacie

a) oromotorika

- jazyk nesmí pasivně ležet v ústní dutině, ale ani vysoká poloha jazyka není optimální, neboť tvoří překážku artikulačnímu proudu vzduchu, který se potom vrací a vychází ven nosem místo ústy. Zároveň dbáme na to, aby dítě při řeči dostatečně otvíralo ústa, (Kerékretiová, 1991)
- cvičení oromotoriky
 - našpulení rtů a široký úsměv při zavřených ústech
 - mezi horním rtem a nosem udržet tužku
 - dolními zuby kousnout do horního rtu a naopak
 - nafouknout tváře a udržet vzduch v dutině ústní
 - vzduchovou bublinu posouvat zprava doleva v dutině ústní, (Kerékretiová In: Klenková, 1998)

b) rozvoj fonemického sluchu

- nedokáže-li dítě rozlišit hlásky zvukově podobné, pak jen obtížně je bude správně napodobovat
- vhodné je provádět cvičení fonemické diferenciacie. (Škodová, Jedlička, 2007)

II. Vyvozování hlásek – vycházíme z napodobování různých přírodních zvuků. (Sovák, 1972) Vadné hlásky nenapravujeme, ale vyvozujeme nové. Zde

hodně využijeme metodu pomocných hlásek (substituci). (Škodová, Jedlička, 2007)

a) výslovnost samohlásek

- dítě se učí vyslovovat samohlásky jasně, zřetelně s dostatečně otevřenými ústy a se správnou polohou rtů a jazyka (posiluje se oralita, tj. artikulace vpředu),
- postupuje se v řadě: a – o – u – e – i. (Sovák, 1972)

b) výslovnost souhlásek

- logoped musí dohlížet na to, aby se celá artikulační báze přenesla dopředu, tj. na odpovídající artikulační okrsky. Podporuje se též oralita na úkor nazality (artikulační pohyby mluvidel jsou nacvičovány tak, aby maximum výdechového proudu bylo použito k vyslovování a neunikalo do nosu),
- obzvláště důležitý je princip minimální akce, tj. vyslovování při úplném uvolnění mluvidel a u celkového uvolnění těla,
- začínáme hláskami prvního artikulačního okrsku a postupně směřujeme k dalším. (Sovák, 1972)

III. Fixace hlásky – je to dlouhodobý proces a velmi individuální záležející na schopnostech dítěte (paměť, pozornost, intelekt, případně kombinace s jinou diagnózou).

IV. Automatizace – délka trvání této fáze je též individuální. Kromě mechanického opakování jednotlivých předříkaných slov, spočívá v produkci bez přímého řečového vzoru, dále pak v užití navozeného slova ve spojení s jiným (ve větě, básničce, atd.). (Škodová, Jedlička, 2007)

Celý proces terapie je dlouhodobá individuální záležitost, kde je důležitá kooperace rodičů s logopedem. Během terapie by měly být dodržovány následující zásady:

- cvičení přizpůsobujeme věku, mentalitě a rozumovým schopnostem dítěte,
- vyhýbáme se nudným cvičením (i ty nejlepší míněné pokusy přesvědčit dítě o potřebě cvičení se mohou setkat s neúspěchem a nechutí k řeči),

- každé cvičení by mělo být pro dítě motivujícím, tzn. s nějakou zajímavou činností pro dítě,
- cvičení by mělo probíhat pravidelně, krátce, ale často (ne déle než 3-5 min, ale až 10-15 denně),
- u citlivých dětí necvičíme před sourozenci, neporovnáváme chybnou výslovnost se správnou u sourozenců,
- nešetříme pochvalou,
- nesprávnou výslovnost nikdy neopravujeme, ale tvoříme nové správné zvuky,
- při cvičení zapojujeme smyly - sluch, zrak a hmat,
- naučené hlásky procvičujeme ve slovech, v krátkých větách, nikdy ne izolovaně,
- dbáme na to, aby naučené hlásky dítě používalo i při řeči doma, při hře s kamarády,
- neopravujeme chybnou výslovnost při rozhovoru, nepřerušujeme dítě v přirozeném vyjadřování jeho myšlenek,
- výslovnost fixujeme pomocí ustálených řečových návyků, při vyprávění, při prohlížení obrázků, básniček a zajímavých příběhů.

Logopedická terapie je často dlouhodobá, a to až do dospělého věku. Ke každému jedinci musíme přistupovat individuálně a správně volit ty nejvhodnější a nejpříjemnější postupy. (Kerékretiová, 1991)

4.4 Prognóza palatolalie

Prognóza palatolalie je v současnosti díky novým diagnostickým možnostem, operačním technikám a včasné a odborné informovanosti rodičů velmi dobrá. (Škodová, Jedlička, 2007) Díky rané a úspěšné chirurgické péči (Kerékretiová, 2008) a zároveň při současné systematické logopedické péči se řeč dítěte dostane na potřebnou komunikační úroveň nebo až na normu, a to již v předškolním věku. (Škodová, Jedlička, 2008) V případech přetrvávající těžké palatolalie, a to i po chirurgickém zákroku, se logopedická terapie zaměřuje na

dosažení takového stupně srozumitelnosti řeči, jenž umožní jedinci verbální komunikaci. (Kerékretiová, 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 DEFINOVÁNÍ CÍLE A HYPOTÉZ

Praktická část je zaměřena na děti s orofaciálními rozštěpy, jejich logopedickou intervencí a na spolupráci rodičů s odborníky. Byla sledována práce logopeda s dětmi, způsob a obsah logopedické intervence, komunikace s rodiči. Dále provádění doporučených cvičení v domácím prostředí, jejich obsah a rozsah provedení. V návaznosti na logopedickou intervencí byl sledován průběh integrace jedince do společnosti.

Cílem práce bylo celkové zhodnocení péče o dítě s rozštěpovou vadou s důrazem na logopedickou intervencí.

K dosažení cíle byly stanoveny dvě hypotézy:

Hypotéza H1: úspěšnost logopedické intervence závisí na podílu vlivu účasti rodiny při realizaci domácí logopedické péče.

Hypotéza H2: integrace dítěte s orofaciálním rozštěpem do společnosti souvisí s úspěšnou logopedickou intervencí

5.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Objektem sledování jsou dvě děti s rozštěpovými vadami, jedno s rozštěpem tvrdého a měkkého patra, druhé s rozštěpem měkkého patra. Každé z nich spadá do jiné věkové skupiny (mladší školní věk a předškolní věk), do jiného typu rodiny (úplná, neúplná). Též se výrazně liší přístup rodičů k logopedické intervencí (aktivní, pasivní). Dalšími objekty jsou logopedičtí pracovníci (klinický logoped a logopedka mateřské logopedické školy) a též rodiče dětí.

5.2 Harmonogram postupu

V přípravné fázi byl nejdříve stanoven hlavní cíl, hypotézy a výběr vhodných metod. Následovalo shromažďování informací ohledně problematiky orofaciálních rozštěpů. Nejdříve byla problematika mapována pomocí internetových zdrojů, poté začaly být vyhledávány odborné publikace, časopisy, články, výzkumné zprávy v knihovnách. V této fázi bylo velmi komplikované sehnání odborných knih, neboť některé publikace se vyskytují ve velmi malém počtu a některé jsou pouze v zahraniční literatuře. Současně se shromažďováním teoretických zdrojů probíhalo vyhledávání rodičů s dětmi s problematikou orofaciálních rozštěpů. První rodina byla zprostředkována díky vstřícnému přístupu paní ředitelky mateřské logopedické školky, která poskytla kontakt jak na rodiče, tak i na jejich logopeda. Po oslovení rodičů byly dohodnuty termíny setkání v rodině a rovněž i u logopedického pracovníka. Další rodina vyskytující se v místě mého původního bydliště nejdříve přislíbila spolupráci, ale později ji odmítla z důvodu traumatického zážitku matky z celého procesu léčby. Rodina následující byla zkontaktována na základě doporučení dětského pediatra. Též byly dohodnuty pravidelné termíny setkávání. Délka trvání této fáze probíhala od března 2012 do srpna téhož roku.

V realizační části byla nejdříve vytvořena osnova obsahu celé práce, tak aby na sebe jednotlivá témata logicky navazovala. Poté byla postupně zpracována teoretická část práce (září až listopad 2012). Zároveň probíhalo setkávání s rodiči dětí s orofaciálními rozštěpy a logopedy (květen až – listopad 2012)

V poslední vyhodnocovací fázi byla provedena analýza dokumentů, dat a analýza práce logopeda a vyhodnoceny závěry práce (listopad 2012 – leden 2013).

5.3 Metody práce

Pro tuto práci byly použity teoreticko – empirické metody. Jedna z vybraných metod byla přímé pozorování, sledování. Během práce byly sledovány děti s orofaciálními rozštěpy při logopedické intervenci, jak při

odborném působení logopedických pracovníků, tak i při domácí logopedické intervenci za účasti rodičů. Následně byly děti pozorovány v průběhu začlenění do společnosti, konkrétně do předškolních a školních zařízení.

Dále byla vybrána metoda nestrukturovaného rozhovoru, který se týkal rodičů dětí a logopedických pracovníků. Dále byla použita kazuistika, kdy byly zpracovány jednotlivé případy u dětí s orofaciálními rozštěpy, jejich rodinná, osobní a sociální anamnéza. Též byla využita analýza dokumentů, dat, práce logopeda (lékařské zprávy, zprávy pedagogicko-psychologických poraden, zprávy speciálně-pedagogických center, individuální vzdělávací plány, postupy logopedických pracovníků).

5.4 Kazuistika č. 1

Pohlaví: chlapec

Věk: 3 roky

Diagnóza: rozštěp tvrdého a měkkého patra

Rodinná anamnéza

Matka: 30 let, zdráva, v dětství porucha výslovnosti (r), v 3-4 letech koktavost pouze 2-3 měsíce

Otec: 30 let, lupénka, jinak zdravý, jeho bratr schizofrenie, jeho otec lupénka

Osobní anamnéza

Těhotenství, porod: plánová první gravidita, 2–3 týden vysoké teploty 40° C, porod spontánní v 39 týdnu + 2 dny, dlouhý průběh 24 h, váha, hypertrofický hoch, váha 4.470 g, výška 53 cm, hypoxie za porodu, ale poporodní adaptace dobrá. Následně problém s příkládáním pro rozštěp a krátké bradavky. První měsíc výrazný úbytek na váze, poté výrazné zlepšení. Krmení pomocí širokého dudlíku. Velmi náročné období pro rodiče. V pěti měsících krmění lžičkou, do operace patra pouze tekutá strava.

Psychomotorika: z tohoto hlediska není výrazně opožděn, začátek sezení a lezení si matka nepamatuje, lezení nebylo výrazné, chodit bez opory začal v 13 měsících, nyní dle pediatra vše v normě.

Multidisciplinární péče: Od čtvrtého týdne v péči na klinice plastické chirurgie FN Vinohrady. V pátém měsíci vyšetření foniatrem, zjištěna převodní nedoslýchavost, narušení funkce Eustachovy trubice a hromadění sekretu ve středouší (po operaci pouze 5%, s růstem hlavy se postupně tlaky začnou vyrovnávat samy). Operace patra plánovaná na 7 měsíc, ale pro záněty horních cest dýchacích přeložena na 10 měsíc. Plastická operace patra proběhla bez komplikací a po 14 dne propuštění do domácí péče. Doporučena měkká kašovitá strava a masáže patra. Poté pravidelné kontroly v FN Vinohrady. Z hlediska stomatologického doporučena důsledná hygiena, první zuby prořezány až po prvním roce. Z psychologického hlediska je chlapec v pořádku, motorický vývoj bez výraznější retardace. Z celkového pohledu rodičů je péče na vysoké odborné úrovni. Popisují však nedostatek informovanosti ze strany personálu a mizivou psychickou a emocionální podporu.

Logopedická péče: Chlapec byl ve dvou letech svěřen do péče klinického logopeda. V rozštěpovém centru považovali logopedickou péči za méně podstatnou (dle vyjádření matky) a tak pouze z vlastního zájmu rodičů byla tato péče chlapci zprostředkována.

a) analýza práce klinického logopeda: chlapec dochází s rodiči ke klinickému logopedovi jednou za tři měsíce. Logopedická intervence je především zaměřena na rozvoj mluvidel a podporu celkového rozvoje řeči.

1) Motorika mluvidel (každý cvik přibližně 10x)

- vyplazovat a zasunovat jazyk,
- olizovat horní a dolní ret (odděleně),
- dávat jazyk (špičku) nahoru na patro, pak za dolní zuby,
- mlaskat jazykem o horní patro,
- nafukovat tváře (pevně stisknout rty),
- špulit rty a pak roztáhnout koutky úst,
- cenit zuby a pak našpulit rty,

- dávat střídavě přes sebe horní a dolní ret,
- hluboký nádech, dlouhý výdech,
- hluboký nádech, dlouze (á), (ó), (é), (ú).

2) Použití zvukomalebných slov v běžné mluvě

- Í myš
- É umazané dítě
- Á dítě u lékaře
- Ó dítě (slunečnice)
- Ú parník
- ÁÚ bolest
- ÚA lev
- JÉ příjemné překvapení
- PÁ PÁ mávání
- FÍ vítr
- FUJ nelibost
- UF únava
- DUDU dudlík
- NE NE nechci
- TIK TAK hodiny
- ŤAPY ŤAP dítě se učí chodit
- MŇAM něco dobrého
- KAPY KAP kape voda z kohoutku
- KÝCH nemocné dítě
- HÚ vlak vjíždí do tunelu
- HAM dítě jí
- HALÓ při telefonování
- HOUPY HOU houpačka
- ŠŠŠ vláček
- ŽUCH spadl pytel
- CINK zvoneček
- BÁC pád (ale šťastný)

- PACI PACI dítě tleská.

3) Podpora rozvoje řeči

- Obecné okolnosti
 - ✓ na dítě nevyvíjet nátlak, aby opakovalo,
 - ✓ dodržovat klidný režim a prostředí,
 - ✓ poskytovat odpovídající množství podnětů,
 - ✓ poskytovat dítěti dostatek tělesného kontaktu, mazlení, dotyků,
 - ✓ nezdůrazňovat před dítětem jeho obtíže.
- Podpora motoriky
 - ✓ umožnit dítěti dostatek pohybu pro rozvoj hrubé motoriky,
 - ✓ rozvíjet jemnou motoriku prstů (úchop a třídění drobných předmětů, čárání, malba prstovými barvami, vytváření stop prsty do písku, hra s vodou, hra s prsty).
- Podpora smyslu pro rytmus
 - ✓ vytleskávání rytmu, chůze do rytmu,
 - ✓ básničky a písničky.
- Podpora nápodoby
 - ✓ používání gest a gestikulace, spojování řeči s pohybem,
 - ✓ používání výrazné modulace hlasu,
 - ✓ používání výrazné mimiky,
 - ✓ nabízet dítěti jednoduchá, krátká slůvka (citoslovce),
 - ✓ opakovat v různých variacích.
- Rozšíření mluvních projevů dítěte
 - ✓ opakování slůvek po dítěti a rozšíření, obměna v různých variacích,
 - ✓ ukazuje-li dítě, rodiče mluví za něj, aby mu ukázali, že rozumí jeho projevům.
- Materiály pro rozvoj řeči
 - ✓ obrázkové knihy s barevnými fotografiemi z prostředí dítěte (jeho hračky, známí lidé, oblečení, zvířata, apod.),
 - ✓ soubory obrázků na opakované prohlížení,

- ✓ soubory obrázků s jednoduchým dějem,
 - ✓ nahrané zvuky z okolí, písničky, básničky + obrázky,
 - ✓ opakované prohlížení a vyprávění nad stejnými obrázky,
 - ✓ hry s maňásky – povídání, dialog,
 - ✓ stavebnice, zvířátka, zvukové hračky,
 - ✓ pomůcky pro rozvoj dýchání,
 - ✓ puzzle, skládačky, modelína, prstové barvy, trojhranné pastelky,
 - ✓ jednoduché hudební nástroje (bubínek, trumpetka, flétnička).
- Využívání sociálních situací
 - ✓ pozdravy,
 - ✓ hry typu „ukáž jak jsi veliký“, „vařila myšička kašičku“, apod.,
 - ✓ stimulovat v dítěti pocit důležitosti – aby nám pomohlo, něco doneslo,
 - ✓ na závěr dne si vypravovat, co jsme prožili, jaký byl den.

b) analýza činností vykonávaných doma rodiči: cvičení doporučená logopedem jsou pravidelně prováděna, a to v krátkých časových intervalech (cca 5-10 min.). Otec i matka vynakládají velké úsilí a věnují chlapci v této činnosti důslednou péči. Mezi hlavní domácí cvičení patří stimulace mluvidel (cvičení pro jazyk, rty), používání zvukomalebných slov v běžné řeči, prohlížení obrázkových knih, popisování činností, předmětů, hry typu „vařila myšička kašičku“, básničky, písničky. Matka vede deníček slov a slovních spojení, které dítě postupně užívá.

Vývoj řeči (dle záznamů matky):

15 měsíců: první slova (mama, baba)

1 rok, 16 měsíců: používá 29 slov,

1 rok, 18 měsíců: 36 slov, opice – říká opi, bába – znamená banán, žába, čau – říká tau, čaj – taj, Rád'a – Ad'a, Honza – Hoňa, kolo – tolo, éro – álo, metr – meme, dveře – děde, hřebík – bebík, lopata – pata, apod.

Sociální anamnéza

Chlapec pochází z úplné rodiny. Sourozence nemá. Ve vztahu k vrstevníkům (např. při hře na hřišti) se nijak neodlišuje od zdravých dětí, projevuje se

přiměřeně jeho věku. Matka s ním navštěvuje dětské kolektivy, od 3 let plánuje umístění chlapce do mateřské školy. V současnosti je v řešení, zda chlapec nastoupí do logopedické mateřské školy nebo do normální mateřské školy. Logopedem je spíše doporučována logopedická školka, pediatr doporučuje normální školské zařízení.

Rodiče se velice zajímají o vývoj chlapce, věnují mu dostatek času jak v základní péči, tak i v činnostech vedoucí k cílenému rozvoji jeho osobnosti. Od jeho narození pravidelně docházejí do rozštěpového centra FN Královské Vinohrady, perfektně spolupracují s odborníky, dochází na kontroly a dodržují veškeré rady a řídí se pokyny odborníků. Též studují odbornou literaturu a zajímají se o další průběh léčby chlapce. Chlapec je rodiči pozitivně stimulován a podporován ve všech jeho činnostech.

ZÁVĚR kazuistiky č. 1

Dle vyjádření rodičů byla a je chlapci poskytována vysoce kvalitní odborná péče ve většině oborů týkající se rozštěpové vady. Velkým deficitem pro ně byla nulová informovanost o nutnosti logopedické intervence v rozštěpovém centru. Logopedická péče byla tedy zahájena až z vlastní iniciativy a zájmu rodičů. Péči klinického logopeda považují za vysoce odbornou, řídí se jeho pokyny, provádějí doma jím doporučená cvičení. Dle diagnostiky logopeda se u chlapce jedná o opožděný vývoj řeči. Prognóza je velmi optimistická vzhledem k dobré mentální úrovni chlapce a především k důslednému dodržování jeho pokynů a k pravidelnému procvičování v domácím prostředí a k výborné spolupráci s rodiči. Otázku integrace chlapce do společnosti nelze v současnosti vzhledem k věku chlapce objektivně hodnotit. Dle vyšetření pediatra a psychologa je dítě v normě a je zde velký předpoklad k normálnímu začlenění dítěte mezi zdravé vrstevníky. Z hlediska logopedického je doporučována logopedická mateřská škola s tím, že dítě při pokračující odborné logopedické intervenci a pozitivním přístupem rodičů k terapii, bude moci s velkou pravděpodobností ve školním věku nastoupit do běžné základní školy.

5.5 Kazuistika č. 2

Pohlaví: chlapec

Věk: 7 let

Diagnóza: Beckwith Wiedemann syndrom, symptom rozštěp měkkého patra
Beckwith Wiedemann syndrom – vyšší porodní hmotnost, velký jazyk, rozšířené orgány (játra, ledviny), nízká hladina cukru v krvi, ušní záhyby, tělo roste asymetricky, srdeční vady, rozštěpy, pupeční anomálie, zvýšené riziko maligních nádorů.

Rodinná anamnéza

Matka: 25 let, přenašečka syndromu Beckwith Wiedemann, jinak zdráva, v rodině matky hypertenze

Otec: 28 let, zdrav, v jeho rodině žádné závažné onemocnění

Bratr (starší): syndrom Beckwith Wiedemann, rozštěp močové trubice, v rámci syndromového postižení pupeční kýla, velký jazyk, mikrocephalie

Bratr (mladší): syndrom Beckwith Wiedemann, epileptik

Osobní anamnéza

Těhotenství, porod: neplánovaná druhá gravidita, ke konci těhotenství preeklampsie, předčasný porod v 36. týdnu císařským řezem, váha 4500 g, 50 cm, silná poporodní žloutenka – fototerapie, zjištěn Beckwith Wiedemann syndrom, pupeční kýla – operace druhý den, srdeční vada – operace aorty pátý den po porodu, zvětšené ledviny, boltce s defekty, nízká hladina cukru, rozštěp měkkého patra. Nebyl kojen, problémy se sáním kvůli rozštěpové vadě, problém při podávání umělé výživy, mléko protékalo ven nosem.

Psychomotorický vývoj: V motorickém vývoji je dle pediatra opožděn o půl roku. Dle záznamů matky začal chodit bez opory v 18 měsících, pleny byly užívány do 3 let.

Multidisciplinární péče:

Chlapec byl druhý den po narození operován na pupeční kýlu a pátý den proběhla operace aorty. Vzhledem k velkým zdravotním komplikacím nemohla být provedena operace rozštěpové vady. Až ve dvou letech (po přestěhování do

Prahy) byla ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady úspěšně provedena operace měkkého patra. Chlapec pravidelně absolvuje kontroly na foniatrii, stomatologii, ortodoncii. Více informací ohledně celkové péče nebyla matkou poskytnuta.

Psychologické vyšetření: diagnostikováno ADHD, lehká mentální retardace. Ve čtyřech letech bylo doporučeno zařazení dítěte do předškolního zařízení, což nebylo realizováno, neboť matka byla na další mateřské dovolené s mladším sourozencem. V pěti letech absolvoval vyšetření ve Speciálně pedagogickém centru, a to pouze jedno skupinové sezení (z nedostatku času matky). Z pohledu psychologa potřebuje pevné hranice, jasné a zřetelné pokyny, správné vzorce chování. Znovu bylo doporučeno zařazení do předškolního kolektivu.

Logopedická péče: Logopedickou péčí matka vůbec nepovažovala za potřebnou. Ve třech letech byl doporučen pediatrem k odbornému vyšetření ke klinickému logopedovi. Byla diagnostikována primárně nápadná palatolalie, opožděný vývoj řeči. První slova (typu máma, auto) ve třech letech. Ve 4 letech odpovídá mentální úrovni 3 let. Objevují se jednoduché věty, snaží se komunikovat, opakovat a napodobovat výrazy, srozumitelnost výrazně snižená, projev samohláskové řeči. V pěti letech mluví ve čtyřslovných větách, srozumitelnost řeči není stále dobrá, méně než 25%. Je doporučena intenzivní logopedická péče, a to u klinického logopeda a v předškolním zařízení. Chlapec v pěti letech nastupuje do logopedické mateřské školy. Bohužel docházka je velmi nepravidelná, též pravidelné návštěvy u klinického logopeda jsou poměrně často vynechávány (matka je velmi časově vytížena, je samoživitelkou tří dětí).

a) analýza práce logopeda v logopedické mateřské škole: chlapec v pěti letech nastupuje do logopedické mateřské školy. Bohužel docházka je velmi nepravidelná. Též pravidelné návštěvy u klinického logopeda jsou poměrně často vynechávány (matka je velmi časově vytížena, je samoživitelkou tří dětí), nejsou dodržovány ani kontroly 2x do roka. Klinický logoped je v kontaktu s logopedem v logopedické mateřské škole, který přebírá celkovou

logopedickou intervenci. V průběhu dne v MŠ se chlapec účastní denně skupinových i individuálních logopedických cvičení pod vedením logopeda. Ze začátku byl kladen důraz na dechová, fonační cvičení, na motoriku mluvidel a dále na slovní zásobu a artikulaci.

1. Motorika mluvidel – každý den po chvilkách, vše formou hry:

- Cvičení pro rty
 - ✓ přetáhnout spodní ret přes horní,
 - ✓ přetáhnout horní ret přes spodní,
 - ✓ schovat oba rty současně,
 - ✓ našpulení rtů (jako kapřík),
 - ✓ povytažení pravého koutku směrem k uchu,
 - ✓ povytažení levého koutku směrem k uchu,
 - ✓ současné povytažení oběma ústními koutky do stran,
 - ✓ úsměv, střídání našpulených rtů s ústy.
- Cvičení pro jazyk před ústy
 - ✓ přejíždění špičkou jazyka přes horní ret,
 - ✓ přejíždění špičkou jazyka před spodní ret,
 - ✓ vysouvání jazyka ke špičce nosu,
 - ✓ vysouvání jazyka co nejvíce k bradě,
 - ✓ vysouvání jazyka směrem k pravému uchu, poté k levému uchu,
 - ✓ pohybování jazykem nahoru a dolů,
 - ✓ pohybování jazykem vpravo a vlevo,
 - ✓ dotýkání se špičkou jazyka středu horního rtu, spodního rtu,
 - ✓ střídavé dotýkání se špičkou jazyka středu horního a spodního rtu.
- Cvičení pro jazyk v ústech
 - ✓ vodorovné vysouvání jazyka před ústa,
 - ✓ přejíždění špičkou jazyka po vnější straně horních zubů, spodních zubů,
 - ✓ přejíždění špičkou jazyka po vnitřní straně horních zubů, spodních zubů,
 - ✓ zvedání bočního okraje jazyka a udělání roličky,

- ✓ přitisknutí špičky jazyka za horní řezáky,
- ✓ ponechání jazyka volně ležet v ústech,
- ✓ přisání celé plochy jazyka na horní patro,
- ✓ vytlačení špičky jazyka do levé, poté do pravé tváře „boule“.
- Cvičení pohyblivosti měkkého patra
 - ✓ šeptání,
 - ✓ pití brčkem,
 - ✓ bublifuk.

2. Dechová cvičení - nácvik správného nádechu, výdechu, procvičování správného nasměrování výdechového proudu, ovládnutí jeho intenzity:

- Cvičení nádechu
 - ✓ prodloužený nádech nosem bez zvedání ramen,
 - ✓ např. přičichnutí ke květině, k voňavce, apod..
- Cvičení výdechu
 - ✓ prodlužování a zpomalení výdechové fáze,
 - ✓ foukání do bublifuku, pířka, větrníku, flétny, foukání brčkem do vody.
- Usměrnování výdechového proudu vzduchu
 - ✓ foukání do papírových kuliček (závody), foukání do dlaní (zahřátí), foukání do papírových lodiček ve vodě.

3. Fonační cvičení – prováděna současně s dechovými cvičeními, jsou zaměřena na mluvní a pěvecký projev:

- Napodobování zvuků
 - ✓ napodobování zvuků a hlasů zvířat – hůůů, bééé,
 - ✓ hluboký nádech – hluboký výdech + přidání hlásky ááá, ééé, ííí, óóó, úúú,
 - ✓ vyslovování jednoduchých říkadél spojená s pohybem – Paci, paci.

4. Fonematický sluch – zaměřeno na rozlišování zvuků a jeho intenzity

- ✓ poznávání různých zvuků (hudební nástroje, mačkání papíru, apod.)
- ✓ chlapec měl velmi oblíbenou hru „Pexeso pro uši“

5. Rozvoj slovní zásoby

- pasivní slovní zásoba
 - ✓ spojování pojmů s konkrétními předměty (ukaz medvídka, apod.),
 - ✓ výběr určitých obrázků (vyber ovoce, zeleninu),
 - ✓ vytváření skupin předmětů (vyber červené kruhy).
- aktivní slovní zásoba
 - ✓ pojmenování, popis předmětů, obrázků,
 - ✓ vyprávění jednoduché pohádky dle předlohy,
 - ✓ vytváření antonym (malý – velký).
- gramatika – gramatické uvědomování, odstraňování gramatických dysgramatismů, stupňování, tvoření množného čísla, orientace na předložky, tvorba sloves.

6. Rozvoj hrubé, jemné motoriky, grafomotoriky – zajišťuje učitelka mateřské školy během výchovné činnosti v průběhu dne (pohybové hry spojené se zpěvem, říkadly, gymnastika, relaxační cvičení, mozaiky, puzzle, stavebnice, kreslení a malování).

7. Artikulace – vzhledem k velké anomálii (malý čelistní úhel, postavení jazyka, postavení zubů) velmi pomalý průběh. Velmi dobře zvládl (b), (p), (m), (v), (f).

b) analýza činností vykonávaných doma rodiči: cvičení doporučená klinickým logopedem a logopedem z mateřské školy nejsou vůbec v domácím prostředí realizována. Matka upřednostňuje názor, že všechna potřebná péče je poskytována v mateřské škole. I ze sdělení logopeda mateřské školy nejsou zadávané úkoly (forma „hravého sešitu“) vůbec prováděny.

Pedagogická anamnéza:

Po nástupu do mateřské školy je velmi svéhlavý a nezvladatelný. Nemá společenské a hygienické návyky. V této oblasti ovšem nastalo rychlé zlepšení, chlapec pochopil řád a režim dne. Sociálně je velmi chápavý, mazlivý, citlivě vnímá různé negace. Je živý, aktivní, veselý, v kolektivu má málo kamarádů. Nevydrží se dlouho soustředit na jednu činnost, přebíhá od jedné k druhé.

Psychomotorika: V 5 letech po nástupu do předškolního zařízení je motorika dle učitelky mateřské školy hodnocena následovně: vážne koordinace jemné motoriky, rozvoj grafomotoriky, pozornosti, je lehce neobratný, má horší koordinaci. První rok v mateřské škole bylo cílem zaměření na nácvik výtvarných činností (nebyl zvyklý kreslit, malovat), byl kladen důraz na přesnější provedení a dokončení práce. Po roce výrazné zlepšení výtvarné činnosti (viz. kresba postavy), dobře stříhá, modeluje. Dále je potřeba rozvíjet grafomotoriku, práci s pracovními sešity, zaměřit se na soustředěnost při práci. V oblasti hrubé motoriky se snaží, ale má ještě velké rezervy (koordinace, neobratnost).

Oblast rozumová: počítá do pěti, pojmenuje, vyhledá geometrické tvary, zvířata, dopravní prostředky, zná všechny barvy, zná lidské činnosti. Zde je kladen důraz na samostatnost a rozvoj matematických představ. Po roce jsou znalosti na velmi dobré úrovni, jen je třeba dbát na dokončení práce.

Sociální anamnéza

Chlapec pochází z neúplné rodiny, má staršího a mladšího bratra. Každý z dětí má jiného otce. Matka je na celou péči o všechny chlapce sama a je velmi časově vytížená. K výchově přistupuje volnějším způsobem, přesto je velmi přístupná všem informacím o správné výchově a vzdělávání chlapce.

Do kolektivu se chlapec dostal poprvé na skupinovém sezení ve Speciálně-pedagogickém centru (bohužel absolvoval pouze jediné). Zde se v kolektivu velmi rychle zadaptoval na nové prostředí, děti i dospělé. Byl pozitivně naladěný, sice se projevovaly známky ADHD, které se daly usměrnit. V pěti letech nastoupil do mateřské školy, kde byl ze začátku svéhlavý, mezi vrstevníky se moc nezařazoval. Po dvou letech působení v mateřské škole nastalo výrazné zlepšení ve všech oblastech. Je zvědavý, komunikativní, rád se zapojuje do hovorů. Rozumově a znalostně je na dobré odpovídající úrovni jeho věku. Velmi dobré výsledky má v oblasti výtvarné činnosti. Řeč ovšem dále zůstává nesrozumitelná. Velkou úlohu zde sehrává role matky, která pro svoji časovou vytíženost, kdy se musí sama starat o tři děti, nevěnuje

dostatečnou pozornost spolupráci s logopedem a dalšími odborníky a neřídí se jimi doporučenými postupy.

ZÁVĚR kazuistiky č. 2

Dle vyjádření matky byla chlapci poskytnuta celková odborná péče na dobré úrovni. Matka se bohužel hlouběji o celý proces nezajímá, nedokáže si uvědomit význam a důležitost její péče o chlapce. Z logopedického hlediska se nezajímala o možnost této intervence a prvotní vyšetření u klinického logopeda bylo realizováno až na základě doporučení pediatra ve třech letech chlapce. Zpočátku matka chodila s chlapcem na pravidelné kontroly, ale později z časových důvodů byla tato činnost postupně vynechávána a logopedická intervence se zcela přesunula na logopeda v logopedické mateřské škole, která vykonává cvičení dle plánu. Dle získaných informací nejsou v domácím prostředí vykonávána logopedická cvičení. Dle diagnostiky klinického logopeda se jedná o palatolalii a opožděný vývoj řeči. Řeč je stále málo srozumitelná, výslovnost špatná, slovní zásoba je poměrně slušná, chlapec mluví ve větách. Prognóza je méně optimistická v důsledku nedodržování rad a pokynů logopeda, neprocvičování v domácím prostředí a horší spolupráce s matkou. Vzhledem ke všem okolnostem a na základě logopedického a psychologického vyšetření, nebylo doporučeno další setrvání chlapce v logopedické mateřské škole. Od září 2013 nastoupil chlapec do přípravného ročníku speciální logopedické základní školy.

5.6 Interpretace výsledků

Na základě realizace setkání se dvěma odlišnými rodinami mající děti s orofaciálními rozštěpy a možnosti seznámení s jejich odlišnými názory a příběhy, byly získány velmi cenné informace ohledně tematiky této práce. Dle získaných údajů byly vyhodnoceny následující výsledky:

Hypotéza H1: úspěšnost logopedické intervence závisí na podílu vlivu účasti rodiny při realizaci domácí logopedické péče – **byla potvrzena.**

Jak vyplývá z případu první rodiny je dle prognózy klinického logopeda velice znát pozitivní přístup rodičů k domácí logopedické intervenci. Řídí se pokyny a

radami klinického logopeda, což se velice dobře promítá na celkovém vývoji řeči chlapce. I když je v současnosti stanovena diagnóza opožděného vývoje řeči, je zde velká naděje, že chlapec bude do období jeho vstupu do základní školy na úrovni normy. V případě druhé rodiny, kdy matka v podstatě neprojevuje zájem o logopedickou intervenci a v domácím prostředí se vůbec nevěnuje doporučeným pokynům a cvičením, je bohužel velmi pomalé viditelné zlepšení v logopedické oblasti. V současnosti je diagnostikována palatolalie a opožděný vývoj řeči a dle doporučení logopeda je nezbytné, aby byla započata domácí logopedická intervence, a to vzhledem k další integraci chlapce do školského zařízení.

Hypotéza H2: integrace dítěte s orofaciálním rozštěpem do společnosti souvisí s úspěšnou logopedickou intervencí – **byla potvrzena.**

Na základě získaných informací lze konstatovat, že v případě první rodiny je velmi dobrá prognóza zařazení chlapce do společnosti. Matka dokáže dítě zapojovat do dětského kolektivu a chlapec je jím přijímán v normě odpovídající jeho věku. V případě druhé rodiny je i přes pravidelně poskytovanou odbornou logopedickou péči v logopedické mateřské škole doporučována docházka do přípravného ročníku speciální logopedické základní školy s tím, že integrace se nejvíce jeví jako vhodné řešení, neboť selhává pravidelná domácí příprava a vedení ze strany matky.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem Logopedické péče o dítě s rozštěpovou vadou. Cílem bylo zhodnocení celkové péče o dítě s rozštěpovou vadou s důrazem na logopedickou intervenci.

První část je teoretickým souhrnem problematiky orofaciálních vad, od základního vymezení terminologie, etiologie, klasifikace, přes symptomatologii, zvláště palatolalii až k multidisciplinární péči, obzvláště k logopedické intervenci. Na teoretickou část navazuje praktická část, jejíž součástí jsou kazuistiky dětí s orofaciálními rozštěpy, analýza jejich logopedické intervence, jak odborné, tak i domácí. Dále byla použita metoda pozorování a rozhovoru.

Ve výzkumné části byly formulovány dvě hypotézy. První hypotéza, a to že úspěšnost logopedické intervence závisí na podílu vlivu účasti rodiny při realizaci domácí logopedické péče, byla potvrzena. Druhá hypotéza ohledně integrace dítěte s orofaciálním rozštěpem do společnosti související s logopedickou intervencí byla též potvrzena.

Na základě prostudovaných teoretických poznatků a získaných informací v praktické části, byla objasněna důležitost včasné odborné logopedické terapie, která by měla být nezbytnou součástí multidisciplinárního přístupu k celkové péči, dále velký význam přístupu rodičů k vyskytlé situaci v rodině a jejich aktivní zapojení do včasné logopedické domácí intervence, neboť všechny tyto aspekty hrají důležitou roli při úspěšné integraci dítěte do společnosti.

Z hlediska komplexní péče, kterou zajišťují rozštěpová centra, je tato oblast v České republice hodnocena na velmi vysoké úrovni. Bohužel v oblasti logopedické péče je rodiči uváděna velmi nízká až nulová informovanost ohledně začátku a celého postupu logopedické intervence. Většinou se musí sami zajímat o tyto informace a zde velice závisí na jejich aktivním přístupu. Úspěšnost logopedické terapie se odvíjí od míry spolupráce rodičů s odborníky, kteří vedou celou terapii. Nejdříve je poskytována raná

logopedická péče, která má zajistit správný vývoj řeči dítěte zejména po obsahové stránce. V rámci této fáze probíhá edukace rodičů, demonstrace terapeutických metod, trénink rodičů a součástí je i psychoterapeutický rozhovor. V další fázi stimulace raného vývinu řeči je podstatný rozvoj zvukových projevů dítěte, poskytování správného řečového vzoru. Fáze přímé práce logopeda s dítětem je orientovaná na vybudování přijatelné a srozumitelné řeči.

Otázka aktivní účasti rodičů na domácí logopedické terapii je nezastupitelná a právě pozitivní spolupráce a dodržování pokynů a navržených postupů odborníky je základním pilířem k úspěšnému průběhu terapie. Správný vývoj řeči, ale i osobnost dítěte, mohou být významně ovlivňovány způsobem výchovy v rodině. A je-li dítě i se svou vadou ze strany rodiny akceptováno, vytváří si tak pozitivní postoj k sobě a získává velký předpoklad úspěšného začlenění do společnosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BALÁŠOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského s. r. o., 2002, ISBN 80-86723-05-4

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

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

DVOŘÁČEK, Z. *Standardy multidisciplinární péče o dítě s rozštěpem obličeje*. Čes.-slov. Pediat..2009, roč. 64, č.5, s. 236-241.

HÁLA, B., SOVÁK, M. *Hlas, řeč, sluch*. 2 vyd. Praha: Česká grafická Unie, a. s., 1947

JEDLIČKA, I. *Narušená komunikační schopnost v důsledku poruch hlasu*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007, s. 431 – 439. ISBN 978-80-7367-340-6.

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

KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 1998, ISBN 80-85931-62-1

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. vyd.1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, ISBN 80-247-1110-9

KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence*. vyd. 1. Praha: Portál, 1996, ISBN 80-7178-115-0

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2003, ISBN 80-7178-801-5

PETERKA, M., NOVOTNÁ B. *Úvod do teratologie, příčiny a mechanismy vzniku vrozených vad*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2010, ISBN 978-80-246-1780-0

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

SOVÁK, M. a kol. *Logopedie*. 2 upravené vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1972

SOVÁK, M. *Logopedie předškolního věku*, 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1986

SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1978

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2., aktualizované vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2007, ISBN 978-80-7367-340-6

VOHRADNÍK, V., *Poruchy řečové komunikace u velofaryngeální insuficience*. Dolní Břežany: SCRIPTORIUM, 2001, ISBN 80-86197-24-7

VOHRADNÍK, M. *Sluch u dětí s rozštěpovými vadami obličeje*. *Speciální pedagogika*, 1998, č. 2, s. 21-22

Seznam použitých zahraničních zdrojů

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Orofaciálny rázštep v klinicko-logopedickej praxi*. 1. Vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 1993, ISBN 80-223-0282-1

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

KOKAVEC, R. *Rázštepy pery a podnebia*. 1. vyd. Bratislava: TIMY, spol. s r. o., 2003, ISBN 80-8065-008-X

ORAVKINOVÁ, Z. *Raná logopedická intervencia u detí s rázštepom pery a podnebia*. 1. vyd. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2010, ISBN 978-80-10-02018-8

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Blanka Ptáčková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Logopedická péče o dítě s rozštěpovou vadou

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 50

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 19

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 4

Počet internetových zdrojů: 0

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fleischmannová