

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Analýza interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy
Analysis of interdisciplinary approach to children with orofacial clefts

Bc. Kateřina Novotná

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Korandová
Studijní program: Speciální pedagogiky (N7506)
Studijní obor: Speciální pedagogika (7506T002)

Odevzdáním této diplomové práce na téma „Analýza interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17.04.2021

Velmi děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Zuzaně Korandové za cenné rady, vstřícný a ochotný přístup a plno odborných rad. Dále bych ráda poděkovala všem informantům, kteří byli ochotni spolupracovat na výzkumném šetření, za jejich otevřenost a odvahu ke spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině, partnerovi a přátelům, kteří mi byli oporou po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá analýzou interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy. První kapitola vymezuje teoretická východiska, v rámci kterých definuje pojmy komunikační schopnost a narušená komunikační schopnost a popisuje anatomii a fyziologii dutiny ústní a dutiny nosní. Druhá kapitola podrobně popisuje problematiku orofaciálních rozštěpů. Popisuje jejich klasifikaci, etiologii, symptomatologii, prevenci, estetické a psychosociální důsledky a péči o dítě s orofaciálním rozštěpem. Třetí kapitola se věnuje narušené komunikační schopnosti u dětí s orofaciálními rozštěpy. Podrobně definuje palatolálii a velofaryngální dysfunkci, dále popisuje projevy v jazykových rovinách a věnuje se logopedické intervenci. Popisuje komplexní péči jednotlivých odborníků o dítě s orofaciálním rozštěpem. Čtvrtá kapitola je empirická a zabývá se analýzou interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy. K výzkumnému šetření byla použita analýza odborné literatury, analýza anamnestických údajů, analýza dostupných dokumentů a na základě toho bylo vytvořeno šest případových studií. Hlavním cílem práce bylo analyzovat interdisciplinární přístup k dětem s orofaciálními rozštěpy. Dílčími cíli bylo analyzovat, zda získané informace od odborníků pro rodiče s čerstvě narozeným dítětem s orofaciálním rozštěpem byly dostatečné, analyzovat psychosociální vliv narození dítěte s orofaciálním rozštěpem na rodinu a nejbližší okolí, analyzovat úroveň komunikačních schopností dítěte s orofaciálním rozštěpem a analyzovat způsob, jakým jsou novorozenci s orofaciálním rozštěpem vyživováni.

KLÍČOVÁ SLOVA

komunikace, narušená komunikační schopnost, orofaciální rozštěp, rozštěp rtu, rozštěp patra, palatolálie, velofaryngální uzávěr, logopedická intervence, komplexní péče

ABSTRACT

The topic of this diploma thesis is an analysis of interdisciplinary approach to children with orofacial clefts. The first chapter deals with theoretical base and defines terminology – communication, communication disabilities. It also defines anatomy and physiology of nasal cavity and oral cavity. The second chapter relates to issues of orofacial clefts. It describes classification, etiology, symptomatology, prevention, aesthetic and psychosocial impacts and orofacial cleft children care. The third chapter deals with occurrence of communication disabilities of children with orofacial clefts. It focuses on the definition of palatholaly, velopharyngeal inadequacy and it describes various linguistic levels and speech therapy and intervention. The fourth chapter is empiric and it deals with analysis of interdisciplinary approach to children with orofacial clefts. In research processes there were used scientific literature analysis, anamnestic data analysis and available specialized materials analysis. Based on all of these materials six case studies were created. Main goal of this empiric chapter was to analyze interdisciplinary approach to children with orofacial clefts. Partial goals were to analyze whether information provided by experts and doctors to parents of newborn children with orofacial cleft were sufficient, to analyze psychosocial impact onto the family and closest relatives of the newborn child with orofacial cleft, to analyze level of communicational abilities of children born with orofacial clefts and to analyze possibilities of newborn babies feeding.

KEYWORDS

Communication, occurrence of communication disabilities, orofacial cleft, cleft lip, cleft palate, palatholaly, velopharyngeal inadequacy, logopedic intervention, comprehensive care

Obsah

Úvod.....	7
1 Teoretická východiska.....	8
1.1 Komunikační schopnost.....	8
1.2 Narušená komunikační schopnost	11
1.3 Anatomie a fyziologie dutiny nosní a ústní.....	13
2 Orofaciální rozštěpy	17
2.1 Klasifikace orofaciálních rozštěpů	17
2.2 Etiologie orofaciálních rozštěpů.....	21
2.3 Symptomatologie orofaciálních rozštěpů.....	22
2.4 Prevence orofaciálních rozštěpů.....	23
2.5 Důsledky orofaciálních rozštěpů	25
2.5.1 Estetické vady.....	25
2.5.2 Psychosociální vliv	26
2.6 Péče o dítě s orofaciálním rozštěpem.....	27
2.6.1 Krmení	27
2.6.2 Masáže rtu a patra.....	28
2.6.3 Pomůcky.....	29
3 Narušená komunikační schopnost u dětí s orofaciálními rozštěpy	31
3.1.1 Palatolálie	31
3.1.2 Velofaryngální dysfunkce	33
3.1.3 Projevy v jazykových rovinách	34
3.1.4 Logopedická intervence	36
4 Analýza interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy.....	41
4.1 Popis výzkumného šetření.....	41

4.2	Vymezení cílů.....	41
4.3	Výzkumné metody.....	42
4.4	Časový harmonogram	42
4.5	Charakteristika výzkumného vzorku	43
4.6	Vlastní výzkumné šetření	43
4.7	Závěry výzkumného šetření	53
4.8	Doporučení pro logopedickou praxi	56
	Závěr	58
	Shrnutí	60
	Summary	61
	Seznam použitých informačních zdrojů.....	61
	Seznam příloh	66

Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou orofaciálních rozštěpů. O tomto tématu je potřebné více mluvit a informovat širší veřejnost, jelikož se jedná o jednu z nejčastějších kongenitálních vad. Zároveň se v mnoha publikacích z různých medicínských oborů o orofaciálních rozštěpech dozvídáme pouze okrajově. Péče o osoby s orofaciálními rozštěpy vyžaduje komplexní péči, kterou zajišťuje tým odborníků složený nejčastěji z pediatra, plastického chirurga, neurologa, foniatra, logopeda a dalších. Logopedie, která je podoborem speciální pedagogiky, se zabývá tématem komunikace jako celku. U dětí, které se narodí s orofaciálním rozštěpem, se logoped nejprve zaměřuje na to, aby naučil rodiče, jak s dítětem pracovat a jak mu být správným mluvním vzorem. Logopedická činnost tedy nespočívá pouze v práci s dítětem, ale významnou složkou je i edukace rodičů.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část, přičemž teoretická část má tři kapitoly. První kapitola se zabývá teoretickými východisky v oblasti komunikace, narušené komunikační schopnosti a závěrem stručně popisuje anatomii a fyziologii dutiny nosní a ústní. Druhá kapitola podrobně popisuje orofaciální rozštěpy. Zabývá se jejich klasifikací, etiologií, symptomatologií, prevencí a estetickými a psychosociálními důsledky. Třetí kapitola popisuje narušenou komunikační schopnost u dětí s orofaciálními rozštěpy. Zabývá se pojmy, jako jsou palatolálie a velofaryngální dysfunkce, popisuje potíže v jednotlivých jazykových rovinách a závěrem popisuje logopedickou intervenci, která je u dětí s orofaciálními rozštěpy zapotřebí.

Čtvrtá kapitola je empirická a na základě několika případových studií analyzuje interdisciplinární přístup k dětem s orofaciálními rozštěpy. Informanti byli sháněni především přes organizaci Šťastný úsměv, z.s. Výzkumného šetření se zúčastnilo šest rodin, kterým se narodilo dítě s orofaciálním rozštěpem. Dále jsou v empirické části popsány výzkumné metody, časový harmonogram a je v ní charakterizován vzorek výzkumného šetření.

Práce se zaměřuje na analýzu interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy, což je i hlavní cíl této práce. Dílčími cíli bylo analyzovat, zda informace, které podávají odborníci rodičům dítěte s orofaciálním rozštěpem, jsou dostatečné. Dále analyzovat psychosociální vliv narození dítěte s rozštěpovou vadou na rodinu a blízké okolí, analyzovat úroveň komunikační schopnosti dítěte s rozštěpem, a nakonec se zabývá způsobem, jakým jsou novorozenci vyživováni. Závěrem jsou zveřejněny výsledky a závěry výzkumného šetření.

1 Teoretická východiska

1.1 Komunikační schopnost

Pojem komunikace můžeme užít v několika různých vědních disciplínách – v pedagogice, sociologii, psychologii, ale i dopravě a dalších oborech. Její definice není zcela jednotná a mnohdy přesahuje do jiných pojmů. Kolář (2012) uvádí, že komunikací, latinsky „communicatio, communicare“, rozumíme v té nejobecnější rovině přenos informace od vysílajícího k přijímacímu. Vždy je založena na soustavě určitých znaků a pravidel užívání.

Podle Klenkové (2006) užíváme komunikaci k vytváření a udržování mezilidských vztahů a zároveň komunikace výrazně ovlivňuje náš rozvoj. Při řečové komunikaci jsme schopni používat jazyk jako komunikační systém založený na symbolech a znacích. Dále si definujeme tři pojmy, které jsou s komunikační schopností velmi úzce spjaty: řeč, jazyk a mluva.

Řeč je biologickou vlastností, kterou rozumíme označení individuálních jazykových schopností jedince (Dlouhá In Dlouhá, Černý, 2012). Klenková (2006) uvádí, že se jedná o specificky lidskou schopnost, kdy člověk vědomě užívá jazyk, jako systém znaků a symbolů. Tímto způsobem můžeme vyjádřit všechny své myšlenky či pocity. Řeč není vrozená schopnost, musíme se ji naučit a rozvíjet ji pomocí styků s dalšími lidmi. Řeč je záležitostí jak mluvních orgánů, tak i mozku a jeho hemisfér. Mluvné orgány mají na starost řeč zevní a mozek s hemisférami řeč vnitřní.

U řeči můžeme rozlišit tři základní složky. První složkou je struktura jazyka, nebo také segmentární úroveň. Do druhé složky řadíme melodii, dynamiku a přízvuk a jedná se tak o složku suprasegmentární. Ve třetí složce se nachází mimika a gesta a nazýváme ji extralingvální. Všechny tyto složky jsou pro řeč velice důležité a každá z nich může ovlivnit sdělení člověka. Melodie a přízvuk může nést emocionální sdělení. Různou melodií řeči také může vzniknout jiný obsah sdělení. Mimika a gesta pomohou upřesnit obsah sdělení a mohou tak sdělení výrazně obohatit (Dlouhá In Dlouhá, Černý, 2012).

Jazyk je soustava dorozumívacích prostředků, díky kterým jsme schopni vyjádřit své myšlenky. Abychom mohli mluvit, tedy používat řeč, musíme k tomu znát jazyk (Klenková, 2006). Dlouhá a Černý (2012) upřesňují, že se jedná o vlastnost určité skupiny lidí, která pomocí určitého kódu sděluje informace. Každý jazyk má svá určitá pravidla a podléhá sémantickým, gramatickým, fonologickým a fonetickým zákonům. V jednotlivých etnických

skupinách se nicméně mohou objevovat různé odchylky jazyka, které můžeme nazvat dialektem.

Mluva je projev jazyka v určitém okamžiku. Kejkličková (2016) uvádí, že se jedná o zvukovou stránku složitých, po sobě jdoucích tónů a šumů, které tvoří hlasové ústrojí a mluvidla. Uvádí také, že mluva může být buď zvučná, nebo šeptaná.

Ontogenetický vývoj řeči neboli vývoj řeči u jedince začíná obdobím novorozeneckého křiku. První novorozenecký křik je považován za reakci na změnu prostředí. Mezi 8. a 10. týdnem se objevuje období broukání, které plynule přechází do období žvatlání. V této fázi mluvíme o tzv. hře s mluvidly, kdy dítě objevuje, jakým způsobem může zvuk vytvářet. Ve zvukovém projevu dítěte se začíná objevovat větší melodičnost. Kolem 8. a 9. měsíce se jedná o období rozumění, kdy dítě sděluje své pocity pomocí melodie či zabarvení hlasu. Kolem 12. měsíce začíná období napodobování, kdy dítě napodobuje zvuky a objevují se první jednoduchá slova (Jedlička In Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Okolo jednoho roku života dítěte začínáme mluvit o vlastním vývoji řeči. První stadium tohoto období se nazývá emocionálně-volní. V tomto období začíná dítě vyjadřovat své pocity či přání a začíná se vyjadřovat pomocí jednoslovných vět, kdy dané slovo vyjádří kompletní význam věty. Mezi 2. a 3. rokem života se dítě nachází ve stadiu asociačně-reprodukčním, kdy slova nabývají funkce pojmenovavací. Dítě dovede spojit slyšený výraz s konkrétním jevem. V tomto období nastává velký nárůst komunikačních dovedností. Dítě se učí dosáhnout pomocí řeči svých cílů a začíná více komunikovat i s dospělými. Kolem 3. roku se jedná o stadium logických pojmů. V tomto období se rozvíjí gramatická stránka řeči a dítě dovede postupně rozumět abstrakci a zevšeobecňovat jednotlivé pojmy. Mezi 3. a 4. rokem začíná období intelektualizace řeči, kdy dítě už vyjadřuje své myšlenky obsahově i formálně přesněji. Dítě si osvojuje mnoho nových slov a gramatická stránka i obsah řeči se zlepšuje (Klenková, 2006).

Kapalková (2009) dále klasifikuje komunikaci na období nezáměrné a záměrné komunikace. Období **nezáměrné komunikace** uvádí u dítěte od narození do 8 měsíců života. Peterková (2008) uvádí, že nezáměrná komunikace bývá především neverbální, avšak existují zde výjimky, jako je zamávání, které už se do nezáměrné komunikace neřadí. Kapalková (2009) dále dodává, že první tři měsíce dítě reaguje na svět především reflexivně, jelikož s některými reflexy se již narodí. Je to například reflex sací, obranný nebo úchopový. Tyto reflexy dítěti prozatím stačí pro to, aby mu uspokojily jeho základní potřeby. Ve druhém měsíci už dítě reaguje na zrakové i sluchové podněty a začíná udržovat oční kontakt. Ke konci druhého

měsíce se objevují první úsměvy, a dítě tak společně s výrazem ve tváři a různými pohyby může vyjadřovat své pocity. Ty nelibé jsou stále vyjadřovány především pláčem, který už však může mít různé podoby. Od 3. měsíce je dítě mnohem aktivnější a má tak větší prostor pro objevování světa. Po 8. měsíci, kdy dítě začíná sedět a plazit se, začíná i napodobovat po dospělém jednoduché pohyby. Během každodenních rutinních činností se dítě učí předvídat, co bude dále následovat. V rámci jednoduchých her a pokynů se pomalu objevuje i první porozumění. Například reaguje na pokyny „pápá“, „paci, paci“ apod. Dítě v tomto věku vydává různé zvuky. Toto období nazýváme broukáním. Zvuky „mamama“ a „tatata“ však prozatím neoznačují nic konkrétního, dítě pouze experimentuje se zvuky a napodobuje, co slyší. V tomto období dítě rozšiřuje své komunikační záměry i pomocí gest. Závěrem se z tohoto období nezáměrné komunikace stává období komunikace záměrné.

Období **záměrné komunikace** Kapalková (2009) uvádí od 8. do 12. měsíce života dítěte. Peterková (2008) uvádí, že slovní komunikace bývá především záměrná, ale neplatí to pokaždé. Mluví například o spontánní verbální reakci v případě úleku, kdy každý jedinec zareaguje jinak. Kapalková (2009) dále uvádí, že okolo 9. měsíce dítě dokáže samostatně lézt a natahuje se pro předměty ve svém okolí. V případě, že na ně nedosáhne, dovede si žvatláním nebo křikem zavolat o pomoc. Dítě používá různá gesta, mezi která patří například tleskání, mávání apod. Svou nelibost dítě vyjádří různými pohyby, jako je kopání, razantní otočení a další. Dítě projevuje zájem o okolní předměty, které už neputují rovnou do úst, ale hračku si začíná prohlížet. Kolem 10. měsíce dovede z podložky zvedat i úplně malé předměty a začíná tak používat tzv. pinzetový úchop. Dítě si v tomto období začíná uvědomovat stálost předmětů, tedy předměty, které byly na chvíli schovány, začíná hledat. Začíná tak rozumět jednoduché příčině a důsledku. Dítě napodobuje rodiče při různých činnostech, a učí se tak používat běžné věci v domácnosti. Koncem prvního roku by dítě mělo reagovat na zákaz „ne“ a mělo by rozumět zhruba 10-20 slovům. 12. měsíc znázorňuje velký mezník ve vývoji dítěte, jelikož dítě začíná dělat první krůčky a učí se samostatně chodit. V průběhu záměrné komunikace s dítětem komunikujeme především tváří v tvář, aby dítě vidělo náš obličej. V tomto období podporujeme používání gest, dítě se snaží záměrně komunikovat. Zrcadlením se dítě snaží stále napodobovat různé pohyby a úkony. Snažíme se komentovat vše kolem nás, abychom tak pomohli dítěti porozumět okolnímu světu. Dovolme dítěti, aby nám pomáhalo v některých běžných denních činnostech, ukazujme a pojmenováváme společně hračky a okolní předměty, dítěti dávejme různé pokyny, a učme ho tak novým znalostem.

1.2 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost se nemusí týkat pouze mluvené řeči, ale i prostředků neverbálních či grafické formy. Nicméně mluvená řeč je v sociální sféře tou nejpoužívanější formou komunikace. Slowík uvádí, že „základním předpokladem pro komunikaci mluvenou řečí je dobré sluchové vnímání, správná funkce mozkových řečových center a nervových drah, funkční motorika mluvidel a dostateční inteligence“ (Slowík, 2016, s. 88).

Dále Slowík (2016) uvádí, že součástí mluvidel jsou respirační orgány, fonační ústrojí a orgány artikulační, tedy dutina ústní, jazyk, zuby, dutina nosní a hltan.

Při narušené komunikační schopnosti se sledují všechny jazykové roviny, tedy fonetiko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická a pragmatická. Je velmi obtížné vymezit, kdy se v komunikační schopnosti jedná o normu a kdy už se jedná o narušení. Hodnotíme-li u někoho narušenou komunikační schopnost, zvážíme, v jakém žije prostředí, jaké má vzdělání či profesi. Za narušenou komunikační schopnost také nepovažujeme projevy, které jsou fyziologické. S těmito fyziologickými jevy se můžeme setkat např. u dítěte kolem 3. a 4. roku, kdy se může objevit fyziologická neplynulost nebo fyziologická dyslalie. Vždy je však lepší se poradit s odborníkem, který zhodnotí, zda se jedná o fyziologický jev nebo např. o nevyzrálou nervového systému, neobratnost mluvních orgánů apod. (Klenková, 2006).

Komunikační schopnost je narušena v případě, že je narušena jedna nebo více jazykových rovin. Může se jednat o verbální či nonverbální formu, dále mluvenou, ale i grafickou formu a narušena může být expresivní i receptivní složka řeči (Lechta, 1990).

Etiologie narušené komunikační schopnosti

Narušenou komunikační schopnost můžeme dělit z hlediska časového (příčiny prenatální, perinatální a postnatální), lokalizačního, podle stupně atd. Lechta (1990, 2003) dělí narušenou komunikační schopnost do 10 kategorií. První kategorie je vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), druhá je získaná orgánová nemluvnost (afázie), třetí kategorie je získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), čtvrtá je narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), pátá kategorie se zabývá narušením fluence řeči (tumultus sermonis, balbuties), šestá narušením článkování řeči (dyslalie, dysartrie), sedmá je narušení grafické stránky řeči, osmá obsahuje symptomatické poruchy řeči, devátá poruchy hlasu a desátá jsou kombinované vady a poruchy řeči (Klenková, 2006).

Logopedická intervence

Logopedická intervence je podle Klenkové (2006) multifaktoriálně podmíněný proces, který realizujeme na základě logopedické diagnostiky, terapie a prevence. Nejprve usilujeme o identifikování narušené komunikační schopnosti, kterou se dále snažíme zmírnit či překonat. V rámci prevence se snažíme narušení komunikační schopnosti předejít, nicméně všechny tyto složky se vzájemně prolínají.

Neubauer (In Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že v rámci **logopedické diagnostiky** bychom měli zachytit celkový stav, stupeň a formu narušené komunikační schopnosti, přičemž s tím jsou spjaté i deficity praxe, gnóze a kognice. Cílem diagnostiky je zjištění přítomnosti narušené komunikační schopnosti, zjištění její tíže a závažnosti. Dále následuje diferenciální diagnostika, při které je třeba vyloučit ostatní diagnózy. Nakonec dochází ke zpracování návrhu logopedické péče. K diagnostice, a tedy ke stanovení diagnózy, využíváme vstupní vyšetření, výstupní vyšetření, komplexní logopedické vyšetření (zhodnocení anamnestických údajů, vyšetření orofaciálních motorických funkcí, řečových motorických funkcí, jako je fonace, respirace či artikulace, vyšetření schopností v systému jazyka, komunikační schopnosti v neverbální oblasti a orientační vyšetření sluchového vnímání a kognitivních funkcí) nebo cílené logopedické vyšetření (zaměřuje se na artikulaci hlásek, fatické funkce, rozumění a pasivní slovní zásobu, úroveň fonemického sluchu, lateralitu, grafomotoriku a další). Lechta (2003) uvádí tři úrovně logopedické diagnostiky. Jsou jimi orientační vyšetření, základní vyšetření a speciální vyšetření. U orientačního vyšetření zjišťujeme, zda má daná osoba narušenou komunikační schopnost nebo ne. Provádíme screening nebo depistáže. U základního vyšetření zjišťujeme, o jaký druh narušené komunikační schopnosti se jedná, a snažíme se určit základní diagnózu. Speciální vyšetření zjišťuje co nejpřesnější diagnózu. Zaměřuje se tedy na typ, stupeň, formu a patogenezi narušené komunikační schopnosti.

V rámci logopedické diagnostiky je nutný týmový přístup, kdy spolupracujeme s dalšími odborníky, kterými jsou např. neurologové, foniatři, psychologové a další. Jen tak můžeme zajistit co nejkomplexnější vyšetření jedince (Klenková, 2006).

Lechta (2005) dělí **logopedickou terapii** na stimulující, korigující a reedukující. Při stimulující metodě se snažíme rozvíjet například opožděné řečové funkce. U korigující metody jde o snahu upravovat vadné řečové funkce, jako je to v případě dyslalie. Reedukující metoda může být využita například u afázie, kdy jde o reedukaci ztracených řečových funkcí.

„Logopedickou terapii v takovémto širokém smyslu je možno charakterizovat jako aktivitu, která se realizuje specifickými metodami ve specifické situace záměrného učení“ (Lechta In Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 38). V logopedické terapii lze využít různé druhy učení, např. učení podmiňováním, percepčně-motorické učení, verbální učení, pojmové učení, sociální učení a další. Dále můžeme využít různé formy terapie. Jsou jimi terapie individuální, skupinová, intenzivní nebo intervalová (Lechta In Škodová, Jedlička a kol., 2007). Kolínová (2011) uvádí, že terapie a celková léčba musí být prováděna multidisciplinárním týmem.

Logopedickou prevenci můžeme rozlišovat primární, sekundární a terciální. V rámci primární prevence se snažíme předcházet jakýmkoli potížím, podporujeme tedy žádoucí formy chování a také se snažíme předcházet ohrožení narušení komunikační schopnosti. V rámci sekundární prevence se zaměřujeme na rizikovou skupinu. V tomto případě se může jednat o děti s vývojovou neplynulostí, u kterých mohou potíže přejít do dalšího stadia. V rámci terciální prevence se zaměřujeme na osoby, u kterých se narušená komunikační schopnost už projevila, a my se snažíme o to, abychom předešli dalším negativním vlivům ve vývoji (Lechta In Škodová, Jedlička a kol., 2007).

1.3 Anatomie a fyziologie dutiny nosní a ústní

Nos se anatomicky dělí na zevní nos a dutinu nosní. Zevní nos tvoří hřbet nosní (dorsum nasi), který vede od kořene nosního (radix nasi) k nosnímu hrotu (apex nasi). Nosní dírky (nares) jsou vzájemně odděleny přepážkou nosní (septum nasi) a z boků jsou ohraničeny nosními křídly (alae nasi). Zevní nos je v části kořene nosu tvořen nosními kůstkami (osa nasalia) a čelními výběžky horní čelisti (processus frontales maxillae). Podkladem většiny zevního nosu jsou nosní chrupavky (cartilagine nasii). Ty mohou být párové zevní chrupavky nosní (cartilagine nasii laterales), které jsou součástí především boční stěny nosní. Dále velké a malé chrupavky křídla nosního (cartilagine alares majores nasii a cartilagine alares minores nasii) a přídatné chrupavky (cartilagine accessoriae). U velké křídlové chrupavky se dále rozlišuje zevní a vnitřní raménko. Mezi tato raménka vede okraj nosní přepážky, která je taktéž chrupavčitého charakteru (Měšťák, 2005).

Dutinu nosní (cavum nasi proprium) dělí na dvě poloviny nosní přepážka (septum nasi). Na přepážce se liší přední a zadní část, přičemž přední část je pohyblivá a je tvořena chrupavkou a zadní část je kostěná (Měšťák, 2005).

Dutinu nosní obklopují v lebce vedlejší dutiny nosní (sinus paranasales). Tyto dutiny jsou párové a s dutinou nosní jsou spojeny úzkým vývodem. Vedlejší dutiny nosní se nachází

v horní čelisti (sinus maxillaris), v kosti čelní (sinus frontalis), v kosti čichové (sinus ethmoidales) a v kosti klínové (sinus sphenoidales). Tyto dutiny se zakládají již prenatálně, ale vyvíjí se až postnatálně a zcela vyvinuté bývají až v dospělosti. Vedlejší dutiny nosní slouží k úpravě vdechovaného vzduchu, podílí se tedy na zvlhčování vzduchu a zbavování nečistot v něm. Dále se dutiny podílejí i na tvorbě hlasu. Každý člověk má dutiny jinak rozsáhlé, a to je důvodem, proč má každý svůj charakteristický hlas (Čihák, 1988).

Dutina ústní (cavitas oris) je vstupní část trávicího ústrojí. Zpracovává potravu před vlastním trávením neboli kousáním, žvýkáním a promícháním se slinami. Další funkcí dutiny ústní je zahájení štěpení škrobů, které jsou obsaženy ve slinách (například enzym ptyalin). Dutina ústní je také jednou z částí dýchací soustavy a podílí se na artikulaci, tedy na vytváření hlásek (Grim, Druga a kol., 2016).

Malínský (2005) uvádí, že se dutina ústní skládá ze tří vrstev. První vrstvou je sliznice neboli tunica mucosa a je kryta dlaždicovým epitelem, který je mnohvrstevný. Druhou vrstvou je podslizniční vazivo neboli tunica submucosa, ve které jsou uloženy slinné žlázy. Třetí vrstvu tvoří kosti nebo příčně pruhovaná svalovina. Takovéto uspořádání však není v dutině ústní všude stejné. Epitel může na různých místech být rozdílný a podslizniční vazivo může v některých částech chybět.

Dále Grim a Druga (2016) uvádí, že dutina ústní je ohraničena rty (labia oris), po stranách tvářemi (buccae), nahoře patrem (palatum) a dole se nachází spodina dutiny ústní. V zadní části přechází do hltanové úžiny (isthmus faucium) a do hltanu. Ústní dutina je dále rozdělena zubními oblouky na předsíň (vestibulum oris) a vlastní dutinu ústní (cavitas oris propria).

Klepáček (2001) uvádí, že prostor ohraničený rty, štěrbinou mezi rty, tvářemi a alveolárními výběžky se zuby se nazývá předsíň dutiny ústní.

Podklad rtů tvoří kruhový sval ústní (musculus orbicularis oris) spolu s dalšími mimickými svaly. Horní ret (labium superius) sahá až k hornímu okraji nosu a rýhám nosotvorným, které ho dělí od tváří. Dolní ret (labium inferius) sahá až k bradortové rýze. Rty se scházejí v ústních koutcích (anguli oris). Ret je z vnější strany kryt kůží a vnitřní stranu potahuje sliznice. Červeň rtů není pigmentovaná a barva je dána prosvítáním kapilár (Holibková, Laichman, 2006).

Dále Grim a Druga (2016) uvádí, že se mezi zubními oblouky a hltanem nachází vlastní dutina ústní. Strop je tvořen měkkým a tvrdým patrem a na spodině se nachází jazyk (lingua).

Jazyk je orgán, který rozmělnjuje a posouvá potravu. Mimo jiné je důležitý pro fonaci a nachází se na něm receptory pro chuť i hmat.

Kopecký (2010) uvádí, že na jazyku rozlišujeme tělo (*corpus linguae*), které tvoří asi první dvě třetiny jazyka, a kořen (*radix linguae*) nacházející se v zadní části jazyka. Tělo jazyka můžeme dále rozdělit na hřbet (*dorsum linguae*) a dolní plochu, která je se spodinou ústní dutiny spojena uzdičkou (*frenulum linguae*). Jazyk je z povrchu kryt sliznicí s dlaždicovým epitelem. Sliznice na hřbetu jazyka vytváří papily. Sliznice papil obsahuje chuťové pohárky (*caliculi gustatorii*). Ty jsou schopny zaznamenat čtyři základní chutě – sladké, slané, kyselé a hořké. Chuťové pohárky pro sladkost se nachází na přední části jazyka, slané a kyselé ve střední části jazyka a hořkost v zadní části (Klepáček, 2001).

Strop dutiny ústní je tvořen patrem, které odděluje dutinu ústní od dutiny nosní. Přední část patra se nazývá tvrdé patro (*palatum durum*), které je kostěné. Zadní část nazýváme měkké patro (*palatum molle*) a je tvořeno vazivovou ploténkou. Do té se upínají patrové svaly. Tvrdé patro má kostěný podklad, kterým jsou výběžky horní čelisti a horizontální ploténky patrových kostí. Ty pokrývá okostice, která srůstá se sliznicí v přední části patra. Uprostřed měkkého patra vystupuje čípek. Vpředu i vzadu od čípku se nachází dvě párové řasy, které mají svalový podklad. Mezi řasami se nachází patrová mandle, která je uložena v malé prohlubni. Měkké patro pokrývá sliznice, která pokračuje z tvrdého patra (Dylevský. 2009).

Dále Klepáček (2001) uvádí, že se v dutině ústní nachází slinné žlázy (*glandulae salivariae*), které produkují sliny. Ty jsou hlenovité, řídké či smíšené. Sliny obalují sousto, zavlažují sliznici dutiny ústní a pomocí enzymu ptyalin se podílí na štěpení škrobu. Dylevský (2009) dodává, že mezi velké slinné, párové žlázy patří žláza příušní (*glandula parotis*), žláza podčelistní (*glandula submandibularis*) a žláza podjazyková (*glandula sublingualis*).

Dále se v dutině ústní nachází zuby, které jsou uspořádány do horního a dolního oblouku. Soubor všech zubů je označován jako chrup neboli dentice. Zuby se kromě kousání, žvýkání a rozmělnování potravy účastní také artikulace (Grim, Druga a kol., 2016).

Specifika orofaciálních rozštěpů

U osob s orofaciálním rozštěpem se setkáváme s anomáliemi růstu zubů a čelisti, které způsobuje rozštěpová vada. Dále může zapříčinit deformaci obličeje, konkrétně kostních i měkkých tkání (Klenková, 2006). Klenková (1998) uvádí, že dalšími komplikacemi jsou i pooperační jizvy a poruchy chrupu a skusu.

Právě poruchy skusu můžou zapříčinit nepříznivé podmínky pro správnou artikulaci. Sledujeme především poměr horní a dolní čelisti ve chvíli, kdy jsou ústa zavřená. Fyziologicky přesahuje horní čelist lehce přes dolní, to se nazývá „nůžkové dovření“. Odchytky ve skusu máme především tři. První odchylkou je prognatie, kdy je horní čelist příliš předsunutá dopředu. V tu chvíli jsou horní řezáky daleko od spodních, a je tak ovlivněna především výslovnost sykavek. Druhou odchylkou je progenie, nebo tzv. předkus, kdy je naopak předsunutá spodní čelist před horní. I v tomto případě je ovlivněna tvorba sykavek, které se zdají být nepřesné a setřelé. Třetí odchylkou je mordex apertus neboli otevřený skus. Zuby jsou nedovřené, jazyk je tlačěn mezi ně, a ani v tuto chvíli není možná správná tvorba sykavek (Kejklíčková, 2016).

Dalšími vrozenými defekty mluvidel může být zkrácené měkké patro, které někdy bývá spojeno s podslizničným rozštěpem patra. V případě, že je měkké patro zkrácené, objevuje se otevřená či smíšená huhňavost a někdy se můžou vyskytovat i poruchy polykání. Dále se může jednat o defekty jazyka, které se mohou projevat jako makroglosie, kdy jazyk je příliš velký, mikroglosie, jazyk je naopak příliš malý, či aglosie, tedy že jazyk chybí úplně. Jazyk může být i deformovaný, či obtížně pohyblivý. Dále artikulaci ovlivňují i izolované anomálie rtu, spodiny ústní nebo čelistí (Kejklíčková, 2016).

2 Orofaciální rozštěpy

Sovák (1978) uvádí, že orofaciální rozštěpy (oralis – ústní, facialis – obličejový, tvářový) jsou vrozené anomálie pevných útvarů, které rozdělují dutinu nosní a dutinu ústní nebo orgány patrohltanového závěru. Měšťák (2005) dodává, že se jedná o jednu z nejčastěji se vyskytujících kongenitálních malformací s velkým podílem dědičných faktorů. Klenková (1998) upřesňuje, že orofaciální rozštěpy vznikají na místech, kde běžně srůstají v časném vývoji plodu části, ze kterých se později vyvine ret, čelist a patro. Orofaciální rozštěpy vznikají pozastavením vývoje v časném období fetálním. V České republice se narodí dítě s orofaciálním rozštěpem asi 1:500-600 narozených dětí. V poslední době se jedná o menší úmrtnost, jelikož i zdravotnická péče je stále dokonalejší. Zároveň se ale ve světě objevuje stále větší množství škodlivých vlivů.

2.1 Klasifikace orofaciálních rozštěpů

Klasifikace podle embryonálních principů

Dle embryonálních principů lze orofaciální rozštěpy dělit na rozštěp primárního patra, kdy se jedná se o rozštěp rtu a alveolárních výběžků, dále o rozštěp sekundárního patra, tedy tvrdého a měkkého patra, a nakonec o rozštěp primárního a sekundárního patra, tedy rozštěp rtu, alveolárních výběžků, tvrdého a měkkého patra (Borský, 2012).

Klasifikace orofaciálních rozštěpů podle Měšťáka

Měšťák (2005) dělí orofaciální rozštěpy na typické a atypické. Typické rozštěpy dále dělí na retní (cheiloschisis), retní a čelistní (cheilognathoschisis), patrové izolované (palatoschisis) a celkové (cheilognathopalatoschisis). Atypické rozštěpy dále dělí na příčné, horní střední, dolní střední a šikmé.

Typické rozštěpy jsou mnohem častější než rozštěpy atypické. Nejlehčí formou je naznačený rozštěp rtu. Dalším stupněm je neúplný rozštěp rtu. V tomto případě je ret postižen do různé výšky. Při úplném rozštěpu je celý ret postižen a rozpolcení zasahuje až do nozdry. Při rozštěpu rtu a čelisti může být v různém rozsahu rozštěpen ret i čelist. Úplný rozštěp může být až do foramen incisivum. Celkový rozštěp je nejtěžší formou, kdy je postižen ret, čelist i patro. U jednostranných rozštěpů bývá deformován i alveolární oblouk. U oboustranných celkových rozštěpů je mezičelist výrazně předsunuta a nosní kožní přepážka téměř chybí. Všechny tyto zmíněné typy rozštěpů patří do I. genetické skupiny. Do II. genetické skupiny řadíme izolované rozštěpy patra. V rámci této skupiny je nejlehčím stupněm částečný rozštěp

měkkého patra. Dalším stupněm, který je však o něco častější, je rozštěp patra se zářezem v zadním okraji patrových desek. V případě, že se jedná o rozštěp úplný, je postiženo patro měkké i tvrdé, a to často až do foramen incisivum (Měšťák, 2005).

Dalším typem rozštěpu patra může být submukózní rozštěp. V tomto případě se jedná o rozestoupené svaly měkkého patra, které jsou však kryty sliznicí, která postižena není. Častým znakem tohoto rozštěpu je i rozštěp uvuly. Jelikož samostatný rozštěp uvuly se objevuje zřídka, jedná se většinou právě o rozštěp submukózní (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Vohradník (2001) dodává, že existují tři projevy submukózních rozštěpů. Prvním projevem může být zvětšené tvrdé patro ve střední části. Dalším může být narušené spojení svalových vláken měkkého patra. A třetím projevem může být již zmíněný rozštěp čípku neboli uvuly.

Atypické rozštěpy se objevují v mnoha variantách a stupních závažnosti. Může se jednat o oboustranné i jednostranné rozštěpy. Jedná se však o ojedinělé případy (Měšťák, 2005). Jejich výskyt je vzácný a vyskytuje se až 20x méně než rozštěpy typické (Jakubíková, 2012). Charakteristickým znakem příčného rozštěpu je rozštěp ústního koutku, hypoplazie dolní čelisti, deformace boltce, hypoplazie horní čelisti a atrézie neboli vrozená neprůchodnost zvukovodu. U horních středních rozštěpů se jedná o různý stupeň rozštěpu nosu, čelisti, rtu a patra. Dolní střední rozštěp je velmi vzácný. Jedná se především o rozštěp dolního rtu, ale někdy se může objevit společně s rozštěpem čelisti a jazyka, případně i krku či prsní kosti. Šikmé rozštěpy zasahují horní ret, někdy i nosní křídlo a dolní víčko. Léčba atypických rozštěpů je velmi náročná. Podílí se na ní zkušení plastiční chirurgové, ale i další odborníci, jako pediatri, logopedi, foniatři, otorinolaryngologové, ortodontista a další. Kromě těchto specialistů, kteří se specializují především na funkční část léčby, je třeba i psycholog, který je schopen pomoci se vztahy a přístupy k dítěti s orofaciálním rozštěpem v rodině i mimo ni (Měšťák, 2005).

Klasifikace orofaciálních rozštěpů podle Buriana

Škodová (In Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí jako nejvýstižnější dělení orofaciálních rozštěpů dělení podle Buriana. Ten dělí rozštěpy do dvou skupin na rozštěpy typické, které se dále dělí do dalších dvou skupin, a na rozštěpy atypické. Typické rozštěpy vznikají tak, že nejsou srostlé tři obličejové výběžky, které tvoří orofaciální část hlavy. Rozštěpy atypické vznikají jiným způsobem.

Rozštěpy typické I. skupiny zahrnují **kombinaci rozštěpu rtu s rozštěpem čelisti nebo čelisti a patra**. Jedná se tedy o rozštěp rtu (úplný či neúplný; pravostranný, levostranný a oboustranný), rozštěp rtu a čelisti a celkový rozštěp – tedy rozštěp rtu, čelisti a patra. Celkový rozštěp rozlišujeme na pravostranný, oboustranný a levostranný.

Rozštěpy typické II. skupiny zahrnují **rozštěpy, které se týkají pouze patra**. Může se jednat o rozštěp patra (rozštěp měkkého patra, rozštěp čípku, rozštěp měkkého a tvrdého patra), submukózní rozštěp patra nebo vrozené zkrácení patra.

Rozštěpy atypické obsahují vzácné vrozené vývojové vady orofaciální oblasti. Do této skupiny patří například rozštěp tváře, šikmý rozštěp obličeje, rozštěp dolního rtu a další (Škodová In Neubauer a kol., 2018).

Klenková (1998) doplňuje dělení podle Buriana. Uvádí rozštěp rtu – cheiloschisis, rozštěp rtu a dásní – cheilognatoschisis, rozštěp rtu, dásní a patra – cheilognatopalatoschisis a rozštěp patra (palatoschisis).

Kernahan-Starkova klasifikace

Mašura (1988) uvádí Kernahan-Starkovu klasifikaci, která je dle něj přehledná a jednoduchá. Podle jeho klasifikace dělíme orofaciální rozštěpy do čtyř skupin.

Do první skupiny řadíme rozštěp primárního patra (ret, alveolární výběžek), (Kerekrétiová, 2008). Dále můžeme rozštěp primárního patra dělit na subdermální rozštěp rtu, částečný rozštěp rtu, celkový rozštěp rtu (jednostranný, oboustranný) a rozštěp rtu a alveolárního výběžku (maximálně po foramen incisivum), (Mašura, 1988).

Do druhé skupiny řadíme rozštěp primárního a sekundárního patra (rtu, alveolárního výběžku, měkkého a tvrdého patra, uvuly), (Kerekrétiová, 2008). Dále můžeme rozštěp primárního a sekundárního patra dělit na jednostranný rozštěp (rtu, alveolárního výběžku, měkkého a tvrdého patra), oboustranný rozštěp (rtu, alveolárního výběžku, měkkého a tvrdého patra) a submukózní rozštěp patra s rozštěpem rtu (Mašura, 1988).

Do třetí skupiny řadíme rozštěp sekundárního patra (od foramen incisivum), (Kerekrétiová, 2008). Dále můžeme rozštěp sekundárního patra dělit na rozštěp tvrdého patra (vpravo i vlevo), rozštěp měkkého patra (středem) a submukózní rozštěp patra s uvula bifida (= rozštěp patrového čípku) nebo bez (Mašura, 1988).

Do čtvrté skupiny řadíme vzácné atypické rozštěpy, kterými mohou být např. mediální rozštěp horního rtu, šikmé rozštěpy (od očního koutku ke koutku úst na postižené straně - je-li

široký, odděluje kraj nosu a horní ret od tváře), u kterých bývá nutná náročná plastická operace. Dále příčné rozštěpy (zasahují kousek úst a pokračují na tvář, ústa bývají širší, otevřená směrem k uchu na jedné straně. Rozštěp postihuje většinou jen měkké části tváře a dá se upravit plastickou operací). Dalším atypickým rozštěpem může být také rozštěp dolního rtu, nosu a další zřídka se vyskytující formy rozštěpů (Mašura, 1988).

Klasifikace podle MKN-10

Podle mezinárodní klasifikace nemocí, v desáté revizi, jsou pro rozštěpové vady určené kódy Q35 – Q37.

Q35 Rozštěp patra	Q35.1 Rozštěp tvrdého patra
	Q35.3 Rozštěp měkkého patra
	Q35.5 Rozštěp tvrdého patra s rozštěpem měkkého patra
	Q35.7 Rozštěp čípku
	Q35.9 Rozštěp patra NS
Q36 Rozštěp rtu	Q36.0 Oboustranný rozštěp rtu
	Q36.1 Středový rozštěp rtu
	Q36.9 Jednostranný rozštěp rtu
Q37 Rozštěp patra s rozštěpem rtu	Q37.0 Rozštěp tvrdého patra s oboustranným rozštěpem rtu
	Q37.1 Rozštěp tvrdého patra s jednostranným rozštěpem rtu
	Q37.2 Rozštěp měkkého patra s oboustranným rozštěpem rtu
	Q37.3 Rozštěp měkkého patra s jednostranným rozštěpem rtu
	Q37.4 Rozštěp tvrdého a měkkého patra s oboustranným rozštěpem rtu
	Q37.5 Rozštěp tvrdého a měkkého patra s jednostranným rozštěpem rtu
	Q37.8 Neurčený rozštěp patra s oboustranným rozštěpem rtu
	Q37.9 Neurčený rozštěp patra s jednostranným rozštěpem rtu

Tabulka 1: Klasifikace MKN-10, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Česká verze, platnost od 1.1.2020

(www.mkn10.uzis.cz)

Typy rozštěpu rtu a patra



Obrázek č. 1: Typy rozštěpu rtu a patra, (www.stastny-usmev.cz)

2.2 Etiologie orofaciálních rozštěpů

Sovák (1978) uvádí, že rozštěpové vady vznikají v časném fetálním období, a to zadržением vývoje. Je přesvědčen, že poškození embrya nastává v tomto případě nejpozději do 7. týdne těhotenství. Vývoj zárodka probíhá nejrychleji zpočátku těhotenství, přičemž nejrychleji se vyvíjí právě oblast hlavy embrya. Z tohoto důvodu je tato část embrya i nejcitlivější na všelijaké škodliviny. Čím více škodliviny působí, tím větší je i vývojový defekt.

Klenková (1998) uvádí, že příčiny vzniku orofaciálních rozštěpů dosud nejsou zcela jasné. Dělíme je však na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). **Endogenními příčinami** rozumíme především dědičnost. Sovák (1978) dodává, že tyto vnitřní příčiny spočívají ve vadách genového vybavení. Jedná se o geny, které nosí dědičnou vlastnost a přenáší zárodečnou hmotu. Je však také možné, že dědičné vlohy zůstanou po celý život u nositele utajeny a nemusí se nikdy projevit. **Exogenní příčiny** mohou být všelijaké teratogenní vlivy, chemické a toxické látky, jako jsou drogy, léky či alkohol, infekce TORCH – toxoplazmóza, rubeola (zarděnky), cytomegalovirus, herpes virus. Dále do exogenních příčin řadíme

i nesprávnou výživu a nedostatek vitamínu B, či naopak nadbytek vitamínu A (Klenková, 1998). Sovák (1978) dodává, že jedna z častých příčin vzniku orofaciálních rozštěpů může být úraz matky v časném období gravidity, nepodařené pokusy o ukončení gravidity, které mohou provázet změny výživy zárodku, či radioaktivní záření. Vohradník (2001) podobně uvádí za zevní faktory infekce, fyzikální faktory, jako je například záření, chemické faktory, kterými jsou zmíněné toxiny, léky či alkohol a mateřské faktory, tedy metabolické produkty, výživa a další.

Většinou se jedná o endogenní a exogenní příčiny současně a orofaciální rozštěpy tak vznikají multifaktoriálním působením obou těchto skupin příčin (Klenková, 2006).

Balašová (2003) uvádí jako další faktory příčiny vzniku orofaciálních rozštěpů vyšší věk matky, a to nad 38 let. Dalšími faktory může být cukrovka či epilepsie a je známo, že orofaciální rozštěpy vznikají i vlivem kortikoidů. V průběhu těhotenství se může jednat i o malé množství plodové vody či tělesnou teplotu nad 38 stupňů Celsia.

2.3 Symptomatologie orofaciálních rozštěpů

Škodová a Jedlička (2007) uvádí jako symptomy orofaciálních rozštěpů anomálie orofaciálního systému, čímž jsou rozštěpy rtu, rozštěpy patra, submukózní rozštěpy, vrozeně zkrácené patro, deformity nosu a anomálie chrupu a čelisti. Dále se objevují symptomy v řeči, které nazýváme palatolálie, symptomy v hlase, tedy palatofonie, či symptomy v neverbální komunikaci.

Kejklíčková (2016) popisuje, že zkrácení měkkého patra, ke kterému někdy dochází v souvislosti s podslizničním rozštěpem patra, je příčinou smíšené huhňavosti a může být doprovázeno poruchami polykání. V tomto případě se potrava může dostávat do nosu či nosohltanu.

Rozštěpová vada může být také jedním ze symptomů některých syndromů. Uvedeme si Apertův syndrom, Goldenharův syndrom, Treacher-Collinsův syndrom a syndrom Sedláčkové.

Apertův syndrom je zapříčiněn pravděpodobně především dědičností. Rizikovým faktorem je i vyšší věk rodičů. U Apertova syndromu se objevují deformace lebky a obličeje, srůst prstů na ruku i nohu, a zároveň také čelo, nos a oči mají své charakteristické znaky. Tento syndrom je často doprovázen mentální retardací. Tvrdé patro je vysoké a úzké a asi v 30 % se objevuje i rozštěp patra (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Goldengarův syndrom není příliš běžný, vyskytuje se zhruba u jednoho z 3000-5000 živě narozených dětí. Tento syndrom postihuje především chlapce a jeho projevy jsou zřetelné hned po narození dítěte. Bývají špatně vyvinuté svaly obličeje, lící kosti a mohou se vyskytovat potíže s očima. Horní čelist bývá větší a plochá, dolní bývá naopak velice malá. Vyskytují se poruchy sluchu, nedostatečně vyvinuté orgány apod. Časté bývají i rozštěpy rtu či patra (www.stastny-usmev.cz).

Treacher-Collinsův syndrom je doprovázen orofaciálním rozštěpem v 30 % případů. Typické jsou pro tento syndrom antimongoloidní oči, deformace vnějšího a středního ucha, široká ústa a anomálie v oblasti dentální. Mnoho dětí s tímto syndromem umírá při nebo ještě před narozením (Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Syndrom Sedláčkové je také někdy nazván Sprintzenův syndrom nebo velokardiofaciální syndrom. Sedláčková byla první, kdo popsal příznaky tohoto syndromu, avšak nepublikovala je v zahraničí. Symptomy tohoto syndromu jsou mikrogenie, široký hřbet nosu, deformované boltce spolu s úzkým zvukovodem, lehká mentální retardace, rozštěp patra a kardiovaskulární anomálie. Dále se mohou projevovat poruchy sluchu, palatolálie, úzké ruce i prsty, menší vzrůst, mikrocefalie. Pacienti se syndromem Sedláčkové musí na operaci srdce, operaci rozštěpu a dále řeší poruchy sluchu a řeči (Dlouhá In Dlouhá, Černý, 2012). Vohradník (2002) doplňuje další symptomy, a to krátké patro, které má horší schopnost elevace, šikmé postavení víček, malé nosní otvory, hypomimii, atrofii svalů tváře a další.

2.4 Prevence orofaciálních rozštěpů

I u orofaciálních rozštěpů se můžeme zabývat prevencí a snažit se tak o předcházení vzniku těchto anomálií. Jak již bylo zmíněno, etiologie není dosud zcela známá. Jedná se o genetické dispozice, výživu matky během těhotenství, s tím spojenou konzumaci alkoholu v prvních týdnech těhotenství, kdy o graviditě stále nemusíme mít tušení, různé virové infekce a další (Kerekrétiová, 2008). Molnárová (2001) uvádí, že souvislost se vznikem orofaciálních rozštěpů může mít i enterovirová infekce matky, u které jsou genetické predispozice k těmto anomáliím. Kerekrétiová (2005) dále uvádí, že k prevenci orofaciálních rozštěpů patří především plánované těhotenství. V případě, že těhotenství není naplánované, dozvídáme se o něm převážně později, kolem 6. týdne, kdy už však probíhá nejcitlivější vývoj plodu a může tak být ovlivněn právě například pitím alkoholu či nesprávnou výživou.

Prevenci můžeme rozdělit na specifickou a nespecifickou, přičemž specifická prevence zahrnuje především péči o zdraví, a to psychické i fyzické, zdravý životní styl a prostředí.

Dále můžeme rozlišovat prevenci primární, sekundární a terciální. Při primární logopedické prevenci se jedná o předcházení vzniku narušené komunikační schopnosti, tedy o osvětovou činnost, publikaci článků, brožur či informačních letáků, dále je poskytováno logopedické poradenství, které se zabývá především podáváním informací týkající se příčin, příznaků a důsledků, které se týkají orofaciálních rozštěpů. Sekundární prevence se zaměřuje na předcházení patologického chování či návyků, a to především v oblasti rezonance, fonace, dechových a artikulačních návyků či narušeného koverbálního chování. V rámci prevence se zaměřujeme na správný výdechový proud, nácvik správné artikulace a další. (Kerekrétiová, 2008). Kerekrétiová (2004) doplňuje, že se jedná především o metody pozorování a monitorování chování dítěte, a to verbálního i neverbálního. Kerekrétiová (2008) dále uvádí, že terciální prevence se v tomto případě zaměřuje na předcházení především psychosociálních důsledků.

Dále se podrobněji zabývá prevencí Dušková (2007) a Kolínová (2011), které také kladou důraz především na plánování rodiny a zdravý životní styl. Uvádí několik faktorů, které jsou podle ní klíčové.

Doba koncepce, která je nejvhodnější mezi koncem května a začátkem července. V tomto případě bývá nejkritičtější období těhotenství v letních měsících. Naopak nejrizikovější doba koncepce je od srpna do října, kdy v rizikovém období těhotenství bývá matka nejvíce náchylná k nemocím (Dušková, 2007).

Optimalizace zdravotního stavu, což zahrnuje především gynekologické prohlídky, ale i další vyšetření. Dále je třeba upravit dávky léků, které by mohly během těhotenství být škodlivé.

Životní styl a výživa jsou z počátku velmi důležitým faktorem. Během těhotenství jsou rizikovými faktory alkohol, nesprávná výživa či různé návykové látky. Strava by měla být v průběhu těhotenství pestrá, plná vitaminů, ale i bílkovin, tuků, vlákniny či minerálů (Kolínová, 2011).

Dušková (2007) dodává další faktory, které mohou ovlivnit narození dítěte s orofaciálním rozštěpem. Jsou jimi:

Akutní infekce, které jsou dalším rizikovým faktorem. Je vcelku náročné u těhotné ženy určit, jakým způsobem ji léčit. Léky mohou působit teratogenně, a proto můžou také podmínit vznik vývojové vady.

Prenatální diagnostika je doporučena především ženám, u kterých se v rodinné anamnéze již tyto vývojové vady vyskytovaly. Díky ultrazvukové diagnostice je možné vadu zjistit již brzy a připravit tak rodiče na skutečnost, že jejich dítě bude mít orofaciální rozštěp. To dává rodičům čas na konzultace s lékaři, případně se s vadou srovnat ještě před narozením dítěte.

Volba pohlaví dítěte je možná u rodin, ve kterých se rodí děti s orofaciálním rozštěpem především jednoho pohlaví.

Plánované rodičovství je důležité především u těch, kteří mají v rodinné anamnéze již dítě s orofaciálním rozštěpem.

Zabránění expozice škodlivin u těhotných žen, tedy minimalizovat teratogenní látky během gravidity. Jedná se jak o alkohol či kouření, tak i o prostředí, ve kterém se těhotná žena nachází. Riziková jsou prostředí chemického průmyslu apod.

Podávání kyseliny listové a multivitaminových preparátů je jednou ze známějších prevencí vývojových vad. Výzkumy dokázaly, že především vyšší dávky kyseliny listové snižují riziko výskytu orofaciálního rozštěpu u dítěte.

2.5 Důsledky orofaciálních rozštěpů

Orofaciální rozštěpy mají vliv na mnoho potřeb v životě dítěte. Důsledky rozštěpových vad se mohou vyskytovat ve fyzických i psychických potřebách, sociálních, výchovně vzdělávacích potřebách. Orofaciální rozštěpy mají také za důsledek estetické vady a další.

2.5.1 Estetické vady

Estetické hledisko je u dětí s orofaciálním rozštěpem velmi výrazné. Dle Duškové (2007) je postižen faciální triangl. Vzhled dítěte je tím velmi ovlivněn. Při orofaciálních rozštěpech se můžou vyskytovat i další vady, jako jsou malformace končetin, genitál a jiné. Škodová (2003) uvádí, že samotný rozštěp rtu je spíše estetickou záležitostí. Pouze v případě, že by byl po operaci ret úzký či krátký, mohl by mít vliv na artikulaci dítěte, jelikož by mělo potíže vytvořit pevný závěr. Celkově už jsou orofaciální rozštěpy záležitostí plastických chirurgů, kteří se o estetickou stránku starají. Jejich léčba trvá převážně do rané dospělosti.

Kerekrétiová (2008) dále mluví o osobnostních a charakterových vlastnostech, kdy se v dnešní době velkou měrou hledí na ideál krásy. Lidem se líbí miminka, která mají symetrickou hlavičku, velké oči a malý nos, přičemž u narozených dětí s orofaciálním rozštěpem je na první pohled vidět jejich vada. To dále ovlivňuje i psychickou stránku rodičů.

2.5.2 Psychosociální vliv

Turner, Rumsay a Sandy (1998) uvádí, že psychické potíže u dítěte s orofaciálním rozštěpem mohou nastat ve věku, kdy si dítě svou odlišnost začíná uvědomovat. Velký vliv na psychický stav dítěte má především rodina a jeho nejbližší okolí. V případě, že se nejbližší lidé staví k postižení pozitivně, dítě se se svým hendikepem lépe vyrovnává.

Kerekrétiová (2008) potvrzuje, že postoj k sobě samému je ovlivněn postojem bližší i širší společnosti. Psychosociální problémy se mohou objevit v průběhu života s tím, jak dítě roste. V období adolescence se mohou projevit obtíže v interpersonálních vztazích. Tyto obtíže mohou přetrvávat z dětského věku, kdy mohlo být dítě stydlivější či mít nižší sebevědomí.

Černá (2015) uvádí, že první potíže bývají hned po narození dítěte. 80 % rodičům, kterým se narodilo dítě s postižením, uvádí, že první reakcí byl šok, 13 % z nich uvedlo, že nebyli schopni této situaci uvěřit. Kerekrétiová (2008) dodává, že i u narození dítěte s orofaciálním rozštěpem je reakce rodičů podobná. Někdy, kdy orofaciální rozštěp není takového rozsahu a závažnosti, je reakce až nepřiměřená situaci. Přestože lékařská péče je již na vyšší úrovni, stále se po narození dítěte s orofaciálním rozštěpem setkáváme s mnoha problémy. Může se jednat o potíže s kojením, které potom mohou ovlivňovat utváření vztahu mezi rodičem a dítětem. Dále se jedná o reakce nejbližšího okolí nebo o fakt, že rodina musí s dítětem často navštěvovat lékaře, což také velkou měrou zasahuje do rodinného života.

Narození dítěte s orofaciálním rozštěpem nebo jiným postižením je pro rodiče velkou zátěží. Rodina musí upravit svůj životní styl a často se mění chování uvnitř celé rodiny. Obranné reakce mohou způsobit to, že rodiče reagují jinak než obvykle. Může se stát, že se budou izolovat od okolí, a to především z důvodu, že se obávají reakce okolí a často i hledají viníka postižení (Vágnerová, 2004).

Černá (2015) se zabývá psychologickými modely, které popisují reakce rodičů na informaci o tom, že jejich dítě se narodí nebo narodilo se zdravotním postižením. V této souvislosti uvádí i pojem „krize rodičovské identity“, která se objevuje v období, kdy je rodičům sdělena diagnóza dítěte. Poté rodina prochází několika fázemi vyrovnání se s postižením dítěte. První fází je fáze šoku a popření. V této fázi mohou být rodiče deprivováni a zažívají silnou stresovou reakci vázanou na danou situaci. Další fází nazývá postupnou akceptací reality a vyrovnání se s problémem. Rodiče v této fázi začínají před potížemi buď utíkat, nebo se situaci postaví čelem. V této fázi většinou závisí na osobnosti rodičů, různých životních zkušenostech apod. Toto období může trvat různě dlouhou dobu, a nakonec ani nemusí dojít ke smíření se se situací. Poslední fází je fáze realistického postoje, které však nemusí

dosáhnout všichni. V této fázi se však rodiče smíří s postižením svého dítěte. Dokáží situaci přijmout a akceptovat ji.

Rodiny, do které se narodilo dítě s orofaciálním rozštěpem, se kromě lékařské pomoci mohou obrátit také na neziskové organizace. V České republice fungují organizace Šťastný úsměv, z.s. nebo Za novým úsměvem, z.s.

Šťastný úsměv je nezisková organizace, která se skládá především z dobrovolných pracovníků a funguje od roku 2005. Mají za cíl udělat osvětu ve společnosti o orofaciálních rozštěpech, ale především pomoci rodinám, do kterých se dítě s rozštěpem narodilo či narodí. V čele organizace stojí dvě matky, kterým se před lety narodilo dítě s orofaciálním rozštěpem. Rozhodly se dále podporovat rodiny, které se ocitnou ve stejné situaci. Jejich cílem je pomoci rodičům zorientovat se v problematice rozštěpů a dát jim veškeré informace, které budou potřebovat. Zmiňují se tedy o jednotlivých odbornících, se kterými se rodina setká, a s jejich péčí. Popisují, jaké operační zákroky bývají třeba u jednotlivých rozštěpů a jaká následná péče dítě dále čeká. Podrobně popisují i problematiku kojení a následných příkrmů pro dítě. Radí, jak na masáže rtu a patra či popisují použití noztrilek či gromet. Nedílnou součástí je fotogalerie a příběhy malých pacientů, které jsou motivací pro budoucí rodiče. Na základě této organizace vznikla komunita, která funguje na sociálních sítích, a jejíž členové organizují různá setkání a zájezdy pro děti a navzájem se podporují. Šťastný úsměv se zabývá i publikační činností, vydává různé brožury a přispívá články a knihami (www.stastny-usmev.cz).

2.6 Péče o dítě s orofaciálním rozštěpem

Péče o dítě s orofaciálním rozštěpem je v mnoha případech stejná jako o dítě bez rozštěpů. V některých případech však je nutné dítěti s rozštěpem s některými návyky pomoci. Jedná se především o krmení dítěte, které může, ale nemusí být stejně náročné jako u dítěte bez rozštěpu. Dále se budeme zabývat masážemi rtu a patra a pár pomůckami, které dítě s rozštěpem během života potřebuje.

2.6.1 Krmení

Novorozenci s orofaciálním rozštěpem mohou být kojeni stejně jako děti bez rozštěpů. Někdy je však zapotřebí více trpělivosti a snahy. Ve většině případů záleží především na typu a rozsahu orofaciálního rozštěpu. V případě rozštěpu rtu jsou děti většinou bez problémů a plně kojení. U rozštěpů, které zasahují ret, patro i čelist, mohou nastat větší potíže. S kojením matkám může pomoci laktační poradkyně, se kterou mohou projít různé techniky

kojení a najít tu nejvhodnější. V případě, že kojení není zcela možné, se může využít odstříkané mléko, kterým je kojenec dále dokrmován. K dokrmování či krmení z láhve jsou dostupné různé pomůcky. K nápomoci může být měkčí ortodontický dudlík, který má širší otvor na protékání kašovitě stravy. Další pomůckou je Habermannova láhev, která má speciálně vytvořený dudlík pro děti, které mají potíže se sáním. Otvor umožňuje pomalý tok tekutiny a je uzpůsoben tak, aby dítě při krmení nepolykalo současně i vzduch. Stisknutím dudlíku můžeme množství stravy ovlivňovat a korigovat (www.stastny-usmev.cz).

Sání není pro novorozence, který má orofaciální rozštěp, jednoduchou záležitostí. K ulehčení sání je třeba často používat určité pomůcky, jako jsou již zmíněné speciálně upravené savičky apod. Je třeba brát zřetel i na psychický vliv této činnosti na dítě, jelikož sání pro něj v této fázi může představovat spíše stresující situace (Kutálková, Palodová, 2007).

U kojených dětí se dále doporučuje koncem 6. měsíce života začít s příkrmy. U nekojených dětí se tato hranice posouvá na 4. měsíc. Začít by se však mělo ve chvíli, kdy dítě přestává po kojení přibírat, je po kojení stále hladové či se častěji budí a vyžaduje stravu. V případě, že matka chce zavést příkrmy již před operací patra, doporučuje se používat buď láhev, nebo vyzkoušet stravu na lžičku. Je možné, že se strava dostane do nosu a bude dítě dráždit. Po operaci patra není doporučeno následné dva týdny dávat dítěti stravu na lžičce kvůli poranění patra. Ve chvíli, kdy je patro zahojené, je možné dítěti příkrmy podávat. Jelikož však dítě stále nemá naučené, jak používat svaly operovaného patra, může strava nosem opět vytékat. Jakou stravu a jakým způsobem ji podávat, rodičům vždy poradí odborník (www.stastny-usmev.cz).

2.6.2 Masáže rtu a patra

Po operaci orofaciálního rozštěpu se doporučují tlakové masáže. Zahajují se ve třetím týdnu po operaci a provádí se zhruba pětkrát denně pětkrát za sebou. Masáží dosáhneme toho, že jizva začne být měkčí a také můžeme pomoci ke zmizení pooperačního otoku. Jizvu lehce natřeme krémem či olejem a jemně na jizvu tlačíme proti kosti. Masáží pomáháme vytvářet dobré podmínky pro vývoj svalů rtu, které jsou následně potřebné pro některé hlásky (www.stastny-usmev.cz). Rodiče se vždy musí poradit s odborníkem, zda a jakým způsobem masírovat. Po některých operacích nejsou masáže doporučeny (Klenková, 2006).

2.6.3 Pomůcky

Nostrily

Plastický chirurg většinou doporučí dítěti po operaci nosu tzv. nostrily. Nostrily jsou silikonové výztuhy nosu, které mají tvar trubičky. Ty se zavádí do nosních dírek (viz obrázek č. 2), aby podpořily jejich správný tvar (Kolísková, 2014). Nostrily mají různé velikosti. Každému individuálně doporučí velikost plastický chirurg. Nostrily rodič upevní dítěti za pomoci náplasti, kterou přelepí nos. Po dobu používání nostril je třeba dítěti zvlhčovat nosní sliznici. Je třeba pečovat i o samotné nostrily, které je nutné pravidelně oplachovat v teplé vodě a poté ošetřit destilovanou vodou. Používání nostril může zkomplikovat rýma dítěte, při které se trubičky mohou ucpávat a dítě má poté potíže s dýcháním. Je tedy třeba nostrily vyndávat a čistit častěji, nebo je po dobu rýmy nepoužívat. Čím déle je však nemá, tím hůře si na ně později opět zvyká (www.stastny-usmev.cz).



Obrázek č. 2: použití nostril (www.stastny-usmev.cz)

Gromety

Gromety jsou trubičky, které jsou dočasně zavedené do středního ucha přes bubínek (viz obrázek č. 3). Gromety mají za úkol zajistit ventilaci středního ucha, aby se neobjevovaly opakované záněty. U dětí se tento zákrok provádí v celkové anestezii, dospělým pacientům stačí pouze lokální anestezie. Za pomoci mikroskopu lékař provede malý otvor v bubínku, do kterého následně zavede trubičku o velikosti 2 nebo 3 mm. Trubička bývá většinou silikonová či kovová. Díky této trubičce se dostává ventilace ve středním uchu a případný zánět, který se může v této oblasti tvořit, může volně opustit dutinu. Tímto se uvolní přetlak v dutině středního ucha a napomůže tak k odeznění bolesti a lepšímu sluchu (www.fortmedica.cz).

U dětí s orofaciálním rozštěpem se mohou se středním uchem vyskytovat potíže. Může jim zůstat tekutina ve středním uchu, a proto jsou dětem zaváděny gromety. Zavedení gromet je rychlý zákrok, který trvá asi půl hodiny. Následně je nutné chránit uši před vniknutím vody do středouší. K tomu mohou pomoci různé ucpávky do uší či čelenky. Ucpávky do uší se vyrábí

na míru a má je na starost ORL lékař. Ten si udělá otisk ucha a následně vyrobí ucpávku. v případě, že dítě trpí i chronickou otitidou, mají rodiče právo na příspěvek u zdravotní pojišťovny. Jinak si však rodiče gromety hradí sami. Další variantou, jak ochránit středouší před vniknutím tekutiny, jsou neoprenové čelenky (www.stastny-usmev.cz)

Gromety zůstávají zavedeny v uších po několik měsíců. Poté se zahojí bubínek a gromety se samy vyloučí (www.fortmedica.cz).



Obrázek č. 3: Zavedení gromet (www.fortmedica.cz)

3 Narušená komunikační schopnost u dětí s orofaciálními rozštěpy

3.1.1 Palatolálie

Palatolálie je narušená komunikační schopnost, která vzniká na základě orofaciálních rozštěpů. Sovák (1978) uvádí, že palatolálie vzniká důsledkem orgánového defektu, a to především patrohltanového závěru, což působí důsledky i ve vývoji řeči. Jedná se tedy o vadu vývojovou, řeč se zakládá na vývojově vadném základě (Klenková, 1998).

Dlouhá a Černý (2012) uvádí, že palatolálie je porucha zejména souhlásek, a proto se v případě těžké rozštěpové vady můžeme setkat i s pojmem samohlásková řeč. Výslovnost souhlásek I. artikulačního okrsku (B, P, V, F) je omezena a můžeme v řeči zaznamenat šelesty způsobené tím, jak nosem patologicky uniká vzduch. Další poruchu artikulace můžeme zaznamenat i ve II. artikulačním okrsku (sykavky, R, Ř) a na vadnou artikulaci můžou mít dopad i různé změny v postavení zubů.

Příčinou vzniku palatolálie jsou již zmíněné rozštěpy patra, a to primárního, sekundárního nebo obou. Palatolálie vzniká v případě, kdy orofaciální rozštěpy nejsou operovány, nebo kdy se po operaci sekundárního patra nepodařilo vytvořit dostatečný velofaryngální závěr, a proto vznikla velofaryngeální insuficience neboli nedostatečnost (Klenková, 1998). Příčiny vzniku rozštěpů dosud nejsou zcela známy a vědci se touto tematikou zabývají dodnes. Příčiny můžeme rozdělit na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), přičemž rozštěpy vznikají na základě kombinace vnějších a dědičných faktorů. Endogenním faktorem je především dědičnost. Dědičné vlohy mohou u nositele být po celý život nezjištěny a na potomstvu se nemusí vždy projevit. Exogenní příčiny mohou být různé teratogenní vlivy neboli působení škodlivin především v prvním trimestru těhotenství, tedy chemické a toxické látky, léčiva a další. K těmto vlivům řadíme i prenatální infekce, jako je TORCH (toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpetické infekce), dále exogenními vlivy mohou být poruchy ve výživě plodu, choroby matky v prvních stádiích gravidity nebo vyšší věk matky. Riziku vzniku rozštěpových vad můžeme předejít plánovaným těhotenstvím (Klenková, 2006). Základními symptomy palatolálie jsou změny v rezonanci a artikulaci. Další autoři přidávají k symptomatologii i otevřenou huhňavost, nesprávnou artikulaci, poruchu mimiky, další přidávají poruchy sluchu nebo opožděný vývoj řeči. Symptomatologie může být velice bohatá, většina autorů se shoduje na tom, že neexistují dva lidé, kteří by měli stejným způsobem narušenou řeč neboli v tomto případě palatolálii. Dalšími symptomy jsou dále

i nosní únik při explozivách, oslabené explozivy a náhradní artikulační vzory (Kerekrétiová, 2008).

Stupeň palatolálie bývá zpravidla ovlivněn rozsahem rozštěpového defektu, dále tím, zda je postižena čelist a chrup, jestli je přítomna sluchová porucha, jaký má dotyčné dítě mentální rozsah, a samozřejmě i prostředím, ve kterém dítě vyrůstá a včasnou a komplexní rehabilitační péčí. Komunikační schopnost je u osob s palatolálií narušena ve verbální i neverbální oblasti. Ve verbální oblasti je narušena řeč, hlas i sluch. V té neverbální se narušení může objevovat v mimice. Pro každou osobu s palatolálií je důležité komplexní diagnostické vyšetření, na jehož základě se vybere postup, metody, formy a prostředky logopedické intervence. Dodržujeme všeobecné základy diagnostiky, což je zásada objektivnosti, komplexnosti, týmového přístupu, kvantifikace a dlouhodobého pozorování (Klenková, 2006).

Kerekrétiová (1995) uvádí základní logopedické vyšetření, které zpracoval Lechta (1990). Nejprve je nutné úspěšně navázat kontakt a zjistit osobní, rodinnou a sociální anamnézu. Dále se zaměřujeme na orientační vyšetření sluchu a fonemického sluchu. Klenková (2006) dodává, že pokračujeme receptivní a expresivní složkou řeči, vyšetřením motoriky, a to především motoriky artikulačních orgánů. Dále vyšetřujeme laterality a zjišťujeme sociální prostředí, ve kterém se dítě pohybuje.

Kerekrétiová (2008) uvádí, že v rámci diagnostiky palatolálie hraje svou významnou roli i diagnostika velofaryngální dysfunkce, kterou dělíme na percepční, základní a přístrojovou. Při diagnostice palatolálie hodnotíme především srozumitelnost řeči, nazalitu a artikulaci.

Srozumitelnost hodnotíme škálováním při spontánní řeči. Hodnotíme stupeň srozumitelnosti pro známé i neznámé osoby. Srozumitelnost hodnotíme v rámci plynulé konverzační řeči a používáme hodnotící škály. Dále můžeme využít výpočet indexu srozumitelnosti, kde je brán v potaz poměr počtu srozumitelných slov a počtu všech produkovaných slov. Další metodou může být například identifikační metoda (Kerekrétiová, 2008). Kutálková (2005) uvádí, že někdy může být řeč dobře srozumitelná, přestože je vada závažnější. Naopak se může vyskytovat výrazná nesrozumitelnost u někoho, u koho vada nemá příliš závažný charakter.

Rezonance se hodnotí tím způsobem, že zkoumáme, zda a v jaké míře se objevuje hypernazalita či hyponazalita. Dále se soustředíme na slyšitelnost nosních emisí a nazálních turbulencí, které hodnotíme na pětistupňové škále. Nápomocný nám k tomuto měření může

být nazometr. Dále k diagnostice používáme nejčastěji Czermakovu a Gutzmanovu A-I zkoušku. U Gutzmanovy A-I zkoušky sledujeme změny v nosní rezonanci při zmáčknutí a uvolnění nosního chřípí. Nosní rezonanci hodnotíme pomocí vícebodových škál (Kerekrétiová, 2008).

Artikulace bývá při palatolálii narušena u samohlásek (vokálů), ale i souhlásek (konsonantů). Samohlásky bývají zbarveny hypernazálně a nejvíce se to projevuje u hlásek U a I. U souhlásek bývají nejvíce narušeny hlásky, u kterých je zapotřebí pevný patrohltanový uzávěr. Nejméně bývají naopak narušeny nosové hlásky (Klenková, 2006). Artikulaci hodnotíme pomocí souboru slov a vět, které dotyčný opakuje. Hlásky hodnotíme v pozici na začátku, uprostřed i na konci, přičemž hlásky, na které se soustředíme, jsou: P, B, F, N, T, D, S, K, G, ale i specifické fonémy jazyka, které vyšetřovaný v řeči používá, jako jsou orální explozivy, frikativy a afrikáty a nazály. Artikulační chyby hodnotíme a kategorizujeme jako narušenou artikulaci předních, zadních nebo nosových hlásek, vývojové artikulační chyby nebo poruchy artikulace v procesu korekce. Dále hodnotíme i souhláskové zvuky, vytvoření dostatečného intraorálního tlaku vzduchu, zaznamenáváme typ žvatlání, později hodnotíme vývoj řeči a hypernazality. V rámci diagnostiky využíváme slovní artikulační testy, při kterých vyšetřovaný opakuje jednotlivá slova. U dětí s orofaciálními rozštěpy po operaci patra stačí, když poví pár jemu známých slov, která využijeme při screeningovém vyšetření artikulace. U palatolálie dále využíváme specifické artikulační testy, u kterých hodnotíme artikulaci hlásek, u kterých je třeba nejpevnější velofaryngální závěr a dostatečný intraorální tlak vzduchu. Dalšími významnými testy jsou Iowský artikulační test, Bzochův artikulační test a další (Kerekrétiová, 2008).

3.1.2 Velofaryngální dysfunkce

V zahraniční literatuře se setkáváme s termínem velopharyngeal inadequacy, insufficiency nebo incompetence. v českém ekvivalentu se setkáváme nejčastěji s pojmy velofaryngální insuficience, inadekvátnost či inkompetence. Velofaryngální insuficience je založená na podkladě anatomické a strukturální příčiny, velofaryngální inkompetence je na základě fyziologické a neuromotorické příčiny a velofaryngální inadekvátnost označuje nesprávně naučenou funkci velofaryngálního mechanismu (Kerekrétiová, 2008).

Velofaryngální uzávěr uzavírá nosohltan tím, že se měkké patro pohne směrem nahoru a dozadu ke stěně hltanu (Škodová, Jedlička a kol., 2007). Klenková (2006) zdůrazňuje důležitost velofaryngálního mechanismu z hlediska primárních životních funkcí (sání a polykání) i sekundárních funkcí (řeč). Velofaryngální insuficience je termín, který označuje

nedostatečnou funkci patrohltanového uzávěru a jeho struktur. Velofaryngální dysfunkce může mít za následky horší kvalitu v komunikaci, ale ovlivňuje i způsob výživy. Pomocí velofaryngálního uzávěru se tvoří v dutině ústní podtlak, který je důležitý pro sání. Měkké patro a horní svaly hltanu tvoří jeden závěrový mechanismus, který nazýváme velofaryngální sfinger. Ten ovlivňuje rovnováhu nosní a ústní rezonance neboli oronazální rovnováhu. Orální hlásky jsou tvořené tak, že se měkké patro zvedne a tím uzavře do dutiny nosní. U osob s orofaciálním rozštěpem, ale i osob intaktních, se může vyskytovat tzv. Passavantův val. Jedná se o kompenzační mechanismus, který se vytváří v důsledku hypertrofie vrchního okraje uzávěru. Tento val může působit jako uzavírající se chlopeň.

Kerekrétiová (2008) uvádí, že Aronson (1990) vyjmenovává pět bodů, které kvůli velofaryngální dysfunkci působí na řeč. Jsou jimi hypernazalita, dále zvýšené nosní emise vzduchu, horší výslovnost konsonantů (intraorální tlak vzduchu není dostatečný), dále kompenzační artikulace, a nakonec porucha síly a kvality hlasu. Velofaryngální dysfunkce má za následky dále zkrácenou délku promluvy, změnu v tempu řeči, patologicky změněnou fonaci, rezonanci a artikulaci.

Zlepšit funkci velofaryngálního uzávěru můžeme pomocí průpravných cvičení, se kterými souvisí i masáže měkkého patra nebo různá foukací a dechová cvičení, která usměrňují výdechový proud. Dále se můžeme setkat s cvičením polykání, kdy se dítěti podává nejdříve hustší tekutina a postupem času řidší (Škodová In Neubauer a kol., 2018). Kerekrétiová (2008) dále uvádí svalový trénink, který uvedli Cole (1979) a Russel (1982). Tento svalový trénink má tři formy: přímý svalový trénink, při kterém nacvičujeme původně reflexní pohyby, nepřímý svalový trénink, který se věnuje správné artikulaci a polopřímý svalový trénink, který se zaměřuje na neřečové aktivity, jako je foukání, polykání či sání.

Oravkinová (2004) uvádí, že vyšetření velofaryngální dysfunkce může být percepční, základní či přístrojové (přímé a nepřímé).

3.1.3 Projevy v jazykových rovinách

Posouzení všech jazykových rovin je k logopedické diagnostice nezbytné. Lechta (1990) uvádí, že pokud je jedna nebo více jazykových rovin narušena, mluvíme o narušené komunikační schopnosti. Slowík (2007) vyjmenovává jednotlivé roviny: foneticko-fonologické rovina, lexikálně-sémantická rovina, morfologicko-syntaktická rovina, pragmatická rovina.

Foneticko-fonologická rovina se zabývá výslovností a zvukovou stránkou řeči. Klenková (2006) doplňuje, že na tuto rovinu je nutné se zaměřit již od několika týdnů po narození dítěte. Předmětem zkoumání je křik a broukání dítěte, a poté je důležitým mezníkem přechod z pudového na napodobující žvatlání. Vývoj výslovnosti začíná tedy brzy po narození a může trvat až do 5-7 let věku dítěte. Vývoj výslovnosti je ovlivněn mnoha příčinami, jako je například úroveň fonemického sluchu, obratnost mluvidel, sociální prostředí dítěte, mluvní vzor apod.

Bendová (2011) uvádí, že dítě je schopno rozlišovat některé hlásky již v kojeneckém věku. Podobně znějící hlásky je dále schopné rozlišovat kolem 4-5 let. Sluchová diferenciacce jako takové se však utváří až do 6-8 let věku dítěte.

Kerekrétiová (2008) uvádí, že právě foneticko-fonologická rovina je nejvíce narušena u dětí s palatolálií. Jedná se o poruchu artikulace a nosní rezonance.

U dětí s orofaciálním rozštěpem před operací nastává potíže při artikulaci. Otvor z patra do nosu způsobuje to, že vzduch uniká. Například u submukózních rozštěpů se setkáváme se špatnou funkcí měkkého patra. To neuzavře patrohltanový uzávěr, přes který při mluvení uniká vzduch do nosu. Tyto potíže však mohou přetrvávat i po úspěšné operaci dítěte. Při velofaryngální insuficienci neboli nedostatečnosti patrohltanového uzávěru uniká při řeči vzduch do nosu. Následně vzniká otevřená huhňavost. Tím, že se při řeči dostává vzduch i do dutiny nosní, stane se tak tato dutina rezonanční a docílí tak toho, že samohlásky zní nosově. Při takové poruše mluvíme o nazalitě. Při výslovnosti mnoha souhlásek je třeba, abychom v dutině ústní vytvořili podtlak. V případě, že patrohltanový uzávěr funguje nesprávně, vzduch v dutině ústní neudržíme (Kolísková, Dvořák, 2014).

Lexikálně-sémantická rovina hodnotí dle Slowíka (2007) slovní zásobu, její kvalitu a porozumění významu jednotlivých slov. Bendová (2011) dodává, že narušení této roviny se projevuje chudší slovní zásobou, a to pasivní i aktivní. Dítě si není jisté ve správné formulaci sdělovaného obsahu, objevují se potíže s porozuměním nadsázky, metafory apod. Poruchy této roviny se nejčastěji vyskytují u dětí s vývojovou dysfázií, mentálním postižením, poruchami autistického spektra či s těžkým zrakovým nebo sluchovým postižením.

Morfologicko-syntaktickou rovinu zkoumáme kolem 1. roku dítěte, kdy se jedná o počátek vlastního vývoje řeči. Slowík (2007) uvádí, že u morfologicko-syntaktické roviny se zabýváme gramatikou a stavbou vět. Klenková (2006) doplňuje, že funkci vět tvoří již první

slova, která dítě používá. Ta jsou však neohebná, nejsou skloňována ani časována. Skloňovat začíná dítě mezi 2. a 3. rokem a mezi 3. a 4. rokem života dítě začíná tvořit souvětí.

Z toho vyplývá, že největší nárůst slovní zásoby dítěte je asi do 3 let. V tomto věku už bývají děti s rozštěpem primárního a sekundárního patra po operaci. V případě včasné operace je tedy předpoklad pro správný rozvoj řeči dobrý (Kerekrétiová, 1997).

U **pragmatické roviny** se zabýváme dle Slowíka (2007) používáním řeči ke komunikaci. Klenková (2006) doplňuje, že se zabýváme schopností využívat jazyk v praxi, tedy v různých komunikačních situacích. Člověk střídá roli komunikátora a komunikanta. Do této roviny patří i neverbální komunikace (gesta, mimika a další). Kerekrétiová (1997) uvádí, že na tuto rovinu mohou mít vliv nesprávné výchovné vzorce. Ty mohou zapříčinit opožděný vývoj řeči či řečový negativismus. Je třeba dodržovat základní zásady ve vývoji řeči dítěte. Nenutit ho mluvit dříve, násilně neopravovat v řeči, nedávat dítěti tělesný nedostatek ve formě orofaciálního rozštěpu najevo a další. Ani přílišná lítost a soucit není pro vývoj řeči dítěte pozitivní. Vohradník (2001) uvádí, že některé části komunikačního přenosu jsou u dětí s orofaciálním rozštěpem narušeny. Jedná se především o mimiku, gesta, tělesné pohyby a další. V případě, že je po operaci vidět jizva na rtu nebo u nosu, může se ji dítě snažit různými způsoby zakrývat. Při unikání vzduchu při řeči do dutiny nosní mohou vznikat viditelné souhyby mimického svalstva. To může narušovat celkový projev dítěte. Kerekrétiová (1991) poukazuje na vhodné výchovné prostředí dítěte, správný mluvní vzor, nenásilnou výchovu a pozitivní citové vazby nejen na rodinu. V takovémto případě se může vyvíjet bez jakýchkoli obtíží.

3.1.4 Logopedická intervence

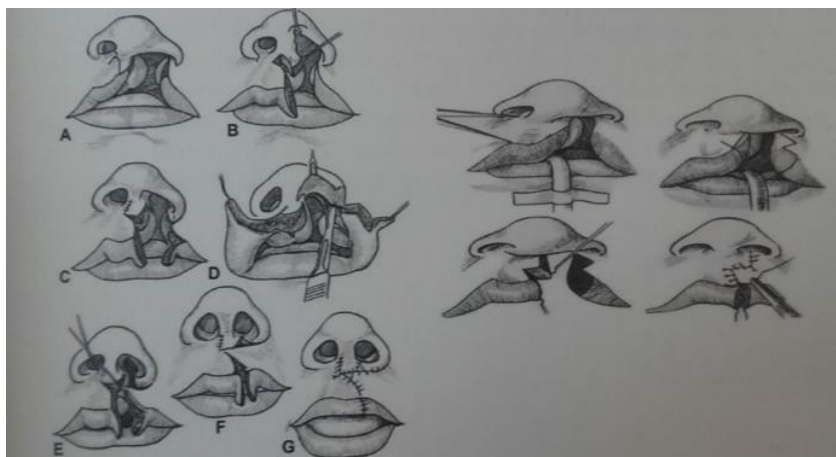
Péče o dítě musí být vždy komplexní a týmová. Je nutná spolupráce více odborníků, a to lékařských i nelékařských (Škodová In Neubauer a kol., 2018). Berkowitz (2013) stejně tak uvádí, že základem je především transdisciplinární péče. V současné době je péče o děti s orofaciálním rozštěpem směřována do rozštěpových center, kde jsou na komplexní péči lépe zařízeni.

Péči o osoby s orofaciálními rozštěpy Sovák rozděluje na předoperační a pooperační. Toto rozdělení se uplatňovalo především v minulých letech, kdy se děti operovaly až kolem pátého roku. Nyní se děti operují dříve a předoperační péče je současně chápána především jako poradenství pro rodiče. (Škodová In Neubauer a kol., 2018).

Raná logopedická intervence je v tomto případě nezbytná. Vokurková (1999) uvádí, že u 15 měsíčního dítěte by měl začít nácvik řeči hrou a od 2,5 let logopedická péče.

Logoped má za úkol naučit rodiče, jak s dítětem pracovat, přičemž velký důraz klade na to, aby byli dítěti správným mluvním vzorem. Dále upozorňuje rodiče na odlišnosti ve stadiu žvatlání u dítěte, naučí rodiče správně rozvíjet komunikační schopnosti dítěte, rozvíjet zrakovou a sluchovou perцепci, slovní zásobu, může doporučit zpěv a rytmicizaci. Zároveň však musíme dbát na to, abychom dítě nepřetěžovali (Klenková, 2006).

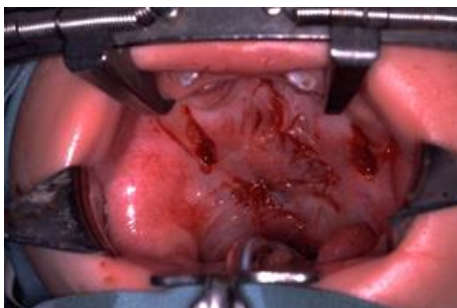
Kolínová (2011) uvádí, že součástí péče o dítě s orofaciálním rozštěpem je nutná spolupráce mezioborových odborníků, jako jsou pediatri, plastiční chirurgové, foniatři, kliničtí logopedi, psychologové, ortodontisté, stomatochirurgové, anesteziologové a další. První diagnostikuje vrozenou vývojovou vadu **pediatr (neonatolog)**, přičemž rozštěpy, které jsou vidět, může diagnostikovat hned, ale například submukózní rozštěp je na diagnostiku složitější. Pediatr poskytne rodičům potřebné informace a odkáže je na rozštěpové centrum. Pediatr dále sleduje vývoj dítěte a podílí se na další léčbě. **Anesteziolog** je součástí týmu spolu s **plastickým chirurgem**, který rekonstruuje postižené místo. Borský (2012) dodává, že úkolem plastického chirurga je v první řadě operace rtu (viz obrázek č. 4), která je v některých případech spojena s korekcí nosu. Tato operace se provádí od narození do tří měsíců dítěte. Dále se zabývá operací patra, která se provádí kolem devíti měsíců života dítěte. Výsledek operace je zřejmý z obrázků č. 5 a 6. Dále kolem osmi let se provádí rekonstrukce čelisti. Kolínová (2011) dále uvádí, že **stomatolog** se stará nejen o deformace čelisti, ale u dětí s rozštěpy bývá i častá kazivost zubů. Stomatolog dále spolupracuje i s protetikem, paradentologem, dětským stomatologem a dalšími. **Lékař ORL** má na starosti sluch, který je u dětí s orofaciálními rozštěpy často poznamenán středoušními záněty. Dále sleduje hybnost měkkého patra, patrohltanový uzávěr či hlas a polykání. **Foniatr** sleduje také sluch, hodnotí anatomickou a funkční stránku, velofaryngální uzávěr a hodnotí i řeč. Spolupracuje úzce s klinickým logopedem.



Obrázek č. 4: Nákresy operace rtu (Kolísková, Dvořák, 2014, s. 17)



Obrázek č. 5: rozštěp patra před operací (www.rozstep.cz)



Obrázek č. 6: rozštěp patra po operaci (www.rozstep.cz)

Logoped rozlišuje doporučení, která dává rodičům dětí po operaci patra a po operaci rtu. **Po operaci rtu** se učí rodiče, jak ret prokrvovat a logoped doporučí krémy na masáže rtu. Potravu dítěti nedáváme kašovitou, ale spíše pevnější, abychom aktivovali rty a svalstvo jazyka. K tomu mohou pomoci i některé cviky na procvičování jazyka a rtů. **Po operaci patra** se snažíme zabránit vzniku jizev patra tak, že provádíme masáže patra. Odborník vysvětlí rodičům, jakým způsobem patro masírovat a rodiče potom provádí masáže doma. Ne vždy jsou ale masáže vhodné, proto je vždy nutné zahájení masáží konzultovat s odborníkem. V některých případech se masáže provádět nesmí (Klenková, 2006).

Nedílnou součástí týmu jsou dále i **rodiče**, kteří jsou rovnocennými členy týmu a v neposlední řadě klinický **psycholog**, který se stará o podporu a poradenství rodičům dítěte s orofaciálním rozštěpem. Psycholog je třeba již v první fázi v porodnici, kdy by měl být podporou pro rodiče. Klinický psycholog dále může řešit i výchovně-vzdělávací problémy, tedy diagnostiku sociálního či emocionálního vývoje dítěte, odklad školní docházky a další (Kolínová, 2001).

Kerekrétiová (2008) uvádí důležitost skupinové terapie. Tyto terapie jsou vhodné především pro děti předškolního a mladšího školního věku a realizuje se pouze v homogenních skupinách. Skupinové terapie jsou významné především z psychologického, fyziologického a ekonomického hlediska. Děti se navzájem motivují a bývají méně unavené než na individuální terapii. Společně i s individuální terapií můžeme dosáhnout výborných výsledků v oblasti řeči, ale i sociální interakce.

Kerekrétiová (2002) popsala několik terapeutických strategií, přičemž jedna z nich je např. facilitační strategie. Stlačení nosních chřipí se doporučuje v případě nosních emisí. Toto cvičení je účinné pouze na začátku terapie a není doporučeno ho využívat dlouhodobě. Ilustrativní terapie je založena na schématech a obrázcích vysvětlující problém a odůvodnění terapeutického postupu. Dále uvádí strategie vývojově orientované, strategie využívající fonetický kontext a strategie využívající biofeedback (Kerekrétiová, 2008).

Škodová (In Neubauer a kol., 2018) uvádí, že **prognóza** je v dnešní době díky diagnostickým možnostem příznivá. Existuje nově mnoho operačních technik, lepší komplexní odborná péče i informovanost okolí. Prognózu v tuto chvíli velmi ovlivňuje životní a rodinné prostředí dítěte. Je třeba, aby matka vytvářela dobré základy sociálních vztahů mezi rodinou i okolními lidmi. Právě psychika i sociální prostředí jsou velkým činitelem v otázce prognózy.

Klenková (2006) uvádí, že v případě úspěšné palatoplastiky s následujícím dostatečným velofaryngálním mechanismem probíhá řeč automaticky správným způsobem a vyvíjí se bez jakýchkoli odchylek. Sovák (1978) dává velký důraz na prostředí a připisuje mu velký vliv. Dále uvádí za podstatné i postoje rodičů a celé rodiny.

Wyszynski (2002) uvádí, že existují dva druhy palatoplastiky, a to jednostupňová nebo dvoustupňová. U jednostupňové palatoplastiky se kompletně uzavře rozštěp pouze při jedné operaci. U dvoustupňové se jedná o operaci měkkého patra, avšak tvrdé patro zůstává z důvodu neomezeného maxilárního růstu neoperované. Častěji se však využívá jednostupňová palatoplastika.

Kerekrétiová (2006) dále uvádí prognózu v rámci medicínské a logopedické péče. V rámci medicínské prognózy mluvíme o chirurgické a konzervativní léčbě. V tomto případě mluvíme o pacientech, kteří se potýkají s konzistentní velofaryngální insuficiencí (velofaryngální mechanismus je nedostatečný a velofaryngální dysfunkce je středního nebo těžkého stupně). Dále se jedná o pacienty s konzistentní velofaryngální inkompetencí (velofaryngální mechanismus je nedostatečný a velofaryngální dysfunkce je těžký či střední stupeň) a dále o pacienty, kteří mají špatné výsledky v logopedickém testu stimulability. Z logopedického aspektu pacienti nereagují dobře na řečovou terapii, a prognóza logopedické terapie tak není dobrá. Dobrou prognózu při logopedické terapii mají naopak pacienti s inkonzistentní velofaryngální insuficiencí (velofaryngální mechanismus je někdy možný a velofaryngální dysfunkce je hodnocena jako lehká či střední). Dále se jedná o pacienty s inkonzistentní velofaryngální inkompetencí (velofaryngální mechanismus je možný jen někdy a velofaryngální dysfunkce je ve stupni lehkém či středním). Dále sem řadíme pacienty s nesprávně používaným velofaryngálním mechanismem při řeči při velofaryngální inadekvátnosti, pacienty, kteří mají nekoordinovaný velofaryngální mechanismus po palatoplastice, či pacienty s dobrými výsledky v testu stimulability.

Neubauer (2010) se zmiňuje o tom, že pokud je chirurgický zákrok proveden časně a velofaryngální uzávěr je poté dostatečný, se systematickou péčí klinického logopeda, se dítě může dostat na úroveň normy již v předškolním věku. V případě, že se u dítěte neprojevují žádné další komplikace, může dítě nastoupit do školy. Pokud by komunikační schopnost dítěte stále nebyla na ideální úrovni, během jednoho roku, který může být získán odkladem školní docházky, dítě pravděpodobně mnohé dožene.

Shrneme-li tyto poznatky, prognóza je tedy dobrá při brzké a úspěšné chirurgické i další péči. Logopedická péče, u které je nutné, aby byla raná, systematická, pravidelná, a aby se u ní vybíraly správné terapeuticko-metodické postupy, významnou měrou prognózu zlepšuje. V případě přetrvávající palatolálie se logopedická péče zaměřuje na dosažení toho, aby byla řeč srozumitelná a byla tak umožněna verbální komunikace (Kerekrétiová, 2006).

4 Analýza interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy

4.1 Popis výzkumného šetření

Na základě několika kazuistik bude analyzován interdisciplinární přístup k dětem s orofaciálními rozštěpy. Dále se výzkumné šetření bude zabývat informovaností rodičů odborníky, kteří budou mít jejich děti v péči a spoluprací mezi nimi. Bude analyzován psychosociální vliv narození dítěte na společnost, především však na blízkou rodinu. Dále se bude zabývat komunikačními schopnostmi dítěte a bude porovnávat tyto schopnosti s normou. Závěrem výzkumného šetření se budeme zabývat krmením dítěte s orofaciálním rozštěpem, a to nejen kojením, ale i následnými příkrmy apod.

4.2 Vymezení cílů

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat interdisciplinární přístup k dětem s orofaciálními rozštěpy, které byly pro toto výzkumné šetření sledovány.

Dílní cíle jsou stanoveny takto:

- Analyzovat, zda získané informace od odborníků pro sledované rodiče s čerstvě narozeným dítětem s orofaciálním rozštěpem byly dostatečné.
- Analyzovat psychosociální vliv narození sledovaného dítěte s orofaciálním rozštěpem na rodinu a nejbližší okolí.
- Analyzovat úroveň komunikačních schopností sledovaného dítěte s orofaciálním rozštěpem.
- Analyzovat způsob, jakým byly sledované děti s orofaciálním rozštěpem vyživovány v novorozeneckém a kojeneckém věku.

Na základě výše uvedených dílních cílů byly položeny tyto výzkumné otázky:

VO1: Jak hodnotí sledovaní rodiče dítěte s orofaciálním rozštěpem informovanost od odborníků?

VO2: Jaký psychosociální vliv mělo narození sledovaného dítěte s orofaciálním rozštěpem na rodinu a nejbližší okolí?

VO3: Jaká je úroveň komunikační schopnosti sledovaného dítěte s orofaciálním rozštěpem?

VO4: Jakým způsobem byly vyživovány sledované děti s orofaciálním rozštěpem v novorozeneckém a kojeneckém věku?

4.3 Výzkumné metody

Výzkumné šetření bylo kvalitativního charakteru. Hendl (2016) uvádí, že u kvalitativního výzkumného šetření se jedná především o podrobný popis jedince, skupiny či určitého fenoménu. Výzkumné šetření v tomto případě probíhá v přirozeném prostředí. Hendl a Remr (2017) doplňují, že získaná data z výzkumného šetření však nelze zobecňovat.

Ve výzkumném šetření byly použity tyto metody: analýza odborné literatury, analýza anamnestických údajů, analýza dostupných dokumentů, případová studie. Výsledky byly následně zpracovány a uvedeny v podobě případové studie v následném textu (viz podkapitola 4.6).

Hendl (1997) uvádí, že případová studie neboli kazuistika je metoda kvalitativního výzkumu, která se zaměřuje na podrobný popis jednoho či více případů. Rozlišuje několik typů případových studií: osobní případová studie, studie komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí a zkoumání událostí, rolí a vztahů.

V případě tohoto výzkumného šetření se jedná o několik osobních případových studií.

4.4 Časový harmonogram

	Září 2020	Říjen 2020	Listopad 2020	Prosinec 2020	Leden 2021	Únor 2021	Březen 2021
Zadání práce	X						
Studium literatury		X	X	X			
Tvorba příloh			X	X			
Teoretická část			X	X	X		
Předvýzkum			X	X			
Empirická část					X	X	
Analýza dat						X	X
Závěrečné úpravy							X

Tabulka 2: Časový harmonogram

Diplomová práce byla zadána v září 2020. Od října do prosince byl čas věnován především shánění a studiu odborné literatury, včetně různých kazuistik o dětech s orofaciálními rozštěpy. V listopadu a prosinci 2020 byly vytvářeny přílohy diplomové práce, kterými jsou anamnestický dotazník, informovaný souhlas rodičů a průvodní dopis pro rodiče. Dále od listopadu 2020 do ledna 2021 byla zpracovávána teoretická část diplomové práce, ke které

byla použita získaná odborná literatura. V listopadu a prosinci 2020 byli sháněni informanti k výzkumnému šetření. Informanti byli sháněni především přes sociální sítě. Všichni informanti jsou osloveni díky neziskové organizaci Šťastný úsměv, z.s. V této době byla mapována situace, autorka zjišťovala, jaké problémy rodiče dětí s orofaciálním rozštěpem řeší a na základě toho byl upraven do finální verze již vytvořený anamnestický dotazník. Od ledna do února 2021 byli oslovováni informanti ke spolupráci. V únoru 2021 byla veškerá data zanalyzována a na jejich základě byly vyvozeny závěry. V březnu 2021 probíhaly již jen závěrečné úpravy diplomové práce.

4.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 6 dětí s různými orofaciálními rozštěpy ve věku od jednoho do pěti let. Objevují se zde jednoduché rozštěpy rtu, dále rozštěpy rtu a patra, ale i celkové rozštěpy rtu, patra a čelisti. Děti byly dohledávány skrz neziskovou organizaci Šťastný úsměv, z.s., která sdružuje a podporuje rodiny s dětmi s orofaciálním rozštěpem. Z důvodu anonymity jsou v kazuistikách odebrána jména dětí a jsou nahrazena pouze číslem kazuistiky.

4.6 Vlastní výzkumné šetření

Kazuistika č. 1

Chlapec (5 let) má diagnostikován pravostranný rozštěp rtu a čelisti a oboustranný rozštěp patra.

Rodinná anamnéza:

V rodině nikdy dříve orofaciální rozštěp diagnostikován nebyl. Matka chlapce je narozena roku 1992, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako sociální pracovnice. Momentálně je však s dětmi na mateřské dovolené. Otec je narozen roku 1989, má středoškolské vzdělání a nyní pracuje jako konstruktér. Ani u jednoho z rodičů nebyla diagnostikována za celý život žádná narušená komunikační schopnost. Chlapec má mladšího bratra (1,5 roku), u kterého se prozatím vývoj řeči zdá být v normě. Rodina je úplná.

Osobní anamnéza:

Chlapec byl narozen roku 2016 jako první dítě z první gravidity. Průběh těhotenství byl bez komplikací, porod fyziologický a v termínu. Chlapec se narodil s 51 cm a 3540 g. Žádná onemocnění v raném věku (novorozenecká žloutenka apod.) neprodělal.

Psychomotorický vývoj chlapce byl v normě, avšak lehce urychlený. Pasení koníčků proběhlo mezi druhým a třetím měsícem, začal se plazit kolem pátého měsíce a sed byl zaznamenán již

v sedmém měsíci. V osmém měsíci si chlapec začal stoupat a kolem desátého měsíce začínal chodit. S chlapcem nebyla cvičena Vojtova metoda ani žádná jiná rehabilitační cvičení.

Řečový vývoj chlapce probíhal také v normě. Broukání i žvatlání probíhalo dle normy a první slova začala být zaznamenávána kolem dvanácti měsíců života dítěte. Asi v osmnácti měsících začal chlapec používat krátké jednoduché věty. Chlapec má velký mluvní apetit, je velmi výřečný a nemá problém navázat kontakt s ostatními lidmi. Jelikož vyrůstal především s dospělými, navazuje kontakt především s nimi. Mezi vrstevníky potřebuje o něco více času na osmělení.

Chlapci byl diagnostikován orofaciální rozštěp již v průběhu gravidity matky. Narodil se s pravostranným rozštěpem rtu a čelisti a oboustranným rozštěpem patra. Chlapec má za sebou dvě operace, přičemž první operace proběhla v pěti dnech věku, kdy byl chlapci operován rozštěp rtu. V osmi měsících věku chlapce proběhla druhá operace, a to operace rozštěpu patra. Při této operaci proběhlo i prostřížení jazykové uzdičky. Chlapec má podle odborníků ještě minimálně jednu operaci před sebou.

Chlapec je v dosavadní péči neurologa, foniatra, psychologa, ORL lékaře, logopeda, psychiatra, rané péče a SPC. Jednou ročně dochází na kontrolu do rozštěpové poradny, kde spolupracují společně s klinickým logopedem, ORL lékařem, plastickým chirurgem a ortodontistou.

V logopedické péči je chlapec od prosince 2019, kam dochází na terapii každých 14 dní. Logoped se zaměřuje především na postavení jazyka, elevaci jazyka za horní řezáky a správné dýchání nosem. Řeč je dle logopeda přiměřena věku společně s aktivní a pasivní slovní zásobou. Chlapec komunikuje velmi ochotně a rád. Ve slovech zachovává počet hlásek i slabik, je schopen poznat první hlásku ve slově. Sluchová analýza je v normě, dokáže správně vytleskat jednotlivá slova. Chlapec hovoří bez větších gramatických odchylek. Prozodické faktory neboli melodie, přízvuk, tempo a rytmus jsou přirozené a v normě.

Matka uvádí, že byli odborníky informováni o orofaciálních rozštěpech ještě před porodem. Zúčastnili se schůzky s plastickým chirurgem v Brně, který jim vše dopodrobna vysvětlil. Další informace jim byly poskytnuty především díky organizaci Šťastný úsměv, z.s. Matka a otec byli důkladně informováni i po narození dítěte. Byl jim podrobně vysvětlen stav dítěte, důvody a fáze péče, veškerá vyšetření, operace a další. Matka hodnotí péči a spolupráci odborníků nadprůměrně.

Co se týká krmení dítěte, chlapec nepotřeboval žádné speciální pomůcky, jako je Habermannova láhev apod. Chlapec byl krmen z klasické láhve se savičkou, která však byla o něco více prostřížena. Matka mu při krmení savičku mačkala, aby tekutina lépe tekla. Chlapec prozatím nedokázal sát. Krmen byl v polosedu a pouze po malých dávkách. Při zavádění příkrmů musel mít vše rozmixováno na jemnou kaši, jelikož jinak ho potrava dráždila na patře, které ještě nebylo uzavřené. Hned po operaci se stav však zlepšil.

Dále matka uvádí, že veškeré okolí reagovalo na orofaciální rozštěp kladně. Nejbližší rodina i přátelé vyjadřovali velkou podporu. Chlapec měl později orofaciální rozštěp dokonale operovaný, a tak širší veřejnost na první pohled ani nevěděla, že se jedná o dítě s orofaciálním rozštěpem.

Kazuistika č. 2

Dívka (1 rok) má diagnostikován oboustranný rozštěp rtu, patra a čelisti.

Rodinná anamnéza:

V rodinné anamnéze se orofaciální rozštěp u nikoho jiného nevyskytoval. Matka je narozena roku 1997, má vystudovanou střední školu s maturitou a momentálně je na mateřské dovolené. Otec je narozen roku 1989, má dosažené střední odborné učiliště a je zaměstnán jako zedník. Chlapec nemá žádného sourozence. Rodina je úplná.

Osobní anamnéza:

Dívka se narodila roku 2020 jako první dítě z první gravidity. Těhotenství probíhalo s komplikacemi. Matka trpěla těhotenskou cukrovkou, měla zvýšený krevní tlak, ocitala se ve velkém stresu a užívala medikace. Dívka byla přenášena a porod byl nakonec vyvolán. Po narození měla dívka 50 cm a 3340 g. V raném věku dívka prodělala novorozeneckou žloutenku.

Psychomotorický vývoj dívky probíhá v normě. Ve třech měsících začala pást koničky, kolem šesti až sedmi měsíců se začala plazit, v devátém měsíci byl zaznamenán sed. Dívka začíná chodit kolem dvanácti měsíců života. S dívkou nebyla cvičena Vojtova metoda ani žádná jiná rehabilitační cvičení.

Vývoj řeči prozatím také probíhá v normě. Dívka kolem šesti měsíců žvatlala a v jednom roce začíná užívat první slova. Dívka je společenská a komunikativní. Ráda je mezi dospělými i mezi vrstevníky. V noci při spánku dýchá nosem a někdy chrápe.

Dívka má oboustranný rozštěp rtu, patra a čelisti. O orofaciálním rozštěpu se matka dozvěděla již během těhotenství. Dívka absolvovala prozatím jednu operaci, a to operaci rtu. Po prvním roce života ji čeká druhá operace, a to patra. V budoucnu ji čeká ještě operace čelisti. Rodiče s dívkou nenavštěvují žádná centra pro léčbu orofaciálních rozštěpů, ale jsou pod dohledem foniatra, ORL lékaře a pediatra. Matka hodnotí spolupráci těchto odborníků velice kladně.

Matka uvádí, že byla o orofaciálním rozštěpu dostatečně informována již před porodem, ale očekávala by o něco více informací ohledně postupu léčby v budoucnu. Po porodu však matka byla opět důkladně informována, a to především o stavu dítěte, fázích péče, vyšetření, veškerých operací, trvání péče apod. Péči odborníků hodnotí matka lehce nadprůměrně.

Lékaři doporučili matce ke krmení Habermannovu láhev, avšak o přidání příkrmů již informováni nebyli.

Rodina reagovala na narození dítěte s orofaciálním rozštěpem kladně a blízcí a širší příbuzní je podporovali. Ostatní lidé, které rodina potkává, na situaci převážně nijak nereagují.

Kazuistika č. 3

Chlapec (3 roky) má diagnostikovaný pravostranný rozštěp, jedná se o rozštěp rtu, čelisti a patra.

Rodinná anamnéza:

V bližší ani širší rodině se orofaciální rozštěp u nikoho neobjevil. Matka je narozena v roce 1982, má vystudovanou vysokou školu a před rodičovskou dovolenou byla zaměstnána v odvětví automobilového průmyslu. Otec je narozen roku 1988, také má vystudovanou vysokou školu a žije jako vědecký pracovník. Ani jeden z rodičů neměl během života nijak narušenou komunikační schopnost. Chlapec má o dva roky staršího bratra, který je v logopedické péči s diagnózou dyslalia multiplex. Rodina je úplná.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil v únoru 2018 jako druhý potomek. Během těhotenství matka trpěla těhotenskou cukrovkou a měla vysoký krevní tlak, jinak však byla gravidita v pořádku. Porod chlapce byl vyvolaný, avšak stále v termínu. Chlapec vážil 3630 gramů a měřil 52 cm. Apgar skóre bylo 9,10,10. Chlapec po narození prodělal slabou novorozeneckou žloutenku.

Psychomotorický vývoj probíhal v normě. Chlapec začal pást koníčky mezi druhým a třetím měsícem, plazit se začal v šesti měsících, seděl mezi šesti a sedmi měsíci, už v osmi měsících

se postavil a kolem deseti měsíců začal dělat první kroky. Chlapec se obešel bez jakýchkoli rehabilitačních cvičení.

Vývoj řeči byl také v normě, pudové žvatlání se objevilo kolem dvou až třech měsíců života dítěte, napodobivé žvatlání v osmi měsících a první slova kolem jednoho roku. Ve dvou letech začal používat jednoduché věty. Ve spánku dýchá nosem a nechrápe. Chlapec je spíše extrovertní typ a velmi rád a často komunikuje s lidmi. Vyhledává kontakt s vrstevníky a rád si s dětmi hraje.

Chlapec má celkový pravostranný rozštěp a má za sebou dvě operace. Operaci rtu ve čtyřech dnech života a v desátém měsíci operaci patra. Před sebou má stále korekci čelisti. V deseti měsících také proběhlo prostřížení podjazykové uzdičky a odstranění krční mandle. Rok a půl po korekci patra uvádí lékař z dětské chirurgie, že měkké patro je dobře formováno a na tvrdém patře se nachází zářez, který však nečiní žádné potíže. Chrup má chlapec úplný, v dobrém stavu, pouze horní řezák na pravé straně je lehce skosený. Matka uvádí, že po jídle se chlapci dostává strava do pravé nosní dírky. K orofaciálnímu rozštěpu má přidruženou asymetrii dolních končetin a je pod kontrolou ortopedie.

Chlapec je pod celkovým dozorem v dětské nemocnici v Brně. Na dosavadní péči se podílí pediatr, neurolog, ORL lékař, plastický chirurg, logoped, ortoped, zubní lékař a speciální pedagog z SPC. Logoped s chlapcem procvičuje především dechová cvičení a rozvoj slovní zásoby. Chlapec má pasivní slovní zásobu přiměřenou vzhledem k věku, aktivní slovní zásoba je mírně opožděna. Chlapec je schopen přiřadit správně základní barvy a na pokyn barvu ukázat. Na obrázku vyhledá známý předmět a některé běžné věci pojmenuje.

Rodiče se o vývojové vadě dítěte dozvěděli již během těhotenství. Matka uvádí, že je lékaři o orofaciálním rozštěpu informovali, ne však zcela dostatečně a stěžuje si na nedostatečnou empatii. Údajně se stavěli k situaci způsobem, že matce doporučili zvážit interrupci. Ve 22. týdnu těhotenství matka kontaktovala MUDr. Vokurkovou, která rodičům společně se svým týmem poskytla veškeré potřebné informace. Od narození dítěte spolu byli v kontaktu.

Matka ohodnotila péči odborníků nadprůměrně. Stejně hodnotila i spolupráci mezi odborníky. Rodina nikdy nebyla klientem centra rané péče, při rozhodnutí o zařazení dítěte do logopedické třídy v mateřské škole navštívili SPC. Pedagogicko-psychologickou poradnu ani žádné stacionáře rodina nikdy nenavštívila. Jsou v kontaktu však s organizacemi Šťastný úsměv, z.s. a Za novým úsměvem, z.s.

Sociální prostředí reaguje na orofaciální rozštěp chlapce kladně. Širší rodina rodiče podporovala. Dále matka uvádí, že i pro přátele byl orofaciální rozštěp známý pojem, a tedy reagovali pozitivně a s podporou. Ostatní lidé si zoperovaného rozštěpu buď nevšimnou, nebo se domnívají, že měl chlapec nějaký úraz.

Kazuistika č. 4

Chlapec (2,5 roku) má diagnostikovaný levostranný rozštěp rtu a patra.

Rodinná anamnéza:

Matka je narozena roku 1983, má vystudovanou vysokou školu a nyní je na rodičovské dovolené. Otec se narodil v roce 1982, také má vysokoškolské vzdělání a žije se podnikáním. Chlapec je jedináček a žije dohromady s matkou i otcem. Rodina je tedy úplná.

Osobní anamnéza:

Chlapec byl narozen v září roku 2018 jako první dítě z první gravidity. V průběhu těhotenství se u matky vyskytovaly komplikace. Trpěla silnými nevolnostmi, zadržováním vody a vyskytly se křečové žíly. Matka byla několik dnů na pozorování v nemocnici, lékaři však na nic nepřišli. Chlapec byl o několik dnů přenošený a porod byl vyvolaný. Po narození chlapec vážil 3150 gramů a měřil 48 cm. Apgar skóre není známé.

Psychomotorický vývoj u chlapce probíhal v normě, pasení koníčků se vyskytovalo od třech měsíců, kolem půl roka se začal plazit, v devátém měsíci se posadil a zhruba v roce začal chodit.

Řečový vývoj byl také v normě, kolem jednoho roku začal chlapec používat první slova, ve dvou letech pak krátké věty. Ve spánku dýchá spíše ústy, nosem jen občasně. V neznámém prostředí bývá chlapec zpočátku spíše stydlivý, když je na něj však někdo milý a usmívá se, brzy rozkouká a rád komunikuje. Chlapec má dva stejně staré kamarády, avšak většinou si hraje raději se staršími dětmi.

Chlapec má levostranný rozštěp rtu a patra. V sedmi dnech věku prodělal první operaci, operaci rtu. V 10 měsících absolvoval operaci patra. Obě tyto operace byly vykonány v Brně. Chlapec trpěl potížemi s oušky, zůstávala mu tekutina ve středouší, a proto mu byly zavedeny gromety neboli ventilační trubičky. Chlapec má před sebou pravděpodobně ještě jednu operaci patra, dále korekci nosu a rtu.

Chlapec je klientem kliniky plastické chirurgie v Brně. Je v péči plastického chirurga, ORL lékaře, foniatra, logopeda a neurologopeda. Chlapec dochází na logopedii jednou za čtvrt až

tří čtvrtě roku do Olomouce. Paní logopedka radí matce jak na krmení, dále jim doporučila oromotorické cviky, trénují výdechový proud pomocí foukání do bublifuku, větrníku apod. Dále trénují i slovní zásobu. Dle neurologopeda je vývoj řeči přiměřený vzhledem k věku a rozštěpové vadě.

Rodiče se o orofaciálním rozštěpu syna dozvěděli už během těhotenství. Lékaři odhalili rozštěp rtu, avšak rozštěp patra byl odhalen až po narození. Matka uvádí, že během těhotenství byli dostatečně informováni o rozštěpu rtu, v porodnici však měli méně zkušeností a informovanost byla slabší. Doporučili matce ke krmení Habermannovu láhev, ze které však chlapec nechtěl jíst, a tedy nepřibíral. Následnou péči na klinice v Brně hodnotí matka kladněji. Ke krmení lékaři doporučili klasickou láhev pro děti, kterou o něco více nastříhli.

Péči odborníků dále hodnotí nadprůměrně. Spolupráci mezi odborníky hodnotí také stále nadprůměrně. Rodina nikdy nepotřebovala podporu rané péče, SPC ani žádných stacionářů.

Sociální prostředí chlapce je dobré, rodina i přátelé jsou pozitivně naladěni a snaží se rodinu podporovat. Prarodiče byli z orofaciálního rozštěpu nejprve smutní a neměli příliš informací ohledně této problematiky, postupně se však uklidnili a velmi chlapce podporují. Širší rodina ponechala tuto skutečnost bez reakce a nejbližší přátelé rodinu také podpořili. Matka uvádí, že cizí lidé, kteří se s chlapcem setkají, si většinou myslí, že má chlapec opar nebo nějaký úraz, ale na první pohled není orofaciální rozštěp poznat.

Kazuistika č. 5

Dívka (2 roky a 9 měsíců) má diagnostikovaný pravostranný rozštěp rtu, patra a čelisti.

Rodinná anamnéza:

V rodině prozatím nikdo jiný orofaciální rozštěp diagnostikovaný neměl. Matka se narodila roku 1991, vystudovala vyšší odbornou školu, obor sociální práce a než odešla na rodičovskou dovolenou, živila se jako sociální pracovnice. Otec se narodil roku 1990, má vystudovanou střední školu s maturitou, kde se zabýval oborem kuchař. Nyní se však žije jako dělník. Ani u jednoho rodiče nebyla za celý život řešena žádná narušená komunikační schopnost. Dívka je prozatím jedináček, matka je však těhotná a během několika měsíců tak bude mít dívka sourozence. Rodina žije společně a je úplná.

Osobní anamnéza:

Dívka se narodila v červnu 2018 jako první dítě z první gravidity. Těhotenství probíhalo v pořádku, bez komplikací. Dívka se však narodila v 39. týdnu těhotenství císařským řezem.

Dívka měla po narození 3190 gramů a měřila 50 cm. Žádná onemocnění v raném věku neprodělala. Apgar skóre dívky není známo.

Psychomotorický vývoj byl v normě, spíše urychlený. Pasení koníčků proběhlo u dívky okolo dvou měsíců života, v pěti měsících se začala plazit, kolem sedmého měsíce se posadila. Následně přeskočila lezení a v sedmi měsících se hned postavila a začala dělat první krůčky. V 10 měsících už si byla v chůzi jistá. Žádná rehabilitační cvičení u dívky nebyla třeba.

Řečový vývoj probíhá prozatím také v normě. Broukání, pudové žvatlání i napodobivé žvatlání proběhlo v normě. Kolem jedenácti až dvanácti měsíců začala dívka používat první slova a v roce a půl začala používat krátké, jednoduché věty. Ve spánku dýchá někdy nosem a někdy pusou za občasného chrápání. Dívka vyrůstá v jednojazyčném prostředí a je velmi komunikativní. V neznámém prostředí se velmi rychle zorientuje a přizpůsobí. Velmi ráda si povídá s ostatním lidmi a ráda tráví čas v kolektivu vrstevníků, se kterými si hraje. Od osmi měsíců života dívka navštěvuje jesle.

Dívce byl diagnostikován orofaciální rozštěp již ve 21. týdnu těhotenství při ultrazvukovém vyšetření. Dívka se následně narodila s pravostranným rozštěpem rtu, patra a čelisti. Dívka má za sebou již tři operace. Nejprve proběhla operace rtu a nosu, která proběhla již v pěti dnech věku dítěte. Při druhé operaci se jednalo o operaci patra, která se konala v sedmi měsících života dítěte. Ve dvou letech a osmi měsících proběhla třetí operace, a to operace měkkého patra. Dále čeká dívku ještě operace čelisti, která je naplánována kolem šesti let věku dívky. Dívka nemá žádné alergie, netrpí na záněty středního ucha, ani nebyla na odstranění nosní či krční nosní mandle. Ve 2,5 letech ji byla prostřížena podjazyková uzdička.

Dívka je v péči v dětské fakultní nemocnici Brno, na oddělení dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie. Dívka k orofaciálnímu rozštěpu nemá žádnou přidruženou vadu a je v péči pediatra, foniatra, ORL lékaře, nefrologa a logopeda. Na logopedii dívka dochází jednou za měsíc. Logoped se zabývá především procvičováním dýchání nosem a pusou. K procvičování používá např. píšťalku, dále dívka fouká na zrcátko, aby se zamlžilo, učí se foukat přes slámku, přes kterou se snaží posunout lehký předmět dechem. Dále se logoped zaměřuje na nácvik samohlásek i souhlásek, opakuje slova, pojmenovávají obrázky, či opakuje jednoduché věty.

Matka uvádí, že o problematice orofaciálních rozštěpů byli dostatečně informováni ve fakultní nemocnici Brno. Byli dostatečně informováni i o následných postupech, celkové situaci ohledně dcery, byly jim podrobně popsány následné fáze péče, jednotlivá vyšetření

i operace, které jejich potomka čekaly. Matka hodnotí péči odborníků od narození až do této doby nadprůměrně. Stejně tak hodnotí i spolupráci mezi odborníky. Rodina nevyužila žádné podpory typu centra rané péče, SPC apod.

Ohledně krmení v kojeneckém období odborníci poradili matce nejprve krmit stříkačkou, dále savičkou s větším otvorem a doporučili i Habermannovu láhev.

Dále matka uvádí, že se nikdy nesečkali s negativními reakcemi na orofaciální rozštěp. Rodina i přátelé vyjadřovali podporu a cizí lidé na orofaciální rozštěp nijak nereagují.

Kazuistika č. 6

Chlapec (5 let a 4 měsíce) se narodil s levostranným rozštěpem rtu.

Rodinná anamnéza:

Chlapec je první v rodině, kdo se narodil s orofaciálním rozštěpem. Matka byla narozena roku 1973, má dosažené středoškolské vzdělání s maturitou a nyní pracuje jako pojišťovací agentka. Otec chlapce se narodil roku 1976, vystudoval vysokou školu a je zaměstnán jako programátor. Ani jeden z rodičů neměl během života žádné potíže, kvůli kterým by docházel na logopedii. Chlapec je nejmladší ze čtyř sourozenců. Má dvě nevlastní dospělé sestry a jednoho bratra, kterému je 8 let. Bratr docházel na logopedii s diagnostikovanou dyslalií multiplex. Rodina žije nyní pospolu a je úplná.

Osobní anamnéza:

Chlapec se narodil v listopadu 2015 jako čtvrté dítě v rodině. Těhotenství matky proběhlo bez komplikací a porodila v termínu. Chlapec měřil po narození 51 cm a vážil 3980 gramů. Žádná onemocnění v raném věku neprodělal.

Psychomotorický vývoj chlapce byl zcela v normě. Kolem třetího měsíce proběhlo pasení koníčků, v šesti měsících se plazil a kolem devátého měsíce seděl. Následovalo lezení a kolem jednoho roka života první krůčky.

Řečový vývoj proběhl u chlapce také v normě. V jednom roce začal používat první slova a mezi rokem a půl až dvěma lety začal užívat jednoduché, krátké věty. Chlapec je lehce stydlivý a v novém prostředí se déle rozkoukává. S kamarády, které už dobře zná, si však velmi rád hraje a komunikuje s nimi. Chlapec navštěvoval od 3 let mateřskou školu, ve které měl potíže s paní učitelkou. Chlapec se přes den pomočovat a nerad do mateřské školy docházel. Tyto problémy řešili rodiče na psychologii, kde jim doporučili změnit mateřskou

školu. Od necelých pěti let dochází chlapec do soukromé mateřské školy, kde se jeho potíže lepší a pomalu ustávají.

Chlapec má levostranný rozštěp rtu, který byl zjištěn již během těhotenství. V pěti dnech věku života byl chlapci ret operován. Od té doby nemá ohledně této vady žádné potíže. Po výměně dentice chlapce čeká ještě jedna plastická operace.

Chlapec je v péči pediatra, foniatra, ORL lékaře, psychologa a logopeda. Z foniatrie a od ORL lékaře byl nález v normě. K psychologovi chlapec docházel především kvůli častému pomočování, které se však v návaznosti na změnu mateřské školy zlepšilo. V logopedické péči se zaměřují především na hlásky Č, Š, Ž, L, R a Ř. Chlapec komunikuje ochotně poté, co se osmělí. Zachovává počet hlásek i slabik ve slově, pozná první hlásku ve slově a dokáže správně vytleskat jednotlivá slova. Pasivní a aktivní slovní zásoba je přiměřená vzhledem k věku a hovoří bez gramatických odchylek. Prozodické faktory neboli melodie, přízvuk, tempo a rytmus jsou přirozené a v normě.

Matka uvádí, že byli dostatečně informováni o orofaciálním rozštěpu již před porodem. Mezioborovou spoluprací mezi odborníky hodnotí matka kladně. Jelikož měl chlapec rozštěp pouze rtu, nebyla následná péče tak náročná, jak tomu může být při celkových rozštěpech.

S krmením chlapce hned po narození nebyly žádné velké potíže. Chlapec byl po několik měsíců plně kojen. Nejprve se musela matka se synem sžít a kojení vyžadovala o něco více času a trpělivosti, nicméně po krátké době chlapec neměl se sáním žádné větší potíže.

Blízké okolí rodinu velmi podporovalo a reagovalo na narození dítěte kladně. Po operaci v raném věku již není téměř poznat, že se chlapec narodil s orofaciálním rozštěpem. Jizvy po operaci si všimne momentálně jen málokdo. Chlapec tedy nemá žádné potíže ani mezi vrstevníky, kde ho přijímají a rádi s ním tráví čas.

4.7 Závěry výzkumného šetření

Pro shrnutí závěrů výzkumného šetření byly vytvořeny tabulky 3 a 4, které stručně popisují informace o sledovaných dětech s orofaciálním rozštěpem. O každém dítěti jsou v jednom sloupci uvedeny základní informace. Jsou jimi rok narození dítěte, typ orofaciálního rozštěpu a přibližný termín operací rozštěpu. Dále jsou v tabulce uvedeny informace, které se týkají výzkumných otázek. Zobrazuje tedy data o přijetí dítěte rodinou a přáteli, dostatečnost informovanosti rodičů odborníky, řečový projev spolu s komunikačními schopnostmi a závěrem způsob krmení sledovaného dítěte. Tabulka tedy stručně shrnuje dílčí cíle, které byly tímto zodpovězeny.

	Případová studie č. 1	Případová studie č. 2	Případová studie č. 3
Rok narození	2016	2020	2018
Rozštěp	Pravostranný rozštěp rtu a čelisti, oboustranný rozštěp patra	Oboustranný rozštěp rtu, patra a čelisti	Celkový pravostranný rozštěp
1. operace	5 dnů po narození	neuvečeno	4 dny po narození
Další operace	8. měsíc	Zatím neproběhla	10. měsíc
Přijetí rodinou	Kladné s podporou	Kladné s podporou	Kladné s podporou
Přijetí vrstevníky	Bez potíží	Bez potíží	Bez potíží
Dostatečnost informací	Nadprůměrná spokojenost	Mírně nadprůměrná spokojenost	Mírně nadprůměrná spokojenost
Řečový projev	V normě	V normě	V normě
Komunikační schopnost	V normě	V normě	V normě
Krmení	Více prostřížená savička + polohování	Habermannova láhev	Více prostřížená savička

Tabulka 3: Přehled údajů o dětech s orofaciálním rozštěpem

	Případová studie č. 4	Případová studie č. 5	Případová studie č. 6
Rok narození	2018	2018	2015
Rozštěp	Levostranný rozštěp rtu a patra	Pravostranný rozštěp rtu, patra a čelisti	Levostranný rozštěp rtu
1. operace	7 dnů po narození	5 dnů po narození	5 dnů po narození
Další operace	10. měsíc	7. měsíc, 2 roky a 8 měsíců	Nastane po výměně dentice
Přijetí rodinou	Kladné s podporou	Kladné s podporou	Kladné s podporou
Přijetí vrstevníky	Bez potíží	Bez potíží	Bez potíží
Dostatečnost informací	Nadprůměrná spokojenost	Nadprůměrná spokojenost	Nadprůměrná spokojenost
Řečový projev	V normě	V normě	V normě
Komunikační schopnost	V normě	V normě	V normě
Krmení	Více prostřížená savička	Stříkačka, více prostřížená savička, Habermannova láhev	Kojení

Tabulka 4: Přehled údajů o dětech s orofaciálním rozštěpem

Vyhodnocení výzkumných otázek

VO1: „*Jak hodnotí sledovaní rodiče dítěte s orofaciálním rozštěpem informovanost od odborníků?*“

Všichni rodiče byli velmi spokojeni s informovaností ze strany lékařů a odborníků. Čtyři ze šesti rodičů hodnotili předání informací o problematice orofaciálních rozštěpů nadprůměrně, dva rodiče hodnotili mírně nadprůměrně. V jednom případě matka uvedla, že jí překvapil přístup lékaře, který jí již během gravidity upozornil, aby zvažila interrupci. U jiných rodičů se takovýto názor ze strany lékařů neobjevil.

Několik rodičů uvedlo, že není zcela dostačující informovanost ohledně této problematiky v porodnicích. Krátce poté, co se dítě narodí, nejsou odborníci z porodnic zcela schopni matce poradit se základními věcmi a chybí jim některé zkušenosti s těmito dětmi.

Rodiče velmi kladně hodnotili fakultní nemocnici Brno, konkrétně Centrum pro léčbu rozštěpů obličeje, které rodičům podalo veškeré potřebné informace ohledně jejich situace.

Výzkumný vzorek však byl velmi malý na to, aby se daly vyvozovat závěry ohledně obecné informovanosti a zkušeností lékařů s dětmi s orofaciálním rozštěpem.

VO2: „*Jaký psychosociální vliv mělo narození sledovaného dítěte s orofaciálním rozštěpem na rodinu a nejbližší okolí?*“

Rodiny i přátelé všech dotazovaných reagovali na narození dítěte s orofaciálním rozštěpem kladně. Všichni lidé se snažili vyjádřit svým blízkým podporu a snažili se jim pomoci. V jednom případě matka uvedla, že z diagnózy byli smutní a zklamaní jejich prarodiče, ale poté, co si zjistili více informací a prognózy ohledně dětí s rozštěpy, uklidnili se a byli dále oporou.

Cizí lidé, které dítě s rozštěpovou vadou potkají, si většinou rozštěpu vůbec nevšimnou. Jelikož jsou děti operovány hned pár dnů po narození, rozštěp rtu, který je nejvíce vidět, je brzy v pořádku. Někteří rodiče uváděli, že si lidé, které potkali, mysleli, že dítě spadlo nebo má na rtech opar. O rozštěpové vadě nikdo neuvažoval. Žádné negativní ohlasy tedy nikdo z dotazovaných nevedl.

VO3: „*Jaká je úroveň komunikační schopnosti sledovaného dítěte s orofaciálním rozštěpem?*“

V případě komunikační schopnost výraznou měrou závisí na typu orofaciálního rozštěpu a věku dítěte. Ve výzkumném šetření byli dotazováni rodiče šesti dětí. Jedno dítě bylo ve věku jednoho roku, tři děti ve věku zhruba tří let a dvě děti kolem pěti let.

U ročního dítěte komunikační schopnost zatím nelze přesně hodnotit. Psychomotorický a řečový vývoj je prozatím však v normě. U tříletých dětí se logoped zaměřuje především na dechová cvičení a rozvoj slovní zásoby. U dětí, kterým je kolem pěti let se logoped také stále zaměřuje na dechová cvičení rozvoj slovní zásoby, ale i upravování jednotlivých hlásek. V případě chlapce, který měl pouze rozštěp rtu, který měl hned po narození operován, logoped postupoval jako při diagnóze dyslalie multiplex. Chlapec neměl potíže s cviky jako nafouknutí tváří, či s hláskami B, P, M a operovaný rozštěp rtu neměl na další vývoj žádné důsledky.

Tohoto výzkumného šetření se zúčastnily děti, které oproti dětem bez orofaciálního rozštěpu nevykazovaly žádné velké rozdíly. V případě dobré logopedické péče je možné, aby byl vývoj řeči dítěte korektní.

VO4: „*Jakým způsobem byly vyživovány sledované děti s orofaciálním rozštěpem v novorozeneckém a kojeneckém věku?*“

Novorozenci s orofaciálním rozštěpem mohou být kojeni stejně jako děti bez rozštěpu. Opět závisí především na tom, o jaký typ rozštěpu se jedná. Dítě, které má rozštěp rtu, potíže při kojení mít nemusí. Většina matek z výzkumného šetření však uváděla, že krmily dítě lahvičkou, do které byl proříznut větší otvor. Některé matky vyzkoušely i Habermannovu láhev, pouze jedna matka ji však u svého dítěte používala častěji. Dále už se snažily matky krmit své děti pomocí lžičky a nedělat tak rozdíly mezi dítětem s rozštěpem a bez něj. V některých případech se může stát, že se dítěti dostane potrava do nosu a například tekutina může nosem lehce vytékat. Dítě se musí i s patrem po operaci naučit pracovat, a proto může ještě nějakou dobu trvat, než si dítě zvykne a naučí se polykat potravu tak, aby se do nosu nedostávala.

Výzkumné otázky byly zodpovězeny, a tedy i hlavní cíl a dílčí cíle byly naplněny. Jedná se však o menší počet informantů, nelze tedy výsledky výzkumného šetření generalizovat.

4.8 Doporučení pro logopedickou praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření je prvním doporučením osvěta problematiky orofaciálních rozštěpů. Je žádoucí, aby širší populace měla bližší povědomí o této vývojové vadě. Informovanost je vhodná i pro budoucí rodiče, kterým se může dítě s orofaciálním rozštěpem narodit, ale i pro ostatní populaci. V případě, že se s dítětem s rozštěpem setká neinformovaná osoba, mohla by zareagovat nepřiměřeně.

Druhým doporučením je bližší informovanost odborníků v porodnicích. Některé matky uvedly, že v porodnici jim nebyly poskytnuty dostatečné informace. Bylo by žádoucí, aby alespoň pár zaměstnanců mělo ohledně rozštěpové vady, která se vyskytuje poměrně často, veškeré informace, které může po porodu matce předat.

Třetím doporučením je, že by rodiče měli dítěti od určitého věku vysvětlit, že se narodili s orofaciálním rozštěpem a například jim vysvětlit, proč mají jizvu. Tímto způsobem mohou rodiče předejít nepříjemným situacím v mateřské škole či následném vzdělání.

Posledním doporučením je dbát na prevenci. Doporučuje se plánované těhotenství a již před počátkem gravidity začít užívat kyselinu listovou, díky které můžeme předejít vzniku vývojové vady dítěte. V případě narození dítěte s orofaciálním rozštěpem je nutná včasná diagnostika, komplexní péče a interdisciplinární přístup odborníků.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo analyzovat interdisciplinární přístup k dětem s orofaciálními rozštěpy. V teoretické části je v první kapitole stručně popsána komunikační schopnost a v návaznosti na to i narušená komunikační schopnost. Dále se zabývá popsáním anatomie a fyziologie dutiny nosní a dutiny ústní.

Druhá kapitola diplomové práce se zabývá orofaciálními rozštěpy. V rámci této kapitoly je podrobně popsána klasifikace, etiologie, symptomatologie, prevence a estetické a psychosociální důsledky orofaciálních rozštěpů. Dále je zde popsána péče o dítě s rozštěpem, konkrétně krmení dítěte, masáže rtu a patra po operaci rozštěpu a různé pomůcky, které mohou rodičům pomoci v péči.

Třetí kapitola pojednává o narušené komunikační schopnosti u dětí s orofaciálními rozštěpy. Je zde popsána problematika palatolálie, která je stručně definována, dále je zde popsána etiologie, symptomatologie a na závěr diagnostika a terapie. Další podkapitoly se zabývají velofaryngální dysfunkcí, projevy v jednotlivých jazykových rovinách a logopedickou intervencí, včetně prognózy.

Poslední, čtvrtá kapitola, je empirická a zabývá se analýzou interdisciplinárního přístupu k dětem s orofaciálními rozštěpy. V rámci této kapitoly byl stanovený výzkumný problém, byly vymezeny hlavní a dílčí cíle výzkumného šetření, dále byly popsány výzkumné metody, časový harmonogram šetření a poté následovalo vlastní šetření se závěry a doporučením pro logopedickou praxi.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 rodin, kterým se narodilo dítě s orofaciálním rozštěpem. Děti jsou ve věku od jednoho roku do pěti let a mají různé typy rozštěpů. Data byla získávána z anamnestického dotazníku, který rodiče vyplnili a z analýzy z dostupných lékařských zpráv. Na základě těchto informací bylo zpracováno šest kazuistik.

V rámci výsledků výzkumných otázek vyplynulo, že rodiče jsou nadprůměrně spokojeni s informovaností od odborníků, a to během těhotenství, i po porodu. Velmi kladně hodnotili Centrum pro léčbu rozštěpů ve FN Brno, které je pro mnoho rodin velkou oporou. Několikrát se objevil názor, že nemají dostatečné informace o péči o dítě s orofaciálním rozštěpem v porodnicích. V rámci doporučení pro praxi tedy bylo navrženo více informovat o problematice orofaciálních rozštěpů v jednotlivých porodnicích. V případě, že by alespoň jeden pracovník v porodnici měl nějaké zkušenosti ohledně této problematiky, mohl by být matkám s novorozеныmi dětmi s rozštěpem nejen psychicky nápomocen. Dále z výzkumného

šetření vyplývá, že rodiny i přátelé rodičů s dětmi s orofaciálním rozštěpem velmi podporovali. Cizí lidé si díky brzké operaci rtu rozštěpu převážně nevšimnou. Tato informace může být důležité pro budoucí rodiče dětí s rozštěpem, protože se mohou obávat toho, co okolní lidé na dítě s rozštěpem řeknou a jak na něj budou reagovat. Další výzkumná otázka se zabývala komunikační schopností u dětí s orofaciálními rozštěpy. Opět záleží především na typu rozštěpu a věku dítěte, avšak se správnou logopedickou péčí, která je doplněna o péči dalších odborníků, nemusí mít dítě do budoucna žádné větší potíže s řečí. Je však třeba logopeda navštěvovat a na komunikační stránce pracovat. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastěji matky krmily dítě s rozštěpem pomocí běžné láhve, do které prořízly větší otvor. Matka, která měla syna pouze s rozštěpem rtu, byla schopna plně kojit, ostatní matky používaly především již zmíněnou láhev nebo Habermannovu láhev, která je určena pro děti, které mají potíže se sáním, především právě pro děti s orofaciálním rozštěpem.

V diplomové práci byly tímto zodpovězeny všechny výzkumné otázky a cíle práce tak byly naplněny. Diplomová práce je přínosná především pro informovanost rodičů, kteří čekají dítě, kterému byl diagnostikován orofaciální rozštěp. Práce jim pomůže zorientovat se v základní problematice a jednotlivé kazuistiky jim dovolí nahlédnout do péče o dítě.

Problematika orofaciálních rozštěpů není mezi veřejnou populací zcela rozšířena, proto může být psychická reakce na zjištění této vývojové vady u dítěte velmi negativní. Je třeba o problematice více hovořit a informovat tak společnost o veškerých možnostech.

Shrnutí

Diplomová práce si klade za cíl analyzovat interdisciplinární přístup k dětem s orofaciálními rozštěpy. Dílčími cíli bylo zaměřit se na informovanost sledovaných rodičů odborníky a jejich mezioborovou spolupráci. Dále se výzkumné šetření zabývalo psychosociálním vlivem narození dítěte s rozštěpem do rodiny a přijetím dítěte širší rodinou a přáteli. Dále bylo dílčím cílem analyzovat komunikační schopnost dítěte s rozštěpem, a závěrem analyzovat problematiku krmení dítěte s orofaciálním rozštěpem. Tato práce se dělí na teoretickou a empirickou část, přičemž teoretická část se v první kapitole zabývá teoretickými východisky, jako je komunikační schopnost, narušená komunikační schopnost a anatomie a fyziologie dutiny nosní a ústní. Druhá kapitola se zabývá orofaciálními rozštěpy, které podrobně definuje. Zabývá se jejich klasifikací, etiologií, symptomatologií, prevencí a estetickými a psychosociálními důsledky. Třetí kapitola se zaměřuje na narušenou komunikační schopnost u dětí s orofaciálním rozštěpem. Popisuje tedy palatolálii, velofaryngální dysfunkci, popisuje projevy v jednotlivých jazykových rovinách a uvádí logopedickou intervenci. Čtvrtá kapitola je empirická a klade si za cíl analyzovat interdisciplinární přístup k dětem s orofaciálními rozštěpy. V rámci výzkumného šetření byla využita analýza odborné literatury, analýza anamnestických údajů a analýza dostupných lékařských zpráv. Na základě těchto dokumentů bylo zpracováno šest případových studií. Závěrem bylo výzkumné šetření vyhodnoceno, výsledky byly shrnuty a na jejich základě bylo stanoveno několik doporučení pro logopedickou praxi.

Summary

Main goal of this diploma thesis is to analyze interdisciplinary approach to children with orofacial clefts. Partial goals were to analyze whether information provide by experts to parents of newborn children with orofacial clefts were sufficient, to analyze psychosocial impact onto the family and closest relatives of the newborn child with orofacial cleft, to analyze level of communicational abilities of children born with orofacial clefts and to analyze possibilities of newborn babies feeding. This thesis consists of two parts – theoretical and empiric. The first chapter deals with theoretical base and defines terminology – communication, communication disabilities, anatomy and physiology of nasal cavity and oral cavity. The second chapter relates to issues of orofacial clefts. It defines classification, etiology, symptomatology, prevention, aesthetic and psychosocial impacts and orofacial cleft children care. The third chapter deals with communication disabilities of children with orofacial clefts. It focuses on the definition of palatholaly, velopharyngeal inadequacy and it describes various linguistic levels and speech therapy and intervention. The four empiric chapter deals with analysis of interdisciplinary approach to children with orofacial clefts. In ressearch processes there were used scientific literature analysis, anamnestic data analysis and available specialized materials analysis. Six case studies were developer based on this material. The results of the research were summarized in conclusion. There were presented recommendations for speech therapy.

Seznam použitých informačních zdrojů

- BALAŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie*. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského, 2003. ISBN 80-867-2305-4.
- BERKOWITZ, Samuel. *Cleft lip and palate: diagnosis and management*. Third Edition. New York: Springer, 2013. ISBN 978-3-642-30770-6.
- BURIAN, František a Jaroslav BENDA. *Chirurgie rozštěpů rtu a patra*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
- ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 80-247-0143-X.
- DLOUHÁ, Olga (2012) *Řeč* In DLOUHÁ, Olga a Libor ČERNÝ. *Foniatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4620-480.
- DUŠKOVÁ, Markéta. *Pokroky v sekundární léčbě nemocných s rozštěpem*. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2007. ISBN 978-80-86703-25-1.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
- GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, [2016]. ISBN 80-726-2111-4.
- HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3.
- HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-718-4549-3.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-.
- HOLIBKOVÁ, Alžběta a Stanislav LAICHMAN. *Přehled anatomie člověka*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1480-5.
- HORŇÁKOVÁ, Katarína, Svetlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. Praha: Portál, 2009. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-612-4.
- JAKUBÍKOVÁ, Janka. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4064-5.

- JEDLIČKA, Ivan (2007) Vývoj řeči In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia. *Palatolália*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1997. ISBN 80-223-1140-5.
- KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia. *Velofaryngální dysfunkce a palatolálie: [klinicko-logopedický aspekt]*. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2264-1.
- KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia. Terapie palatolálie a velofaryngální insuficience. Terapie poruch hlasu. In: Lechta, L. a kol.: *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8961-5.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-859-3162-1.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4711-102.
- KLEPÁČEK, Ivo. *Klinická anatomie ve stomatologii*. Praha, 2001. ISBN 80-716-9770-2.
- KOLÁŘ, Zdeněk. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3710-2.
- KOLÍSKOVÁ, Martina a Zdeněk DVOŘÁK. *Pro tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. [Praha]: Carter/Reproplus, 2014. ISBN 978-80-260-6146-5.
- KOPECKÝ, Miroslav. *Somatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2271-8.
- KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7056-9.
- KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolálie a afázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium: teoretická východiska současnej logopedie, moderné prístupy*. Bratislava, 1990, 278 s. ISBN 80-08-00447- 9.
- LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8801-5.
- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8961-5.

- Lechta, Viktor (2007) Metody logopedické intervence In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- MALÍNSKÝ, Jiří, Jarmila MALÍNSKÁ a Zdeňka MALÍNSKÁ. *Morfologie orofaciálního systému pro studenty zubního lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1062-1.
- MĚŠŤÁK, J. Úvod do plastické chirurgie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 125 s. ISBN 80-246-1150-3
- MOLNÁROVÁ, A. *Enterovirusy a orofaciálne rásztepy*. Bratislava: Logopaedica IV., 2001. ISBN 80-88932-07-6.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.
- NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1..
- ORAVKINOVÁ, Zuzana. *Diagnostická terapia u detí s rásztepom pery a/alebo podnebia*. Bratislava: Logopaedica VII., 2004. ISBN 80-88932-15-7.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. Praha: SPN, 1978. 459 s. (2. vyd. 1981)
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8546-6.
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.
- VOHRADNÍK, Miloš. *Dolní Břežany*: Scriptorium, c2001. ISBN 80-861-9724-7.
- WYSZYNSKI, Diego F. *Cleft Lip and Palate: From Origin to Treatment*. New York: Oxford University Press, 2002. ISBN 9780195139068.

Internetové zdroje

BORSKÝ, Jiří. Rozštěpy rtu a patra, plánování počáteční fáze léčby a interdisciplinární péče u pacientů v novorozeneckém a batolecím věku. *Česká stomatologie/Praktické zubní lékařství* [online]. 2012, **112**, 14-20 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-stomatologie/2012-1/rozstepy-rtu-a-patra-planovani-pocatecni-faze-lecby-a-interdisciplinari-pecu-u-pacientu-v-novorozeneckem-a-batolecim-veku-37490>

Fortmedica: komplexní ORL péče [online]. [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: <https://fortmedica.cz/gromety-stipuly-ventilacni-tyimpanostomicke-trubicky/>

KOLÍNOVÁ, Miroslava. Současné trendy péče o dítě s orofaciálním rozštěpem. *Praktický lékař* [online]. 2011, **2011**(3), 134-137 [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-3/soucasne-trendy-pecu-o-dite-s-orofacialnim-rozstepem-34693>

PETERKOVÁ, Michaela. *Komunikace z pohledu psychologie* [online]. 2008, , 1-4 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <http://www.psychotesty.psyx.cz/pdf/pdf-tpsux-komunikace.pdf>

Rozštěpové centrum: při klinice plastické a estetické chirurgie [online]. [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: <http://www.rozstep.cz/>

Šťastný úsměv [online]. [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: <http://stastny-usmev.cz/nostrily/>

TURNER, Sarah. R., RUMSEY, Nicky, SANDY, Jonathan R.: Psychological aspects of cleft lip and palate. *European Journal of Orthodontics* [online]. 1998, no. 20 [cit. 2021-03.27], pp. 407 - 415. Dostupné z: <http://ejo.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/4/407.pdf>

Seznam příloh

Příloha 1 – Anamnestický dotazník

Příloha 2 – Informovaný souhlas

Příloha 3 – Průvodní dopis pro rodiče