MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA DIDAKTICKÝCH TECHNOLOGIÍ

Zkušenosti pedagogů mateřských škol s orofaciálními rozštěpy u dětí v mikroregionu Bystřicko

Bakalářská práce

Brno 2010

Vedoucí bakalářské práce:
Doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Vypracovala:
Eliška Illeková

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen literaturu a prameny uvedené v seznamu literatury. Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně a zpřístupněna ke studijním účelům.

……..……..

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za odborné vedení a pozitivní přístup. Dále moje poděkování směřuje všem pedagogickým pracovníkům za ochotu při vyplňování dotazníků a mému manželovi za podporu při studiu.

Obsah

Úvod 5

1 Orofaciální rozštěpy 6

1.1 Výklad pojmu 6

1.2 Pohled do historie 7

1.3 Etiologie rozštěpových vad 8

1.4 Klasifikace rozštěpů 14

2 Vliv orofaciálních rozštěpů na komunikaci 18

2.1 Komunikace 18

2.2 Narušená komunikační schopnost 20

2.3 Palatolálie a příčiny jejího vzniku 21

2.4 Symptomy a klasifikace palatolalie 23

3 Zkušenosti pedagogů mateřských škol s orofaciálními rozštěpy u dětí v mikroregionu Bystřicko 27

3.1 Cíl výzkumného projektu, metodologie 27

3.2 Výzkumný vzorek a místo šetření 28

3.3 Výsledky vlastního šetření 28

3.4 Závěry šetření 37

Závěr 40

Shrnutí 41

Summary 42

Seznam použité literatury 43

Seznam příloh 45

Příloha 46

Úvod

Z vlastní zkušenosti vím, že široká veřejnost nemá prakticky žádné informace o tom, co jsou to rozštěpové vady. To si dovolím tvrdit zcela otevřeně, neboť v mém nejbližším okolí o této problematice neví téměř nikdo nic i přesto, že můj mladší bratr je právě touto vrozenou anomálií postižen. Tato vrozená vývojová vada zasáhla i moji druhou dceru, naštěstí pouze v té nejmenší možné formě. Věřte, že psát o těchto problémech, když se vás osobně dotýkají, je věc velice těžká až nemožná. Potřebnou dávku odvahy a sebevědomí k sepsání této bakalářské práce mně nakonec dodal můj manžel. Silným argumentem byla rovněž skutečnost, že moje dcera půjde zanedlouho do mateřské školy. Asi právě proto jsem si nakonec zvolila dané téma, které určitě přispěje ke správné volbě školního zařízení nejen pro moji dceru, ale i pro děti ostatních rodičů v našem regionu.

Cílem bakalářské práce je analyzovat teoretické poznatky o vrozených vývojových vadách orofaciální oblasti, shrnout informace o vlivu rozštěpových vad na komunikační schopnosti dětí.

Cílem výzkumu práce je zjistit, zda mají pedagogičtí pracovníci v mateřských školách v mikroregionu Bystřicko (kraj Vysočina) zkušenosti s dětmi s orofaciálními rozštěpy, dalším cílem je zjistit způsob a úroveň zajištění péče pro tyto děti.

Práce je rozčleněna do tří hlavních kapitol. První kapitola analyzuje orofaciální rozštěpy, příčiny jejího vzniku a jejich rozdělení. Ve druhé kapitole se zaměřuji na komunikační schopnosti jedince, který je postižen rozštěpovými vadami v orofaciální oblasti. Poslední třetí kapitola se věnuje samotnému výzkumu.

1 Orofaciální rozštěpy

1.1 Výklad pojmu

Název orofaciální rozštěpy vychází ze slov oralis – ústní, facialis – obličejový, tvářový, lícní. Pojem orofaciální tedy znamená - týkající se dutiny ústní a tváří, obličeje.

M. Sovák (1978) popisuje orofaciální rozštěpy jako vrozené orgánové anomálie, které postihují pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní nebo orgány patrohltanového závěru. Příčinou jsou rozštěpy patra, případně rozštěp rtu a patra. Jestliže tyto části nejsou operovány, nebo se operací patra nepodaří vytvořit dostatečný velofaryngeální závěr, vznikne velofaryngeální insuficience, což je patrohltanová nedostačivost.

Rozštěpy rtu, čelisti a patra nevznikají rozštěpením, nýbrž nespojením (neúplným vyvinutím a srůstem) příslušných anatomických struktur v časném vývoji zárodku v místech, kde za normálních okolností tyto části vznikají. Současná terminologie rozštěpů vychází z embryologických principů. Této kapitole se budeme ještě později věnovat. Celosvětově se užívají termíny rozštěp primárního patra (z primárního patra se vyvíjí ret a alveolární výběžek), rozštěp sekundárního patra (ze sekundárního patra vzniká tvrdé a měkké patro) a rozštěp primárního a sekundárního patra - orofaciální rozštěp.

Rozštěpové vady vyžadují chirurgické zákroky nejen z kosmetických důvodů - znesnadňují až znemožňují novorozenci sání a později se projevují i vadou řeči (zejména pokud je postiženo patro). U celkových rozštěpů je převaha chlapců, u izolovaných rozštěpů převaha dívek. Mužští jedinci jsou postiženi dvakrát častěji než ženy (Mazánek, J., Urban, F., 2003). Dvojnásobně převažují levostranné rozštěpy nad pravostrannými (Škodová, E., Jedlička, I., 2003).

Lidé s rozštěpy patra se potýkají jak s funkčními, tak i s nápadnými estetickými nedostatky. *„Za posledních 30 let se výskyt vrozených vývojových malformací ztrojnásobil (představuje 5-6 % z celkové populace) a orofaciální rozštěpy jsou tak na 9. místě. Na 500-600 živě narozených dětí připadá jedno s orofaciálním rozštěpem.“* (Kerekrétiová, A., 2008, s. 9). Nejnižší výskyt orofaciálních rozštěpů je u afrických populací (1/2500) a o něco málo vyšší výskyt rozštěpů (1/500) je u asijských populací,

kde je možno dát do souvislosti s tím, že velikost jejich mediálního nasálního výběžku je menší než u ostatních populací (Eppley, J. et al., 2005).

1.2 Pohled do historie

F. Burian (1954) uvádí, že popis rozštěpových vad v obličeji lze najít hluboko v historii. Z vykopávek ve starém Korintu ze 4. století před Kristem byla nalezena detailně propracovaná podoba hlavy s celkovým rozštěpem. Ve starověkých lékařských spisech je dochováno málo údajů o léčbě rozštěpů, zřejmě nejstarším autorem popisu léčby byl Aulus Cornelius Celsus ve spise „De Medicína" na začátku našeho letopočtu. Ze druhého století je dochovaný název „lagocheilos" a všeobecná Galenova operační technika s použitím catgutu. Čínské písemné doklady o léčení v dynastii Chin popisují lékaře-specialistu pro chirurgii rozštěpů. V Evropě kolem roku 950 n. 1. byla popsána v britské knize „Leech-book of Bald" metoda léčení rtu okrvavením a suturou hedvábím. Vlámský chirurg J. Yperman (1295-1351) vydal první souhrnnou publikaci o rozštěpu rtu a jeho léčení. První dochovaný nákres pro operaci oboustranného rozštěpu je od Francouze Ambroise Paré (1564), který užil termín „bec-de-lievre", neboli zaječí pysk. Do konce 18. století nenastaly větší pokroky v léčení rtu. Za východisko moderních metod lze považovat Miraultovu operaci (1844). Pomocí trojúhelníkového laloku a prodlužováním rtu.

Německý chirurg Wolf v sedmdesátých letech 19. století jako první vyslovil s důrazem zásadu, že při operaci rtu je nutno přesně obnovit svalový kruh (Burian, F., 1954). Hagedorn (1892) metodou pravoúhlého lalůčku poprvé zachoval Cupidův oblouk (luk), stejný princip použil Le Mesurier (1949) u extrémně širokých rozštěpů (Burian, F., 1954). *„Metodu trojúhelníkového lalůčku z laterální strany rtu znovu propracoval v roce 1952 Tennison, kdy v dolní části rtu pomáhá vytvořit fyziologický Cupidův oblouk (Millard, 1990). V principech je metoda používána dodnes.“* (Vokurková, J., 1999, s. 3).

„F. Burian (1954) dále uvádí, že až do poloviny osmnáctého století platilo u chirurgů pro rozštěpy patra noli me tangere (nedotýkat se). První zmínka o chirurgickém zákroku pochází z roku 1766, kdy Lemmonier založil kolem rozštěpu

měkkého patra stehy, zauzlil a okraje potom leptal, až srostly. Byl nalezen popis první operace měkkého patra Rouxem v roce 1819 (Entin, 1999).“ (Vokurková, J., 1999, s. 3).

„Metoda von Langenbeckova s použitím dvou mukoperiostálních laloků však od roku 1861, kdy autor provedl operaci bez celkové anestezie (Burian, 1954), přetrvává v modifikaci do dnešních dnů.“ (Vokurková, J., 1999, s. 4).

Podle F. Buriana (1954) zjistili chirurgové brzy po provedení prvních operací patra, že k dosažení srozumitelné řeči a kontroly nad unikáním vzduchu nosem během fonace je nutné nejen uzavřít defekt patra, ale umožnit kontakt měkkého patra sfaryngeální stěnou. Proto Passavant v roce 1862 navrhl prodloužení patra a v roce 1865 prodloužil patro a spojil současně se zadní faryngeální stěnou. Současně s rozvojem chirurgie patra se začala rozvíjet i rehabilitace řeči (Burian, F., 1954).

Problematice léčby a výzkumu rozštěpových vad obličeje následoval v minulém století bouřlivý rozvoj. Tvůrce fyziologického operování rozštěpů v Evropě byl Victor Veau (1871-1949), který ve svých 48 publikacích na vědeckém podkladě studia anatomických a embryologických poznatků vypracoval postupy u jednotlivých vad.

„U nás na něj navázal akademik František Burian (1881-1961), zakladatel československé plastické chirurgie a jeden z pilířů vznikající světové plastické chirurgie v období 1. světové války. Ve 20. letech vypracoval komplexní léčbu rozštěpů v Praze. První poznal, že rozštěp představuje i kvantitativní defekt tkání, nejen jejich pouhé rozpolcení. Jedná se o trvalé vývojové poškození, tzv. „rozštěpový iktus" Jeho kniha Chirurgie rozštěpů rtu a patra z roku 1954 je zatím jedinou česky publikovanou souhrnnou prací o rozštěpech.“ (Vokurková, J., 1999, s. 4).

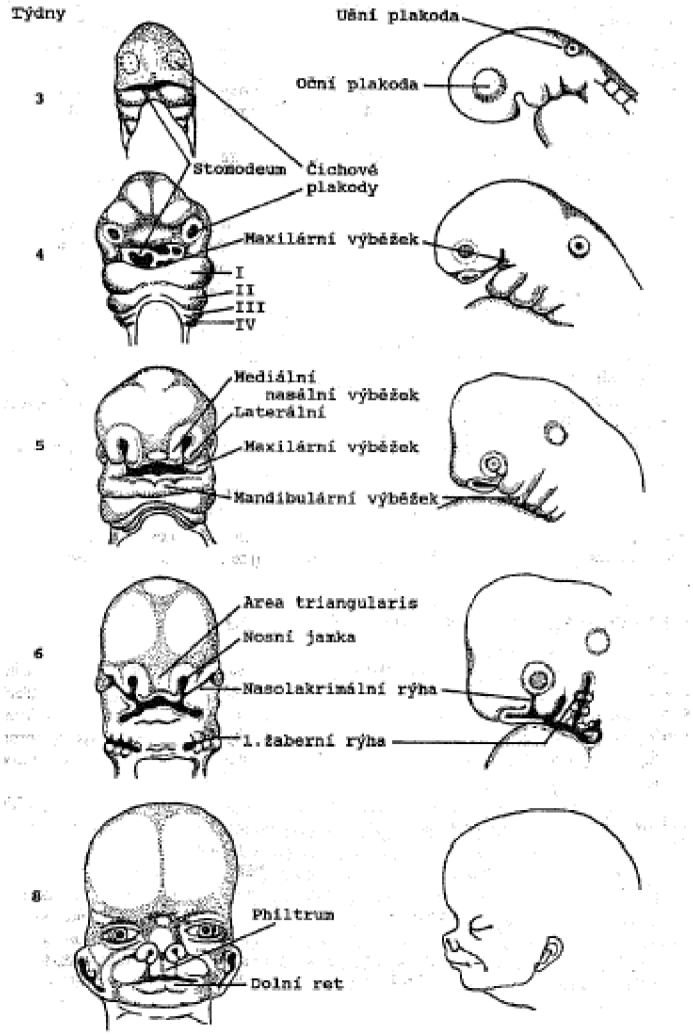
1.3 Etiologie rozštěpových vad

Rozštěpy obličeje jsou těžké kongenitální (vrozené) vady, které vznikají porušením vývoje střední třetiny obličeje. Autoři v odborných pramenech se liší v názoru na období vzniku rozštěpu. A. Kerekrétiová (2003, In Lechta, V., 1990) vymezuje vznik rozštěpu v 8. – 9. týdnu intrauterinního vývoje embrya. M. Sovák

(1978) uvádí, že rozštěpy vznikají zadržením vývoje v časném fetálním období, nejpozději v 7. týdnu těhotenství.

P. Janec (1991) uvádí, že již ve 3. týdnu gravidity se u embrya velikosti 13 mm vytváří mezičelistní střední segment a střední část horního rtu (tzv. filtrum). Jeho spojením s bočními částmi rtu, dásňových oblouků a patrových oblouků se formuje celá oblast obličeje, ústní a nosní dutiny. Pokud se tyto základy nespojí úplně nebo dojde jen k částečnému spojení, což může být na jedné nebo obou stranách, vpředu či vzadu, vytvářejí se tak velmi rozmanité tvary a obrazy rozštěpových vad rtu, dásně a patra

Na obr. 1 (Malínský, J., 1998, str. 9), je znázorněno přirozené formování obličeje ve 3. – 8. týdnu pohled zepředu a zboku.

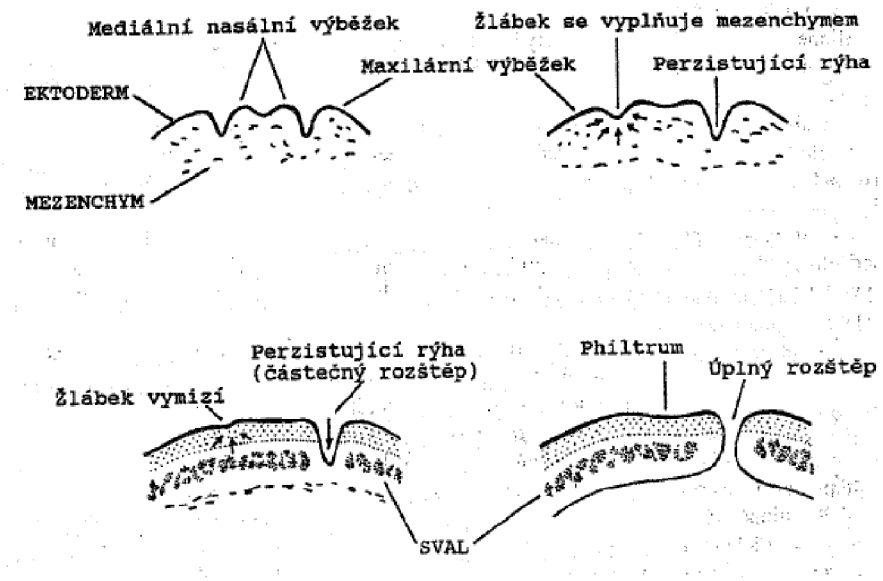


Obr. 1 – formování obličeje přirozenou cestou (Malínský, J., 1998)

K dobrému léčení rozštěpových vad obličeje přispělo i podrobné studium a pochopení embryogenezy. Na diferenciaci obličeje se účastní všechny tři zárodečné

listy - ektoderm, mezoderm a endoderm. Doba organogenezy, tj. 5.-8. týden vývoje plodu, je dobou pro vytváření základů všech orgánů a je proto nejcitlivější pro vznik malformací. Klasické učení bylo založeno již před 150 roky Meckelem a Hissem, tedy v době, kdy technické vyšetřovací podmínky byly velmi nedokonalé. Na základě Hissovy teorie zpracoval v roce 1843 Góste teorii o vzniku rozštěpových vad, podle které vznikají rozštěpy poruchou srůstu jednotlivých hlavových výběžků. I když je tato teorie již překonána, můžeme ji i nyní najít v literatuře. Proti klasické teorii vystoupil v roce 1910 Fleischmann (Burian, F., 1954). Formování tzv. primárního patra se podle Fleischmannovy teorie odehrává v pěti stádiích (4.-7. týden vývoje plodu):

- stádium bujení mezodermu kolem čichové ploténky, na zevní ploše a ve střední ose hlavového konce embrya vznikají nerovnosti
- stádium vzniku prohlubování masy mezenchymu čichové jamky v místě čichové ploténky, ale čichový epitel je stále ve styku s epitelem ústním
- stádium epitelové přehrady a prodloužení epitelového pruhu směrem sagitálním
- stádium nástupu mezodermu, který proniká do epitelové přehrady, epitel se rozpadá
- stádium primárního patra - mezoderm prostoupil celou šíři epitelové přehrady a současně čichový vak se prohloubil až ke stropu ústní dutiny a je od ní oddělen epitelovou duplikaturou membrána bucconasalis (rozpadne se osmý týden).



Obr. 2 – mechanismus vzniku rozštěpu horního rtu (Malínský, J., 1998)

Podle této teorie vzniká rozštěp jen za stádia epitelové přehrady (27.-30. den). Nepronikne-li mezenchym přes epitelovou přehradu, nemůže tato část zesílit a vytvořit primární patro. Působením odstředivých sil rostoucího obličeje se epitelová přehrada roztrhne a vznikne rozštěp (obr. 2).

Pro obličejové rozštěpy jsou tři kritická období (Vokurková, J., 1999):

- 5. týden gravidity: poruchou při vytváření primárního patra dochází k rozštěpu rtu a alveolu. Rozštěp primárního patra nemusí, ale může dále působit na utváření sekundárního patra a pak vzniká rozštěp celkový.
- 6. týden gravidity: porucha může vzniknout jen na sekundárním patře, tj. od foramen incisívum faryngeálně. Pokud nastane inhibice růstu patrových desek a jejich následná hypoplazie, vzniká izolovaný rozštěp patra.
- 7. týden gravidity: nad jazykem se nevytvořil prostor potřebný k horizontalizaci patrových desek (nejdříve v zadní části, kde se jazyk odtahuje od base lebky, dále dolní čelist a svalovina jazyka stahuje přední část jazyka dolů). Při poruše růstu mandibuly nemůže dojít k horizontalizaci i dobře vyvinutých patrových desek. Vzniká izolovaný rozštěp patra při Pierre-Robinově sekvenci.

Jako jedna z prvních části na obličeji osifikuje v mezenchymu 9. týden gravidity mezičelist - kost membranózní. Do 12. týdne gravidity je ukončen vývoj tvrdého a měkkého patra.

Do dnešní doby nejsou jednoznačné příčiny vzniku orofaciálních rozštěpů objasněny. Příčiny se dělí na **endogenní** a **exogenní.** Endogenní i exogenní příčiny většinou působí ve vzájemné interakci. Příčina je ve vlastním základu plodu a vnější vlivy mají úlohu spíše vyvolávající.

Významným faktorem přispívajícím ke vzniku rozštěpu je dědičnost chromozomové aberace, která může být příčinou některého syndromu, při němž se rozštěp patra vyskytuje jako symptom.

Podle M. Sováka (1978) jde o kombinaci obou příčin, tzn., že u jedince, který má k vývojové vadě dědičné dispozice a současně na něj působí nepříznivé vlivy prostředí, tato vada vznikne spíše než u jedinců, na které působí jen vnější škodlivé vlivy.

Mezi **endogenní příčiny** vzniku rozštěpů řadíme zejména dědičnost. Jde o vady genů, které jsou nositeli dědičných vlastností, přičemž dědičné vlohy ke vzniku rozštěpové vady mohou být u jedince celý život utajeny. Je důležité provádět rodové anamnézy, poněvadž mnohdy se v rodině vůbec neví o genetickém zatížení, které přispívá ke vzniku vývojové vady – rozštěpu, rodina netuší, že jeden z předků měl rozštěpovou vadu, popř. o tomto faktu ví, ale stydí se to přiznat. Podíl dědičnosti je značný, ale dosud není přesně známo, jaké okolnosti vedou k projevení či neprojevení vrozené dispozice a co bylo příčinou v určitém konkrétním případě, když se orofaciální rozštěp vyskytl (Kerekrétiová, A., 1993).

„U rozštěpu rtu, který je poměrně častý (asi jedno promile), pokud rodiče nejsou postiženi a mají jedno dítě s rozštěpem, pak pravděpodobnost výskytu rozštěpu u druhého dítěte je 4%. Pokud jsou postiženi dva sourozenci, pravděpodobnost výskytu u dalšího dítěte se zvyšuje na 9%. Při výskytu rozštěpu u jednoho z rodičů a u jednoho dítěte, stoupá pravděpodobnost výskytu u dalšího dítěte na 17%.“ (Malínský, J., 1998, s. 16).

U rodin, kde se již rozštěp vyskytl, se doporučuje nastávající matce užívat jako doplněk stravy kyselinu listovou půl roku před plánovaným těhotenstvím i během něho, protože má pozitivní vliv na vývoj orofaciální části u plodu. Kyselina listová je součástí komplexu vitaminu B, jejím zdrojem jsou např. kvasnice, játra, listová zelenina. Její nedostatek vede ke vzniku vrozených vývojových vad (Vokurková, J., 1999).

J. Malínský (1998, s. 17) dále uvádí: „Rozštěpy patra jsou méně časté – asi 1:2500. Jestliže normální rodiče mají dítě s rozštěpem, pravděpodobnost postižení druhého dítěte je 2%, u dalšího sourozence stoupá na 7% a při výskytu u jednoho z rodičů a jednoho dítěte, je u dalšího potomka 15% pravděpodobnost výskytu.

Mezi **exogenní příčiny** se nejčastěji uvádějí různé teratogenní vlivy. Jde o působení škodlivin na vyvíjející se plod v prvním trimestru těhotenství, od 4. od 8. týdne. Mezi teratogenní vlivy řadíme virové infekce, chemické záření, fyzikální faktory, choroby matky, zvýšený věk matky a další faktory.

Onemocní-li matka některými infekčními chorobami v době těhotenství, zejména rubeolou, syfilisem, toxoplazmózou nebo některými herpes viry, zvětšuje se riziko případné vývojové vady u dítěte.

„Zejména ženám, které v prvním trimestru těhotenství onemocněly rubeolou, se v 50 – 90% případů, narodilo dítě s vývojovou vadou. Výskyt chronické toxoplazmózy je

častý zejména u osob pracujících se syrovým masem, uvádí se až 92 %. Tato prenatální infekce, kterou matka přenese na plod, vede k destruktivním změnám na mozku.“ (Janec, M., 1991, s. 38).

Toxické látky, které matka užívá v těhotenství, hlavně drogy, alkohol, kouření, kofein anebo nejrůznější léky řadíme mezi chemické vlivy. M. Janec (1991, s. 39) uvádí: *„Je dokázáno, že při štěpení vazeb v molekulách drogy vznikají také meziprodukty s velkým negativním toxickým účinkem na embryonální tkáně. Negativně drogy působí i na vlastní dělení buněk.“* Kouření může rovněž způsobit poškození plodu. *„Při kouření se zvyšuje hladina oxidu uhelnatého v krvi u matky, snižuje se dodávání kyslíku tkáním u plodu, a vzniká tzv. hypoxie. U rodičů alkoholiků dochází k poškození genové a chromozómové složky gamet, které se účastní na vývoji plodu.“* (Janec, M., 1991, s. 39).

Dalším rizikem pro plod je alkoholová intoxikace budoucích rodičů při oplodnění matky. U léků je třeba jejich užívání v těhotenství omezit. Některé léky se však i přesto nedají z léčby vyřadit. Jde např. o léky k léčení závažných chorob jako je epilepsie, srdeční problémy, endokrinologické a metabolické poruchy, ale i běžná onemocnění chřipky a angíny, kde je nutné užívat některá antibiotika. V daném případě je nutná konzultace s odborným lékařem a farmakologem (Malínský, J., 1998).

Mezi fyzikální faktory patří radioaktivní či rentgenové záření. Jejich indikace nutná pouze při mimořádných chorobných stavech, při úrazech matky, dále při mechanickém poškození plodu v prvních týdnech těhotenství apod. (Janec, M., 1991).

Velmi důležitým faktorem pro zdravý růst plodu je vyvážená strava, protože nedostatek vitamínu B a naopak nadbytek vitamínu A může být rozhodující při vzniku rozštěpu. Věk matky nad 38 let může být rovněž rizikovým z hlediska vzniku rozštěpu (Vokurková, J., 1999).

Mezi další faktory patří vlivy klimatické a geologické.

„Na základě údajů o frekvenci orofaciálních rozštěpů soudíme, že jejich počet má rostoucí tendenci. Může to být způsobeno jejich včasným podchycením, přesnějšími statistickými údaji a poskytováním rané intervence na jedné straně, ale i rizikovými civilizačními faktory, jež v interakci společně způsobují výskyt vrozených vad. Na druhé straně správná řeč, esteticky upravený vzhled obličeje a dobrá sociální adaptace těchto jedinců s jejich úplnou integrací do společnosti mají za následek příchod nového

pokolení s genetickou predispozicí pro vznik této malformace, které je symptomem mnohých – asi 350 – syndromů, jejich počet neustále roste.“ (Kerekrétiová, A., 2008, s. 31).

1.4 Klasifikace rozštěpů

V odborné literatuře (Burian, F., 1954, Sovák, M., 1978, Mašura, S., 1988) můžeme nalézt mnoho typů dělení a jak jsem zjistila, každé pracoviště plastické chirurgie má zavedenou vlastní klasifikaci vhodnou pro klinickou praxi a výzkum. Je snaha o sjednocení klasifikace celosvětově (Lee, S. T., 1999). V této práci uvádím klasifikaci, kterou používá plastická chirurgie v Brně, ul. Berkova. Měla jsem zde totiž možnost strávit několik dní (i nocí) a konzultovat tak tuto problematiku s panem primářem MUDr. Tomášem Výškou i ostatními lékaři.

J. Vokurková (1999) rozděluje obličejové rozštěpy na tzv. **typické**, kterých je většina, malé procento je rozštěpů **atypických** nebo spojených s další vrozenou vadou v **syndromy**.

❖ **Typické rozštěpy se dělí na dvě genetické skupiny:**

První genetická skupina - všechny následující formy jsou následkem poruchy formace primárního patra. Mohou mít formu *jednostrannou* nebo *oboustrannou*

Do první genetické skupiny patří:

rozštěp rtu, který může být *naznačený, neúplný* a *úplný*

Rozštěp čelisti neexistuje v samostatné podobě, ale ve spojení s rozštěpem rtu. Protorozštěp čelisti a tvrdého patra (tedy kostěných částí) nemůže vzniknout izolovaně bez rozštěpu tkání periferních (ret, měkké patro).

rozštěp rtu a čelisti, který může být *naznačený, neúplný a úplný*

Pokud na poruchu primárního patra naváže i špatné utváření sekundárního patra, vzniká:

rozštěp celkový (rtu, čelisti a patra), který může mít formu *úplnou nebo s kožními i kostěnými most*

Příklady rozštěpů jsou znázorněny na obr. 3 a 4.

Druhá genetická skupina – rozštěp vzniká nesprávnou horizontalizací patrových desek (tj. sekundárního patra) při správně utvářeném primárním patru.

Do druhé genetické skupiny patří:

izolovaný rozštěp patra, u kterého rozeznáváme tyto stupně rozštěpu:

1. stupeň: *nejmírnější rozštěp uvuly*
2. stupeň: *submukózní rozštěp s rozštěpenou svalovinou a zachovalou sliznicí*
3. stupeň: *rozštěp měkkého patra, rozštěp měkkého patra se zářezem do tvrdého*
4. stupeň: *rozštěp do klenby ve tvaru V- klínový, U-oválný*

❖ **Atypické rozštěpy dělíme na:**

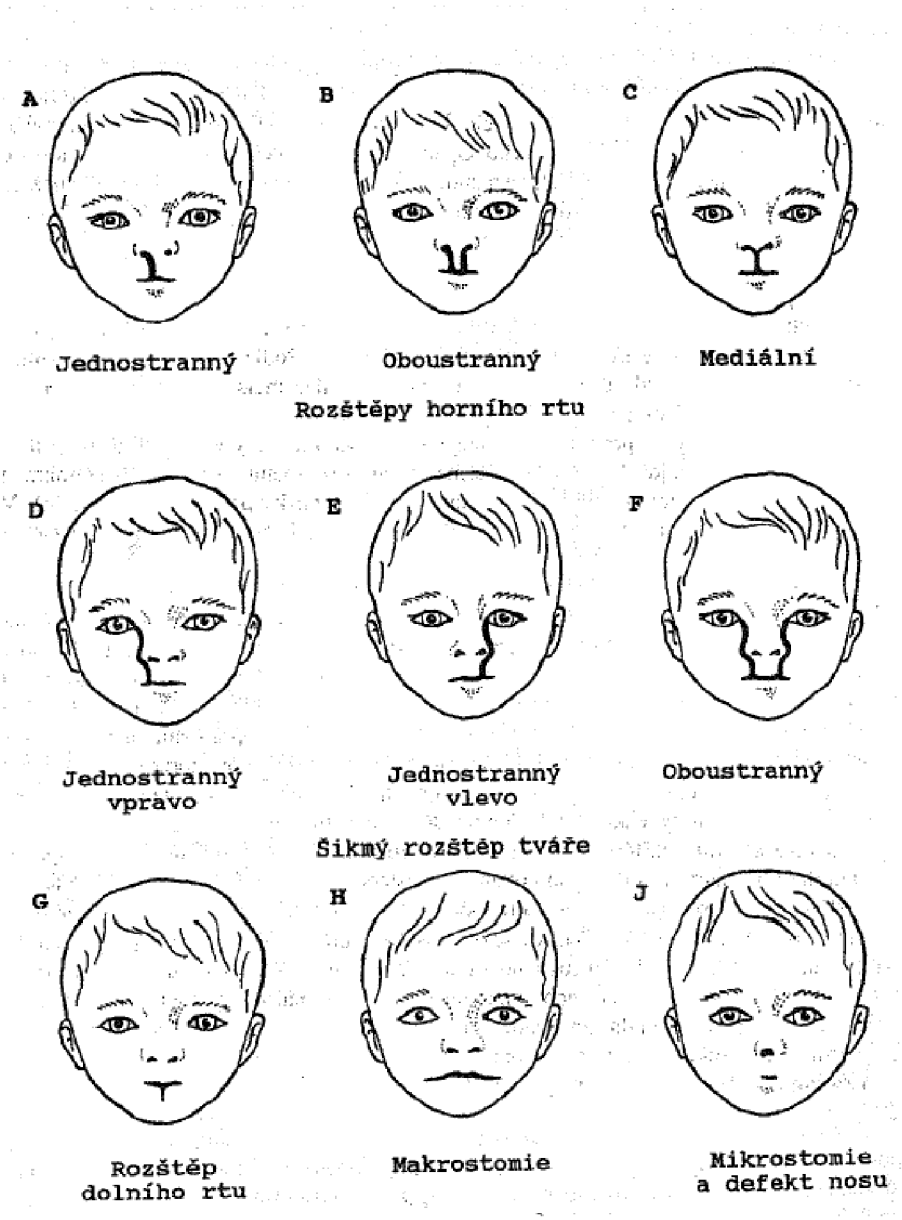
příčné - posunutí ústního koutku do strany. Je rozpolcen svalový uzel, ve kterém se stýkají mimické svaly s kruhovým ústním svalem - rozštěp sahá na různou vzdálenost do m. buccinator. Doprovodné znaky - hypoplasie tváře, deformace až aplazie boltce, atrézie zvukovodu, hypoplasie dolní čelisti ap. Vzácně je přidružen i asymetrický rozštěp patra.

horní střední - vady v uzávěru nosu, rtu, čelisti a patra v atypické poloze. Mohou být neúplné i úplné. Na nose a rtu jsou někdy izolované nebo v kombinaci. Těžké formy mají defekty mezičelisti, filtra ap.

dolní střední - dolního rtu a mandibuly většinou ve střední linii, jsou velmi vzácné

šikmé - od horního rtu laterálně od kraje filtra kolem nosního křídla nebo přes něj do dolního víčka, vzácněji přes oční štěrbinu až na čelo. Nejlehčí formy jsou žlábky, nejtěžší široké dehiscence, koiobomy, defekty bulbů ap.

„Bylo vypracováno mnoho systematických dělení atypických rozštěpů, např. podrobná klasifikace Karfíka, zakladatele brněnské plastické chirurgie, z roku 1966. Dosud nejpřehlednější schematický klasifikační systém je od nestora světové maxilofaciální chirurgie Francouze Tessiera z roku 1976.“ (Vokurková, J., 1999, s. 12).

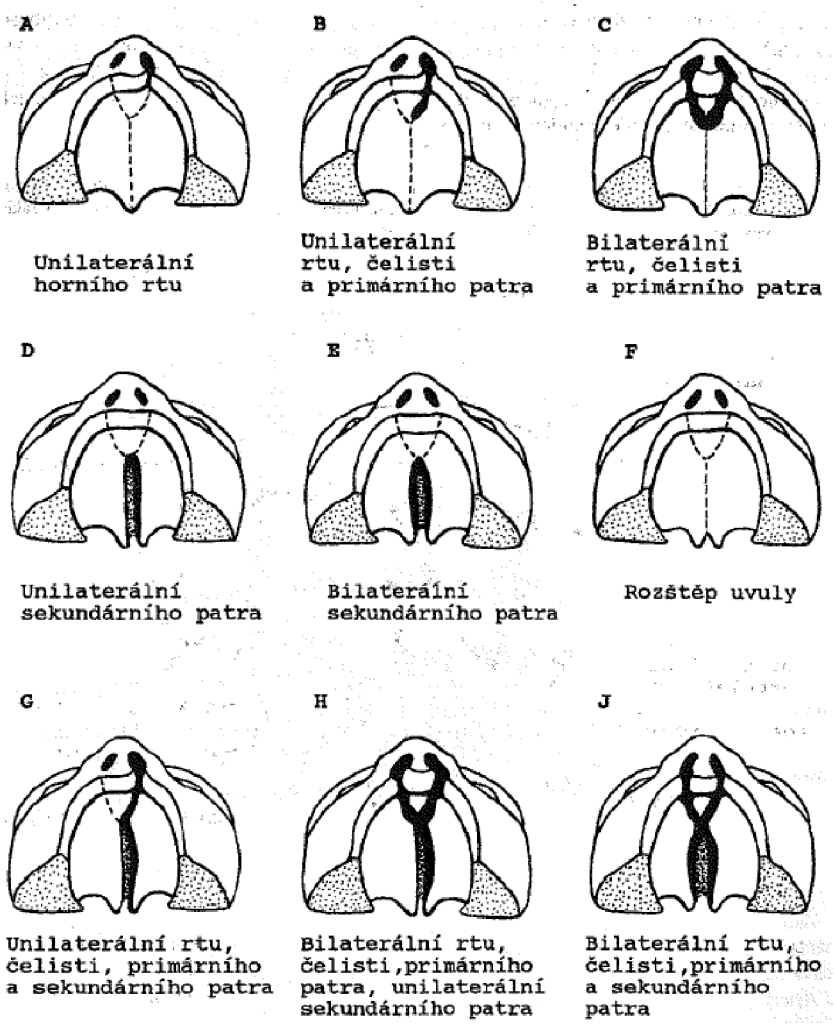


Obr. 3 – Vývojové vady v oblasti obličeje, rozštěpy rtů a tváří, defekty nosu – čelní pohled (Malínský, J., 1998)

❖ **<u>Syndromy</u>**

Pokud se rozštěp obličeje sdruží s další vrozenou vývojovou vadou, je popsán jako syndrom - většinou je nazván jménem autora, který opakovaný výskyt společných vad popsal. Rozštěpy rtu nebo celkové rozštěpy patří k syndromům v 1% případů, izolované rozštěpy patra patří v 10 % mezi syndromy (Černý, M. a kol., 1986).

„Nejčastější syndrom je Pierre-Robin (nebo Pierre-Robinova sekvence), kdy při rozštěpu patra je hypoplastická mandibula, hypertrofie jazyka a z toho rezultující poporodní dechové obtíže různého stupně.“ (Vokurková, J., 1999, s. 12).



Obr. 4 – Rozštěpy rtů, čelisti, primárního a sekundárního patra – pohled zespodu (Malínský, J., 1998)

Orofaciální rozštěp je vrozená orgánová vada, která postihuje pevné útvary oddělující dutinu ústní od dutiny nosní nebo orgány patrohltanového závěru. Rozštěpy rtu, čelisti a patra nevznikají rozštěpením, nýbrž nespojením příslušných anatomických struktur v místech, kde za normálních okolností vzniká ret, čelist a patro. Příčiny vzniku této vady rozdělujeme na endogenní a exogenní. Do dnešní doby se však nepodařilo jednoznačně zjistit příčinu rozštěpů. Celosvětově se užívají termíny rozštěp primárního patra, rozštěp sekundárního patra a rozštěp primárního a sekundárního patra - orofaciální rozštěp. Rozštěpy se dále dělí na typické, atypické a tzv. syndromy.

2 Vliv orofaciálních rozštěpů na komunikaci

2.1 Komunikace

„Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“ (Klenková, J., 2006, s. 25).

„Komunikace je komplexním jevem, zahrnujícím psychické, jazykové a sociální, případně i další komponenty.“ (Janoušek, J., 2007, s. 50). Je prostředkem, který ovlivňuje rozvoj osobnosti, mezilidské vztahy a zprostředkovává vzájemné vztahy. Schopnost komunikovat patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Je složitým systémem dorozumívání. Podle A. Nováka (1999) se jedná o sdělení určité zprávy jedním jedincem druhému, přičemž přijetí zprávy vyvolá určité chování.

Komunikace je cílově zaměřená činnost celého člověka. Na komunikaci jsou kladeny i nároky, musí být přesná, uvážená, rozumná a logická. Musí se opírat o zásady a dovednosti kritického myšlení (DeVito, J., A., 2001). Jak uvádí J. Dvořák (2001), komunikace je přenos informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů, zejména prostřednictvím jazyka. Je to výměna informací, sdělování a dorozumívání. Komunikace se realizuje ve třech hlavních formách: mluvené, psané a ukazované. J. Janoušek (2007, s. 50) při komunikaci klade důraz na význam. „V*ýznam jako předpoklad se projevuje v tom, že lidé se mohou dorozumět jedině tehdy, jestliže předem sdílejí elementární inventář společných významů a společná pravidla jejich užívání. Význam jako prostředek komunikace umožňuje proces komunikace jako předávání a přijímání významů.“*

Komunikaci je také možné charakterizovat jako proces efektivní výměny informací prostřednictvím určitého signálu. Přísun informací, podle M. Sováka (1989), je přímo biologickou nutností. Z nedostatku informací se vyskytují nežádoucí důsledky. Je to ovlivněno podle toho, ve které vývojové fázi se vyskytnou a zasáhnou daného člověka. Patologické důsledky existují také při nadbytku informací, přehlcování.

Každý účastník komunikace je zároveň mluvčím a posluchačem. Podle J. A. DeVita (2001) svoje sdělení vysíláme, když např. mluvíme, píšeme, gestikulujeme nebo se usmíváme. Sdělení jiných přijímáme, když posloucháme, čteme, díváme se apod.

V sociální komunikaci rozlišujeme tři skupiny, a to **verbální komunikaci**, **neverbální komunikaci** a **komunikaci činem**.

Verbální komunikace je mladší než komunikace neverbální, ale má dominantní postavení. M. Vágnerová (1997) uvádí, že verbální komunikace umožňuje stát se aktivním komunikujícím subjektem. Svoje sdělení můžeme lépe vyjádřit a naopak, lépe rozumíme sdělení jiných lidí. Patří sem všechny procesy, které se uskutečňují pomocí mluvené nebo psané řeči. Dorozumíváme se pomocí slov artikulovaných, tištěných nebo psaných. Verbální komunikace má velkou míru socializace, je závislá na vysokém stupni schopnosti jazykové výměny a jazykového sebepředstavení, rozhovoru, diskuse, hádky, promluvy apod. (Klenková, J., 2006).

Ke komunikaci je potřeba jazyk a řeč. Lidská řeč je forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních, ale i neslovních výrazových prostředků. Řeč se realizuje za pomocí jazyka. Je to vzájemně propojený systém účastníků, který je založený na několika pravidlech. Podle J. A. DeVita (2001) mezi nejdůležitější patří gramatická a kulturní pravidla. Jde o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů. Řeč je specificky lidská schopnost. Je schopností, se kterou se nerodíme. Rodíme se pouze s určitými dispozicemi, které se nerozvíjejí. K rozvoji dochází až při verbálním styku s mluvícím okolím (Klenková, J., 2006). U verbální komunikace se uplatňuje hlavně obsahová stránka řeči. Tuto komunikaci doprovází a ztvárňuje neverbální komunikace (Sovák, M., 1989).

Neverbální komunikace zahrnuje všechny dorozumívací prostředky, které nejsou založené na slovu. Patří sem výrazné pohyby a polohy těla nebo končetin, gesta, mimika obličeje a také různé neslovní projevy hlasové (Sovák, M., 1989). J. Dvořák (2001) řadí do nonverbální komunikace posunky, znaky, řeč znakovou, daktylotiku, ukazování, symboly, pantomimu atd. Neverbální komunikace má vysokou výpovědní hodnotu, srozumitelnost a podléhá společenskému kodexu dané společnosti. J. A. DeVito (2001) neverbální systém shrnuje jako všechny další prostředky, jimiž můžeme sdělit nějaký význam. Podle J. Klenkové (2006) komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujme beze slov. M. Sovák (1989) uvádí, že neverbální komunikace probíhá většinou nevědomě, proto odrážejí opravdový nezastíraný vnitřní postoj komunikačního partnera.

2.2 Narušená komunikační schopnost

Moderní logopedie nahrazuje v odborné rovině termíny vada a porucha řeči výstižnějším názvem: **narušená komunikační schopnost** (NKS). Tento termín postihuje komunikaci v co nejširším smyslu, zahrnuje všechny problémy v této oblasti. Narušenou komunikační schopností se zabývá speciálně pedagogický vědní obor - logopedie.

Abychom mohli co nejpřesněji definovat NKS, musíme vymezit určité normy v oblasti mezilidské komunikace. U vymezení norem se můžeme řídit buď určitým jazykovým prostředím, nebo komunikačním záměrem jedince. Podle M. Sováka (1989) je vznik patologie v mezilidské komunikaci způsoben buď nedostatkem, přemírou, nebo deformováním informací. V. Lechta (2003, s. 17) charakterizoval narušenou komunikační schopnost takto: „*Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.*“

Při narušené komunikační schopnosti je třeba brát v úvahu jazykové roviny, jde-li o verbální či neverbální formu. Z hlediska průběhu komunikačního procesu může být narušena složka expresivní (produkce) či receptivní (porozumění řeči). Narušená komunikační schopnost může být trvalá nebo přechodná. Může se projevovat jako vrozená vada řeči nebo jako získaná porucha řeči. V celkovém obraze může dominovat nebo být příznakem jiného, dominujícího postižení, onemocnění či narušení. Narušení může být úplné nebo částečné a člověk si své narušení může, ale i nemusí uvědomit.

V logopedické praxi se používá klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro dané narušení nejtypičtější. Existuje deset základních kategorií narušené komunikační schopnosti, které uvádí V. Lechta (2003):

1. narušený vývoj řeči (vývojová dysfázie a opožděný vývoj řeči)
2. získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. narušení zvuku řeči (rinolálie, **palatolálie**)
5. narušení fluence (plynulosti) řeči (balbuties, breptavost)
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)

7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy

2.3 Palatolálie a příčina jejího vzniku

Slovo palatolálie pochází z lat. palatum – patro. Jak uvádí M. Sovák (1978, s. 197) *„palatolálie je vada řeči, provázející rozštěp patra, popř. rozštěp rtu a patra. Je důsledkem orgánového defektu, hlavně patrohltanového uzávěru, což se promítá do vývoje řeči. Je to vada vývojová, řeč se vyvíjí na vývojově vadném základě“*. Tato vada řeči spolu s deformací kosmetického rázu má značné důsledky ve vytváření osobnosti i v rozvoji společenských vztahů. Palatolálie je jedna z nejtěžších a nejnápadnějších poruch komunikačních schopností. V. Lechta (1990) vymezuje palatolálii jako poruchu řeči při rozštěpu patra. Rozštěp je vrozený orgánový defekt, při němž je patrohltanový uzávěr nedostatečný. Někteří autoři řadí palatolálii mezi otevřenou rinolálii, jiní mezi rinolálie (tj. poruchy zvuku řeči). Další autoři hovoří o palatolálii jako o samostatné nosologické jednotce, k čemuž se přikláníme.

Významnou osobností zabývající se problematikou palatolálie je slovenská autorka Aurélia Kerekrétiová (1997, s. 5), která definuje palatolálii poněkud rozsáhleji, přesto však výstižně: *„V klinicko-logopedické praxi, ale i ve vědeckých pracích našich i zahraničních autorů se setkáváme s termínem typická palatolalická řeč, který je pro odborníky dosti výmluvný. Proti tomuto termínu můžeme mít výhrady, neboť je ho možné chápat tak, že všechny osoby s orofaciálním rozštěpem budou mít palatolalickou řeč. To však již neplatí, neboť v mnoha případech je provedena včasná a úspěšná palatoplastika, po níž se řeč vyvíjí správně, bez příznaků palatolálie. Na druhé straně, když palatolálii definujeme jako narušenou komunikační schopnost při rozštěpu patra, zevšeobecňující termín narušená komunikační schopnost, tak jak ji chápe V. Lechta (1990), je na místě. Komunikační schopnost jedince je narušena, když některá rovina nebo několik rovin současně jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Při palatolálii je narušena především rovina foneticko-*

fonologická (porucha nosní rezonance, artikulace a srozumitelnosti řeči), morfologicko-syntaktická a lexikálně-sémantická rovina (v případě opožděného vývoje řeči) a také rovina pragmatická (v důsledku psychosociálních problémů, které orofaciální rozštěp může druhotně způsobovat). Porucha se projeví ve verbální i neverbální interindividuální komunikaci (narušeno je koverbální chování), v expresivní i receptivní složce řeči".

Orofaciální rozštěpy tedy působí jako prvotní příčina, nejsou-li operativně upraveny, nebo když se operací sekundárního patra nepodařilo vytvořit dostatečný velofaryngální závěr a vznikla tak **velofaryngální insuficience** (patrohltanová nedostačivost), případně oronazální komunikace jako důsledek rozpadlé sutury (švu) patra. „*Velofaryngální mechanismus (patrohltanový uzávěr) zahrnuje všechny struktury patra, hltanu a bezprostředního okolí, které se podílejí na zabezpečování jeho funkcí. Funkcí uzávěru je sfinkterové (svíravé) a záklopkové oddělení dutiny orální a nazální, neboli oddělení orofaryngu a nazofaryngu, které je nutné pro řeč, barvu hlasu, pískání, polykání, foukání a sání"* (Vohradník, M., 2001, s. 29). V mnoha případech krátké nebo hraničně dlouhé měkké patro není příčinou velofaryngální insuficience, a naopak dlouhé měkké patro souvisí s následnou zvýšenou nazalitou řeči, s únikem vzduchu do dutiny nosní při explozívách, frikativách a afrikátech (Kerekrétiová, A., 1997).

Další příčinou vzniku palatolálie může být **oronazální komunikace**, ke které dochází proděravěním patra, rozpadem švu patra atd. V tomto případě uniká při artikulaci vzduch otvorem do dutiny nosní. Oronazální komunikace se může vyskytovat samostatně nebo společně s velofaryngální insuficiencí. Je-li příčinou hypernazality oronazální komunikace, projeví se to výrazným zhoršením slyšitelného úniku vzduchu při výslovnosti explozív bilabiálních *p, b,* prealveolárních *t, d,* příp. palatálních *ť, ď,* protože jejich artikulační místo se nachází před oronazální komunikací. Pokud je příčinou hypernazality a slyšitelného úniku vzduchu nedostatečný patrohltanový mechanismus, budou více postiženy hlásky explozivní velární, což jsou *k, g.* V případě kombinace oronazální komunikace s patrohltanovou nedostačivostí budou všechny explozívy při artikulaci postiženy stejně slyšitelným únikem vzduchu (Kerekrétiová, 1997).

2.4 Symptomy a klasifikace palatolálie

Charakteristickými symptomy palatolálie jsou podle M. Sováka (1978) změny rezonance a artikulace. Jsou to změny vývojové, tj. vznikají během vývoje řeči. K těmto symptomům pak dále přidává narušenou srozumitelnost řeči, poruchy mimiky (tzv. souhyby) a poruchy sluchu.

S. Mašura (1988) uvádí čtyři hlavní rysy palatolalie, a to otevřená huhňavost, nesprávná artikulace, poruchy mimiky a poruchy sluchu.

Narušený vývoj řeči, poruchy koverbálního chování, poruchy hlasu mohou, ale nemusí palatolálii provázet.

„Někteří badatelé v oblasti narušené řeči při rozštěpu patra uvádějí několikanásobně více příznaků typických pro palatolalii. To ukazuje na její symptomatickou složitost a různorodost. Bzoch (1971) uvádí až jedenáct příznaků palatolalie. Uvedené množství příznaků potvrzuje i názor Aronsona (1990) i naše zkušenosti. ***Nejsou dva lidé s rozštěpem patra, kteří by měli stejně narušenou řeč, palatolalii.*** *" (Kerekrétiová, A., 2008, s. 52).*

Podle A. Kerekrétiové (1997) jsou nejtypičtějšími symptomy palatolalie poruchy rezonance, poruchy artikulace a srozumitelnosti řeči.

Porucha rezonance

Nosní rezonance (nosovost, nazalita) je fyziologický jev, který se projevuje u různých hlásek v různé míře, nejsilněji při artikulaci hlásek *m, n, g* (tzv. nosovky), minimální je při artikulaci samohlásek *i, e, a*, dále u explozív a sykavek. Stupeň nazality závisí na síle patrohltanového uzávěru, při němž se měkké patro přikládá k zadní stěně hltanu. Nosovost se může snížit, když se omezí prostornost rezonančních dutin, nebo zvýšit, pokud patrohltanový uzávěr nebo patologická perforace nestačí zabránit úniku vzduchu do rezonančních dutin (Sovák, M., 1978).

V případě, že je nosovost patologicky změněná, hovoříme o **huhňavosti (rinolálie)**. Rozlišujeme tři typy huhňavosti, a to zavřenou, otevřenou a smíšenou. Pro palatolálii je typická porucha rezonance, která se projevuje otevřenou huhňavostí. Na palatolalické deformaci nosovosti se podílí jak samotný rozštěp patra a jím podmíněná patrohltanová nedostačivost, tak i změna ve vzájemném poměru rezonančních dutin nad

hrtanem. Změny v rezonanci se nedají vysvětlovat pouze anatomickým nálezem, jde o změnu funkcí všech orgánů, které se účastní na mluvení (Sovák, M., 1978). Míra otevřené huhňavosti nezáleží pouze na činnosti samotného patrohltanového uzávěru, důležitá je role vzájemného poměru rezonance v dutinách nad hrtanem (tj. v dutině hltanové, ústní a nosní), podstatná je také velikost těchto dutin, poloha jazyka a velikost čelistního úhlu.

Porucha artikulace

Při palatolálii je porušena artikulace samohlásek i souhlásek, což je výsledkem patrohltanové nedostačivosti, příp. oronazální komunikace. Samohlásky mají hypernazální (huhňavé) zabarvení, což se projevuje nejvíce u hlásek *u* a *i*. Nejlépe zní hláska *a*, zvláště při široce otevřených ústech. Souhlásky jsou také typicky změněny, a to v důsledku:

- slyšitelného úniku vzduchu nosem
- nedostatečného tlaku vzduchu, který je potřebný k vytváření hlásek na odpovídajících artikulačních místech
- posunu artikulační báze vzad

Artikulace může být porušena i z jiných důvodů, např. u vývojové dyslálie, poruch chrupu a skusu, poruch sluchu, poruch učení, dále u mentální retardace, nedbalého stylu řeči, deformací rtů, jazyka atd. (Kerekrétiová, A., 1997).

Při artikulaci jedince vznikají dle určitých zákonitostí náhradní zvuky. Postižený nezvládne vytvořit potřebný tlak vzduchu v odpovídajícím artikulačním místě, protože mu vzduch uniká do nosu, snaží se proto vytvořit úžinu nebo místo exploze ještě před místem úniku do nosu. Přenáší artikulační místa vzad do úžiny mezi kořenem jazyka a zadní stěnou hltanu, popř. až do hrtanu, čímž se posunuje celá artikulační báze vzad za nedostatečný patrohltanový závěr.

Srozumitelnost řeči

Deformity při artikulaci se mohou vzájemně kombinovat, což výrazně narušuje i srozumitelnost řeči. V nejtěžších případech jedinec tvoří souhlásky omezeně nebo vůbec a řeč je tvořena jen nazalizovanými samohláskami. V tomto případě je řeč obtížně srozumitelná nebo téměř nesrozumitelná a často jí rozumí jen nejbližší okolí. Nejlepší srozumitelnost řeči je u jedince, když se palatolálie jako průvodní znak

rozštěpu patra vůbec nevyvine, protože patrohltanový mechanismus je dostatečný a řeč je tedy plně srozumitelná.

Klasifikace palatolálie

A. Kerekrétiová (1997) hodnotí řeč při rozštěpu patra jako řeč:

- dobrá: řeč srozumitelná, bez nedostatků typických pro palatolálii s lehkou poruchou rezonance, slyšitelnou jen odborníkem
- společensky únosná: v řeči se vyskytují zbytky palatolálie, ale nejsou překážkou v komunikaci
- těžší srozumitelnost: řeč je hůře srozumitelná pro okolí, někdy i pro nejbližší
- nesrozumitelná: řeč je stejně nesrozumitelná pro okolí i pro nejbližší

Sovák (1978) klasifikuje palatolálii do čtyř stupňů:

I. stupeň: zbytky palatolálie v podobě nenápadné huhňavosti a zbytků dyslálie
II. stupeň: palatolálie s výraznějšími příznaky huhňavosti i poruchami artikulace, dobře vyhovující v denním styku (nepříliš nápadná v komunikaci)
III. stupeň: palatolálie velmi nápadná, řeč ještě srozumitelná
IV. stupeň: těžká deformace palatolalická, řeč nesrozumitelná

Poruchy hlasu se v populaci operované kvůli orofaciálnímu rozštěpu vyskytují v přibližně stejné míře jako v normálním populačním vzorku. Podle M. Sováka (1978) při dlouhotrvající palatolálii, tvoří-li se hlas nesprávně, může dojít ke změnám na hlasovém ústrojí i ke změnám ve způsobu tvoření hlasu. Mezi nejčastěji se vyskytující poruchy hlasu patří palatofonie, dále slabý, dyšný, aspirovaný hlas a chraptivý, přiškrcený, tlačený hlas. Pro palatolálii je typický ostrý, vysoký, mečivý až tlačený hlas bez přiměřeného zabarvení, který Seeman nazývá palatofonie. A. Kerekrétiová (1997) přidává, že palatofonie může přejít až do afonie. Slabý, dyšný, příp. aspirovaný hlas se vytváří v případech patrohltanové nedostačivosti s cílem snížit otevřenou huhňavost a unikání vzduchu nosem. Tichý hlas je zapříčiněn neschopností kompenzovat tuto ztrátu. Chraptivý, přiškrcený až tlačený hlas se vytváří ve spojení s nadměrným hlasovým úsilím, zvýšeným svalovým napětím hlasového orgánu a jeho hyperfunkcí ze stejného důvodu jako hlas dyšný a slabý.

Je však potřeba zdůraznit, že poruchy hlasu mohou vzniknout také z nesprávné hlasové techniky, z napodobování nesprávných hlasových technik, z nadměrného křiku, z nepřiměřené polohy hlasu apod.

Schopnost komunikovat patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Je prostředkem, který ovlivňuje rozvoj osobnosti a mezilidské vztahy. V sociální komunikaci rozlišujeme komunikaci verbální, neverbální a komunikaci činem. V současné době byly termíny vada a porucha řeči nahrazeny výstižnějším názvem - narušená komunikační schopnost (NKS). Tento termín postihuje komunikaci v co nejširším smyslu a zahrnuje všechny problémy v této oblasti. Narušenou komunikační schopností se zabývá speciálně pedagogický vědní obor - logopedie.

3 Zkušenosti pedagogů mateřských škol s orofaciálními rozštěpy u dětí v mikroregionu Bystřicko

3.1 Cíl výzkumného projektu, metodologie

Cílem empirického výzkumu bakalářské práce je zjistit jaké je zkušenost pedagogických pracovníků v mateřských školách s dětmi s orofaciálními rozštěpy v mikroregionu Bystřicko. Ke zjištění tohoto cíle byl použit kvantitativně orientovaný výzkum formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazník je nestandardizovaný.

Analytickou jednotkou byli pedagogičtí pracovníci v mateřských školách v mikroregionu Bystřicko. V některých mateřských školách jsou logopedické třídy, ve kterých je s dětmi prováděna logopedická intervence.

V rámci výzkumného šetření byl použit zcela anonymní nestandardizovaný dotazník. Každý dotazník obsahoval základní instrukce a metodické pokyny. V dotazníku bylo použito celkem 15 otázek, které zahrnovaly 13 otázek uzavřených a 2 otázky polootevřené. Pro každého respondenta je určen právě jeden dotazník.

Do projektu byly zahrnuty mateřské školy v Bystřici nad Pernštejnem a mateřské školy v přilehlých obcích. Dotazníky byly rozesílány poštou ředitelům (ředitelkám) těchto mateřských škol s žádostí o další postoupení podřízeným pedagogickým zaměstnancům. Pro vyplněné dotazníky jsem se buď dostavila osobně po telefonické domluvě, nebo byly zaslány poštou zpět na moji adresu.

K dosažení cíle výzkumu byly formulovány následující hypotézy:

Hypotéza H1: *pedagogičtí pracovníci v mateřských školách mají malé zkušenosti s dětmi s orofaciálními rozštěpy.*

Hypotéza H2: *logopedická intervence u dětí s orofaciálním rozštěpem probíhá častěji v logopedických ambulancích než v mateřských školách.*

Hypotéza H3: *logopedickou intervenci u dětí s orofaciálním rozštěpem je možné hodnotit většinou kladně než záporně.*

3.2 Výzkumný vzorek a místo šetření

Výzkumným vzorkem byli pedagogičtí pracovníci v mateřských školách v mikroregionu Bystřicko. V současné době má Bystřice nad Pernštejnem necelých 9 tisíc obyvatel a je obcí s rozšířenou působností státní správy. Správní obvod zahrnuje takřka jednu třetinu okresu Žďár nad Sázavou. Vzdělávání zde slouží 9 školských zařízení. Z toho jsou 3 mateřské školy.

Správní obvod města Bystřice nad Perštejnem je vymezen územím obcí**:** Blažkov, Bohuňov, Bukov, Bystřice nad Pernštejnem, Býšovec, Dalečín, Dolní Rožínka, Horní Rožínka, Chlum-Korouhvice, Koroužné, Lísek, Milasín, Moravecké Pavlovice, Nyklovice, Písečné, Prosetín, Radkov, Rodkov, Rovečné, Rozsochy, Rožná, Sejřek, Skorotice, Strachujov, Strážek, Střítež, Sulkovec, Štěpánov nad Svratkou, Ubušínek, Ujčov, Unčín, Věchnov, Velké Janovice, Velké Tresné, Věstín, Věžná, Vír, Zvole a Ždánice.

Ve všech těchto uvedených obcích je dohromady 12 mateřských škol. Společně s městem Bystřice n. P. je tedy v mikroregionu Bystřicko celkem 15 mateřských škol. Dotazníků bylo celkem rozdáno 60 kusů, do každého zařízení po čtyřech kusech.

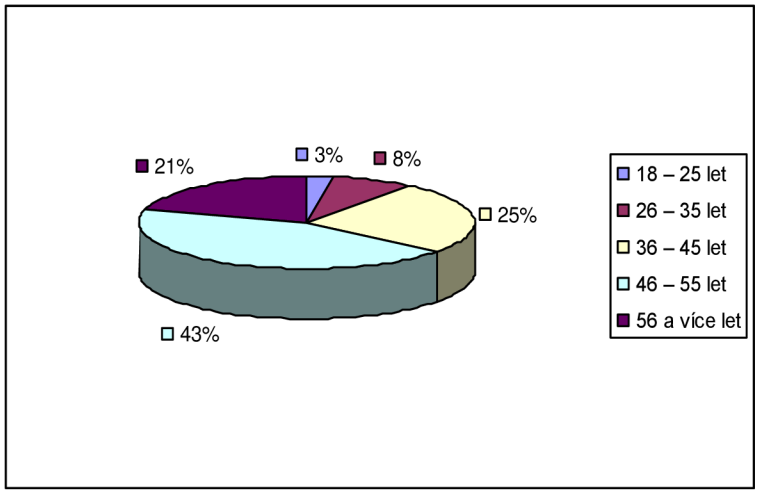
3.3 Vlastní šetření

Z celkového počtu 15 oslovených mateřských škol byly dotazníky vráceny ze 13 zařízení, tj. 87% návratnost ze všech zařízení. Z celkového počtu 60 rozeslaných dotazníků se vrátilo 39 správně vyplněných. Pro náš výzkum je tedy směrodatná hodnota 39 dotazníků, což je z celkového počtu rozeslaných dotazníků 65% návratnost.

Všechny otázky, které byly obsaženy v dotazníku, jsou nyní zpracovány do tabulek a grafů ve statistických ukazatelích.

Otázka č. 1 – Dosažený věk?

Věk	Počet výskytů
18 – 25 let	1
26 – 35 let	3
36 – 45 let	10
46 – 55 let	17
56 a více let	8

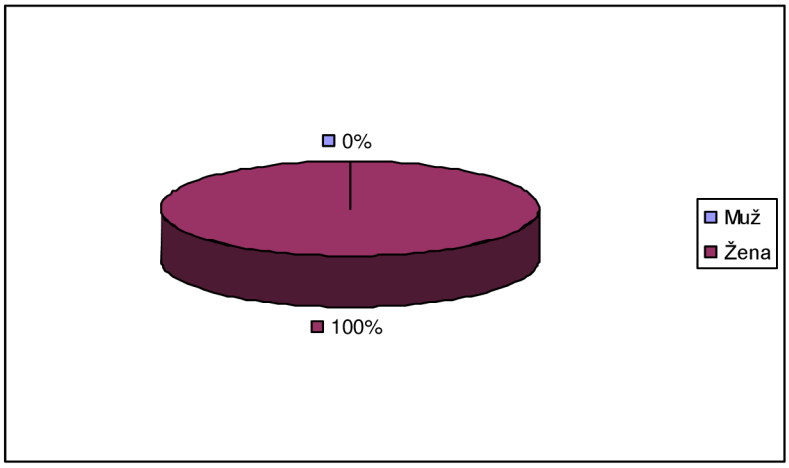


Tabulka a graf č. 1

Na otázku č. 1 zodpovědělo všech 39 respondentů. Bylo zjištěno, že nejvíce pedagogických pracovníků v mateřské škole je v rozmezí 46 – 55 lety. Z celkového počtu tvoří tedy tato skupina 43%. Nejmenší zastoupení je v nejmladší skupině, tj. pouze 1 pedagog je ve věku mezi 18 až 25 lety.

Otázka č. 2 – Pohlaví?

Pohlaví	Počet výskytů
Muž	0
Žena	39

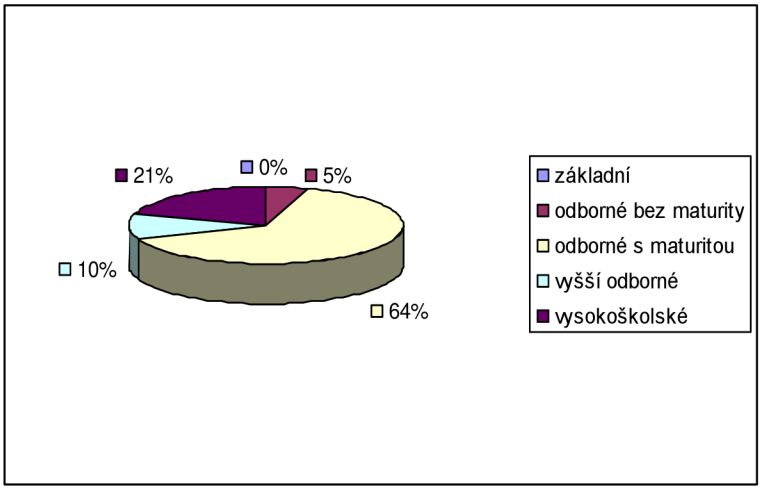


Tabulka a graf č. 2

Asi nepříliš velkým překvapením je skutečnost, že v preprimárních zařízeních je zaměstnáno více žen než mužů. V našem případě bylo zjištěno, že všichni zúčastnění pedagogové pracující v mateřských školách na Bystřicku jsou ženy.

Otázka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání?

Vzdělání	Počet výskytů
základní	0
odborné bez maturity	2
středoškolské nebo odborné s maturitou	25
vyšší odborné	4
vysokoškolské	8

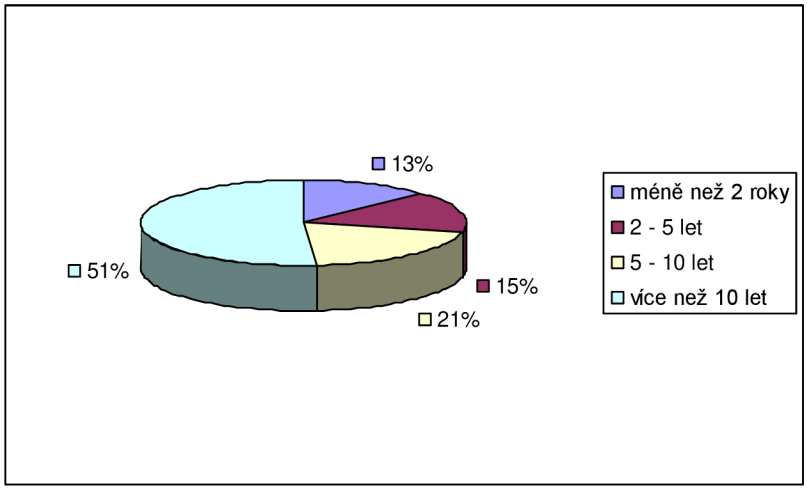


Tabulka a graf č. 3

Při vyhodnocení odpovědí na otázku č. 3 bylo zjištěno, že pouze 21% pedagogů má vysokoškolské vzdělání. Největší zastoupení 64% měli respondenti se vzděláním středoškolským nebo odborným s maturitou. Bez maturitního vysvědčení byly pouze 2 respondenti.

Otázka č. 4 – Délka pedagogické praxe v mateřské škole?

Délka praxe	Počet výskytů
méně než 2 roky	5
2 - 5 let	6
5 - 10 let	8
více než 10 let	20

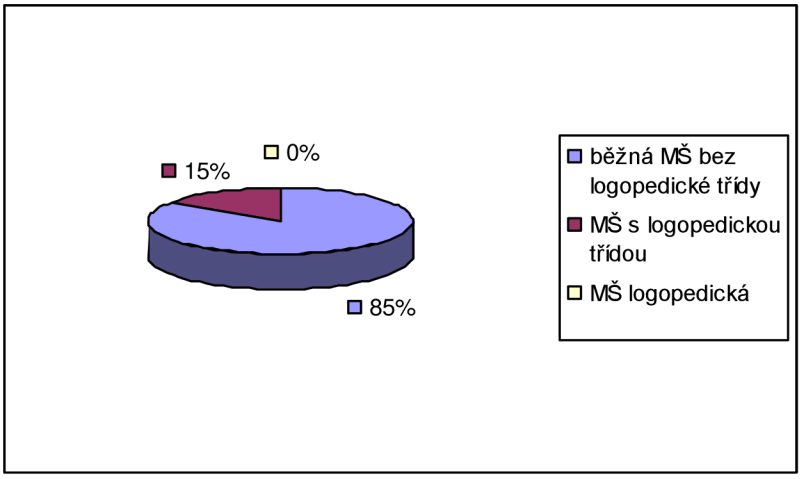


Tabulka a graf č. 4

Na danou otázku odpovědělo všech 39 respondentů. Nadpoloviční většina pedagogů působících v mateřských školách v mikroregionu Bystřicko má delší než 10letou praxi. Naopak praxi menší než 2 roky má pouze 13% respondentů.

Otázka č. 5 – Ve kterém typu zařízení MŠ pracujete?

Typ zařízení	Počet výskytů
běžná MŠ bez logopedické třídy	11
MŠ s logopedickou třídou	2
MŠ logopedická	0

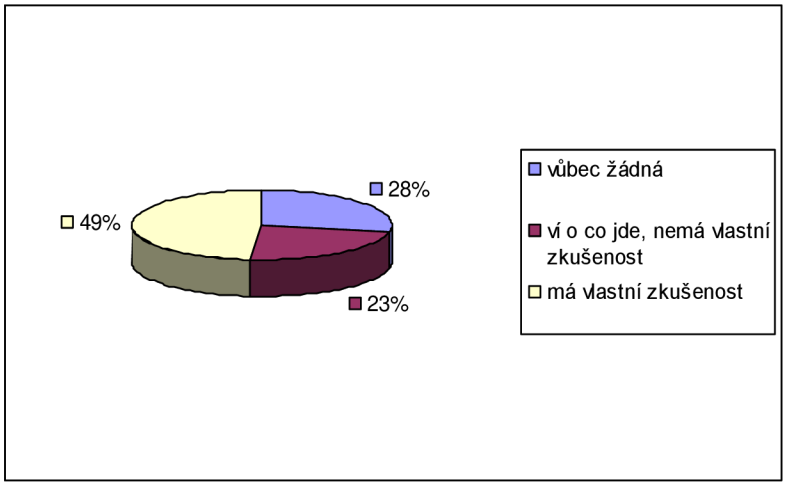


Tabulka a graf č. 5

Při vyhodnocení této otázky jsem vybrala vždy pouze jednoho respondenta ze stejného zařízení. Proto z celkového počtu 13 zúčastněných zařízení bylo zjištěno, že 11 z nich jsou běžné mateřské školy bez logopedické třídy a pouze 2 zařízení mají logopedickou třídu. Ze všech vrácených dotazníků nebylo zjištěno, že by se v mikroregionu Bystřicko nacházela logopedická MŠ.

Otázka č. 6 – Máte vlastní zkušenost s dětmi s orofaciálními rozštěpy?

Zkušenost s rozštepy	Počet výskytů
vůbec žádná	11
ví, o co jde, nemá vlastní zkušenost	9
má vlastní zkušenost	19



Tabulka a graf č. 6

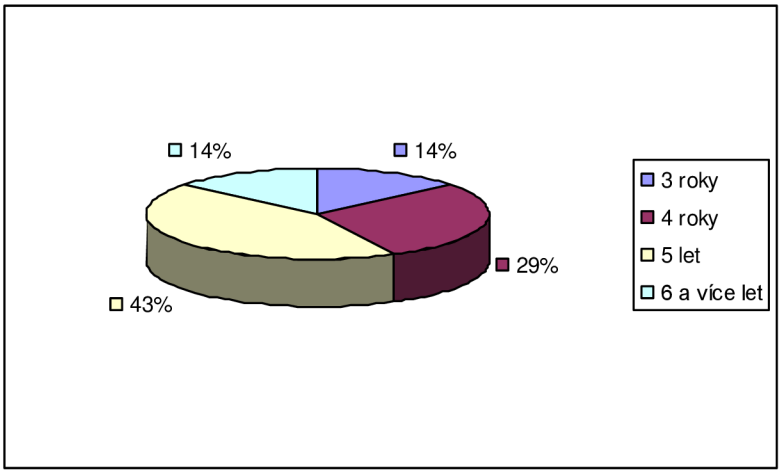
Tato otázka byla klíčová. Jednalo se o filtrační otázku. Kdo odpověděl tak, že nemá vlastní nebo vůbec žádnou zkušenost, musel přejít až k otázce č. 14. Jinak na otázku vlastní zkušenosti s dětmi, které mají orofaciální rozštěp, odpovědělo 19 respondentů z celkových 39, což je téměř polovina (49%). 23% respondentů vědělo, o co se jedná, a vůbec žádnou zkušenost s těmito dětmi nemělo 28% pedagogů.

Všech 19 pedagogů, kteří mají vlastní zkušenost s orofaciálními rozštěpy u dětí, mohlo dále pokračovat v následujících otázkách, které byly zaměřeny právě na tuto problematiku. Přitom právě těchto 19 pedagogů pochází již pouze z 6 mateřských škol z původních 13 zařízení.

Otázka č. 7 – Kolik dětí s orofaciálními rozštěpy je ve vašem zařízení v daném věku?

Od této otázky č. 7 až po otázku č. 13 byl průzkum zaměřen právě na děti s orofaciálními rozštěpy. Z celkových 13 zařízení bylo celkem pouze 7 dětí s touto vadou. Otázka sedmá měla určit v jakém věku je právě těchto 7 dětí v současné době. Bylo zjištěno, že tři děti jsou ve věku 5 let, dvě děti mají 4 roky a po jednom dítěti je ve skupině 3letých a 6ti a víceletých.

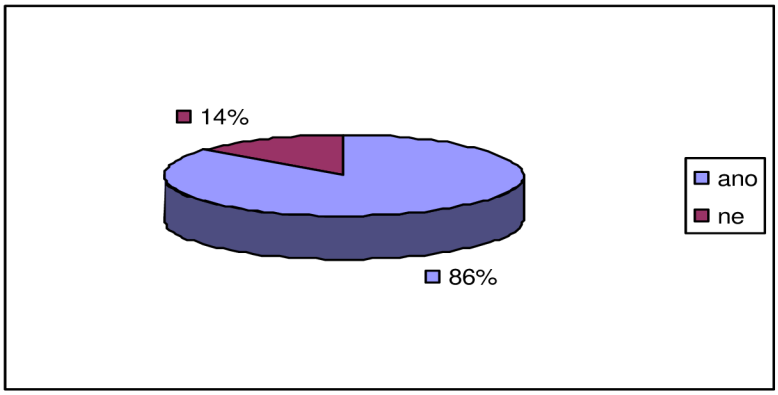
Věk dítěte s rozštěpem	Počet dětí
3 roky	1
4 roky	2
5 let	3
6 a více let	1



Tabulka a graf č. 7

Otázka č. 8 – Byl již proveden alespoň jeden operační zákrok u vašich dětí s orofaciálním rozštěpem?

Operace dítěte byla provedena	Počet dětí
ano	6
ne	1

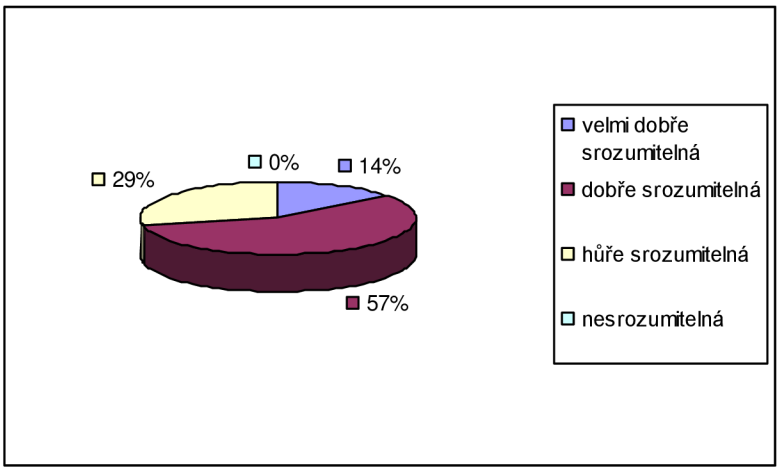


Tabulka a graf č. 8

Jak vyplývá z tabulky u otázky č. 8, již 6 dětí je po operaci rozštěpu a pouze jedno dítě doposud nebylo operováno. V jednom dotazníku byl připsán důvod, proč v daném případě nedošlo k operaci. Jednalo se o pravostranný naznačený rozštěp horního rtu, kde operační zákrok nebyl nutný.

Otázka č. 9 – Jaká je srozumitelnost řeči u těchto dětí?

Srozumitelnost řeči	Počet dětí
velmi dobře srozumitelná	1
dobře srozumitelná	4
hůře srozumitelná	2
nesrozumitelná	0



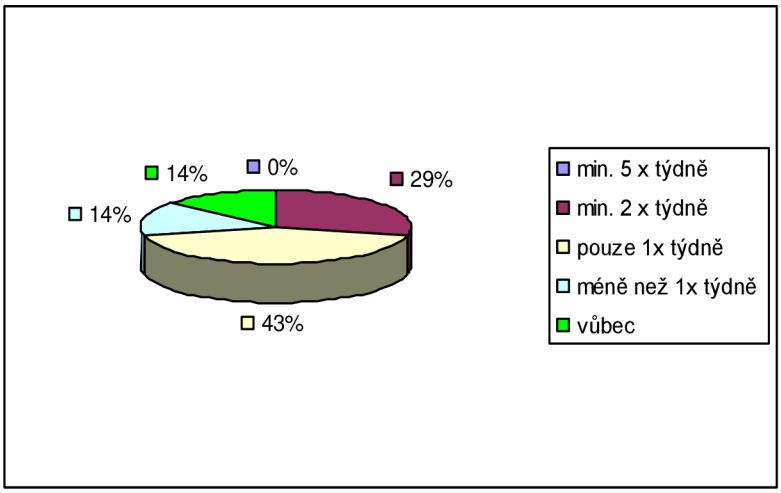
Tabulka a graf č. 9

Co se týče srozumitelnosti u dětí, které mají orofaciální rozštěp je výsledek následující: čtyři děti ze sedmi (57%) mají dobou srozumitelnost, dvě děti (29%) mají

horší srozumitelnost a jedno dítě (14%) má velmi dobrou srozumitelnost. V žádné odpovědi se nenašlo dítě s nesrozumitelnou řečí.

Otázka č. 10 – Jaké je četnost poskytování logopedická péče?

Četnost logopedické péče	Počet dětí
min. 5 x týdně	0
min. 2 x týdně	2
pouze 1x týdně	3
méně než 1x týdně	1
vůbec	1

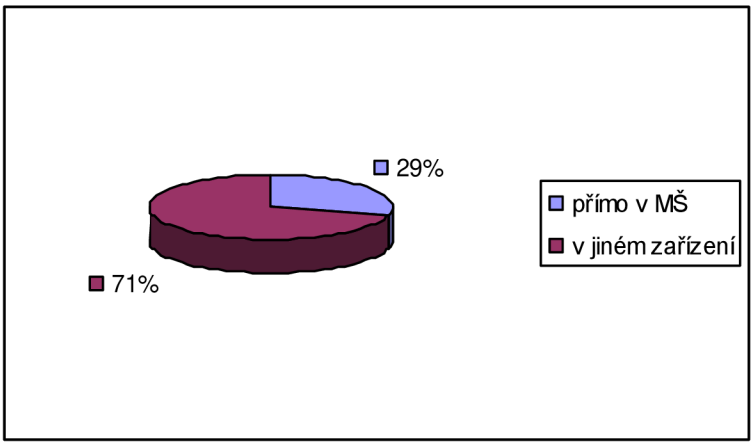


Tabulka a graf č. 10

V otázce č. 10 respondenti uvádějí, že třem dětem je věnována logopedická péče pouze 1x týdně. Dvě děti mají tuto péči poskytnutou 2x týdně a jedno dítě méně než 1x týdně. Jedno dítě nedostává vůbec logopedickou péči, která je odůvodněna minimálním rozsahem rozštěpu (naznačený rozštěp horního rtu). Pro další otázky (č. 11 a č. 12) již tedy pracujeme pouze se 6 dětmi, které se nacházejí v pěti mateřských školách.

Otázka č. 11 – Kde je prováděn výkon logopedické péče?

Místo výkonu logopedické péče	Počet dětí
přímo v MŠ	1
v jiném zařízení (jakém?)	5

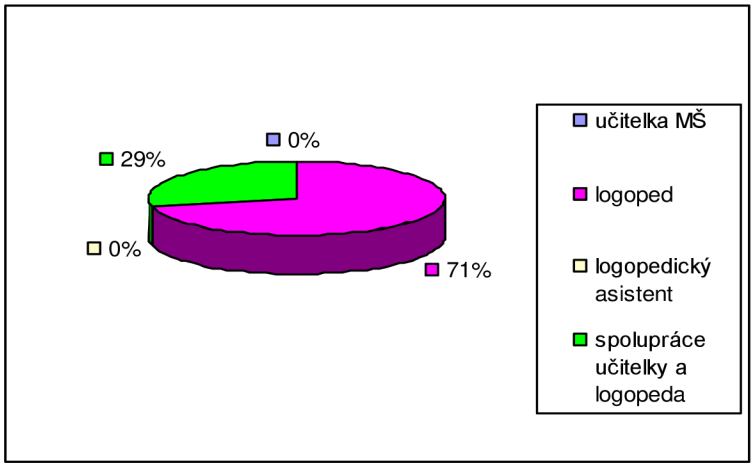


Tabulka a graf č. 11

Polootevřená otázka č. 11 nám má osvětlit, kde je prováděna logopedická péče o děti s orofaciálním rozštěpem. Téměř ve všech případech je péče poskytována v jiném zařízení, než je MŠ. V otevřené části této otázky, kde měl být uveden konkrétní typ zažízení, všichni respondenti shodně uvedli lékařské zařízení – logopedická poradna.

Otázka č. 12 – Která osoba provádí logopedickou péči?

Logopedickou péči prováděl	Počet dětí
učitelka MŠ	0
logoped	5
logopedický asistent	0
spolupráce učitelky MŠ a logopeda	1

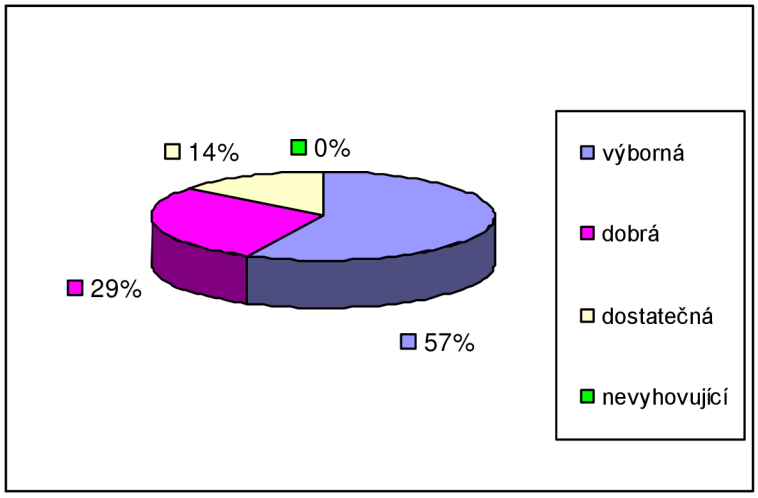


Tabulka a graf č. 12

Při prvním pohledu na graf u otázky č. 12 je zřejmé, že logoped je právě tou osobou, která ve všech případech provádí logopedickou péči o děti s orofaciálním rozštěpem. Pouze v jednom případě je jeho péče doplněna o spolupráci s učitelkou v mateřské škole.

Otázka č. 13 – Jaká je účinnost poskytování logopedické péče?

Účinnost poskytnuté logopedické péče	Počet výskytů
výborná	10
dobrá	6
dostatečná	3
nevyhovující	0



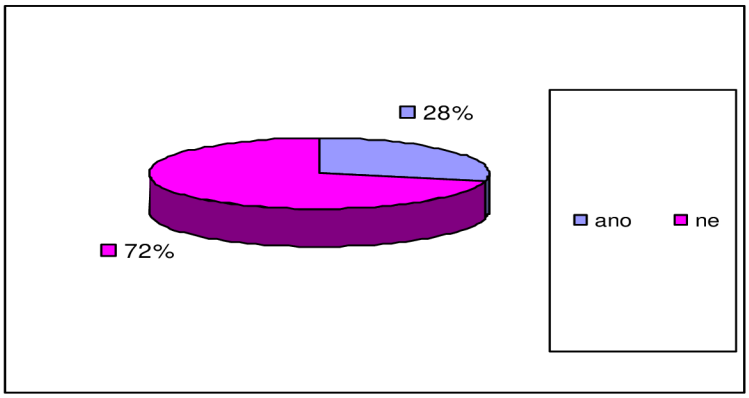
Tabulka a graf č. 13

Na otázku č. 13 odpovídalo 19 respondentů. Tři respondenti označili účinnost logopedické péče o děti s orofaciálním rozštěpem jako dostatečnou. V šesti případech byla účinnost péče označena jako dobrá a deset respondentů hodnotilo účinnost péče jako výbornou (57%).

Otázka č. 14 – Dokázali byste vysvětlit pojem „palatolálie"? Palatolálie je ...

Na druhou a poslední polootevřenou otázku odpovídalo, jako na počátku, všech 39 respondentů. Pouze 11 respondentů (28%) dokázalo skutečně popsat co je to palatolálie. Je zajímavé, že když vyjdeme z celkového počtu 19 pedagogů, kteří mají vlastní zkušenost s dětmi s orofaciálními rozštěpy (viz otázka č. 6), znalo tento pojem pouze jedenáct z nich, tj. 58% a ostatních 8 nedokázalo na otázku odpovědět. Z ostatních záporně odpovídajících 28 respondentů, kteří přešli k této otázce z otázky č. 6, rovněž nikdo nevěděl správnou odpověď. Přitom ještě 9 z nich sdělilo, že ví, o jaký problém se jedná.

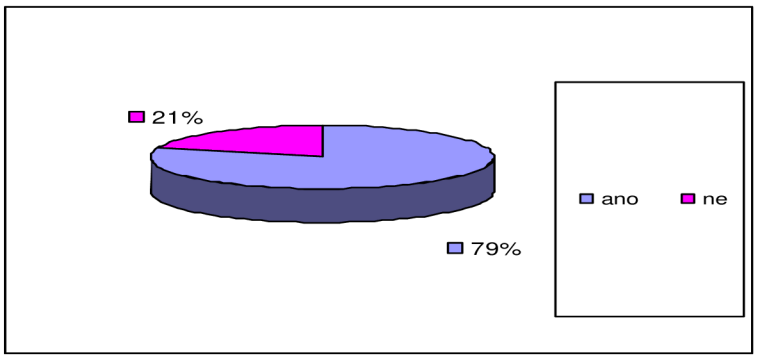
Znalost pojmu palatolálie	Počet výskytů
ano	11
ne	28



Tabulka a graf č. 14

Otázka č. 15 – Zúčastnili byste se, v případě možnosti, školení v oblasti péče o dítě s orofaciálními rozštěpy?

Možnost účasti na školení	Počet výskytů
ano	31
ne	8



Tabulka a graf č. 15

V poslední otázce jsem se pokusila zjistit, jaký je zájem o další vzdělávání pedagogických pracovníků v mateřských školách v této oblasti. Z grafu je patrné, že pedagogové by měli o další vzdělávání zájem, když z celkového počtu 39 respondentů jich kladně odpovědělo 31, což činí 79%.

3.4 Závěry šetření

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo analyzovat, jaké mají pedagogové v mateřských školách zkušenosti s dětmi s orofaciálními rozštěpy. Výzkum, kterého se zúčastnilo 13 předškolních zařízení, analyzoval současnou situaci v předškolních zařízeních v mikroregionu Bystřicko na okrese Žďár nad Sázavou (kraj Vysočina). Dále nás zajímal názor pedagogických pracovníků na úroveň poskytované logopedické péče pro tyto děti a typ zařízení, kde tato intervence probíhá.

Hypotéza H1: *pedagogičtí pracovníci v mateřských školách mají malé zkušenosti s dětmi s orofaciálními rozštěpy* - **byla potvrzena.** Jak vyplývá z tabulky a grafu č. 6 z celkového počtu 39 pedagogů má vlastní zkušenosti s dětmi, které mají orofaciální rozštěp 19 pedagogů, což je téměř polovina (49%). **Existuje však 51% pedagogů, kteří nemají s dětmi s orofaciálními rozštěpy žádné zkušenosti.** Z této nadpoloviční většiny dotázaných pedagogů vědělo pouze devět, o co se jedná, ale nemělo přímou zkušenost a zbylých 11 pedagogů nemělo vůbec žádnou zkušenost. Pro doplnění ještě uvádím, že z celkového počtu 13 mateřských škol, měli pedagogové vlastní zkušenost s těmito dětmi v šesti zařízeních. V ostatních sedmi mateřských školách neměli pedagogové žádné vlastní zkušenosti.

Hypotéza H2: *logopedická intervence u dětí s orofaciálním rozštěpem probíhá častěji v logopedických ambulancích než v mateřských školách* - **byla potvrzena.** Při pohledu na tabulku s grafem č. 11 zjistíme, že z celkového počtu 6 dětí pouze jednomu byla poskytována logopedická péče přímo v mateřské škole, kde ji navíc prováděl logoped společně s učitelkou MŠ, což můžeme vyčíst z tabulky a grafu č.12. ***U ostatních 5 dětí (71%) bylo zjištěno, že logopedická péče probíhá v jiném zařízení, a to v logopedické poradně***, kde tuto péči poskytuje logoped (tabulka č.12).

Hypotéza H3: *logopedickou intervenci u dětí s orofaciálním rozštěpem je možné hodnotit většinou kladně než záporně* – **byla potvrzena.** Z celkového počtu 19 pedagogů pouze tři (14%) hodnotí účinnost logopedické intervence u dětí s orofaciálním rozštěpem jako dostatečnou, což lze považovat za horší než dobré hodnocení. Ostatních ***16 pedagogů (86%) hodnotilo logopedickou intervenci na dobré či vyšší úrovni***, konkrétně tj. v šesti případech (29%) byla účinnost péče označena jako dobrá a v deseti (57%) případech byla hodnocena jako výborná.

Na základě výsledků výzkumného šetření navrhuji tyto změny, které by měly vést ke zlepšení vzdělávání pedagogických pracovníků v mateřských školách:

Výzkumné šetření potvrdilo, že pedagogičtí pracovníci mají malé zkušenosti s dětmi s orofaciálními rozštěpy, ale je třeba zdůraznit, že téměř polovina pedagogů má vlastní zkušenost s těmito dětmi

- Cílem logopedické intervence v předškolních zařízeních by měla být neustálá péče o děti, zejména je důležité zaměřit se na prevenci narušené komunikační schopnosti a předcházet tak možným rizikům.
- Je potřeba zvýšit informovanost všech pedagogů v mateřských školách o problematice orofaciálních rozštěpů, které by vedlo ke včasnému zjištění poruchy a následné logopedické intervenci (popř. medicínské).
- Úkolem logopedické intervence v mateřských školách by mělo být rozvíjení všech jazykových rovin, proto by měl do každé mateřské školy pravidelně docházet logoped, popř. logopedický asistent, který tak snáze zjistí narušenou komunikační schopnost.
- Pomocí doškolovacích kurzů je třeba zvyšovat odbornou kvalifikaci pedagogických pracovníků, neboť v mateřských školách převažují pedagogové pouze se středním odborným vzděláním s maturitou.
- Pedagogové v předškolních zařízeních by měli umět aktivně a otevřeně komunikovat s rodiči o problematice narušené komunikační schopnosti.

- Vedoucí zaměstnanci by měli rovněž umožnit a podporovat své podřízené v dalším odborném vzdělávání např. na vysoké škole příslušného směru.

Závěr

Cílem bakalářské práce je analyzovat teoretické poznatky o vrozených vývojových vadách orofaciální oblasti, shrnout informace o vlivu rozštěpových vad na komunikační schopnosti dětí. V teoretické části se nabízí pohled do historie orofaciálních rozštěpů. Následují informace o příčinách vzniku a klasifikace rozštěpových vad. Jaký vliv mají orofaciální rozštěpy na komunikaci dítěte, je uvedeno ve druhé kapitole této práce. Dalším bodem je narušená komunikační schopnost – palatolálie, její symptomy a klasifikace. Teoretická část má obsáhnout nejdůležitější prvky dané problematiky a umožnit tak i neodborné veřejnosti stručný přehled o orofaciálních rozštěpech a problémech s nimi spojenými. Na teoretickou část navazuje vlastní výzkum. Ten se uskutečnil formou dotazníku, který byl rozeslán do všech mateřských škol v mikroregionu Bystřicko (kraj Vysočina). Ve výzkumu jsou vymezeny tři hypotézy. První hypotéza, že pedagogičtí pracovníci v mateřských školách mají malé zkušenosti s dětmi s orofaciálními rozštěpy se potvrdila. Bylo sice zjištěno, že téměř polovina pedagogů má s těmito dětmi vlastní zkušenost, ale existuje dalších 51% těch, kteří vlastní zkušenost nemají. Další dvě hypotézy, že logopedická intervence u dětí s orofaciálním rozštěpem probíhá častěji v logopedických ambulancích než v mateřských, a že logopedickou intervenci u dětí s orofaciálním rozštěpem je možné hodnotit většinou kladně než záporně, se potvrdily. Je třeba zdůraznit, že výsledky šetření postihují pouze mikroregion Bystřicko a nedají se zobecnit. Přesto však je zapotřebí určitých změn v přípravě pedagogických pracovníků v mateřských školách.

Na závěr lze konstatovat, že cíl bakalářské práce byl splněn. Zpracováním výsledků vlastního výzkumu byly předloženy návrhy, které by měly vést ke zkvalitnění pedagogické praxe v problematice zkoumané oblasti.

Shrnutí

Bakalářská práce se zabývá problematikou orofaciálních rozštěpů u dětí předškolního věku. Cílem bakalářské práce je analyzovat teoretické poznatky o vrozených vývojových vadách orofaciální oblasti a shrnout informace o vlivu rozštěpových vad na komunikační schopnosti dětí. Práce je rozdělena na tři kapitoly. První dvě kapitoly jsou teoretické a souhrnně popisují orofaciální rozštěpy, jejich klasifikace, příčiny vzniku a komunikační problematiku u dětí s těmito vadami. Třetí kapitola je určena vlastnímu výzkumu. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké zkušenosti mají pedagogové s dětmi s orofaciálními rozštěpy v mateřských školách v mikroregionu Bystřicko, úroveň logopedické péče, a ve kterém zařízení je tato péče poskytována. Z výsledků šetření vyplývá, že téměř polovina pedagogických pracovníků mateřských škol na Bystřicku má s těmito dětmi vlastní zkušenost, přičemž logopedická péče o tyto děti je na velmi dobré úrovni.

Summary

The bachelor thesis deals with orofacial clefts at preschool children. The aim of this work is to analyze the basic facts about congenital defects and orofacial area summarized information on the effects of clefts on the communication skills of children. The work is divided into three chapters. The first two chapters are theoretical and collectively describe orofacial clefts, their classification, and causes of communication problems in children with these disorders. The third chapter is addressed to his own research. The aim was to determine whether teachers in kindergartens in the micro Bystřicko have experience with children with orofacial clefts, what is the speech level of care, and in which the facility is the care provided. The survey results show that almost half of the teaching staff of kindergartens in the Bystřice has with these children's own experiences, and speech therapy for these children is really good.

Seznam použité literatury:

BURIAN, F. *Chirurgie rozštěpů rtu a patra.* Praha: SZdN, 1954.

ČERNÝ, M., FÁRA, M., HRIVNÁKOVÁ, J., MOUCHA, L. *Rozštěp rtu a patra, variabilita v české populaci.* Praha: SPN, 1986.

DeVITO, J., A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-988-8

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník.* Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.

EPPLEY, J. et al. *Genetic exchange across a species boundary in the archaeal genus ferroplasma.* Chicago: Genetics, 2005.

JANEC, M. *Starostlivosť o deti s vrodenými chybami*. Banská Bystrica: Osveta, 1991. ISBN 80-217-0279-6.

JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1594-0

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Diagnostika poruch zvuku řeči.* In: LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Orofaciálny rozštěp v klinicko-logopedickej praxi.* Bratislava: Univerzita Komenského, 1993, 2000. ISBN 80-223-02882-1.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Palatolália*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1997. ISBN 80-223-1140-5.

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

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

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

LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitórium*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-00447-9.

MALÍNSKÝ, J. *Histologie a Embryologie orofaciální oblasti.* Olomouc: VUP, 1998

MAŠURA, S. *Logopédia I*. Bratislava: SPN, 1988.

MAZÁNEK J., URBAN, F. a kol. *Stomatologické repetitorium.* Praha: Grada, 2003

NOVÁK, A. *Vývoj dětské řeči*. Vlastním nákladem, 1999.

SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha: SPN, 1978.

ŠKODOVÁ, E. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-317-2

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

VOKURKOVÁ, J. *Rozštěpové vady obličeje. Disertační práce.* Brno: Masarykova univerzita, Fakulta lékařská, 1999.

VYKOUKALOVÁ, V. *Děti s orofaciálními rozštěpy v mateřských školách ve městě Ostravě: bakalářská práce.* Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, 2006. Vedoucí bakalářské práce Jiřina Klenková.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 1 - Dotazník

Vážená paní učitelko (učiteli),

Jako studentka 3. ročníku Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, obor Učitelství praktického vyučování, bych Vás touto cestou požádala o několik minut Vašeho času. V rámci své bakalářské práce na téma: „Zkušenosti pedagogů mateřských škol s orofaciálními rozštěpy u dětí v mikroregionu Bystřicko“, Vás tímto žádám o spolupráci při vyplnění krátkého dotazníku, jehož údaje budou zpracovány a následně použity v bakalářské práci. Na základě jejich vyhodnocení budou navržena určitá opatření pro pedagogickou praxi v této oblasti.

Pokyny: - správnou variantu zakroužkujte
- uděláte-li chybu, přeškrtněte ji a zakroužkujte novou správnou variantu
- v případě volné odpovědi pište prosím stručně a čitelně

Veškeré údaje budou zpracovány anonymně, pouze pro potřeby bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a Váš drahocenný čas.

S pozdravem Eliška Illeková

1. **Jaký je váš dosažený věk?**
   a) 18-25 let
   b) 26-35 let
   c) 36-45 let
   d) 46-55 let
   e) 55 let a více

2. **Pohlaví?**
   a) muž
   b) žena

3. **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
   a) základní
   b) odborné bez maturity
   c) střední, střední odborné s maturitou
   d) vyšší odborné
   e) vysokoškolské

4. **Jaká je vaše délka pedagogické praxe v MŠ**
   a) méně než 2 roky
   b) 2-5 let
   c) 5-10 let
   d) 10 let a více

5. **Ve kterém typu MŠ pracujete?**
   a) běžná MŠ bez logopedické třídy
   b) MŠ s logopedickou třídou
   c) MŠ logopedická

6. **Máte zkušenost s dětmi s orofaciálními rozštěpy v MŠ?**
   a) vůbec žádnou
   b) vím, o co jde, vlastní zkušenost nemám
   c) ano, mám vlastní zkušenost

Jestli-že jste označili v této otázce písmeno a) nebo b), přejděte prosím k otázce č. 14, jinak pokračujte další otázkou.

7. **Kolik dětí s orofaciálními rozštěpy je ve vaší v MŠ podle věku?**
   a) 3 roky – počet dětí …….
   b) 4 roky – počet dětí …….
   c) 5 let - počet dětí …….
   d) 6 a více let – počet dětí .…….

8. **Byl proveden alespoň jeden zákrok u vašich dětí s orofaciálním rozštěpem?**
   a) ano
   b) ne

9. **Jaká je srozumitelnost řeči u těchto dětí?**
   a) velmi dobře srozumitelná
   b) dobře srozumitelná
   c) hůře srozumitelná
   d) nesrozumitelná

10. **Kde je prováděn výkon logopedické péče u těchto dětí?**
    a) velmi dobře srozumitelná
    b) dobře srozumitelná
    c) hůře srozumitelná
    d) nesrozumitelná

11. **Kde je prováděn výkon logopedické péče?**
    a) přímo v MŠ
    b) v jiném zařízení: ……

12. Která osoba provádí logopedickou péči?

a) učitelka MŠ
b) logoped
c) logopedický asistent
d) spolupráce učitelky MŠ a logopeda

13. Jaká je účinnost poskytování logopedické péče?

a) výborná
b) dobrá
c) dostatečná
d) nevyhovující

14. Dokázali byste vysvětlit pojem „palatolálie“?

a) ano, palatolálie je
……
……
b) ne

15. Zúčastnili byste se, v případě možnosti, školení v oblasti o dítě s orofaciálními rozštěpy?

a) ano
b) ne

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku. Dotazníky prosím vložte zpět do přiložené obálky a odešlete na moji předtištěnou adresu (poštovní známka je již vylepena).