MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ A INKLUZIVNÍ PEDAGOGIKY

INKLUZE DÍTĚTE S OROFACIÁLNÍM ROZŠTĚPEM V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Bakalářská práce

Brno 2018

Vedoucí práce: Vypracovala:

PhDr. Mgr. Dana Zámečníková, PhD. **Petra Plachá**

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

V Brně, dne 21.3. 2018 ……..……..

Petra Plachá

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Daně Zámečníkové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad, čas a vstřícnost při vedení bakalářské práce.

Dále děkuji pedagogům a ředitelce mateřské školy za umožnění výzkumného šetření a ochotu věnovat čas při poskytování rozhovorů.

Velké díky patří také mé rodině za podporu při studiu.

Obsah

ÚVOD 1
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA 2
1.1 Anatomie a fyziologie mluvních orgánů 2
1.2 Orofaciální rozštěpy etiologie, klasifikace 4
1.3 Důsledky orofaciálních rozštěpů 8
1.4 Terapie rozštěpových vad 10
2 KOMUNIKACE 14
2.1 Komunikace a narušená komunikační schopnost 14
2.2 Palatolalie – porucha artikulace a rezonance 16
2.3 Další symptomy palatolálie, klasifikace palatolalie 19
2.4 Předškolní vzdělávání a inkluze ve vzdělávání 22
3 PŘÍPADOVÁ STUDIE DÍTĚTE S ROZŠTĚPOVOU VADOU OBLIČEJE 27
3.1 Cíle výzkumného šetření a metodologie 27
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku a prostředí 29
3.3 Vlastní výzkumné šetření 31
3.4 Závěry z výzkumného šetření 43
ZÁVĚR 45
SHRNUTÍ 47
SUMMARY 47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 48

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je inkluze dítěte s orofaciálním rozštěpem v běžné mateřské škole. Důsledkem rozštěpových vad obličeje nejsou jen vady estetického rázu. Tato vrozená vývojová vada může ovlivňovat komunikační schopnost, způsobovat poruchy sluchu a negativně působit na psychiku jedince. Nejnáročnější část terapie, spojená s hospitalizacemi a častou návštěvou lékařských ordinací, se odehrává v dětském věku. Pro dítě je toto období bezesporu velmi náročné. Jeho zařazení do běžné mateřské školy může přinést pozitivní zkušenost, změnu a umožnit mu všestranný rozvoj. Inkluzivní vzdělávání je v poslední době aktuálním tématem. Cílem práce není odpověď na celospolečenské otázky, zda je inkluze vhodným nástrojem na začleňování dětí s postižením do běžných školských zařízení. Záměrem bakalářské práce je popis jednoho konkrétního případu, dítěte s rozštěpovou vadou obličeje, začleněného do výchovně vzdělávacího procesu v běžné mateřské škole.

Bakalářská práce je dělena do dvou částí - teoretické a výzkumné. Teoretická část je koncipovaná do dvou kapitol. Byla zpracována na základě studia odborné literatury související s daným tématem. První kapitola vymezuje teoretická východiska. Orofaciální rozštěpy postihují mluvní orgány jedince, proto je v první kapitole uvedena základní anatomie a fyziologie těchto orgánů. Kapitola se dále zabývá popisem rozštěpů obličeje, jejich etiologií, klasifikací a důsledků na jedince. Druhá kapitola je zaměřena na komunikaci a vzdělávání. Je vysvětlen pojem komunikace a narušená komunikační schopnost. Jsou zde popsány symptomy palatolalie, narušené komunikační schopnosti v důsledku rozštěpových vad obličeje. Kapitola je zakončena popisem systému předškolního vzdělávání v České republice a oblasti inkluzivního vzdělávání.

Cílem třetí kapitoly bakalářské práce je, formou kvalitativního výzkumu, analyzovat, jakým způsobem probíhala adaptace dítěte v mateřské škole. Analyzuje vliv narušené komunikační schopnosti na navazování vztahů s vrstevníky a na jednotlivé činnosti v průběhu denního programu. Zjišťuje, jaká podpůrná opatření jsou v mateřské škole využívána.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Anatomie a fyziologie mluvních orgánů

Komunikace je vlastní všem živočišným druhům, může se realizovat různými kanály s využitím smyslových orgánů. U vývojově vyšších druhů se pro dorozumívání využívají zejména zvukové a optické signály a jedním z nejdokonalejších prostředků komunikace jsou lidská řeč a jazyk.

Schopnost mluvit nám není vrozená, máme jen určité vrozené dispozice a každý jedinec se musí řeč naučit (Kejklíčková, 2016). **Řeč** je obecná lidská vlastnost předávat smysluplné informace pomocí zvukového, písemného či jiného kódu, které jedinec dekóduje. Dlouhá uvádí (2017, s. 43) *„zjednodušeně komunikace probíhá od mluvčího formou přenosu myšlenky pomocí lingvistické prezentace (realizací artikulačním a fonačním systémem) přes akustické vjemy zachycené sluchem posluchače a zařazené do jeho lingvistické reprezentace až postižení významu přenášené myšlenky.“*

Mluvení je charakterizováno soustavou určitých motorických zvyklostí lidského těla, jde o pohyb těch částí těla, které se na mluvení podílejí. Tyto orgány tvoří **mluvidla** zahrnující respirační (dýchací) ústrojí, fonační (hlasotvorné ústrojí) a artikulační (hláskotvorné) ústrojí (Šlapák, Floriánová, 1999).

Respirační ústrojí, tedy plíce a dolní cesty dýchací – průdušky (bronchy) a průdušnice (trachea), zajišťuje přívod kyslíku do organismu a plní tak základní životní funkci, fyziologické dýchání (Kutálková, 2009). Při řeči se fyziologické dýchání mění. Vdech se zkracuje, výdech prodlužuje a zvětšuje se i objem vdechnutého vzduchu. Výdechový proud je zdrojem energie pro tvorbu hlasu, jeho síla ovlivňuje intenzitu hlasu (Škodová, Jedlička, 2003).

Fonační ústrojí je uloženo v hrtanu, který je lokalizován na křižovatce dýchacích a polykacích cest. Má funkci fonační, respirační a polykací. Střední část hrtanu je tvořena hlasivkami – vazivovými vlákny napjatými mezi chrupavkami. Hlasivková vlákna jsou spojena svalovými vlákny, kryta sliznicí a tvoří tak hlasový val. Mezi hlasivkami se vytváří hlasivková štěrbina (glottis). Hlasivky přerušují svým kmitáním proud vydechovaného vzduchu, počet kmitů určuje základní tón hlasu (Kutálková, 2009).

Vlastní **artikulační ústrojí** představuje prostor nad hlasivkami. Ten zahrnuje dutinu ústní, dutinu nosní a dutinu hltanovou. Jak uvádí Kutálková (2009) původní funkce těchto dutin zahrnovala rozmělňování potravy, čichání a polykání, teprve dalším vývojem došlo i na řeč, jakožto funkci řízenou vyšší nervovou činností.

Dutina ústní je ohraničena **rty**, které jsou tvořeny velmi pohyblivým kruhovým svalem (m. orbicularis oris) obepínajícím celou ústní štěrbinu. **Horní čelist** (maxila) a **dolní čelist** (mandibula) jsou spojeny temporomandibulárním kloubem a umožňují měnit velikost čelistního úhlu (Kerekrétiová, 2009). **Tvrdé patro** (palatum durum) tvoří strop ústní dutiny a odděluje ji od nosní dutiny. Alveoly jsou výčnělky v čelisti, ze kterých vyrůstají zuby (Kerekrétiová, 2009). **Měkké patro** (velum palatinum, palatum molle) je pokračováním patra tvrdého, je tvořeno párovými svaly, zdvihačem (m. levator veli palatini) a napínačem (m. tensor veli palatini). Jeho správná funkce je důležitá pro patrohltanový uzávěr, zdvihnutím a přitažením měkkého patra k hltanu se zcela oddělí ústní dutina od dutiny nosní. Měkké patro končí čípkem - uvulou (Škodová, Jedlička, 2003). **Jazyk** (lingua) leží na dně ústní dutiny, jeho středem prochází vazivová přepážka, která na spodní části jazyka přechází v tenkou blanku spojující jazyk se spodinou ústní. (Kerekretiová, 2009).

Rezonanční prostory nad hlasovou štěrbinou dávají základnímu tónu barvu lidského hlasu, osobitou pro každého jedince. Rezonanční prostory se označují jako násadní trubice a zahrnují prostor hrtanu nad hlasivkami, hltanu, ústní dutinu, nosohltan a nosní dutinu (Kutálková, 2009).

Velofaryngeální mechanismus

Na velofaryngeálním mechanismu se podílí hltan a všechny struktury patra, tedy měkké i tvrdé patro, a jejich bezprostřední okolí. Funkcí tohoto uzávěru je sfinkterové - (závěrové) a záklopkové **oddělení dutiny ústní od dutiny nosní**, které je nutné pro řeč, barvu hlasu, pískání, polykání, foukání a sání (Vohradník, 2001). Uvedené aktivity dělí Kerekrétiová (2008) na primární, neřečové aktivity, kam zařazuje sání, polykání a kloktání. Při nich se měkké patro zvedá v hltanu velmi vysoko a jeho boční stěny jsou po celé jeho délce pevně uzavřeny. Slouží tak jako ochrana proti vniknutí potravy do nosu. Mezi primární aktivity patří také dýchání, ale v tomto případě visí měkké patro v hltanu dolů, umožňuje tak přechod vzduchu z plic do nosní dutiny. Při řečových,

sekundárních aktivitách vykonává měkké patro pohyb nahoru a dozadu, tím se vytváří kontakt se zadní stěnou hltanu.
Závěrová (sfinkterová) funkce patrohltanového mechanismu zajišťuje rovnováhu mezi ústní a nosní rezonancí. Podílí se na ní měkké patro, boční a zadní stěny hltanu a Passavantův val. Zdvihnutím měkkého patra se vytvoří závěr, vzduch neprochází do nosní dutiny, je umožněna tvorba orálních hlásek a regulována oronazální rovnováha (Klenková, 2006).
Kummer (2014) popisuje komplexní pohled na patrohltanový mechanismus jako na trojdimenzionální objekt, který zahrnuje předozadní dimensi, vertikální dimensi a horizontální dimensi. Během uzávěru musí nastat koordinovaný pohyb všech struktur patrohltanového mechanismu ve všech dimensích.

Podle Šlapáka a Floriánové (1999, s. 48) *„Pro řeč, stejně jako i pro ostatní činnosti lidského těla, je nezbytné centrální řízení, koordinace a dohled nad určitou činností. Tuto funkci vykonává mozková kůra.“* Podmínky pro fyziologický vývoj řeči jsou normální anatolnicko-funkční vztahy v oblasti hlavy a krku (stav řečového a fonačního ústrojí a dalších navazujících systémů), rozumové schopnosti a dostatečně podnětné sociální prostředí (Dlouhá, 2017). Vlivem rozštěpových vad je narušena stavba dutiny nosní, ústní, hltanové, je tedy zřejmé, že jedinec stižený touto vývojovou vadou má nepříznivé podmínky pro vývoj řeči (Kummer, 2014).

1.2 Orofaciální rozštěpy etiologie, klasifikace

Orofaciální rozštěpy patří k závažným vývojovým vadám a svojí lokalizací také k nejnápadnějším. Jsou provázeny nápadnými změnami kostěných i měkkých částí obličeje a značně tak ovlivňují jeho výraz. Klenková (2006) popisuje orofaciální rozštěpy jako těžké kongenitální vady vznikající porušením střední třetiny obličeje. Jde o orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní a orgány patrohltanového závěru, které se projevují dislokací, defektem nebo i chyběním měkkých i kostních částí tkání. Rozštěp je abnormální štěrbina v těch strukturách, které mají být po ukončení vývoje fyziologicky uzavřeny. V případě rozštěpu rtu a/nebo patra jsou všechny struktury přítomny, ale neproběhlo jejich spojení,

v případě nedostatečného vývoje tkání (kostí, svalů a nervů) pak mohou být hypoplastické (Kummer, 2014).

Název rozštěp není zcela přesný, příčina vady není rozštípení nebo rozpolcení, ale nespojení samostatných tkáňových struktur. Následkem toho je patrná štěrbina v horním rtu, čelisti a/nebo patře. Jako hlavní mechanismus vzniku orofaciálních rozštěpů se uvádí opoždění horizontalizace patrových desek, které se původně zakládají vertikálně, za celkovým růstem obličeje do stran (Vohradík, 2001).

Etiologie orofaciálních rozštěpů

Jako příčiny rozštěpových vad jsou uváděny **endogenní** (vnitřní) **faktory**, mezi které řadíme chromosomální aberace a genetické odchylky. Negativní vliv teratogenních látek a mechanických vlivů v prenatálním období zahrnujeme mezi **faktory exogenní** (vnější). Teratogenní látky, které jsou schopny svým působením zapříčinit vznik vrozené vývojové vady. Jsou to původci infekčních onemocnění, chemické látky, různé typy ionizujícího záření tj. fyzikální vlivy (Kummer, 2014). Exogenní faktory uvádí Vohradník (2001): infekce typu rubeola, syfilis, herpes, toxoplazmóza, cytomegalovirus. Fyzikální exogenní faktory: záření, mechanické faktory, snížené množství plodové vody. Chemické exogenní faktory: toxiny, léky, alkohol. Mateřské exogenní vlivy: metabolické poruchy, věk matky nad 38 let, diabetes, výživa matky.

Multifaktoriální model, předpokládá existenci více genů a faktorů exogenního prostředí, které společně přesáhnou určitou individuální hranici citlivosti a vzniká pak vrozená vývojová vada (Vohradník, 2001). Přesné oddělení endogenních a exogenních příčin není možné, jelikož působí ve vzájemné interakci (Klenková, 1998).

Rozštěpové vady mohou být **symptomem** různých vrozených syndromů, kdy syndromovými formami rozumíme ty rozštěpy, *„kde při klinickém vyšetření či při chirurgickém výkonu se najde relevantní abnormalita orgánu mimo anatomickou oblast rozštěpu včetně zahrnutí i mentální retardace.“* (Vohradník, s. 40, 2001)

Kerekrétiová (2009) udává **vznik orofaciálních** rozštěpů mezi 2. - 3. měsícem intrauterinního vývoje, kdy v embryonálním vývoji dojde k neúplnému, chybnému či žádnému spojení obličejových hrbolů a výběžků. Mezi 4. – 7. týdnem vznikají rozštěpy primárního patra (ret a čelist) a mezi 8. - 12. týdnem rozštěpy sekundárního patra (tvrdé a měkké patro). Peterka a Peterková (2015) popisují tři periody embryonálního vývoje

kritické pro vznik orofaciálních rozštěpů. První kritická perioda je stanovena mezi 25. – 35. den prenatálního vývoje, kdy vzniká izolovaný rozštěp rtu. Druhá kritická perioda, kdy narušením vývoje patrových plotének vzniká izolovaný rozštěp patra, je mezi 37. – 53. dnem. Třetí, poslední kritická perioda, kdy lze zpomalením růstu dolní čelisti, vyvolat rozštěp sekundárního patra, se nachází mezi 53. – 57. dnem prenatálního vývoje. Různé kombinace rozštěpů, od jednoduchých po celkové, vznikají v závislosti na tom v jakém kritickém období a jak dlouho teratogeny působí.

Klasifikace orofaciálních rozštěpů

Klasifikace rozštěpových vad může být různá. Vorhadník (2001) považuje za klasické dělení rozštěpových vad podle významného českého chirurga profesora Františka Buriana. Burian (1954) dělí rozštěpové vady podle anatomicko/genetického. Vady rozděluje do dvou základních skupin rozštěpů, na typické a atypické. **Typické rozštěpy** zahrnují postižení rtu, čelisti a patra jednotlivě, nebo v různém seskupení, dále jsou děleny na skupiny A a B. Skupina **atypických rozštěpů** zahrnuje vady rázu rozštěpu, avšak s výskytem na neobvyklých místech (rozštěpy dolního rtu, šikmý rozštěp obličeje postranní rozštěp nosu a další).

Skupina A rozštěpy rtu, rtu i čelisti a patra vcelku nebo v různém seskupení:

Rozštěp rtu (cheiloschisis) - pravostranný, levostranný, oboustranný, neúplný, úplný. Při úplném rozštěpu rtu zářez dosahuje až do nosního vchodu.

Rozštěp rtu a čelisti (cheilognathoschisis) - probíhá přes ret a premaxilu (mezičelist) až k foramen icisivum.

Celkový rozštěp (cheilognathopalatoschisis) – pravostranný, levostranný, oboustranný. Od foramen incisivum probíhá štěrbina ve střední čáře k čípku. Vpředu průběh jako u rozštěpu rtu a čelisti.

Skupina B izolovaný rozštěp patra (palatoschizis):

Úplný rozštěp – sahající až do foramen incisivum, různě široký.

Rozštěp měkkého patra - izolovaný rozštěp měkkého patra, rozštěp čípku, rozštěp tvrdého a měkkého patra. (čím je rozštěp delší, tím je i širší).

Submukózní rozštěp (podslizniční) rozštěp patra – patro je zdánlivě normální, je porušena střední vrstva (svalovina) nebo i kost. Sliznice a podslizniční vrstva je neporušena.

Vrozené zkrácení patra – je zkráceno měkké nebo/i tvrdé patro, nejedná se však o rozštěp (Burian, 1954).

Peutelschmiedová a Vitásková (2005) uvádí jako nejznámější klasifikaci orofaciálních rozštěpů čtyřbodovou **klasifikaci dle Kernahana a Starka**. Na základě výzkumu embryonálního vývoje obličeje rozdělili patro na primární a sekundární s foramen incisivum jako hraničním bodem.

Klasifikace dle Kernahana a Starka

I. supina – rozštěp primárního patra (postihuje ret, alveolární výběžek až po foramen incisivum

II. skupina – rozštěp primárního a sekundárního patra (postihuje ret, alveolární výběžek, uvulu, měkké a tvrdé patro), submukózní rozštěp patra s rozštěpem rtu

III. skupina – rozštěp sekundárního patra (postihuje uvulu, měkké a tvrdé patro až po foramen incisivum), zahrnuje i submukózní rozštěpy s rozštěpem patrového čípku (uvula bifida) nebo bez něj

IV. skupina – atypické rozštěpy (šikmé a příčné rozštěpy tváře, rozštěpy dolního rtu, nosu a další zřídka se vyskytující formy rozštěpů (Lechta, 1987).

Při rozštěpu **primárního patra** je jednostranně či oboustranně postižen horní ret, čelist a patro po foramen incisuvum. Rozštěpy rtu mohou být subdermální, částečné, pravostranné, levostranné či oboustranné. V místě rozštěpů dochází k nepravidelnosti a poruchám růstu zubů. Dochází také k deformaci nosu, vybočení nebo deformaci nosní přepážky.

Rozštěp sekundárního patra postihuje v různé míře čípek (uvulu), měkké a tvrdé patro až po foramen incisivum. Může mít tvar podkovy nebo písmene V (Klenková, 1998).

Při **izolovaném rozštěpu** rtu, je častá přítomnost deformit nosních křídel a nosní přepážky, rozštěp může být jednostranný i oboustranný. Tento rozštěp bývá často kombinován s rozštěpem čelisti. Při celkovém rozštěpu je postižen ret, zubní oblouk i

patro. Vyskytuje se jednostranná i oboustranná forma. Tento druh rozštěpů patří k nejtěžším formám. Při izolovaném rozštěpu patra zůstávají ret i čelist neporušeny, postiženo je měkké nebo i tvrdé patro.

Submukózní rozštěp patra vzniká nespojením svalů měkkého patra, sliznice, která svaly překrývá, je však neporušena. Bývá přítomen rozštěp uvuly (Vohradník, 2001). Rozštěp je krytý sliznicí, není tedy viditelný. Lze jej vyšetřit pohmatem, kdy se projevuje jako trojúhelníková propadlina (Škodová, Jedlička, 2003).

Dlouhá (2017) uvádí **výskyt rozštěpů** patra a rtu v České republice 1,8 – 2 : 1000 živě narozených dětí. Dle Škodové a Jedličky (2003) je v České republice incidence rozštěpů asi 1:530 všech živě narozených dětí. Převaha chlapců je u celkových rozštěpů, naopak u izolovaných rozštěpů převažují dívky. Nad pravostrannými převažují až dvojnásobně rozštěpy levostranné. Dochází k nárůstu dětí se submukózním rozštěpem a s vrozeným zkrácením patra. Podle Vohradníka (2001) zůstává otázkou, jestli tento nárůst není pouze důsledkem dokonalejších a včasnějších diagnostických metod, které jsou schopny zachytit i drobné vady. Rozštěpové vady se vyskytují po celém světě, postihují všechny rasy a sociální a ekonomické skupiny.

1.3 Důsledky orofaciálních rozštěpů

Ústa a obličej jsou velmi důležitou oblastí z hlediska verbální a neverbální komunikace. Podílí se také na zajišťování životně důležitých funkcí. Celkový výraz tváře ukazuje naše emoce, vztah k okolí, ovlivňuje sympatie k druhému člověku. Jakékoliv narušení v této oblasti může negativně působit na psychiku a socializaci postiženého jedince i jeho nejbližší okolí (Klenková, 2006). Jako důsledky obličejových rozštěpů uvádí Lejska (2003) otevřenou komunikaci mezi dutinou ústní a nosní, nedostatečný patrový uzávěr nosohltanu, odchylky ve stavbě čelisti, chrupu a tím i skusu, deformity v oblasti nosohltanu a střední části obličeje. Postižení touto vadou je velmi komplexní a zasahuje do mnoha oblastí, jako jsou obtíže s výživou, sluchové postižení, ortodontické a stomatologické abnormality, estetické vady, psychosociální problémy, narušená komunikační schopnost a neurologické obtíže (Kummer, 2014).

Prvním problémem dětí s rozštěpovou vadou obličeje je výživa. Je narušen proces přirozeného příjmu potravy kojením. V dutině ústní není možné, vzhledem k defektu rtů a patra, vytvořit dostatečný negativní tlak vzduchu, který je nutný pro sání a polykání (Kejklíčková, 2016). U části dětí, zejména s izolovaným rozštěpem rtu, je možné zajistit přímé kojení specifickou technikou přikládání k prsu. Děti s rozštěpem patra nevytvoří dostatečný itraorální tlak v dutině ústní, proto je pro jejich výživu existuje několik druhů krmných lahví (rozštěp.cz, [online]). Aktivní užívání čelisti, tváří, rtů a jazyka při kojení hraje důležitou roli v rozvoji řeči. Kojení je důležitá součást v řečovém vývoji dítěte, aktivní užívání dolní čelisti, tváří, rtů a jazyka má vliv na vývoj oromotoriky a následnému vývoji řeči (Kummer, 2014). Za normálních okolností představuje kojení radostnou aktivitu, vzniká intimní kontakt mezi dítětem a matkou, silná emocionální vazba. Narušením tohoto procesu z důvodu přítomnosti rozštěpové vady obličeje nemusí dojít k adekvátnímu emocionálnímu vztahu mezi matkou a dítětem. V nejzávažnějším důsledkem tohoto narušení může být citová deprivace (Kerekrétiová, 2008).

Poruchy sluchu, jako komplikaci rozštěpových vad, uvádí Škodová a Jedlička (2003) až u 90 % případů. Nejčastěji se jedná o **převodní poruchu sluchu**. Vlivem narušené průchodnosti Eustachovy trubice dochází k narušení vyrovnávání tlaku mezi středním uchem a okolím, vzniká podtlak, který způsobuje vyšší napětí bubínku (Klenková, 1998). Při polykání a zívání svaly měkkého patra otevírají Eustachovu trubici, tak je umožněn odtok sekretu ze středního ucha. Vlivem narušené funkce se ve středním uchu sekret hromadí, může dojít k bakteriální infekci. Včasnou terapií lze předejít nevratným změnám středouší a sluchové poruše (Kummer, 2014). Za velmi závažné považuje Vohradník (2001) zjištění nejčastějšího výskytu nedoslýchavosti u dětí 3 – 4 letých, jelikož v tomto věku nastává nejdůležitější období pro rehabilitaci řeči. U dětí s rozštěpovými vadami je důležitá zpětná sluchová vazba při řeči, i lehká převodní nedoslýchavost může vést k prodlužování doby a různým obtížím při úpravě řeči.

Nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru doprovázející rozštěpové vady obličeje způsobuje poruchy hlasu a řeči. Narušené komunikační schopnosti jako důsledku orofaciálních rozštěpů bude věnována samostatná kapitola.

Rozštěpy rtu a patra způsobují anomálie zubů a horní čelisti, nesprávné postavení zubů a čelisti (Škodová, Jedlička 2003). Čelistní oblouk může být zcela přerušen, zuby se nepravidelně prořezávají, jsou rotované (Vohradník 2001).

Další nepříznivý vliv, na kterém se shoduje řada autorů, je vytváření osobnosti postiženého dítěte - **psychosociální vliv**. Obecně je totiž narození dítěte s viditelnou vrozenou vadou velmi traumatizující událostí pro celé okolí jedince. Nejprve je diagnóza rozštěpu traumatizující pro rodiče dítěte, později si vadu uvědomuje samotné dítě, což může ovlivnit jeho psychosociální vývoj Vytváření osobnosti dítěte je odrazem postoje rodiny, vztahu matky k dítěti, vztahu dítěte k rodiči, socializace dítěte a rodiny (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička 2003, Lechta 2011).

„Nejkrutější jsou vrozené vady obličeje, protože jsou nejnápadnější, není možno je zakrýt. U těžkých forem rozštěpů je porušen soulad obličeje v místech, která slouží projevům duše.“ (Burian. F., 1954, s. 9)

1.4 Terapie rozštěpových vad

Péče o dítě postižené s rozštěpovou vadou začíná narozením a trvá až do dospělosti. V centru zájmu není jenom vývojová vada – rozštěp, ale postižené dítě společně s rodiči a širší rodinou (Škodová, Jedlička, 2003). Na léčbě a odstranění obtíží se podílí celá řada odborníků lékařských i nelékařských oborů. Vzhledem ke komplexnosti nároků a zásahů celé škály odborníků, časové náročnosti a návaznosti je nutný a nejvýhodnější **týmový přístup** (Kummer, 2014).

Dle Vohradníka (2001) je základem péče o dítě s rozštěpovou vadou nutný interdisciplinární přístup. Jednotliví odborníci pracují, hodnotí, diagnostikují na svých pracovištích nezávisle na jiných členech týmu. Setkávají se však s cílem plánování jednotlivých vyšetření, informují se mezi sebou o výsledcích, postupech a doporučeních pro plánování dalších intervencí. Interakce jednotlivých odborníků vede k dodržování jednotného léčebného plánu a jeho realizaci (Lechta, 2011). Interdisciplinární přístup musí zároveň přihlížet k individuálním potřebám jedince s rozštěpovou vadou (Klenková, 2006).

Jako nejčastější modely týmové péče jsou uváděny multidisciplinární přístup a transdisciplinární přístup. V multidisciplinárním týmovém přístupu, který se dle Lechty (2005) vyskytuje nejčastěji, pracuje každý odborník samostatně, ve své vlastní ambulanci nebo pracovišti. Komunikace mezi jednotlivými odborníky je omezená. Členové takového týmu mají přesně definované úkoly a kompetence, jejich skutečná vzájemná komunikace a interakce je omezená. Dle Kerekrétiové (2008) členové transdisciplinárního týmu pracují na jednom místě. Jejich intervenční postupy vzájemně souvisejí a v celkové péči o pacienty se doplňují. Považuje ho za nejmodernější přístup, ze kterého vysoce profitují pacienti, kterým se tato péče dostane.

V České republice je péče o rozštěpové pacienty týmová, dlouhodobá a systematická. Zvykově je hlavním koordinátorem léčby plastický chirurg. Mezi další odbornosti, které se na péči podílejí, patří dětský anesteziolog, neonatolog, pediatr, genetik, otorinolaryngolog a foniatr, ortodontista, logoped a psycholog (Fiala et al., 2017).

V neonatálním a kojeneckém věku je plastickým chirurgem provedena operace rozštěpu rtu a později i patra. Vzhledem k vyšší pravděpodobnosti výskytu opakovaných zánětů středního ucha je dítě již v tomto věku sledováno na otorinolaryngologii. V kojeneckém věku je prováděno genetické vyšetření. V batolecím období, kolem druhého roku věku, je provedena první logopedická kontrola zatím jen formou hry. Kolem třetího roku je zahájena pravidelná logopedická terapie u většiny dětí s rozštěpem patra. Přetrvává pravidelná péče na otorinolaryngologii. V předškolním věku je možné provést sekundární korekční operaci rtu, nosu i patra. Po primární operaci rozštěpu patra mohou děti trpět poruchou velofaryngeálního uzávěru, která se projevuje hypernazalitou a poruchami artikulace. Na základě vyšetření funkce patrohltanového uzávěru je indikována korekční operace. V období mezi 4. - 5. rokem je provedena první kontrola na ortodoncii. Snahou všech členů rozštěpového týmu je zajistit nutné sekundární operace a logopedickou terapii v předškolním věku, před zahájením povinné školní docházky. Dítě se tak může dobře začlenit do školního kolektivu a plnit školní povinnosti. V některých případech přetrvává logopedická terapie i v mladším a starším školním věku. V tomto období je zahájena intenzivní ortodontická péče. V případě rozštěpu postihující aleveolus je dítě připravováno na implantaci kostního štěpu k doplnění zubního oblouku. V dorostovém období až v dospělosti, po dokončení růstu obličeje je možné provést plastickým chirurgem definitivní korekční operace nosu a rtu. U dětí s celkovým rozštěpem rtu a patra, v případě nedostatečného růstového potenciálu

horní čelisti provedena maxilofaciální operace. Dítě s rozštěpovou vadou obličeje je všemi odborníky sledováno pravidelně, individuálně dle potřeby. Návštěva rozštěpového týmu je realizována minimálně jednou ročně. V průběhu dětství jsou doporučeny větší dispenzarizační kontroly, a to ve věku 5, 10 a 15 let. V rámci těchto kontrol, nezávisle na stavu léčby, je provedena standardizovaná logopedická nahrávka řeči, zubní otisk horní i dolní čelisti, fotodokumentace a klinické vyšetření plastickým chirurgem. Tyto kontroly hrají důležitou roli pro dlouhodobé sledování a korekci léčby v rámci celého rozštěpového týmu (Jurovčík et al., 2015, Fiala et al 2017).

Vohradník (2001) uvádí úkoly jednotlivých oborů v péči o děti s rozštěpovými vadami obličeje z hlediska zabezpečení jejich komunikační schopnosti. Pro obor psychologie je v první řadě pomoc rodičům, kterým se narodilo dítě s vývojovou vadou. Dalším úkolem psychologa je odborná pomoc rodičům dítěte při volbě vhodného školského zařízení, zvážit možnost vzdělávání ve specializovaném školském zařízení. V období dospívání a dospělosti vyhledávají psychologickou terapii pacienti, u kterých nadále přetrvává komunikační porucha nebo se u nich přes všechny terapeutické intervence nepodařilo zabránit pocitům méněcennosti (Škodová, Jedlička, 2003).

Narození dítěte s rozštěpovou vadou obličeje bývá velkým zásahem do života celé rodiny. Vyvolává mnoho otázek a obav, rodiče prochází těžkým obdobím. Léčba rozštěpových vad je dlouhodobá a náročná, vyžaduje spolupráci s mnoha odborníky lékařských i nelékařských oborů. Jako podpora rodinám dětí s rozštěpovou vadou vznikají dobrovolnické organizace. Jejich cílem je zlepšit informovanost rodičů a pacientů (Broulíková, 2015).

Shrnutí

Orofaciální rozštěpy jsou vrozené vývojové vady postihující mluvní orgány. Etiologie není zcela objasněna, pravděpodobnou příčinou je kombinace vnějších a vnitřních faktorů v prenatálním období, zejména v prvním trimestru těhotenství, kdy probíhá embryonální vývoj primárního a sekundárního patra. Na základě tohoto vývoje je stanovena nejčastěji užívaná klasifikace rozštěpových vad, Kernahan-Starkova klasifikace. Přítomnost rozštěpové vady způsobuje řadů obtíží. Má vliv na životně důležité funkce, komunikační schopnost, stav sluchu, skusu a zubů a v neposlední řadě na celkový psychosociální stav jedince. V současné době lze s úspěchem tyto vrozené vývojové vady léčit. Terapie je však náročná, zahrnuje řadu odborníků z lékařských i nelékařských oborů. Je důležité, aby tito odborníci tvořili tým, který se průběžně informuje, konzultuje mezi sebou a koordinuje společně jednotlivé terapie.

2 KOMUNIKACE

2.1 Komunikace a narušená komunikační schopnost

„Komunikace představuje jednu z nejdůležitějších lidských schopností. K tomu, aby člověk s ostatními lidmi mohl komunikovat, potřebuje dobře rozvinutou komunikační schopnost. Její narušení jsou mnohdy překážkou v edukaci a socializaci jedince.“ (Klenková J., 2006, s. 9)

Komunikace je procesem efektivní výměny informací prostřednictvím určitého systému znaků, probíhající během interakce komunikačních partnerů. Hovoříme-li o jazykové komunikaci, jsou předmětem výměny obsahu sdělení jazykové znaky (forma orální), psané (grafické) nebo ukazované (manuální, gestické) (Peutelschmiedová, Vitásková, 2005).

Sovák (1981) definuje komunikaci (z latinského communis – společný obecný, communicare – sdělovat) jako výměnu ve smyslu přijímání a zpracování, popřípadě vydávání informací. Do mezilidské komunikace, která se uskutečňuje v různých rovinách a různými formami zahrnuje komunikaci neverbální a verbální.

Verbální komunikace je specificky lidská činnost, může být prováděna řečí mluvenou nebo psanou. Řečová komunikace je jedna z fascinujících lidských schopností, je to schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků ve všech jeho formách (Lechta, 2002). Řeč je charakteristickou biologickou vlastností člověka, systém přenášející informace prostřednictvím jazykových znaků. Lze ji vymezit jako soubor speciálních zvukově artikulačních symbolů, které přenášejí vnitřní informaci (Bytešníková, 2012). Verbální komunikace má značný sociální význam – inteligence člověka se manifestuje především slovem a písmem (Klenková, 2006).

Neverbální komunikace v sobě zahrnuje všechny dorozumívací prostředky, které jsou neslovní podstaty (Klenková, 2006). Neverbálně člověk vyjadřuje své duševní stavy, city, emoce, prožitky, myšlenky a vztahy mnohem objektivněji než verbálně (Bytešníková, 2012). Neverbální komunikace se může uskutečňovat samostatně, může nahrazovat komunikaci verbální. Neverbálně komunikujeme gesty, postojem těla, výrazy tváře, pohledy očí. Každý neverbální signál nese svůj význam, který je podmíněn kulturou, sociální skupinou nebo dobou (Klenková, 2006).

Podle M. Soukupa (2015) je každé chování komunikací, která zahrnuje nejen slovní projev, ale jakékoliv chování vůbec. Lidé se vždy nějakým způsobem chovají, a proto nelze nekomunikovat. I odmítání komunikace lze hodnotit jako chování, ačkoliv se to může zdát paradoxní. Komunikace má vždy rovinu obsahovou a vztahovou a její součástí je nejen obsah (to co se říká), ale vypovídá i o vztahu mezi účastníky komunikace.

Dle J. Klenkové (2006) je cílem komunikativního chování nejenom vzájemné dorozumívání a sdělování informací, ale zejména vytváření a udržování mezilidských vztahů.

Kerekrétiová (2009) definuje komunikační schopnost jako schopnost používat jazyk jako systém znaků a symbolů a to zcela vědomě, podle patřičných norem s cílem realizace určitého komunikačního záměru. Komunikační schopnost člověka charakterizuje jako bio-psycho-sociální jednotu, kde se mísí a prolínají množiny biologických, psychických a sociálních komponentů.

Narušená komunikační schopnost

Jedním ze základních termínů současné logopedie je **narušená komunikační schopnost**. Moderní pojetí logopedie klade důraz na přesun od „řeči“ a „mluvení“ ke „komunikaci“ (Klenková, 2006). Stanovit kdy už můžeme hovořit o **narušené komunikační schopnosti** a kdy ještě ne, je velmi obtížné. Je třeba, mimo národní jazykové zvláštnosti dané pro každý jazyk, hodnotit, v jakém jazykovém prostředí jedinec žije (regionální zvláštnosti), jaké má vzdělání, musíme si všímat všech rovin jazykových projevů člověka. Dle Lechty (in Škodová, Jedlička, 2003) došlo ke změně chápání logopedie z převážné orientace na výslovnost k celkové orientaci na všechny jazykové roviny, došlo tedy k celostnímu (holistickému) chápání logopedie, respektive narušené komunikační schopnosti.

Lechta (sec. cit. Klenková J., 2006, s. 54) *„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou rovinu, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace.“*

Narušení se může týkat verbální i neverbální komunikace, její mluvené nebo grafické formy a receptivní i expresivní složky.

Kerekrétiová (2009) stanovuje základní návodné otázky k posouzení komunikační schopnosti, resp. narušené komunikační schopnosti: Vývojové kritérium – je komunikační schopnost v souladu s vývojem jedince? Fyziologické kritérium – můžeme pokládat řečový projev za fyziologicky odpovídající? Terapeutické kritérium – je v konkrétním případě vhodný terapeutický zákrok? Lingvistické kritérium – splňuje řečový projev stanovené normy pro daný jazyk? Kritérium komunikačního záměru – dokáže jedinec realizovat svůj komunikační záměr a zle ho pochopit bez rušivých momentů?

V České republice je v logopedické praxi užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro dané narušení nejtypičtější, tzv. **symptomatická klasifikace dle Lechty** (1987): vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení plynulosti řeči (tumultus sermonis, balbuties), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči (Klenková, 2006).

2.2 Palatolalie – porucha artikulace a rezonance

Palatolalie (z latinského palatum – patro) je narušená komunikační schopnost důsledkem rozštěpu primárního, sekundárního nebo současně primárního a sekundárního patra a řadí se do poruch zvuku řeči (Klenková, 2006). Je jednou z nejnápadnějších a nejtěžších narušení komunikační schopnosti, příčinou jsou orgánově vrozené anomálie – rozštěpy patra. Vzniká u osob s neoperovanými rozštěpy nebo je důsledkem přetrvávající patrohltanové nedostatečnosti po operačních výkonech (Klenková, 2006; Sovák, 1978; Lechta 2003). Důležité je však zmínit, že ne všechny děti postižené rozštěpovou vadou trpí palatolalií. Vzhledem k pokroku v léčbě rozštěpů v posledních desetiletích dosahuje, dle Kerekrétiové (2008), až 90 % osob s orofaciálními rozštěpy normální nebo skoro normální řeči. Přesto logopedickou péči vyžaduje až 50 % dětí s rozštěpem rtu nebo rtu a patra.

Jako hlavní příčina palatolalie je uváděna narušená funkce patrohltanového uzávěru (pojem je vysvětlen v kapitole 1.1 této práce). V případě anatomických a strukturálních změn všech komponent velofaryngeálního mechanismu hovoříme o **velofaryngeální** (patrohltanové) **insuficienci**. Nesprávná funkce má vliv na fonaci, rezonanci, arikulaci a celkovou kvalitu řeči (Kerekrétiová 2008).

Z hlediska palatolalie kategorizujeme (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) velofaringeální mechanismus jako: dostatečný – nejsou přítomný prvky palatolalie; možný – symptomy palatolalie se vyskytují nepravidelně; nedostatečný – je přítomna hypernazalita, nosní emise, oslabená či kompenzační artikulace; dostatečný, ale nevyužitý – nevyužitý v orální řeči, případně je artikulace mimomorání či oslabená.

Porucha nosní rezonance

Pro palatolalii je typické narušení **nosní rezonance** – nosovosti (nazality). Porucha rezonance je charakterizována abnormálním přenosem zvukové energie přes rezonanční dutiny při řečové produkci (Kummer, 2014).

Nosovost je sama o sobě fyziologický jev a v českém jazyce je přípustná pouze pro konsonanty M, N, Ň. Při jejich produkci je dutina ústní a nosní spojena a výdechový proud směřuje do nosu. Pokud toto spojení přetrvává i při produkci orálních hlásek, jedná se o zvýšenou nosovost - **otevřenou huňavost** (rhinolalia, rhinolalia aperta) a hlas i mluva mají nosový zvuk, protože nosní dutina rezonuje (Lechta, 2003). Při otevřené huhňavosti vlivem velofaryngeální insuficience nedojde k dokonalému závěru, vzduch při řeči uniká do nosní dutiny. Míru nosní rezonance ovlivňuje také intenzita výdechového proudu vzduchu. Nejnápadněji je porušen zvuk u samohlásek, ty vyžadují pevný velofaryngeální uzávěr (Škodová, Jedlička, 2003).

Porucha artikulace

Dalším ze základních symptomů palatolalie je **narušená artikulace** samohlásek i souhlásek. Vokály (samohlásky) jsou typicky narušeny hypernazálním zabarvením z důvodu otevřené huhňavosti, jak bylo uvedeno výše. Konsonanty (souhlásky) jsou narušeny v důsledku slyšitelného úniku vzduchu nosem (nosní emise), nedostatečného intraorálního tlaku vzduchu a posunu artikulační báze dozadu (Kerekrétiová, 2008).

Při nedostatečném patrholtanovém uzávěru vznikají artikulační odchylky v řeči proto, že dítě v daný moment nedokáže vytvořit nutný **intraorální tlak** a musí svoji artikulaci nějakým způsobem modifikovat či kompenzovat.

Modifikací artikulace rozumíme takovou změnu artikulace, při které se nemění artikulační místo hlásky, ale je změněn výsledný zvukový dojem v důsledku nedostatečného intraorálního tlaku. Nejvíce budou postiženy výbuchové hlásky P, B, T, D, K, G. K vytvoření těchto hlásek dojde na správném artikulačním místě, ale bude jim chybět jejich typická výbuchovost, budou **oslabené** (Oravkinová, 2001).

Průvodním jevem modifikované artikulace jsou **nosní emise**. Při artikulaci orálních hlásek zajišťuje patrohltanový uzávěr nasměrování výdechového proudu vzduchu spolu se zvukem do dutiny ústní, kde rty, jazyk a zuby přechází do příslušného nastavení pro orální hlásku. Při nosovkách pokračuje výdechový proud vzduchu směrem nahoru a spolu s nosovým zabarvením vychází s nosní dutiny. Při patrohltanové nedostatečnosti uniká proud vzduchu do nosní dutiny při řeči. Nejvýrazněji jsou postiženy znělé konsonanty, protože vyžadují vyšší tlak vzduchu (Kummer, 2014).

Nosní emise mohou být **neslyšitelné**, jsou ale sekundárně doprovázeny vtahováním nosních křídel, zkrácenou promluvou nebo oslabenými až vynechávanými vokály. Slyšitelné nosní emise se projevují slyšitelným šelestem až šumem (Kummer, 2014).

Kompenzační artikulací rozumíme snahu dítěte vytvořit úžinu nebo místo uzávěru ještě před únikem vzduchu do nosu. Tímto způsobem se posouvá celá artikulační báze za nedostatečný patrohltanový závěr směrem vzad do úžiny mezi kořen jazyka a zadní stěnu hltanu, nebo až do hrtanu. Vznikají tak náhradní artikulační zvuky, jako kompenzační náhrada (Kerekrétiová, 2008). Dítě zjistí, že se dá vytvořit dostatečný artikulační závěr pro konsonanty na jiných místech než v orální dutině. Naučí se na těchto atypických místech tvořit zvuky tak, že se výsledné, kompenzační artikulací vytvořené, konsonanty budou přibližovat k normě tj. orálním konsonantům. Tímto způsobem vznikají hltanové a hlasivkové závěrové a úžinové hlásky (Oravkinová, 2001). Hlásky P a B znějí jako M a T; D jako N a K a G se může zcela vynechávat, nebo jsou nahrazeny hrtanovým rázem. Vibranta R bývá málo kmitná nebo nahrazována velárním R (Lechta, 1990).

Palatální artikulace je další typický symptom palatolalie v narušené artikulaci. V tomto případě dochází k posunu artikulačního místa alveolárních konsonant, předních i zadních z aleveolárního na palatální (Oravkinová, 2001).

Je nutné zmínit poslední skupinu artikulačních odchylek při palatolalii, tzv. **návykovou artikulaci** při kompetentním velofaryngeálním uzávěru. Využívá ji dítě, které se naučilo před chirurgickou korekcí velofaryngeálního uzávěru kompenzovat, či modifikovat artikulaci a neumí tyto patologické mechanismy nahradit novými, správnými (Oravkinová, 2001; Kerekrétiová 2008).

Z důvodů nosní emise je omezená délka promluvy výdechový proudem nutným pro plynulou řeč jen nedostatečný, mluvčí se musí častěji nadechovat během promluvy, řeč zní sekaně (trhaně, přerušovaně). Řeč je fyzicky náročná, postižený jedinec spotřebovává až dvakrát více vzduchu než intaktní. (Kummer, 2014)

Celkovou srozumitelnost řeči ovlivňuje řada proměnných, jako artikulace, rezonance, kvalita hlasu, prozodické faktory, řečový styl. V nejtěžších případech palatolalie dokáže dítě vytvořit jen deformované nazalizované samohlásky, souhlásky jsou vynechané nebo nahrazené kompenzačními artikulačními zvuky. V těchto případech je řeč obtížně srozumitelná až téměř nesrozumitelná (Kerekretiová, 2008).

Srozumitelnost řeči ovlivňuje řada dalších faktorů např. aktuální psychický stav, únava. Významným faktorem je motivace postiženého mluvit srozumitelně (Kerekrétiová, 2008; Klenková, 1998).

2.3 Další symptomy palatolálie, klasifikace palatolalie

Klenková (1998) uvádí jako další symptomy palatolalie opožděný vývoj řeči, poruchy koverbálního chování a srozumitelnosti řeči.

Děti narozené s rozštěpovými vadami, čelí velkým potížím a omezením už v raném věku. Seeman (1955) rozlišuje ve vývoji dítěte s rozštěpovou vadou dvě období. Kdy v prvním období (předřečovém) není hlas a zvuk některých hlásek odlišný od zdravého jedince. Teprve v počátku hláskování a tvorby prvních slov, když se dítě snaží

napodobit zvuk slyšených slov, nastává druhé období, ve kterém je porucha řeči zjevná. Odchylky jsou patrné v artikulaci a tvorbě hlasu.

Podle Kerekrétiové (2009) je však u dítěte postiženého rozštěpovou vadou narušeno i **předřečové období**. Dítě je ochuzeno o určité činnosti, které mají ve vývoji řeči důležitou úlohu. Jsou to sání, žmoulání, mlaskání a další činnosti, které vyžadují používání rtů, čelistí a jazyka. Dítěti není umožněno získávat základní pohybové dovednosti mluvidel. V období pudového i napodobovacího žvatlaní je dítě schopno vydávat pouze takové zvuky, které mu poškozené artikulační orgány dovolí (Škodová, Jedlička 2003). V této fázi se pak dítě učí tvořit nesprávné kompenzační zvuky. Tyto kompenzační zvuky pak přenáší do svých prvních slov (Bytešníková, 2014).

Další příčinou opožděného vývoje řeči může být **sluchová vada**, převodní nedoslýchavost různého stupně, která bývá u dětí s orofaciálními rozštěpy přidružená. Tím je možnost osvojování si jazyka a řeči sluchovou cestou omezena (Kummer, 2014). Důvodem je snížená sluchová kontrola, která se projeví ve výslovnosti (Klenková, 1998).

Ve verbální komunikaci jsou narušeny všechny čtyři roviny řeči. Porucha artikulace a nosní rezonance při palatolalii narušuje zejména foneticko-fonologickou jazykovou rovinu. V případě opožděného vývoje řeči je ovlivněna i lexikálně-sémantická rovina a rovina morfologicko-syntaktická. Z důvodu psychosociálních problému, které mohou orofaciální rozštěpy způsobovat, je pak narušena pragmatická jazyková rovina (Klenková, 2006).

Důležitým faktorem ve vývoji řeči je včasná chirurgická intervence a včasná logopedická péče (Kummer, 2014).

Poruchy hlasu při palatolalii

Mezi další symptomy palatolalie zařazujeme poruchy hlasu. Podle Seemana (1955) je nazvaná **palatofonie**. Změny hlasu je nutné oddělit od poruch rezonance, změny jsou mnohem komplexnější. Morfologické změny velofaryngeálního mechanismu, které jsou přítomny z důvodu rozštěpových vad, způsobují právě poruchy hlasu (Vohradník, 2001). Chraplavý, přiškrcený případně tlačený hlas je tvořen s cílem snížit hypernazalitu a zlepšit srozumitelnost hlasu. V tomto případě je fonace spojená s nadměrným úsilím, zvyšuje se napětí hlasivek, vzniká tak jejich hyperfunkce.

(Kerekretiová, 2008). Nadměrné úsilí je vynaloženo z důvodu snahy o kompenzaci velofaryngeální insufience. Jestliže toto úsilí dlouhodobě přetrvává, vzniká otok až hypertrofie hlasivek. To může vést k utváření hlasových uzlíků (Kummer, 2014). Pro palatofonii považuje Seeman (1955) charakteristický bečivý hlas s nazalizovanými vokály. Jako důsledek uvádí tvorbu hlasu za silného výdechového tlaku na hlasovou štěrbinu při zvětšeném napětí hlasivek. Hrtan je pak silně zvednut, čímž zkracuje násadní trubice (rezonanční prostory), které pak nejsou využity ke správně tvorbě barvy hlasu.

Příznaky v neverbální komunikaci

Při přenosu informací v osobním styku má neverbální komunikace značný význam. Děti s rozštěpovými vadami obličeje mají některé části neverbální složky komunikace postiženy (Vohradník, 2001). Projevy jsou různé, paří sem souhyby mimického svalstva, stahování nosního chřípí, vtahování a špulení rtů, krčení čela a celé tváře (Klenková, 1998). Cílem je zabránit úniku vzduchu nosem při vyslovování všech hlásek kromě nosovek a zvýšit tak srozumitelnost řeči. Pomocné pohyby a grimasy rtů a nosu jsou výrazné při hláskách výbuchových i třených. Toto chování je spojeno se zvýšeným artikulačním úsilím a napětím (Kerekretiová, 2014) V případě vyšší nesrozumitelnosti artikulované řeči nebo jejího subjektivního prožívání může začít dítě preferovat neverbální komunikaci, ve smyslu její alternativy (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Klasifikace palatolalie

V odborné literatuře je uváděno několik klasifikačních škál palatolalie. Dle Kerekrétiové (2008) je důležité, aby dobrá klasifikace byla jasná, jednoznačná avšak jednoduchá. Tyto předpoklady splňuje následující škála, hodnotí se plynulá konverzace v mírně zrychleném tempu:

Dobrá – řeč je srozumitelná, bez symptomů typických pro palatolalii, pouze lehká porucha rezonance (slyšitelná jen odborníkem).

Společensky únosná – v řeči se vyskytují zbytky palatolalie.

Hůře srozumitelná – řeč je hůře srozumitelná pro okolí a někdy i pro nejbližší.

Nesrozumitelná – řeč je nesrozumitelná stejně pro okolí, jako pro nejbližší.

Dalším příkladem může být třístupňová klasifikace podle Moleyové:

Řeč je srozumitelná, artikulace konsonantů oslabená, samohlásky lehce nazalizované.

Jsou přítomny artikulační substituce a hrtanový ráz.

Řeč je nesrozumitelná, samohlásková (Kerekretiová, 2008).

Charakter projevů palatolalie je velmi individuální a je podmíněn především typem a rozsahem rozštěpové vady, včasností a průběhem týmové péče, osobností postiženého jedince a působením jeho nejbližšího okolí (Peutelschmiedová, Vitásková, 2005).

2.4 Předškolní vzdělávání a inkluze ve vzdělávání

Předškolní vzdělávání dětí je v České republice zajišťováno mateřskými školami. Cílevědomé vytváření vhodných podmínek pro rozvoj a vzdělávání dětí jejich odborné vedení je výhodou institucionálního předškolního vzdělávání (NUV, 2018, [online]). V současné době je upřednostňováno pojetí výchovy se zaměřením na dítě, jeho individuální potřeby vzdělávací, socializační a citové. Zároveň se zaměřuje na kultivaci vzájemných vztahů v dětské skupině (Koťátková, 2014). Mateřská škola představuje první stupeň výchovně vzdělávacího působení, v němž se uplatňuje princip individualizace v podmínkách skupiny. V současném školském systému se mateřská škola stává nezbytnou součástí vzdělávání (Kolláriková, Pupala, 2001). Dle Opravilové (2016) je úkolem institucionálního předškolního zajistit dítěti dostatečně podnětné prostředí k jeho rozvoji a aktivnímu učení.

Předškolní období trvá přibližně od 3 do 6 let, konec tohoto období není určen jen fyzickým věkem, ale především sociální zralostí a nástupem do školy. Konec tohoto období může oscilovat v rozmezí jednoho, popřípadě i více let (Vágnerová, 2000).

Předškolní vzdělávání je legislativně upraveno v Zákoně č. 561/2004 Sb. o předškolním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. Pro tento zákon je užíván zkrácený termín Školský zákon. Předškolní vzdělávání dle zákona *„podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní*

vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání.“ (MŠMT ČR, 2017 [online], zákon č. 561/2004 Sb., § 33) Vyhláškou č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání upravuje podmínky provozu a organizace mateřské školy, stravování dětí a péči o bezpečnost a zdraví dětí. Zákon č. 178/2016, který mění Školský zákon č. 561/2004 stanovuje, že od počátku školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dovrší 5 let je předškolní vzdělávání **povinné.**

Ve Školském zákoně je zakotven systém kurikulárních dokumentů zformulovaných v Národním programu rozvoje vzdělávání v České republice (Bílá kniha). Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní. Státní úroveň v tomto systému dokumentů představuje Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy (dále RVP). Národní program vzdělávání vymezuje vzdělávání jako celek a RVP pak vymezuje rámce vzdělávání pro jeho jednotlivé etapy - předškolní, základní a střední vzdělávání. Vzdělávání uskutečňující se na jednotlivých školách, školní úroveň kurikulárních dokumentů, upravuje školní vzdělávací program (NUV, 2018, [online]).

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále RVP PV) je základní pedagogický dokument státní úrovně. Vymezuje konkrétní cíle, obsah a oblasti vzdělávání. Je ale zpracován dostatečně volně a otevřeně, aby umožňoval pedagogům vytvořit školní vzdělávací program inovativně s ohledem na veškeré požadavky kladené na současné předškolní vzdělávání (Bytešníková, 2007). Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání pracuje se čtyřmi kategoriemi: rámcové cíle vyjadřující obecné záměry předškolního vzdělávání; klíčové kompetence představující výstupy, způsobilosti dosažitelné v předškolním vzdělávání; dílčí cíle jako konkrétní záměry příslušející k určité vzdělávací oblasti; dílčí výstupy, což jsou poznatky, dovednosti, postoje a hodnoty, které odpovídají dílčím cílům (NUV,[online]).

RVP PV definuje tři základní cíle. Cíle výchovy vychází z představy o konečném výsledku celého výchovného působení, které se označují jako určitý dosažený stupeň či úroveň vzdělání. Vzhledem k tomu že vzděláním současně i vychováváme, považujeme pojem výchova za širší. Cíle výchovy jsou: rozvoj dítěte, jeho učení a poznání; osvojení základů hodnot, na nichž je založena naše společnost; získání osobní samostatnosti a schopnosti projevovat se jako samostatná osobnost působící na své okolí (Opravilová, 2016).

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání slouží jako východisko pro zpracování **školního vzdělávacího programu**. Každá mateřská škola si vytváří svůj vlastní školní vzdělávací program, s ohledem na podmínky dané místem nebo regionem, kde se nacházejí, s ohledem na kulturní, sportovní a přírodní možnosti na specifické odbornosti pedagogů působících v mateřské škole (Koťátková, 2014). Pedagogové vytváří ve školním vzdělávacím programu vlastní vzdělávací nabídku. Vzdělávací nabídka je obsahem integrovaných bloků, které nerozlišují vzdělávací oblasti nebo složky, ale nabízejí vzdělávací obsah v přirozených souvislostech a vztazích, které vycházejí ze života dítěte, jsou pro něj smysluplné a zajímavé. Dítě nezískává pouze izolované poznatky nebo dovednosti, získává komplexnější a prakticky využitelnou zkušenost. Získává skutečné činnostní výstupy – kompetence (NUV, 2018 [online]).

Školní vzdělávací program představuje pro práci mateřské školy vlastní projekt, plán výchovně vzdělávací práce, kterým se budou pedagogové řídit ve výchovně vzdělávacím procesu (Koťátková, 2014).

Inkluzivní vzdělávání

Pojem inkluze vychází z anglického slova *inclusion,* což znamená zahrnutí, v širším pojetí *příslušnost k celku.* Inkluze začíná připuštěním individuálních odlišností a staví na respektování těchto odlišností. Dítě, žák nebo student nás zajímá z pohledu celé osobnosti (Booth, Ainscow, 2002).

Podstatou inkluzivního vzdělávání je změna pohledu na selhání dítěte v systému, respektive selhání vzdělávacího systému, jeho bariér v případě konkrétního dítěte (Průcha et al., 2003). Základem inkluzivního vzdělávání je zapojení všech dětí, žáků a studentů do vzdělávacího procesu a to bez ohledu na zdravotní, sociální, kulturní či jiné znevýhodnění. Cílem inkluzivní školy je vzdělávat všechny děti společně a podporovat tak toleranci k odlišnosti a vzájemnou kooperaci. V rámci inkluzivního výchovně vzdělávacího konceptu se žáci nedělí na dvě skupiny podle toho, zda mají speciální vzdělávací potřeby nebo nemají. Vzniká jediná heterogenní skupina dětí a žáků, kteří mají rozličné individuální potřeby (Lechta, 2010). Pro vzdělávací příležitosti je v inkluzivním vzdělávání nastaven spravedlivý a rovný přístup pro všechny děti, žáky a studenty bez výjimky. Důraz je kladen na solidaritu, spolupráci a vzájemnou pomoc, učení pomocí podnětného prostředí a spoluúčast na vlastním rozvoji (Spilková, 2005).

Pojem speciální vzdělávací potřeby je chápán jako rozdíl mezi úrovní výkonu nebo chováním dítěte a tím, co je od něj očekáváno. Otázkou zůstává, jak lze určit co je norma, od které se odvíjí toto očekávání. V raném a předškolním věku je to zejména norma běžného vývoje dítěte. Jedná se o oblast motoriky, komunikace, sociálních dovedností a sebeobslužných dovedností (Hájková, Strnadová 2010). Booth a Ainscow (2002) spatřují v označení speciální vzdělávací potřeby značné omezení, jehož důsledkem může být nižší očekávání. Jako alternativu volí pojem překážky v učení a zapojení.

Inkluzivní vzdělávání v České republice

Česká republika se ratifikací Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením zavázala k vytvoření systému inkluzivního vzdělávání na všech úrovních vzdělávací soustavy. Inkluzivní vzdělávání je založeno na zásadách rovného přístupu bez diskriminace z důvodu barvy pleti, pohlaví, jazyka, etnického původu, zdravotního stavu nebo jiného postavení jedince (Opravilová, 2016). Dalším významným krokem k podpoře inkluzivního vzdělávání je zpracování Akčního plánu inkluzivního vzdělávání na období let 2016 – 2018. Vzájemně propojený systéme strategických cest, které jsou v plánu definovány, vede k naplnění vize inkluzivního a kvalitního vzdělávacího systému (Vzdělávání 2020, [online]).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) přijetím zákona č. 82/2015 Sb. který mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, usiluje o systematické a intenzivní zavádění inkluzivního vzdělávání. Cílem procesu je zajištění podmínek pro vzdělávání všech dětí, žáků a studentů přednostně v hlavním vzdělávacím proudu pomocí adekvátních podpůrných opatření pro zajištění vzdělávacích potřeb (MŠMT, [online]).

V souladu se školským zákonem vydalo MŠMT vyhlášku č. 27/2016 Sb., vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Vyhláška stanovuje přehled a pravidla pro využití podpůrných opatření. Podpůrná opatření stanovují opatření k vyrovnání podmínek, speciálních učebnic, pomůcek a kompenzačních pomůcek ve vzdělávání žáka. Podle rozsahu a obsahu jsou členěny do pěti stupňů. První stupeň podpůrných opatření navrhuje a provádí škola. Podpůrná opatření druhého až pátého stupně uděluje školské poradenské zařízení (NUV, 2018. Online).

Dle Lechty (2010) se koncept inkluze zaměřuje na práva všech dětí. Inkluze se pojí ke škole pro všechny děti – inkluzivní škole, kde heterogenita obohacuje vzdělávací proces.

Rozštěpové vady obličeje mohou výrazně narušit komunikační schopnost jedince. Toto narušení spadá do kategorie narušeného zvuku řeči a označuje se jako palatolalie. Palatolalie má vliv na všechny čtyři jazykové roviny řeči. Hlavními symptomy jsou porucha artikulace a rezonance. Vlivem palatolalie je narušen vlastní vývoj řeči a může mít také negativní dopad na psychosociální vývoj dítěte. Mateřská škola ve spolupráci s rodinou dítěte může zajistit vstřícné a podnětné prostředí a podpořit tak rozvoj dítěte, jeho úspěšný vstup do života ve školním prostředí. V České republice je podporována inkluze ve vzdělávání, což přináší významný posun v přístupu k osobám se speciálními vzdělávacími potřebami. Podpůrná opatření, legislativně ukotvená, mohou být využita právě i ve výchově a vzdělávání dětí s narušenou komunikační schopností.

3 PŘÍPADOVÁ STUDIE DÍTĚTE S ROZŠTĚPOVOU VADOU OBLIČEJE

3.1 Cíle výzkumného šetření a metodologie

Hlavním cílem výzkumného šetření je analýza průběhu výchovy a vzdělávání dítěte s vrozenou vývojovou vadou - rozštěpem tvrdého a měkkého patra v běžné mateřské škole.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny **dílčí cíle**:

- Analyzovat průběh adaptace a budování sociálních vztahů v mateřské škole dítěte s rozštěpovou vadou.
- Zjistit úroveň komunikačních schopností a dovedností dítěte.
- Zjistit jaká podpůrná opatření byla zavedena při vzdělávání dítěte s rozštěpovou vadou.

V souvislosti se stanoveným hlavním cílem a dílčími cíli byly vytvořeny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak probíhala adaptace dítěte s rozštěpovou vadou obličeje v mateřské škole?

Výzkumná otázka 2: Jaký vliv má narušená komunikační schopnost na výchovu a vzdělávání v mateřské škole?

Výzkumná otázka 3: Jaká podpůrná opatření mohou volit pedagogové pro rozvoj a vzdělávání dítěte?

Metodologie výzkumného projektu

K naplnění cílů práce byla zvolena **kvalitativní metoda** šetření. Kvalitativní přístup přistupuje ke zkoumání jevů a problémů v jejich autentickém prostředí. Používá takové metody, které dovolují být se zkoumanou osobou tváří v tvář. Jde o výstižný, plastický a podrobný popis (Švaříček, Šeďová, 2014).

Důležitým výzkumným postojem v kvalitativním výzkumu není manipulace s lidmi, ale kreativní spoluvytváření výzkumné situace takovým způsobem, aby byl stále sledován vytýčený cíl. Vzájemná pozice mezi účastníky výzkumu je pozice rovnocenná (Miovský, 2006).

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, každý člověk či skupina lidí je jedinečná, má vlastnosti, kterými se podstatně liší od jiného člověka nebo skupiny lidí. Cílem není široké zevšeobecnění údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které se hromadným výzkumem nedají odhalit. Typickými metodami kvalitativního výzkumu jsou pozorování, rozhovor, analýza produktů člověka a případová studie (Gavora, 2008).

Jako výzkumná strategie byla zvolena **případová studie**. Detailní studium jednoho nebo několika případů je považováno za jeden ze způsobů, jak porozumět složitým jevům. V případové studii usiluje výzkumník o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí, využívá více informačních zdrojů a veškeré dostupné metody sběru dat (Švaříček, Šeďová, 2014).

K naplnění cílů teoretické části bakalářské práce byly zvoleny tyto metody získávání kvalitativních dat:

Zúčastněné pozorování, kdy se pozorovatel pohybuje přímo v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje. Stává se součástí těchto jevů, je jedním z aktérů. Je to dlouhodobé a systematické sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu. **Polostrukturovaný rozhovor**, při kterém máme stanoveno takzvané jádro rozhovoru, což je minimum témat a otázek, které má dotazovatel za povinnost probrat. Na toto jádro se pak nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek.**Analýza dokumentů**, která má za účel zpracovávat materiál, který již existuje. Prostřednictvím analýzy dokumentů lze efektivně získat množství cenných údajů ze zdravotní dokumentace, speciálně pedagogické diagnostiky (Miovský, 2006).

Časový harmonogram práce

„Jako jiné výzkumné strategie vyžadují případové studie pečlivé naplánování a promyšlení podstatných detailů celého šetření.“ (Švaříček, Šeďová, s 107, 2014)

Pro výzkum byla zvolena metoda záměrného výběru informanta. V květnu 2017 byli osloveni rodiče informanta. Byl jim nastíněn cíl bakalářské práce a vysvětleny metody sběru dat. Rodiče projevili ochotu spolupracovat a udělili písemný souhlas s pozorování dítěte a nahlížením do osobní dokumentace ve školní matrice v mateřské škole. Dále byla oslovena ředitelka mateřské školy, která souhlasila s prováděním výzkumu v mateřské škole. Z důvodu zachování anonymity a ochrany osobních dat nezveřejňujeme jména dítěte, pedagogů, rodičů a název mateřské školy a města.

Vlastní šetření probíhalo od října 2017 do ledna 2018. Informace byly získávány formou zúčastněného pozorování vždy dva dny v týdnu v období od listopadu 2017 do ledna 2018. Ve stejném období probíhaly polostrukturované rozhovory s pedagogy. K analýze dokumentů dítěte byl umožněn přístup do školní matriky, kde jsou uloženy osobní údaje informanta, lékařské a jiné zprávy poskytované rodiči mateřské škole. Dále byla umožněna analýza hodnotícího a pedagogicko-diagnostického portfolia informanta a plánu pedagogické podpory.

Rozhovory probíhaly v mateřské škole, byly rozděleny na tematické okruhy – zkoumané oblasti, vyplývajících z dílčích cílů výzkumného šetření. Rozhovory jsou doplněny o zjištění získaná během zúčastněného pozorování. Přímou citaci z rozhovorů uvádíme kurzívou.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku a prostředí

Výzkumné šetření se uskutečnilo v běžné mateřské škole. Nachází se v menší obci, v klidném prostředí. Zajišťuje celodenní provoz od 6:30 do 16:30 hodin. Školka má celkovou kapacitu 50 dětí, ty jsou rozděleny do dvou tříd po 25 dětech. Třídy jsou věkově homogenní, vzniká tak třída menších dětí ve věku 3 – 4 roky a třída dětí ve věku 5 – 7 let. Školka toto dělení upřednostňuje z důvodu kladení přiměřených nároků na dítě s ohledem k věku. Ve třídě starších dětí je vzdělávací program zacílen na zvládnutí kompetencí dítěte před vstupem do základní školy. Informant je zařazen ve třídě mladších dětí.

Vzdělávání probíhá na základě školního vzdělávacího programu s názvem „Řeka poznání“, který je vypracován v souladu s rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání.

Tato mateřská škola je otevřena inkluzi/integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a má několikaleté praktické zkušenosti se vzděláváním těchto dětí.

Výchovně vzdělávací proces je zajišťován v každé třídě dvěma pedagogy. Učitelé se střídají formou ranních a odpoledních směn. Při řízených činnostech a při pobytu venku v dopoledních hodinách je zajištěno souběžné působení obou pedagogů. Ve třídě, kde se vzdělává informant, působí jako pedagogové dvě ženy. V dalším šetření budeme uvádět pro rozlišení pedagogů působících ve třídě informanta pouze jejich iniciály.

Prvním pedagogem je žena ve věku 45 let. Její nejvyšší vzdělání je střední pedagogické, praxe učitelky v mateřské škole je 18 let. V mateřské škole zastává funkci zástupce ředitele. Dále bude uváděna zkratkou MD.

Druhým pedagogem je žena ve věku 42 let se středním pedagogickým vzděláním a praxí v mateřské škole v délce 8 let. V mateřské škole vede kroužek anglického jazyka. Dále bude uváděna pod zkratkou LT.

Od školního roku 2016/2017 je zřízena funkce školního asistenta z dotačního programu s názvem Podpora škol formou projektů – Šablony pro MŠ, který je určen pro podporu dětí ohrožených školním neúspěchem. **Školní asistent** je veden jako nepedagogický pracovník, je to žena ve věku 40 let, vzdělání má středoškolské v hudebním oboru, doplněné o kurz asistenta pedagoga.

Výzkumným vzorkem je jedno dítě s vrozenou vývojovou vadou, rozštěpem měkkého a tvrdého patra, které je zařazeno do vzdělávání v této mateřské škole. Mateřskou školu navštěvuje od začátku školního roku 2017/18 dosud. Ke vzdělávání v mateřské škole nastoupil ve věku 4 roky a 10 měsíců. Při ukončení výzkumného šetření mu bylo 5 let a 3 měsíce.

3.3 Vlastní výzkumné šetření

Informant: jedná se o chlapce narozeného v říjnu 2012 s diagnózou rozštěp tvrdého a měkkého patra.

Rodinná anamnéza: matka se narodila v roce 1978, má vysokoškolské vzdělání, zaměstnána jako učitelka anglického jazyka na základní škole. Je zdráva. Z předchozího manželství má dceru narozenou v roce 2007, dcera zcela zdravou bez řečových a sluchových problémů, prospěchově nadprůměrnou. Otec narozen v roce 1975, má vysokoškolské vzdělání, zaměstnán jako IT specialista. Je zdráv, uvádí výskyt opožděného vývoje řeči v jeho širší rodině z jeho strany. Chlapec vyrůstá v úplné rodině.

Osobní anamnéza: chlapec je z druhého fyziologického těhotenství, porod byl bez komplikací, v termínu, spontánní, záhlavím. Z důvodu rozštěpové vady nebyl chlapec kojen, sání mu činilo obtíže. Matka ho krmila z doporučené speciální láhve Haberman. Z dětských chorob prodělal spálu. Nemá žádné alergie a neužívá žádné léky.

Matka uvádí předřečový vývoj do jednoho roku jako normální, broukal, žvatlal, tvořil první slova. Psychomotorický vývoj hodnotí jako běžný, bez odchylek od normy.

Ve věku jednoho roku mu byla provedena palatoplastika ve Fakultní nemocnici Na Královských Vinohradech. V rámci této operace byla provedena inzerce tlak vyrovnávajících trubiček (gromet) do středouší. Po operaci uvádí matka regresi ve vývoji řeči. Chlapec těžce snášel znemožnění pohybu rukou, které mu byly fixovány dlahami pro zamezení kontaktu s pooperační ránou. Po zhojení patra bylo matce doporučeno provádění masáž jizvy.

Matka uvádí problémy se sluchem již od dvou let věku dítěte. Trpěl hlenovitým, chronickým zánětem středního ucha. Po nich se zhoršoval sluch a zhoršovala řeč. K operačnímu výkonu, oboustranné zavedení gromet, došlo v jednom roce, ve dvou a půl letech a ve čtyřech letech a půl letech. Naposledy zavedené gromety vypadly dítěti během letních měsíců. Od ledna 2018 dochází chlapec pravidelně dvakrát týdně do ORL ambulance k provzdušnění bubínkové dutiny vzdušnými sprchami. Důvodem je zhoršení stavu sluchu, přítomnost tekutiny za bubínkem a následná převodní nedoslýchavost. Na duben 2018 je plánováno další zavedení gromet do ušního bubínku.

Extrakce 10 zubů byla provedena v květnu 2016, ve věku tři a půl let (8 zubů z horní fronty, 2 zuby z dolní fronty) z důvodů rozsáhlých zubních kazů. Chrup má být kompenzován mezerníkem, ve školce ho nenosí.

Logopedická péče, zpráva: Chlapec je schopen se dobře dorozumět neverbálně a dobře rozumět verbálním pokynům, pokud je však zdravotně oslabený, v jeho případě jsou časté otitidy, pracuje velmi špatně a reakce na verbální podněty jsou minimální. Chlapec je v logopedické péči od července 2014 dosud. Pro jednotlivé jazykové roviny uvádí logoped následující informace:

foneticko-fonologická: rovina většina hlásek je vyvozena a většinu i nekonstantně užívá; morfologicko-syntaktická rovina: k vyjádření věty užívá jedno až tři slova, ale gramaticky nepřesné; lexikálně-sémantická: slovní zásoba pasivní je výrazně vyšší než aktivní, užívaná slova se pomalu rozšiřují, většinou přibývají podstatná jména; pragmatická: své potřeby vyjadřuje kombinovaně, neverbálně i verbálně, dokáže si bez potíží zajistit pozornost a vyjádřit přání, ale pouze má-li sám zájem.

Zpráva z foniatrie leden 2017: Zjištěna převodní porucha sluchu v souvislosti se základním onemocněním (rozštěpem tvrdého a měkkého patra) a opožděný vývoj řeči. Tympanometriké vyšetření – křivka B značící podtlak a tekutinu ve středouší. Audiogram nelze provést, chlapec je dle zprávy hyperaktivní, spolupracuje pouze krátce.

Ze zprávy z psychologického vyšetření z listopadu 2017: Rozvoj řeči je vzhledem k věku opožděný, v syntaxi se objevují krátké rozvinuté věty, děj popíše. Vzhledem k věku projevuje opoždění v oblasti porozumění, s deficitem pozornosti na verbální podněty. Srozumitelnost řeči je hodnocena jako dobrá, artikulace je neustálená. Byla stanovená mentální úroveň dle vývojového S-B testu na 3 roky a 10 měsíců. Je patrný nedostatek v koordinaci jemné motoriky, úchop tužky je dlaňový, vývoj grafomotoriky je opožděný. Lateralita je pravostranná a souhlasná.

Závěr vyšetření: Obraz receptivní poruchy řeči se sekundárním opožděním v expresi, susp. sekundární opoždění porozumění exprese v důsledku poruchy sluchu. Porucha aktivity a pozornosti. Aktuální vývojová úroveň odpovídá pásmu hlubokého podprůměru.

Doporučení klinického psychologa: Psycholog doporučil individuální integraci dítěte do běžné mateřské školy s přidělením asistenta pedagoga. Při komunikaci s dítětem doporučuje volit zjednodušené komunikační prostředky, individuální kontakt s důrazem na porozumění pokynům.

Před nástupem do mateřské školy, kde probíhal výzkum, navštěvoval dva dny v týdnu soukromou mateřskou školu.

Analýza dokumentů školní matriky: Analýzou dokumentů, dodaných rodiči při nástupu ke školní docházce bylo zjištěno, že nikdo z pedagogů ani vedení školky nebyli informováni o chlapcově vrozené vývojové vadě, prodělaných zákrocích a možných důsledcích v oblasti komunikace a poruchy sluchu. V přihlášce a evidenčním listu k předškolnímu vzdělávání nebyly uvedeny žádné informace poukazující na vrozenou vývojovou vadu, narušenou komunikační schopnost a převodní nedoslýchavost. Tyto informace neuvedli rodiče ani pediatr potvrzující přihlášku k předškolnímu vzdělávání. Lékařské, logopedické a psychologické zprávy byly dodány do školní matriky až v průběhu října a listopadu 2017.

Analyzovaná oblast č. 1 – průběh adaptace v mateřské škole a navazování sociálních vztahů s vrstevníky

Cílem prvního okruhu bylo zjistit, jak probíhala chlapcova adaptace v mateřské škole.

Na základě rozhovoru s pedagogy lze konstatovat, že adaptační období je náročné, utváří se zcela nový kolektiv. Pro převážnou většinu dětí je nástup do této třídy první zkušeností s předškolním zařízením. Děti jsou postupně seznamovány s režimem dne, mapují si třídu, učí se orientovat v budově a okolí školky, seznamují se a navazují kontakty s ostatními dětmi a zaměstnanci školky. V mateřské škole je stanoveno adaptační období na první čtyři týdny, je strukturováno v týdenních vzdělávacích plánech.

Informant od prvního dne pobytu v mateřské škole nejevil známky obavy z nového prostředí, neprojevoval smutek z odloučení od rodičů, nebyl plačtivý, s dospělými osobami rychle navázal kontakt. Pedagog MD: *„Ráno se rozloučil s tatínkem, bez slziček a rovnou si šel hrát. Nic neřešil, byl naprosto bezprostřední.“* Oblíbil si

konkrétní stavebnice, s těmi si hrál o samotě. Při přechodu od volné hry k řízeným činnostem, na něj muselo být dohlédnuto, a pokyn k ukončení hry mu musel být sdělen osobně, tváří v tvář, na hromadné pokyny často nereagoval.

Oba pedagogové uvádí, že chlapec působí od nástupu do mateřské školy mladší než je. Není příliš obratný, je malý a drobný. Mluví málo, v krátkých větách nebo jen jednoslovně, je mu hůř rozumět. *TL: „Od jeho nástupu jsem ho vždycky řadila mezi ty nejmladší děti. Po zahájení školního roku, po seznámení s novými dětmi si pak s kolegyní kontroluju věk. Překvapilo mě, že věkově patří k těm starším.“*

V prvních týdnech po nástupu do mateřské školy se v nově sestaveném dětském kolektivu začínají utvářet a navazovat vztahy s vrstevníky. Děti vytvářejí přirozené skupinky ke hře, profilují se dominantní osobnosti. Informant se do skupinových her nezapojoval, s dětmi příliš nekomunikoval. Vyhovovalo mu hrát si sám. Když chtěl hračku, se kterou si jiné dítě hrálo, nepožádal o ni, vzal si ji. Pedagogové uvádí, že se děti v dané třídě chlapci podřídily, braly ho také jako malého a obvykle v těchto situacích ustupovaly. Sami ho také ke hrám nevyhledávali. Vždy se o něj spíše starali jako o mladší dítě. Chlapec od prvních dnů veselý, bezprostřední, nebojí se společnosti. Spousty činností se z vlastní vůle nezúčastní, průběh činností se snaží ovlivňovat a směřovat podle svého. Není impulzivní, nevzteká se, informace přijímá bez větších emocionálních reakcí. Stejně tak reaguje i na zákazy.

Prvotní problematická oblast, kterou zmiňují oba pedagogové v adaptačním období, je stravování. Pokud dítě odmítá jídlo ať svačiny i oběd déle než dva týdny pobytu ve školce, kdy se tato možnost přičítá adaptaci, obrací se pedagog na rodiče. V případě chlapce přetrvávalo odmítání stravy i přes toto období. Byla iniciována schůzka s rodiči za přítomnosti ředitelky mateřské školy. Po vzájemné dohodě zaslali rodiče žádost ředitelce, formou emailu, o úpravu stravování informanta – v případě, kdy odmítne dítě tři dny po sobě dopolední svačinu a oběd, bude mu podáno mléko BEBA sensitive 2 do kojenecké lahve. Nařízení obsahuje přesné dávkování, postup přípravy a hygienická opatření. Důvod dle rodičů byla extrakce 10 zubů a tím zhoršená možnost rozmělňování potravy.

Období adaptace na provoz mateřské školy bylo oběma pedagogy zhodnoceno jako uspokojivé. První týdny po zahájení školního roku obecně charakterizují jako náročné, sami si získávají vztah k dětem a seznamují se s jejich rodiči.

Pedagog MD shrnuje adaptační týdny následovně: *„Začátek školního roku je hektický, nejvíce se věnujeme plačtivým dětem, kterým trvá dlouho si zvyknout na odloučení od rodičů a na školku. Soustředíme se hlavně na bezpečnost dětí, při přechodech do šatny, umývárny, při pobytu venku. Řeší se takové, jak to říct, hlavní věci, týkající se třídy jako celku. Chlapec v této době nepotřeboval zvláštní pozornost, jen se choval na svůj věk nezrale, nápadná byla jeho řeč.“*

Pedagog LT hodnotí adaptaci slovy: *„Choval se jako tříleté dítě, ale co se týče adaptace na prostředí, děti a nás zvládl problémů. Našel si starší holčičky a nechal se od nich opečovávat, měly ho a pořád mají jako svou panenku. Mu to vyhovovalo. Jinak si s nikým moc nehrál. Bylo zřejmé, že asi má nějakou vadu řeči.“*

Oba pedagogové věděli o přítomnosti rozštěpové vady informanta pouze z doslechu, nikoliv ze zprávy od pediatra nebo rodičů. Teprve po problémech se stravováním došlo k získání informace o prodělaném chirurgickém zákroku – palatoplastice. Mimo problém se stravováním se objevilo podezření na chlapcovu nedoslýchavost. Zprávy týkající se tohoto problému a opožděného vývoje řeči neměli učitelé v tomto období stále k dispozici. Byly dodány až průběhu října 2017.

Situaci mírně zkomplikovala i skutečnost, že učitelé o problematice rozštěpových vad obličeje nemají dostatečné povědomí. S touto problematikou se dosud ve své profesní kariéře nesetkali. Samostudiem se snažili získat znalosti a zjistit, jaké důsledky může rozštěpová vada na dítě mít.

Analyzovaná oblast č.2 - komunikační schopnost

Další okruh otázek se týkal tématu komunikační schopnosti informanta. V této oblasti se věnujeme analýze vlivu narušené komunikační schopnosti při interakci s ostatními vrstevníky, s pedagogy a na běžné činnosti dne v mateřské škole. Rozhovor byl strukturován podle jednotlivých činností v denním harmonogramu mateřské školy.

Komunikační schopnost informanta byla jednou z oblastí, kterou označili pedagogové jako nápadnou už v období adaptace. Verbální komunikace je popisována jako velmi jednoduchá, pomocí krátkých vět s nesprávnou gramatickou stavbou. Pedagog MD hodnotí zvuk řeči: *„jako nosový“*. Srozumitelnost řeči je nestálá, zhoršuje se obvykle

při rýmě nebo zvýšené únavě. TL„ *někdy mu je rozumět celkem dobře, ale není to tak pokaždé, jsou naopak chvíle, kdy mu není rozumět skoro vůbec"* Vyprávění nad obrázky je hlavně popisné, informant popíše, co vidí za objekty. Děj sám nepopíše, nevytvoří. Nápadné je uplívání na určitých slovech, která jsou nová. Jako příklad uvádíme slovo *„tornádo"*, při prohlížení encyklopedie ho zaujala fotografie tornáda. Po vysvětlení začal používat toto slovo jako odpověď na většinu otázek, často si ho opakoval. Pedagogové uvádí, že tento jev je častý, oblíbená slova se v průběhu několika týdnů mění.

Oblast porozumění řeči hodnotí pedagogové jako zásadně narušenou a problematickou. Na hromadné pokyny informant nereaguje prakticky vůbec, vykonává je s časovým odstupem, nápodobou ostatních dětí. Na individuální pokyn je reakce dobrá, ale forma sdělení musí být krátká, jednoznačná, doplněná gesty.

V době ranního scházení se dětí ve školce je vyhrazen čas na volnou hru. Chlapec si rád hraje sám. Volí konstruktivní hry s předměty, nejčastěji vláčky, lego a jiné stavebnice. Při samostatné hře vydává různé zvuky, brouká si, prozpěvuje melodie, často dost hlasitě. Pedagog MD hodnotí komunikaci při hrách s dětmi následovně: *„Chlapec se spíš rád předvádí, než si hraje, je rád, když se děti smějí. Dost často ho baví vykřikovat jednotlivá slova jako bobek, čůrání a taková podobná. Čeká, až se někdo chytne, začne se smát a on je rád a směje se taky. Mluvení při hře s dětmi na něco, to by asi nezvládl. Spíš holkám pomáhá v kuchyňce, když si hrají na vaření. Podává jim věci, ale sám toho moc neřekne."* V čase určeném na volnou hru také rád vyhledává školního asistenta. Ten uvádí: *„Dojde si pro mě s obrázkovou knihou, chce si povídat, prohlížet obrázky. Téma určuje on, když ho chci naučit něco, co neumí pojmenovat, tak se mu nechce."* Chlapec častěji jako komunikační partnery volí dospělé osoby, nejen pedagogy, ale i provozní zaměstnance školky. Rád ukazuje, co postavil, má rád pozornost dospělého pro sebe.

Další dotazy směřovaly ke komunikaci při řízených činnostech, blok řízených činností probíhá v rámci dopoledního programu. Dopolední blok je vždy zahájen ranním komunitním kruhem, je zde prostor pro přivítání, vyprávění zážitků, přání k narozeninám. V komunitním kruhu, bývá chlapec spíše pasivním pozorovatelem, pedagogové uvádí, že jej musí opakovaně vyzvat k promluvě, opakovat mu dotaz v co nejjednodušší formě. Nápadné jsou chlapcovi nepřiléhavé odpovědi. Jako příklad uvádí

pedagog LT: *„povídali jsme si kdo má doma zvíře. Dopředu jsem věděla, že on má doma psa, i jsem znala jméno. Na otázku jestli má doma zvířátko, začal mluvit o své sestře. Seděla jsem dál od něj, asi mě dobře neslyše a nerozuměl. Občas to dělá, když asi nerozumí tématu, začne mluvit o něčem jiném.“* Neudrží dlouho pozornost, sedí na jednom místě, vyprávění ostatních dětí nevěnuje pozornost.

Při pohybových činnostech, které jsou často doplněny zpěvem, nebo rytmizovanou básničkou, se chlapec zapojuje rád. Při zpěvu intonuje dobře, slova však bývají nesrozumitelná. Při pohybových hrách s doprovodnou rytmizací, ale často nedokáže sladit pohyb s rytmem. V hrubé motorice je spíše neobratný, úroveň se zdá být vývojově nižší, než je chlapcův biologický věk. Pohyb doplňuje rád hlasitými zvuky, broukáním, prozpěvováním, které však nesouvisí s daným cvičením, pohybem, činností *„houká si sám pro sebe, ale dost nahlas.“* Cvičení v tělocvičně s míči, překážkové dráhy, rovnovážná cvičení spíše odmítá.

Při řízených činnostech, je vždy nutná individuální podpora ze strany učitele nebo školního asistenta. Pokud je chlapec ponechán pracovat samostatně, do činností se vůbec nezapojí, polehává na stole či na zemi, brouká si nebo prozpěvuje. S podporou pracuje. Je úspěšný v aktivitách zaměřených na zrakové vnímání, rád přiřazuje barvy, sestavuje obrazce dle vzoru. Geometrické tvary dokáže pojmenovat. Kresbu zpočátku zcela odmítal, pak začal pouze čmárat na papír, v závěru pozorovaného období začal kreslit hlavonožce, úchop tužky je stále dlaňový. Prostorové vztahy spíše nechápe, v umístění předmětu do prostoru často chybuje. Základní časové údaje neudává většinou správně, umí rozlišit část dne – ráno a večer. Údaje včera, dnes, zítra nezvládá.

Zadávání pokynů mu musí být předáváno vždy individuálně. Hodnocení dovedností je uvedeno v portfoliu informanta. MD: *„ Na začátku školního roku, než jsme chlapce trošku poznali, nedělal nic. Kreslit nechtěl, stříhat, vyrábět jen s dopomocí, nechtěl se zapojovat do skupinových prací. Neorientoval se v prostoru a čase. Musel u něj vždy někdo být a říkat mu všechno osobně. O nabízené činnosti neměl zájem.“*

Součástí režimu dne je pobyt venku. Předchází mu příprava v šatně – převlékání. Informant nebývá ochotný se oblékat sám, v lepším případě s dopomocí, jinak se nechává oblékat pedagogy nebo staršími dětmi. Oblékat se ale umí, proto se ho snaží pedagogové motivovat, což se postupně daří., začíná být v sebeobsluze samostatnější. Při vycházce chlapec neřeší, s kým jde ve dvojici, často mu je vybráno starší dítě, to

zaujímá *„pečovatelskou roli“*. Pobyt venku, pohybové aktivity na školní zahradě vyhodnocují pedagogové jako chlapcovu oblíbenou a bezproblémovou aktivitu. Uvádí celkovou neobratnost, ale ochotu zapojovat se do sportovních aktivit.

V čase vymezeném ke stravování, zvládá chlapec všechny sebeobslužné činnosti dobře. V jídle přetrvává vybíravost, nepoužívá celý příbor, jí lžící.

Po skončení oběda odchází část dětí domů. Ostatní se připravují k odpočinku, probíhá hygiena a převlékání. Chlapec odpočívá pravidelně, převlékání mu trvá déle, zvládá ho ale sám. Po uložení dětí na lehátka je vždy po dobu minimálně 30 minut hlasitě čtená pohádka, zvolena úměrně věku dětí. Pedagog LT: „ *Čtení asi neslyší, houká si, brouká, povídá pro sebe. Dost nahlas, nudí se. Ruší to mě i ostatní. Musím k němu přijít požádat ho o ztišení, ale to funguje jen chvíli.“* I když je chlapec přesunut co nejblíže k učiteli, který čte, tak aby lépe slyšel, neudrží dlouho pozorně naslouchat. Vrací se zpět k hlasovým projevům, nebo si hraje s plyšovou hračkou.

Po odpočinku v odpoledních hodinách následuje většinou volná hra, dětem jsou nabízeny výtvarné činnosti. Pedagogové se shodují, že mají větší čas si s dětmi povídat. Informant volí samostatnou hru se stavebnicemi, prohlížení obrázků. MD: „*Odpoledne se snažím s chlapcem víc povídat nad obrázky. Už vím, co ho baví. Za to je rád.“* TL: *„Snažím se ho zapojovat víc do hry mezi děti, holčičky ho mezi sebe obvykle přijmou. Hraje si tak, že podává věci z kuchyňky, nechává se řídit.“*

Celkové zhodnocení komunikační schopnosti informanta je rozděleno podle jazykových rovin řeči. Neverbální složka byla dotazovaná zvlášť.

Ve foneticko-fonologické rovině dospěli pedagogové k závěru, že bez logopedického vzdělání, mohou hodnotit jen zvukový dojem řeči a srozumitelnost slov. K jednotlivým hláskám se vzhledem k absenci logopedického vzdělání nemohou vyjadřovat. Celkový dojem zvuku řeči uvádějí jako zhoršený. Víceslabičná slova bývají komolena, hlásky v nich přehazovány. Krátkým, maximálně dvouslabičným slovům je rozumět dobře. MD: *„Často vkládá mezi slova takové to em, eee a tak. To zní hodně nosově a narušujete to srozumitelnost.“* TL: *„Musela jsem se mu naučit rozumět, teď už je to dobré, zvykla jsem si na jeho výslovnost, zvuk hlasu, děti mu už taky rozumí. Řeč má zvláštní, nešišlá, komolí slova.“*

Gramatická správnost řeči, rovina morfologicko-syntaktická, je nejnápadněji narušená. Ze slovních druhů používá informant nevíce podstatná jména a slovesa. U podstatných jmen chybuje ve skloňování, problematické je i užívání množného čísla. Velmi často o sobě hovoří v ženském rodě, nepoužívá zvratná zájmena u sloves. Přídavná jména nepoužívá ve větě příliš často, v přeložkách chybuje nebo je nepoužívá. Slovosled ve větě neodpovídá gramatickým pravidlům českého jazyka. Pedagog P2: *„Stavba věty je většinou sloveso a podstatné jméno. Některé věty má naučené, třeba když chce něco půjčit. Naučili jsme ho říkat jednotlivé fárze: můžu si půjčit, budeme si hrát.“*

Aktivní a pasivní slovní zásoba informanta, lexikálně-sémantická rovina, je uváděna jako nižší, než by měla být vzhledem k jeho věku. Pasivní převažuje nad aktivní slovní zásobou. Pedagog LT: *„V knize nebo na obrázku ukazuje a říká jen to, co zná. Když ukážu já obrázek a on neví, odvrací pozornost, otáčí stránku.“* V oblasti chápání významu slov, se pedagogové shodují, že mají potíže rozlišit, jestli význam slov opravdu nezná, nebo nerozumí z důvodu sluchové vady. Pedagog MD: *„Jako v předchozích dotazech i tady můžu říct, je na tom tak jak naše děti tříleté. Zná a pojmenuje věci denní potřeby, samozřejmě oblečení, jídlo, hračky. Vyprávění nad obrázkem, nebo zařazení obrázků k nadřazenému pojmu, to mu nejde.“*

Pro hodnocení pragmatické roviny byl nejdříve vysvětlen tento pojem. Učitelé se shodli, že často je hlavním komunikačním záměrem chlapce upoutání pozornost. Téma rozhovoru rád chlapec udává sám. Pro uspokojení svých potřeb dokáže formulovat žádost.

Neverbální složku řeči gesta, mimiku, informant podle výpovědí používá jako náhradu verbální komunikace. V některých případech ji volí jako efektivnější, než slovní vyjádření. Podle učitelů, má neverbální způsob komunikace ustupující tendenci. Je to i tím, že je maximálně podporovaná komunikace verbální. Díky možnosti individuálního přístupu školního asistenta, je chlapci poskytován dostatečný čas na slovní vyjádření.: *„Snažím se mu vysvětlovat a ukazovat jak reagovat v různých situacích, jak mluvit, řekla bych, jak používat řeč,“* uvádí školní asistent.

Poslední otázka z tohoto okruhu se týkala informovanosti pedagogů rodiči chlapce o vrozené vývojové vadě – rozštěpu patra, o aktuálním stavu sluchu a dalších skutečnostech týkajících se jeho stavu.

Informovanost byla hodnocena jako neuspokojivá. Lékařské zprávy a závěry z psychologického a logopedického vyšetření byly předány až v průběhu října a listopadu 2017. Uvádí, že včasné předání informací by umožnilo nastavit vhodné podmínky pro komunikaci s chlapcem, zajisti individuální přístup a volit aktivity, didaktické pomůcky, pracovní místo dle jeho speciálních potřeb od samého nástupu do mateřské školy. MD: *„Nejzásadnější je sluch. Ve všech oblastech. Já už podle celkového projevu poznám, kdy je na tom se sluchem lépe, kdy hůř. O tom jsme měli vědět v první řadě.“*

Analyzovaná oblast č. 3 – Podpůrná opatření

Z předchozího šetření vyplynulo, že po dobu prvních tří měsíců docházky nebyly ze strany rodičů poskytnuty informace zdravotním stavu, stavu sluchu a komunikační schopnosti. Podpůrná opatření tak byla stanovena až od druhého čtvrtletí školního roku 2017/18.

V procesu zavádění podpůrných opatření je nutná součinnost s ředitelem mateřské školy. Z toho důvodu je do této oblasti zahrnut rozhovor s ředitelkou mateřské školy. Šetření z tohoto rozhovoru je uvedeno jako první.

Zpráva z psychologického vyšetření doporučuje přidělení asistenta pedagoga (závěr ze zprávy je uveden v osobní anamnéze). Ředitelka uvádí, že se na ni rodiče obrátili na základě této zprávy, s dotazem na možnost přidělení asistenta pedagoga v průběhu roku. Rodičům bylo vysvětleno, že přidělení asistenta pedagoga je pouze v kompetenci školského poradenského zařízení, *„Vysvětlila jsem jim, jak se podle platné legislativy postupuje. A jaké jsou možnosti podpůrných opatření“* V rozhovoru zmínila nespokojenost s předáním informací s velkou časovou prodlevou. *„Rodičům jsem předala kontakt na školské poradenské zařízení, ať se objednají, upozornila jsem na dlouhé objednací lhůty. Podle jejich zprávy pak můžeme pokračovat v dalších krocích.“* Paní ředitelka uvádí, že chápe nutnost zavedení určitých opatření bez časové prodlevy. Rodičům vysvětlila, jaké jsou možnosti ze strany mateřské školy: *„sepíšeme plán pedagogické podpory. Školní asistentka bude s chlapcem pracovat a bude pomáhat učitelkám, hlavně při řízených činnostech, tam je to potřeba.“* Rodiče toto rozhodnutí přijali kladně. K přípravě podpůrných opatření byl využit katalog podpůrných opatření, konkrétně obsah stupně 1. Školní asistentka pracuje s chlapcem podle pokynů učitelek.

Tato opatření jsou platná na překlenovací období, než bude stanoven stupeň podpůrných opatření školským poradenským zařízením.

Rozhovor s pedagogy byl rozdělen na okruhy otázek před zavedením těchto opatření a po něm. Pro období, kdy nebyli dostatečně informovaní o potížích, kterými informant trpí, uvádí MD: „*Po skončení adaptačního režimu, kdy se zaměřujeme individuálně na děti, jsme u chlapce začali mít podezření, že špatně slyší. Neudržel dlouho pozornost. Sami jsme se s kolegyní dohodly, že na něj musíme mluvit přímo, tváří v tvář.*“ Z rozhovoru vyplynulo, že pro učitele byla neinformovanost překážkou. Shodují se na nejistotě ve svých závěrech o informantovi. Jako problematickou zmiňuje pedagog LT oblast: *„Nevěděla jsem, jestli jeho projev odmítání činností, neplnění pokynů je naschvál, protože se mu nechce, nebo to opravdu neumí, nebo neslyší. Jestli mám trvat na splnění, nebo ho nepřetěžujeme. Co můžeme vyžadovat, a co není v jeho silách. To je těžké.*“

První čtvrtletí hodnotí jako „*neuspořádané, nemetodické*“. Dodávají, že je velmi důležité, v obecné rovině, vědět o dítěti a jeho případných omezeních, těžkostech, zvláštnostech co nejdříve. Teprve pak mu může být poskytnuta podpora, individuální přístup a zajištěno vstřícné prostředí pro rozvoj a začlenění do dětského kolektivu.

V druhé části rozhovoru jsme se zaměřili na zavedení plánu pedagogické podpory, úpravu podmínek, metod práce s dítětem.

Zvolená podpůrná opatření, byla zpracována na základě poskytnutých informací ze strany rodičů formou lékařské dokumentace, zhodnocením pobytu chlapce v mateřské škole za první čtvrtletí a identifikací problémových oblastí. Byl vypracován přehled osobnostních charakteristik dítěte, který součástí pedagogického hodnocení v pojetí rámcového vzdělávacího programu pro předškolní výchovu a v této mateřské škole je používán k hodnocení všech dětí.

Komunikace je podporována ve všech činnostech. Je mu poskytován správný řečový vzor, většinu činností se snaží učitelé a školní asistent popisovat. Mluvní projev je podporován gesty a udržováním zrakového kontaktu s chlapcem. MD: *„teď když víme, že opravdu dobře neslyší, mluvíme k němu přímo, skloním se k němu, když na něj mluvím. Při práci, v ranním kruhu, na vycházce máme ho u sebe, aby co mohl co nejlépe slyšet.*“ Pro rozvoj komunikační schopnosti je přislíbena podpora materiály

poskytnuté logopedickou ambulancí. Pedagog LT: *„Vím, že je dobré rozšiřovat slovní zásobu, podporovat vyprávění, ale stále nevím, jestli ho mám pořád opravovat, třeba ženský rod u sloves, doufám, že dostaneme přesnější informace od logopeda.“* Školní asistentka využívá svého hudebního vzdělání, individuálně s ním zpívá, využívá Orffovy hudební nástroje a provádí dechová cvičení. Mateřská škola disponuje velkým množstvím didaktického materiálu k rozvoji komunikace. Při řízených činnostech je upravena nabídka činností pro chlapce. Zaměřuje se na rytmizaci slov, rozvoj sluchového vnímání. Z prostředků mateřské školy byl zakoupen pracovní sešit s názvem Logopedie a rozvoj řeči autorky Ireny Šáchové a je pravidelně využíván při individuální práci s informantem.

Další uváděná oblast podpory je hrubá a jemná motorika. V hrubé motorice je informant více motivován k pohybovým aktivitám a soutěžím a spolupráci ve skupině dětí. V oblasti jemné motoriky a grafomoriky je kladen důraz na správný úchop tužky a rozvoj kresby. Pedagog MD: *„Vždycky je snaha, aby práci dokončil. Kreslení odmítal, teď se snažíme dávat mu větší formát, taky široký štětec a tempery, to ho baví. U tužky a pastelek, jak je nedrží správně a nezanechávají silnou stopu, nevidí tak rychle výsledek, ale tempery začal mít rád.“* Všechny činnosti jsou podpořeny mluvním projevem, jsou vysvětlovány, popisovány, v případě nutnosti je zadaný úkol podpořen vizualizací.

Chlapec má vymezené klidné pracovní místo, tak aby byl co možná nejvíce eliminován hluk. Je tak chlapci umožněno lépe se soustředit na činnosti a porozumět verbálním pokynům.

Díky školnímu asistentovi může být uplatňován individuální přístup při řízených činnostech, panuje obecná dohoda, že jeho snaha se jim vyhýbat nebude tolerována. *„Když spolu pracujeme, stranou od dětí, bez hluku, v klidu, lépe se soustředí na práci, nemusím tak často opakovat co mu říkám, asi i lépe slyší“*, uvádí školní asistent.

Podpora školního asistenta byla oběma pedagogy hodnocena velmi kladně. Při řízených činnostech chlapec často unikal, nezúčastňoval se práce, bylo složitější mu individuálně vysvětlovat nebo přizpůsobovat konkrétní aktivitu. S podporou školního asistenta se daří zapojovat informanta do všech činností, nebo nabízet činnosti alternativní.

3.4 Závěry z výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce byla analýza průběhu vzdělávání dítěte s orofaciálním rozštěpem v běžné mateřské škole. Zjistit jak tato vrozená vývojová vada ovlivňuje začlenění dítěte do hlavního vzdělávacího proudu. V případě **dílčích cílů** byla pozornost zaměřena na proces adaptace v mateřské škole, analýzu úrovně komunikační schopnosti dítěte a jaká podpůrná opatření byla zvolena při vzdělávání sledovaného dítěte s rozštěpovou vadou. Velmi výrazným faktorem, který ovlivňoval výzkumné šetření, byla počáteční neinformovanost pedagogů o přítomnosti této vrozené vývojové vady informanta.

Výzkumná otázka č. 1: *Jak probíhala adaptace dítěte s rozštěpovou vadou obličeje v mateřské škole?* Odpověď na tuto otázku je nutné rozdělit. Z perspektivy dítěte proběhla adaptace od prvních dnů velmi dobře. Chlapec si na prostředí mateřské školy bez problému zvykl. Brzký celodenní pobyt mu nečinil problémy. S dospělými i dětmi komunikoval beze studu a počáteční zakřiknutosti. Změnu prostředí téměř nezaznamenal. Z perspektivy pedagogů se již v tomto období začaly objevovat první známky obtíží, odlišností. Nápadné byly především výkyvy při reakci na verbální pokyny a zvláštnosti v řeči, zvláštnosti při stravování. Učitelé se v této fázi nemohli opřít o žádnou lékařskou či pedagogickou zprávu. Pracovali intuitivně na základě svých zkušeností.

Výzkumná otázka č. 2: *Jaký vliv má narušená komunikační schopnost na výchovu a vzdělávání v mateřské škole?* Chlapcova narušená komunikační schopnost ovlivňuje proces vzdělávání i výchovy v mateřské škole zejména při řízených činnostech. Běžné metody využívané při práci s dětmi nemohou být s úspěchem využity. Při řízených činnostech je nutná individuální podpora a upravená nabídka aktivit. Pedagogové stále s jistotou nerozliší, jedná-li se o neochotu spolupracovat, neporozumění pokynům a situacím nebo důsledek převodní nedoslýchavosti. Většinu činností se snaží ovlivňovat a směřovat k dosažení vlastních cílů. Při zajištění klidného místa, bez rušivých podnětů a hluku je komunikace a soustředění dítěte lepší.

Výzkumná otázka č. 3: *Jaká podpůrná opatření mohou volit pedagogové pro rozvoj a vzdělávání dítěte?* Podpůrná opatření byla stanovena v průběhu školního roku po dohodě s rodiči, vedením mateřské školy a pedagogy. Využito je podpůrné opatření

prvního stupně. Je zpracován plán pedagogické podpory, který vymezuje konkrétní opatření při práci s chlapcem. Velkým přínosem je spolupráce se školním asistentem, který se chlapci věnuje individuálně. Po zjištění nedoslýchavosti informanta byl nastaven vhodný způsob předávání informací. Podpůrnými opatřeními lze nastavit metody práce, a přístupu k dítěti tak, aby úspěšně zvládalo zařazení do běžné mateřské školy. I při analýze této výzkumné otázky bylo označeno jako důležité hledisko znát včas všechny informace týkající se dítěte a jeho speciálních potřeb. Pedagogové by uvítali podrobnější informace a zprávy z oblasti logopedie.

Po vyšetření dítěte školským poradenským zařízením a zpracováním příslušné dokumentace, budou zrevidována současná opatření a nastavena nová v souladu se zprávou.

ZÁVĚR

Rozsah důsledků vyplývajících z postižení rozštěpovou vadou obličeje je značně široký. Ovlivňuje jedince v mnoha aspektech jeho života. Nejnápadněji je narušena řeč, značný dopad může mít na sluch a v případech, kdy je zasažen ret a primární patro, má výrazný dopad na vzhled jedince. Vlivem těchto postižení může sekundárně dojít k psychosociálním problémům.

Zejména v předškolním věku dochází k významnému rozvoji senzomotorických oblastí, budování sociálních vazeb a vlastní identity. Dítě opouští rodinné prostředí. Stává se součástí širšího společenství, učí se respektovat pravidla, spolupracovat s ostatními dětmi i jinými dospělými. V celém tomto procesu má komunikační schopnost dominantní roli. Jakékoliv významnější narušení této schopnosti může nepříznivě ovlivnit přirozený vývoj dítěte.

Tématem této bakalářské práce je *Inkluze dítěte s orofaciálním rozštěpem v mateřské škole*. První kapitola se týká vymezení teoretických východisek v problematice rozštěpových vad obličeje, zjišťuje jejich příčiny a důsledky. Zabývá se jejich terapií.

Druhá kapitola se věnuje komunikaci a narušené komunikační schopnosti. Je zde popsána palatolalie, narušená komunikační schopnost vznikající na podkladu rozštěpové vady obličeje. V závěru kapitoly je vymezeno předškolní vzdělávání a inkluze dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Třetí kapitola je případovou studií dítěte s rozštěpovou vadou obličeje, které je zařazeno ke vzdělávání v běžné mateřské škole. Cílem výzkumného šetření bylo analyzovat proces adaptace v prvních týdnech po nástupu do mateřské školy, vliv narušené komunikační schopnosti na výchovně vzdělávací proces a zjištění podpůrných opatření, které jsou využívány při práci s dítětem. Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím rozhovorů s pedagogy a ředitelem mateřské školy. Bylo doplněno zúčastněným pozorováním informanta. Postoj ředitele této mateřské školy je k inkluzivnímu vzdělávání vstřícný, již několik let jsou v této instituci zařazovány ke vzdělávání děti s různými stupni podpůrných opatření. V případě sledovaného dítěte bylo překvapivé, že při nástupu ke vzdělávání v mateřské škole nebyly uvedeny

skutečnosti týkající se rozštěpové vady obličeje, v důsledku které chlapec trpí převodní nedoslýchavostí a narušenou komunikační schopností.

Z perspektivy pedagogů bylo adaptační období narušeno touto neznalostí. Nemohly být správně stanoveny vhodné formy a metody práce s dítětem a správný komunikační přístup. Učitelé se v tomto období opírali pouze o svoji dlouholetou praxi a metodiku pedagogické diagnostiky. K nápravě tohoto stavu došlo po několika měsících školní docházky. Rychlou reakcí ze strany školy a nastavením podpůrných opatření v souladu s platnou legislativou jsou nastaveny vhodné podmínky pro začlenění dítěte do všech aktivit.

SHRNUTÍ

Bakalářská práce „Inkluze dítěte s orofaciálním rozštěpem v mateřské škole“ se v teoretické části zaměřuje na definici základních pojmů týkající se stavby mluvních orgánů. Vymezuje rozštěpové vady obličeje, jejich klasifikaci, etiologii a výskyt. Následuje popis důsledků rozštěpových vad na jedince, a jejich terapie. Podrobněji se zabývá narušenou komunikační schopností, palatolalií. V závěru teoretické časti je vymezeno předškolní a inkluzivní vzdělávání v České republice. Teoretické poznatky jsou využity při zpracování praktické části práce, která si klade za cíl analyzovat proces výchovy a vzdělávání dítěte s orofaciálním rozštěpem v běžné mateřské škole. Výzkumná část je zpracována kvalitativní metodou.

SUMMARY

The bachelor thesis "Inclusion of a child with oropharyngeal cleft in kindergarten" focuses on the definition of basic terms concerning the construction of speech organs in the theoretical part. It defines cleft defects of the face, their classification, etiology and occurrence. The following is a description of the consequences of splitting defects on individuals and their therapy. It deals with speech disorder - cleft palate speech in more detail.At the end of the theoretical part pre-school and inclusive education in the Czech Republic is defined. The theoretical knowledge is used in the practical part of the thesis, which aims to analyze the process of education and upbringing of the child with orofacial cleft in a normal kindergarten. The research part is processed by qualitative method.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BURIAN, František. *Chirurgie rozštěpů rtu a patra.* Praha: SZN, 1954.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Koncepce rané logopedické intervence v České republice: Teorie, výzkum, terapie.* Brno: Masarykova univerzita Brno: 2014. ISBN 978-80-210-7561-0.

DLOUHÁ, Olga. *Pouchy vývoje řeči*. Vyd. Praha: Galén: 2017. ISBN 978-807492-314-2.

HÁJKOVÁ Vanda, STRNADOVÁ Iva. *Inkluzivní vzdělávání. Teorie a praxe.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3941.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. *Základy logopédie.* Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie II a III.* Brno: Paido, 1998. ISBN 80- 85931-62-1.

KOLLÁRIKOVÁ, Zuzana a Branislav PUPPALA. *Předškolní a primární pedagogika.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-585-7.

KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Dítě a mateřská škola.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1568-1.

KUMMER, W. A. *Cleft Palate and Cranofacial Anomalies: Effect on Speech and Resonance.* New York: Delmar, 2014. ISBN 978-1-133-73236-5.

KUTÁLKOVÁ, Dana. *Průvodce vývojem dětské řeči.* Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-598-7.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1987. ISBN 80-08-00447-9.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

OPRAVILOVÁ, Eva. *Předškolní pedagogika.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5107-8.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Vyd. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.

SEEMAN, Miloslav. *Poruchy dětské řeči.* Praha*:* SZN, 1955.

SOUKUP, Michal. *Základy kulturní antropologie.* Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2015. ISBN 978-80-7465-186-1

SPILKOVÁ, Vladimíra a kol. *Proměny primárního vzdělávání.*. Praha: 2005. Portál. ISBN 80-7178-942-9.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Odborná periodika, články

BROULÍKOVÁ, Hana. Informovanost a podpora rodičů jako součást úspěšné léčby Za novým úsměvem klientů a přátel rozštěpového centra Praha, z.s. *Neonatologické listy*. 2015, č. 1., s. 38. ISSN 1211-1600.

FIALA Martin, Olga KOŠKOVÁ, Jitka VOKURKOVÁ, Jana BARTOŠKOVÁ, Rozštěpy rtu a patra – principy primární a následné péče. *Pediatrie pro praxi.* 2017, č. 5., s. 297 – 299. ISSN 1213-0494.

JURKOVČÍK, M., J. BORSKÝ, M. ČERNÝ, D. GROH, R. KATRA, V. BISKUPOVÁ, J. SKŘIVAN. Neonatální operace rozštěpových vad z pohledu otolaryngologa. *Neonatologické listy*. 2015, č. 1., s. 38. ISSN 1211-1600.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. Poruchy hlasu a palatolália z pohľadu klinického logopeda. *Speciální pedagogika.* 1995, č. 5, s. 19 – 20. ISSN 0862-1632.

PETERKA, Miloslav, Renata PETERKOVÁ. Kritické periody pro vznik rozštěpů obličeje a incidence rozštěpů v Čechách. *Neonatologické listy*. 2015, č. 1., s. 21 – 26. ISSN 1211-1600.

ORAVKINOVÁ Zuzana. Kauzálný prístup k poruchám artikulácie. *Efeta*. 2001, č. 2., s. 4 – 7. ISSN 1335-1397.

Elektronické zdroje

Národní ústav pro vzdělávání. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [online]. NÚV, 2011 - 2018 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-vseobecne-vzdelavani

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Akční plán inkluzivního vzdělávání na období 2016 – 2018* [online]. MŠMT, 2013 – 2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/akcni-plan-inkluzivniho-vzdelavani-na-obdobi-2016-2018

http://www.pedagoginkluze.cz Práce s žáky se specifickými vzdělávacími potřebami

Národní program vzdělávání ČR (Bílá kniha) www.vzdelavani2020.cz

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Národní program vzdělávání ČR (Bílá kniha)* [online]. MŠMT 2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.vzdelavani2020.cz/narodni-program-vzdelavani-cr-bila-kniha.html

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Situační zpráva o inkluzivním vzdělávání* [online]. MŠMT, 2013 – 2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/situacni-zprava-o-inkluzivnim-vzdelavani

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Školský zákon* [online]. MŠMT, 2013 – 2018 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/1-pravni-predpisy-a-souvisejici-dokumenty

Centre for Studies on Inclusive Education. *Index for inclusion developing learning and participation in schools, Tony Booth and Mel Ainscow* [online]. CSIE, 2008 – 2018 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: http://www.csie.org.uk/resources/inclusion-index-explained.shtml

Rozštěpové centrum. *Výživa dítěte s rozštěpem obličeje* [online]. [cit. 2018-02-02] Dostupné z: http://www.rozstep.cz/vyziva-ditete-s-rozstepem-obliceje

Legislativní zdroje

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných