

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

2017

Barbora Altnerová, DiS.

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Problémy a defekty orofaciální oblasti, jejich náprava a následná logopedická terapie

(Problems and defects in the orofacial area, their restoration and following logopedical therapy)

Autor: Barbora Altnerová, DiS.

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problémy a defekty orofaciální oblasti, jejich náprava a následná logopedická terapie vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Děčíně dne

.....

Barbora Altnerová

Poděkování

Moje poděkování patří paní PaedDr. Evě Marádové, CSc. za odborné vedení bakalářské práce, za její čas a rady při konzultacích.

Paní Mgr. Jitce Buchlové patří velký dík za opakované korektury abstraktu v anglickém jazyce.

Dále děkuji paní Martině Kolískové a celému OS Šťastný úsměv za vstřícnost, jejich čas, rozhovor, podněty a podklady k bakalářské práci.

V neposlední řadě chci poděkovat všem respondentům mého výzkumu a všem těm, kteří mi pomáhali s jeho distribucí.

Název: Problémy a defekty orofaciální oblasti, jejich náprava a následná logopedická terapie

Autor: Barbora Altnerová, DiS.

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na defekty orofaciální oblasti, především orofaciální rozštěpy, které často způsobují různé zdravotní komplikace, které je nutné řešit velmi záhy po porodu, a to invazivními metodami, protože neléčené mohou znamenat problémy ve vývoji jedince, obzvláště ve vývoji řeči, a v neposlední řadě mohou mít také negativní vliv na jeho sociální přijetí.

Cílem práce je podat přehledný souhrn informací o defektech orofaciální oblasti, které působí problémy ve vývoji řeči dítěte a zmapovat úroveň péče o osoby s rozštěpovou vadou. Dále je cílem podpořit logopedickou terapii jakožto léčebnou metodu.

V teoretické části je popsána anatomie dutiny ústní a nosní, jsou zde vymezeny pojmy jako rozštěp nebo palatolalie a součástí je i popis nejběžnějších typů orofaciálních rozštěpů. Jsou zde nastíněny možnosti prenatalní diagnostiky, ale i následné léčby, včetně operativních zákroků.

Praktická část sestává z rozhovoru a dotazníků pro osoby, které s klienty s těmito defekty pracují, ať už jako odborníci, či dobrovolníci, nebo mají zatížení rozštěpem v rodině.

Klíčová slova: rozštěp, orofaciální, logoped, ret, patro, chirurg, dutina ústní, sval, kost, palatolalie, pacient, operace

Title: Problems and defects in the orofacial area, their restoration and following logopedical therapy

Author: Barbora Altnerová, DiS.

Supervisor: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Annotation

Bachelor's dissertation deals with defects in the orofacial area, especially with orofacial clefts, which frequently cause various health complications that are necessary to be solved very early after the childbirth by invasive methods; they can also entail problems in ontogeny, particularly in development of speech, and they may also affect the individual's social acceptance.

The aim of the thesis is to provide a summary of information about defects in the orofacial area which causes problems in speech development of a child and map the level of care for people with orofacial clefts. Additionally, the thesis, should support logotherapy as a treatment method.

The theoretical part is devoted to anatomy of the human oral and nasal cavity, there is specified the term cleft and introduce the most common types of orofacial clefts, delineated prenatal diagnostic options and also the subsequent treatment including surgical procedures.

The practical part consists of a questionnaire for people experiencing oral clefts and interviews with the persons, who work with people suffering from these defects, either professionals or volunteers or someone of their family have the cleft.

Key words: cleft, orofacial, speech therapist, lip, palate, surgeon, oral cavity, muscle, bone, palatolalia, patient, surgery

Obsah

1 Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
2 Defekty orofaciální soustavy s vlivem na vývoj řeči	11
2.1 Orofaciální rozštěp	11
2.2 Atrézie choan.....	12
3 Anatomie obličejové části hlavy	14
3.1 Osteologie.....	14
3.2 Myologie	15
4 Vývoj orofaciální oblasti	17
4.1 Vývoj tvářových struktur	17
4.2 Vývoj nosní dutiny	18
4.3 Vývoj ústní dutiny	19
4.4 Vývoj orgánů ústní dutiny	19
4.5 Vývoj patra	20
5 Etiologie rozštěpových vad	21
6 Klasifikace rozštěpových vad	22
6.1 Rozštěpy typické	22
6.1.1 Rozštěp rtu, rtu + čelisti	22
6.1.2 Rozštěp patra	23
6.1.3 Celkový rozštěp - rtu + čelisti + patra	24
6.2 Rozštěpy atypické	25
7 Prenatální diagnostika	26
8 Palatolalie	28
8.1 Vymezení termínu palatolalie	28
8.2 Projevy palatolalie.....	29
8.3 Klasifikace palatolalie	31
8.4 Diagnostika palatolalie	31
9 Terapie rozštěpových vad	33
9.1 Chirurgická terapie	34
9.1.1 Operace rozštěpu rtu (cheiloplastika).....	34

9.1.3 Operace rozštěpu patra (palatoplastika)	36
9.1.3 Operace rozštěpu čelisti (spongioplastika).....	38
9.2 Ortodontická terapie	39
9.3 Logopedická terapie	41
10 Péče o chrup jedinců s rozštěpovou vadou	44
PRAKTICKÁ ČÁST	46
11 Kvalitativní výzkumné šetření	46
11.1 Cíle	46
11.2 Metodologie	46
11.3 Výzkumné otázky.....	47
11.4 Metoda sběru dat	47
11.5 Organizace výzkumného šetření	47
11.6 Interpretace nasbíraných dat.....	48
11.7 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření	51
12 Kvantitativní výzkumné šetření	53
12.1 Cíle	53
12.2 Metodologie	53
12.3 Hypotéza a výzkumné otázky	53
12.4 Metoda sběru dat	54
12.5 Organizace výzkumného šetření	54
12.6 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření	55
13 Závěr	65
14 Seznam použitých informačních zdrojů	67
14.1 Seznam citací.....	67
14.2 Seznam odkazů v textu.....	67
14.3 Seznam ostatních knižních zdrojů.....	68
14.4 Seznam elektronických zdrojů	69
15 Seznam příloh	73

1 Úvod

Téma defektů v orofaciální oblasti bylo pro závěrečnou bakalářskou práci zvoleno z toho důvodu, že autorka má předešlé vyšší odborné vzdělání jako diplomovaná dentální hygienistka a při výběru tématu byla tedy snaha o propojení zájmových oborů, tedy stomatologie a speciální pedagogiky, a zároveň o využití poznatků, nasbíraných v praxi.

Dalším důvodem pro výběr tohoto tématu byla skutečnost, že o orofaciálních vadách, především obličejových rozštěpech, se většina dostupných publikací jak z oborů medicínských, např. stomatologie, stomatochirurgie, pediatrie, plastická chirurgie, otorhinolaryngologie, tak z oborů pedagogických, zmiňuje pouze okrajově a neposkytuje dostatečné množství informací o této problematice.

Hlavním cílem této bakalářské práce je rozšířit povědomí o tématu orofaciálních rozštěpů a nutnosti následné speciální péče a logoterapie, popsat jednotlivé typy rozštěpů a léčebných postupů, a tím přispět ke zlepšení informovanosti veřejnosti i odborníků, jako jsou pedagogové či speciální pedagogové.

Dále je cílem, pomocí praktické části práce zjistit, jaká je spokojenost pacientů s rozštěpovými vadami, nebo jejich rodin, s poskytovanou péčí, s jejím rozsahem, úrovní, dostupností a jaké nejčastější problémy skýtá a docílit tak zlepšení alespoň v jedné z uvedených oblastí.

Dílčí cíl je i přispět k lepší informovanosti rodičů ohledně dentální hygieny a péče o chrup jejich dětí, postižených rozštěpy v oblasti dutiny ústní.

V neposlední řadě je cílem bakalářské práce i podpora logopedické terapie jakožto léčebné metody, jejíž úloha je v léčebném plánu často upozaděována či opomíjena.

Kladným výstupem by také bylo, kdyby se díky této práci podařilo upozornit na velmi záslužnou činnost občanského sdružení Šťastný úsměv, dostat ho do povědomí jak laické, tak i odborné veřejnosti a pomoci jim tak v jejich nelehké snaze o zlepšení informovanosti o rozštěpových vadách.

Teoretická část práce je věnována hlavně zprostředkování poznatků o defektech orofaciální oblasti, jejich etiologii, možné prenatální diagnostice a nastíněno je zde i jejich řešení, chirurgická náprava či průběh následné logopedické terapie.

Praktická část je zaměřena na průzkum, uskutečněný pomocí dotazníkového šetření s osobami, které mají zkušenost s rozštěpovými vadami jak sami u sebe, tak i u svých dětí, příbuzných, přátel, žáků, pacientů apod. Dále je do praktické části práce zařazen i rozhovor s odborníci, specializující se na tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Defekty orofaciální soustavy s vlivem na vývoj řeči

V tomto oddíle práce jsou uvedeny základní a obecné informace o defektech orofaciální soustavy, které mají vliv na pozdější vývoj řeči. Jsou zde rozlišeny pojmy orofaciální rozštěp, který je stěžejním tématem práce a je v ní dále podrobněji popisován a členěn, a atrézie choan. Atrézii se práce již dále příliš nevěnuje, ale je nutné se o ni v kontextu defektů orofaciální oblasti zmínit, byť je zbytek práce zaměřen především na rozštěpové vady, jelikož je to jedna z možných patologií vývoje, která může, tak jako v případě rozštěpů, negativně působit na vývoj řeči a způsobovat narušení komunikace.

2.1 Orofaciální rozštěp

Orofaciální rozštěp je těžká multifaktoriální vrozená anomálie, vznikající poruchou v embryonálním vývoji střední třetiny obličeje. Jednotlivé struktury obličeje vznikají z různých základů v odlišném čase a v případě orofaciálního rozštěpu nedojde k jejich spojení. Rozštěpové vady obličeje jsou jedny z nejrozšířenějších a nejčastějších vrozených vývojových vad a díky své lokalizaci patří i k vadám nejnápadnějším.



Obrázek č. 1: Rozštěpová vada

(http://www.nplainfield.org/cms/lib5/NJ01000402/Centricity/Domain/308/Cleft_Lips_abd_Palates.html; 28.2.2017)

Dle Kolískové (2014) je označení „rozštěp“ trochu zavádějící, jelikož se nejedná o skutečné rozštěpení či oddělení, ale naopak o nesrostení, nespojení (viz. obrázek č. 1). Obličej je struktura embrya, která se vyvíjí již v prvních týdnech těhotenství a zpočátku je toto nesrostení fyziologické a prochází jím každý plod v přesně určeném období. Přibližně v 6. týdnu intrauterinního vývoje by ovšem mělo dojít ke spojení jednotlivých

tkání a k jejich následnému srůstu. Pokud se tak nestane, srůstu je nějakým způsobem zabráněno nebo není kvalitní, dochází ke vzniku různě závažných a rozsáhlých rozštěpů.

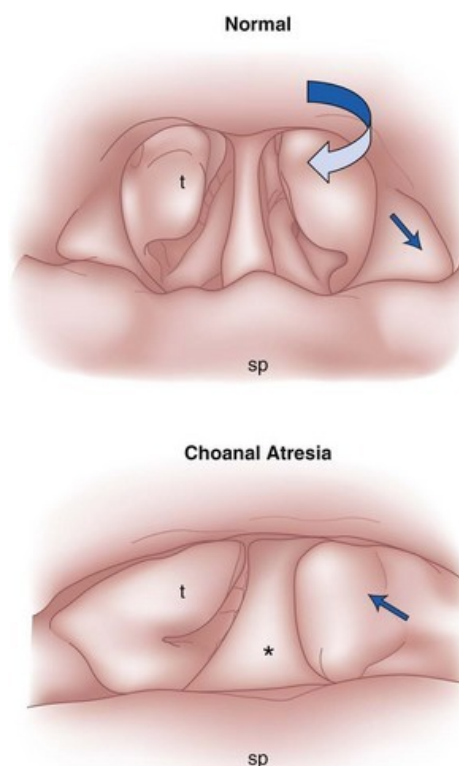
Klenková (2006) uvádí, že se rozštěpy projevují dislokací, defektem nebo i chyběním jak měkkých tak i kostních částí tkání. Tyto patologické změny v morfologii působí jejich nositelům závažné funkční i nápadné estetické nedostatky. Častým problémem je také nestandardní vývoj řeči, vedoucí k rozvoji palatolalie.

V německy mluvících zemích se dle Neumannové (2000, In: Klenková 2006) začíná, z důvodu nedostatečné výstižnosti pojmenování této vady, prosazovat označení LKGS-Fehlbildung, z německého die Lippen-, Kiefer-, Gaumen-, Segel-Fehlbildung, v překladu, poruchy ve vývoji rtu, čelisti, palata a vela (zkráceně RČPV-poruchy). Ve výjimečných případech se rozštěpová vada týká i nosu.

2.2 Atrézie choan

Nejčastější vrozenou anomálií v oblasti nosu je atrézie choan, ovšem málokdy se vyskytuje samostatně, většinou doprovází další vývojové vady jako vady páteře, CHARGE syndrom či tzv.gotické patro. V populaci se tato vada vyskytuje v poměru asi 1 : 5000 - 8000 živě narozených dětí, častěji u dívek. Může být jednostranná (častější varianta), nebo oboustranná, kostěná či chrupavčitá.

Choany jsou vnitřní nozdry, které tvoří zadní otvor nosní dutiny a spojuje tak nosní a ústní dutinu. Pokud nedojde, asi v 5. týdnu vývoje embrya, k porušení orofaryngeální membrány, dochází ke vrozené atrézii, tedy k zúžení až k neprůchodnosti nosu (viz. obrázek č.2). Tato neprůchodnost je fakticky způsobena kostěnou destičkou uloženou v choaně, jakožto pozůstatek nosních váčků.



Obrázek č. 2: Atrézie choan

(<http://clinicalgate.com/functional-anatomy-of-the-airway/>; 28.2.2017)

Prvotním projevem této vady je dušnost novorozence, není schopen zatím dýchat ústy, s výjimkou pláče a zívání, nos má neprůchodný kvůli atrézii, tudíž se dusí a začne být cyanotický. V jeho těle se hromadí oxid uhličitý, který podráždí centrum zívání, čímž dojde i k nádechu a děj se opakuje. Dýchací cesty je nutné neprodleně zajistit až do doby chirurgického řešení.

Diagnostika probíhá pomocí nasogastrické sondy, kterou není možné zavést hlouběji než 5 cm, protože jí brání překážka, dále pomocí ventilační zkoušky, endoskopie nebo magnetické rezonance.

A.C.Muntau (2014) popisuje jednostrannou atrézii jako vadu silně omezující dýchací schopnost jedince, která dělá dítěti problémy i při pití a často ji doprovází hlenohnisavá sekrece. Oboustranná atrézie je patrná bezprostředně po porodu, objevuje se dechová insuficience, stridor, cyanóza a následkem mohou být časté recidivující aspirační pneumonie a narušení zvuku řeči, konkrétně tzv. rinolalie.

3 Anatomie obličejové části hlavy

Následující kapitola je zaměřena na popis anatomie orofaciální soustavy, aby z práce jasně vyplývalo, které struktury tato oblast zahrnuje a při bližším zkoumání dané problematiky byl čtenář lépe orientován. Je zde popsána jak kostra obličejové části hlavy, tak i její svalová soustava.

3.1 Osteologie

Sinělnikov (1980) definuje lebku, cranium, jako kostru hlavy, která je primárně dělena na část mozkovou, tedy neurocranium, a část obličejovou, splanchnocranium. Hranice mezi nimi je tvořena rovinou, která vede vpředu mírně nad kořenem nosu a vzadu prochází zevním hrbolkem týlní kosti.

Mozková část lebky je větší a je v ní uložen mozek. Obličejová část tvoří kostěný podklad pro vstupní oddíl trávicího a dýchacího ústrojí. Kostra hlavy je současně ochrannou vrstvou pro mnohé smyslové orgány, nachází se zde zrakové, sluchové i čichové čidlo. Obě části lebky jsou pevně spojeny za prvé pomocí sutur, lebečních švů, a za druhé pomocí chrupavčitých spojů, tzv. synchondroses cranii. Jedinou výjimku tvoří dolní čelist, mandibula, která je ke zbytku lebky připojena temporomandibulárním kloubem. K obličejové části se řadí dolní skořepa nosní, kost slzní, nosní, radličná, patrová, lícní, dolní a horní čelist a jazylka.

Zrzavý (1978) vymezuje, že horní část dutiny nosní je tvořena pomocí kosti čichové. Kostěný podklad kořene nosu pak tvoří kůstky nosní, ossa nasalia.

Na boční stěně nosní dutiny je třemi výběžky připojena dolní skořepa nosní, concha nasalis inferior; předním výběžkem se pojí ke kústce slzní a zadním k výběžku kosti čichové. Zadní část nosní přepážky je tvořena kostí radličnou, lat. vomer, která probíhá od tvrdého patra dorsokraniálně k tělu kosti klínové, kde se rozšiřuje do podoby křidel.

Zrzavý (1978) dále uvádí, že pro formování obličeje a vývoj tváře je stěžejní kost patrová, os palatinum, která se svou čtyřúhelníkovitou horizontální ploténkou účastní na tvorbě tvrdého patra a svou vertikální ploténkou na tvorbě zadní části boční stěny nosní. Vertikální ploténka je tenká a svou zevní plochou se pojí k horní čelisti.

Horní čelist, maxilla, je párová kost, která tvoří kostěný podklad horní části obličeje. Skládá se z těla, tzv. corpus maxillae a ze čtyř výběžků: čelního, lícního, patrového a alveolárního (Zrzavý, 1978).

Patrový výběžek je kostěná ploténka, která vybíhá mediálně z dolního okraje facies nasalis těla maxilly a společně s horizontální ploténkou kosti patrové vytváří kostěnou přepážku mezi dutinou ústní a nosní.

Pomocí složeného čelistního kloubu, articulatio temporomandibularis, je k lebce připojena dolní čelist, mandibulla, nepárová kost, tvořící dolní oddíl obličejové části lebky. Dolní čelist členíme na corpus mandibulae a na 2 ramena, rami mandibulae, které vybíhají ze zadních konců těla, míří vzhůru a šikmo vzad a svírají s dolním okrajem těla úhel, angulus mandibulae. Na horním konci ramus mandibulae jsou dva výběžky, přední a zadní, oddělené zářezem. Zadní výběžek, processus condylaris, se spojuje v kloubu čelistním s lebkou, pomocí hlavičky, která je pokryta chrupavkou (Sinělnikov, 1980).

3.2 Myologie

Svalová soustava hlavy je dělena do dvou skupin, na svaly mimické a svaly žvýkácí (čelistní).

Mimické, neboli obličejové, svaly jsou uloženy pod kůží svým smrštěním, svažují kůži na hlavě, čímž mění výrazy tváře, tedy tvoří mimiku; proto se nazývají svaly mimickými. Člení se do 4 skupin na svaly klenby lebeční, svaly štěrbiny oční, svaly štěrbiny ústní a svaly zevního nosu. V návaznosti na téma práce a následný průzkum je vhodné podrobněji popsat dva naposledy zmíněné.

Svaly štěrbiny ústní se dělí na 2 základní skupiny: do první se řadí kruhový sval ústní, m. orbicularis oris, který je tvořen svalovými snopci ve rtech a jehož smrštěním se uzavírá ústní štěrbina, dochází k protruzi rtů. Druhou skupinu tvoří svaly uspořádané radiálně od štěrbiny ústní, jejichž smrštěním se štěrbina ústní naopak rozšiřuje. Tyto svaly jsou: m. zygomaticus major a minor, m. levator anguli oris, m. levator labii superioris a superioris alaeque nasi, m. buccinator, sval tvářový, který táhne ústní koutek zevně či přitlačuje tváře k zubům, m. risorius, m. depressor anguli oris a labii inferioris, m. mentalis, který vysunuje dolní ret a m. transversus menti.

Mimické svaly zevního nosu jsou dva: m. nasalis, začínající na horní čelisti, který zužuje a rozšiřuje nosní dírky a m. depressor septi nasi, jenž se upíná na dolním okraji chrupavky nosní přepážky a táhne ji dolů.

Svaly žvýkácí, mm.masticatores, přitahují při svém smrštění dolní čelist a tím provádějí žvýkácí pohyby. Žvýkácí svaly jsou 4 párové svaly: zevní sval žvýkácí (m. masseter), sval spánkový (m. temporalis), m. pterygoideus medialis a m. pterygoideus lateralis. První dva zmíněné žvýkácí svaly jsou uloženy po obou stranách čelistního kloubu zevně, dva zbylé jsou umístěny z vnitřní strany.

Podle Zrzavého (1978) se kromě těchto 4 vlastních žvýkácích svalů účastní žvýkání i tzv. akcesorní žvýkácí svaly, tedy svaly jazyka, tváří, rtů a horní svaly jazyčky.

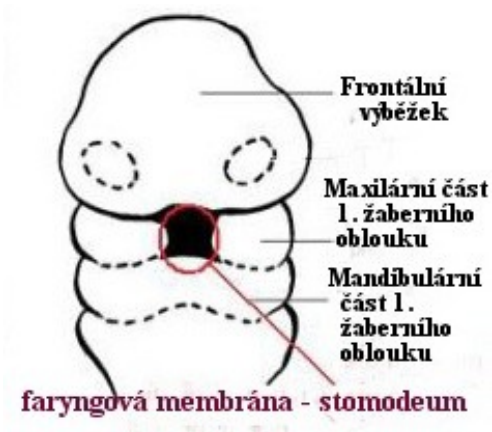
Nejsilnější ze žvýkácích svalů, musculus masseter, je inervován V. hlavovým nervem, n. trigeminus, a jeho hlavním úkolem je přitahování dolní čelisti a účast na jejím předozadním posuvu.

4 Vývoj orofaciální oblasti

Popis vývoje orofaciální oblasti je stěžejním tématem pro tuto práci, jelikož rozštěpové vady, které jsou jejím předmětem, se vytváří právě vlivem defektního vývoje plodu, tudíž je nutné podrobně rozepsat, v jaké fázi, které struktury obličeje vznikají, jak probíhá jejich správný vývoj a spojení a kdy může docházet k patologiím.

4.1 Vývoj tvářových struktur

Základy orofaciální oblasti se začínají vytvářet už v embryonální fázi vývoje plodu, kdy se embryo skládá ze 3 zárodečných listů: ektodermu, na povrchu embrya, entodermu, tvořící sliznici, která vystýlá trubici uvnitř plodu a mezodermu, který tvoří všechny struktury mezi ektodermem a entodermem. Místo, kde chybí mezoderm, se nazývá faryngová membrána (viz. obrázek č. 3) a později z ní vzniknou ústa. Za faryngovou membránu se napojuje primitivní střevo, z něhož později vzniká i dýchací soustava. Tato trubice je ukončena kloakovou membránou, druhým místem na embryu, kde chybí mezoderm a její proděravění pak dává vznik urogenitálnímu a análnímu otvoru.



Obrázek č. 3: Schéma hlavové části

embrya (http://fce-study.netdna-ssl.com/images/upload-flashcards/back/9/5/48759670_m.jpg; 5.3.2017)

Na hlavovém konci embrya po bočních stranách se postupně objevují párové poloobloukové vyvýšeniny, tzv. žaberní oblouky, kterých je 5 párů. Z vnějšku jsou od sebe odděleny vnějšími žaberními brázdami a zevnitř faryngovými váčky, které tvoří základy orgánů jako např. tonsila palatina (=mandle patrová), nebo thymus (=brzlík). Každý žaberní oblouk je vyztužen chrupavkou, vlastním hlavovým nervem a cévním zásobením z oblasti vznikajícího srdce.

První žaberní oblouk leží nejkraniálněji pod frontálním výčnělkem a je inervován nervem trigeminem (5. hlavový nerv). Z boku ohraničuje faryngovou membránu a dělí se na 2 části: menší maxilární část a větší mandibulární část. Z maxilární části později vzniká maxila, patro a část horního rtu a z části mandibulární mandibula a celý dolní ret. Z chrupavky prvního žaberního oblouku vznikají středoušní kůstky: kladívko a kovádlínka.

Druhý žaberní oblouk, tzv. hyoidní, dává vznik třmínku, styloidním výběžkům lebky, jazylce a mimickým svalům tváře. Je inervován pomocí nervus facialis (7. hlavový nerv).

Ze třetího žaberního oblouku vzniká během vývoje plodu část jazylky a svaly hltanu, ze čtvrtého a pátého pak vznikají částečně také svaly hltanu, ale především svaly hrtanu a chrupavka hrtanu. V místě prohloubení 1. žaberní brázdy vzniká vnější zvukovod a v místě dotyku s 1. faryngovým váčkem se tvoří bubínek.

4.2 Vývoj nosní dutiny

Podle Vacka (2006) dochází přibližně ve 4. týdnu intrauterinního vývoje dochází v hlavové části embrya ke ztluštění ektodermu a tím ke vzniku tzv. plakod, čichové, čočkové a sluchové. Plakody jsou základy pro senzorické orgány, tedy pro nos, oko a ucho. Standardně v 5. týdnu se začíná množit mezenchym okolo čichové plakody ve tvaru podkovy a dává tak vznik dnu nosní jamky. Tento mezenchymový útvar má mediální a laterální výběžek, přičemž mediální roste rychleji a již v 7. týdnu se pojí s maxilárním výběžkem prvního žaberního oblouku. Tímto spojením vzniká horní čelist a laterální části horního rtu. Střední část horního rtu pochází z frontálního laloku.

Následně dochází ke spojení i laterálních nosních výběžků a tím vznikají nosní křídla, přibližně v 8. týdnu těhotenství, která srůstají v místě nasolabiální rýhy. V počátcích vývoje nosní dutiny chybí patro, je to tzv. embryonální dutina. V místě zvaném area triangularis dochází k proliferaci a tím se začíná formovat a zdvihat nos. Nosní jamky se prohlubují a formují se na kanálky. Jejich proděravěním vznikají primitivní choany, spojené s embryonální ústní dutinou. Mezi oběma nosními kanálky roste kaudálním směrem základ nosního septa, které se následně, zhruba v 8. týdnu, spojí s patrovými deskami, které rostou ze stran. Následně se ve 3. měsíci mění oblast propadlé čichové plakody na regio olfactoria se smyslovými čichovými buňkami.

4.3 Vývoj ústní dutiny

S vývojem dutiny nosní velmi úzce souvisí i vývoj dutiny ústní, jejíž základem je primitivní ústní jamka, tzv. stomodeum. Je ohraničeno shora frontálním výběžkem, z boku maxilárními výběžky 1. žaberního oblouku a zdola jsou srostlé mandibulární výběžky 1. žaberního oblouku. Dle Vacka (2006) má stomodeum nejprve podobu příčně probíhajícího záhybu, vystlaného ektodermem. Okolo něho obrůstají postupně 2 párovité mezenchymální valy, horní - maxilární a dolní - mandibulární. Dno stomodea tvoří faryngová membrána, po jejímž proděravění dojde ke spojení ústní jamky a faryngového střeva.

Po vytvoření primitivního základu obličeje se z mezenchymu začne diferencovat svalstvo rtů a tváří. Další vývoj se vyznačuje rychlým růstem středních částí obličeje. Nosní otvory, směřované nejprve rovně vpřed, se postupně přesouvají stále více na spodní stranu apexu zdvihajícího se nosu (Vacek, 2006).

Vývoj definitivní dutiny nosní a ústní je vázán na vytvoření patra a nosní přepážky. Tyto procesy probíhají souběžně a v souvislosti s dalšími vývojovými pochody týkajícími se mandibuly a jazyka. Největší část patra vzniká z patrových výběžků, jež vyrůstají z výběžku pro horní čelist. Jazyk po svém založení vyplňuje střední část stomodea a svým hřbetem naléhá na strop primitivní dutiny ústní, která se při růstu hlavy štěrbinovitě rozšiřuje.

4.4 Vývoj orgánů ústní dutiny

Dle Jakubíkové (2012) vyrůstají asi v 8. týdnu prenatalního vývoje od výběžků pro horní čelist patrové ploténky, které rostou nejprve směrem dolů podél postranních ploch jazyka. V souvislosti s prodlužováním dolní čelisti a jejím vzrůstáním do výšky současně klesá hřbet jazyka, a tím se zvětšuje prostor mezi hřbetem jazyka a stropem primitivní dutiny ústní. Jazyk je tvořen vývojově odlišnými předními dvěma třetinami, tedy hřbet jazyka, který vychází z 1. a 2. žaberního oblouku a zadní jednou třetinou, kořen jazyka, pocházející ze 3. a 4. žaberního oblouku; rozhraní obou částí tvoří žlábek ve tvaru písmene „V“, tzv. sulcus terminalis. Entoderm kořene jazyka pak dává, přibližně v 5. měsíci vývoje plodu, vzniknout jazykové mandli, tonsila lingualis.

Vacek (2006) uvádí, že s poklesem jazyka se staví patrové ploténky do horizontální polohy a současně prorůstají mediálně a setkávají se uprostřed patra. Každá patrová ploténka vybíhá v zadní části v malý uvulární výběžek a srůstem těchto výběžků vzniká uvula.

4.5 Vývoj patra

Při srůstání patrových plotének dojde nejprve ke spojení v epitelovou lištu a následně se přední části patra v souvislosti s osifikací maxilly stává patro tvrdé, zadní část ovšem zůstane bez kostěného podkladu jako patro měkké, vybíhající v uvulu (Vacek, 2006).

Frankenberger (1954) uvádí, že ukončeným vývojem patra je primitivní dutina ústní definitivně oddělena od nosní dutiny, která je už od počátku ve své přední části rozdělena na pravou a levou polovinu - pravý a levý nosní kanálek, vzniklý prohlubováním čichové plakody v jamku, a posléze kanálek, jenž se primitivní choanou otevírá do stomodea.

Na podkladě mezenchymálního dráždění se na okraji ústního otvoru množí epitelové buňky, které vytvoří epitelový val, tzv. labiogingivální lištu. Díky zániku části povrchových buněk vzniká hluboký podélný zářez = sulcus labiogingivalis, který dává základ vestibulu oris. Tento žlábek dělí vzniklé ztluštění na vnější val = labiobukální lištu, jako základ vestibulární části rtu a vnitřní val = gingivální lištu, z níž vzniká gingiva a zuby.

5 Etiologie rozštěpových vad

Rozštěpové vady, tedy jakési nesrostení určitých struktur obličeje, vznikají během embryonální fáze vývoje plodu, a to v místech srůstů jednotlivých částí obličeje, jejichž dělicím bodem je foramen incisivum. Příčina rozštěpů je multifaktoriální a stále je předmětem výzkumů (Jakubíková, 2012). Výskyt v populaci se uvádí asi 1:1000, v České republice je to přibližně 1:400-600 narozených dětí, nejčastěji chlapců.

Obecně lze příčiny vzniku rozštěpových vad rozdělit do 3 základních skupin, na faktory exogenní (zevní příčiny), endogenní (vnitřní dědičné dispozice) a kombinace příčin, které se vyskytují přibližně u 10-25% pacientů. Přibližně stejné procento případů vzniká důsledkem dědičného zatížení a chromozomových aberací.

Přibližně u 60-70% rozštěpových pacientů je příčina vzniku vady ve vnějších faktorech, které působí na matku během těhotenství, konkrétně ve fázích, kdy dochází k utváření a spojování jednotlivých struktur obličeje. Mezi tyto vlivy se dle Bildera a kol.(1992) řadí infekční choroby, jako zarděnky, spalničky, chřipka či toxoplasmóza, které mohou v počátcích těhotenství vyvolat potrat, později popřípadě předčasný porod dítěte s vrozenými vývojovými vadami, kromě rozštěpů často srdeční vady nebo vady očí. Dalším z řady exogenních faktorů negativně ovlivňujících vývoj plodu je užívání různých hormonálních přípravků či léků, nedoporučených lékařem, např. tetracyklinová antibiotika, jód, většina antidepresiv, kortikosteroidy, warfarin, acetylcystein (ACC) aj.

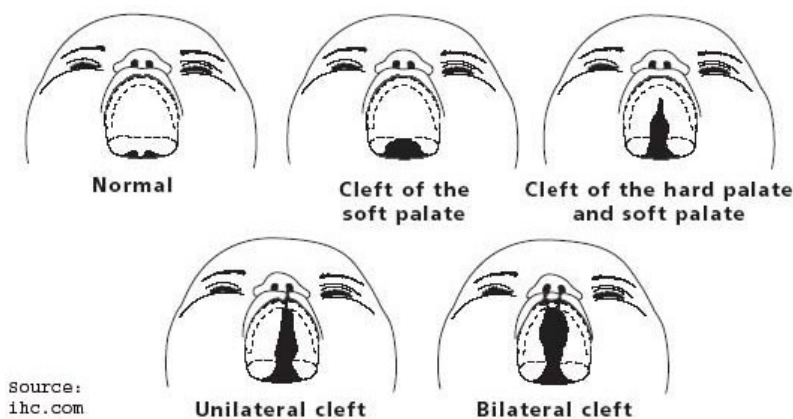
Některé vývojové vady mohou souviset i s nesprávnou životosprávou matky a nedostatkem vitamínů, nejčastěji vitamínu B, nebo naopak s nadbytkem vitamínu A. Velmi nebezpečné je v těhotenství záření, nadužívání alkoholu, nikotinu či jiných návykových látek. Příčinou vzniku rozštěpu mohou být ale i úrazy matky během těhotenství či její vyšší věk.

6 Klasifikace rozštěpových vad

Orofaciální rozštěpy se základně rozdělují na rozštěpy typické a atypické. Jejich dělení vychází především z jejich četnosti v populaci. Pro bakalářskou práci jsou stěžejní rozštěpy typické.

6.1 Rozštěpy typické

Do skupiny typických rozštěpů se řadí ty, se kterými se lze celkem běžně setkat. Jsou to rozštěpy rtu, rtu a čelisti, izolovaný rozštěp patra a celkový rozštěp rtu, čelisti a patra (viz obrázek č. 4).



Obrázek č. 4: Druhy typických rozštěpů

(<http://www.micleft.org/images/overviewpics/clefts.jpg>)

6.1.1 Rozštěp rtu, rtu + čelisti

Rozštěp rtu - cheiloschisis (viz obrázek č. 5) patří mezi rozštěpové vady přední, tedy tvořící se před foramen incisivum, postihuje oblast horního rtu a je nejčastější rozštěpovou vadou, vyskytuje se asi u 1 novorozence na 1000 porodů (Vacek, 2006).



Obrázek č. 5: Jednostranný rozštěp rtu

(http://images.slideplayer.cz/8/2354494/slides/slide_23.jpg; 6.3.2017)

K jeho vzniku dochází nespojením maxilárních výběžků 1. žaberního oblouku. Při rozsáhlých rozštěpech může být postižena i horní čelist (cheilognathoschisis), v rozsahu od foramen incisivum po spodinu nozdry.

Ret může být postižen různými stupni rozštěpu, od pouhého zářezu do oblasti retní červeně, přes neúplný rozštěp, kdy jsou část svaloviny a práh nozdry zachovány, až po úplný rozštěp rtu, táhnoucí se do nozdry (Dušková et al., 2007).

Při postižení alveolárního výběžku kosti se objevují také anomálie týkající se zubů, nepravidelnosti ve tvaru, počtu, kvalitě tkání i jejich postavení.

Velmi vzácný je rozštěp ve střední oblasti rtu, tzv. cheiloschisis mediana, který nejpravděpodobněji vzniká poruchou proliferace mezenchymu mediálního nosního valu, takže nedojde k vytvoření jednolitého intermaxilárního segmentu. Charakteristický je středový rozštěp jako součást vývojové poruchy zvané Mohrův syndrom (Vacek 2006).

6.1.2 Rozštěp patra

Rozštěp sekundárního patra, tedy v oblasti za foramen incisivum, vzniká mezi 8.-12. týdnem prenatálního vývoje tak, že nedojde ke spojení laterálních patrových výběžků a oddělení nosního septa. Může se projevit buď jako izolovaný rozštěp uvuly, jako izolovaný rozštěp či zkrácení měkkého patra nebo jako úplný rozštěp patra sahající až k foramen incisivum. (viz obrázek č. 6)



Obrázek č. 6: Rozštěp patra

(www.stastny-usmev.cz; 12.3.2017)

Izolovaný rozštěp patra je spíše častější u dívek, což je vysvětlováno tím, že u zárodků ženského pohlaví srůstají patrové ploténky později než u mužského. I tak je ovšem patrový rozštěp méně častým postižením, asi 1:2000-2500.

Novorozenci s rozštěpem sekundárního patra mají obvykle problémy s přijímáním potravy, což je dáno zhoršenou sací schopností i častými záchvaty dušnosti.

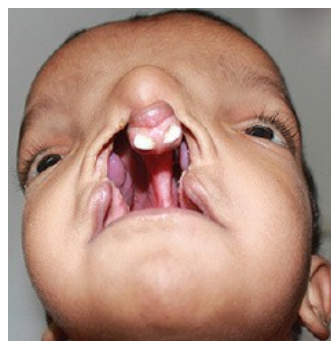
Zvláštním typem rozštěpu patra je tzv. submukózní patrový rozštěp. Podle Duškové et al. (2007) ke vzniku submukózního typu patrového rozštěpu dochází nespojením patrových desek tvrdého patra, které jsou ovšem zcela překryty slizničním valem. Na první pohled se zdá, že je patro vytvořeno normálně, ale pod sliznicí je mezi patrovými deskami a ve svalstvu měkkého patra štěrbina, zasahující až k foramen incisivum. Tyto rozštěpy bývají často doprovázeny rozštěpem uvuly.

6.1.3 Celkový rozštěp - rtu + čelisti + patra

Nejtěžší forma orofaciálního rozštěpu, který se vyskytuje současně před i za foramen incisivum a postihuje primární i sekundární patro, uvulu, ret a čelist - cheilognathopalatoschisis. Bilder a kol. (1996) uvádí, že celkový rozštěp může být jednostranný (viz obrázek č.7), rozdělující uvedené struktury na 2 nestejně části, i oboustranný (viz obrázek č. 8), přičemž premaxila spojená s kostí radličnou a septum nasi tvoří samostatnou část obličeje, která je vysunuta mírně nebo naopak může být vklíněna orálním směrem. Části tvrdého a měkkého patra jsou od sebe odděleny v místě střední čáry.



Obrázek č. 7: Jednostranný celkový rozštěp (<https://www.omicsonline.org/articles-images/dentistry-Unilateral-cleft-6-392-g001.png>; 15.3.2017)



Obrázek č. 8: Oboustranný celkový rozštěp (http://www.ijdr.in/viewimage.asp?img=IndianJDentRes_2016_27_1_100_179839_fl.jpg; 15.3.2017)

6.2 Rozštěpy atypické

Atypické rozštěpy jsou vady velmi ojedinělé a vzácné, jejich výskyt je asi 20krát nižší než u typických forem rozštěpových vad, vznikající také během intrauterinního vývoje. Dělení atypických rozštěpů je následující: příčné rozštěpy, kam patří rozštěp ústního koutku a hypoplazie mandibuly; horní střední rozštěpy zahrnující rozštěp nosu a rozštěp horního rtu ve středové krajině; dolní střední rozštěpy, sem se řadí rozštěp dolního rtu, jazyka a mandibuly; a nakonec šikmé rozštěpy, postihující tvář, výjimečně i orbitu a dolní víčko.

Z atypických rozštěpů stojí za zmínku nejvíce rozštěpy nosu, které mohou kolísat od drobné prohlubinky až k úplnému oddělení polovin nosu, tzv. mediální rozštěp, nebo se mohou projevit jako velký žlábek v oblasti křídla nosu sahající až do očního koutku. Často bývají spojené s jinými vrozenými anomáliemi a syndromy (Jakubíková, 2012).

7 Prenatální diagnostika

První antenatální ultrazvuková diagnóza rozštěpu rtu a patra byla popsána v roce 1981, a to Christem a Meiningerem u dvou plodů ve třetím trimestru těhotenství. Nyní je možné diagnostikovat tyto vady už před 12 týdnem gravidity pomocí vaginálního ultrazvuku.

Základní vyšetřovací metodou pro vyšetření obličeje plodu je použití dvojrozměrného (2D) ultrazvuku. Například oboustranný rozštěp rtu či patra dokáže lékař diagnostikovat už ve 12.-14. týdnu těhotenství. Většina rozštěpových vad obličeje je ale rozpoznána až při ultrazvukovém screeningu vrozených vad okolo 20. týdne těhotenství a úspěšnost jejich diagnostiky závisí vždy na zkušenostech vyšetřujícího lékaře a na kvalitě ultrazvukového zobrazení (to zahrnuje dobrou polohu plodu, „průhlednost“ tkání těhotné ženy a vynikající kvalitu ultrazvukového přístroje).

Rozštěpy nelze odhalit vyšetřením krve těhotné ženy (např. triple test), odběrem plodové vody, tzv. amniocentéza, ani jiným invazivním (Kolísková, 2014).

V případě podezření na výskyt orofaciálního rozštěpu by měla být těhotná žena odeslána na specializované pracoviště na vyšetření pomocí 3D a 4D ultrazvuku, které by mělo podat ucelený přehled o stavu plodu a zprostředkovat lepší informace o přítomnosti, potažmo rozsahu, rozštěpu (viz obrázek č. 9). Pokud je i po tomto vyšetření stále důvodné podezření na rozštěpovou vadu, lze dalšího zpřesnění diagnostiky rozštěpů dosáhnout zobrazením pomocí magnetické rezonance.



Obrázek č. 9: Zobrazení rozštěpové vady na 3D ultrazvuku (<https://www.glowm.com/ultrasoundAtlas>; 6.3.2017)

Nejpřesnější a co nejpřehlednější obraz je stanoven při kombinaci všech těchto metod, tedy využití 2D, 3D i 4D ultrazvuku + magnetické rezonance, což ale může znamenat větší zátěž pro matku i plod, a to i z hlediska většího záření.

Bohužel, i dnes, v době, kdy medicína dokáže zázraky, je úspěšnost detekce obličejových vad plodu během prenatalního vývoje relativně nízká, u nerizikových těhotenství se jich podaří včasné identifikovat zhruba polovinu. U rizikových těhotenství, kde je již např. genetické zatížení vývojovou vadou obličeje, se ovšem procento odhalených rozštěpů blíží 100% (Kolísková, 2014).

Vlastní procento záchytu závisí na erudovanosti vyšetřujícího odborníka, na riziku vady a na gestačním věku v době vyšetření - obecně asi 57 % bývá zachyceno před 20. týdnem gestace, 80 % po 20. týdnu gestace).

Bohužel naprostou jistotu žádné vyšetření zaručit nemůže, lze pouze s různě vysokou pravděpodobností předpokládat určitý nález.

Včasná diagnostika je velmi důležitá, jelikož umožňuje provést další nezbytná vyšetření a rodičům dává prostor na vyrovnání se a jakousi přípravu na situaci, která nastane po porodu dítěte s rozštěpovou vadou.

8 Palatolalie

Dle Kutáلكové (2007) probíhá vývoj řeči u lidí s rozštěpovou vadou normálně, tedy stejně jako u zdravého jedince, ovšem v závislosti na rozsahu poruchy a osobních vlastnostech dítěte se může řeč druhotně rozvíjet pomaleji a defektně. Pokud se kromě rozštěpu nevyskytuje jiné závažnější postižení či omezení, jako např. ADHD či mentální handicap, a byla-li dítěti poskytnuta správná péče, vyrovná se vývoj řeči obvykle během předškolního věku na úroveň vrstevníků.

Pokud tomu tak není, dochází velmi často k rozvoji vývojové vady řeči, která je následkem orofaciálních rozštěpů - palatolalie. Ta je jednou z nejnápadnějších řečových postižení a řadí se do skupiny narušených komunikačních schopností z hlediska zvuku řeči.

Právě na logopedickou terapii řečové vady vzniklé rozštěpem je zaměřena značná část průzkumného šetření v závěru této práce.

8.1 Vymezení termínu palatolalie

Termín palatolalie má svůj původ v řečtině, skládá se ze slov palatum (= patro) a -lalia (= žvanění). Klenková (2006) uvádí, že někteří autoři ji řadí i do skupiny rinolalie, což je shrnující termín pro všechny poruchy řeči různé etiologie, při kterých se otevřená a smíšená huhňavost projevuje v deformaci zvuku jednotlivých hlásek. V současné době je, především v západní literatuře, palatolalie vnímána jako samostatná nozologická jednotka označovaná jako řeč při rozštěpu patra, primárního i sekundárního. Tato vada řeči vzniká v případě, nejsou-li rozštěpy operovány, nebo pokud se nepodařilo operací sekundárního patra vytvořit dostatečný velofaryngeální závěr, čímž pak vznikla tzv. velofaryngeální insuficience. Řeč se tak vyvíjí na od počátku na vadném základě.

Kolísková (2013) definuje velofaryngeální insuficienci jako narušenou funkci měkkého patra a hltanu; vlivem anatomických změn zde není dostatečně funkční patrohltanový úzavěr, čímž dochází ke znemožnění tvorby optimálního uzávěru mezi částí hltanu, která je spojena s dutinou ústní a nosohltanem, při činnostech jako je polykání, dýchání, foukání nebo řeč. Velofaryngeální insuficience je hlavní příčinou

palatolalie. Podle Kutálkové (2007) vzniká změnami v poměru mezi oralitou (rezonancí danou prostorem ústní dutiny) a nazalitou (rezonancí danou prostorem nosní dutiny) typický zvuk hlasu. Jiné anatomické uspořádání obou těchto dutin se může projevovat i tvorbou různých šelestů či šumů. Zvuk řeči je výrazně ovlivněn i polohou jazyka - konkrétně např. posun jazyka vzad a nahoru (tzv. posun artikulační báze vzad) ve snaze vytvořit náhradní uzávěr zvětšuje nazalitu. Stejně tak malý čelistní úhel.

Dle Kerekretiové (1995; In Klenková, 2006) se porucha řeči projeví ve verbální i neverbální interindividuální komunikaci, tedy je narušeno i koverbální chování a poznamená tak její expresivní i recesivní složku.

Lechta (1990; In Klenková 2006) vysvětluje, že komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, jestliže některá jazyková rovina, případně několik rovin současně, působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.

V případě palatolalie je narušena foneticko - fonologická složka řeči, a to poruchou v nazalitě, artikulaci a srozumitelnosti řeči, dále rovina morfologicky - syntaktická a lexikálně - sémantická v případě opožděného vývoje řeči a nakonec i rovina pragmatická, především jako důsledek psychosociálních problémů, které často rozštěpy způsobují.

8.2 Projevy palatolalie

Výčet symptomů je skutečně široký, ale obecně lze uvést, že z rozsáhlé symptomatologie je pro palatolalii typická porucha rezonance, tedy hypernazalita, porucha artikulace a někdy se přidružuje i obtížně srozumitelná řeč. Ostatní symptomy, jako např. poruchy neverbálního chování či narušený vývoj řeči, mohou, ale také nemusí palatolalii provázet (Klenková, 2006).

U rozštěpových pacientů je nutné předpokládat, že stupeň postižení palatolalií je značně ovlivňován rozsahem rozštěpové vady, postižením čelisti a chrupu, přítomností nějaké sluchové poruchy, mentálními schopnostmi, ale také prostředím, ve kterém dítě vyrůstá a komplexností rehabilitační péči, pokud mu byla poskytnuta.

Podle Klenkové (2006) je při palatolalii porušena artikulace vokálů (samohlásek) i konsonantů (souhlásek). Samohlásky mají hypernazální zabarvení, což se nejvíce

projevuje u hlásek I a U, nejméně je narušena hláska A. Souhlásky jsou změněny v důsledku slyšitelného úniku vzduchu nosem a také nedostatečným tlakem vzduchu, který je nezbytný ke správnému vytváření hlásek, a také v důsledku posunu artikulační báze dozadu. Tento posun může nápadně měnit zvuk většiny souhlásek směrem ke K,G. Nejméně je vadná artikulace nápadná u tzv. nosovek (M, N, Ň), nejvíce pak hlásky, které při realizaci vyžadují nejpevnější patrohltanový uzávěr, tedy explozivny (např. P,B,T,D K,G,...), frikativy (např. S, Z, V, J, H,...) a afrikáty (C, Č). Nejvýrazněji bývají zpravidla postiženy sykavky (C, Č, S, Š, Z, Ž).

„Nadměrná námaha při snaze napodobit správný zvuk má často za následek delší svalové projevy - pohyby nosních křídel (vzhůru nebo zužování nosní štěrbin), souhyby horního rtu a tváří v okolí nosu, zvýšený tonus krčních svalů a další.

Na rozvoji řeči se podílí vedle obvyklých okolností zejména sociokomunikativní kontext. Neúspěšné pokusy o komunikaci mohou výrazně omezovat spontánní chuť napodobovat. Někdy mohou vést až k vědomému omezení komunikace. Tím se brzdí rozvoj aktivní slovní zásoby.“¹

Kromě změn artikulace, se mohou rozvinout i jiné poruchy výslovnosti, stejně jako u intaktních jedinců, nejčastěji se asi jedná o prodlouženou fyziologickou dyslalii. Dle Kutálkové (2007) může, vlivem nadměrného artikulačního úsilí, dojít i k poruše hlasu, tzv. palatofonii, projevující se nepříjemným tlačným mečivým tónem hlasu. Kvůli vyšší spotřebě vzduchu někdy vzniká i slabý, dyšný hlas.

¹ KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. Palatolalie a afázie: metodika reedukace. Praha: Septima, 2007, str.8-9. ISBN 978-80-7216-242-0

8.3 Klasifikace palatolalie

Klasifikací této řečové vady je několik a každé ji hodnotí podle jiných kritérií. Jednou z nejznámějších a u nás nejpoužívanější je klasifikace podle Sováka z roku 1978 (In. Kutálková, 2007).

1. stupeň : řeč nemá nápadné rysy palatolalie - někdy se může objevovat lehká otevřená huhňavost či dyslalie, ale nemusí mít vůbec vazbu na rozštěp

2. stupeň : palatolalie není nápadná, přestože huhňavost v řeči je identifikovatelná; řeč je srozumitelná a sociálně dobře přijímatelná

3. stupeň : řeč je nerušená nápadně, ale stále srozumitelná

4. stupeň : řeč je zcela nesrozumitelná

8.4 Diagnostika palatolalie

Schopnost komunikace rozštěpových pacientů je obecně ztížena a zasažena jak v oblasti verbality, tak i neverbality. V komunikaci verbální se narušení projevuje v řeči, hlase i sluchu. Porucha v neverbální komunikaci je znatelná nejvíce v mimice, a to v závislosti na rozsahu postižení tkání orofaciální soustavy.

Základem dobré logopedické diagnostiky i následné terapie je úspěšné navázání kontaktu a získání důvěry klienta, potažmo i rodičů dětského klienta, protože bez těchto nejzákladnějších věcí může celá léčba probíhat jen velmi těžko. Nejdříve se zjišťuje osobní, rodinná a sociální anamnéza, provádí se orientační vyšetření sluchu, řeči a motoriky, zejména motoriky artikulačních orgánů (rty, patrohltanový závěr, jazyk, chrup, čelisti). Přitom se vždy vychází ze závěrů vyšetření lékaře, jeho písemná zpráva je povinnou součástí logopedické dokumentace.

Dle Kutálkové (2007) je jednou z nejlepších metod, které se vždy uplatňují při diagnostice palatolalie, pozorování, a to jak dítěte samotného, tak i interakce mezi dítětem + rodiči a dítětem + jeho vrstevníky. Při pozorování dětského palatolalika se odborník soustředí na jeho adaptabilitu, způsoby komunikace či míru pozornosti, kterou je schopen udržet a byla by využitelná pro reedukaci. Diagnostické závěr jsou poté

využity k výběru nejvhodnějších postupů a metod logopedické terapie palatolalíků (Klenková, 2006).

Při hodnocení řečových schopností se sleduje samotná řeč, tedy její aspekty jako slovní zásoba či rychlost a pohotovost vyjadřování, ale také její případné poruchy v sociální interakci. Dále se diagnostik soustředí na poruchy mluvy, tedy změny rezonance, funkčnost patrohltanového uzávěru, hrtanový ráz a míru posunu artikulační báze vzad. Sleduje se i hospodaření s dechem, hlasové změny a správnost artikulace.

Pro co nejobjektivnější stanovení poruchy řeči je dobré pořídit kvalitní zvukovou nahrávku nebo videozáznam, což může později sloužit jako výborný materiál k porovnání pokroku ve vývoji a zhodnocení úspěšnosti terapie.

V neposlední řadě je nutné zaměřit pozornost i na výchovu dítěte a výchovné zvyklosti rodiny, prostředí, ve kterém vyrůstá, na emoční aspekty, projevující se u nejbližších rodinných příslušníků, ale i na reakce v jejich okolí, které mohou příznivě nebo i naopak silně nepříznivě působit na psychiku matky i dítěte.

Ke konkrétním vyšetřovacím metodám, diagnostikujícím palatolalii, se podle Kutálkové řadí např. Gutzmannova A-I zkouška či zkouška nosním sluchadlem.

9 Terapie rozštěpových vad

Závažnost rozštěpových vad tkví v několika věcech, těmi nejdůležitějšími jsou obtíže s výživou dítěte ihned po narození, konkrétně jde o poruchu sání. Vedle důsledků komplikovaného příjmu potravy pro fyzický vývoj dítěte je zde i faktor negativně ovlivňující psychický stav matky i novorozence, jelikož krmení není ani pro jednoho z nich příjemným zážitkem, ale naopak velmi stresujícím úkonem. Právě na spokojenost a zkušenosti s terapií těchto vad je zaměřena praktická část této práce. Je v ní kladen důraz i na psychické aspekty léčby.

Kutálková (2007) uvádí, že dalším problémem, který s sebou rozštěp přináší, je i narušení po estetické stránce, což budí často negativní reakce jak z širšího okolí, tak i z prostředí nejbližší rodiny, nezdědkakdy se např. otcové neumí srovnat s tak viditelnou vadou svého dítěte a mohou ho až odmítat. Přijetí člověka s rozštěpem není vždy zcela vstřícné a riziko nepříjemných zážitků v oblasti sociálních vztahů již od nejútlejšího věku je velké.

V pozdější době se vyskytují, u velké skupiny lidí s vrozenou rozštěpovou vadou, defekty ve vývoji řeči, nejčastěji porucha zvuku řeči zvaná palatolalie.

Všechny tyto aspekty vedou ke snaze o co nejlepší kompenzaci a co nejrychlejšímu a nejefektivnějšímu řešení nastalého problému. Zprvu je nutné provést soubor chirurgických zákroků, jejichž cílem je zlepšení funkčnosti (příjem potravy a zamezení např. dušení) i estetiky. Bohužel, léčba této vývojové vady je vždy velmi zdlouhavá a náročná. Na terapii by měl spolupracovat celý tým odborníků složený z genetika, plastického chirurga, anesteziologa, pediatra, stomatologa/stomatochirurga, ortodontisty či protetika, a tím pravděpodobně i zubního technika, foniatra, popřípadě otorinolaryngologa, psychologa, logopeda a speciálního pedagoga. Tento tým stanovuje individuální léčebný plán a navrhuje vhodný sled jednotlivých etap léčby, dle typu postižení a věku pacienta (Bilder, 1996).

9.1 Chirurgická terapie

Cílem chirurgických zákroků u pacientů s rozštěpovou vadou je významná úprava defektu jak pro zlepšení funkčnosti, tak pro úpravu estetického dojmu (Kabelka, 1992).

Všechny chirurgické operace, které rozštěpový pacient po narození prodělává pro maximální korekci své vady, musí vést atestovaný plastický chirurg rozštěpového centra. Rozštěpová centra existuje v České republice 2, a to v Praze, při Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, a v Brně, na klinice plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice U sv. Anny.

První návštěva u plastického chirurga by měla proběhnout ihned první týden po porodu. Chirurg primárně zhodnotí vadu a navrhne léčebný plán.

9.1.1 Operace rozštěpu rtu (cheiloplastika)

První pokusy o chirurgickou nápravu rozštěpové vady se datují do 16. později, v průběhu 19. a 1. poloviny 20. století se metody pro korekci rozštěpu rtu dále vyvíjely, na svou dobu jistě velmi moderní a pro rozštěpové pacienty představovaly nové možnosti začlenění se do běžného života, ale pro použití v dnešní moderní medicíně jsou již zastaralé, esteticky i funkčně nevyhovující a tedy se nevyužívají.

Nejpoužívanější metodou se stala dodnes platná Millardova rotačně - posuvná metoda, z roku 1964, především pro možnost jejího využití v případě malých a inkompletních rozštěpů a tvorbě pouze drobných jizev. Základem tohoto způsobu úpravy rtu je vytvoření dvou protilehlých lalůčků, které do sebe následně zapadnou a sešijí se k sobě.

Na Millarda pak navazovali (a dodnes navazují) další lékaři, kteří jeho metodu využívali a vytvářeli její modifikované podoby, s ohledem na vývoj medicíny. Nejčastěji užívanou je asi modifikace dle Nordhoffa.

Mezi odborníky v České republice vznikly 2 názorové proudy o tom, kdy je nejvhodnější doba k provedení výkonu rekonstrukce rtu. Proud neonatální doporučuje provést operaci ihned po narození, tzv. v neonatální periodě, oproti

tomu proud klasický, prosazuje provedení této operace až v prvních 3 měsících života. Obě načasování jsou považována za včasná, operační postupy v obou případech jsou stejné a vždy se provádí v celkové anestézii. Přibližná doba nekomplikované operace je asi 2 hodiny. Rozhodnutí o načasování operace záleží vždy na rodičích.

Zastánci neonatální operace vidí její výhody zejména v dobré hojivosti tkání v době blízko po porodu, z důvodu přetrvávající vysoké hladiny kyseliny hyaluronové ve tkáních, která ihned v následujících týdnech klesá na stálou celoživotní hladinu. Dalším faktorem, hovořícím pro operaci v prvních dnech života novorozence, je vliv na celkovou psychickou pohodu rodiny, jeho lepší přijetí okolím a také zlepšení přirozené výživy. Navíc, jizva vzniklá v tomto období je skutečně nepatrná.

Na druhou stranu je ovšem nutné uvést také výhody odkladu a provedení operace od 3. měsíce věku. Dítě je již zralejší, aklimatizované, zvyklé na matku, proto je celosvětově tato metoda preferovanější. Velkým pozitivem pozdější operace je fakt, že po ní dítě dýchá vždy spontánně a není nutné umisťovat ho na jednotku intenzivní péče, což je v případě neonatologické operace nezbytné, a navíc je mu zpravidla zavedena ventilační kanyla.

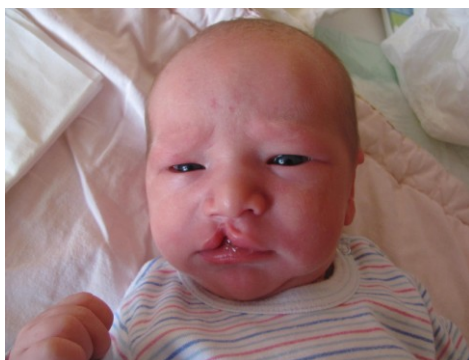
Každý operátor si volí operační techniku sám, podle svého uvážení a svých zkušeností, ovšem konečný výběr metody závisí především na rozsahu rozštěpu a množství vhodné tkáně pro rekonstrukci rtu (www.rozstep.cz; 28.3.2017).

Současně s operací rtu se provádí i operace nosu, po níž jsou většinou dítěti doporučeny tzv. nostrily - silikonové nosní výztuhy, napomáhající k udržení tvaru nosních dírek po operaci, protože pokud rozštěp zasahuje až do nosní dírky, mohou se i po operaci lišit tvarově i velikostně (Kolísková, 2014).

V období alespoň třech týdnů po operaci je vhodné provádět masáže sliznice v místě jizvy, pomocí nichž se vymasíruje pooperační otok a jizva postupně měkne. Povrch rtu je dobré potřít obličejovým krémem nebo olivovým olejem a ukazováčkem jemně stlačovat jizvu proti pevné kosti a následně zasunout ukazováček pod jizvu v ústech a palcem zatlačit na jizvu

proti ukazováčku. Takováto masáž je vhodnou přípravou pro vývoj retních svalů, a tím i pro vývoj řeči. Po operaci rtu, nedojde-li ke komplikacím při hojení, bývá pacient za 6 - 8 dnů obvykle propuštěn do domácího ošetření (www.rozstep.cz, 28.3.2017).

Následující obrázky (obrázek č. 10 a obrázek č. 11) ukazují příklad stavu rozštěpu před operací a po ní.



Obrázek č. 10: Rozštěp rtu

- stav před operací



Obrázek č. 11: Rozštěp rtu

- stav po operaci

(<http://stastny-usmev.cz/tomas-2014-pravostranny-rozstep-rtu/>; 25.3.2017)

9.1.3 Operace rozštěpu patra (palatoplastika)

Rekonstrukce patra by měla být provedena nejpozději do 2 let věku dítěte, protože i když je vývoj artikulace každého jedince zcela individuální, v tomto období už děti zpravidla začínají více artikulovat a pokud k palatoplastice dojde později, může to vést k fixaci špatných řečových vzorů. Naopak příliš časná operace může způsobit omezení růstu struktur obličeje, zejména horní čelisti (www.rozstep.cz; 8.3.2017).

Přes množství různě modifikovaných metod se rozštěpová chirurgie dostala v roce 1976 k metodě dvojité reverzní Z-plastiky pro rekonstrukci měkkého patra podle Leonarda T. Furlowa Jr., která umožňuje jednofázový uzávěr tvrdého patra a je dodnes jednou z nejvyužívanějších metod. Nevýhodou tohoto výkonu jsou pak široké rozštěpové defekty s hypoplastickým měkkým patrem. K dalším oblíbeným chirurgickým řešením rozštěpové vady patra patří např. Barlachova dvojlaloková plastika.

Existují dva možné postupy palatoplastiky – jednostupňová a dvoustupňová. Jednostupňová palatoplastika zajišťuje kompletní uzavření rozštěpu během jediné operace a poskytuje tak následně lepší podmínky pro normální vývoj řeči. U dvoustupňové palatoplastiky je nejdříve uzavřeno měkké patro, tvrdé patro se nechává neoperované po dobu od několika měsíců po několik let. Výsledkem by měl být neomezený maxilární růst a zároveň funkční měkké patro. Nicméně příznivější pro normální vývoj řeči je palatoplastika jednostupňová, která je i všeobecně používanější (Wyszinski, 2002).

„Pokud rozštěp zasahuje do tvrdého patra, musí chirurg překrýt tkáň mezeru mezi kostmi tvrdého patra. Tkáň uvolní z okolí rozštěpové mezery a tuto měkkou tkáň přemístí tak, aby překryla mezeru v tvrdém patře a sešije ji. Při této operaci se nemanipuluje s kostí ani se kost nesešívá. Rozštěpová mezera tvrdého patra je tak překryta měkkou tkání, což je pro funkci tvrdého patra dostačující.“²

Operace měkkého patra je prováděna současně s korekcí patra tvrdého. Jejich nesrostlé části je třeba spojit tak, aby byla zajištěna funkčnost a tím se mohla správně vyvíjet řeč nebo i polykací reflex. Úkolem svalů měkkého patra, je zvedat a posouvat ho, čímž dojde k oddělení nosní a ústní dutiny. Stanovení termínu operace by mělo být výsledkem kompromisu mezi požadavkem foniatrickým a ohledem na vývoj čelisti, jehož ohrožení chirurgickou operací klesá s přibývajícím věkem (Kabelka, 1990).

Několik dnů po operaci patra dostává pacient pouze kašovitou stravu, aby nedošlo k poruše hojící se rány. Sliznice v ústech i v nose bývají ještě zduřelé, průchod vzduchu při dýchání nosem nemusí být dostačující a dítě dýchá hlavně ústy, čímž dochází k osychání ústní sliznice a je tak nutný větší příjem tekutin. S postupným utlumováním otoku se nos stává průchodnějším a dítě si navyká na přirozené dýchání nosem.

Jelikož před operací patra dítěti unikal vzduch vypuštěný ústy současně i nosem, je důležité začít brzy se správným vedením vzdušného proudu pomocí

² KOLÍSKOVÁ, Martina a Zdeněk DVOŘÁK. *Pro tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. Praha: Carter/Reproplus, 2014, str. 19. ISBN 978-80-260-6146-5

dechových cviků. Je nezbytné získat zájem dítěte o cvičení, lze využívat různé pomůcky jako např. dětské trumpetky, foukací harmoniku, vatové kuličky zavěšené na niti, větrníčky, peříčka aj.

Mimo jiné je dobré úspěšnost léčby a hojení podpořit taktéž masáží, jako po operaci rozštěpu rtu. Masáže patra se provádí zpravidla při nekomplikovaném hojení, zhruba po 3 týdnech od operace. Prostředníčkem pravé ruky za mírného tlaku se přejíždí zepředu od zubů po tvrdém patře dozadu až na měkké patro, kde se na patro zatlačí směrem nahoru. Dítě má přitom za úkol vyslovovat dlouze „á“ nebo „í“, čímž aktivně zapojuje patrové svaly.

Následující obrázky (obrázek č. 12 a obrázek č. 13) ukazují příklad stavu rozštěpu před operací a po ní. Na vybraných snímcích se jedná o rozštěp patra i čelisti.



**Obrázek č. 12: Rozštěp patra a čelisti
- stav před operací**



**Obrázek č. 13: Rozštěp patra a čelisti
- stav po operaci**

(<http://stastny-usmev.cz/adam-2005-rozstep-rtu-levostranny-celist-i-patro-oboustranny/>; 28.3.2017)

9.1.3 Operace rozštěpu čelisti (spongioplastika)

Při indikaci operace rozštěpu čelisti je základním kritériem to, jak velká část kosti čelisti chybí. Její defekty bývají často rozsáhlé, a proto je nutné kost doplnit pomocí kostního štěpu, nejčastěji z kyčelní kosti. Tato operace se provádí zpravidla mezi 9. až 13. rokem, ve výjimečných případech v 8 letech

pacienta. Předčasnou implantací kostního štěpu by mohlo dojít k omezení růstu zubního oblouku (Kolísková, 2014).

Asi nejpoužívanější metodou operace alveolárního výběžku maxilly je tzv. sekundární štěpování, které dle Duškové (2007) patří k současnému obecně uznávanému terapeutickému protokolu. S operací se může začít až po erupci stálých molárů v horní čelisti a musí jí předcházet ortodontická péče. Cílem operace je doplnění chybějící kosti, nutné pro správný vývoj a erupci vysoko založených zubů.

V některých případech se používá i metoda terciárního štěpování, tedy operační zákroky jsou prováděny až po ukončení růstu horní čelisti a úplné výměně chrupu.

9.2 Ortodontická terapie

Podle Bildera (1996) je ortodontická léčba nedílnou součástí života člověka narozeného s rozštěpovou vadou, jelikož u většiny pacientů je růst zubů i čelisti rozštěpem značně ovlivněn. Nejvíce dentálních anomálií se objevuje u rozštěpů čelisti nebo celkového (Kolísková, 2014). Ortodontická terapie zpravidla probíhá od narození až do ukončení vývoje stálého chrupu, v závislosti na rozsahu postižení. Jejím úkolem je především podpora správného růstu a vývoje čelistí. Mimo jiné také vytváří předpoklady pro optimální chirurgické řešení rozštěpu a v období po operaci je díky ní omezeno nepříznivé působení jizev na růst kostí lebky.

Úpravou postavení zubů, tvaru zubních oblouků a mezičelistních vztahů se též vytváří dobré podmínky pro definitivní protetické řešení v pozdějším věku, které má zajistit funkční i estetickou rehabilitaci chrupu.

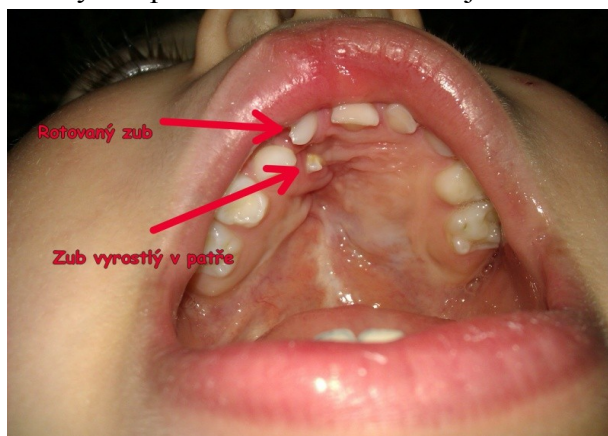
Podle Adama (1967) bývá ve stálé dentici nejvíce postižen postranní řezák, který v některých případech dokonce chybí úplně. Jindy lze v oblasti rozštěpu nalézt nadpočetné či klínovité zuby, jejichž původ je pravděpodobně v rozpadu zubní lišty. Podle závažnosti rozštěpové vady mohou být postiženy i okolní zuby, tedy střední řezáky či špičák. V případě velmi těžkých rozštěpů mohou tyto běžné anomálie být

doprovázeny i anomáliemi v postavení korespondujících zubů, čímž dojde k těžkému poškození funkce chrupu.

Dalším ortodontickým problémem může být zkřížený skus, anomálie vzniklá vlivem rozštěpu, kdy nedošlo ke spojení jednotlivých částí zubního oblouku do tvaru podkovy. Vlivem tlaku tváří a jazyka mohou jednotlivé segmenty v ústech postupně měnit své korektní postavení, čímž dojde ke zkřížení skusu (Kolísková, 2014).

Ortodontistu je vhodné navštívit už mezi druhým a třetím rokem života dítěte. Zhodnotí celkový stav a v některých případech je schopen již předběžně naplánovat vhodné způsoby léčby. Základem je však vždy spolupráce pacienta, případně jeho rodičů.

V období výměny chrupu, tedy mezi šestým až sedmým rokem se zpravidla zahajuje vlastní ortodontická léčba pomocí snímatelných aparátů nebo se navazuje na léčbu, která byla zahájena v období přetrvávání chrupu mléčného. Prořezané řezáky, které se objeví na okraji rozštěpu, mohou být různě rotované nebo mohou mít atypický tvar, umístění či velikost (viz obrázek č. 14). Výjimkou nejsou ani zuby nadpočetné či zcela chybějící (Kolísková, 2014).



Obrázek č. 14: Dentální anomálie

(<http://stastny-usmev.cz/ortodoncie-v-kostce/>; 2.4.2017)

Po ukončení výměny chrupu se ortodontická léčba realizuje vesměs pomocí fixních ortodontických aparátů jak v rámci kompenzace vady, tak případně jako příprava k ortognátní operaci. U pacientů s chybějícími zuby se defekt buď uzavře posunem laterálních zubů, nebo po konzultaci s protetikem a implantologem se v budoucnu přistoupí k protetickému řešení nebo zavedení dentálního implantátu (www.rozstep.cz, 29.3.2017). Trvalé, fixní doplnění zubů je ovšem možné až když je chrup plně vyvinutý, takže do té doby je často nutné, aby dítě nosilo alespoň částečnou snímatelnou zubní náhradu, pro zachování prostoru pro pozdější protetické řešení (Kolísková, 2014).

9.3 Logopedická terapie

Cílem logopedické terapie je dle Lechty (1990, In. Kerekrétiová. 2008) odstranění narušené komunikační schopnosti, nebo alespoň její zmírnění či předcházení jejího zhoršování. Kerekrétiová (2008) uvádí, že výstupem terapie by mělo být dosažení normální řeči, nelišící se nijak zřetelně od řeči intaktních dětí stejného věku. V mnoha případech se po úspěšné operaci rozštěpu patra, po raném stimulačním programu a za pomoci odborníků, z řad logopedů, vyvíjí řeč správně, pouze s občasnými odchylkami a symptomy palatolalie. Může být ovšem i na takové úrovni, že bude kompletně bez těchto symptomů.

Klenková (2006) uvádí, že nácvik řeči by měl začínat, nejlépe formou hry, zhruba okolo 15. měsíce věku, a od 2 a půl roku je vhodné zahájit logopedickou léčbu. Proto je velmi důležitá raná logopedická intervence, která je zacílena na rodiče dítěte s vrozenou vývojovou vadou; uvádí se, že intervence se týká přibližně 50-80 % pacientů s rozštěpy patra. Jsou jim poskytovány rady ohledně palatolalie a celý systém poradenství je veden tak, aby byl zabezpečen správný vývoj řeči dítěte. Zásadním úkolem logopeda je připravit celkový plán a cíle logopedické terapie, ale také naučit rodiče vše potřebné k tomu, aby mohli s dítětem co nejefektivněji procvičovat doma. Rodiče jsou pro dítě řečovým vzorem, tudíž by se měli snažit mluvit správně a zřetelně, adekvátně k jeho věku a co nejčastěji. Je vhodné i komentovat prováděné aktivity - krmení, koupaní, hru aj.

Logoped rodiče instruuje k tomu, jak správně rozvíjet komunikační schopnosti dítěte a jak dítě přimět k samovolnému projevu a vytvářet situace provokující dítě k napodobování zvuků. Rodiče by se měli snažit rozvíjet i zrakovou percepci, tedy být schopni upoutat jeho pozornost, přimět dítě udržet oční kontakt, fixovat nějaký předmět či sledovat mluvidla osoby, která na něho promlouvá.

Kerekrétiová (2008) dělí logopedickou terapii palatolalie dle několika hledisek, např. podle délky trvání ji rozlišuje na krátkodobou (do 6 měsíců) a dlouhodobou (delší než 6 měsíců), podle věku na raný, předškolní, školní a starší školní věk nebo podle využívané formy na individuální a skupinovou.

Logopedická terapie u rozštěpových dětí vyžaduje zejména cvičení ke zlepšení rezonance a artikulace. Cvičení ke zlepšení rezonance jsou buď pasivní, nebo aktivní. Pasivní je např. mechanické napínání měkkého patra elektrostimulací. Aktivním cvičením může být např. foukání - ke směřování výdechového proudu vzduchu spíše do úst než do nosu. Využívá se foukání do vaty, svíčky, papíru, bublifuku, hra na foukací harmoniku apod. Provádí se také pískání, tzn. hlasité foukání spojené s fonací. Dále jsou to cvičení jako sání, pití slámkou, kloktání, zdvihání měkkého patra před zrcadlem. Při pití trubičkou se vytváří dostatečný patrohltanový uzávěr (Klenková, 2006).

Dle Kerekrétiové (2008) se nejčastěji při nácvičku správné artikulace vychází z napodobování různých přírodních zvuků. Všechna cvičení by se měla provádět v klidu, v úplném psychickém i fyzickém uvolnění a se vzpřímenou nebo lehce skloněnou hlavou. Klenková (2006) cílí cvičení na rozvoj artikulace na přenesení artikulační báze vpřed na optimální artikulační místa. Logoped s pacientem nacvičuje nové zvuky a snaží se o vytvoření nových hlásek. Jednotlivé hlásky se procvičují ve slabikách, spojují se souhlásky se samohláskami na začátku, uprostřed, na konci slabiky, zpočátku s neutrální hláskou A, protože tím se podporuje hlubší poloha jazyka a dochází ke zvětšení čelistního úhlu.

Terapie poruch artikulace se skládá ze 4 základních etap: přípravná cvičení, vyvození hlásky, fixace a automatizace správné výslovnosti. Přípravná cvičení se skládají z procvičování tzv. oromotoriky a fonematické diferenciaci - jsou to různé cviky pro jazyk, rty i čelist. Příkladem pro nácvičku fonematické diferenciaci je situace, kdy se dítě učí poznávat vady v řeči jiných (Klenková, 2006).

Při vyvozování hlásek se začíná vždy se samohláskami, kdy jsou vyvozovány v pořadí A,O, U, E, I, a to nejlépe před zrcadlem, pro podporu zrakové percepce. U vyvozování souhlásek je uváděno hned několik postupů pro nácvičku, např. Kent navrhuje nacvičit nejprve explozivní, následně frikativní a afrikativní; Golding- Kushnerová zase doporučuje postup od laryngální hlásky „H“, přes bilabiální „P,B,M“, labiodentální „F, V“, apikální „N, T, D, S, Z“, po velární „K,G“.

Na procvičování a napomáhání korektního rozvoje řeči lze využít i různé pomůcky, jako deskové hry, pexesa, balónky, ale i mobilní aplikace, které v dnešní, takřkajíc přetechnizované, době jsou pro většinu dětí jistě přístupné a hlavně pro ně představují zábavnou formu nácviku. Co se týče interaktivních aplikací, spousta jich je zdarma volně ke stažení a na internetu se jich dá nalézt nepřeberné množství. Příkladem je aplikace „Mluvídek“, která podporuje rozvoj slovní zásoby a logického myšlení. Aplikace je rozdělena do 4 kategorií (Poslouchej, Kde jsou obrázky?, Jak to jde dál? a Pexeso).

Na celkem zajímavém principu jsou postaveny např. aplikace „Větrník“, která procvičuje správné dýchání, ale i motoriku mluvidel a funguje tak, že dítě fouká na displej dotykového zařízení a větrník na obrazovce se roztočí, nebo „Candle Light free“ - hořící svíčka, kterou se dítě snaží na displeji sfouknout (Chotěborová, 2015).

10 Péče o chrup jedinců s rozštěpovou vadou

Jak už bylo uvedeno v kapitole o ortodontické terapii, chrup dětí narozených s rozštěpem zaznamenává ve spoustě případů anomální vývoj a vlivem poměrů v ústech, jako vazká konzistence sliny či zjizvené patro a horní ret, může mít pacient větší sklon ke kazivosti zubů nebo defektům zubní skloviny. Vše závisí na několika faktorech: strava, ústní hygiena, kazivost chrupu a funkčnost zubů a čelistí. Faktorem, který lze bez problémů ovlivnit a díky němuž může rozštěpový pacient mít sanovaný chrup je správná dentální hygiena.

První návštěva ve stomatologické ordinaci by měla proběhnout hned v prvním roce života, po prořezání se prvního zubu. Toto první setkání slouží ke kontrole vývoje chrupu, ale především pro seznámení dítěte s prostředím zubní ordinace, čímž je možné předejít případnému vzniku dentofobie - strach ze zubařů.

U dětí, které ještě nemají prořezaný žádný zub je vhodné, nejlépe po každém kojení (nebo krmení obecně), používat buď stočený proužek gázy nebo tzv. prst'áček (gumový kartáček na prst) na vytření úst dítěte. Po prořezání prvních zubů se doporučuje velmi měkký dětský kartáček, nejlépe určený pro děti od 0 do 1 roku.

Pokud je dítě čerstvě po operaci rozštěpu, je nutné, aby byl rodič maximálně opatrný, čistil ústa velmi jemně, ale důkladně, aby nedošlo např. k infekci rány.

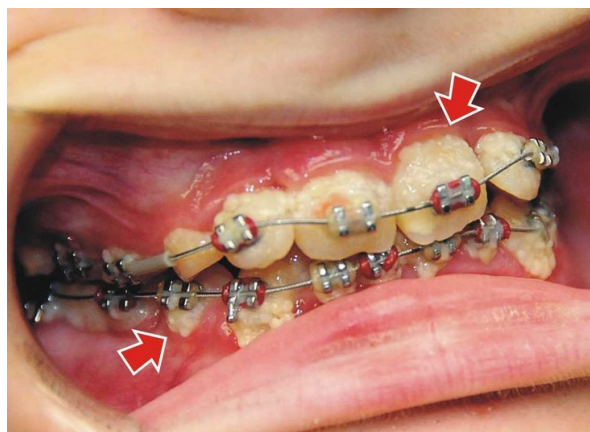
Důležité je mít alespoň hrubý přehled o příjmu sacharidů ve stravě dítěte, nepodávat mu velké množství, zbytečně ho nezvykat na sladké čaje a šťávy či kyselé nápoje, které erozivně působí na zubní sklovinu.

V období výměny mléčného chrupu za stálý si dítě většinou zvládá zuby vyčistit samo, ale stále je nutná kontrola od rodiče. V případě rozštěpových pacientů dvojnásob. Každá dentální anomálie znesnadňuje jak samoočišťování pomocí sliny, tak i čištění cílené s dentálními pomůckami, jelikož jsou tato místa často hůře přístupná nebo se v nich více udržují nečistoty a zubní plak. Už v tomto věku je vhodné navštívit dentální hygienistku, která dítěti přímo v ústech ukáže jak která místa čistit, naučí ho správnou techniku čištění, která netraumatizuje ani zuby, ani dásně a navrhne mu dentální

pomůcky, které by měl používat pro optimální vyčištění úst, stížených rozštěpovou vadou.

Všeobecné zásady správné dentální hygieny zahrnují čištění zubů s měkkým rovně stříženým zubním kartáčkem, zubní pastou s fluoridy, mezizubními pomůckami, ať už mezizubními kartáčky nebo interdentální nití, případně ústní sprchou, a jednosvazkovým kartáčkem na úplné dočištění okolo dásní. Nikdy by se zuby neměly čistit horizontální metodou, tedy pohybem ze strany na stranu. Obecně je nejvíce doporučována stírací technika, kdy se kartáček přiloží polovinou plochy štětin na dásně a polovinou na zub, mírně se jím zavibruje v místě krčku zubu a následně se povrch zubu setře směrem od dásně pryč. Od období puberty, popřípadě adolescence, je už jedinec schopen pomocí zmíněných pomůcek kvalitně vyčistit dutinu ústní a přispět tak k celkovému orálnímu zdraví.

Ještě větší důraz je na tato pravidla kladen v případě ortodontické léčby, jelikož zejména u terapie pomocí fixních ortodontických aparátů bývá hygiena často zhoršena (viz obrázek č. 15). Důvodem tohoto zhoršení je zpravidla přítomnost aparátu, který je velmi členitý, zámečky a prostory mezi dráty se obtížně čistí. Dalším důvodem zhoršení stavu může být i nezáměr a lenost pubescentního pacienta o čištění zubů.



Obrázek č. 15: Špatná ústní hygiena u pacienta s fixními ortodontickými aparáty

(<https://uk.pinterest.com/explore/teeth-after-braces/>;
2.4.2017)

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce je rozdělena do dvou oddílů - první je veden metodou kvalitativního šetření a obsahuje rozhovor s členkou občanského sdružení Šťastný úsměv, druhý má pak formu kvantitativního průzkumu a sestává z dotazníků, zaměřených na zkušenosti a na úroveň léčby rozštěpových vad.

11 Kvalitativní výzkumné šetření

11.1 Cíle

Cílem kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce je zjistit jaké existují možnosti sociální rehabilitace osob s rozštěpovou vadou a jaká hlavní negativa přináší jejich léčebný proces. Také je práci kladeno za cíl prosadit logopedickou terapii jako nutnou součást komplexní terapie rozštěpových vad a posílit její postavení ve vnímání odborné veřejnosti.

Dílčím cílem je zviditelnění občanského sdružení Šťastný úsměv, které se značně angažuje v oblasti pomoci klientům s orofaciálním rozštěpem.

Výstupem, na základě výsledků kvalitativního šetření je vytvořit dotazník, který by efektivně dále zkoumal především úroveň péče o pacienty s orofaciálními rozštěpy a jejich spokojenost, eventuálně by měl potvrdit výsledky tohoto kvalitativního šetření a díky vyššímu počtu zkoumaných subjektů by měl přispět k větší validitě celkového výsledku praktické části této bakalářské práce.

11.2 Metodologie

V tomto oddíle praktické části práce bylo použito kvalitativního šetření s metodou polostrukturovaného rozhovoru, zaměřeného na zodpovězení níže definovaných výzkumných otázek a hlubší proniknutí do problematiky.

11.3 Výzkumné otázky

1. Jaké mají lidé s rozštěpy možnosti pro sociální rehabilitaci?
2. Jaké hlavní problémy skýtá léčba rozštěpových vad?
3. Je veřejnost dobře informovaná o problematice orofaciálních rozštěpů?

11.4 Metoda sběru dat

Forma polostrukturovaného rozhovoru byla pro praktickou část vybrána z toho důvodu, že je to osobní způsob zjišťování informací o dané problematice a navíc poskytuje podrobnější vhled do dané problematiky.

Rozhovor měl předem připravené otázky a kostru, ale ne vždy byla striktně dodržena, jedna či dvě otázky byly přidány až během samotného průběhu šetření. Finální verze rozhovoru sestává z 10 otázek a odpovědí, které mají podat co nejlepší a nejpřesnější materiál k zodpovězení výzkumných otázek stanovených v podkapitole 11.3.

11.5 Organizace výzkumného šetření

Rozhovor byl veden s paní Martinou Kolískovou, dne 24.3.2017 a probíhal telefonickou cestou, z důvodu velké vzdálenosti dotazujícího se (Děčín) a dotazovaného (Olomouc) a trval zhruba 20 minut.

Martina Kolísková je členkou občanského sdružení Šťastný úsměv, které se zabývá prací s rozštěpovými pacienty, distribucí informačních materiálů pro děti s rozštěpy, jejich rodiče i odborné pracovníky, lékaře apod., ale také pomáhá se zapojením takto postižených osob do společnosti. Je autorkou a spoluautorkou několika publikací zaměřených na problematiku rozštěpových vad a zároveň je i matkou mladé slečny, která se narodila s orofaciálním rozštěpem.

Paní Martina poskytla tento rozhovor a následně souhlasila s jeho zpracováním pro potřeby bakalářské práce.

11.6 Interpretace nasbíraných dat

Otázka č. 1: Můžete stručně popsat jak a pro koho funguje vaše sdružení

Šťastný úsměv?

Odpověď: Především pro rodiče dětí s rozštěpovou vadou, pro děti samotné, ale i pro dospívající a dospělé, kteří se s touto vadou narodili. Podporujeme studenty, kteří se z různých hledisek na tuto VVV zaměřili tím, že jim pomáháme při získávání studijního materiálu, poskytujeme konzultace a podobně. Často se na nás obrací i lékaři různých oborů s dotazem nebo prosbou o kontaktování konkrétního pacienta s rozštěpem.

Otázka č. 2: S jakými odborníky při práci s lidmi s rozštěpovou vadou spolupracujete?

Odpověď: S lékaři rozštěpových center – plastickými chirurgy, ortodontisty, foniatry, ORL a klinickými logopedy. V posledních letech s gynekology, lékaři center prenatální medicíny a lékaři dětských oddělení porodnic.

Otázka č. 3: Jaký je podle vás nejvhodnější postup při logopedické terapii u lidí s rozštěpovou vadou, popř. jaké jsou nejlepší pomůcky?

Odpověď: Ideální jsou pravidelné návštěvy dítěte v poradně rozštěpového centra, kde se mu komplexně věnují všichni odborníci (včetně klinického logopeda rozštěpového centra) a společně stanoví optimální postup léčby pro další období. Tedy i logopedické terapie, za kterou dítě dochází v místě bydliště.

Potřebné je určitě zahájit tuto terapii co nejdříve. Vždyť mnoho dětí ještě v roce neumí sát nebo fouknout pusou přes našpulený ret.

Otázka č. 4: Jakým způsobem pomáháte dětem (potažmo rodičům dětí) s rozštěpovou vadou ke spokojenosti a začlenění do sociální skupiny, např. školní třída?

Odpověď: Osobně si myslím, že ze všeho nejvíce tomuto právě pomáhá detabuizace ve společnosti. To, o čem jsou známá alespoň základní fakta, nevyvolává rozpaky a ostych, nevzbuzuje strach a opovržení. Je přijímáno jako „normál“ a tedy není

důvod k vyčlenění ze skupiny. Je také důležité, aby se o rozštěpu s dítětem mluvilo zcela přirozeně, dle věku. Aby mělo zdravé sebevědomí a rozštěp pro něj nebyl trauma. Snažíme se v rámci Šťastného úsměvu toto říkat i rodičům. Máme pro děti knížky, maňáska Lippyho atd. Je toho opravdu hodně.

Otázka č. 5: Kolik lidí, řádově, v současnosti využívá služby vašeho sdružení?

Odpověď: Přesný počet si netroufnu odhadnout. Nevedeme si žádné statistiky. Určitě je to několik set klientů.

Otázka č. 6: Myslíte si, že míra informovanosti laické veřejnosti je, co se týče rozštěpových vad, dobrá? A jak je tomu u odborné veřejnosti?

Odpověď: Informovanost mezi laickou veřejností je určitě o mnoho lepší než před 10 nebo 20 lety, ale stále není na takové úrovni, jakou bychom si přáli. Pro mnoho lidí je rozštěp stále ještě stigma, mnoho lidí si ho spojuje s mentálním postižením apod. Pro některé je tato vada natolik nepřijatelná, že volí potrat. Zde nemluvím o rozštěpech vázaných na jiné, závažnější postižení.

U odborné veřejnosti se situace, myslím, zlepšuje mnohem rychleji. Především se méně setkáváme s předsudky.

Otázka č. 7: Jak jste se dostala k práci s rozštěpovými pacienty?

Odpověď: S rozštěpem obličej se narodila moje, dnes už dvanáctiletá, dcera. Právě nemožnost získat jakékoliv relevantní informace mě přivedla do zrovna vznikajícího sdružení Šťastný úsměv. Na vlastní kůži jsem tedy v tu dobu poznala, že je potřeba mnoho věcí změnit. V tu dobu bylo prvotně potřeba zlepšit informovanost rodičů.

Když přijdete do ordinace k lékaři, těžko se stihnete zeptat na vše, co se vám honí hlavou, a i kdyby byl čas, člověk si na vše nevzpomene... Je fajn si nastudovat základní informace předem, a pak se jen ptát na to, čemu nerozumím nebo na to, jak bude probíhat léčba konkrétně u mého dítěte.

Dnes je situace již jiná. Informovanost rodičů se o mnoho zlepšila, proto se zaměřujeme na další cílovou skupinu – veřejnost. Také se snažíme pomoci dnes již dospělým s rozštěpy. Pro mnoho z nich je rozštěp stále tabu, ostýchají se o svých problémech mluvit, bojí se vzpomínek...

Otázka č. 8: Organizujete již několik let akci „Přátelské setkání“, co je jejím hlavním cílem a jak vlastně probíhá?

Odpověď: Hlavním cílem je umožnit dětem s rozštěpy seznámit se, navázat přátelství, aby věděly, že „v tom“ nejsou samy. Rodiče, prarodiče zde diskutují s lékaři v neformálním prostředí, ale povídají si hlavně mezi sebou. Svěřují si starosti i radosti, které jim rozštěp přináší do života. Ten pocit, že nejste jediní, že stejné problémy řeší spousta dalších lidí, je prostě velmi prospěšný pro blaho celé rodiny.

Otázka č. 9: Je v českém systému něco, co je podle vás nutné zlepšit nebo změnit, ať už legislativně, z hlediska medicínského či v sociální sféře ve prospěch lidí s rozštěpy?

Odpověď: Je toho tolik, že ani nevím kde začít. Například u dospělých s celkovými rozštěpy se po čase začne objevovat problém s tím, že nedrží můstek, který nahrazuje zuby, které vinou rozštěpu nebyly založené nebo nebyly kvalitní. Čelist přetáta rozštěpem není zcela pevná, můstek nemá dlouhou životnost nebo na čelisti nedrží. Ideální řešení je implantát s doplněním umělého materiálu do čelisti. Pro mnoho pacientů finančně nedosažitelné, protože pojišťovny nepřispívají. Jak se takový člověk musí cítit, když se ve 40 nebo 50 ocitne v situaci, kdy je bez zubů stigmatizován rozštěpem. Nakonec už i na ortodontickou léčbu dětí musí rodiče čím dál častěji připlácet. Rozpadají se nám rozštěpová centra díky sporům mezi nemocnicemi a my se snažíme působit jako tmel mezi nimi s přáním udržet pro děti co nejlepší léčbu jaká je doposud.

Otázka č. 10: Můžete na konec, anonymně, uvést nějaký pro vás silný příběh dítěte s rozštěpovou vadou, se kterým jste se setkala?

Odpověď: Příběhů je tolik... a anonymní není ani jeden. Učíme všechny, aby se za rozštěp nestyděli :). Tak snad tenhle za všechny.

Paní Lucie se narodila v roce 1991 s oboustranným rozštěpem rtu a čelisti. Její rodiče neměli o její vadě ponětí, takže po porodu byli nepříjemně překvapení, což se Lucie zpětně dozvěděla a mrzelo jí to. Prošla si krušným dětstvím, trápila ji její „jinakost“, posměšky spolužáků i zcela cizích lidí. Prodělala celkem 8 operací a dodnes se jí občas zdají sny z prostředí nemocnice, kde se připravuje na další operaci a budí se

se strachem. Postupem času se ale se svým estetickým handicapem naučila žít, vdala se a má krásnou zdravou holčičku.

Celý příběh paní Lucie je zveřejněný na této adrese: <http://stastny-usmev.cz/chtela-jsem-psat-pozitivne-ale/>.

11.7 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Respondentka během rozhovoru zmínila mnoho užitečných informací, které byly velkým přínosem pro práci. Povedlo se pomocí nich zodpovědět všechny 3 výše stanovené výzkumné otázky.

První z nich se týkala možností sociální rehabilitace osob s rozštěpovou vadou, která je často ztížena nebo zcela znemožněna, ať už z důvodu stigmatizace zbytkem společnosti, nebo nevědomostí a nedostatkem informací o možnostech zapojení se do společenského života ze strany rozštěpových pacientů. Největší pozornost je tomuto tématu věnována v otázce číslo 4, kde dotazovaná uvedla, že je podle jejího názoru nejdůležitější poučit většinovou společnost o problematice rozštěpů, protože to o čem se více ví a co je přijímáno jako normální stav, nevyvolává zbytečné rozpaky a začlenění takového člověka je pak snadnější pro obě strany. Dále je, podle respondentky nezastupitelná role rodičů, kteří by měli s dítětem o jeho vadě otevřeně mluvit a podporovat tak jeho zdravé sebevědomí, musí vadu brát jako součást sebe samého.

Konkrétně i paní Martina se podílí na socializaci těchto jedinců, a to prostřednictvím sdružení Šťastný úsměv, které, jak uvedla v 5. otázce, sdružuje a pomáhá několika stům klientů. Spolupracují také s rozštěpovými centry a spoustou odborníků, kteří se stejně tak podílejí na co nejvíce bezproblémovém začlenění osob s rozštěpovou vadou mezi intaktní většinu. V odpovědi na otázku č. 2 se respondentka navíc zmiňuje o specialistech, s nimiž občanské sdružení spolupracuje.

Pro výměnu informací a navázání přátelství mezi lidmi se stejným handicapem, tedy orofaciálním rozštěpem, organizuje Šťastný úsměv, o.s. každoročně akci „Přátelské setkání“, kde jsou pro konzultace přítomni i lékaři. Rodiče s nimi mohou prodiskutovat i otázky, které je třeba v ordinaci nenapadnou nebo na ně není při běžné kontrole čas. Paní Martina u otázky č. 8 uvádí, že pocit, že stejné problémy řeší spousta dalších lidí, je velmi prospěšný pro blaho celé rodiny.

Druhá výzkumná otázka je zacílena na problémy, které se vyskytují při léčbě rozštěpových vad. Kromě výše uvedených těžkostí, spojených s možným sociálním nepřijetím a malou mírou informovanosti veřejnosti, jsou to i problémy čistě materiální, např. finanční. Příspěvky zdravotních pojišťoven rozhodně nepokryjí skutečnou potřebu a jak respondentka uvádí v odpovědi na otázku č. 9, např. cena za zubní implantáty je většinou zcela mimo rámec možností, které si běžný člověk s rozštěpovou vadou může dovolit zaplatit, zvláště pokud se jedná o více zubů. Finančně méně náročné zubní můstky bohužel často na defektní čelisti nesedí tak dobře, a proto jsou doporučeny právě zubní implantáty. To se ale většinou týká spíše dospělých pacientů. U dětí nastává nejčastěji problém při zahájení celkem nákladné ortodontické léčby, na kterou sice většina zdravotních pojišťoven nějakou měrou přispívá, ale rok od roku méně.

Individuálním problémem, který léčbu provází, může být, tak jak je popsáno u otázky č. 3, pozdní zahájení logopedické terapie. Dotazovaná zde uvádí, že mnoho dětí ještě v roce neumí sát ani fouknout pusou přes našpulený ret.

Třetí výzkumná otázka, definovaná v kapitole 11.3, se zaměřuje na informovanost veřejnosti o problematice rozštěpových vad, a to jak laické veřejnosti, tak i té odborné. Díky činnosti organizací a sdružení jako je Šťastný úsměv se povědomost široké veřejnosti o tomto typu vad zlepšuje, byť pomalu, ale rozhodně je na mnohem lepší úrovni než třeba před dvaceti lety. To dokládá i příběh paní Lucie, ročník 1991, který je v krátkosti popsán v odpovědi na otázku č. 10, která si zažila krušné dětství, provázené posměšnými reakcemi na její vadu a „nenormalitu“ či „jinakost“ jak od spolužáků, tak od úplně cizích lidí. Dnes se pracuje po psychologické stránce i se spolužáky takového dítěte, mělo by jim buď pedagogem, školním psychologem nebo speciálním pedagogem být vysvětleno několik základních informací o rozštěpu, aby postiženého spolužáka neodmítali jen kvůli tomu, že vypadá nebo mluví jinak. Jak už bylo zmíněno výše, u otázky č. 4, respondentka apeluje na nutnost zlepšení osvěty o rozštěpech u široké veřejnosti.

Odborní zdravotničtí pracovníci, pokud nejsou přímo pracovníky rozštěpových center, nemají často znalosti o orofaciálních rozštěpech na takové úrovni, jak by bylo potřeba, a tak i oni někdy využívají především informační služby sdružení Šťastný úsměv, což je zmíněno u otázky č. 1.

12 Kvantitativní výzkumné šetření

12.1 Cíle

Cílem kvantitativního šetření této práce je zaměřit se podrobněji na problematiku péče u pacientů s rozštěpovými vadami a podpořit tak výsledky výše uvedeného kvalitativního průzkumu. Zmapovat průběh a kvalitu léčby, dát prostor lidem, kteří léčbou prochází (nebo jejich rodičům) k vyjádření (ne)spokojenosti s léčebným systémem v ČR/SR, ale hlavně informovat jak laickou, tak i odbornou veřejnost o problémech, které léčba skýtá a které lidé, do ní zainteresovaní, vnímají. Dále má zmapovat jaký je přibližný poměr lidí s orofaciálním rozštěpem, kteří prošli/procházejí nebo naopak neprošli logopedickou terapií. Cílem je i potvrdit či vyvrátit stanovenou hypotézu.

12.2 Metodologie

V tomto oddíle praktické části práce bylo použito kvantitativního šetření s metodou dotazníkového průzkumu, zaměřeného na splnění výše stanovených cílů.

12.3 Hypotéza a výzkumné otázky

Hypotéza:

Pro dotazník byla předem vytvořena členitá hypotéza, v níž bylo hlavním předpokladem, že nejvíce se u respondentů bude vyskytovat rozštěp rtu. Očekávatelné bylo, že většina buď prošla, nebo v současné době prochází, logopedickou terapií a že tato léčba byla nebo je rozhodně úspěšná. Dále, že největším negativním faktorem v léčebném procesu je za prvé strach z operací a za druhé časová náročnost léčby.

Předpoklad byl, že respondenti budou do týmu odborníků, kteří spolupracovali/jí na léčbě jejich, nebo osoby, o níž dotazník vyplňují, uvádět nejvíce chirurga a alespoň 50% dotazovaných zmíní i logopeda. V otázce o dostatečnosti a dostupnosti péče pro všechny bez rozdílu byla domněnka taková, že většina bude zastávat kladný názor, tedy, že péče je dostatečná a dostupná každému.

Poslední otevřenou nepovinnou otázkou, očekávalo se, že zodpoví jen malá skupina respondentů a že bude uvádět nejčastěji zlepšení informovanosti o tomto problému u zdravotnického personálu.

Výzkumné otázky:

1. Je logopedická terapie běžnou součástí komplexní terapie rozštěpů?
2. Podílí se často speciální pedagog na léčbě rozštěpových pacientů?
3. Jsou pacienti nebo jejich příbuzní v ČR spokojeni s léčbou rozštěpových vad?

12.4 Metoda sběru dat

Forma dotazníku byla pro průzkum zvolena z toho důvodu, že je to jedna z nejlepších výzkumných metod, pokud je jeho cílem provést kvantitativní šetření a vytvořit poznatky podle informací od více zdrojů. Je nutné mít dostatečný vzorek zkoumané skupiny populace, což se mi, myslím, s mými 157 respondenty podařilo.

Dotazník, prostřednictvím něhož byly zejména zkoumány zkušenosti lidí s léčbou orofaciálních rozštěpů, sestává z deseti otázek, z nichž ve dvou mohli respondenti formulovat svůj názor vlastními slovy. První 3 otázky mají sloužit spíše pro přehled a základní informaci o respondentech. Z hlediska validity byly pro průzkum důležité, protože dokazují, že dotazovaní byli různého pohlaví, jejich setkání s rozštěpem bylo různého původu a pocházeli z různých míst České republiky (někdo i ze Slovenska), a tudíž výsledky mapují situaci a zkušenosti lidí v různých částech republiky, vzorek není jednotvárný.

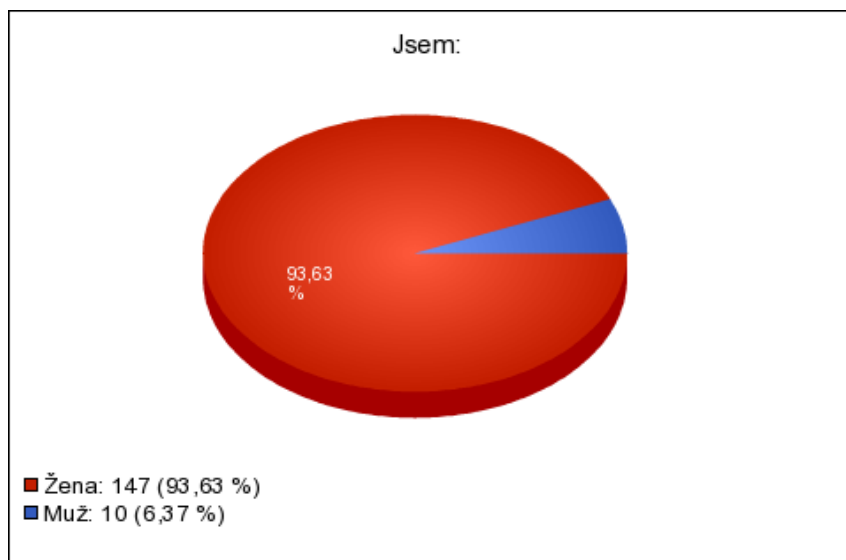
12.5 Organizace výzkumného šetření

Dotazník byl distribuován skrze internetovou stránku www.vyplnto.cz, kde se výzkumu zúčastnilo 157 respondentů, 10 mužů a 147 žen, kteří mají zkušenost s léčbou rozštěpových vad, ať už sami u sebe, u svých dětí, blízkých příbuzných, kamarádů, pacientů či žáků. S šířením dotazníků velkou měrou pomáhalo sdružení Šťastný úsměv o.s. a Rozštěpové centrum Fakultní nemocnice U sv. Anny. Odkaz na dotazník byl umístěn i v několika facebookových skupinách jako Speciální pedagogové nebo Krůčky (kroužek pro handicapované děti nebo Krůčky (kroužek pro handicapované děti).

Zdrojem všech níže přidaných obrázkových grafů je: (<https://www.vyplnto.cz/moje-pruzkumy/?did=58460&akce=zobraz-vysledky>).

12.6 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

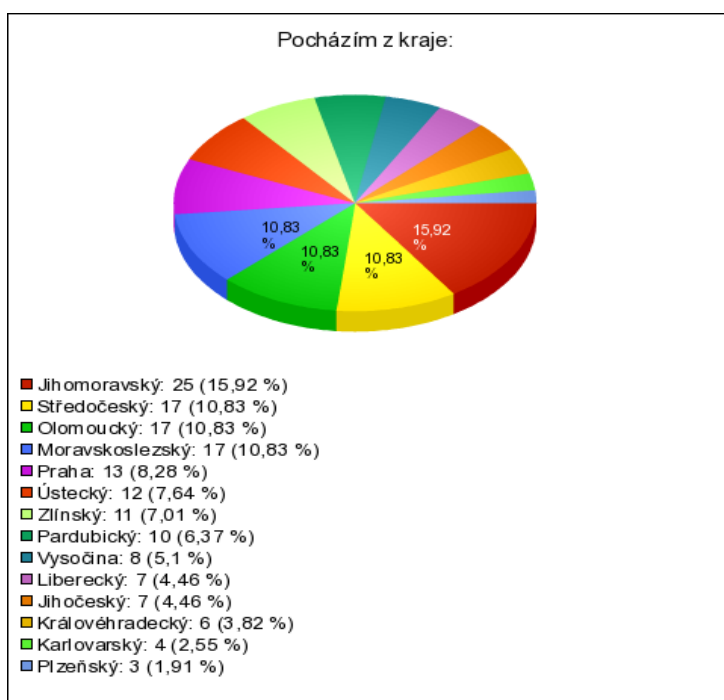
1. otázka: Jsem:



Graf č. 1:
Pohlaví

Průzkumu se účastnilo 147 žen a 10 mužů.

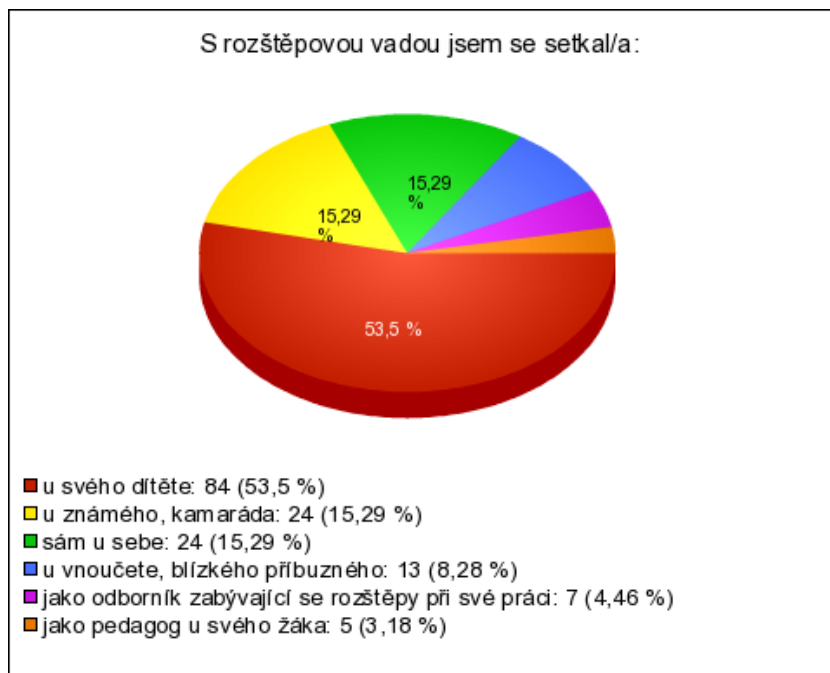
2. otázka: Pocházím z kraje:



Největší zastoupení respondentů v tomto šetření měl kraj Jihomoravský, ale jinak se ho účastnily osoby ze všech krajů ČR.

Graf č. 2:
Kraj ČR

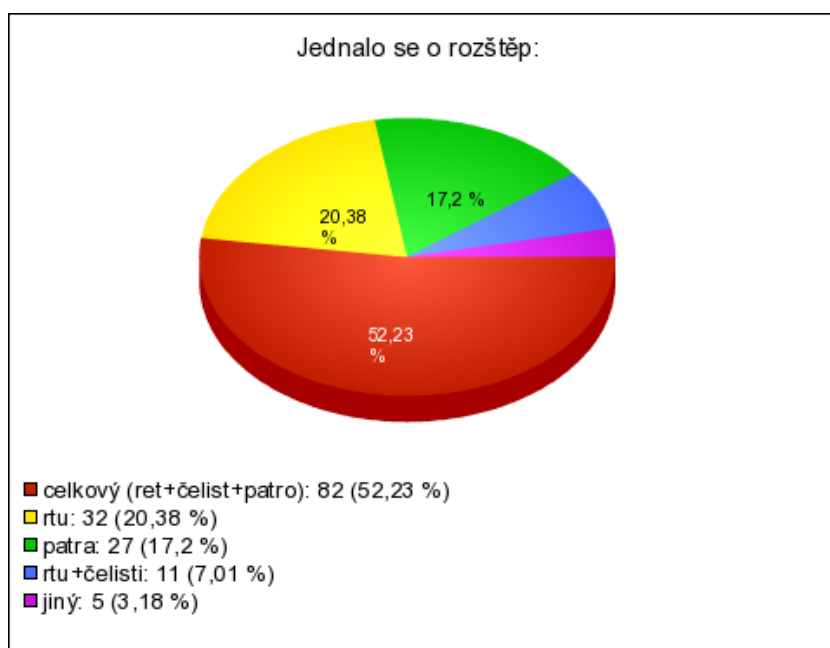
3. otázka: S rozštěpovou vadou jsem se setkal/a:



Graf č. 3:
Setkání s
rozštěpem

Nejvíce, 54%, dotazovaných uvedlo, že zkušenost s rozštěpovou vadou získali u svého dítěte, 15% u kamaráda a stejné procento tvořili sami rozštěpoví pacienti. Asi 8% se s rozštěpem setkalo u vnoučete nebo blízkého příbuzného a nejnižší zastoupení měli v dotazníku odborníci, kteří s lidmi s orofaciálními rozštěpy pracují nebo pedagogové.

4. otázka: Jednalo se o rozštěp...?:

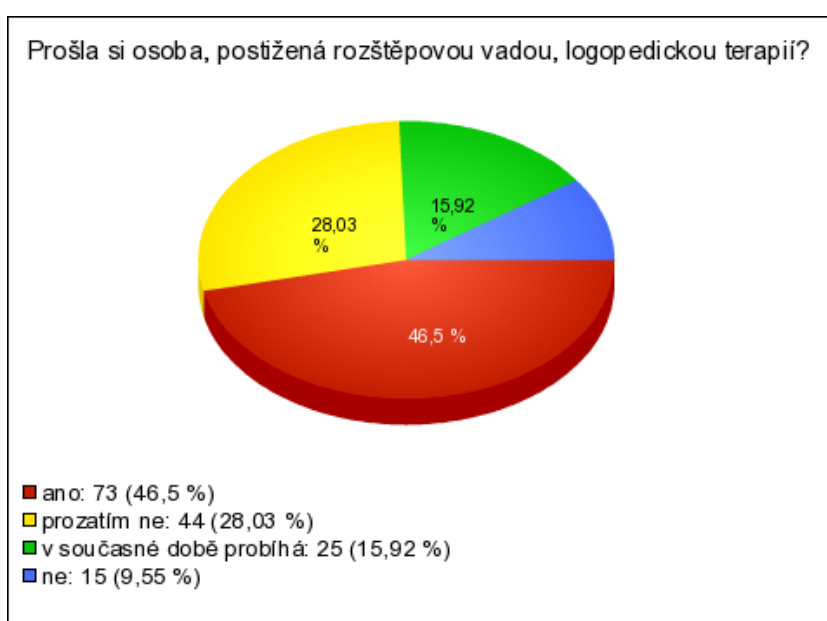


Graf č. 4:
Typ rozštěpu

Vyhodnocení 1. části hypotézy: Ze 157 dotazovaných uvedlo nejvíce, konkrétně 82 (tedy 52 %), že se setkali s celkovým rozštěpem a až jako druhý z průzkumu vyšel samotný rozštěp rtu.

→ tato část hypotézy se **nepotvrdila**, protože předpokladem bylo, že výsledek bude jednoznačně ukazovat, že nejčastěji se lidé potýkají s rozštěpem rtu, který v průzkumném šetření skončil až na 2. místě

5. otázka: Prošla si osoba, postižená rozštěpovou vadou, logopedickou terapií?



Graf č. 5:
Logopedická
terapie

Vyhodnocení 2. části hypotézy: 73 respondentů v této části uvedlo, že dotýčný s orofaciálním rozštěpem prošel logopedickou terapií, navíc dalších 25 dotazovaných doplnilo vzorek odpovědí, že léčba stále probíhá. Pouze 15 respondentů (tedy necelých 10 %) odpovědělo, že se jim nebo člověku, o němž dotazník vyplňují, logopedické léčby nedostalo, nebo ji zkrátka nevyužil. 44 lidí z celkového počtu dotazovaných uvedlo, že doposud léčba nezačala, ale je velká pravděpodobnost, že započata bude.

→ tato část hypotézy se **potvrdila**, jelikož bylo očekávatelné, že logopedickou terapií projde většina lidí po orofaciálním rozštěpu; z výsledků průzkumu to v současné situaci vychází na 62,42 % + lidé, které léčba teprve čeká (28,03 %)

6. otázka: Pokud ano, byla tato léčba úspěšná?

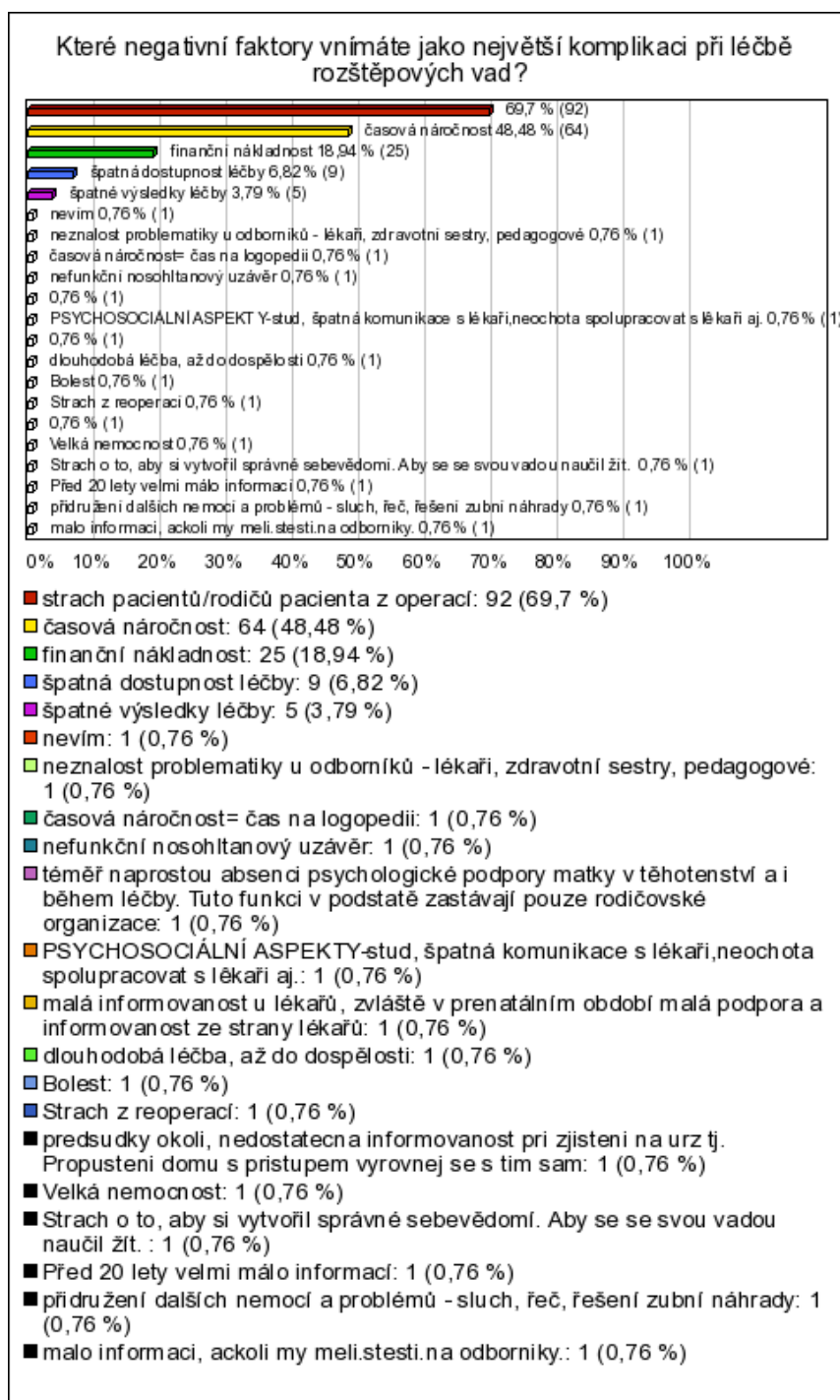


Graf č. 6:
Úspěšnost
logopedické
terapie

Vyhodnocení 3. části hypotézy: Ze 73 lidí, kteří na předchozí otázku odpověděli, že logopedická terapie proběhla, je 37 přesvědčeno, že byla rozhodně úspěšná, 30 dotazovaných je váhavějších a uvádí možnost spíše ano a pouze 6 respondentů ze 73 je toho názoru, že logopedická léčba prospěšná nebyla

→ tato část hypotézy se **potvrdila**, dalo se předpokládat, že většina bude považovat logopedickou léčbu za úspěšnou

7. otázka: Které negativní faktory vnímáte jako největší komplikaci při léčbě rozštěpových vad?



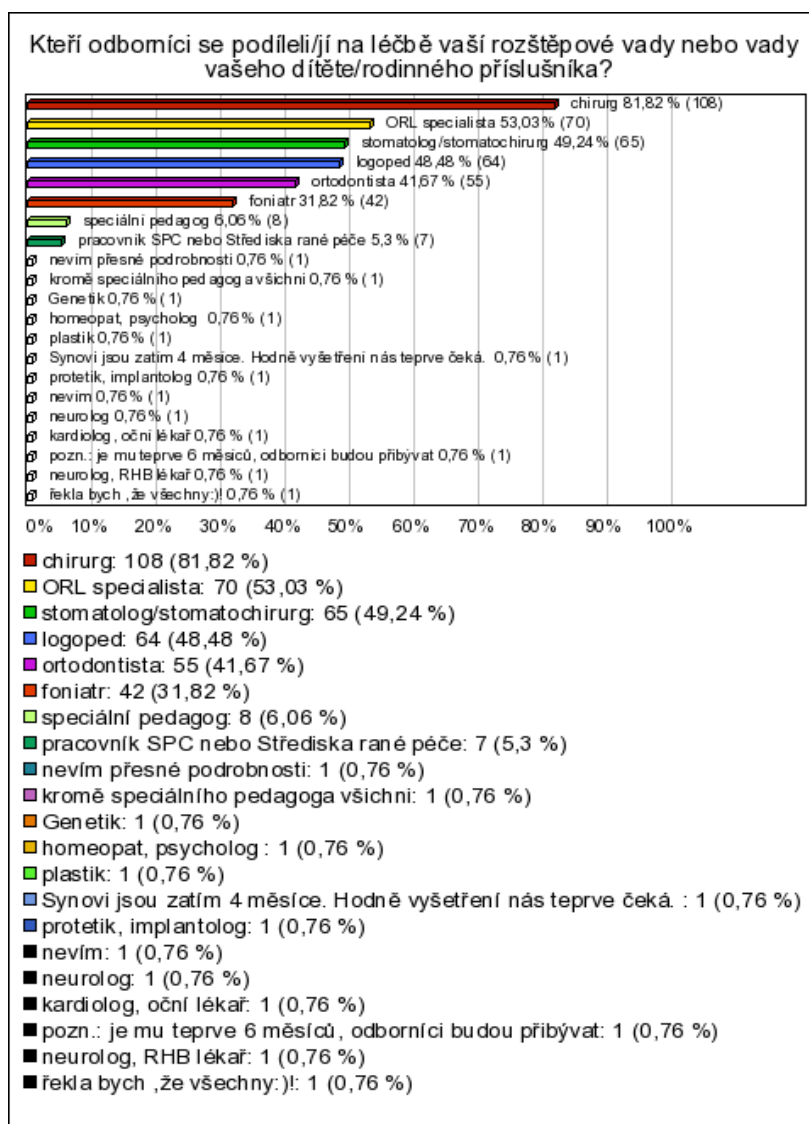
Graf č. 7:
Negativní faktory

Vyhodnocení 4. části hypotézy: U této otázky měli respondenti možnost vybrat více možností nebo uvést i vlastní odpověď, obecně však za nejvíce negativní faktor považují strach z operací/ reoperací. Dále je velmi zatěžující součástí velká časová a finanční

náročnost léčby. Z možností, které uváděli sami dotazovaní, je jedna z nejzajímavějších např. odpověď, že největším problémem jsou všeobecně psychosociální aspekty, tedy stud, špatná komunikace s lékaři, neochota spolupracovat s lékaři atd. Často se také objevovala možnost nedostatek informací.

→ tato část hypotézy se **potvrdila**, dle jejího zadání se očekávalo, že nejvíce dotazovaných uvede, že největším negativním faktorem je strach z operací a časová náročnost léčby, která i v průzkumu vyšla na 2. místě

8. otázka: Kteří odborníci se podíleli/jí na léčbě vaší rozštěpové vady nebo vady vašeho dítěte/ rodinného příslušníka?



Graf č. 8:
Spolupráce

Vyhodnocení 5. části hypotézy: U této otázky bylo opět možné vybrat několik odpovědí nebo připsat vlastní. Naprosto nejčastěji (u 108 dotazovaných) se léčby účastní chirurg, někdo uváděl různé variace, tohoto specialistu zahrnující, např. že se na léčbě podíleli všichni z mnou nabízených možností. Druhou nejčastější odpovědí byl ORL specialista, kterého zmínilo 70 respondentů, na třetím místě je stomatolog či stomatochirurg a až na čtvrtém zůstal logoped. Ovšem i tak logopeda volilo jako jednoho z členů týmu terapeutů orofaciálních rozštěpů minimálně 64 dotazovaných, tedy 48,5 %. K nim ovšem musím opět připočítat ty, kteří otázku pojali povšechně a uvedli např., že kromě speciálního pedagoga, se na léčbě podíleli všichni zmínění odborníci (tedy i logoped).

→ tato část hypotézy se **potvrdila**, jelikož přesně podle předpokladu, byl nejvíce uváděn chirurg + přibližně polovina vyjádřila, že součástí léčby, kterou mají na mysli byl/je i logoped.

9. otázka: Myslíte si, že je u nás celková péče o rozštěpové pacienty dostatečná a hlavně dostupná všem?



Graf č. 9:
Úroveň péče

Vyhodnocení 6. části hypotézy: Téměř 88 % účastníků průzkumu je přesvědčeno, že péče o rozštěpové pacienty je u nás na dobré úrovni, je dostatečná a hlavně dostupná všem. 52,27 % je o tom zcela přesvědčeno, zhruba 36 % uvádí možnost spíše ano. Pouze 2 respondenti se vyjádřili ve smyslu, že systém léčby není dostatečný a má své velké rezervy.

→ tato část hypotézy se **potvrdila**, protože domněnka, že péče o lidi s rozštěpy je dostatečná a každému dostupná, byla správná.

10. otázka

Je něco, co by se podle vás, na základě vlastní zkušenosti nebo praxe mělo v léčbě rozštěpových vad zlepšit či změnit?

Poslední otázka byla nepovinná, mohl na ni odpovídat každý účastník průzkumu, pokud chtěl a měl nějaký názor, který by chtěl v této části dotazníku publikovat. Překvapením bylo, že se odpovědi sešlo velké množství. Nejvíce si respondenti stěžovali na nedostatek informací, které jim byly podány při zjištění vady nebo po porodu, ať už z důvodu neochoty zdravotnického personálu nebo z jeho nevědomosti, a také na nízké úhrady pomůcek a vyšetření od zdravotních pojišťoven. Pro lepší přehled je níže uvedeno několik nejzajímavějších odpovědí, které se v průzkumu objevily:

„ Dostupná péče psychologa nejen pro rodiče v prenatálním období dítěte a po narození, ale během celého života; dostupná péče pro děti s rozštěpem v jejich vývojových obdobích i v dospělosti; dostupná péče pro dospělé pacienty s rozštěpem; změna úhradové vyhlášky ve stomatologii pro rozštěpové pacienty, kdy v současné době jsou výkony brané jako nadstandard a pacienti je musí hradit, např. rovnátka, implantáty, protetiku.“

„ Informovanost v našem kraji, a sjednocení lékařů (taková nějaká návaznost vyšetření), když člověk musí cestovat s dítětem několik desítek km ke kontrolám a ošetření.“

„Brožuru spolku Za novým úsměvem do UTZ ordinaci.“

„ Měla by být větší osvěta, že nejde o vadu, kvůli které by musela být provedena interupce.“

„ Rozhodně by péče o pacienta neměla končit "poslední" operací kolem 18. roku. Chybí nám teď v dospělosti odborník, který by pacienta sledoval i v dospělém věku, velké problémy se sháněním dobrého stomatologa a popřípadě i pomoc logopeda v dospělém věku. Je smutné, že pacient se závislostmi - drogy a alkoholismus - je léčen v podstatě zdarma a pacient s rozštěpovou vadou je v dětství i v dospělosti zatížen dosti vysokými platbami souvisejícími se stomatologickými úpravami atd.“

„Rozhodně komunikace lékař-rodíč. Mnoho specialistů jsou opravdu odborníky na svém místě, ale komunikace s rodiči není úplně 100%, někteří raději s rodiči mluví jen v nejmenší možné míře. Také větší empatie k dětem by byla dobrá. Pokud s dítětem mluví lékař srozumitelně a respektuje, že pacient je často vystrašené dítě, které se bojí, i třeba kvůli předchozí zkušenosti, je to vždy lepší. Opakovaně se nám stává, že u některých vyšetření se toto nerespektuje a pak se to odehraje s vystrašeným pláčem a špatnou náladou lékaře. Naopak, kde se s dítětem zachází jako s dítětem, vždy je to v pořádku a v klidu. Také by bylo fajn, kdyby se k rodičům přistupovalo jako k partnerům, kteří na léčbě dítěte mají opravdu obrovský podíl, pak by to bylo ku prospěchu všem. Hlavně dětských pacientů. S dospělým pacientem zkušenost nemám, i když mezi nimi mám přátele.“

„ U nás na SR kooperácia medzi pracoviskami, ideálne vybudovat centrum aj inde ako len v Bratislave, chýba mi podpora psychologa! počas liečby, pred operaciami, nízka informovanosť aj od chirurga, slabšia pooperačná starostlivosť - aspoň u nás, konkrétne Košice.“

„ V lékařství je přístup výborný. Spíš veřejnost by se měla více dozvědět o této vadě, protože se stále vyskytují předsudky k lidem s rozštěpem.“

„ Více informací od lékařů a vzhledem k tomu, že je to léčba-operace na několik let a je důležité pro dítě i rodiče, aby pokud možno s dítětem byli přítomni v nemocnici, tak aby si pobyt rodič nehradil sám, ale pojišťovna a nebo jen minimální poplatek, jelikož si nehradí a to také ne všude jen do 6let dítěte, ale bohužel léčba-operace jsou nutné i právě po zmiňovaném šestém roku dítěte.“

Celkově se hypotéza **potvrdila, pouze v jedné její části se předpoklad rozcházel s pozdějším výsledkem šetření, a to u otázky č. 4, kde se oproti domněnce, že nejčastější rozštěpovou vadou je rozštěp rtu, v dotazníku naprosto jednoznačně nejvíce objevoval celkový rozštěp.**

První výzkumná otázka, zaměřená na to, zda je logopedická terapie vždy součástí komplexní péče o rozštěpové pacienty, byla pomocí dotazníku zodpovězena spíše s kladným výsledkem, což je vidět zejména na grafu č. 5. Přes 46% dotazovaných uvedlo, že logoterapií prošli (oni nebo někdo z jejich okolí) a navíc dalších téměř 16% se právě v procesu léčby nachází. 28 % respondentů se na léčbu teprve chystá. Každopádně pouze necelých 10% uvedlo, že logopedická terapie vůbec nebyla součástí jejich léčby.

Druhá výzkumná otázka měla za cíl zjistit, zda se běžně do terapie rozštěpových vad začleňuje i speciální pedagog. Z grafu č. 8 je jasné, že zcela běžná spolupráce se speciálním pedagogem při léčbě tohoto defektu, není. Uvedlo ho pouze 8 respondentů. Někteří nevěděli přesně a jiní zase uváděli souhrnnou odpověď „všichni“, což zahrnuje i speciálního pedagoga. Nicméně přítomnost speciálního pedagoga není pravidlem.

Třetí výzkumná otázka se týkala spokojenosti pacientů a jejich rodin se systémem péče v ČR. Obecně se dá říci, že spokojeni jsou, ovšem mají často spoustu výhrad např. k výši příspěvků od zdravotních pojišťoven či ke (ne)znalostem zdravotnického personálu nemocnic. Nejvýstižněji je odpověď na tuto výzkumnou otázku popsána na grafu č. 9 a v odpovědích na dobrovolnou otázku č. 10.

Dotazník, ve formě v jaké byl distribuován, je umístěn na konec práce jako Příloha č.1.

13 Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na defekty orofaciální oblasti. Jejím cílem je především rozšířit povědomí o této problematice a pomocí praktické části zjistit jaká je spokojenost rozštěpových pacientů a jejich rodin s kvalitou péče, popřípadě dát určité podněty k jejímu zlepšení.

V teoretické části je rozlišen a popsán orofaciální rozštěp, krátká zmínka patří i vývojové poruše, atrezii choan. Následně je uveden anatomický popis, jak kosterní, tak svalové soustavy obličeje, pro lepší orientaci v dané oblasti a větší oddíl teoretické části práce je věnován vývoji orofaciální oblasti, při němž vlivem různých etiologických faktorů, uvedených ve 4. kapitole, vznikají právě rozštěpové vady. Ty jsou zde rozlišovány na 2 základní skupiny: typické a atypické, rozdíly mezi nimi jsou popsány v kapitole č. 6. Dále je prostor věnován prenatální diagnostice, řečové poruše zvané palatolalie, vznikající na podkladě orofaciálních rozštěpů a nakonec samotné terapii rozštěpových vad. Terapie je popsána z hlediska chirurgického, ortodontického i logopedického. Posledním oddílem teoretické části práce je nástin správné dentální hygieny a péče o chrup jedinců s rozštěpovou vadou.

V následující části práce, jsem se snažila přehledně popsat anatomii orofaciální oblasti, aby bylo jasné, které struktury zahrnuje a při bližším zkoumání daného jevu byl čtenář lépe orientován. Zaměřila jsem se jak na kostru obličejové části hlavy, tak na svalovou soustavu této oblasti.

Praktická část bakalářské práce sestává ze dvou částí. První je kvalitativní výzkumné šetření, vedené formou rozhovoru s pracovníci občanského sdružení Šťastný úsměv o péči o rozštěpové pacienty, ale také o jejich sdružení, které se touto problematikou zabývá.

Druhá a stěžejní část praktické části práce je dotazníkové šetření, v němž byla potvrzena hypotéza a zodpovězeny výzkumné otázky, stanovené v kapitole 11.3. Prostřednictvím této části bakalářské práce byly rozklíčovány a popsány nejčastější obavy osob s rozštěpem nebo jejich rodin a v neposlední řadě byla potvrzena domněnka, že logopedická terapie je při komplexní léčbě rozštěpových vad nesmírně důležitá a ve většině případů úspěšná.

Práce podává ucelený přehled informací o rozštěpech v teoretické části, který může sloužit lidem, kteří očekávají narození dítěte s orofaciálním rozštěpem, a těchto informací se jim často dostává jen velmi málo. Měla by sloužit i pro nezainteresovanou laickou veřejnost, která dodnes lidi s rozštěpy částečně stigmatizuje.

Co se týče praktické části, výsledky dotazníku jsou dostatečně validní, už kvůli celkem vysokému počtu respondentů a tudíž šetření podává dobrý vhled do života rodin, potýkajících se s touto vadou. Práce by mohla být vhodná i pro odborníky, zejména zdravotníky, kteří by se z ní dozvěděli např. jakou formou s pacienty a jejich rodinami správně komunikovat; nesprávný nebo nedostatečně empatický přístup lékařů a zdravotnického personálu byl nejčastěji uváděnou odpovědí v otázce, zda by dotazovaní chtěli při léčbě něco změnit či zlepšit.

14 Seznam použitých informačních zdrojů

14.1 Seznam citací

- KOLÍSKOVÁ, Martina a Zdeněk DVORÁK. *Pro tvůj šťastný úsměv: informace o léčbě rozštěpové vady obličeje od narození do dospělosti*. Praha: Carter/Reproplus, 2014. str. 19. ISBN 978-80-260-6146-5
- KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. str.8-9. ISBN 978-80-7216-242-0

14.2 Seznam odkazů v textu

- ADAM, Miroslav. *Ortodoncie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní zdravotní nakladatelství, 1967
- BILDER, Josef. *Stomatologie pro studující všeobecného lékařství*. Brno: Masarykova univerzita, 1996. ISBN 80-210-1469-5
- DUŠKOVÁ, Markéta. *Pokroky v sekundární léčbě nemocných s rozštěpem*. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2007. ISBN 978-80-86703-25-1
- FRANKENBERGER, Zdeněk. *Embryologie*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1952
- CHOTĚBOROVÁ, Michaela. *Mami, tati - procvičujte se mnou...: aneb logopedická příručka nejen pro rodiče dětí s rozštěpem*. Praha: Carter/Reproplus, 2015. ISBN 978-80-260-7502-8
- JAKUBÍKOVÁ, Janka. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4064-5)
- KABELKA, Miroslav. *Dětská chirurgie: Učebnice pro lék. fak.* Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-561-0
- KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie: [klinicko-logopedický aspekt]*. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2264-1

- KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2
- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6
- Prenatální diagnostika. www.rozstep.cz [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.rozstep.cz/prenatalni-diagnostika/>
- *Přehled chirurgických metod u rozštěpových vad: Rekonstrukce patra* [online]. Brno, 2009 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: www.rozstep.cz
- SINEL'NIKOV, Rafail Davidovič. *Atlas anatomie člověka ve 3 svazcích*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1980
- VACEK, Zdeněk. *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1267-9
- WYSZYNSKI, Diego F. *Cleft lip and palate: from origin to treatment*. New York: Oxford University Press, 2002. ISBN 978-0195139068
- ZRZAVÝ, Josef. *Anatomie pro stomatology: Učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Avicenum, 1978

14.3 Seznam ostatních knižních zdrojů

- ČECHOVÁ-NEŠPOROVÁ, Michaela. *Přednášky v rámci výuky předmětu Orální histologie, VOŠZ a SŠZ Ústí nad Labem, školní rok 2012/2013*
- JANOŠKOVÁ, Eva. *Růst a vývoj obličeje u pacientů s orofaciálními rozštěpy*. Praha, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce RNDr. Jana Velemínská, PhD.
- KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1
- LONSKÁ, Jitka a Živa MÜLLEROVÁ. Rozštěpové vady z hlediska ortodontie. *Stomateam*. Praha, 2006(1), 20-21. ISSN 1214 - 147X

- MAZÁNEK, Jiří. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8
- ŠEDÝ, Jiří. *Kompendium stomatologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7387-543-5
- ŠMARDOVÁ, Eva. *Rozštěpový pacient v praxi dentální hygienistky* [online]. Praha, 2015 [cit. 2017-03-31]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130155629>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce MUDr. Wanda Urbanová, Ph. D.
- TOMAN, Jaroslav a Juraj HALMOŠ. *Stomatologická chirurgie: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Avicenum, 1984
- Topografie hlavy a krku. [Http://topografietela.cz](http://topografietela.cz) [online]. Praha: Ústav Anatomie 3.LF UK v Praze, 2014 [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://topografietela.cz/kapitola3.html>

14.4 Seznam elektronických zdrojů

- <http://www.atlascloveka.upol.cz/cs/cs00/cs0006.html#o1-1>
- https://books.google.cz/books?id=disUVZpxEvsC&pg=PA323&lpg=PA323&dq=atrezie+choan&source=bl&ots=kGzRjT4Vsf&sig=pAWKYQrZSzmBb_bUPHijYo7ES6I&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjvx9aZ3qvSAhUkJJoKHWuiDgsQ6AEIODAE#v=onepage&q=atrezie%20choan&f=false
- <https://books.google.cz/books?id=N0SwDAAAQBAJ&pg=PA393&lpg=PA393&dq=meiningera+christ&source=bl&ots=uUU9Xm58Od&sig=E60VXQL2ukiVyioWZnaGp-EuBQE&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwipvZOmzeXSAhUBG5oKHZeCAIkQ6AEIRjAH#v=onepage&q=meiningera%20a%20christ&f=false>
- <https://books.google.cz/books?id=m2Mx9KyY-igC&pg=PA196&lpg=PA196&dq=meiningera+christ&source=bl&ots=2-AjpPqMah&sig=zWy5ZD08gRj1OJVi6o2raxKjQOo&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwipvZOmzeXSAhUBG5oKHZeCAIkQ6AEIIDAB#v=onepage&q=meiningera%20a%20christ&f=false>
- [www.prenatal.cz/Images/Rozstepy obliceje uz.pdf](http://www.prenatal.cz/Images/Rozstepy_obliceje_uz.pdf)
- <http://stastny-usmev.cz/>
- <https://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/problematika-rozstepovych-va/>

Příloha č. 1: Dotazníkové šetření

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ:

1) Jsem:

- a) muž
- b) žena

2) Pocházím z kraje:

Zaškrtněte: Jihočeský, Jihomoravský, Karlovarský, Královéhradecký, Liberecký, Moravskoslezský, Olomoucký, Pardubický, Praha, Plzeňský, Středočeský, Ústecký, Vysočina, Zlínský

3) S rozštěpovou vadou jsem se setkal:

- a) sám u sebe
- b) u svého dítěte
- c) u vnoučete, blízkého příbuzného
- d) jako odborník zabývající se rozštěpy při své práci
- e) u známého, kamaráda
- f) jako pedagog u svého žáka

4) Jednalo se o rozštěp: (odborníci pracující s pacienty s rozštěp. vadami, prosím, vyberte typ, se kterým se setkáváte nejčastěji)

- a) rtu
- b) patra
- c) rtu + čelisti
- d) celkový (ret, čelist, patro)
- e) jiný.....

5) Prošla si osoba, postižená rozštěpovou vadou, logopedickou terapií? (odborníci, vyberte, prosím, častější variantu)

- a) ano
- b) ne
- c) prozatím ne
- d) v současné době probíhá

6) Pokud ano, byla tato léčba úspěšná? (odborníci, vyberte, prosím, častější variantu)

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

7) Které negativní faktory vnímáte při léčbě rozštěpových vad jako největší komplikaci?

- a) finanční nákladnost
- b) časová náročnost
- c) strach pacienta/ rodičů pacienta
- d) špatná dostupnost léčby
- e) špatné výsledky léčby
- f) jiné.....

8) Kterí odborníci se podíleli/jí na léčbě vaší rozštěpové vady nebo vady vašeho dítěte/rodinného příslušníka? (odborníci, prosím, vyberte možnosti, se kterými dalšími odbornými pracovníky na léčbě spolupracujete)

- a) speciální pedagog
- b) logoped

- c) chirurg
- d) stomatolog/stomatochirurg
- e) ORL specialista
- f) foniatr
- g) pracovník SPC nebo Střediska rané péče
- h) ortodontista
- ch) jiný.....

9) Myslíte si, že je u nás celková péče o rozštěpové pacienty dostatečná a dostupná všem?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

10) Je něco, co by se podle vás, na základě vlastní zkušenosti nebo praxe, mělo v léčbě rozštěpových vad zlepšit či změnit?

Vypište:

.....

15 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazníkové šetření

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Rozštěpová vada

Obrázek č. 2: Atrézie choan

Obrázek č. 3: Schéma hlavové části embrya

Obrázek č. 4: Druhy typických rozštěpů

Obrázek č. 5: Jednostranný rozštěp rtu

Obrázek č. 6: Rozštěp patra

Obrázek č. 7: Jednostranný celkový rozštěp

Obrázek č. 8: Oboustranný celkový rozštěp

Obrázek č. 9: Zobrazení rozštěpové vady na 3D ultrazvuku

Obrázek č. 10: Rozštěp rtu - stav před operací

Obrázek č. 11: Rozštěp rtu - stav po operaci

Obrázek č. 12: Rozštěp patra a čelisti - stav před operací

Obrázek č. 13: Rozštěp patra a čelisti - stav po operaci

Obrázek č. 14: Dentální anomálie

Obrázek č. 15: Špatná ústní hygiena u pacienta s fixními ortodontickými aparáty

Seznam grafů:

(zdroj: <https://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/problematika-rozstepovych-va/>)

Graf č. 1: Pohlaví

Graf č. 2: Kraj ČR

Graf č. 3: Setkání s rozštěpem

Graf č. 4: Typ rozštěpu

Graf č. 5: Logopedická terapie

Graf č. 6: Úspěšnost logopedické terapie

Graf č. 7: Negativní faktory

Graf č. 8: Spolupráce

Graf č. 9: Úroveň péče