

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky



Logopedická intervence u jedinců s orofaciálním rozštěpem

Bakalářská práce

Brno 2023

Vedoucí práce:

Mgr. Kateřina Richterová

Vypracovala:

Eliška Kotzianová

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně dne

Podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Richterové, za její trpělivost, odborné rady a pomoc při zpracování této práce. Dále můj vděk náleží všem informantům výzkumu za jejich spolupráci a otevřenost. Chtěla bych také poděkovat celé rodině a příteli za jejich podporu a lásku.

Obsah

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| Úvod | 5 |
| 1 Teoretická východiska – orofaciální rozštěp | 7 |
| 1.1 Anatomie mluvních orgánů a jejich postižení při orofaciálním rozštěpu | 7 |
| 1.2 Epidemiologie, etiologie a klasifikace orofaciálních rozštěpů | 10 |
| 1.3 Symptomatologie rozštěpových vad a jejich důsledky | 13 |
| 1.4 Léčebné a rehabilitační možnosti pro osoby s orofaciálním rozštěpem | 18 |
| 2 Vymezení narušené komunikační schopnosti u osob s orofaciálním rozštěpem | 22 |
| 2.1 Terminologie a vymezení narušení zvuku řeči – rinolálie a palatolálie | 22 |
| 2.3 Specifika palatolálie – výskyt, klasifikace a symptomatologie | 24 |
| 2.3 Možnosti diagnostiky a terapie u jedinců s palatolálií | 28 |
| 2.4 Logopedická péče u osob s orofaciálním rozštěpem | 32 |
| 3 Logopedická intervence u jedinců s orofaciálním rozštěpem | 36 |
| 3.1 Vymezení cílů a metodologie výzkumu | 36 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného šetření | 38 |
| 3.3 Případové studie | 40 |
| 3.4 Analýza výsledků testu a rozhovoru | 58 |
| 3.5 Závěry výzkumného šetření | 66 |
| Závěr | 75 |
| Shrnutí | 77 |
| Summary | 77 |
| Seznam použité literatury | 78 |
| Seznam tabulek | 85 |

| | |
|----------------|----|
| Seznam obrázků | 85 |
| Seznam příloh | 86 |

Úvod

Orofaciální rozštěp je stále řazen mezi jednu z nejčastějších vrozených vývojových vad. I přes výrazný posun v komplexnosti péče u jedinců stále přetrvávají důsledky ve funkční a psychosociální rovině. Tato vrozená anomálie totiž nezasahuje pouze vnější struktury obličeje, ale ovlivňuje vnímání sebe sama a začlenění do společnosti. Stěžejní oblastí, na kterou má rozštěpová vada vliv je komunikace. Je běžné, že děti, které se narodí rozštěpem rtu a patra či jen patra, mají v jisté fázi života obtíže s řečí. Výraznou roli v péči tak hraje klinická logopedie, jejíž cílem je tuto narušenou komunikační schopnost eliminovat. Procento dětí s orofaciálními rozštěpy, u kterých je nutná tato složka péče, se stále pohybuje kolem 50-80 % (Kerekrétiová, 2008). Je proto velmi důležité, aby byla všem jedincům poskytnuta náležitá a kvalitní intervence.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na dvě části, které jsou zaměřeny na orofaciální rozštěp a na narušenou komunikační schopnost vyskytující se při rozštěpových vadách. V první kapitole je uvedena anatomie mluvních orgánů a témata jako etiologie, klasifikace, symptomatologie a léčebné možnosti rozštěpových vad. Druhá kapitola je zaměřena na narušenou komunikační schopnost vyskytující se při orofaciálních rozštěpech. V kapitole je pozornost věnována terminologii, symptomatologii a terapii této narušené komunikační schopnosti. Kapitola také klade důraz na logopedickou intervenci jako součást komplexní péče u osob s orofaciálním rozštěpem.

V empirické části bakalářské práce je prezentován kvalitativní výzkum, ke kterému byl využit modul případové studie. Výzkum vychází z rozhovorů s dospělými osobami s rozštěpovou vadou a jejich rodinnými příslušníky. Součástí kapitoly je popis metodologie a cílů výzkumu, charakteristika výzkumného šetření, případové studie, analýza výsledků testu a závěry výzkumného šetření.

Cílem výzkumného šetření je analýza a zhodnocení vlivu logopedické intervence u jedinců s orofaciálním rozštěpem. V rámci výzkumu byly také zjišťovány dílčí cíle týkající se posunu v aktuální péči o osoby s rozštěpovými vadami a s jakými psychosociálními dopady se jedinci potýkali, případně stále potýkají.

Téma práce bylo vybráno na základě vysokého zájmu o tuto problematiku a výskytu osob s rozštěpovou vadou v blízkém okolí. Jelikož jsem věděla, že navštěvovaly dlouhodobě klinickou logopedii, zajímalo mě, jak intervence probíhala, jaký posun nastal v komunikaci a jak tato vrozená vývojová vada zasáhla jedince i rodinu v psychosociální rovině.

1 Teoretická východiska – orofaciální rozštěp

1.1 Anatomie mluvních orgánů a jejich postižení při orofaciálním rozštěpu

V této kapitole bude nejprve představena anatomie útvarů, která je zcela klíčová v tématice rozštěpových vad. V druhé části této kapitoly se již konkrétněji zaměříme na to, jak jsou tyto struktury při anomáliích orofaciálního systému poškozeny.

Orofaciální oblastí lebky označujeme část, která zahrnuje dolní čelist a střední obličejovou úroveň. Odborně můžeme tuto oblast nazvat jako *splachnocranium* neboli obličejovou část kostry hlavy. Mezi kosti této části řadíme horní čelist (*maxilla*), kost slzní (*os lacrimale*), kostní nosní (*os nasale*), kost radličná (*vomer*), dolní skořepa nosní (*concha nasalis inferior*), kost patrová (*os palatinum*), kost lící (*os zygomaticum*) a dolní čelist (*mandibula*). Kosti obličejové části tak tvoří pevný podklad střední části obličeje. Mimo *splachnocranium* je v oblasti fyziognomie tváře důležitá také svalová složka. Svaly obličeje dělíme na svaly mimické, které se upínají z kostí obličejové části kostry hlavy na kůži v této oblasti a žvýkáci, které jsou nataženy mezi spánkovou kostí a dolní čelistí. Jejich funkcí je mimo fyziognomické funkce, také přijímání potravy, dýchání a řeč. Inervace hlavy a krku je zajišťována pomocí dvanácti hlavových nervů (Malínský et al., 2005).

Stavba orofaciální oblasti počíná nosní (*cavitas nasi*) a ústní dutinou (*cavitas oris*). Z hlediska anatomie je nos rozdělován na dva celky, zevní nos a dutinu nosní. Dutina nosní je nosní přepážkou (*septum nasi*) rozdělena na dvě poloviny. Dále se dělí na předsíň a vlastní nosní dutinu (Malínský et al., 2005). Vedlejší nosní dutiny komunikují s dutinou nosní, zvětšují objem nosní dutiny a upravují hlas (Malínský et al., 2005). Ústní dutina je také dělena na dvě části, a to štěrbinovou předsíň (*vestibulum oris*) a vlastní ústní dutinu (*cavitas oris propria*). Mezi částí předsíně dutiny ústní řadíme rty (*labias oris*) a tváře (*bucca*) (Malínský et al., 2005). Rty jsou svou anatomickou stavbou dvě silné řasy, které se uplatňují při příjmu potravy a artikulaci (Čihák, 1987). Součástí vlastní dutiny ústní jsou specializované orgány, které se podílejí na její funkci – sání, polykání a žvýkání. Mezi tyto orgány patří jazyk, zuby a měkké a tvrdé

patro. „*Jazyk je svalnatý orgán krytý sliznicí ústní dutiny*“ (Grim & Druga, 2005, str. 19). Vykonává stěžejní funkci při příjmu potravy, podílí se na tvorbě řeči a na jeho povrchu jsou uloženy chuťové pohárky. Jazyk se primárně dělí na kořen (*radix*), tělo (*corpus*) a špičku (*apex*) (Malínský et al., 2005). Zadní část jazyka směřuje do hltanu a přirůstá k dutině ústní, přední část jazyka je postavena volně (Grim & Druga, 2005). Na kořeni jazyka se nachází jazyková mandle (*tonsilla lingualis*). Horní čelist a dolní čelist má ve své stavbě alveolární výběžky, které tvoří klenbu, ve které jsou usazeny kořeny zubů (Čihák, 1987). Dásně (*gingiva*), jakožto měkká tkáň, tuto alveolární kost překrývá. Chrup se tak nachází v oblasti vlastní dutiny ústní a slouží k uchopování, dělení a rozmělnění potravy. Zuby člověka jsou značně heterogenní a dělí se skrze svou specializovanou funkci na: řezáky (*dentes incisivi*), špičáky (*dentes canini*), třenové zuby (*dentes preamolares*) a stoličky (*dentes molares*) (Čihák, 1987). Chrup je uložen v horním a dolním dásňovém oblouku, na které přiléhají měkké části rtu a tváří. „*Dásňový oblouk přechází do klenby tvrdého patra, která má tvar odříznutého předku člunu, obráceného dnem vzhůru*“ (Burian, 1954, str. 33). Tvrdé patro neboli *palatum durum* tvoří strop dutiny ústní. Jeho podkladem je patrová kost (*os palatinum*). Měkké patro (*palatum molle*) není tvořeno kostí, ale svalovinou. Z konce měkkého patra vybíhá uvula neboli patrový čípek (Dvořák, 1998). Měkké a tvrdé patro společně oddělují dutinu nosní od dutiny ústní. Na struktury měkkého patra navazuje pomocí tzv. hltanového vchodu hltan (*pharynx*), trubicovitý útvar, ve kterém dochází ke křížení trávicí a dýchací soustavy. Dělí se na tři části: *oropharynx*, *nazopharynx* a *laryngopharynx*. Do nosohltanu (*nasopharynxu*) vyústí Eustachova trubice, která tak nosohltan propojuje se středoušní dutinou a usiluje o vyrovnávání tlaku vzduchu ve středouší. Dále se zde nacházejí nosní mandle (*tonsilla pharyngea*). V ústní části hltanu (*oropharynxu*) jsou mezi patrovými oblouky uloženy mandle patrové. V hrtanové části hltanu (*laryngopharynx*) se kříží dýchací soustava s trávicí (Čihák & Grim, 2002).

Orofaciální rozštěpy jsou „*vrozené anomálie, které postihují pevné úvary dělící dutinu ústní od nosní dutiny nebo orgány patrohltanového závěru*“ (Sovák, 1978 in Kerekrétiiová, 2008, str. 31). K jejich vzniku dochází, pokud nedojde k správnému embryonálnímu vývoji orgánů orofaciální oblasti během těhotenství matky, konkrétně mezi 4. a 10. týdnem gestačního vývoje. Mezi nejčastěji zasažené orgány patří rty

a měkké a tvrdé patro. Proces vývoje obličeje počíná 4. týdnem těhotenství a končí 12. týdnem. Migrace buněk, fúze obličejových procesů a diferenciacie tkání jsou tři klíčové události, které ovlivňují správný vývoj struktur obličeje (Nasreddine et al., 2021).

Vývoj rtu počíná v rozmezí 4. až 8. týdne prenatalního vývoje. Nejprve dochází ke středovému růstu výběžků horní čelisti, které poté splývají s laterálním nosním výběžkem a vzniká tak laterální část rtu. Čelistní výběžky v přibližně 5. týdnu gestačního vývoje splývají s mediálními nosními výběžky a nosní dírky se tak přibližují k sobě. Spojení mediálních nosních výběžků dává za vznik mezičelistního segmentu, který poté splyne s čelistními výběžky a vzniká tak střední část horního rtu, primární patro, nosní přepážka a střední nos. Pokud dojde v tomto procesu k narušení, vzniká rozštěp rtu. (Nasreddine et al., 2021) „*Izolovaný rozštěp rtu a čelisti vzniká nespojením dvou obličejových výběžků – mediálního nasálního a maxilárního v období přibližně mezi 30.–40. embryonálním dnem*“ (Peterka & Peterková, 2015, str. 22). U úplného rozštěpu rtu se rozštěp táhne přes celou výšku horního rtu a přes dno nosní dírky. Zároveň zde také dochází k postižení dásní a patra.

K formování patra dochází mezi 5. a 12. týdnem prenatalního období. Toto období má také svou kritickou fázi, která je časově vyhraničená od 6. do 9. týdne. K vývoji primárního patra (oblast rtu, čelisti a patra až po *foramen incisivum*) dochází v 7. týdnu. Sekundární patro (postižená oblast je směrem vzad od *foramen incisivum*) vzniká pomocí laterálních patrových výběžků, které se v embryonálním vývoji postupně spojují. Celkový vývoj obličeje končí 12. týdnem gestačního vývoje, ve kterém dochází k splynutí primárního a sekundárního patra. Pokud v tomto procesu dojde k narušení, jeho následkem bude rozštěp patra (Nasreddine et al., 2021). „*Izolované rozštěpy patra vznikají nespojením patrových plotének přibližně mezi 40.–60. embryonálním dnem*“ (Peterka & Peterková, 2015, str. 22). Celkové rozštěpy rtu, čelisti a patra vznikají nespojením patrových plotének, ale zároveň také nespojením obličejových výběžků (Peterka & Peterková, 2015).

1.2 Epidemiologie, etiologie a klasifikace orofaciálních rozštěpů

Rozštěpy rtu a patra jsou v prostředí České republiky označovány jako nejčastější vrozené vývojové vady. V USA je dle studií orofaciální rozštěp brán jako druhá nejčastější kongenitální vada (Nasreddine et al., 2021). Celosvětová incidence orofaciálních rozštěpů se pohybuje od 1:500 až ke 1:2000 porodům. Tuto statistiku ovlivňují mnohé faktory, a to geografické, etnické a socioekonomické (Agbenorku, 2013; Kosowski et al., 2012; Nasreddine et al., 2021). Prevalence se dle těchto proměnných udává „od ~1/500 u jedinců asijského a indiánského původu po ~1/1000 u evropské a ~1/2500 u africké populace“ (Mossey et al., 2009 in Nasreddine et al., 2021, str. 4) („překlad vlastní“). V rámci České republiky je „průměrná incidence orofaciálních rozštěpů nyní okolo 1,1 na 1000 porodů“ (Peterka & Peterková, 2015, str. 20). Rozštěpy se častěji vyskytují u mužského pohlaví, a to s predilekcí na levé straně (Mossey, 2012 in Fiala et al., 2017, str. 297). U mužů je také větší predispozice k rozštěpu rtu (izolovaného či společně s rozštěpem patra), zatímco ženské pohlaví je náchylnější ke vzniku izolovaného rozštěpu patra (Blanco – Davila, 2003; Gregg et al., 1994 in Agbenorku, 2013).

Etiologie orofaciálních rozštěpů je složitá a doposud nejasně opodstatněná (Agbenorku, 2013; Klenková, 2006). Identifikace rizikových faktorů, které zapříčiňují vznik této vrozené vývojové vady, je předmětem zkoumání již několik desetiletí a výzkumy stále pokračují (Nasreddine et al., 2021). Odborníci se ale shodují na tom, že u rozštěpů je uplatňována tzv. multifaktoriální etiopatogeneze. České zdroje dělí příčiny orofaciálních anomálií na endogenní a exogenní (Klenková, 2006; Škodová & Jedlička, 2007). Jako endogenní příčina je uváděna dědičnost, kdy dochází k poškození genů, které jsou poté přenášeny na potomstvo a můžou či nemusí se projevit (Klenková, 2006). Ve studii s názvem **Cleft Lip and Palate: An Overview** je zmíněno, že nejnovější výzkumy odborníků odhadují počet genů, které se podílejí na vzniku rozštěpu a patra, na tři až čtrnáct. Dále tato studie uvádí, že „kandidátní geny a lokusy zodpovědné za nesyndromický CLP byly identifikovány na několika chromozomech. Zdá se, že dva geny *IRF6* a *MSX-1* nyní vysvětlují přibližně 15 % izolovaných CLP (Cleft Lip and Palate)“ (Chigurupati et al., 2010, str. 4) („překlad vlastní“). S exogenními

příčinami se v dnešním současném světě setkáme na každém kroku a jejich výčet je opravdu široký. Obecně tyto vlivy, které mají škodlivý účinek na vývoj plodu, nazýváme jako teratogenní. Škodová & Jedlička (2007) ve své publikaci rozdělují vlivy dle jejich podstaty na infekce v těhotenství matky, fyzikální vlivy (ionizující záření, rentgen), chemické (léky, drogy, alkohol) a mateřské (poruchy látkové výměny). Mezi infekce v období gestačního vývoje je zmiňován tzv. TORCH syndrom, což je zastřešující pojem pro následující onemocnění: toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus a herpetické infekce (Caldá, Hrušková, 2001 in Klenková, 2006). Jako další škodlivý vliv je uváděn nedostatek zinku, diabetes mellitus, obezita matky, užívání alkoholu a následný fetální alkoholový syndrom (FAS), hypoxie jako následek kouření cigaret, nedostatek kyseliny listové, hypertermie a nedostatek folátů u rodičů (Agbenorku, 2013; Chigurupati et al., 2010, Kosowski et al., 2012, Nasreddine et al., 2001). Vznik orofaciálních rozštěpů může být také podmíněn biotickými faktory, patogeny, jako jsou viry, bakterie a prvoci. Mezi rizikové v oblasti virů se řadí například rubeola, cytomegalovirus, zarděnky či obyčejná chřipka. Z prvků je s rozštěpovými vadami spjata *Toxoplasma gondii* (Garland et al., 2020).

Pokud dojde k narození dítěte s orofaciálním rozštěpem je stěžejní genetická prognóza, která rodině sdělí možné riziko výskytu dalšího rozštěpu. „*Studie provedené za účelem stanovení rizika narození dítěte s rozštěpem rtu či patra ukazují, že každý rodič má přibližně 0,14 % (1:700) šanci, že bude mít dítě s rozštěpem*“ (Chigurupati et al., 2010, str. 5) („překlad vlastní“). Riziko orofaciálního rozštěpu u druhorozeného dítěte, při přítomnosti prvorozeného dítěte s rozštěpovou vadou, je odhadováno kolem 5-7 % (Škodová & Jedlička, 2007; Kosowski et al., 2012). „*Toto riziko se zvyšuje na 17 %, pokud je jeden postižený sourozenec a rodič s rozštěpem*“ (Matthews et al., 1998 in Kosowski et al., 2012, str. 165) („překlad vlastní“).

Tak jako je různorodá příčina vzniku orofaciálního rozštěpu, je různorodá i jejich klasifikace. Pro rozlišení rozštěpů vzniklo velké množství klasifikací, které se odlišují svým pohledem na tuto vadu (např. klasifikace dle embryologického vývoje obličejové či anatomických struktur).

V minulosti byl velmi využíván Klasifikační systém Veau. Tato klasifikace dělila rozštěpy do čtyř skupin, ale nezahrnovala již izolované rozštěpy rtu. Další již historická klasifikace je autorů Davise and Ritchieho. Rozštěpy byly v tomto dělení strukturovány dle pozice alveolární výběžku do tří skupin na prealveolární, postalveolární a alveolární rozštěpy (Singh et al., 2015).

V České republice je stále i přes svoji dobu vzniku hojně využívaná klasifikace dle Buriana, která rozděluje rozštěpy podle jejich místa vzniku. Primárně je rozděluje na rozštěpy typické a atypické. „*Typické rozštěpy vznikají nesrůstem tří obličejových výběžků, ze kterých se tvoří orofaciální část hlavy*“ (Škodová in Neubaeur, 2018, str. 353). Tyto rozštěpy jsou dále rozděleny na dvě skupiny. První skupina se týká rozštěpu rtu izolovaného či spojeného s dalšími strukturami. Řadí se zde rozštěp rtu (jednostranný, oboustranný, úplný, neúplný), rozštěp čelisti a rtu (zásah až po hranici *foramen incisivum*) a celkový rozštěp rtu, čelisti a patra (jednostranný a oboustranný). Do druhé skupiny typických rozštěpů spadají pouze anomálie patra rozdělené na: rozštěp patra (izolovaný, rozštěp uvuly a rozštěp tvrdého a měkkého patra), submukózní rozštěp patra a vrožené zkrácení patra (Škodová in Neubaeur, 2018). V případě rozštěpů atypických „*skupina zahrnuje některé vzácné vrožené vývojové vady orofaciální oblasti jako je laterální rozštěp úst, rozštěp dolního rtu, rozštěp tváře, šikmý rozštěp obličeje a další*“ (Škodová in Neubaeur, 2018, str. 353).

Další hojně využívanou klasifikací, zejména v medicínském měřítku, je Kernahan-Starkova klasifikace. Rozděluje rozštěpy na základě jejich embryologického vývoje na rozštěpy primárního patra a rozštěpy sekundárního patra. Hlavním kritériem je v tomto dělení poloha struktur vzhledem k *foramen incisivum*. Primární patro zasahuje ret, čelist a patro anteriorně vzhledem k *foramen incisivum* a sekundární patro pak směřuje posteriorně od *foramen incisivum*. Touto kategorizací vznikají celkem čtyři skupiny rozštěpů: rozštěp primárního patra, rozštěp primárního a sekundárního patra, rozštěp sekundárního patra a atypické rozštěpy (Klenková, 1998).

1.3 Symptomatologie rozštěpových vad a jejich důsledky

V této kapitole budou popsány základní typy rozštěpů, jejich symptomy a také budou zmíněny základní funkční a orgánového poruchy, které vznikají vlivem těchto orofaciálních anomálií. V neposlední řadě zde také bude zmíněna psychosociální stránka této vady, která nesmí být opomíjena.

Klasifikací orofaciálních rozštěpů je mnoho a jsou zmíněny v kapitole 1.2. Pro účel této kapitoly a přehledné popsání základních symptomů, budou rozštěpy rozděleny na rozštěp rtu, rozštěp patra, celkový rozštěp rtu a patra, rozštěp submukózní a vrozené zkrácení patra.

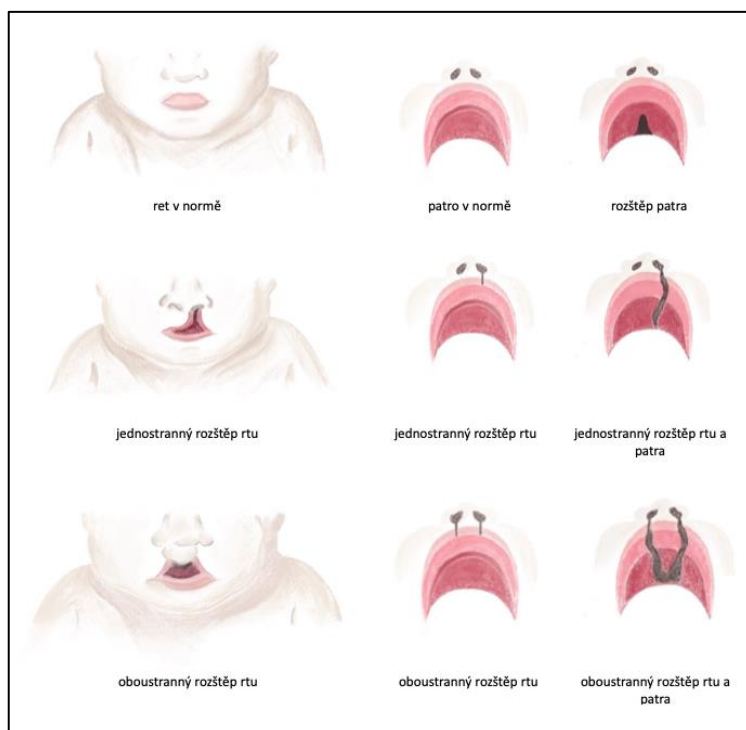
Rozštěp rtu může být jednostranný či oboustranný, totální nebo částečný. Pokud se vyskytne rozštěp rtu částečný, zasažená oblast je pouze ret a prostor mezi ním a nosní dírkou. Při rozštěpu celkovém je zasažena i oblast nosních dírek postupující k čelisti (Kolísková & Dvořák, 2014). Rozštěp oboustranný celkový je nejčastěji spojen s rozštěpem čelisti a patra, zasahuje tak již všechny tyto struktury (Škodová & Jedlička, 2007). Společně s rozštěpem rtu zde také *„bývá přítomna deformita nosního křídla a nosní přepážky“* (Fiala et al., 2017, str. 297).

Izolovaný rozštěp patra, představuje skupinu, kde ret není zasažen a anomálie se vyskytuje pouze v oblasti měkkého či tvrdého patra (Fiala et al., 2017). *„Rozštěpy patra probíhají vždy ve střední čáře“* (Škodová & Jedlička, 2007, str. 231). Vážnost tohoto rozštěpu je variabilní, v lehkém případě se může objevit pouze rozštěpený čípek měkkého patra (*uvula*) a v nejtěžším může dojít širokému rozštěpu, který zasahuje měkké i tvrdé patro (Škodová & Jedlička, 2007; Kolísková & Dvořák, 2014).

Celkový rozštěp rtu a patra již byl zmíněn výše v souvislosti s rozštěpem rtu. Při tomto typu je zasažen ret, patro, čelist, případně i zubní oblouk. Jedná se o nejtěžší obličejovou anomálii, která se může vyskytnout jak v jednostranné, tak oboustranné formě. *„Ze střední části rtu zůstává malý návalek, vyčnívající vpředu pod nosní přepážkou. Postranní části horního rtu jsou zakrnělé. Probíhají od ústních koutků přímo k nosní dírce, takže neuzavírají ústní štěrbinu“* (Škodová & Jedlička, 2007, str. 230).

Submukózní rozštěp patra je specifický typ rozštěpu, který se projevuje velmi nespecificky a zůstává velmi často asymptomatický (Košková et al., 2016). Při této anomálii „jsou postiženy pouze svaly měkkého patra, jak orální, tak i nasální sliznice patra jsou v kontinuitě“ (Fiala et al., 2017, str. 298).

Dalším příkladem typu rozštěpu je vrozené zkrácené měkké patro, které je ve většině případů spojeno se specifickým syndromovým onemocněním, jsou ale i případy, kdy se tato vada vyskytuje izolovaně. Projevem je „krátké měkké patro se špatnou pohyblivostí, atonickou uvulou, která se stáčí orálně, výraznější raphe ve střední části patra“ (Košková et al., 2016, str. 297).

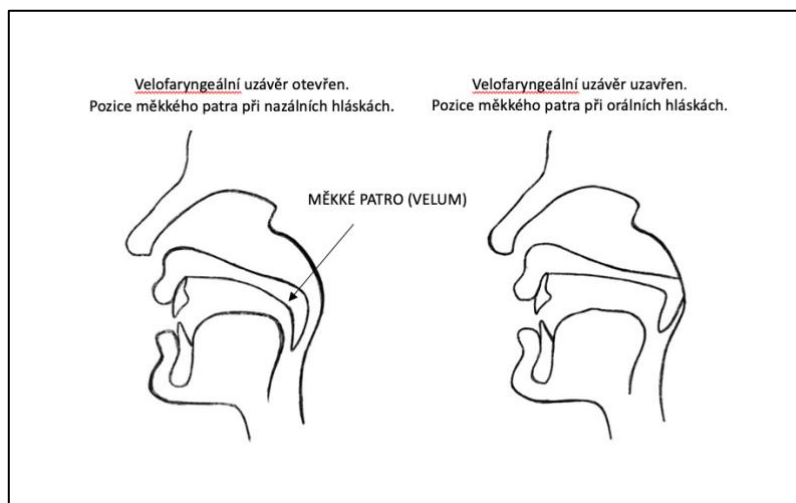


Obrázek 1: Typy orofaciálních rozštěpů (vlastní zdroj)

Osoby s orofaciálním rozštěpem čelí mnoha funkčním obtížím, které se odvíjí od typu a závažnosti rozštěpu. Patří zde potíže s příjmem potravy z důvodu narušeného sání a polykání, infekce uší a ztráta sluchu, zubní deformity a palatolálie – porucha řeči. Všechny tyto obtíže se následně u jedinců mohou promítnout v psychosociální rovině.

V souvislosti s příjmem potravy a řeči u jedinců s orofaciálními rozštěpy je zde zásadní zmínit tzv. velofaryngeální mechanismus. Velofaryngeální mechanismus obecně představuje oblast, kde probíhá „komunikace“ mezi měkkým patrem (*velum palatinum*) a hltanem (*pharynx*) a jeho hlavním cílem je tvořit dostatečně silný uzávěr

při základních funkcích, které má splňovat. Odděluje tak od sebe dutiny ústní od dutiny nosní a zabraňuje pronikání proudu vzduchu z plic do nosu. Je stěžejní pro základní fyziologické funkce jako dýchání, sání a polykání. Schopnost řeči je považována za sekundární funkci tohoto uzávěru. Velofaryngeální dysfunkcí nazýváme „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 nazopharynxem“ (Kerekrétiová, 2008, str. 11). Všichni jedinci s rozštěpem patra mají velofaryngeální dysfunkci, která se projevuje ve zvýšené nazalitě. Tato funkční porucha tedy ztěžuje zejména příjem potravy v novorozeneckém věku před reparací patra a pozdější vývoj řeči.



Obrázek 2: Velofaryngeální uzávěr a jeho funkce (vlastní zdroj)

Příjem potravy u novorozenců s orofaciálním rozštěpem je primární zdroj obav pro rodiče těchto dětí. Schopnost sání a polykání se liší dle typu a rozsáhlosti vady. U dětí s rozštěpem rtu se objevují potíže ve vytvoření uzávěru okolo bradavky či lahvičky, ale ve většině případů se zde nenachází větší obtíže a dítě je schopno přijímat potravu, jelikož je zachována celistvost měkkého a tvrdého patra (Chigurupati et al., 2010). Je zde důležité, aby odborný personál ukázal, jakým způsobem si dítě přiložit prsu, aby prsní tkáň, co nejvíce vyplnila defekt rtu a umožnila tak bezproblémový příjem potravy (Fiala et al., 2017). Při rozštěpech patra a celkových rozštěpech je situace složitější. Hlavní překážkou je zde neschopnost vytvořit dostatečný negativní intraorální tlak (podtlak), který by umožnil sání a polykání (Chigurupati et al., 2010). Je zde užíváno asistované krmení pomocí uzpůsobených pomůcek. Mezi tyto pomůcky patří ku příkladu

CLP Nurser, Habermanova savička a Pigeon Cleft Palate Nurses (Rozštěpové centrum při FNUSA, online). V nejtěžších případech je zavedena žaludeční sonda (hlavně u rozštěpů spojených se syndromovými vadami) (Klenková, 2006). Co se týče obecných rad je důležité dítě krmit v mírně vzpřímené poloze. K zamezení *aerofagie* (nadměrné polykání vzduchu, který vede místo plic do žaludku) je stěžejní umožnit dítěti pořádné odříhnutí a pomalé krmení (Kosowski et al., 2012).

Porucha sluchu je další nepříjemná zkušenost, která velmi často provází osoby s orofaciální anomálií. Vzniká v důsledku opakovaných chronických zánětů středního ucha. Tento zánět může často vyústit až v přechodnou převodní ztrátu sluchu (Kosowski et al., 2012). „*Urcitá forma poruchy sluchu je přítomna u všech dětí s neopraveným rozštěpem patra před 2. rokem věku*“ (Kosowski et al., 2012, str. 167) („překlad vlastní). Tato i přechodná ztráta sluchu může vytvořit obtíže v oblasti řeči. Oblast řeči je orofaciálním rozštěpem celkově výrazně zasažena. Jelikož je komunikační schopnost u jedinců s orofaciálním rozštěpem primárním tématem této bakalářské práce, bude palatolálie věnována celá druhá kapitola.

Orofaciální rozštěp také zasahuje oblast chrupu. Tyto obtíže se odvíjí od rozsahu a závažnosti rozštěpu. Zuby buďto chybí, jsou nadpočetné nebo tvarově odlišné. Může také dojít k tzv. zkříženému či obrácenému skusu (Kolísková & Dvořák, 2014). Je zde také zvýšené riziko kazivosti zubů, zejména v oblasti rozštěpové štěrby, kde jsou zuby ohrožené nedostatečným čištěním (Rozštěpové centrum při FNUSA, online). Důležitým oborem péče je tak ortodoncie. „*Cílem ortodontické léčby pacientů postižených rozštěpem v orofaciální oblasti je funkční a estetická rehabilitace měkkých tkání obličeje, defektu čelisti a dentice*“ (Urbanová & Kotřová, 2010, str. 9). Léčba spočívá v snímatelných a fixních aparátech. Snímatelné aparáty jsou využívány zejména před implantací kostního štěpu, kdy slouží k úpravě zubního oblouku do požadovaného tvaru (Rozštěpové centrum při FNUSA, online). Fixní aparáty jsou užívány při nástupu stálé dentice (Urbanová & Kotřová, 2010).

Tento výčet funkčních poruch představuje obrovské riziko pro vývoj dítěte a jeho kvalitu života. Potížemi, se kterými se tyto děti potýkají v psychosociální rovině, jsou úzkosti, stud, nezáměr o interakce s vrstevníky a celková nespokojenost se svou vlastní estetikou. Psychická zátěž bývá pro tyto děti a jejich rodiny opravdu

vysoká vzhledem k poruchám řeči, sluchu a estetické vizáži. Tyto děti se potýkají s potížemi i v základních fyziologických oblastech, jako je příjem potravy a řeč, což u nich způsobuje frustraci. Příjem potravy je narušen vlivem špatných dentálních podmínek a dítě si tak často není schopno pomoci předními zuby při žvýkání potravy. Sporadicky se také vyskytuje tzv. regurgitace jídla neboli vytékání jídla a tekutin z nosu. Zuby zde nehrají roli jen v oblasti příjmu potravy, ale děti se vlivem jejich možné repoze, nechtějí usmívat a mají neustálý pocit posměchu ze strany svých vrstevníků. Řeč představuje pro tyto jedince jednu z největších starostí. Mají potíže s výslovností a při jejich projevu se vyskytuje vysoká míra hypernazality. Tyto skutečnosti mají za vliv odmítání orálního vyjadřování před vrstevníky a opět vzbuzují obavy z posměchu (Zeraatkar et al., 2019).

U dětí s orofaciálním rozštěpem se ve většině případů nevyskytují obrovské psychosociální potíže, ale objevují se specifické překážky, které primárně souvisí s estetikou vzhledu a schopností řeči. Určujícím faktorem v závažnosti psychosociálních obtíží není věk jedince a typ rozštěpu. Co se týče spokojenosti se svým vzhledem za nejméně uspokojivé jsou brány oblasti nosu a zubů a jizvy po operaci. Bylo zjištěno, že právě tato nespokojenost podněcuje vznik deprese u osob s OFR (Marcusson et al., 2002 in Hunt et al., 2005). Zjistilo se také, že riziko vzniku úzkosti a deprese je u těchto dospělých až dvakrát častější než u osob intaktních (Ramstad et al., 1995b in Hunt et al., 2005). Jako nejčastější zdroj vzniku úzkostí u jedinců s rozštěpem se udávají posměšky směřující na jejich řeč a estetický vzhled, který je odlišný od ostatních dětí (Zeraatkar et al., 2019). Rozdíly oproti lidem nepostižených OFR najdeme i v sociálním chování. Jedinci častěji opouštějí školu a nemají vysoké aspirace na další vzdělávání (Peter a Chinsky, 1974b; Peter a Chinsky, 1975; McWilliams a Paradise, 1973 in Hunt et al., 2005). Jsou také doložené záznamy, že osoby s rozštěpy mají méně přátel a méně uzavírají manželství, která jsou velice často bezdětná (Peter a Chinsky, 1974b; Noar 1991; Ramstad et al. 1995a; Bressman et al., 1999, McWilliams a Paradise, 1973; Broder et al., 1994 in Hunt et al., 2005).

Tyto potíže jsou specifické pro samotnou osobu s rozštěpem, nesmíme ale opomínat rodiče a příbuzné dítěte. Tito blízcí již od narození či prenatální diagnostiky potřebují podporu, čas a informace, aby byla jejich péče adekvátní a dítě prospívalo i přes svůj stav ve svém vývoji. Zejména matky jsou vystaveny obrovskému stresu

a prožívají pocity zklamání a psychické bolesti. V tomto ohledu má zásadní význam poradenství těmto rodinám, které může spoustu věcí usnadnit a pomoci rodinám zorientovat se v problematice rozštěpových vad (Agbenorku, 2013).

1.4 Léčebné a rehabilitační možnosti pro osoby s orofaciálním rozštěpem

Lékařská péče teoreticky začíná již možnou prevencí této vrozené vývojové vady, která je ale vzhledem k neurčité etiologii stále limitovaná. Odborníci doporučují dodržovat zásady zdravého životního stylu, vyhýbat se teratogenním vlivům a užívat kyselinu listovou. Ta se považuje za vysoce efektivní prostředek profylaktické léčby. Tento doplněk prokazatelně snižuje riziko výskytu orofaciálních rozštěpů až o 85 % (Oginni & Adenekan, 2012).

K diagnostice orofaciálního rozštěpu dochází ve většině případů až po porodu, ale existují možnosti ultrazvukového vyšetření (trojrozměrná ultrasonografie), které tuto vrozenou vývojovou vadu mohou zachytit již před narozením dítěte. Rozštěp rtu lze pomocí transvaginálního ultrazvuku objevit již v 11. týdnu intrauterinního vývoje, naproti tomu pomocí transabdominálního je vhodný časový interval od 16. do 20. týdne. U rozštěpů patra je prenatalní diagnostika složitější, a proto jsou tyto vady objeveny jen zřídka. Studie Johnsona a kol. ukázala, že frekvence prenatalní diagnostiky celkového rozštěpu rtu a patra je 33,3 %, rozštěpu rtu 20,3 % a rozštěpu patra 0,3 % (Johnson et al., 1998-2004 in Chigurupati et al., 2010). Takto brzká diagnóza umožňuje rodičům vyrovnat se s tímto zjištěním. Dále se rodiče mohou obrátit na odborníky v této oblasti a využít konzultací k získání potřebných informací, které mohou pomoci v péči o toto dítě. V současné době se nevyužívá možnosti fetální operace, protože její riziko je pro matku i plod vysoké (Chigurupati et al., 2010). Jakmile se dítě narodí, dochází k důkladným vyšetřením a diagnostickým testům, které vyloučí jakékoliv jiné přidružené abnormality. Následně by mělo co nejdříve dojít ke konzultacím ohledně načasování operací (Chigurupati et al., 2010).

Orofaciální rozštěpy vyžadují chirurgickou léčbu (Agbenorku, 2013). Na té se dlouhodobě a systematicky podílí multidisciplinární tým, v jehož čele je plastický chirurg. Jde o lékaře, který po absolvování vysoké školy v oboru všeobecného

lékařství, pokračoval ve specializačním vzdělávání a ukončil jej atestací v oboru plastické chirurgie.

Druh a počet operací se liší v závislosti na typu a vážnosti rozštěpu, přítomnosti dalších syndromů, přidružených vrozených vad a v celkovém stavu dítěte. Chirurgická oprava má za výsledek zlepšení funkčních schopností jako je dýchání a řeč a zároveň upravuje estetickou vizáž obličeje (Agbenorku, 2013). Mezi základní operace, které jsou prováděny patří primární rekonstrukce rtu a nosu, primární rekonstrukce patra a doplnění čelistního oblouku kostním štěpem, tzv. spongioplastika (Fiala et al., 2017).

Operace rtu a nosu se provádí od narození do 3. měsíce věku (Fiala et al., 2017). Některé zdroje uvádí tento časový interval až od 3. do 6. měsíce věku dítěte (Chigurupati et al., 2010). V průběhu péče o tyto jedince tak vznikly dva proudy, které zastávají jiný názor pro provedení operace rtu. Proud neonatální doporučuje provést operaci hned po narození dítěte, a to z důvodu lepší hojivosti jizev a pozitivního vlivu na psychický stav rodiny. Proud klasický ji doporučuje až od 3. měsíce věku dítěte, jelikož je dítě zralejší a není potřeba jej a jeho funkční schopnosti sledovat na jednotce intenzivní péče (Kolísková & Dvořák, 2014). Oba proudy si ale za cíl opravy rtu kladou „rekonstruovat funkční ret s minimálním zjizvením a normálním vzhledem“ (Chigurupati et al., 2010, str. 10) („překlad vlastní“). Korekce rtu je také závislá na pravidlech, které musí dítě splnit, aby bylo vhodné pro chirurgický zákrok. Mezi tyto pravidla patří věk dítěte, kdy by mělo být starší než 10 týdnů, váha minimálně 10 kg a hladina hemoglobinu, která by se měla pohybovat kolem 10 g/100 ml. Chirurgický postup při rozštěpu rtu se odvíjí od jeho typu, tedy zda je oboustranný či jednostranný. Dle toho se odvíjí i výběr chirurgické techniky, jelikož oboustranný rozštěp rtu je mnohem náročnější. Oboustranný rozštěp rtu se také vyskytuje pouze v 10 % případů, a proto jsou zde možnosti omezené (Chigurupati et al., 2010). Operace se provádí v celkové anestezii a trvá průměrně dvě hodiny. Společně s nápravou rtu se v dnešní době provádí i korekce nosu. Z toho důvodu jsou po operaci doporučovány tzv. nostrily neboli nosní výztuhy, které udržují tvar nosních dírek po jejich operaci (Kolísková & Dvořák, 2014). Ke správnému formování nosních dírek se také začíná využívat tzv. předoperační ortopedie, jejíž výsledky vykazují zlepšení symetrie a tvaru nosních dírek (Chigurupati et al., 2010).

Úkolem palatoplastiky (techniky nápravy rozštěpu patra) je vyhotovit úspěšný uzávěr patra a zároveň zajistit předpoklady pro správný vývoj řeči bez ohrožení omezeného růstu čelisti. Při brzké korekci patra vyvstává riziko špatného růstu horní čelisti a z toho důvodu se mnoho odborníků dříve přiklánělo k operaci patra od pozdějšího věku, kdy, již byl dokončen růst čelistí. Tento přístup měl ale za důsledek špatný vývoj řeči, a proto se v současné medicíně dává přednost kvalitě řeči a k opravě rozštěpů tak dochází do 10. měsíce věku (Kosowski et al., 2012).

Spongioplastika je další operační zákrok, který jedinci s rozštěpem podstupují. Jedná se o implantaci kostního štěpu, nejčastěji z kyčelní kosti, do rozštěpové šterbiny v čelisti (Kolísková & Dvořák, 2014). Na tuto operaci následně navazuje dlouhodobá ortodontická péče.

V současné době se mluví i o možnostech nechirurgické léčby, která využívá protetických pomůcek. Tato cesta je vhodná pro pacienty, pro které je chirurgický zákrok rizikový. Cílem těchto pomůcek je dosažení vysoké kompetence velofaryngeálního uzávěru a vyhnout se tak již zmíněnému riziku špatného růstu *maxilly* (Kosowski et al., 2012).

Kromě plastického chirurga mají v průběhu péče o dítě s rozštěpem významný podíl i další odborníci, jejichž úkolem je „*včasná koordinace léčby s cílem dosáhnout normálního stavu ve všech aspektech, včetně krmení, dýchání, řeči, sluchu, vyrovnání zubů, vzhledu a celkového psychického a fyzického vývoje*“ (Chigurupati et al., 2010, str. 6) („překlad vlastní).

Součástí multidisciplinárního týmu pečující o pacienty s orofaciálním rozštěpem je již zmíněný plastický chirurg, neonatolog, foniatr a otorinolaryngolog, pediatr, genetik, ortodontista, psycholog a logoped (Fiala et al., 2017). Tito odborníci se objevují během péče v různých časových obdobích a intervalech. Neonatolog neboli pediatr na novorozeneckém oddělení přichází do kontaktu s dítětem jako první a dochází tak k diagnostice orofaciálního rozštěpu (Kolínová, 2011). V neonatálním a kojeneckém období počíná péče otorinolaryngologa/foniatra a genetika. Otorinolaryngolog je zde zásadní z důvodu zvýšeného rizika recidivujících zánětů středního ucha. „*Pravidelná ORL péče provází rozštěpového pacienta až téměř do puberty, pokud je nutné tak i déle*“ (Fiala et al., 2017, str. 299). V kojeneckém věku okolo 2. roku života

se doporučuje první návštěva klinického logopeda. Tato kontrola se uskutečňuje bez ohledu na typ rozštěpu. Pravidelná intervence u klinického logopeda se zahajuje na přelomu batolecího a předškolního věku. Ve školním období dítěte začínají intenzivní kontroly u ortodontisty, z důvodu přípravy na doplnění zubního oblouku kostním štěpem při indikaci, která tuto operaci vyžaduje (Fiala et al., 2017). Ortodontická léčba rozštěpové pacienty provází v některých případech již od kojeneckého věku, a to u dětí „s širokými rozštěpy, špatně srovnanými alveolárními segmenty nebo vyčnívající premaxillou“ (Chigurupati et al., 2010, str. 17). Celou péčí již od narození provází také psycholog, z důvodu možného narušení rodinných vazeb po zjištění této diagnózy. Hlavní úlohou tohoto poradenského odvětví je co nejpřesněji definovat tuto anomálii a zpracovat otázky týkající se výživy, kojení a budoucnosti. Tato péče začíná ihned po zjištění této strukturální vady (Kosowski et al., 2012).

V rámci zlepšení celkové péče o osoby s orofaciálním rozštěpem byl v Evropě zveřejněn Eurocleft Project, evropská srovnávací studie, která odhalila mnoho nesrovnalostí. Její výsledky byly zveřejněny v roce 2001 (Shaw et al., 2001). Reakcí na tuto studii vznikl projekt EUROCRAN, jehož cílem je zlepšit celkové porozumění kraniofaciálním anomáliím a pozvednout mezinárodní spolupráci týkající se péče o osoby s rozštěpem.

I přes tuto snahu zlepšit péči o jedince s orofaciální rozštěpy, převažuje stálý nedostatek důkazů o kvalitě této péče. Proto se studie Inêse Francisca (2022) a dalších autorů s názvem **Current Treatment of Cleft Patients in Europe from a Provider Perspective: A Cross-Sectional Survey**, zaměřila na zmapování silných a slabých stránek v péči o rozštěpy v rámci Evropy. Výsledkem této studie bylo zjištění, že i přesto, že se v Evropě zavádějí změny týkající se této péče, je stále zapotřebí větší shoda ohledně charakteristik poskytovatelů, nabízených služeb a léčebných protokolů týkajících se péče o osoby s rozštěpy (Francisco et al., 2022).

2 Vymezení narušené komunikační schopnosti u osob s orofaciálním rozštěpem

2.1 Terminologie a vymezení narušení zvuku řeči – rinolálie a palatolálie

„Řeč je obecně lidská biologická vlastnost, která umožňuje člověku prostřednictvím kódování a dekódování (zvukově, písemně, neverbálně) předávat informace“ (Šulová, 2006, str. 327).

Zvuk řeči je pro každého specifický a individuální, vzniká kmitáním hlasivek a je ovlivněn nastavením našich artikulačních orgánů. Na vzniku řeči se tak podílí dýchací, fonační a modifikačně artikulační ústrojí. Pro zvuk řeči je zvláště stěžejní ústrojí fonační, kde kmitáním hlasivek vzniká základní hrtanový hlas. Úkolem modifikačně artikulačního úsilí je poté jen upravit základní hrtanový tón pomocí rezonančních prostor. *„Základní tón vlastnosti lidského hlasu – potřebnou sílu a zabarvení – získá až přechodem přes rezonanční dutiny (hrtanovou, hltanovou, nosohltanovou, ústní a také hrudní dutinu)“ (Kerekrétiová, 2008, str. 52-53).* O narušení zvuku řeči hovoříme, pokud dojde k narušení v tomto ústrojí, což má výrazný vliv na foneticko-fonologickou rovinu a ovlivňuje i další komponenty řeči jako například srozumitelnost a artikulaci.

Z hlediska terminologie do narušení zvuku řeči řadíme rinolalii, kterou docentka Klenková (2006, str. 130) definuje jako *„narušení komunikační schopnosti, které postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci. Vzniká, pokud se u orálních hlásek nazalita zvýší a u nazálních naopak sníží, dochází k narušení oronazální rovnováhy“.* Hlavní příčinou této narušené komunikační schopnosti je nepoměr mezi oralitou a nazalitou vlivem narušeného velofaryngeálního mechanismu. Nosovost některých hlásek je ale v českém systému hlásek fyziologická, a to u hlásek nosových – M, N, Ň. V případě zvýšení nosovosti u hlásek jiných, a naopak snížení nosovosti u těchto hlásek, mluvíme o patologickém narušení oronazální rovnováhy. Pro termín rinolálie se v české logopedické společnosti používá pojem huhňavost. V lékařské terminologii se můžeme setkat s pojmem *rhinofonie*, který např. využívá i Neubauer (2018). Většina autorů (Klenková, 2006; Škodová in Neubauer, 2018) dělí patologickou nazalitu do tří skupin: hypernazalitu, hyponazalitu a smíšenou huhňavost.

Hypernazalitu neboli otevřenou huhňavost (*rhinolalia aperta*) můžeme charakterizovat jako „*patologickou účast rezonance nosohltanu a dutiny nosní tam, kde normálně není*“ (Škodová in Neubauer, 2018, str. 344). Projevuje se nosovým zabarvením všech hlásek, u kterých se fyziologicky nosovost nevyskytuje. Etiologie se v rámci autorů také odlišuje. Kerekrétiová (2008, str. 53) uvádí následující: „*příčinou hypernazality (zvýšené nosovosti) je nedostatečný velofaryngeální mechanismus a oronazální komunikace vyskytující se samostatně nebo současně*“. Klenková ve své publikaci Logopedie (2006) rozděluje příčiny hypernazality na vrozené a získané. Mezi vrozené příčiny hypernazality řadí narušení vývoje měkkého patra a s tím související potíže s velofaryngeálním mechanismem. Naproti tomu organické postižení a úrazy jsou kategorizovány do příčin získaných. V rámci každé logopedické diagnostiky dodržujeme základní model logopedického vyšetření od prof. Lechty (Klenková 2006). Jelikož se ale jedná o konkrétní narušenou komunikační schopnost, je důležité tento základní model logopedického vyšetření rozšířit o další specifické vyšetření zaměřené na vyšetření oronazální komunikace. Jednou ze základních a jednoduchých zkoušek, která se při těchto vyšetřeních používá je Gutzmannova A-I zkouška. Spočívá v tom, že vyšetřovaný opakovaně vyslovuje samohlásky A-I a vyšetřující mu stlačuje nosní chřípí. Pokud je při vyslovení hlásky I slyšitelné patologické tvoření, potvrzuje to přítomnost hypernazality (Škodová & Jedlička, 2007). V rámci logopedické terapie u otevřené huhňavosti se zaměřujeme na zlepšení funkce patrohltanového uzávěru prostřednictvím určitých cvičení. Ty jsou zaměřena na odstranění rezonance pomocí usměrnění výdechového proudu a zvyšování orality (Klenková, 2006).

Hyponazalita neboli zavřená huhňavost zde bude zmíněna pouze okrajově, jelikož pro palatolalii, jakožto předmět zájmu této bakalářské práce, je typická právě huhňavost otevřená a výskyt hyponazality je spíše sporadický. Hyponazalita (*rhinolalia clausa*) je typická nedostatkem nosového zabarvení u nosových hlásek. V praxi to můžeme uvést na příkladu nosových hlásek M, N a Ň, které při přítomné hyponazalitě zní jak B, D a Ď. „*Hlavní příčinou hyponazality je orgánová překážka v nosní a nosohltanové dutině*“ (Kerekrétiová, 2008, str. 54). Diagnostika se řídí podobnými postupy a metodami jako jsme uvedli u hypernazality. Logopedická terapie je závislá na primárním odstranění příčiny, kvůli které hyponazalita v první řadě vznikla. Klinický

logoped se pak v terapii zaměřuje na cvičení, které nacvičují dýchání nosem, správnou artikulaci hlásek a jejich použití v mluvě (Klenková, 2006).

Další narušenou komunikační schopností, která spadá do kategorie narušení zvuku řeči a je stěžejním tématem této bakalářské práce je palatolálie. Je považována za narušenou komunikační schopnost, která je z estetického hlediska nejvíce nápadná, a to z důvodu její příčiny – orofaciálního rozštěpu. Zcela jednoznačnou definici tak uvádí Kerekrétiová (2008, str. 12): „*je to narušená komunikační schopnost při rozštěpu patra*“. Terminologie této narušené komunikační schopnosti se ale u autorů rozchází. Většina autorů palatolalii zařazuje jako samostatnou nozologickou jednotku vyskytující se při rozštěpu patra. Jsou ale i odborníci, kteří tuto narušenou komunikační schopnost řadí do kategorie otevřené rinolálie (Kerekrétiová, 2008). Specifikům této narušené komunikační schopnosti se budeme věnovat v následujících podkapitolách.

2.3 Specifika palatolálie – výskyt, klasifikace a symptomatologie

Palatolálie vzniká jako důsledek orofaciálních rozštěpů, kterým je věnovaná celá první kapitola, proto zde bude zmíněna oblast etiologie jen minimálně. Za primární příčinu tedy považujeme orofaciální rozštěp, což je vývojová vrozená vada, která „*vzniká v nejranějších stádiích těhotenství jako důsledek dispozic a chromozomálních aberací, vnějších škodlivin různého typu, poruch látkové výměny a infekcí*“ (Kutálková & Palodová, 2007, str. 5).

Termín, důležitý zmínit v souvislosti s palatolálií, je velofaryngeální dysfunkce, která vzniká jako důsledek orofaciálních rozštěpů a je tak sekundární příčinou palatolálie. Této záležitosti jsme se věnovali v podkapitole 1.3 Symptomatologie rozštěpových vad a jejich důsledky ve funkční a psychosociální rovině.

Výrazná změna nastala ve výskytu palatolálie. V minulosti po operacích rozštěpu docházelo k palatolalické řeči u 75 % osob. V posledních desetiletích až 90 % osob s operovaným rozštěpem dosáhne dobré úrovně řeči. Tyto zlepšení jsou výsledkem inovací operační chirurgie, komplexnosti péče a dostupnosti logopedické terapie. Dle Kerekrétiové (2008) je logopedická terapie nutná u 50–80 % případů (Kerekrétiová,

2008). Provedený výzkum v jižní Indii zaměřený na výskyt palatolálie potvrzuje svými výsledky důležitost klinické logopedie. Došel k zjištění, že u 129 jedinců s opraveným rozštěpem rtu a/nebo patra se u 43 % vyskytovaly abnormality v artikulaci a rezonanci, u 12 % se projevily artikulační odchylky a 3 % měla abnormality v rezonanci. 3 % jedinců vykazovala zpoždění ve vývoji řeči a zbylých 38 % mělo intaktní komunikační schopnost (Nagarajan et al., 2009).

Palatolálie může být klasifikována dle mnoha autorů. Kritérium jednoznačnosti, přesnosti a jednoduchosti splňuje klasifikace Kerekrétiové z roku 1993, která řeč při rozštěpu patra hodnotí jako:

1. Dobrou – řeč je srozumitelná, lehké odchylky dokážou zaregistrovat pouze odborníci.
2. Společensky únosnou – řeč je srozumitelná, ale již se vyskytují znaky palatolálie, které ale nejsou nijak rušivé pro komunikačního partnera.
3. Hůře srozumitelnou – řeč již obsahuje výrazné znaky palatolálie, které interferují do komunikačního záměru.
4. Nesrozumitelnou – řeči nelze porozumět a dochází ke komunikačnímu šumu (Kerekrétiová, 2008).

Projevy palatolálie jsou značně variabilní a zasahují celou složku řeči a jazyka ve všech jeho rovinách. „*Za základní symptomy palatolálie považujeme změny v rezonanci a artikulaci, které ji vždy doprovázejí*“ (Kerekrétiová, 2008, str. 51). Tyto narušení mají velký vliv na srozumitelnost, jejíž kvalita je ovlivněna právě těmito příznaky. Dále se také může objevit opožděný vývoj řeči, porucha hlasu a narušené koverbální chování doprovázející řeč.

Na poruchy rezonance můžeme navázat skrze druhou podkapitolu této kapitoly bakalářské práce, kde jsme si tuto problematiku představili. Toto narušení představuje kondici, kdy je narušen poměr mezi oralitou a nazalitou a je tak narušena celková oronazální rovnováha. V této podkapitole bylo také zmíněno, že pro palatolalii je typická otevřená huhňavost, která vzniká narušením velofaryngeálního mechanismu. S poruchou rezonance tak úzce souvisí poruchy artikulace, jelikož při vyslovování určitých hlásek

je vyžadována pevnost patrohltanového uzávěru, zvláště u výbuchových hlásek. Pokud je ale tento uzávěr narušen, hlásky jsou tvořeny patologicky.

Hlásky obecně rozdělujeme na samohlásky (vokály) a souhlásky (konsonanty). Souhlásky dělíme podle způsobu tvorby na: výbuchové – explozivy (závěrové – okluzivy) mezi které řadíme P, B, M, T, D, N, Ť, Ď, Ň, K a G, hlásky třené – frikativy (úžinové – konstriktivy), kde patří F, V, J, H, CH, S, Z, Š, Ž, Ř. Dále na hlásky kmitné – vibranty, kde spadá L a R a v neposlední řadě na hlásky polotřené – afrikáty mezi které patří C a Č (Lejska, 2003).

Samohlásky jsou tvořeny s přítomností hypernazálního zabarvení vlivem úniku vzduchu nosem zapříčiněným nedostatečným patrohltanovým uzávěrem (Škodová in Neubauer, 2018). Z hlediska nápadnosti jsou nejvíce zasaženy samohlásky I a U, naproti tomu nejméně je porušena samohláska A (Klenková, 2006).

U konsonant se setkáváme s více závažným porušením než u vokálů. *„Konsonanty jsou změněny v důsledku slyšitelného úniku vzduchu nosem, dále nedostatečným tlakem vzduchu potřebným k vytvoření hlásek na odpovídajících artikulačních místech, a také v důsledku posunu artikulační báze vzad“* (Klenková, 2006, str. 143). Mezi nejzávažněji narušené konsonanty při palatolalii patří sykavky a hlásky, které ke svému tvoření vyžadují pevný patrohltanový uzávěr (Klenková, 2006). Kerekrétiová ve své publikaci uvádí, že *„nejméně jsou narušeny nosovky, nejvíce explozivy, frikativy a afrikáty, tj. hlásky, které vyžadují nejpevnější patrohltanový uzávěr“* (Kerekrétiová, 2008, str. 55). Další odborníci uvádí jako nejčastěji chybně vyslovované hlásky: S, Z, D, CH, P a B (Kosowski et al., 2012). Naopak hlásky, které mají fyziologickou nosovost, zůstávají ve většině případech zachovány. Pokud je stav velmi vážný může dojít dle Škodové ke stavu *„kdy dítě tvoří souhlásky omezeně nebo vůbec – řeč je jen samohlásková“* (Škodová in Neubauer, 2018, str. 356).

U jedinců s orofaciálním rozštěpem dochází k posunu artikulační báze vzad a vznik tzv. náhradních zvuků. Správný artikulační okrsek hlásek se tak změní a hlásky se tvoří na zcela jiných místech. Artikulační místa jsou posunuta dozadu na postuvulární místa do hltanu, za rozštěp (Klenková, 2006; Nagarajan et al., 2009). Frikativní souhlásky jsou například vyslovovány jako faryngeální, kdy jedinec přiblíží

jazyk k zadní stěně hrdla místo toho, aby byl zvuk tvořen v přední části úst (Kosowski et al., 2012).

Další patologie, které se můžou objevit, jakožto následek poruch rezonance, je slyšitelný únik vzduchu nosem (nosní emise) a nedostatečný intraorální tlak (Škodová in Neubauer, 2018). Nosní emise se projevují jako slyšitelný únik vzduchu nosem během řeči a vznikají jako následek vypouštění vzduchu nosem při vydávání hlásek, které jsou citlivé na tlak (Nagarajan et al., 2009). Tyto patologické zvuky nejčastěji doprovází třené a závěrové konsonanty (Kerekrétiová, 2008) Ztráta tlaku v nose snižuje i tlak v ústech, což má za výsledek slabou sílu souhlásek (Kosowski et al., 2012). Jedinec se tak mezi výpověďmi musí častěji nadechovat a vyrovnávat úniky vzduchu.

Všechny tyto oblasti tak vyúsťují v narušenou srozumitelnost řeči z důvodu neschopnosti jedince vytvořit uzávěr při artikulaci hlásek, přítomnosti kompenzačních mechanismů, nosních emisí a zvýšené nosovosti.

Narušení v oblasti hlasu se dle Kerekrétiové (2008) vyskytuje u jedinců s orofaciálním rozštěpem v podobné míře jako u jedinců bez rozštěpů. Zjišťuje ale, že se při palatolálii snižuje síla hlasu, celkový rozsah hlasu je omezený, často nabývá monotónnosti a objevují se nosní emise a otevřená huhňavost. Je zde také přítomen zvýšený tlak na hlasivky, který se projevuje hrtanovým rázem. Kutálková ve své publikaci zmiňuje, že „vlivem nadměrného artikulačního úsilí může dojít k poruše hlasu – palatofonii (mečivý, tlačný hlas) a k hyperkinetické dysfonii“ (Kutálková & Palodová, 2007, str. 8).

Koverbální chování můžeme obecně nazvat nonverbálním chování, které doprovází naši komunikaci. Pokud jedinec užívá různé kompenzační mechanismy, kterými se snaží zakrývat svou vadu a má interferenční vliv na komunikaci, nazýváme tento jev jako narušené koverbální chování (Kroupová, 2016). U palatolalíků jsou projevy narušeného koverbálního chování výrazně spojeny s funkcí velofaryngeálního mechanismu. Projevy jsou viditelné jak v rámci celého těla, tak jen v oblasti artikulačního ústrojí, kdy jedinec usiluje o zabránění nepřesné výslovnosti. V oblasti těla si můžeme povšimnout zvýšeného svalového tonusu v oblasti krku či častou elevací paží při rozpravě. Přitahováním horního rtu k nosu a stahováním nosních křídel se snaží snížit produkci nosních emisí (Kerekrétiová, 2008).

2.3 Možnosti diagnostiky a terapie u jedinců s palatolálií

Diagnostika je obecně definována jako východisko pro celou logopedickou terapii. Díky ní můžeme stanovit diagnózu a zvolit tak správný postup pro eliminaci či zmírnění projevů narušené komunikační schopnosti. Palatolálie se jako každá jiná narušená komunikační schopnost řídí základními zásadami diagnostiky a je využíváno základní logopedické vyšetření dle prof. Lechty, které je ale doplněno o svá specifika. To zaručuje zachycení všech symptomů palatolálie, která jsou stěžejní pro následnou terapii (Klenková, 2006). Škodová ke specifickým diagnostickým postupům radí „*vyšetření nosní rezonance, zaměřené vyšetření artikulace (oralita-nazalita), artikulační báze, hodnocení srozumitelnosti mluvy*“ (Škodová in Neubauer, rok, str. 360). Kerekrétiová (2008) pro diagnostiku palatolálie popisuje symptomatický přístup, který vyšetřuje srozumitelnost řeči, nazalitu a artikulaci.

Při diagnostice nosní rezonance se využívá anamnestický rozhovor s rodiči, posouzení časového intervalu vady a základní vyšetřovací zkoušky, které jsou založeny na zjišťování hypernazality – Gutzmannova, Czermakova zkouška a zkouška otofonem. V rámci Gutzmannovy zkoušky vyšetřovaný vyslovuje hláska A-I a klinický logoped stiskává nosní chřípí. Pokud dochází k výraznému rozdílu při výslovnosti hlásky I, u jedince je přítomná hypernazalita. Czermakova zkouška využívá zrcátka. Pokud je u jedince přítomná hypernazalita zrcátko se zamlží při výslovnosti slov s orálními hláskami. U hyponazality se zrcátko nezamlží v rámci nazálních hlásek (Škodová & Jedlička, 2007).

Jelikož palatolálie v široké míře ovlivňuje výslovnost hlásek, je na místě diagnostika artikulace. Ta se v první řadě uskutečňuje na základě zrakové a sluchové kontroly vyšetřujícího, který pozoruje a naslouchá tvoření hlásky. Toto subjektivní hodnocení je dále doplněno artikulačními testy, které hodnotí výslovnost určité hlásky ve všech jejích pozicích. Můžeme je využít buďto ve formě slovní nebo obrázkové. Obrázkové testy mají pro validitu hodnocení výhodu v tom, že výslovnost vyšetřovaného není ovlivněna předešlou výslovností vyšetřujícího, tak jak je to u testů slovních. Artikulační testy u palatolalíků by měly být zaměřeny zejména na hlásky, které vyžadují pevný patrohltanový uzávěr (Kerekrétiová, 2008).

Na srozumitelnost řeči má vliv řada faktorů, nejen v oblasti řeči. Může ji ovlivnit nejen modulační složka řeči, rezonance a artikulace, ale také psychické nastavení člověka, prostředí, ve kterém se jedinec nachází či celková motivace hovořit. Pro hodnocení srozumitelnosti jsou užívané škály. Ve studii s názvem **Speech intelligibility of Patients With Cleft Lip and Palate After Placement of Speech Prosthesis** (Pinto et al., 2007) byla využita klasifikace dle Pegorara-Krooka, která hodnotí srozumitelnost řeči palatolalíků do následujících stupňů:

1. Normální řeč.
2. Mírné narušení – srozumitelnost řeči je mírně narušená, lze ji ale porozumět bez obtíží.
3. Mírné až střední narušení – významu řeči lze stále porozumět, zvuk řeči je mírně narušen.
4. Střední narušení – objevují se potíže s rozpoznáváním zvuku řeči a s tím související obtíže s porozuměním řeči.
5. Středně těžké až těžké narušení – obtíže v rozpoznání fonetické charakteristiky řeči a porozumění významu.
6. Těžké narušení – zvuku řeči a významu nelze porozumět.

Na diagnostiku palatolálie v logopedické intervenci ve většině případů přímo navazuje logopedická terapie, případně se tyto dva procesy navzájem ovlivňují.

V minulosti se vlivem pozdějších palatoplastik využívalo dělení pana prof. Sováka na logopedickou péči předoperační a pooperační. Toto dělení již není v současné době ve většině případech aktuální, vlivem raných operačních zákroků. Výjimka může nastat, jestliže je diagnostikován submukózní rozštěp či vrozené zkrácení patra. Pooperační péče by v každém případě měla být indikována nejpozději do 6 týdnů od proběhlé palatoplastiky (Škodová & Jedlička, 2007).

Logopedická péče je tedy v současné době dělena na nepřímou (do 3 let věku) a přímou (nad 3 roky) (Kerekrétiová, 2008). Nepřímá logopedická terapie, která se odehrává v novorozeneckém či batolecím věku dítěte, má spíše metodický charakter. Klade se důraz zejména na rodiče, jejichž úkolem je stimulovat schopnost

dítě rozumět a používat řeč (Nagarajan, 2009). Úkolem nepřímé péče je také aktivizovat mluvidla, čehož lze dosáhnout pomocí oromotorických cvičení (Škodová & Jedlička, 2007). Rodiče také mohou být instruováni k masáží, které jsou závislé na typu rozštěpu. V případě operace rtu je nutné ret prokrvovat, při operaci patra je stěžejní aktivizovat měkké patro (Klenková, 2008).

„S přímou logopedickou péčí se začíná, jakmile je dítě schopno cíleně s logopedem přímo spolupracovat - tj. ve věku cca tři let“ (Kerekrétiová, 2008, str. 114). Cílem je odstranit přítomné symptomy vyskytující se u palatolálie, a to narušenou výslovnost a nosovost ovlivňující srozumitelnost řeči.

Postup terapie při poruchách nosní rezonance se odvíjí od toho, zda se snažíme eliminovat či zmírnit hyponazalitu či hypernazalitu. Jak jsme již ale několikrát zmínili, pro palatolalii je charakteristická otevřená huhňavost. Hyponazalita je závislá na předešlém lékařském vyšetření a její terapie se odvíjí podle úspěšnosti lékařského výkonu. Pokud přetrvává, cvičení jsou zaměřena na nácvik správného dýchání, na nácvik nosovek vyslovovaných s adekvátní nazalitou, k čemuž se může využít sluchový diferenciační výcvik, díky kterému dítě rozpozná hlásky s a bez příslušné nosovosti (Kerekrétiová, 2008). Při eliminaci hypernazality je nutné zlepšit úroveň patrohltanového uzávěru, čímž dojde ke správnému poměru orality a nazality (Klenková, 2008). Jako vhodná cvičení pro správnou funkci patrohltanového uzávěru se uvádí: *„zívání s otevřenou a zavřenou pusou, nafukování tváří, masáže patra a vyvolání dávivého reflexu“* (Kutálková & Paldová, 2007, str. 23). Dále také cvičení na usměrňování výdechového proudu ve smyslu pískání a foukání. Jako další vhodná technika se uvádí, tak jako u hyponazality, sluchový diferenciační výcvik, který umožňuje identifikovat hypernazalitu v řeči klienta samého a v řeči jiných osob (Kerekrétiová, 2008). Na podobný princip fungují i tzv. kontrastní cvičení, které jsou založeny na opakování slov s nazalizovanými a nenazalizovanými hláskami (Škodová in Neubauer, 2018).

„Nácvik výslovnosti má podobně jako u dyslalie čtyři etapy – přípravná cvičení, vyvození hlásky, fixace a automatizace správné výslovnosti hlásky“ (Klenková, 2006, str. 150). V rámci přípravných cvičení se trénuje fonemtická diferenciacce a oromotorika (Škodová in Neubauer, 2018), ku příkladu můžeme využít: *„mimické a zvukové napodobání různých zvířátek, myofunkční terapie, mluvení s korkovou zátkou, práce s brčkou a hry se žvýkačkou“* (Kutálková & Paldová, 2007, str. 26-27). Z hlediska pořadí

korekce hlásek, se nejprve věnujeme samohláskám. Ty dle Kerekrétiové „vyvozujeme v pořadí A, O, U, E, a I před zrcadlem“ (Kerekrétiová, 2008, str. 137). Optická opora a kinestetická zpětná vazba je pro nácvik samohlásek stěžejní v napodobování tvaru rtů a velikosti čelistní úhlu. Nácvik vokálů probíhá samostatně i ve skupinách (Krahulcová, 2013).

Pořadí při úpravě souhlásek se u autorů rozchází. Sovák doporučuje postupovat dle artikulačních okrsků, a to od I. artikulačního okrsku dále (Sovák, 1978 in Neubauer, 2018). Naproti tomu Golding-Kushnerová uvádí následující pořadí hlásek při korekci: „laryngální (H), bilabiální (P, B, M), labiodentální (F, V), apikální (N, T, D, S, Z), velární (K, G)“ (Golding-Kushnerová, 2001 in Kerekrétiová, 2008, str. 137). Je důležité, aby se hláska nikdy neopravovala, ale vyvodila se zcela nová. Při korekci artikulace je nutné dbát na zásadu minimální akce, kdy s dítětem cvičíme potichu a s minimální sílou a eliminujeme tak tvrdý hlasový začátek. Děti také mají při hlasité a přehnané artikulaci tendence nevnímat správné tvoření hlásek (Weilová, 2022).

Výrazná pozornost je z důvodu přenesení artikulační báze vad věnována terapii kompenzační artikulace. Vlivem této skutečnosti jsou nejčastěji porušeny hlásky II. artikulačního okrsku, mezi které patří hlásky dásňové (alveorální) (Kerekrétiová, 2008). Dále je důležité se zaměřit na eliminaci hrtanového rázu, který často vzniká jako výsledek kompenzační artikulace za orální závěrové hlásky (Kerekrétiová, 2008). „Při odstranění hrtanového rázu využíváme stejné postupy jako při podpoře měkkého hlasového začátku i metodu kontrastu“ (Kutálková & Palodová, 2007, str. 27).

Dalším důležitým specifickým terapeutickým postupem je odstranění nosních emisí a zvýšení intraorálního tlaku vzduchu. Nosní šelesty se vyskytují z důvodu velofaryngeální insuficience. K jejich eliminaci dochází, jakmile je patrohltanový uzávěr uveden do správné funkce (Kerekrétiová, 2008). Jako techniku k eliminaci nosních emisí je možné užít zpětné vazby. Princip spočívá ve vložení jednoho konce trubičky do nosu dítěte a druhé do ucha. Pokud dojde k výskytu nosních emisí, dítě tento zvuk hlasitě uslyší a bude vnímat větší rozdíl při eliminaci tohoto zvuku. Další možností je střídavě stlačovat nosní chřípí či užít nosní klip (Kummer, 2011).

Pro zlepšení srozumitelnosti jsou také využívány artikulační cvičení, kdy je třeba dbát na precizní výslovnost a pomalé tempo, které zvyšuje srozumitelnost sdělení a zamezuje tak vzniku rušivých nosních emisí (Kerekrétiová, 2008).

2.4 Logopedická péče u osob s orofaciálním rozštěpem

V této podkapitole bude nejprve představen systém logopedické péče jako takový pro lepší pochopení souvislostí. Následně bude uspořádání logopedické intervence v České republice popsáno ve vztahu k jedincům s orofaciálním rozštěpem a palatolálii.

Logopedie jako vědní obor je poměrně nová disciplína, ustaven byl až v průběhu 20. let 20. století. V průběhu 20. století tomu napomohlo několik významných počinů, jako například rok 1924, kdy se uskutečnil první a zakládající kongres Světové asociace logopedů a foniatrů. V rámci Československé republiky se začal utvářet logopedický obor zhruba od druhé poloviny 19. století, kdy se začalo pečovat o osoby s vadami řeči prostřednictvím hluchoněmých učitelů. Jeden z významných průkopníků tohoto oboru, prof. Miloslav Seeman, založil v roce 1923 Foniatrické oddělení v Praze a o 23 let později v roce 1946 vznikl pod dohledem prof. MUDr. PhDr. Sováka, DrSc., Logopedický ústav hlavního města Prahy. V roce 1967 se u nás logopedie stává samostatným oborem na univerzitě (Lechta in Škodová & Jedlička, 2007; Klenková, 2006).

V rámci České republiky je péče situovaná do třech resortů – resort zdravotnictví, práce a sociálních věcí a v neposlední řadě školství, mládeže a tělovýchovy. Na realizaci péče v těchto resortech se podílí kliničtí logopedi, logopedi a logopedičtí asistenti (Fukanová in Škodová & Jedlička, 2007; Klenková, 2006).

V resortu zdravotnictví je poskytována kompletní logopedická intervence, ve smyslu prevence, diagnostiky a terapie. Nejčastěji je uskutečňovaná v rámci logopedických ambulancí, soukromých klinik, nemocnic a rehabilitačních ústavů. Působí zde klinický logoped, který je absolvent postgraduálního vzdělávání nutného pro výkon tohoto povolání. Vybavení logopedické ambulance je dáno **vyhláškou č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče**. Tato vyhláška stanovuje jako základní vybavení ambulance klinického logopeda následující položky: zařízení pro zvukovou nahrávku,

výpočetní techniky a software pro komunikaci s pacientem a trénink komunikace, pomůcky pro klinicko-logopedickou intervenci, rotavibrátor, bzučák a zrcadlo.

V rámci péče situované v resortu práce a sociálních věcí se může uplatnit jak logoped, tak klinický logoped či absolvent studia speciální pedagogiky. Péče zde nabývá poměrně komplexního charakteru. Pod tento sektor spadá služba rané péče, což je „*soustava služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem, dětem postiženým i jejich rodinám*“ (Klenková, 2006, str. 217).

Logopedická péče ve sféře školství je situovaná do mateřských a základních škol logopedických a logopedických tříd u mateřských a základních škol. Oddělenou skupinu tvoří speciálněpedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny. V těchto zařízeních funguje logopedický asistent a speciální pedagog. Mezi dalšího odborníka spadajícího pod školství patří logopedický preventista, což je osoba, která může vykonávat prevenci v oblasti jazykových kompetencí (Fukanová in Škodová & Jedlička, 2007; Klenková, 2006).

K profesním organizacím, které působí na území České republiky a sdružují odborníky v tomto oboru, patří *Asociace klinických logopedů* a *Asociace školských logopedů*. Spolek *Asociace klinických logopedů* vznikl v roce 1991 jako občanské sdružení. Hlavním cílem činnosti této asociace „*je hájit a prosazovat oprávněné profesní zájmy svých členů, koordinovat jejich činnost a v etické rovině korigovat výkon logopedické praxe*“ (Asociace klinických logopedů, online). Asociace logopedů ve školství působí v České republice od roku 2006 a propojuje a koordinuje logopedické pracovníky působící ve školství (Asociace logopedů ve školství, online).

Za pomyslný počátek systematizované péče o osoby s orofaciálním rozštěpem můžeme považovat vznik rozštěpových center. Předtím se samozřejmě o tyto osoby pečovalo také, ale péče v rámci těchto center je multidisciplinární a zajišťuje ji společně velké množství odborníků. V rámci České republiky je léčba soustředěna zejména do tří rozštěpových center – Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnice Bohunice Brno a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze. Rozštěpové centrum Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně vzniklo již v roce 1949, kdy vznikla samotná Klinika plastické a estetické chirurgie. Samotná rozštěpová poradna vznikla v roce 2016 za účelem zjednodušení procesu léčby a kvalitnější péče o pacienta. Tým

je multidisciplinární a působí zde klinický logoped, plastický chirurg, pediatr, ortodontista, foniatři a ORL lékaři (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, online). Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze získala status rozštěpového centra v roce 2011 a od té doby systematicky pečuje o osoby s touto vývojovou vadou. Podobně jako v Brně zde působí specializovaný tým skládající se z plastického chirurga, pediatra, anesthesiologa, stomatologa (ortodontista), čelistního chirurga, protetika, foniatra, logopeda, audiologa, genetika a psychologa (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, online).

Logopedická péče pro osoby s palatolálií je situovaná ve všech třech resortech, které jsou v České republice k dispozici. Primárně se dítě s orofaciálním rozštěpem nachází v péči klinického logopeda, který spadá pod resort zdravotnictví. *„Dítě s rozštěpem by mělo navštěvovat min. 1x ročně (dle doporučení i častěji) klinického logopeda rozštěpového centra a také klinického logopeda v místě bydliště. Navštívy logopeda v místě bydliště jsou častější, záleží na potřebné péči“* (Šťastný úsměv, online). Ambulance klinického logopeda pro práci s klientem s palatolálií nemusí být výrazně speciálně upravena. Jako základní prostředky pro terapii těchto klientů se uvádí: rukavice, laryngoskopické zrcátko pro případné nosní emise, otofon, klipy na nos a brčka na trénink patrohltanového uzávěru (Kerekrétiová, 2008).

Dítě s těžkou formou palatolálie může být v rámci edukačního procesu zařazeno do logopedické třídy při základní či mateřské škole, anebo do logopedické základní či mateřské školy. Tyto školy poskytují naprosto shodný obsah výuky jako základní či mateřské školy bez logopedického zaměření, a navíc uskutečňují hodiny individuální logopedické péče (Klenková, 2006; Kerekrétiová, 2008).

Ústavy sociální péče, které spadají pod resort práce a sociálních věcí, poskytují péči převážně osobám s kombinovaným postižením. Rozštěp patra je spojován se zvýšenými riziky vzniku poruch autistického spektra, mentálního postižení, mozkové obrny či epilepsie (Medical Tribune, online). Potřeba logopedické intervence u jedinců s rozštěpem v těchto institucích, je tedy zcela na místě.

Na území České republiky také působí zájmové organizace, které se snaží zvýšit informovanost o této problematice. Šťastný úsměv, z.s., patří mezi jednu z nejviditelnějších a funguje primárně při Fakultní nemocnici sv. Anny v Brně. Cílem

této organizace je „zlepšit přístup k informacím o léčbě rozštěpů obličeje, informovanost odborné i laické veřejnosti o této vrozené vývojové vadě, předávat rodičům své zkušenosti s péčí o dítě a detabuizovat téma rozštěpů ve společnosti“ (Šťastný úsměv, online). Tato nezisková organizace také vydala knížku s názvem **Pro tvůj šťastný úsměv**, která může být nápomocná jak rodičům, jež jsou často přehlčení odbornými informacemi, tak i řadám studentů, kteří se o tuto problematiku zajímají. Mezi další působící organizaci věnující se osobám s orofaciálním rozštěpem patří Za novým úsměvem, z.s. Jedná se o spolek klientů a přátel rozštěpového centra hlavního města Prahy, kteří se snaží podporovat rodiče dětí narozených s rozštěpem v obličeji a zvyšovat povědomí o této problematice (Za novým úsměvem, online).

3 Logopedická intervence u jedinců s orofaciálním rozštěpem

3.1 Vymezení cílů a metodologie výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce byla analýza a zhodnocení výsledků logopedické intervence u jedinců s orofaciálním rozštěpem.

Dílčí cíle:

1. *Analýza průběhu logopedické intervence*
2. *Analýza komunikačních schopností a zhodnocení výsledků logopedické terapie*
3. *Rozbor psychických aspektů doprovázející péči osob s orofaciálním rozštěpem*
4. *Srovnání péče jednotlivých informantů s péčí v současné době*

Na základě těchto dílčích cílů byly vytečeny **výzkumné otázky:**

Výzkumná otázka č. 1: „*Měla dlouhodobější logopedická intervence vliv na lepší komunikační schopnost?*“

Výzkumná otázka č. 2: „*Jaké projevy palatolálie přetrvávají v komunikaci jedinců po ukončení logopedické péče?*“

Výzkumná otázka č. 3: „*Do jaké míry byli jedinci s orofaciálním rozštěpem a jejich rodina zasaženi důsledky této vady v psychosociální rovině?*“

Výzkumná otázka č. 4: „*Jaké odlišnosti se vyskytovaly v péči u informantů ve vztahu k současné péči?*“

K naplnění stanovených cílů byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je celostní přístup založený na zkoumání většího objemu dat u menší skupiny jedinců (Mišovič, 2019) a „*získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu*“ (Hendl, 2008, str. 50). Výzkum proběhl pomocí modulu případové studie, ve které „*jde o studium jednoho případu, nebo několika málo případů*“ (Hendl, 2008, str. 102).

Byly využity následující **metody a techniky sběru dat**:

- polostrukturovaný rozhovor
- zúčastněné pozorování
- analýza výsledků testu
- analýza dokumentace

Hlavní metodou pro sběr dat byl zvolen **polostrukturovaný rozhovor**, jakožto forma hloubkového rozhovoru užívaného v kvalitativním výzkumu. Je založen na předem připravených otázkách z vybraných okruhů (Švaříček & Šed'ová, 2007). Výzkumník v průběhu realizace rozhovoru využívá osnovu či záznamový arch pro zaznamenávání získaných dat (Mišovič, 2019).

Analýza polostrukturovaného rozhovoru proběhla pomocí designu **interpretativní fenomenologické analýzy** (ve zkratce IPA). IPA je zaměřena na prožitou zkušenost daného člověka a pracuje s nižším počtem dotazovaných. IPA analýza tak zjišťuje konkrétní názor člověka na danou problematiku a jeho zkušenosti s ní (Koutná-Kostínková & Čermák, 2013). Touto analýzou byl zpracován polostrukturovaný rozhovor s klinickým logopedem, který má zkušenost s logopedickou intervencí u jedinců s orofaciálním rozštěpem.

Během každého rozhovoru s informanty proběhlo **zúčastněné nestrukturované pozorování**, což je jedna z nejzásadnějších technik kvalitativního výzkumu. Jeho účelem je „*deskriptivně zachytit, co se děje a jak vypadá daná situace*“ (Švaříček & Šed'ová, 2007, str. 142).

V rámci praktické části proběhla také **analýza výsledků testu**. Pro tento účel byl využit **Testovací formulář pro zhodnocení řeči u pacientů s orofaciálním rozštěpem** podle Holandského národního protokolu, který je užíván ve všech Holandských rozštěpových centrech. Tento formulář byl dostupný online v rámci studie s názvem **Long-Term Follow-Up Study of Young Adults Treated for Unilateral Complete Cleft Lip, Alveolus and Palate by Treatment Protocol Including Two-Stage Palatoplasty: Speech Outcomes** (Kappen et al., 2017). Pomocí tohoto dokumentu byl každému informantovi vytvořen formulář, do kterého byly zaznamenávány výsledky v čase testování.

Doplňující metodou sběru dat byla **analýza dokumentace**, a to lékařských zpráv a logopedických sešitů, které byly poskytnuty informanty. „*Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než který má aktuální výzkum*“ (Hendl, 2008, str. 204)

Časový harmonogram vypracování bakalářské práce:

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Duben–Červen 2022 | Vypracování projektu bakalářské práce a studium odborné literatury. |
| Červen–Září 2022 | Vytvoření struktury bakalářské práce a počátek psaní teoretické části. |
| Říjen–Leden 2023 | Práce na kapitolách teoretické části, vypracování otázek k praktické části. |
| Leden–Březen 2023 | Práce na praktické části a zhodnocení výzkumu. Dokončení bakalářské práce. |

Tabulka 1: Časový harmonogram bakalářské práce

3.2 Charakteristika výzkumného šetření

Výzkumný vzorek tvořily tři dospělé osoby s orofaciálním rozštěpem. Osoby byly vyhledány díky známostem v okolí Ostravy. Jednalo se o 3 muže ve věku od 22 do 35 let. Jejich jména jsou vzhledem k ochraně osobních údajů změněna na jiná. První rozhovor byl veden s panem Matějem, kterému je 22 let a má celkový oboustranný rozštěp rtu a patra. Druhým dotazovaným byl pan Miroslav, kterému je 35 let a má celkový levostranný rozštěp rtu a patra. Poslední rozhovor probíhal s panem Jakubem, kterému je 34 let a má celkový pravostranný rozštěp rtu a patra. Je důležité zmínit to, že pan Miroslav a pan Jakub jsou pokrevní bratři.

| Jméno | Věk | Diagnóza |
|------------------------|--------|------------------------------------------|
| Matěj – informant A | 22 let | Celkový oboustranný rozštěp rtu a patra |
| Miroslav – informant B | 36 let | Celkový levostranný rozštěp rtu a patra |
| Jakub – informant C | 35 let | Celkový pravostranný rozštěp rtu a patra |

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumné šetření bylo realizováno výhradně v domácím prostředí. Každý rozhovor s informanty byl nahráván a trval zhruba 50 minut. Celkově byly uskutečněny tři rozhovory s každým informantem včetně jejich matek, dohromady tedy celkem devět. Po ukončení rozhovoru byla audionahrávka převedena do psané podoby. S přepsanými daty bylo provedeno otevřené kódování. Kódy byly rozděleny do následujících sekcí: diagnóza, operace, krmení, sluch, zuby, řeč, logopedická intervence a psychologická zátěž.

Pro získání dalších informací byl realizován rozhovor s klinickou logopedkou v ambulanci klinické logopedie, která má zkušenosti v práci s jedinci s orofaciálním rozštěpem.

Všichni účastníci výzkumného šetření byli předem informováni o ochraně osobních údajů. Informanti souhlasili s poskytnutím rozhovoru a osobní dokumentace, přečetli si a následně podepsali informovaný souhlas k poskytnutí dat pro výzkum. Audionahrávky z rozhovorů byly využity výhradně pro účely zpracování těchto dat a po provedení doslovného transkriptu došlo k vymazání.

3.3 Případové studie

Případová studie A

Pohlaví: muž

Rok narození: 2000

Diagnóza: celkový oboustranný rozštěp rtu i patra

Rodinná anamnéza

Chlapec vyrůstal v úplné rodině, jako prostřední ze 3 sourozenců. Má 2 sestry, první je o 16 let starší, druhá o 10 let. Zdravotní stav u sourozenců byl a je bez závažných onemocnění. U matky (57 let) byl zdravotní stav v době těhotenství a porodu bez obtíží, vyjma mimoděložního těhotenství v r. 1992. Matka má středoškolské vzdělání ukončené maturitou a v době očekávání dítěte pracovala na městském úřadě. Otec (61 let) byl v době těhotenství bez zdravotních obtíží. Vzdělání otce je vysokoškolské, v době těhotenství a porodu byl zaměstnán ve firmě ČEZ. V blízké ani vzdálené rodině nikdy nedošlo k výskytu orofaciálního rozštěpu. Genetické vyšetření uvedlo jako nespécifickou zátěž poruchu skusu a ortodontickou péči otce dítěte.

Osobní anamnéza

Matce bylo v době porodu 36 let a chlapec pochází z celkově čtvrté gravidity. Porodu předcházelo mimoděložní těhotenství, které bylo ukončeno operací. Těhotenství bylo pro matku psychicky i fyzicky náročné. Matce bylo od lékařů sděleno, že je zde možnost, že těhotenství bude opět mimoděložní a byla zde evidována přítomnost hematomu na děloze. V průběhu těhotenství matka neužívala kyselinu listovou. Orofaciální rozštěp byl zjištěn již prenatální diagnostikou pomocí ultrazvukového vyšetření v 22. týdnu těhotenství. Byla zjištěna pouze přítomnost vrozené vývojové vady, nedošlo k určení typu a stupně závažnosti. Porod proběhl v 41. týdnu těhotenství a byl indukovaný forcepsem. Při porodu byly použity kleště a došlo ke komplikacím

na straně matky. Ihned po porodu byl diagnostikovaný celkový oboustranný rozštěp rtu a patra.

K první operaci došlo ve 2. měsících věku, a to k primární rekonstrukci rozštěpu rtu. Operace se konala v Nemocnici v Třinci na Oddělení plastické chirurgie. K primární rekonstrukci patra došlo ve 2 roku věku dítěte, opět v Nemocnici v Třinci. V 10 roku chlapce proběhla implantace kostního štěpu z lopatky kosti kyčelní do defektu v alveolu ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně. Poslední operace se konala opět ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně a byla zaměřena na nápravu defektu měkkého nosu ve 14 roku dítěte.

Chlapec nebyl kojen pro přítomnost rozštěpu. Dva dny po porodu byl krmen odstříkovaným mlékem, poté kojeneckou výživou. Krmení probíhalo obtížně, chlapec zvracel a dusil se. Byla nasazena speciální tvarovaná lahvička. U chlapce se také prokázal reflux a dle matky docházelo k častému zvracení a dušení pro nepřítomnost patra. Prokázala se také aerofagie. Po primární korekci patra se tato kondice zlepšila.

Od narození byla přítomna myopie a nystagmus. Chlapec byl rehabilitován okluzorem a od roku a půl byla nasazena korekce brýlemi. V oblasti sluchu nedošlo nikdy k výrazným obtížím, avšak chlapec trpěl na velmi časté záněty středouší. Křivka tympanogramu sporadicky ukazovala typ C, který značí poruchu ventilační funkce Eustachovy trubice.

Vývoj chrupu probíhal odchýlně. První zub se prořezal v místě rozštěpové štěrbině, což u dítěte vyvolalo pocity nevrlosti a plačivosti. V rámci ortodontické péče byly užity jak fixní, tak snímatelné aparáty na korekci zubů. Péče byla ukončena kolem 14. roku života na popud informanta. V současné době je počet a umístění zubů patologické.

Psychomotorický vývoj dítěte probíhal v normě. Matka přikládá tuto skutečnost tomu, že chlapec chtěl dohnat ve vývoji své sestry. *„M. byl úžasný dravec, byl akční a jsem to brala prostě, že jako kluk byl takový divočejší. Akorát mě překvapilo že u ničeho dlouho nevydržel, že třeba jak jsme s holkami kreslily omalovánky, tak to ho vůbec nezajímalo.“* Jemná motorika byla na nižší úrovni a projevovala se v oslabené kresbě. Později bylo chlapci diagnostikováno ADHD.

Řečový vývoj byl opožděn, zejména vlivem pozdější korekce patra. „*Matěj měl zavřené patro ve dvou letech a do té doby bylo vidět, i můj muž si toho všiml, že samozřejmě mu mluvit nešlo. Takže jediné jeho slova bylo máma, ale jeho oblíbené slovo, než mu zavřeli patro bylo grga, což byli bagry, traktory, no prostě cokoliv dopravního.*“ Po korekci patra došlo k překotnému rozvoji řeči a slovní zásoby, zejména v oblasti dopravních prostředků.

Logopedická intervence

Logopedická intervence započala již v prvním roku života. Na logopedii začali docházet na radu pediatra, který jim tuto péči doporučil již v preoperačním období. Docházeli do Ambulance klinické logopedie v Kravařích. Odborník nebyl nikdy změněn.

Ambulanci navštěvovali přibližně 1x do měsíce, po operaci patra se intervaly logopedických návštěv zvýšily na 1x za 14 dní. Intervence většinou trvala kolem 25 minut. Chlapec docházel na logopedii vždy v doprovodu své matky. „*Pro mě to zas bylo, že já jako matka tam potřebuju být a musím být v obraze, protože kdyby tam jel můj muž, tak jako jo dobrý, ale už už bych to prostě měla přes ruku a ty informace by nebyly přímé. A já přece jako matka potřebuju vědět, ale k paní logopedce jsem si vyloženě chodila odpočinout.*“

S přístupem odborníka byla matka i chlapec spokojeni. Chlapec docházel na logopedii rád. Dle slov matky paní logopedka dokázala vše selským rozumem vysvětlit. „*Ona se prostě dokázala snížit na úroveň dítěte, přizpůsobit se mu, a to já jsem na ní strašně obdivovala.*“ Dítě motivovala pomocí předmětů, které mu byli blízké – auta, fotbal. Pro práci používala logopedický sešit a razítka za odměnu.

Cílem logopedické intervence bylo odstranění zvýšené nosní rezonance, zesílení pevnosti patrohltanového uzávěru a snaha o správnou artikulaci hlásek. Mezi nejobtížnější patřily hlásky labiodentální (V, F) a alveolární (T, D, N, C, S, L, R, Ř, Č, Š, Ž). Nejdéle trval trénink vibrantů a ostrých sykavek. Logopedická péče byla v raném období věku dítěte věnována obsahové stránce řeči. Dále byla zaměřená na usměrňování výdechového proudu a na foukací cvičení pomocí různých kuliček a papírků. Pevnost patrohltanového uzávěru byla trénována pomocí brček a nafukování tváří. Dávící reflex

byl vyvoláván, ale masáže patra dle matky nebyly nikdy prováděny. Instuovány byly pouze masáže rtu k zabránění ztuhlosti jizev. Při nácviku artikulace se nacvičovaly básničky a slova s tematikou aut a fotbalu.

Z pomůcek klinická logopedka využívala logopedické zrcadlo a laryngoskopické zrcátko pro registraci nosních emisí. Nosní klipy nebyly nikdy užity, chlapec si nosní křídla při výslovnosti zacpával palcem a ukazovákem. Paní logopedka také využívala špátle a logopedické sondy. V intervenci nikdy nebyla užita nějaká forma píšťaly či flétničky.

Cvičení na doma byly paní logopedkou zadávány do logopedického sešitu. Matka chlapce vždy věděla, co a jak trénovat. Cvičení bylo s chlapcem obtížné zvládnout. Vlivem ADHD M. nevydržel chvíli na místě. *„My jsme k tomu každodenně používaly tu cestu do školky, takže to fakt bylo kolem těch 15 minut. Doma to fakt nemělo smysl, protože nevydržel na místě. Pro motivaci pracovat byly využívány dopravní prostředky.*

Zlepšení rodina zpozorovala, ale bylo hodně pozvolné a nastupovalo pomalu. *„On když jsme šli spolu, tak mi to říkal hezky, ale nějak tak jako neměl prostě motivaci, aby to používal v běžné mluvě. Takže řízeně to bylo, ale spontánně ne.“*

Logopedická péče skončila na 1. stupni základní školy ve 4. třídě. Chlapec měl 10 let. Ukončena byla ze strany logopedky, která usoudila, že zlepšení již neproběhne. Rodina i informant souhlasili, další ambulanci klinické logopedie již nevyhledali. Dostatečnost logopedické péče a momentální spokojenost s řečí hodnotí informant následovně: *„Péče asi byla dostatečná. Kromě toho, jak ten hlas zní, který je otřesný, tak asi jen to Ř, které bylo vždycky problém, ale jinak mě nic ke zlepšení nenapadá.“*

Školní anamnéza

Informant navštěvoval běžnou mateřskou školu již od tří let věku. Na přání matky proběhlo vyšetření školní zralosti v pedagogicko-psychologické poradně. Byl doporučen odklad školní docházky o 1 rok z důvodu obtížné koncentrace a neobratné grafomotoriky. Po ukončení předškolní docházky nastoupil chlapec do 1. třídy běžné základní školy. Třídní učitelkou byla paní, která sama vychovávala dítě s rozštěpem, a tak se chlapci dostalo individuálního a osobitého přístupu. Následně došlo znovu k navštívení

pedagogicko-psychologické poradny z důvodu výukových obtíží. Zde došlo k diagnostice ADHD a dysgrafie. Z hlediska předmětů na 1. stupni docházelo k obtížím zejména v matematických dovednostech. Celkově měl informant potíže se soustředěním. Na 2. stupni došlo k zhoršení prospěchu a k snížení motivace ke studiu. Obtíže přetrvávaly zejména v matematice. Po ukončení základního vzdělávání začal informant docházet na Střední školu automobilní v Krnově, kde dokončil tříletý obor závěrečnou zkouškou. Momentálně dotazovaný pracuje jako řidič dodávky a plánuje jezdit kamionem.

Zátěž rodiny a informanta v psychosociální rovině

Diagnóza rozštěpu u rodičů vyvolala šok. Matka dítěte si tuto skutečnost pokládala za vinu a trvalo dlouho, než se dokázala s touto situací srovnat. Těhotenství pro ni bylo psychicky velmi náročné. Stavu matky přitížil fakt, že lékaři začali v průběhu ultrazvukového šetření mluvit o jisté benevolenci zákona, který umožňuje těhotenství přerušit, což pro matku nepřipadalo v úvahu. Rodina zaujala podporující přístup. Na reakci sourozenců matka vzpomíná následovně: *„Holkám jsme úměrně jejich věku řekli, že Matěj bude mít trošku jinou pusku a já měla strašný strach, když se ony potom přišly podívat na bratříčka do porodnice a já jsem jim potom večer z té nemocnice volala a měla jsem strach, protože jsem věděla, že tu bitvu za ně nevybojuji. Já jsem pak tedy večer volala domů, a to mě ještě dojímá teď, protože ty holky to tak dobře vzaly a říkali mi: “Mamko on je tak krásnej.” A ta naše starší dcera mi potom doma ještě říká: “Mami mi už se ty normální miminka s normálními pusinkami nelíbí.”*

Dostatek informací pro matku znamenal zdroj klidu. Na otázku, zda cítila, že měla dostatek informací, odpověděla, že ano. Počet operací byl pro matku velmi těžký, ale brala to tak, že je nutné, aby tyto operace byly provedeny. *„Já jsem zaujala ten postoj, že to prostě musím zvládnout.“*

Přístup odborníků byl na velmi vysoké úrovni, matka byla se všemi spokojena až na toho zásadního – plastického chirurga. Zde se setkala s velmi chladným přístupem, který nezohledňoval individualitu a národu dítěte. Matce vlivem tohoto přístupu začaly psychické a hormonální obtíže. V celkové péči matce chyběl právě tento lidský přístup, u ostatních odborníků se setkala s lidmi na pravém místě a nemohla si je vynachválit.

Péče psychologa nebyla rodině nikdy nabídnuta, kdyby byla, rodina by ji vřele uvítala. Tohoto odborníka navštěvoval sám informant až v pozdějším věku vlivem ADHD.

Jako nejtěžší na celé této cestě matka informanta uvedla následující: *„Takový ten neustálý strach, jestli se všechno vyvíjí dobře, jestli je všechno tak jak má a samozřejmě Matěj měl i to ADHD, takže strašně zlobil a minimálně 10x denně jsem si říkala, že už fakt nemůžu.“*

Informant svůj průběh vzdělávání vnímal bezproblémově včetně začlenění do kolektivu. Držel si kolem sebe malý kruh přátel, kteří ho provází do nynějšího věku. K posměškům docházelo, matka si vybavuje jeden velmi přesně, kdy sousedův chlapec ve stejném věku nadával informantovi do *„křivé huby“*. Informant ještě zmínil, že se tyto incidenty stávaly i na střední škole, dál je ale nechtěl rozebírat. Učitelé, kteří provázeli M. vzděláváním, zaujali vždy vlídný a lidský přístup. Velkým benefitem byla již zmíněná paní učitelka na 1. stupni, která sama vychovávala dítě s rozštěpem. Celkově informant zaujímá postoj, že se o jeho stavu raději nebaví a nikdy jej sám nezmiňuje.

Výstup na veřejnosti dělal M. vždy obtíže. Dle slov matky: *„On M. byl vždycky svéráz, oni třeba nacvičovali na Den matek a on to nikdy nemiloval, takže všechny děti stály čelem k maminkám a jedno dítě stálo zády, protože se tak prostě rozhodlo, a to byl náš Matěj.“* Situace přetrvává dodnes. Zkoušení před tabulí mu ale nikdy nedělalo obtíže, věděl, že musí. Podobný přístup panuje i při focení, sdělil následující: *„Vadí mi hodně, ale jakože ani ne moc kvůli tomu jak vypadám, ale já jsem to prostě neměl rád nikdy.“*

Matěj vnímá sám sebe celostně, nedominuje u něj při pohledu na sebe rozštěp na obličej. Bere jej jako součást sebe. Matka informant měla pocit, že s tímto hodně bojuje, ale informant odvětil následující: *„Spíš to bylo, že jsem se tak často na sebe nedíval do zrcadla a nefotil, nechtěl jsem se vidět. Už mi to prostě bylo jedno. Že i když to prostě ostatní viděli, tak co jsem měl udělat, nezlepším to.“* M. v tomto ohledu odporoval i fotografování, a to z dvou důvodů, neměl ho prostě rád a byl si vědom svého vzhledu. M. se ale vždy velice rád smál, nebral ohled na patologické umístění zubů a dle výpovědi matky i v dětství v tomto neviděla odchýlné chování.

Na to, co pro M. bylo a je nejtěžší v souvislosti s rozštěpem mi informant neodpověděl, uvedl, že neví. Celkově šlo poznat, že o tomto tématu nerad hovoří.

Případová studie B

Pohlaví: muž

Rok narození: 1986

Diagnóza: levostranný rozštěp rtu i patra

Rodinná anamnéza

Chlapec vyrůstal v úplné rodině, jako prvorozený syn. Má jednoho bratra, který je o jeden a půl roku mladší. Mladší sourozenec se narodil s pravostranným celkovým rozštěpem rtu a patra. Matka (68 let) v době těhotenství a porodu neměla žádné zdravotní obtíže. Má ukončené střední odborné učiliště a v době očekávání pracovala ve firmě, která zpracovávala plasty. Otec (67 let) byl v době těhotenství bez zdravotních obtíží. Vzdělání otce je středoškolské ukončené maturitní zkouškou, v době těhotenství a porodu byl zaměstnán jako technolog. V blízké ani vzdálené rodině nikdy nedošlo k výskytu orofaciálního rozštěpu. Vzdálená rodina byla léčena na diabetes mellitus a kardiologické obtíže. Genetické vyšetření uvedlo jako primární příčinu vzniku rozštěpu u informanta a jeho bratra enviromentální faktory ve smyslu prostředí práce, kde matka dotazovaných pracovala.

Osobní anamnéza

Matce bylo v době porodu 32 let a chlapec se narodil jako prvorozené dítě. Celkově těhotenství matka hodnotí kladně, docházelo jen k častému zvracení a otékání nohou. Psychická zátěž zde nebyla, na dítě se rodina těšila. V průběhu těhotenství matka neužívala kyselinu listovou. V počátku gravidity matka pracovala ve svém zaměstnání, kde zpracovávala toxické látky v podobě roztavených plastů. Podstoupila také rentgen plic, jelikož ještě nevěděla o své graviditě. K diagnóze rozštěpu došlo při porodu. Porod proběhl v 40. týdnu těhotenství spontánně a bez komplikací.

K první operaci – primární rekonstrukci rozštěpu rtu – došlo až v 1. roku, vlivem časté nemoci Miroslava a odkládání zákroků. Primární rekonstrukce patra byla provedena kolem 3. roku věku dítěte. Třetí operace proběhla v 11. letech chlapce,

kdy došlo k implantaci kostního štěpu z lopatky kosti kyčelní do defektu v alveolu. V 18. letech proběhla operace laserem na úpravu estetické vizáže jizvy. Ani v jednom případě nedošlo k pooperačním komplikacím a všechny operace byly provedeny v Nemocnici v Trinci na Oddělení plastické a estetické chirurgie.

Miroslav nemohl být kvůli rozštěpové vadě kojen, a tak docházelo ke krmení odstříkovaným mlékem pomocí kojenecké lahve. Nebylo zde potřeba speciálně tvarovaného dudlíku, chlapec zvládal dle matky krmení s obyčejným. Krmení bylo náročné vlivem absence patra, požitá jídla se vracela zpět nosem ven.

Od narození je u informanta přítomný vertikální nystagmus. Na tuto kondici byla ze strany lékařů nabídnuta operace, došlo ale k odmítnutí ze strany informanta. Miroslav byl také léčen na skoliózu, kdy byl v rámci pooperační péče indikován korzet. Sluch byl u M. vždy v normě, docházelo pouze k velmi častým zánětům středouší a zánětům nosohltanu.

Vývoj chrupu a dentice byl od začátku narušený. Horní polovina stálých zubů byla vychýlená a byl jich nadbytečný počet. Zuby byly extrahovány a následně došlo k ortodontické péči. Informant užíval oba typy rovnátek – fixní i snímatelné aparáty. Péče byla ukončena v adolescentním období, kolem 19. roku života. V současné době je umístění zubů v horní čelisti stále vychýlené a v místě rozštěpové štěrbině není přítomen levý řezák.

Psychomotorický vývoj dítěte byl značně opožděn, nejspíše vlivem častých hospitalizací. „*M. měl myslím tak šestnáct měsíců, když začal chodit. Zpozdilo se to po těch posunutých operacích, jak musel pořád jezdit tam a zpátky, byl hodně plačtivý a měl z toho podle mě i trauma.*“ Hrubá i jemná motorika byla na vysoké úrovni, informant miloval kreslit. Oblast sebeobsluhy a hygienických návyků byla rozvíjena pomalu, ale informant byl dle slov matky velice snaživý a vše postupem času dohnal. Smyslové vnímání bylo vlivem poruchy zraku na nižší úrovni, z toho důvodu byl rodině dítěte doporučen odklad školní docházky a škola pro zrakově postižené.

Vývoj řeči byl hodně pozvolný, také výrazně ovlivněný hospitalizacemi v nemocnici. Dle slov matky se M. vyjadřoval raději neverbálně, výrazná hra s mluvidly v podobě žvatlání a broukání zde neproběhla. První slova se začala objevovat někdy

kolem roku a půl. Řeč byla už od začátků obtížně srozumitelná a byla zde velmi zvýšená nosovost.

Logopedická intervence

Logopedická intervence byla zahájena v předškolním věku na doporučení foniatra, jelikož zde proběhla diagnostika palatolálie a palatofonie. Odborníci se v průběhu života u informanta měnili. Péče byla zahájena u klinické logopedky v Opavě, následně byla kolem 10. roku přerušena. Poté chlapec navštěvoval klinickou logopedku v Rehabilitačním ústavě v Chuchelné, ta ale sama uznala, že Miroslavovi není schopná pomoci. Po této péči se dostal ve 14. letech M. do ambulance klinické logopedky v Ostravě, kde docházel až do 18. roku věku.

V dětském věku docházelo k návštěvám logopedie průměrně 1x za dva týdny. V dospělém věku byl interval návštěv stejný. Délka intervencí byla v dětském i adolescentním věku kolem 35 minut. V předškolním a mladším školním věku docházel Miroslav na logopedii v doprovodu své matky či otce. Do ambulance klinické logopedie v Ostravě, již docházel sám.

Přístupy všech logopedických odborníků hodnotili rodiče i sám informant kladně. Chlapec chodil na logopedii rád a neodmlouval. Klinická logopedka v Opavě byla dle slov matky: *„Taková veselá vždycky, nebyla nikdy omrzlá, pořád vysmátá, takže ona i žertovala s těma dětma, že uměla jich tak připoutat k sobě a zaujmout.“* V Rehabilitačním ústavě v Chuchelné péče netrvala dlouho, jelikož na případy orofaciálních rozštěpů klinická logopedka nebyla připravená, pracovala spíše s lidmi po mozkových mrtvicích. Klinická logopedka v Ostravě měla trochu jiný, ale stále kladný přístup. Informant vzpomíná následovně: *„Paní logopedka byla mimořádná kapacita, profesionalita byla na vysoké úrovni a pod jejím vedením prošlo mnoho pacientů. Hned poznala, co je třeba dělat a byla dostatečně přísná, takže mě uměla donutit, což byla ta hlavní motivace.“* Všichni zmínění odborníci využívali pro práci s klientem logopedický sešit. Znamky, razítka a sladkosti za odměnu byly dávány hlavně v mladším věku klinickou logopedkou v Opavě. Motivací klienta v pozdějším věku byl ale fakt, že řeč je opravdu nesrozumitelná a na špatné úrovni.

Logopedická intervence byla zaměřena zejména na odstraňování hypernazality, jak v dětském, tak dospělém věku. Artikulace byla také deficitní, největší obtíže činily hlásky alveorální, a to C, S, Z a R, Ř. Zvýšená nosovost zasahovala i artikulaci, hláska B zněla jako hláska M. Informant uvádí ohledně hypernazality a artikulace následující: *„Byly tam ty nosní úniky při vyslovování hlásek, ale byla tam také nosní výslovnost hlásek typu C, S, Z, R, a tak dále. Čili i to byly nesrozumitelné a bylo to vše v kombinaci s nosovostí.“* V řeči se tedy vyskytovaly i nosní úniky, na které se během terapie také soustředily. Logopedická péče byla v předškolním věku dle matky zaměřena hlavně na dýchací cvičení a motoriku jazyka a mluvidel. Dále docházelo k vyvozování hlásek pomocí klasických metod. Matka uvádí: *„Když se učilo R tak klasika TDN a potom to R vyskakovalo samo.“* V adolescentním věku byla logopedická péče hodně podobná, ale informant se společně s klinickou logopedkou zaměřoval více na odstraňování ztuhlosti orofaciálního svalstva. Poté vždy pokračovala práce s motorikou jazyka. Na každé hlásce se pracovalo samostatně a odstraňovala se hypernazalita. Probíhala také eliminace nosních úniků pomocí nosních klipů, které zde byly využívány. Masáže patra byly prováděny, a to na popud klinické logopedky z Ostravy. Informant je prováděl každý den a vyslovoval u toho vokály. Docházelo také k vyvolávání dávivého reflexu pro aktivizaci měkkého patra. Intervence v dospělém věku také mířila na překonání strachu z verbálního projevu a informant tak pracoval na svém dýchání a prozodických faktorech projevu.

Z pomůcek klinická logopedka využívala velké logopedické zrcadlo. Nosní klipy byly užívány pro zmenšení úniku vzduchu. Všichni odborníci využívali špátle a různé tyčinky k nácviku správné artikulace. Nosní či obyčejná píšťala a flétna nebyla nikdy použita.

Cvičení na doma byla odborníky zadávána do logopedického sešitu. V předškolním věku cvičila „logopedické úkoly“ s chlapcem matka. Sama, ale přiznala, že na to nebylo moc času, a tak docházelo spíše k opravování řeči ve spontánním projevu. V rámci mladšího školního věku nacvičoval řeč s vychovatelkou, ke které se informant vyjadřuje následovně: *„Paní vychovatelka, která se mnou cvičila tu logopedii byla od jiných věcí, takže ona to bral spíš jakoby přívažek, byla to naše osobní vychovatelka, takže měla svých starostí dost.“* Ohledně tréninku v adolescentním věku informant uvádí: *„Já už jsem byl v tom čase dostatečně rozumný, neboť už jsem byl na střední škole*

a uvědomoval jsem si, že ta vada řeči je poměrně výrazná a že je potřeba s tím něco dělat, bylo tam to odhodlání a motivace.“

Logopedická péče byla ukončena kolem 17. roku života vlivem výrazného zlepšení řeči. Dostatečnost logopedické péče a momentální spokojenost s řečí hodnotí informant následovně: *„Logopedická péče byla dostačující v rámci daných možností, ale myslím, že dnes by asi byla rychleji úspěšná. Se svým projevem jsem téměř vždy spokojen, protože je téměř přirozený.“*

Školní anamnéza

Miroslav začal navštěvovat běžnou mateřskou školu od tří let věku. Matka se k dalšímu vzdělání vyjadřuje takto: *„Měl odklad do 1. třídy, ale nemuselo to být, četl už noviny, kreslil a všecko, ale byl takový nezralý a ta řeč byla hodně špatná.“* Po odkladu nastoupil chlapec do speciální školy pro zrakově postižené, kde informant prospíval a měl dobré známky. Třída se skládala z maximálně osmi žáků a každé dítě tak mělo zaručený individuální přístup. V rámci školní docházky zde pobýval na internátě, což mělo negativní vliv na psychickou stránku Miroslava. Po ukončení povinné školní docházky začal informant docházet na Obchodní akademii pro zrakově postiženou mládež v Opavě. Jakmile úspěšně absolvoval maturitní zkoušku, pokračoval M. ve studiích na Ostravské univerzitě v Ostravě. Vystudoval obor učitelství výtvarné výchovy, ale toto zaměstnání nikdy nebylo pro něj. Vlivem svého vzdělávání nebyl, jak sám řekl, zvyklý na „zdravé jedince“ a nezvládal větší skupiny dětí. Momentálně je Miroslav zaměstnán ve výrobě a žije v Nizozemí, kde se soustředí na svoji výtvarnou tvorbu.

Zátěž rodiny a informanta v psychosociální rovině

Diagnóza rozštěpu u rodičů vyvolala šok. Rodiče chlapce nikdy tuto vrozenou vývojovou vadu neviděli, nevěděli, o co se jedná. Matka dítěte si tuto skutečnost automaticky pokládala za vinu a byla dlouhý čas v tzv. „stavu opaření“. S touto situací jí pomohlo se vyrovnat pomocí informací, které jim poskytovali lékaři, ohledně timingu operací či funkčních záležitostech rozštěpů. Rodina byla podporující,

nikdo se nedistancoval a matka Miroslava o této situaci ráda diskutovala se svojí sestrou. Postupem času došlo k vyrovnání se s touto situací a matka zaujala následující postoj: „*Říkala jsem si prostě, že se to zlepší, že jsme mladí, že to zvládneme.*“

Dostatek informací matka necítila. Dítě bylo narozené v komunistickém režimu a nikdo se nikoho na nic neptal. Informace jim poskytl na půlroční kontrole pediatr a nasměroval je dále na plastickou chirurgii, foniatrii apod. Chyběla ji zde svižnost procesu, vše šlo strašně pomalu a Miroslav byl kvůli tomuto přístupu operován až v 1. roku. S počtem operací se matka smířila poměrně rychle, věděla, že je to pro dobro dítěte.

Přístup odborníků byl pro matku hodně rozporuplný. Ze začátku se moc informací od odborníku nedozvěděli, ale jakmile je pediatr nasměroval, setkala se jen s vlídným přístupem. Vlivem častých návštěv těchto odborníků si s nimi vytvořila matka i chlapec srdečný vztah. Péče psychologa nebyla rodině nikdy nabídnuta, kdyby byla, rodina by ji určitě uvítala. V tehdejší režimu matku nikdy nenapadlo, pomoc tohoto odborníka vyhledat.

Jako nejtěžší na celé této cestě matka informanta uvedla následující: „*To byly takové ty myšlenky, aby to všechno dobře dopadlo, aby se z toho nějak dostal. Takové tajné přemýšlení v duchu, aby to všechno člověk dal dohromady a zvládl to.*“

Informant svůj průběh vzdělávání vnímal bezproblémově do 1. stupně základní školy, kdy pouze cítil svou plachost, která pravděpodobně vznikla vlivem odloučení od svých rodičů. Psychické obtíže Miroslavovi začaly někdy v průběhu 4. třídy, kdy si začal uvědomovat více svou jinakost v oblasti vzhledu a chování. Trpěl melancholií, která měla vyšší vliv na jeho psychický stav než orofaciální rozštěp. Tuto melancholii dává za vliv předešlým traumatům, dlouhým hospitalizacím a brzkému odloučení od rodičů. I přesto že byl součástí kolektivu s podobnou vadou řeči a zraku, stranil se a nezapadal do něj a tato propast se ještě více prohloubila na druhém stupni základní školy, kdy se informant neuměl smířit se změnou osobních vychovatelů. Na střední škole byla řeč pořád na velmi špatné úrovni, a tak se Miroslav vyjadřoval spíše neverbálně a do kolektivu se nezapojoval. Sám se k začlenění vyjádřil takto: „*Neuměl jsem navazovat bezprostřední sociální vztahy, ať už na střední nebo na vysoké škole, takže to studium bylo takové hodně osamocené.*“ Na vysoké škole se situace v adaptaci

do kolektivu zlepšila, pořád ale přetrvávaly obtíže psychického rázu, které se projevovaly přítomností „knedlíku v krku“ při jakémkoliv řečovém projevu. S posměšky neměl Miroslav nikdy přímou zkušenost, tím, že se nacházel celý život s dětmi, které na tom byly stejně nebo hůř. Jediné zařízení, kde se s nimi setkal byla mateřská škola. Toto období si ale do podrobností již nepamatuje.

Ohledně výstupu na veřejnosti se informant vyjadřuje následovně: *„Ted' problémy vůbec nemám, dokonce už jsem méně plachý, tím, že jsem i v kontaktu s více lidmi. Ale co se týče studia na vysoké škole tam problémy byly, protože já jsem například měl něco číst a neustále jsem se bál, že nedokážu vydržet hlasově, že mi ten hlas začne zanikat a nedokážu zkorigovat to dýchání.“*

Na otázku, zda sám sebe vnímá celostně a nedominuje u něj rozštěp, informant odpověděl následovně: *"Tahle otázka je jasná, záleží na dopadu světla, když dojde k osvětlení umělým světlem, tak okamžitě vidím ten rozštěp jako první a dělá to hodně s mojí psychikou.“* Přístup k focení tak vždy byl a je negativní. Při úsměvu zásadně neukazuje chrup a směje se pouze pomocí zvednutí ústních koutků. Z estetického důvodu si také nechal narůst knír, aby zakryl jizvy po rozštěpu.

Jako nejtěžší v souvislosti s rozštěpem Miroslav hodnotí nesrozumitelnost řeči, ze které plynulo nepochopení u ostatních lidí a období přechodu na střední školu.

Případová studie C

Pohlaví: muž

Rok narození: 1987

Diagnóza: pravostranný rozštěp rtu i patra

Rodinná anamnéza

Chlapec vyrůstal v úplné rodině jako druhorozený syn. Má jednoho bratra, který je o 1,5 roku starší. Starší sourozenec se narodil s levostranným celkovým rozštěpem rtu a patra a jeho případová studie je rozebrána výše. Zdravotní stav matky a otce je shodný s případovou studií informanta B, která je uvedena výše.

Informant má již nově vytvořenou rodinu. Je rozvedený a v tomto manželství se mu narodil syn, kterému je v současné době čtrnáct let. Dále má s aktuální přítelkyní dceru, které je šest let. Z důvodu výskytu rozštěpu u sebe a jeho bratra bylo podstoupeno u obou dětí genetické vyšetření. Zde jim bylo sděleno, že zde není vysoké riziko výskytu rozštěpu u jejich potomků a hlavní důvod výskytu je pravděpodobně vlivem povahy práce matky informanta.

Osobní anamnéza

Matce bylo v době porodu 33 let a chlapec pochází z celkově druhé gravidity. V průběhu těhotenství nedošlo k žádným komplikacím, vše probíhalo v normě. V průběhu těhotenství matka neužívala kyselinu listovou. V počátku gravidity matka opět pracovala ve svém zaměstnání, kde zpracovávala toxické látky v podobě roztavených plastů. V raném stádiu těhotenství, kdy o něm nevěděla, znovu podstoupila rentgen plic, který byl v rámci zaměstnání povinný. K diagnóze rozštěpu došlo při porodu. Porod proběhl v termínu, spontánně a bez komplikací.

K první operaci došlo kolem půl roku věku dítěte, a to k primární rekonstrukci rozštěpu rtu. Primární rekonstrukci patra proběhla ve 3. roku věku dítěte. Kolem 14. roku chlapce došlo k operaci nosu, která byla zaměřena na úpravu a průchodnost nosních chrupavek. Ani v jednom případě nedošlo k pooperačním komplikacím a všechny operace proběhly v Nemocnici v Třinci na Oddělení plastické chirurgie.

Kojení vlivem rozštěpu u chlapce neproběhlo. Po celou dobu kojení byl krmen odstříkovaným mlékem. Dle otce krmení probíhalo obtížně, chlapec hodně zvracel a měl potíže s polykáním stravy. Nebyla nasazena speciální tvarovaná lahvička, byl použit obyčejný dudlík, s kterým šlo krmení dobře.

U informanta se v průběhu dětství neobjevily žádné přidružené potíže. Matka Jakuba hodnotila jako velmi vitální, živé a zdravé dítě bez jakýchkoliv obtíží. V oblasti sluchu nedošlo nikdy k výrazným obtížím, až na velmi časté záněty středouší, které přetrvávají do současnosti.

Vývoj chrupu probíhal odchýlně. V místě rozštěpové štěrbině zub nevyrostl, ale počet zubů byl i tak nadbytečný. Zuby také měli tendenci se více kazit. V rámci

ortodontické péče byly nasazeny fixní aparáty kolem 11. roku věku. V současné době v místě rozštěpové štěrbiny stále chybí zub.

Psychomotorický vývoj dítěte probíhal v normě. Jakub se snažil dohnat svého bratra, což se mu nakonec povedlo. Chodit začal kolem 1. roku věku a pediatrem bylo sděleno, že je u dítěte ukázková a dobře se vyvíjející páteř. V oblasti hrubé i jemné motoriky byl na velmi dobré úrovni. Rodiče vývoj dítěte hodně srovnávali se starším bratrem, u kterého byl celkový vývoj opožděný.

Řeč se ve srovnání se starším bratrem začala objevovat brzy, chlapec si broukal a žvatlal. První slova se objevila kolem 1. roku, ale byla zde opět slyšitelná zvýšená nosovost.

Logopedická intervence

Logopedická intervence byla zahájena v předškolním věku, na rozhodnutí matky, která jednala podle předlohy staršího bratra Miroslava. Informant z počátku docházel se svým bratrem. Postupem času bratři začali chodit separovaně, ve stejný den, ale v odlišných časových intervalech. Péče probíhala pouze u klinické logopedky v Opavě.

K návštěvám logopedie docházelo průměrně 1x za dva týdny. Délka intervencí byla vždy kolem 20-25 minut. Na logopedii docházel Jakub v doprovodu své matky či otce. Doprovod otce byl ale dle slov Jakuba častější a pamatuje si jej více než matku.

Přístup odborníka hodnotila rodina kladně, jednalo se o stejnou klinickou logopedku jako u staršího bratra, takže věděli, jak s dítětem bude pracovat. Setkali se zde s hravým a klidným jednáním, které je motivovalo k tomu s dítětem pracovat. Pro práci s klienty byl využíván logopedický sešit, razítka a poté i postavičky. Motivace dítěte ale byla na nízké úrovni, středem jeho zájmu byl fotbal.

Logopedická intervence byla zaměřena zejména na správnou artikulaci hlásek. Nosovost byla opět zvýšená, tudíž zde také probíhala intenzivní terapie jako u staršího bratra. V rámci přípravy na artikulaci se klinická logopedka s dítětem zaměřovala na usměrňování výdechového proudu a motoriku mluvidel a jazyka. Dýchací cvičení dle matky probíhaly následovně: „*Oni tam měli různé kuličky, pírká, do kterých foukali, pak*

i bublifuk později, no strašně moc tam toho bylo.“ Nejobtížnější hlásky na výslovnost pro Jakuba byly ostré sykavky a vibranty. Z hlediska artikulace se v rámci hodin logopedie zaměřovali na správnou výslovnost hlásky R, jelikož byla vyslovována velárně. Tuto vadnou výslovnost nacvičovali substituční metodou pomocí hlásky H, kdy se oddálí konec jazyka od uvuly a apex jazyka se přikládá za horní zuby. Dle matky byl postup logopedické péče u bratrů velice podobný, u staršího bratra byla péče více intenzivní, z důvodu horší úrovně řeči. Masáže patra nebyly prováděny, pouze rtu v rámci prevence ztuhlosti jizev. Pro nácvik funkčnosti patrohltanového uzávěru bylo kromě bublání a brček, užíváno dávicího reflexu.

Z pomůcek klinická logopedka využívala velké logopedické zrcadlo a špátle. Nosní klipy byly využívány. Pro vyvození artikulace byla jako u staršího bratra používána špátle, různé tyčinky a dále zrcadlo pro zpětnou vazbu dítěte. Nosní či obyčejná píšťala a flétna nebyla nikdy použita.

Logopedické cvičení v prostředí domova probíhaly pomocí logopedického sešitu. V předškolním věku cvičila „logopedické úkoly“ s chlapcem zejména matka. Bylo zde na cvičení mnohem více času než u staršího bratra, jelikož Jakub nepobýval na internátě. Chlapec ale postrádal motivaci. Sám se ke cvičení v brzkém věku vyjadřuje následovně: *„Určitě jsem měl a určitě jsem necvičil. Mamka myslím s námi cvičila, ale na mě to prostě nefungovalo.*“ Docházelo tak spíše k opravování řeči ve spontánním projevu.

Logopedická péče byla ukončena kolem 11. roku života vlivem odchodu klinické logopedky na mateřskou dovolenou. Rodina již nevyhledala dalšího odborníka, byli spokojeni s vývojem řeči u informanta. Dostatečnost logopedické péče a momentální spokojenost s řečí hodnotí informant následovně: *„Myslím, že některé věci by se mohly dopilovat, ale nevím, zda ta možnost tehdy byla. Projev řeči hodnotím tak na 80 %.*“

Školní anamnéza

Jakub začal navštěvovat běžnou mateřskou školu již od dvou let věku, mateřská dovolená v té době byla pouze dva roky. Do mateřské školy docházel se svým bratrem a průběh byl bez obtíží. U bratra nedošlo k odkladu školní docházky, do první třídy tak nastoupil časově současně se svým bratrem. Jakub ale navštěvoval běžnou základní

školu, kde prospíval a měl průměrné známky. Celý průběh vzdělávání informanta provázela láska k fotbalu, ve kterém byl vynikající. Po ukončení povinné školní docházky nastoupil Jakub na střední průmyslovou školu. Maturitu se mu ale nepodařilo složit, z důvodu jiných zájmů. Informant je vyučený a aktuálně si vydělává manuálními činnostmi.

Zátěž rodiny a informanta v psychosociální rovině

Opakovaný výskyt rozštěpu u dítěte rodiče nechápali a neuměli se s tím srovnat. Později mi také prozradili, že tato situace u nich způsobila, že další dítě již neplánovali. Nechtěli tuto zkušenost absolvovat znovu. Matka si tento stav o to víc pokládala za svou vinu a byla na tom psychicky špatně. K tomu, jak se se situací vyrovnala se vyjádřila takto: *„Člověk byl takový zoufalý, jak ochrnutý. Stalo se, život jde dál. Žádnou tragédií jsme z toho už pak nedělali“*

Dostatek informací matka necítila ani při druhém dítěti. Dítě bylo opět narozené v komunistickém režimu. Postupovala podle svého prvního dítěte a volila stejné odborníky. S počtem operací se matka smířila hned při porodu, již měla informace, kolik jich přibližně bude.

Přístup odborníků byl pro matku o to víc těžký, protože zde chyběla zásadní složka – prevence. Gynekolog a další odborníci věděli, že vychovává dítě s rozštěpem, a přesto nedošlo k nasazení vitamínů či označení těhotenství jako rizikového, aby matka nemusela chodit do tak toxické práce. U specializovaných odborníků (foniatr, klinický logoped) byl přístup na vysoké úrovni a vlivem častých návštěv si s nimi vytvořila matka i chlapec srdečný vztah. V celkové péči rodině chyběla hlavně již zmíněná prevence, ke které se matka vyjádřila následovně: *„V celkovém tom systému by určitě pomohla ta prevence. Jenom ten pocit, že jsem udělala vše, co jsem mohla by mi pomohl se s tou situací více smířit. Prostě v tom režimu holt panovala ta nepodpora.“* Péče psychologa nebyla rodině nikdy nabídnuta, kdyby byla, rodina by ji vřele uvítala. V tehdejší režimu matku nikdy nenapadlo pomoc tohoto odborníka vyhledat.

Informant svůj průběh vzdělávání vnímal celkově bezproblémově až do jeho ukončení. Nikdy neměl psychické obtíže v souvislosti se svým vzhledem a řečí. Oproti jeho staršímu bratru nedošlo k odloučení od své rodiny, a tak Jakub prospíval ve svém vývoji. K posměškům docházelo zejména v předškolním vzdělávání a na základní škole, ale konkrétně si je už nepamatuje. *„No tak ze začátku mi to tak připadalo na té základce a ve školce trošku, tam byly určitě posměšky. Ty děti vždycky byly kruté, vždycky nějak mluvily mezi sebou. A jinak třeba trošku s tou řečí, že na to upozorňovaly, na samotný ten vzhled toho rozštěpu moc ne.“* Na střední škole k těmto incidentům již nedocházelo. S určitými výroky se také setkal v práci, kdy si jeho kolegové stěžovali na to, že je často nemocný. Zapojení do kolektivu probíhalo vždy bez obtíží. Jakub měl velkou partu kamarádu, což bylo dáno i jeho hlavní zálibou – fotbalem.

K výstupu na veřejnosti se informant vyjadřuje následovně: *„Nesnášel jsem to, myslel jsem, že se na mě všichni dívají, na ten rozštěp a poslouchají tu řeč. Doteď se to na mně poznamenalo a nerad opravdu vystupuji. Cítím, že nemluvím dobře a mám i takový zvláštní pocit, že se mi lidi prostě dívají na ten rozštěp.“*

Na otázku, zda sebe vnímá celostně a nedominuje u něj rozštěp, informant odpověděl takto: *„To spíš byly možná nějaké chvílky, kdy ten rozštěp dominoval, ale jinak jsem to takhle nebral.“* Přístup k focení tak vždy byl a je negativní. Prozradil, že se snaží usmívat vždy bez zubů a na většině fotek zaujímá nepřírozenou pózu, aby odlákal pozornost od rozštěpu. Oblast úsměvu a smích byly od malička poznamenány přítomností rozštěpu. *„Směju se málo už vzhledem k tomu, že v místě rozštěpu nemám patologicky zub. Takže mi ten smích vždycky dělal problém a snažím se smát se zavřenou pusou. A ještě mám hodně tendence, že když se směju už hodně, tak si tu pusou překrývám rukou.“* Z estetického důvodu si také dříve nechával Jakub narůst knír, aby zakryl jizvy po rozštěpu. Dnes už ale došel ke smíření a knír nenosí.

Na otázku, co bylo nejtěžší v souvislosti s rozštěpem, informant nedokázal odpovědět. Dle jeho slov to bere jako zkušenost a v poslední době si všímá, že o tomto tématu často mluví, protože ví, že ho tato situace poznamenala a chce to předat dále.

3.4 Analýza výsledků testu a rozhovoru

Analýza výsledku testu

Jako součást praktické části této bakalářské práce proběhlo šetření ve formě testu, který zhodnotil momentální úroveň řeči u jednotlivých informantů. Pro tento účel byl využit **Testovací formulář pro zhodnocení řeči u pacientů s orofaciálním rozštěpem** podle Holandského národního protokolu, který byl z anglického jazyka přeložen do českého.

Originální test má dvě hlavní části: testový formulář pro zhodnocení řeči a vyšetření pomocí nazometru. Pro účel této práce byla využita pouze první část, která je složena z pěti hodnocených oddílů: nosní rezonance, zrcadlový test, přítomnost grimas, artikulace a produkce souhlásek a srozumitelnost.

První oddíl testu hodnotil pomocí třibodové stupnice hypernazalitu a hyponazalitu. Třibodové stupnice jsou následující:

- Třibodová stupnice hypernazality:
 1. Normální rezonance na samohláskách
 2. Hypernazalita na samohláskách
 3. Hypernazalita na samohláskách a aproximantách
- Třibodová stupnice hyponazality:
 1. Normální rezonance na nosových souhláskách
 2. Částečné ztížení tvoření normálních nosových souhlásek
 3. Nosové souhlásky jsou denazalizované

Informantovi byly předloženy celkem 3 skupiny vět lišící se podle výskytu nazálních a orálních souhlásek. Rezonance byla poté subjektivně hodnocena při četbě vět informantem.

V oddílu zrcadlového testu je u určitých zvuků a jedné věty hodnocena přítomnost nosní úniků. Informanti byli požádáni o přečtení tohoto souboru. Nosní emise byly registrovány pomocí zamlžení zrcátka přiloženého pod nosními dírkami informanta. Detekovalo se také, zda byl nosní únik slyšitelný a z které nosní dírky vycházel.

Část zaměřená na přítomnost grimas hodnotí stupeň závažnosti přidružených pohybů při spontánním projevu pomocí čtyřstupňové škály:

1. Žádné grimasy nejsou přítomny
2. Nosní dírky se zvedají a stahují
3. Chřípí a střední část obličeje se stahují
4. Nozdry, střední část obličeje a frontotemporální svaly se stahují

Úsek věnující se artikulaci a produkci hlásek testuje výslovnost všech hlásek českého jazyka u informantů ve všech pozicích ve slovech a následně ve větách. Pokud došlo k chybné artikulaci, byla zaznamenána do formuláře.

Poslední oddíl subjektivně hodnotí, na jaké úrovni se nachází srozumitelnost řeči ve spontánním projevu a zda vede ke komentářům z okolí podle následující škály:

1. Řeč je srozumitelná
2. Řeč se někdy mírně liší od řeči ostatních dětí, ale je srozumitelná. Nevede ke komentářům od ostatních
3. Řeč se od ostatních dětí liší, ale je srozumitelná. Vede však
4. ke komentářům ze strany ostatních
5. Řeč je obtížně srozumitelná
6. Řeč není srozumitelná

Testování informantů proběhlo v domácím klidném prostředí bez rušivých okolních vlivů. Každý z informantů absolvoval test celkem 2x. Pro výkon testu nebyly nutné speciální pomůcky, pouze zrcátko menších rozměrů pro registraci možných nosních úniků.

Pro srovnání aktuální řečové schopnosti a řečových dovedností před vlivem logopedické intervence bude vždy na začátku šetření u jednotlivých informantů zhodnocena řeč dle rodičů právě z období před nebo v průběhu logopedické péče.

Informant A

Řeč byla dle rodičů velmi obtížně srozumitelná, rozuměla ji pouze nejbližší rodina ve smyslu rodičů a sourozenců. Vyskytovala se zde zvýšená nosovost na všech hláskách. Současně se také objevovaly slyšitelné nosní úniky. Artikulace byla narušena zejména v oblasti ostrých sykavek (S, Z) a R, Ř, ale i ostatní hlásky byly ve své výslovnosti poznamenány hypernazalitou a nedostatečností patrohltanového uzávěru, který se v řeči projevil nosními emisemi.

Zhodnocení testu

V oblasti nosní rezonance byla v rámci hyponazality normální rezonance na všech nosových souhláskách. U všech typů vět se úroveň hypernazality nacházela na stupni dva – hypernazalita na vokálech, a to zejména na samohlásce I a E v následující slovech: Míle, mandarinky, Nina, nese, schránce, slunce, slaví a Ivo. Mírná míra nazality se také nacházela na hlásce D, která v určitých pozicích zněla jako hláska N zejména ve slovech: vypadá, dostal, dárků, dort a dala. Zrcadlový test zaznamenal u informanta nosní úniky, které byly zároveň slyšitelné. Nosní úniky se objevily při slabikách: pa pa pa, pi pi pi, ki ki ki, a sssss. Převažovaly nosní úniky směřující z pravé nosní dírky. Ve čtyřstupňové škále závažnosti v oblasti grimas přetrvává stupeň dva – nosní dírky se zvedají a stahují. V oblasti produkce a artikulace souhlásek byla zaznamenána, jak ve slovech, tak ve větách, přetrvávající vadná výslovnost sykavek (S, Z) a konsonantů (R, Ř). Hláska S a Z je tvořena laterálně a výdechový proud tak uniká po obou stranách jazyka. Rotacismus a rotacismus bohemicus je přítomný ve všech pozicích. Souhláskové shluky ve slovech jako: strana, skropit a ksicht dělaly informantovi ve výslovnosti obtíže. Srozumitelnost řeči odpovídá třetímu stupni na pětistupňové škále – srozumitelnost se od ostatních osob liší, ale je srozumitelná. Vede ke komentářům ze strany ostatních, které jsou zejména podmíněny slyšitelným nosním únikem a narušenou artikulací.

Spontánní projev

Spontánní projev odpovídá výsledkům testu. V běžné řeči se u Matěje objevuje mírné hypernazální zabarvení hlásek a slyšitelné nosní úniky. Artikulace ostrých sykavek, zejména S a Z, je laterální a narušena ve všech pozicích ve slově. Tupé sykavky nebyly ve spontánní řeči tvořeny odchylně. Z kmitných úžinových hlásek je více obtížná hláska Ř, která i v logopedickém nácviku trvala nejdéle.

V rámci pozorování bylo zjištěno, že se u Matěje vyskytuje narušené koverbální chování v podobě souhybů a stahování nosních křídel, výrazné gestikulace a také dochází k výraznému zvedání paží při mluvě.

Informant B

Řeč byla dle rodičů výrazně nesrozumitelná, rozuměla ji jen nejbližší rodina a byla přítomná zvýšená nosovost na všech hláskách. Rodiče nikdy nezaznamenaly, že by hlásky K, G a B byly zaměňovány za výslovnost M, N a Ň. Nosní úniky a turbulence rodiče nezaregistrovali. Artikulace byla narušena zejména v oblasti hlásek D, G a K vlivem nedostatečného intraorálního tlaku, ostrých sykavek a R, Ř.

Zhodnocení testu

V oblasti nosní rezonance byla v rámci hyponazality normální rezonance na všech nosových souhláskách. U všech typů vět se neprojevila ani hypernazalita, mírné zvýšení nosovosti proběhlo pouze u samohlásky U v následujících slovech: banánu, Jakub a Julie. Zrcadlový test u informanta nezaznamenal nosní úniky. V orofaciální oblasti se také neprojevila přítomnost grimas. V části zaměřené na artikulaci a produkci hlásek se u testovaného projevil nedostatečný intraorální tlak, což mělo za příčinu neznělou výslovnost závěrových hlásek, zejména D, K a G. U informanta přetrvává vadná výslovnost pouze u hlásky S, která je tvořena dentálně. Srozumitelnost řeči odpovídá druhému stupni na pětistupňové škále – srozumitelnost řeči se od ostatních osob někdy mírně liší, ale je srozumitelná. Nevede ke komentářům ze strany ostatních.

Spontánní projev

Úroveň spontánního projevu se od testu velmi lišila. Miroslav si při testu na výslovnost dával opravdu na čas a bylo zde vysoké soustředění. Při spontánním projevu bylo zpozorováno nekoordinované dýchání, kdy docházelo k nádechům v toku řeči. Docházelo také k hlasitému polykání. Sigmatismus byl mnohem více nápadný a objevila se dentální výslovnost hlásky S ve všech pozicích ve slově. Nedostatečný intraorální tlak se opět objevil zejména u hlásek K, D a G, které byly vyslovovány nezněle.

V rámci pozorování bylo zjištěno, že se u Miroslava vyskytuje narušené koverbální chování v podobě zvýšeného tonusu krčních svalů a dochází také k pevnému uzávěru na rtech společně s malým čelistním úhlem.

Informant C

Řeč byla dle rodičů srozumitelnější než u staršího bratra. Vyskytovala se zde zvýšená nosovost, ale pouze v mírné formě, byla ale slyšitelná. Na nosních únicích v rámci logopedické terapie pracovali, ale slyšitelné dle rodičů nebyli. Artikulace byla výrazně narušena zejména v oblasti ostrých sykavek (C, S, Z) a R, Ř.

Zhodnocení testu

V oblasti nosní rezonance byla v rámci hyponazality normální rezonance na všech nosových souhláskách. U všech typů vět se úroveň hypernazality nacházela na stupni dva – hypernazalita na vokálech, a to zejména na samohlásce I, E a U v následujících slovech: Míle, nese, mandarinky, nina, maluje, slunce, svátek, ořechy a ovoce. Současně se také vyskytovala mírná míra nazality na hláskách D, B a K. Zrcadlový test nezaznamenal u informanta nosní úniky. Grimasy se nacházely na úrovni jedna – orofaciální oblast je bez přítomnosti grimas. V oblasti produkce a artikulace souhlásek byl zaznamenán mírný laterální sigmatismus, zejména u hlásky S, a to ve všech pozicích hlásek ve slově. Hlásky R je vyslovována velárně. Srozumitelnost řeči se od ostatních osob liší, ale je srozumitelná. Vede ke komentářům ze strany ostatních.

Spontánní projev

Spontánní projev odpovídá výsledkům testu. V běžné řeči je u Jakuba mírná zvýšená nosovost a nosní úniky se nevyskytují. Hláška S je tvořena laterálně a její výslovnost je narušena ve všech pozicích ve slově. K výslovnosti velárního R dochází taktéž ve všech pozicích ve slově.

V rámci pozorování bylo zjištěno, že se u Jakuba vyskytuje narušené koverbální chování v podobě výrazné gestikulace a zvedání paží při mluvě.

Analýza rozhovoru

Rozhovor proběhl s klinickou logopedkou v Ambulanci klinické logopedie v oblasti Opavy. Informant byl seznámen s cílem práce a podepsal informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru. S ohledem na ochranu osobních údajů bylo jméno klinické logopedky anonymizováno.

Znázornění struktury objevených témat

1. „*Poměrně brzy*“
2. „*Terapie orální pozice*“
3. „*Ne dávivý reflex NE*“
4. „*Je to sval*“

„*Poměrně brzy*“

Otázce, kdy započíná logopedická intervence u jedinců s orofaciálním rozštěpem v péči její ambulance, předcházet krátký úvod týkající se počtu klientů s rozštěpovou vadou, které má aktuálně intenzivně v péči. Jedná se o dítě v předškolním a další ve velmi raném věku. Dítě v mladším školním věku je chlapec s rozštěpem měkkého a tvrdého patra vyjma rozštěpu rtu. Dítě v raném věku je dvouletá dívka s Pierre Robinovou sekvencí. Intervaly návštěv se pohybují kolem jednoho setkání za měsíc, vlivem časté nemocnosti těchto dětí.

Logopedickou péčí začíná tato klinická logopedka již v raném věku. Ve spojitosti s dvouletou dívkou zmínila: „*Tam jsme taky začaly asi třeba v osmi měsících, takže poměrně brzy, ale já tímto i specificky téhle mamince ukázala, že to jde. Jinak není zatím taková ta rozšířenost v informacích pro rodiče, že by to šlo.*“ Paní klinická logopedka mi vysvětlila, že péče v takto raném věku je primárně o poradenství a instruování rodičů. Dále tuto péči zaměřuje také na terapeutické krmení, jelikož tito jedinci mají ve většině případů poruchu polykání a hrozí aspirace požitého jídla.

„*Terapie orální pozice*“

Moje další otázka se týkala hlavních obtíží v komunikaci, které se objevují u jedinců s orofaciálním rozštěpem. Klinická logopedka k tomuto tématu dodala, že pro všechny klienty je společná omezená „*hybnost patra a v důsledku toho narušená rezonance.*“ Specificky u momentálních klientů pozoruje laterální sykavky, opožděný vývoj řeči a omezenou hybnost jazyka. Omezená motorika jazyka není, dle jejího názoru, důsledek orofaciálního rozštěpu.

Další otázka tak navazovala na tuto výpověď v ohledu toho, jak pro tyto jedince zaměřuje logopedickou péči. Paní logopedka zmiňuje, že primárně využívá „*Terapii orální pozice*“ dle paní Červenkové, která se ji osvědčila jak z hlediska příjmu potravy, tak i výborného vlivu na hybnost patra. V základu se tedy zaměřuje na správné fungování patra pomocí technik foukání slámkou. Sekundárně se soustředí na rozhýbání mluvidel, kdy se jedince postupně snaží připravit na výslovnost hlásek.

„*Dávivý reflex NE*“

Následovalo dotazování ohledně užívaných pomůcek pro klienty s orofaciálním rozštěpem. Jelikož je klinická logopedka absolventem již zmíněného certifikovaného kurzu Terapie orální pozice v klinické logopedii, snaží se získané poznatky užívat i v rámci těchto jedinců. Z toho důvodu je většina jejich pomůcek z dílny klinické logopedky Červenkové.

Na usměrňování výdechového proudu jsou u těchto klientů používány píšťalky, jak nosové, tak obyčejné. Nosní píšťalky pískají pouze při výdechu nosem a učí

se tak kontrolovat nazální dýchání. Stimulují také velofaryngeální uzávěr (Logopedie Červenková, online)

Na nosní emise je klinickou logopedkou využíván nosní klip vhodný pro osoby se zvýšenou nosovostí, kdy dochází k nácvičku kontrolovaného výdechu ústy (Logopedie Červenková, online). V rámci těchto cvičení klinická logopedka kombinuje nosní píšťalku s nosním klipem, kdy *„nejprve se má pískat do píšťalky s klipem, až se to naučí a dítě to umí zkoordinovat, tak se tam použije gumička a postupně se jakoby ten klip uvolňuje, aby se prostě nacvičil ten poměr toho orálního výdechového proudu versus toho nazálního.“*

V rané péči pro nácviček artikulace usiluje o stimulaci a masáže jazyka, bukálních sliznic a praktikuje prostý poklep na jazyk, kdy dochází k jeho aktivizaci, což představuje benefit pro budoucí nácviček výslovnosti. U starších dětí používá pro nácviček výslovnosti speciální pomůcku, opět z programu paní Červenkové, která napomáhá lateralizaci a elevaci jazyka. Paní logopedka ji specificky užívá při nácvičku L. Jejím principem je vedení kovové kuličky jazykem po kovové tyčince (Logopedie Červenková, online). Zmiňuje také: *„Jinak je fajn třeba s jedlým oplatkem jenom na ty alveoly pro tu výslovnost například toho L.“*

Na pevnost patrohltanového uzávěru používá brčka a *„nepřímé metody – foukání, pískání apod.“* V rámci posilování patrohltanového uzávěru zmiňuje, že je důležité pro správné provedení těchto cvičení nacvičit i sání, aby se stimulovalo i ostatní svalstvo orofaciální oblasti. Na otázku, zda vyvolává pro správnou funkci měkkého patra dávnivý reflex, se mi dostalo jasného *„ne dávnivý reflex NE“*. Je si vědoma toho, že kdysi jiné metody a pomůcky pro tyto osoby k nácvičku pevného patrohltanového uzávěru nebyly a jiná cesta nevedla. Osobně ale věří, že se dá pevný patrohltanový uzávěr nacvičit i metodou foukání a pískání.

„Je to sval“

Poslední otázka směřovaná na klinickou logopedku byla názorového charakteru. Zeptala jsem se, zda je názoru, že se dá u jedinců s rozštěpovou vadou dosáhnout intaktní komunikační schopnosti. Paní logopedka si myslí, že to možné je. Podotýká ale, že je tato skutečnost *„přímo úměrná plastické chirurgii“* a v této souvislosti ku příkladu zmiňuje náročnost rozštěpené uvuly. Zastává, ale názor, že *„je to sval a lidský organismus je dokonalý.“* V návaznosti na tuto otázku také poznamenala, že čelist se v průběhu

vývoje mění, a tudíž u těchto jedinců doporučuje dlouhodobou intervence, protože se dispozice mohou měnit a mít vliv na výslovnost.

Výrazným přínosem pro tuto bakalářskou práci je výčet pomůcek, které jsou aktuálně užívány pro klienty s rozštěpovou vadou a jejich porovnání s pomůckami, které byly využity u informantů tohoto výzkumu.

3.5 Závěry výzkumného šetření

Na základě provedených rozhovorů a výzkumného šetření lze odpovědět na výzkumné otázky a hlavní cíl výzkumu.

Výzkumná otázka č. 1: Měla dlouhodobější logopedická intervence vliv na lepší komunikační schopnost?

Vhodný počátek logopedické intervence je u dětí s rozštěpovou vadou závislý na časovém harmonogramu operací. Péče před operací již v současné době vlivem brzkých operací postrádá smysl. Přímá péče tak začíná v době, kdy je dítě schopné spolupracovat. Zároveň se doporučuje vyhledat klinického logopeda nejlépe do šesti týdnů od operace patra (Kerekrétiová, 2008; Škodová & Jedlička, 2007).

Ukončení logopedické terapie je závislé na mnoha faktorech, jak ze strany odborníka, tak klienta. Hlavním podnětem pro konec logopedické intervence je eliminace narušené komunikační schopnosti. Může ale taky dojít k situaci, kdy péče musí být ukončena z časových důvodů či nedostatku motivace.

U informantů této bakalářské práce byl začátek i délka logopedické intervence odlišný a projevil se v aktuálních příznacích na řeči. Přesná délka logopedické intervence a její intervaly u jednotlivých informantů jsou uvedeny v tabulce č. 3 níže.

| | Informant A | Informant B | Informant C |
|-----------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Počátek | Intervence započala kolem 1. roku života. | Intervence započala v předškolním věku. | Intervence započala v předškolním věku. |
| Intervaly | Ze začátku 1x za měsíc, poté 1x za 14 dní. | Průměrně 1x za 14 dní. | Průměrně 1x za 14 dní. |
| Ukončení | 10 let | 18 let | 11 let |

Tabulka 3: Délka logopedické intervence u informantů výzkumu

Na základě posouzení testu a spontánního projevu jednotlivých informantů dosáhl nejlepší úrovně řeči Miroslav, u kterého byla logopedická intervence nejdelší a nejintenzivnější. U informanta A je srozumitelnost, artikulace i nosovost stále ve značné míře narušená. Srozumitelnost je dotčena zejména přítomností slyšitelných nosních úniků. Logopedická intervence u něj trvala celkem devět let a byla ukončena ze strany klinického logopeda. Tento odborník již usoudil, že zde není, co zlepšovat. Posledním informantem je Matěj, sourozenec Miroslava. Z hlediska srovnání rodičů byl Matěj ve schopnosti řeči vždy na lepší úrovni. Ve výsledcích testu a ve spontánním projevu ale přetrvává mírná nápadnost v artikulaci a ve zvýšené nosovosti, která vzbuzuje otázky ostatních lidí i z hlediska srozumitelnosti řeči.

Z hlediska těchto výsledků můžeme usoudit, že dlouhodobější a intenzivnější logopedická intervence měla vliv na lepší komunikační schopnost u jedinců s orofaciálním rozštěpem. Tuto zjištěnou skutečnost, ale může ovlivňovat mnoho faktorů jako je motivace jedince, která byla u informanta B na vysoké úrovni, protože byl na nesrozumitelnost řeči neustále upozorňován. Dalším stěžejním faktorem je typ rozštěpové vady u informantů, jejichž závažnost může korelovat s mírou narušené komunikační schopnosti. Přidružené ADHD u informanta A mohlo také sehrát svůj vliv. Dále svou roli hraje přístup odborníka, inteligence jedince a časové možnosti rodičů i odborníků.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké projevy palatolálie přetrvávají v komunikaci jedinců po ukončení logopedické péče?

Přítomnost projevů palatolálie, byla pro účely této výzkumné otázky zhodnocena pomocí testu a dále posouzením nápadnosti spontánního projevu u všech informantů. Hlavními oblastmi zkoumání byla srozumitelnost, artikulace a nosovost. Dále také přítomnost nosních úniků, dostatečnost intraorálního tlaku a narušené koverbální chování.

U informanta A přetrvává podle provedeného výzkumného šetření zvýšená nosní rezonance u hlásek I, E a D. Byly také zaznamenány nosní úniky, které jsou i pro okolí slyšitelné. Artikulace je narušená v produkci ostrých sykavek (S, Z), které jsou tvořeny laterálně a vibrantů R a Ř. Srozumitelnost je celkově dobrá, ale je nápadná pro okolí jedince. V oblasti narušeného koverbálního chování přetrvávají souhyby nosních křídel, výrazná gestikulace a nápadné zvedání paží. Informant je se svým projevem v rámci možnosti spokojen, popisuje: „*Kromě toho, jak ten hlas zní, který je otrěsný, tak asi jen to Ř, které bylo vždycky problém, ale jinak mě nic ke zlepšení nenapadá.*“

Dle výzkumného šetření u informanta B, zvýšená nosovost již není patrná, lehce nazálně byla tvořena pouze samohláska U. Nosní úniky nebyly zaznamenány. V produkci hlásek se projevil nedostatečný intraorální tlak, který ovlivnil výslovnost hlásek D, K a G. Chybná výslovnost je přítomna pouze u hlásky S, která je tvořena dentálním způsobem. Při spontánním projevu bylo poněkud nápadné dýchání a hlasité polykání, které v určitých momentech přerušovalo tok řeči. Srozumitelnost řeči je dobrá a nevede k připomínkám ze strany okolí. U Miroslava se vyskytuje narušené koverbální chování v podobě zvýšeného tonusu krčních svalů a dochází také k pevnému uzávěru na rtech společně s malým čelistním úhlem. Informant na otázku, zda je se svým projevem spokojen, odpovídá: „*Se svým projevem jsem téměř vždy spokojen, protože je téměř přirozený.*“

Informantu C v řeči přetrvává zvýšená nosovost, zejména na souhláskách U, I, a E. Mírná míra nazality je také patrná na souhláskách K, B a D. Nosní úniky nebyly zaznamenány. Ve výslovnosti přetrvává velární výslovnost R a narušená artikulace hlásky S, která je tvořena dentálně. Srozumitelnost řeči je dobrá, ale dochází k připomínkám ze strany okolí. V oblasti narušeného koverbálního chování přetrvává

výrazná gestikulace a nápadné zvedání paží při mluvě. Informant na otázku, zda je se svým projevem spokojen, reaguje následovně: „*Myslím, že některé věci se mohli dopilovat. Projev řeči hodnotím na 80 %.*“

Výzkumná otázka č. 3: Do jaké míry byli jedinci s orofaciálním rozštěpem a jejich rodina zasaženi důsledky této vady v psychosociální rovině?

U každého jedince se vyskytly různé důsledky v rozmanitém rozsahu. Mnoho jich bylo společných a informanty tak spojovaly. Prvotní společná věc se týkala reakce rodičů na sdělení diagnózy rozštěpové vady, u všech nastal naprostý šok. Rozdílná situace byla pouze v ohledu toho, že u informanta A nastalo zjištění již v prenatalním období, což pro matku znamenalo velkou psychickou zátěž v průběhu gravidity. U matky informantů B a C byla situace o to těžší, protože si stejnou situací prošla naprosto nečekaně dvakrát. U všech ale nastala fáze akceptace, kdy rodina došla ke smíření a ze situace se snažila vytěžit to nejlepší a ukázat dětem pozitivní přístup k životu.

Všichni jedinci se také setkali s posměšky v průběhu jejich života. U všech informantů převažovaly posměšky v předškolním věku. U informanta A se vyskytly ještě na střední škole a u informanta C i v dospělosti, z důvodu jeho časté nemocnosti. Posměšky se u dvou ze tří informantů týkaly jak estetického vzhledu obličeje, tak nesrozumitelnosti řeči. Začlenění do kolektivu probíhalo u všech informantů skoro bez obtíží. Pouze u informanta B se v průběhu vzdělávání objevily psychické obtíže, které měly za důsledek převažující neverbální chování informanta a neschopnost v navazování sociálních vztahů. Tato situace se ale nástupem na vysokou školu po intenzivní logopedické terapii zlepšila.

V otázce, jak vnímají sebe sama a zda u nich nedominuje rozštěpová vada, se pocity informantů lehce rozcházejí. Informant A se vnímá celostně, jelikož ví, že „*s tím nic neudělá*“. Vlivem orofaciálního rozštěpu se ale od jakživa nedíval do zrcadla a vyhýbal se mu. U informanta B rozštěpová vada občas dominuje, zejména při špatném světle a má na něj psychický dopad. Informant C sebe samého bere celostně a nevnímá přítomnost rozštěpu. V určité části života došlo u všech informantů k nárůstům vousů, aby došlo ke skrytí vady.

Výzkumy prokázaly, že jsou děti s rozštěpovou vadou vystavovány stresu při smíchu z důvodu odchylného vzhledu obličeje a postavení zubů (Zeraatkar et al., 2019). U dvou ze tří informantů se výsledky těchto výzkumů potvrdily. Informantem A bylo sděleno, že ohled na rozštěp při smíchu vůbec nebere. Informant B potvrdil, že se při smíchu snaží neukazovat zuby a povytahuje pouze jemně ústní koutky. U informanta C je oblast úsměvu také poznamenána. Od malička se snažil usmívat pouze jemně a má doteď zautomatizované zakrytí úst paží, pokud se směje opravdu upřímně.

Výzkumy také ukazují, že se určité rozdíly u jedinců s orofaciálním rozštěpem nacházejí i v sociálním chování. Osoby s rozštěpovými vadami dle těchto výzkumů nemají oproti lidem bez orofaciálního rozštěpu aspirace na vyšší vzdělávání (Peter a Chinsky, 1974b; Peter a Chinsky, 1975; McWilliams a Paradise, 1973 in Hunt et al., 2005) Tuto informaci lze potvrdit dvěma ze tří informantů tohoto výzkumu. U informanta A a informanta C došlo k vyučení na středním odborném učilišti a ve studiu dále již nechtěli pokračovat. Třetí informant vystudoval magisterský stupeň vysokoškolského vzdělání.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké odlišnosti se vyskytovaly v péči u informantů ve vztahu k současné péči?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku bude rozdělena do několika oblastí péče o jedince s rozštěpovými vadami – chirurgie, klinické psychologie a logopedie.

V oblasti chirurgie a lékařské péče lze zaznamenat velké odlišnosti, zejména ohledně timingu operací u jednotlivých respondentů, jelikož jde již o dospělé jedince, kteří operativní péči podstoupili již před nějakou dobou. Momentální chirurgie rozštěpových vad usiluje o to, aby byla operace provedena co nejdříve po narození dítěte. Zejména z důvodu lepší hojivosti jizev, vlivu na funkční schopnosti a lepšího psychického stavu rodičů. Časový harmonogram operací informantů je přiložen v tabulce č. 4 viz níže.

| | Informant A | Informant B | Informant C |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|
| První operace | 2 měsíce | 1 rok | 6 měsíců |
| Druhá operace | 2. rok dítěte | 3 roky | 3 roky |
| Třetí operace | 10 let – spongioplastika | 11 let – spongioplastika | 14 let – operace nosu |
| Čtvrtá operace | 14 let – operace měkkého nosu | 18 let – úprava viditelnosti jizev laserem | |

Tabulka 4: Přehled operací u informantů výzkumu

Rekonstrukce rtu se v současnosti provádí do 3. měsíců věku dítěte (Fiala et al, 2017). Takto brzká operativa je prosazována zejména z důvodu umožnění přirozené výživy kojence, prevence zánětů dýchacích cest a lepší hojivosti jizev (Za novým úsměvem, online). Již u tohoto chirurgického zákroku můžeme najít rozdíly v současné péči a péči u informantů tohoto výzkumu. U informantů B a C došlo k primární rekonstrukci rtu až v 6 a 12 měsících. Je nutno podotknout, že informant B měl naplánovanou operaci na 6 měsíců, ale vlivem časté nemoci, došlo k operaci až v 1. roku života. I přesto, došlo k operačnímu zákroku později než v současné době.

Palatoplastiky jsou v aktuální péči indikovány do 10. měsíce až jednoho roku, u oboustranného je věkové rozmezí až do 18. měsíce (Za novým úsměvem, online). Dříve se tyto operace odkládaly do pozdějšího věku, kdy, již byl dokončen růst čelisti. Důsledkem tohoto přístupu byl ale zhoršený vývoj řeči (Kosowski et al, 2012). Zde opět najdeme rozdíly u informantů tohoto výzkumu. U informanta A došlo k operaci až v 2 letech života. Informant B a C postoupili chirurgický zákrok dokonce až ve 3 letech.

U spongioplastiky a operací nosu již nedochází k výrazným rozdílům v porovnání se současnou péčí. Implantace kostního štepů je aktuálně prováděna mezi 8. a 12. rokem, tudíž timing proběhl u informantů v normě (Za novým úsměvem, online).

V oblasti logopedické péče se výrazné rozdíly v posunu péče nacházely zejména v oblasti pomůcek. Tuto skutečnost potvrdil i rozhovor s klinickou logopedkou (viz kapitola 3.4). Záměr klinické logopedie se v čase u těchto jedinců výrazně nezměnil.

Ve většině případů osob s rozštěpovými vadami je primárním příznakem zvýšená nosovost, která se odráží na výslovnosti hlásek a následně na celkové srozumitelnosti řeči. Logopedická intervence je tak stále cílená na posilování pevnosti patrohltanového uzávěru, usměrňování výdechového proudu, motoriku mluvidel a vyvozování artikulace bez přítomnosti nosních emisí, nedostatečného intraorálního tlaku a posunu artikulační báze vzad.

Jak již bylo zmíněno, výrazná změna nastala ve vývoji a dostupnosti pomůcek pro tyto jedince. Zmíněny zde budou primárně pomůcky paní Červenkové, jelikož rozhovor na toto téma probíhal s klinickou logopedkou, která je absolventem kurzu Terapie orální pozice a využívá tak jeho nástroje. Tento terapeutický systém je známý celosvětově a pomůcky jsou tvořeny podle předlohy světových klinických logopedů (Asociace klinických logopedů, online).

Na usměrňování výdechového proudu je aktuálně hojně doporučována hra na flétnu. Dále jsou k dispozici také nosní píšťaly, jejichž výsledek není pouze v usměrnění výdechového proudu, ale také ve zlepšování funkce patrohltanového uzávěru. Stále se ale užívají i metody pomocí foukání do peříček, brčkem do vody nebo do větrníku. U informantů tohoto výzkumu byly užívány právě tyto metody foukání, a to do různých kuliček a papírků. S hrou na flétnu a píšťalami se ani jeden z informantů nikdy nesetkal.

Nosní klip byl užíván u všech informantů tohoto výzkumu k nácvičce výdechu ústy a u informanta A k eliminaci slyšitelných nosních emisí. Informant B mi ale sdělil, že to nebyl žádný speciální klip na nos, ale takový, který se užíval pro manuální práci. Tato pomůcka je užívána i v současné době, ale je modernizovaná. Klinická logopedka v této souvislosti zmiňuje možnost kombinace těchto nosních klipů s píšťalami, čímž se dítě učí zkoordinovat poměr orálního a výdechového proudu.

Nácvik artikulace probíhá pomocí různých metod vyvozování hlásek. Pomůcky a různé přístroje jsou využívány u mechanické metody (Krauhlová, 2013). U informantů tohoto výzkumu byly v rámci těchto metod využívány špátle. Další pomůcky si již nevybavují. Nácvik artikulace tak zejména probíhal pomocí nepřímých, přímých a substitučních metod (Krauhlová, 2013). V současné době v rámci mechanické metody vyvozování hlásek nastal velký rozvoj pomůcek a přístrojů. K dispozici jsou

tzv. logovibrátory, které pomáhají ke zlepšení výslovnosti hlásek. Klinická logopedka také v rozhovoru zmínila speciální pomůcku pro lateralizaci a elevaci jazyka, která usnadňuje výslovnost alveolárních hlásek.

Současná terapie na pevnost patrohltanového uzávěru upouští od metody vyvolávání dávicího reflexu. Tato skutečnost mi byla potvrzena rozhovorem s klinickou logopedkou. Je to nepříjemná zkušenost, jak pro dítě, tak pro pečující osobu. Aktuálně jsou užívány již zmíněné nosní píšťalky, která zlepšují pevnost patrohltanového uzávěru. Stále přetrvává nácvik foukání nepřímými metodami pomocí slámek, které posilují funkci měkkého patra. Napomáhají také pro budoucí vyvozování sykavek, které jsou často obtížné pro jedince s orofaciálním rozštěpem. U všech informantů tohoto výzkumu byl vyvoláván dávicí reflex, zejména z toho důvodu, že to byla efektivní metoda, která nevyžadovala speciální pomůcky, které v té době nebyly. Dále byly také využívány již zmíněné slámky, které se ukazují jako efektivní dodnes.

Lze vidět, že v oblasti pomůcek, nejen pro osoby s rozštěpovými vadami, nastal obrovský progres, který ulehčuje práci jak dětem, tak rodičům a klinickým logopedům. Tyto pomůcky jsou pro děti atraktivnější, zábavné a často i efektivnější.

Součástí multidisciplinárního týmu v rámci rozštěpových center je dnes také klinický psycholog, který je rodině kdykoliv k dispozici, aby probral možné otázky rodičů týkající se vývoje či jiných oblastí jejich dětí. Rodiče tak mohou předejít obavám, jak se jejich dítě bude vyvíjet a mají tak možnost se soustředit na jejich prospívání. Ani jedné z matek možnost návštěvy klinického psychologa nebyla nabídnuta. Všechny matky informantů, ale zodpověděly na otázku, jestli by jej navštívily zodpověděly, že kdyby to bylo možné, tak zajisté ano.

Doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření vyplynuly následující doporučení, které jsou vhodné uplatňovat u jedinců s orofaciálním rozštěpem, jak ze strany rodičů, tak odborníka. Je ale nutné zmínit, že mnoho těchto doporučení se již v praxi používá a díky posunu péče a multidisciplinárnímu přístupu nejsou důsledky rozštěpových vad tak závažné. I přes tyto faktory je ale důležité klást na tyto návrhy důraz a šířit o nich osvětu.

Vzbuzovat vnitřní motivaci u dětí je náročné a rodiče v tomto hrají stěžejní roli. Je potřeba, aby dítěti ukázali cíl snahy v logopedickém tréninku. Klinický logoped také musí rodičům vysvětlit důležitost logopedické intervence a domácího nácviku. Různými metodami hry a odměn se logopedická terapie může stát chvilkou zábavy a společného času rodiče a dítěte.

Další doporučení se týká aktuální dostupnosti pomůcek pro jedince s narušenou komunikační schopností. Trh nabízí širokou nabídku nástrojů, které jsou atraktivní a umožňují jednodušší nácvik požadované oblasti, která je nutná trénovat. Odborníci by tak měli informovat o této dostupnosti a instruovat k používání pomůcek i v domácím prostředí.

Je nutné klást důraz na přítomnost klinického logopeda a psychologa v multidisciplinární péči o jedince s orofaciálním rozštěpem a zajistit těmto osobám dlouhodobou intervenci. V oblasti péče je také důležité zůstat u brzké operativy, která může zaručit zlepšení funkčních schopností jako je krmení a řeč, což má v důsledku lepší vliv na celkovou psychosociální stránku jedince.

Každý z nás by měl také bojovat proti společenským tendencím, které odsuzují osoby podle jinakosti vzhledu. Na základě posměšků a narážek si již malé dítě může nést do života obrovskou psychickou zátěž, která ovlivňuje jeho celkové životní nastavení. Je zásadní tomuto přístupu komentování vzhledu zamezit a zaujmout místo toho přívětivý a otevřený přístup bez předsudků.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na logopedickou intervenci u jedinců s orofaciálním rozštěpem. Hlavním cílem byla analýza a zhodnocení vlivu logopedické intervence u těchto osob. Parciálními cíli byly analýza průběhu logopedické intervence a komunikačních schopností jednotlivých informantů, srovnání aktuální péče s dřívější a analýza důsledků v psychosociální rovině.

Práce byla rozdělena do tří kapitol. První dvě kapitoly se věnovaly teoretickým východiskům a třetí kapitola byla část praktická.

První kapitola definovala orofaciální rozštěpy, jejich etiologii, klasifikaci, symptomatologii a možnosti léčby. Součástí této kapitoly byl také popis anatomie mluvních orgánů, který je stěžejní pro pochopení míry zasažení těchto struktur při rozštěpových vadách.

Druhá kapitola se zabývala narušenou komunikační schopností přítomnou při orofaciálních rozštěpech. Byla zde konkrétně popsána oblast narušení zvuku řeči. Následně se kapitola věnovala palatolálii – její symptomatologii, klasifikaci, diagnostice a terapii. Byla zde také zmíněna logopedická péče jako součást komplexní péče o osoby s orofaciálními rozštěpy.

Třetí kapitola byla již zaměřená na vlastní výzkum. Empirická část zahrnovala výzkumné cíle, metodologické přístupy, charakteristiku výzkumného vzorku a samotné vlastní šetření. Informanty výzkumu byly tři dospělé osoby s rozštěpovou vadou ve věku od 22 do 35 let. Pro získávání informací byla použita primárně metoda polostrukturovaného rozhovoru. Data byla následně zpracována do případové studie. Další údaje byly doplněny analýzou poskytnutých dokumentů. V rámci praktické části proběhla také analýza výsledků testu, který byl absolvován informanty výzkumu. V závěru práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky.

Z výzkumu vyplynulo, že se u všech informantů vyskytují pozůstatky palatolálie v oblasti artikulace a zvýšené nosovosti, které mají vliv na srozumitelnost řeči. Ukázalo se také, že u jedince s nejintenzivnější a nejdelší logopedickou intervencí je úroveň řeči nejlepší ze všech informantů. Proběhla také analýza důsledků v psychosociální rovině,

které byly u informantů výrazně podobné. Díky této práci byl ověřen výrazný vliv logopedické intervence na komunikační schopnost jedinců s rozštěpovou vadou.

Na všechny výzkumné otázky stanovené ve výzkumné části bylo zodpovězeno a celá práce tak dosáhla stanovených cílů. Jelikož se výzkum opíral o malý výzkumný vzorek, jeho výsledky nejde generalizovat.

Shrnutí

Bakalářská práce se skládá celkem ze tří kapitol. První dvě kapitoly jsou zaměřeny na teoretická východiska. První kapitola detailně rozebírá rozštěpové vady, jejich etiologii, klasifikaci, symptomatologii a možnosti jejich léčby. Druhá kapitola se věnuje narušené komunikační schopnosti přítomné u jedinců s orofaciálními rozštěpy. Obsahem třetí kapitoly je výzkumné šetření, které je zpracováno kvalitativní metodou. Prováděno bylo na základě polostrukturovaných rozhovorů, pozorování, analýzy testu a vypracováním případové studie. Hlavním cílem bakalářské práce je analýza a zhodnocení vlivu logopedické intervence u jedinců s orofaciálním rozštěpem.

Summary

This bachelor thesis consists of three chapters. The first two chapters focus on the theoretical background. The first chapter discusses in detail cleft defects, their etiology, classification, symptomatology, and treatment options. The second chapter focuses on the impaired communication skills present in individuals with orofacial clefts. The content of the third chapter is a research investigation, which is developed using a qualitative method. It was conducted through semi-structured interviews, observation, test analysis, and the development of a case study. The main aim of the bachelor thesis is to analyse and evaluate the impact of speech therapy intervention in individuals with an orofacial cleft.

Seznam použité literatury

Agbenorku, P. (2013). Orofacial Clefts: A Worldwide Review of the Problem. *International Scholarly Research Notices*, 2013, 1-7.

<https://doi.org/https://doi.org/10.5402/2013/348465>

Asociace klinických logopedů (n.d.). *Výrobci a prodejci pomůcek: Logopedie*

Červenková. <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=odbornici--pomucky-vyrobci-prodejci&prid=77>

Asociace klinických logopedů (n.d.). *Stanovy Asociace klinických logopedů České republiky z.s.* <https://www.klinickalogopedie.cz>

Asociace logopedů ve školství. (n.d.). *O nás.* <https://alos.cz>

Burian, F. (1954). *Chirurgie rozštěpů, rtu a patra.* Státní zdravotnické nakladatelství.

Čihák, R. (1987). *Anatomie* (Vol. 1). Avicenum.

Čihák, R., Grim, M. (Ed.). (2002). *Anatomie* (2., upr. a dopl. vyd, Vol. 2). Grada.

Dvořák, J. (1998). *Logopedický slovník.* Logopedické centrum.

Dvořák, Z. (n.d.). *Historie rozštěpových vad.* Rozštěpové Centrum Při Klinice Plastické A Estetické Chirurgie. <http://www.rozstep.cz/historie-lecby-rozstepovych-vad/>

Dvořák, Z. (n.d.). *Ortodontická léčba a ortognátní operativa*. Rozštěpové Centrum Při Klinice Plastické A Estetické Chirurgie. <http://www.rozstep.cz/ortodonticka-lecba-a-ortognatni-operativa/>

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. (n.d.). *Rozštěpové centrum*.
<https://www.fnkv.cz>

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. (n.d.). *Rozštěpová poradna FNUSA vyjde vstříc pacientům*. <https://www.fnusa.cz>

Fiala, M., Košková, O., Vokurková, J., & Bartošková, J. (2017). Rozštěpy rtu a patra – principy primární i následné péče. *Pediatric Pro Praxi*, 18(5), 297-299.
<https://doi.org/10.36290/ped.2017.057>

Francisco, I., Antonarakis, G. S., Caramelo, F., Paula, A. B., Marto, C. M., Carrilho, E., Fernandes, M. H., & Vale, F. (2022). Current Treatment of Cleft Patients in Europe from a Provider Perspective: A Cross-Sectional Survey. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10638.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191710638>

Garland, M. A., Reynolds, K., & Zhou, C. J. (2020). Environmental mechanisms of orofacial clefts. *Birth defects research*, 112(19), 1660–1698.
<https://doi.org/10.1002/bdr2.1830>

Grim, M., & Druga, R. ([2005]). *Základy anatomie* (3, Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém). Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (2., aktualiz. vyd). Portál.

Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., & Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *European journal of orthodontics*, 27(3), 274–285. <https://doi.org/10.1093/ejo/cji004>

Chigurupati, R., Heggie, A., & Bonanthaya, K. (2010). Cleft Lip and Palate: An Overview. In L. Andersson, *Oral and Maxillofacial Surgery* (1 vyd., s. 945-972). Blackwell Publishing.

Kappen, I. F. P. M., Bittermann, D., Janssen, L., Bittermann, G. K. P., Boonacker, C., Haverkamp, S., de Wilde, H., Van Der Heul, M., Specken, T. F., Koole, R., Kon, M., Breugem, C. C., & Mink van der Molen, A. B. (2017). Long-Term Follow-Up Study of Young Adults Treated for Unilateral Complete Cleft Lip, Alveolus, and Palate by a Treatment Protocol Including Two-Stage Palatoplasty: Speech Outcomes. *Archives of plastic surgery*, 44(3), 202–209. <https://doi.org/10.5999/aps.2017.44.3.202>

Kerekreťiová, A. (2008). *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. Grada.

Klenková, J. (1998). *Kapitoly z logopedie* (2 a 3). Paido.

Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Grada.

Kolíšková, M., & Dvořák, Z. (2014). *Pro tvůj šťastný úsměv*. Carter/Reploplus.

Kolínová, M. (2011). Současné trendy péče o dítě s orofaciálním rozštěpem. *Praktický Lékař*, 91(3), 134-137.

Kosowski, T. R., Weathers, W. M., Wolfswinkel, E. M., & Ridgway, E. B. (2012). Cleft palate. *Seminars in plastic surgery*, 26(4), 164–169. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1333883>

Košková, O., Vokurková, J., Baslík, V., & Horník, P. (2016). Skryté vady patra jako příčina velofaryngeální insuficience. *Pediatric Pro Praxi*, 17(5), 296-299. <https://doi.org/10.36290/ped.2016.067>

Koutná-Kostínková J. & Čermák I. (2013). *Interpretativní fenomenologická analýza*. In: Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R., et al. (2013). *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. 1. vyd. Masarykova univerzita.

Krahulcová, B. (2013). *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti* (2., rozš. a přeprac. vyd). Beakra.

Kroupová, K. (2016). *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Grada. <https://www.bookport.cz/kniha/slovník-specialnepedagogicke-terminologie-1758/>

Kummer, Ann. (2011). Speech Therapy for Errors Secondary to Cleft Palate and Velopharyngeal Dysfunction. *Seminars in speech and language*. <https://doi.org/32.191-8.10.1055/s-0031-1277721>.

Kutálková, D., & Palodová, D. (2007) *Palatolalie a afázie: metodika reedukace*. Septima

Lejska, M. (2003). *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Paido.

Logopedie Červenková. (n.d.).

<http://www.logopediecerenkova.cz/index.php?route=common/home>

Malínský, J., Malínská, J., & Malínská, Z. (2005). *Morfologie orofaciálního systému: pro studenty zubního lékařství*. Univerzita Palackého.

Medical Tribune. (2016, 13 prosince). *Rozštěp patra je spojen se zvýšenou úmrtností a nemocností*. <https://www.tribune.cz/medicina/rozstep-patra-je-spojen-se-zvysenou-umrtnosti-a-nemocnosti/>

Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Sociologické nakladatelství (SLON).

Nagarajan, R., Savitha, V. H., & Subramaniyan, B. (2009). Communication disorders in individuals with cleft lip and palate: An overview. *Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 42 Suppl(Suppl), S137–S143. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.57199>

Nasreddine, G., El Hajj, J., & Ghassibe-Sabbagh, M. (2021). Orofacial clefts embryology, classification, epidemiology, and genetics. *Mutation Research/Reviews In Mutation Research*, 787(108373), 1-20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.mrrev.2021.108373>

Neubauer, K. (2018). *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Portál.

Oginni, F. O., & Adenekan, A. T. (2012). Prevention of orofacial clefts in developing world. *Annals of maxillofacial surgery*, 2(2), 163–169. <https://doi.org/10.4103/2231-0746.101346>

Peterka, M., & Peterková, R. (2015). Kritické periody pro vznik rozštěpů obličeje a incidence rozštěpů v Čechách. *Neonatologické Listy*, 21/2015(1), 20-25.

Pinto, J. H., da Silva Dalben, G., & Pegoraro-Krook, M. I. (2007). Speech intelligibility of patients with cleft lip and palate after placement of speech prosthesis. *The Cleft palate-craniofacial journal: official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 44(6), 635–641. <https://doi.org/10.1597/06-061.1>

Shaw, W. C., Semb, G., Nelson, P., Brattström, V., Mølsted, K., Prah-Andersen, B., & Gundlach, K. K. (2001). The Eurocleft project 1996-2000: overview. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 29(3), 131–142. <https://doi.org/10.1054/jcms.2001.0217>

Singh, D., Bastian, T. S., Kudva, S., Singh, M. K., & Sharma, P. (2015). Classification systems for orofacial clefts. *Oral Maxillofac Pathol J*, 6(1), 556-560.

Škodová, E., & Jedlička, I. (2007). *Klinická logopedie*. (2. aktualiz. vyd). Portál.

Šťastný Úsměv. (n.d.). *Historie*. <http://stastny-usmev.cz/o-nas/historie/>

Šťastný Úsměv. (n.d.). *Logopedie*. <http://stastny-usmev.cz/logopedie-2/>

Šulová, L. (2006). Specifický vliv otcovské a mateřské mluvy v počátcích řečového vývoje. *Československá psychologie*, 50, 4, 327-341.

Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Urbanová, W., & Kořová, M. (2010). Ortodontická léčba pacienta s obličejovým rozštěpem (1. část). *Česká Stomatologie / Praktické Zubní Lékařství*, 110(1), 9-13.

Vyhláška č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. *Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. [cit. 17.3.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92/zneni-20230101>

Weilová, M. (2017, 25 dubna). *Vady řeči a prevence jejich vzniku*. Šance Dětem. <https://sancedetem.cz/vady-rci-prevence-jejich-vzniku>

Za novým úsměvem. (n.d). *Koncepce*. <https://zanovymusmevem.cz/koncepce/>

Za novým úsměvem. (n.d). *Základní časování léčebného protokolu*. <https://zanovymusmevem.cz/zakladni-casovani-lecebneho-protokolu/>

Zeraatkar, M., Ajami, S., Nadjmi, N., Faghihi, S. A., & Golkari, A. (2019). A qualitative study of children's quality of life in the context of living with cleft lip and palate. *Pediatric health, medicine and therapeutics*, 10, 13–20. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S173070>

Seznam tabulek

| | |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1: Časový harmonogram bakalářské práce | 38 |
| Tabulka 2: Charakteristika výzkumného vzorku | 39 |
| Tabulka 3: Délka logopedické intervence u informantů výzkumu | 67 |
| Tabulka 4: Přehled operací u informantů výzkumu | 71 |

Seznam obrázků

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Obrázek 1: Typy orofaciálních rozštěpů (vlastní zdroj) | 14 |
| Obrázek 2: Velofaryngeální uzávěr a jeho funkce (vlastní zdroj) | 15 |

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam otázek k rozhovorům s informanty

Příloha 2: Testovací formulář pro zhodnocení řeči

Příloha 3: Přepis rozhovoru – klinický logoped

Příloha 1: Seznam otázek k rozhovorům s informanty

Anamnéza

Rodinná anamnéza

1. Základní údaje matky – jméno, datum narození, vzdělání
2. Zdravotní stav matky před a v době očekávání informanta
3. Základní údaje otce – jméno, datum narození, vzdělání
4. Zdravotní stav otce před a v době očekávání informanta
5. Počet sourozenců a jejich zdravotní stav (onemocnění, úrazy, dědičné poruchy)
6. Vzdálená rodina a jejich zdravotní stav (onemocnění, úrazy, dědičné poruchy)
7. Nově vytvořená rodina (manžel/ka a děti) a jejich zdravotní stav (onemocnění, úrazy, dědičné poruchy)

Osobní anamnéza

Těhotenství

1. Jak probíhalo těhotenství?
2. Kolikáté bylo početně?
3. Bylo plánované?
4. Byly zde nějaké obtíže, např. i psychického rázu?
5. Užívala jste nějaké léky v čase těhotenství?
6. Byla jste vystavena teratogenním vlivům?
7. Užívala jste vitamíny? (vitamín A, kyselina listová)
8. Byl zjištěn orofaciální rozštěp již v rámci prenatální diagnostiky?

Porod

1. Byl v termínu x opožděný x předčasný?
2. Byl spontánní x provokovaný?
3. Proběhl císařský řez?

Přítomnost orofaciálního rozštěpu

1. Jaký typ a rozsah rozštěpu byl diagnostikován?
2. V jakých funkčních oblastech byly zaznamenány obtíže již od narození? (sluch, krmení, řeč)
3. Timing operací

Psychomotorický vývoj

1. Kdy si začalo Vaše dítě sedat, lézt, chodit?
2. Na jaké úrovni byla hrubá a jemná motorika? (kreslení, hod míčem, skákání...)
3. Byla řeč opožděná? Na jaké úrovni?
4. Na jaké úrovni bylo zrakové a sluchové vnímání?
5. Byl zde celkový opožděný vývoj dítěte?

Zdraví a životospráva

1. Proběhly běžné dětské nemoci, případně nějaké závažné, které měly vliv na vývoj dítěte?

Průběh péče o dítě v předškolním věku

1. Kde bylo dítě umístěno? jesle x MŠ x stacionář x prarodiče
2. Jak probíhala adaptace?
3. Proběhly nějaké rehabilitační pobyty?

Průběh péče o dítě ve školním věku

1. Proběhl odklad?
2. V jakém proudu bylo dítě vzděláváno?
3. Byly zde nastaveny podpůrná opatření?
4. Vyskytlo se problémové chování či vzdělávací problémy?
5. Jaké mělo dítě prospěch, absence?

Další vzdělávání a práce jedince

1. Nejvyšší dosažené vzdělávání, obor
2. Současné zaměstnání

Logopedická péče

1. Kdy logopedická péče započala?
2. Jméno odborníka a místo ambulance
3. Byl odborník změněn? (jestli ano z jakého důvodu)

4. Kdo Vás odkázal na logopeda? (na vlastní popud x známí x lékaři)
5. Navštívili jste skupinovou terapii?
6. Jak intervence probírali?
7. Poskytovala Vám paní logopedka poradenství a podporu?
8. Jak dlouho intervence trvali?

Přístup odborníka

1. Jak na Vás působil?
2. Byli jste spokojeni?
3. Co jste na něm obdivovali a čeho jste si vážili?
4. Jak dítě motivoval?
5. Jak zadával práci na doma? (básničky apod., logopedický sešit, pracovní listy)

Spolupráce rodiny

1. Kdo docházel na logopedii s dítětem?
2. Jak dlouho a jak často jste na logopedii doma pracovali a kdo pracoval?
3. Jaké prostředky jste používali pro motivaci?

Vývoj řeči

1. Kdy se objevili první slova?
2. Bylo řeč opožděná?
3. Byla slovní zásoba chudá?
4. Vyjadřovalo se dítě spíše neverbálně?

Příznaky v řeči

1. Byla vám sdělena základní diagnóza (palatolalie)? Bylo tam přidružená další komunikační schopnost? (dyslalie, vývojová dysfázie)
2. V rámci palatolalie je zásadní tzv. triáda příznaků – porucha rezonance, srozumitelnost a artikulace. Kde jste vnímali největší problém v této triádě?
3. Slyšeli jste a vnímali jste to nosové zbarvení?

4. Jaké hlásky zněly hodně nosově? Měl problém s M a N?
5. Byl i pro vás problém rozumět?
6. Přišli i z jiných stran (vzdálenější rodina, škola) dotazy na srozumitelnost?
7. Když se na srozumitelnost upozornilo, bylo to lepší?
8. U jakých hlásek nenastal vůbec problém?
9. Která hláska byla nejproblematictější a nacvičovala se nejdéle?
10. Jak se nacvičovalo R a Ř – vibranty?
11. Jak se nacvičovaly sykavky? Bylo to náročné?
12. Byly narušené i samohlásky (hlavně I a U)?
13. Vyskytovaly se tzv. nosní úniky, nosní rázy a turbulence?

Terapie

1. Jak probíhala intervence?
2. Probíhal nácvik správného dýchání?
3. Jaké typy cvičení na patrohltanový uzávěr jste děláli? (zívání s otevřenou pusou, nafukování tváří, bubláni)
4. Prováděly jste masáže patra?
5. Vyvolávali jste dávivý reflex?
6. Postupovali jste v rámci vyvozování od samohlásek a podle artikulačních okrsků?
7. Věnovali jste se následujícímu výčtu oblastí terapie?
 - Obsahové stránce řeči – slovní zásoba
 - Rytmizaci
 - Oromotorické cvičení, práce s jazykem,
 - Výdechovému proudu?
 - Porozumění řečovému projevu
 - Sluchové vnímání
 - Korekce hypernazality

Pomůcky

1. Byly užívány následující pomůcky?
 - logopedické zrcadlo
 - laryngoskopické zrcátko (na zjištění nosních emisí)

- svorky na nos
- brčka pro pití
- nosní píšťala
- logovibrátory
- špátle
- logopedické sondy

Konec logopedické péče

1. Z jakého důvodu byla péče ukončena? (vlastní popud x nedostatek motivace x popud klinického logopeda x časové důvody)
2. Jak vnímáte aktuální úroveň řeči a jak je s ní spokojený?

Psychosociální stránka

Rodiče

1. Jaká byla prvotní reakce na sdělení diagnózy?
 2. Jak jste se potýkali s informací, že Vaše dítě může mít další vrozenou vývojovou vadu?
 3. Věděli jste o dalších zdravotních problémech, které může mít dítě s orofaciálním rozštěpem, jako jsou poruchy sluchu, řeči a ortodontické obtíže?
 4. Cítili jste se schopni postarat o dítě s rozštěpem?
 5. Co Vám pomohlo se s tou situací vyrovnat?
 6. Jak reagovala rodina a sourozenci dítěte?
 7. Měli jste dostatek informací? Pomáhali Vám lékaři?
 8. Byli jste znepokojení počtem informací, které Vaše dítě bude potřebovat?
 9. Jak jste se potýkali s takovým počtem kontrol?
 10. Cítili jste se zahlcení množstvím lékařské péče?
 11. Co Vám nejvíce v celkové péči chybělo?
 12. Vyhledali jste pomoc psychologa? Byl Vám k dispozici?
 13. Co bylo z Vašeho pohledu celkově nejtěžší?
 14. Jak se na tuto situaci tvářilo okolí?
- Jaká byla reakce poté, co se Vám narodilo druhé dítě opět s rozštěpem?

Informant

1. Jak byly vnímány operace a dlouhé pobyty v nemocnicích?
2. Jak probíhalo začlenění do kolektivu v průběhu celkového vzdělávání?
3. Docházelo k posměškům? Z hlediska estetického vzhledu či srozumitelnosti řeči?
4. Jaký byl postoj učitelů?
5. Jak vnímáš focení?
6. Dělá ti obtíže výstup před veřejností?
7. Cítíš na sobě, že se vlivem orofaciální rozštěpu méně směješ?
8. Nechal sis narůst knír kvůli orofaciálnímu rozštěpu?
9. Vnímal si, že by tě někdy někdo litoval?
10. Dominuje u tebe v rámci sebevnímání rozštěp?

Příloha 2: Testovací formulář pro zhodnocení řeči

TESTOVACÍ FORMULÁŘ PRO HODNOCENÍ ŘEČI U PACIENTŮ S OROFACIÁLNÍM ROZŠTĚPEM PODLE HOLANDSKÉ NORMY (PŘELOŽENO DO ČEŠTINY)

1. Testovací formulář pro hodnocení řeči
 - a) Nosní rezonance
 - b) Zrcadlový test
 - c) Grimasy
 - d) Artikulace a produkce souhlásek
 - e) Srozumitelnost

a) NOSNÍ REZONANCE

Stupnice vnímání nosní rezonance: vyplňte skóre 1-2-3.

Třibodová stupnice hypernazality:

1. Normální rezonance na samohláskách
2. Hypernasalita na samohláskách
3. Hypernasalita na samohláskách a aproximantách + slabikotvorné souhlásky s nazalizací, turbulenci nebo nazálním tvořením souhlásky (expozivy [b,d,k] se tvoří jako nazální souhlásky [m,n,ŋ]).

Hyponazalita na 3stupňové škále:

1. Normální rezonance na nosových souhláskách
2. Částečné ztížení tvoření normálních nosových souhlásek, ty jsou mírně denazalizované.
3. Nosové souhlásky jsou zcela denazalizované ([m] se stává [b] nebo [p], [n] se stává [d] nebo [t], [ŋ] se stává [k])

NAZÁLNÍ VĚTY

| Věty | | Hypernazalita (skóre 1-3) | Hypernazalita (skóre 1-3) |
|------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. | Máma jde k Mile. | | |
| 2. | Nese s sebou maso. | | |
| 3. | Má doma mnoho banánu. | | |
| 4. | Má taky mandarinky. | | |
| 5. | Oma má hlad. | | |
| 6. | Nina nese mango. | | |

SMÍŠENÉ VĚTY (ORONAZÁLNÍ)

| Věty | | Hypernazalita (skóre 1-3) |
|------|---------------------|---------------------------|
| 1. | Mop je ve schránce. | |
| 2. | Věra nyní maluje. | |

| | | |
|----|------------------------------|--|
| 3. | Snaží se nakreslit slunce. | |
| 4. | Vypadá to moc pěkně. | |
| 5. | Julie dala nálepky Milanovi. | |

ORÁLNÍ VĚTY (ORONAZÁLNÍ)

| Věty | | Hypernazalita (skóre 1-3) |
|-------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. | Jakub pořádá párty. | |
| 2. | Slavi svůj svátek. | |
| 3. | Dostal spoustu dárků. | |
| 4. | Je tady dort. | |
| 5. | Dort obsahuje ořechy a ovoce. | |
| 6. | Ivo sfoukává svíčky. | |

b) ZRCADLOVÝ TEST

- = žádné zamlžení zrcátka nebo negativ
+ = zamlžení zrcátka nebo pozitivní hodnota
R = pravá nosní dírka
L = levá nosní dírka

| | R | L | Slyšitelný nosní únik | Nosní "turbulence" |
|---------------------------|---|---|-----------------------|--------------------|
| Pa pa pa | | | | |
| Pi pi pi | | | | |
| Ka ka ka | | | | |
| Ki ki ki | | | | |
| Ssssssss | | | | |
| I i iii ... | | | | |
| U u uuu | | | | |
| F f ffff .. | | | | |
| Petr sedí u stolu. | | | | |

c) GRIMASY

Stupeň závažnosti:

1. Žádné grimasy nejsou přítomny
2. Nosní dirky se zvedají a stahují
3. Chřípí a střední část obličeje se stahují
4. Nozdry, střední část obličeje a frontotemporální svaly se stahují.

d) SROZUMITELNOST

1. Řeč je srozumitelná.
2. Řeč se někdy mírně liší od řeči ostatních dětí, ale je srozumitelná. Nevede ke komentářům od ostatních.
3. Řeč se od ostatních dětí liší, ale je srozumitelná. Vede však ke komentářům ze strany ostatních.
4. Řeč je obtížně srozumitelná.
5. Řeč není srozumitelná.

e) ARTIKULACE A PRODUKCE SOUHLÁSEK

SLOVA

| | Souhláska | Začáteční pozice | Prostřední | Konečná | Typ chyby |
|-----|-----------|------------------|------------|----------|-----------|
| 1. | P | Pes | Kope | Strop | |
| 2. | B | Bába | Obraz | Krab | |
| 3. | M | Máma | Smetí | Sám | |
| 4. | V | Výr | Otevřít | Láhev | |
| 5. | F | Fraška | X | Fotograf | |
| 6. | T | Tričko | Salto | Salát | |
| 7. | D | Dýka | Odklad | Odhad | |
| 8. | N | Najít | Nina | Den | |
| 9. | C | Cesta | Ocel | Klec | |
| 10. | S | Sýr | Osel | Los | |
| 11. | Z | Zebra | Narozeniny | Mráz | |
| 12. | Č | Čočka | Oči | Meč | |
| 13. | Š | Šašek | Uši | Koš | |
| 14. | Ž | Žába | Užovka | Mrož | |
| 15. | L | List | Vlak | Sůl | |
| 16. | R | Racek | Drak | Dar | |

| | | | | | |
|-----|-----|---------|-------|-------|--|
| 17. | Ř | Řepa | Kříž | Zubař | |
| 18. | ť | Ťapka | X | X | |
| 19. | Đ | Đas | X | X | |
| 20. | Ň | Náňa | X | Kůň | |
| 21. | J | Jídlo | Myje | Olej | |
| 22. | K | Kopat | Okres | Znak | |
| 23. | G | Goríla | X | X | |
| 24. | CH | Chlapec | Ochoz | Šach | |
| 25. | H | Holka | Ohoz | Zásah | |
| 26. | STR | Straka | X | X | |
| | STR | Strana | X | X | |
| 27. | ST | Starý | X | X | |
| | ST | Stoletý | X | X | |
| | ST | Stesk | X | X | |
| 28. | SK | Skropit | X | X | |
| | SK | Skála | X | X | |
| 29. | SP | Spasmy | X | X | |
| 30. | KS | Ksicht | X | X | |

VĚTY

| | Souhláska | Věta | 1 souhláska | 2 souhláska | Typ chyby |
|-----|-----------|-----------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| 1. | P | Pes pije a srká. | | | |
| 2. | B | Boženka bydlí opodál. | | | |
| 3. | M | Máma mele ořechy. | | | |
| 4. | V | Vedle nás stojí Vlém. | | | |
| 5. | F | Koupili jsme si fenu a hned jsme ji vyfotili. | | | |
| 6. | T | Teo si koupil nové tričko. | | | |
| 7. | D | Danovi doporučili fotbal. | | | |
| 8. | N | Nina šla koupit konev. | | | |
| 9. | C | Kolem cesty rostl cesmín. | | | |
| 10. | S | Sestra nám koupila sýr. | | | |
| 11. | Z | Zítra slavím narozeniny. | | | |
| 12. | Č | Čeněk četl noviny. | | | |
| 13. | Š | Silva šla sbírat šípky do lesa. | | | |
| 14. | Ž | Ztratil žákovskou knížku. | | | |
| 15. | L | V lese lilo jako z konve. | | | |
| 16. | R | Robin rád běhá. | | | |

| | | | | | |
|-----|-----|--------------------------------------|--|---|--|
| 17. | Ř | Zbořila se nám střecha. | | | |
| 18. | ř | Pes nám pořápal celý dům. | | X | |
| 19. | Ď | Tvářil se jako ďas. | | X | |
| 20. | ň | Kůň se někde ztratil. | | | |
| 21. | J | Jakmile dojdeme, zvedneme se. | | | |
| 22. | K | Koupili novou klec. | | | |
| 23. | G | Gorila se jmenovala Gábina. | | | |
| 24. | CH | Chlapec se chlubil telefonem. | | | |
| 25. | H | Hynek si oholil vousy. | | | |
| 26. | STR | Miluje stříbro jako straka. | | | |
| | STR | Podíváme se na stranu pět. | | | |
| 27. | ST | Starý stoletý pán vypadal zdravě. | | | |
| | ST | Stesko se mu po rodině. | | | |
| 28. | KS | Nechtělo se mu dívat na jeho ksicht. | | | |

Příloha 3: Přepis rozhovoru – klinický logoped

T: Kolik klientů s orofaciálním rozštěpem máte přibližně v péči?

O: Řekla bych, že ten aktuální počet je teď kolem dvou až tří klientů. Jedno dítě má Pierre Robinovu sekvenci, kde tam byl stoprocentně rozštěp tvrdého měkkého patra u uvuly. Druhé dítě má taky určitě rozštěp měkkého, tvrdého teď z hlavy nevím, ale není to jakoby viditelné, nebo jakoby není to kosmetická vada. Je to jenom jakoby vzadu.

T: Kdy započíná logopedická intervence u těchto jedinců a jak dle vašich zkušeností většinou dlouho trvá? Poskytujete i nepřímou péči v podobě poradenství rodičům?

O: Tak ten první klučina s tou Pierre Robinovou sekvencí začal kolem tří a půl let. Ta druhá holčička, „Tam jsme taky začaly asi třeba v osmi měsících, takže jakoby poměrně brzy, ale já tímto i specificky téhle mamince mamince ukázala, že to jde. Jinak není zatím taková ta rozšířenost v informacích pro rodiče, že by to šlo.“ Tam jsme tady začali i to poradenství z toho, že holčička měla problém se sluchem, takže jsem tam i hodně tlačila matku na správné vyšetření sluchu. Jo že si nebyla jistá, tak jsem ji posílila a tak dál. Pak jsme začali, to měla vlastně 9 měsíců, se soustředit taky na krmení. Maminka předtím používala velkou lžici a my jsme se začali soustředit na speciální lžičky, které jsem měla nakoupené od paní Červenkové z obchodu a oni zkusili, která jim sedí a tu si potom koupili. Taky jsme se zaměřovali na laterální krmení a trošku úprava i hlavičky, protože mi přišlo, že zaklání třeba hlavu. Takže na to bylo upozorněno, protože holčička měla samozřejmě poruchu polykání a aspirovala u toho. Jo jo, jo jo, my jsme řešili pití z lahve. Takže spíš to krmení a pití z lahve jsme takto řešili v té nepřímé logopedické péči.

T: Jaké intervaly návštěv jsou adekvátní pro péči o osoby s orofaciálním rozštěpem?

O: No vzhledem k nemocnosti dětí. Nám to tady třeba vyšlo s touhle holčičkou 1 za měsíc doslova 1 za měsíc, protože mi přijde taky, že ty rodiče tu informaci potřebují vstřebat, a ne vždycky jim to třeba s těmi mrňousy jde. Mají ještě další věci, co s ním musí řešit. A tamhle rehabka a tamhle zase kontrola jo a je to jakoby hodně, že oni by klidně i rádi, ale prostě si myslím, že už je toho fakt na ně jakoby moc. Takže průměrně fakt tak jednou za měsíc, nevyhýbá se to nějak normě jako u ostatních dětí.

T: Jak byste definovala problémy klientů s ORF v rámci komunikace?

O: U nich bych řekla, jakože problémová je vlastně určitě ta nazalita. To si myslím, že to je to nejdůležitější, ale nemám tak široký vzorek, abych mohla jakoby říct dál. Určitě ty

děcka, co mám já, tak mají problém s motorikou jazyk. Taky tam většinou je ten opožděný vývoj té řeči jo. Poté určitě hybnost patra a v důsledku toho narušená rezonance. Jako hlavně si prostě myslím, že jako přímo úměrně k rozštěpu je narušení té nazality, že čistý roštěp by neměl být důvodem pro nerušenou hybnost jazyka, to nevnímám jako. V oblasti hlásek u toho kluka cítím, jakože to jde vše přes ten nos. Laterální sykavky, nezvedají jazyk, ale to bylo možná dané i tím, že mým klientem bylo dítě i s přirostlou uzdičkou.

T: Jak probíhá péče u těchto jedinců? Na co je primárně zaměřena? (artikulace, ...)

O: Primárně teď u té menší holčičky to zaměřujeme na krmení, protože je vlastně neverbální. S oběma ale jedeme systém brček a píšťalek podle paní Červenkové, a to podle Terapie orální pozice, a to si myslím, že je dobře. A to si myslím, že je dobré hlavně vůbec na ten příjem potravy, ale teda i na fungování teda toho patra. To dělám s nimi hlavně a sekundárně u toho chlapce se soustředíme na rozhýbání mluvidel a připravujeme se na výslovnost. A u holčičky druhé taky už hodně jemně pomaličku taky, trošku tím jazykem, ale hlavně teďka potřebuji ji naučit se mnou spolupracovat. Ona má roky, ale jako je velice plachá, takže se první musíme „skamarádit“, abychom mohli nějak postoupit od té motoriky jazyka dále.

T: Jaké pomůcky používáte při práci s orofaciálním rozštěpem (na výdechový proud, nosní emise, artikulaci, na zvýšenou/sníženou nosovost, na pevnost patrohltanového uzávěru)?

O: Tak jako pomůcku k usměrňování výdechového proudu využívám píšťalky nosní i obyčejné, systém píšťalek od paní Červenkové, všechno mám od ní. Na nosní emise používám nosní klip. A zase je to v rámci těch cvičení právě jakoby třeba první píšťalka a nejprve se má pískat do píšťalky s klipem, až se to naučí a dítě to umí zkoordinovat, tak se tam použije gumička a postupně se jakoby ten klip uvolňuje jo, aby se to prostě jako by nacvičil ten poměr toho orálního výdechového proudu versus toho nazálního. Na tu artikulaci vlastně u holčičky, jelikož zatím vůbec nemluví ve dvou letech, děláme různé stimulační i masážemi jako jazyka, buklálních sliznic vevnitř i venku a třeba poklep na špičku jazyka a tak, nebo prostě nějakým způsobem masážně na jazyku. U kluka jsme používali i speciální pomůcku v rámci Terapie orální pozice na posílení elevace, kdy se to dá mezi zoubky a je tam kulička a on to už špičkou jazyka tu kuličku zvedá a tomu fakt

jako hezky rozhýbalo ten jazyk. Jinak je fajn třeba s jedlým oplatkem jenom na ty alveoly pro tu výslovnost například toho L a tak, ale tady tato pomůcka mu fakt jako by pomohla hezky. A na ten na tu pevnost toho patrohltanového uzávěru používáme brčka a prostě ty nepřímé metody – foukání, pískání apod. A ta terapie vlastně funguje tak, že když se jede správně jedna terapie foukání, tak se v druhé fázi má brát i sání, jakože se nasává, že vlastně první zaměřujeme jedny svaly a pak zase další. Jo, jakože má být i foukání i sání.

T: Instruuje k masážím patra či rtu? Pokud ano jak? Jak často? Pomocí jakého nástroje?

O: *Ne. Nechávám to na odbornících, kteří provádí operativu, oni k tomu instruuju.*

T: Vyvoláváte dávivý reflex?

O: *NE ne ne, určitě ne. Víím, že se to dělalo, ale já jim rovnou říkám, ať se zeptají v Brně na plastice, kde jim vlastně říkají, že už se to nedělá. Všichni mi tak nějak jako chodí s tím, že se to už teď nedělá. Kdysi to bylo totiž jediné, co se dalo, nic jiného nebylo, žádné pomůcky. Dá se to tím krásně nacvičit, ale já osobně bych nikomu ruku do krku nedala, ale prostě rodič děcko zvládnou kde co. Dá se nacvičit krásně. Sama jsem si to na sobě zkoušela, jak se desenzibilizuje ta pusa a člověk fakt jakoby si zvykne jo, ale raději s těmi dětmi budeme pískat píšťalkou a posilujeme to úplně stejně.*

T: Myslíte, že jde řeč u jedinců s rozštěpovými vadami dát do intaktní formy bez rozpoznání ze strany okolí?

O: *Myslím, že jo, myslím, že by šlo, ale je to přímo úměrné té plastické chirurgii, protože když vidím třeba ty čípky, jak jsou rozštěpené a mají úplně jiný tvar, tak tam to je náročné a hodně individuální. Ale myslím, že tím, že je to sval a lidský organismus je dokonalý, tak jde určitě do tohoto stádia dojít. Kdysi jsem si v nějaké knížce, paní docentky Vitáskové, teď profesorky četla nějaký výzkum čelistí a tam si pamatuji, že bylo, že mužům i ženám to dozrává nějak jindy a později. Třeba u těch mužů ta čelist se ještě po dvacítce může roztáhnout. A já to říkám těm rodičům, říkám, ta čelist se bude hýbat, mi to teď vycvičíme a nevím, co bohužel bude dál, jak se změní ty proporce. Takže prostě říkám tam si myslím, že je ta intervence celkově na dlouho, protože se to může v průběhu života měnit.*