

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Tereza Jeřábková

**Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se  
senzorickým postižením**

Olomouc, 2017

Vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se sensorickým postižením vypracovala samostatně a čerpala jsem pouze z pramenů zapsaných v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne 20. 4. 2017

.....

Tereza Jeřábková

Tímto bych chtěla poděkovat především vedoucí bakalářské práce, Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D., za odborné vedení a velkou vstřícnost a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným respondentkám.

# Obsah

Úvod.....	6
<b>I Teoretická část .....</b>	<b>7</b>
1 Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se zrakovým postižením.....	7
1.1 Zrakové postižení .....	7
1.1.1 Vymezení pojmu .....	7
1.1.2 Příčiny vzniku zrakového postižení .....	8
1.1.3 Klasifikace osob se zrakovým postižením .....	9
1.2 Osobnost dítěte předškolního věku s ohledem na jeho zrakové postižení .....	12
1.2.1 Vývoj řeči u dětí se zrakovým postižením .....	13
1.2.2 Možnosti podpory rozvoje řeči .....	15
1.3 Symptomatické poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením .....	16
1.3.1 Příčiny vzniku symptomatických poruch řeči .....	16
1.3.2 Nejčastější poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením .....	17
1.3.3 Logopedická péče.....	18
2 Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se sluchovým postižením ...	20
2.1 Sluchové postižení.....	20
2.1.1 Vymezení pojmu .....	20
2.1.2 Příčiny vzniku sluchového postižení.....	22
2.1.3 Klasifikace osob se sluchovým postižením.....	22
2.2 Osobnost dítěte předškolního věku s ohledem na jeho sluchové postižení.....	24
2.2.1 Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením .....	25
2.2.2 Možnosti podpory vývoje řeči.....	27
2.3 Symptomatické poruchy řeči .....	28
2.3.1 Příčiny vzniku symptomatických poruch řeči .....	28
2.3.2 Nejčastější poruchy řeči u dětí se sluchovým postižením.....	29
2.3.3 Logopedická péče.....	31

<b>II Praktická část</b> .....	34
3 Výzkumné šetření .....	34
3.1 Uvedení do problematiky .....	34
3.2 Charakteristika výzkumu .....	34
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	35
3.5 Metody výzkumu praktické části práce .....	36
3.6 Metody zpracování výzkumu .....	38
3.7 Výsledky a jejich interpretace .....	39
3.7.1 Předchozí zkušenosti s problematikou symptomatických poruch řeči u dětí se sensorickým postižením .....	39
3.7.2 Symptomatické poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením.....	39
3.7.3 Symptomatické poruchy řeči u dětí se sluchovým postižením .....	41
Diskuse .....	44
Doporučení pro praxi .....	47
<b>Závěr</b> .....	48
Seznam bibliografických citací .....	50
Seznam internetových zdrojů .....	52
Seznam příloh.....	54

## Úvod

Tématem, kterým se tato bakalářská práce zabývá, jsou symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se sensorickým postižením.

Důvod, který vedl k výběru tohoto tématu, je zejména fakt, že hovoříme-li o symptomatických poruchách řeči, tak musíme mít na paměti, že se objevují jako narušená komunikační schopnost přidružená k dominujícímu postižení. Tím že se symptomatické poruchy řeči u dětí se sensorickým postižením nevyskytují samostatně, tedy spojují tři speciálněpedagogické obory a to logopedii, tyflopeditii a surdopedii.

Teoretická část bakalářské práce je pro větší přehlednost rozdělena do dvou hlavních kapitol, které mají dále své rozvíjející podkapitoly.

První kapitola, která je rozdělena do dalších třech tematických podkapitol, pojednává o symptomatických poruchách řeči u jedinců se zrakovým postižením. V první podkapitole je uvedeno vymezení pojmu zrakové postižení, příčiny vzniku zrakového postižení a klasifikace jedinců se zrakovým postižením. Druhá podkapitola se zabývá osobností dítěte předškolního věku, a hlavně vývojem řeči u dětí se zrakovým postižením a možnostmi podpory tohoto vývoje. Třetí podkapitola se již přímo týká symptomatických poruch řeči dětí se zrakovým postižením, jejich příčině a logopedické nápravě.

Druhá kapitola bude pokračovat ve stopách kapitoly první jen s tím rozdílem, že tematiku symptomatických poruch řeči u jedinců zrakově postižených vyměníme za problematiku symptomatických poruch řeči u osob se sluchovým postižením.

Jako výzkumná metoda využitá k získávání informací v praktické části bakalářské práce slouží metoda rozhovoru. Spolupráce bude probíhat s několika logopedy z různých pracovišť a zařízení, kde se děti se sensorickým postižením vyskytují. Hlavním zájmem budou jejich zkušenosti, postřehy a doporučení pro práci s dětmi se sensorickým postižením.

Cílem bakalářské práce je zprostředkovat a shromáždit jak teoretické znalosti týkající se symptomatických poruch řeči u dětí se sensorickým postižením, tak také doplnit čtenářovy znalosti o praktické postřehy a doporučení odborníků, kteří s touto cílovou skupinou pracují.

## **I Teoretická část**

### **1 Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se zrakovým postižením**

#### **1.1 Zrakové postižení**

Podíváme-li se na různorodost naší společnosti, povšimneme si zde i jedinců s různým typem postižení, mezi které patří i jedinci se zrakovým postižením. Podle statistiky Světové zdravotnické organizace (dále WHO), kterou uvádějí Finková, Ludíková, Růžičková (2007) se odhadovalo, že celkový počet osob se zrakovým postižením se pohybuje okolo 180 miliónů.

Kuchynka (2007, s. 2) uvádí, že lze očekávat další nárůst počtu osob se zrakovým postižením. „*V souvislosti s demografickými změnami v mnoha rozvojových zemích, které jsou charakteristické rychlým nárůstem počtu obyvatelstva a zvyšováním délky života, počet zrakově postižených osob na zemi stále roste.*“

Kuchynka (2007) dále uvádí, že na základě propočtů provedených WHO o výskytu zrakového postižení na počátku 90. let a předpokládaného demografického vývoje ve světě v následujících desetiletích se zjistilo, že počet osob se zrakovým postižením by se měl do roku 2020 zdvojnásobit.

Tuto tendenci nárůstu počtu osob zrakově postižených je možné potvrdit na aktualizované statistice WHO zveřejněnou v roce 2014, která ukazuje, že se počet zrakově postižených osob zvýšil na 285 miliónů. Z toho 39 miliónů představují osoby nevidomé a zbylých 246 miliónů je odhadovaný počet osob s nízkou zrakovou ostroť.

Výsledky těchto statistik a odhadů do budoucna poukazují na to, že skupina osob se zrakovým postižením tvoří a bude tvořit podstatnou část společnosti, a proto je na místě vědět, kdo do skupiny osob se zrakovým postižením patří a znát specifika této skupiny osob, protože představují nemalou součást naší společnosti.

##### **1.1.1 Vymezení pojmu**

Pro přesné vymezení pojmu zrakové postižení je důležité nejprve rozlišit tento pojem od pojmu zraková vada. Zrakovou vadu charakterizuje Jesenský (2000) jako poškození nebo ztrátu v anatomické stavbě zrakového analyzátoru a poruchu v jeho funkcích.

Zrakové postižení však znamená víc než pouhé poškození anatomických struktur a poruchy funkce zrakového analyzátoru. Jesenský (2002) poukazuje na to, že zrakové postižení je stav, kdy se poškození nebo porucha promítají také do všech dimenzí kvality života člověka. Je to především do oblasti schopností a vlastností člověka, jednání a výkonů. Zrakové postižení se ovšem promítá i do jeho citového života a procesů, kterými se člověk adaptuje na prostředí sociální, kulturní, pracovní a výchovně vzdělávací.

### 1.1.2 Příčiny vzniku zrakového postižení

Ke vzniku zrakového postižení nevede pouze jediná příčina, která by určovala jeho vznik. Jak je tomu i u většiny jiných onemocnění nebo postižení, je spektrum příčin velmi pestré. Příčiny, které vznik zrakové vady mohou způsobit, rozlišujeme především na vrozené a získané.

Vrozenými příčinami, které vedou ke vzniku zrakového postižení mohou být dědičnost, negativní tělesné pochody v těle matky (např. záněty), různá virová onemocnění během těhotenství (toxoplazmóza) a pohlavní choroby (AIDS, syfilis). Na plod působí také vnější, toxické vlivy (nadměrné užívání alkoholu, drog, rentgenové záření) či mechanické poškození plodu způsobené úrazy v oblasti břicha nebo pády matky. (Finková, Růžičková, Kroupová, 2010)

Mezi získanými příčinami zrakového postižení vyzdvihuje Růžičková (tamtéž) především progresi stávajících refrakčních vad (myopie, hypermetropie nebo astigmatismu), zákaly (glaukom i katarakta), důsledky působení jiných onemocnění např. diabetu a roztroušené sklerózy, vlivy stárnutí organismu na zrakový orgán (věkem podmíněná makulární degenerace či stařecká vetchozrakost), nádorové onemocnění struktur oka, jeho okolí nebo zrakového centra (retinoblastom), oční úrazy nebo chemické a fyzikální působení na oko vlivem poleptání, popálení či vystavení oka škodlivému záření atd.

V celosvětovém měřítku patří mezi hlavní příčiny vzniku těžkého zrakového postižení následující spektrum onemocnění zrakového analyzátoru (Ludíková, Finková, Kroupová, 2013, s. 16):

1. *„katarakta (47,8%),*
2. *glaukom (12, 3%),*
3. *věkem podmíněná makulární degenerace (8,7%),*



4. opacity rohovky jako následek různých onemocnění (5,1%),

5. diabetická retinopatie (4,8%),

6. různá dětská onemocnění (3,9%),

7. trachom (3,6%),

8. říční slepota (0,8%) a

9. další postižení zraku související s genetickým vývojem, degenerativními procesy, traumaty a jinými příčinami (13%)“

Výše uvedené spektrum uvádí procentuální zastoupení ve světě. V ekonomicky vyspělejších zemích reprezentovaných například Evropskou unií, a tedy i Českou republikou, je dominantní příčinou vzniku nevidomosti věkem podmíněná makulární degenerace, a to až z 50 %, dále také glaukom (18 %) nebo diabetická retinopatie (15 %). Podíl katarakty je však v takovýchto zemích téměř zanedbatelný, jelikož je pouze 5 %. Převážná většina výše uvedených onemocnění je ovlivnitelná léčbou. Zarážející je, že až 75 % všech případů lze nevidomosti předejít, a to především v rozvojových zemích. (Ludíková, Finková, Kroupová, 2013)

Podle posledních studií došlo ve světě k výraznému nárůstu chronických s věkem souvisejících onemocnění a současně k poklesu podílu infekčních chorob. Onemocnění, která vedou ke zkalení rohovky, jako je například trachom nebo říční slepota, se postupně daří kontrolovat a omezovat jejich šíření. Naproti tomu u chorob jako je věkem podmíněná makulární degenerace, diabetická retinopatie a glaukom, které souvisí s naším životním stylem, stravováním a prodlužováním délky života si můžeme všimnout velkého nárůstu. Situace se však stává složitější kvůli tomu, že preventivní opatření chronických onemocnění vyžadují účast zdravotníků s vysokou kvalifikací, nákladnější přístrojové vybavení a vyspělou infrastrukturu zdravotnických služeb a bohužel právě tyto požadavky nejsou ve většině rozvojových zemí splnitelné. (Kuchynka, 2007)

### **1.1.3 Klasifikace osob se zrakovým postižením**

Jak již bylo na začátku kapitoly uvedeno, počet zrakově postižených osob se pohybuje okolo 285 miliónů (WHO, 2014), ale samozřejmě ne všechny osoby se zrakovým postižením trpí stejným typem nebo stupněm zrakového postižení. Právě díky tomu existuje spousta

klasifikací a dělení podle nejrůznějších hledisek, která se snaží osoby se zrakovým postižením kategorizovat.

Jako první je na místě uvést medicínskou klasifikaci zrakového postižení, protože právě z medicínské klasifikace se odvíjí i následná speciálněpedagogická klasifikace.

WHO v rámci své desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vychází při své klasifikaci ze skutečnosti, která část zrakového analyzátoru je poškozena. Zrakovým onemocněním a vadám zde byl vymezen prostor od H 00 až po H 59. Rozčlenění dle 10. revize je následující:

<i>„H00 – H06</i>	<i>Nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice</i>
<i>H10 – H13</i>	<i>Onemocnění spojivky</i>
<i>H15 – H22</i>	<i>Nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa</i>
<i>H25 – H28</i>	<i>Onemocnění čočky</i>
<i>H30 – H36</i>	<i>Nemoci cévnatky – chorioidey a sítnice – retiny</i>
<i>H40 – H42</i>	<i>Glaukom</i>
<i>H43 – H45</i>	<i>Nemoci sklivce a očního bulbu</i>
<i>H46 – H48</i>	<i>Nemoci zrakového nervu a zrakových drah</i>
<i>H49 – H52</i>	<i>Poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce</i>
<i>H53 – H54</i>	<i>Poruchy vidění a slepota</i>
<i>H55 – H59</i>	<i>Jiné nemoci oka a očních adnex“</i>

(www.uzis.cz, 2014)

V oftalmologické literatuře můžeme narazit na mnoho klasifikací od různých autorů. Jako příklad za všechny nám poslouží klasifikace zrakového postižení podle Hycla, který hodnotí již pokles zrakové ostrosti pod 6/18 s korekcí na lepším oku jako ztrátu zraku.

Slabozrakost je definována jako zrakové postižení, kde „je vizus lepšího oka pod 6/18 až 3/60 včetně. Do 6/60 včetně se jedná o lehkou slabozrakost. Pod 6/60 do 3/60 hovoříme o těžké slabozrakosti.“ (Hycl, Trybučková, 2008, s. 232)

Autor dále člení nevidomost jako „*pokles vizu pod 3/60 až po světlocit. Praktická nevidomost je definována buď jako pokles vizu pod 3/60 do 1/60 včetně, nebo binokulárně zorné pole méně než 10°, ale více než 5°. Skutečná nevidomost je pokles vizu pod 1/60 až světlocit nebo oboustranně zorné pole pod 5°. Plná slepota je od světlocitu s chybnou projekcí světla po ztrátu světlocitu (amauróza).*“ (tamtéž)

Speciální pedagogika pracuje nejčastěji se čtyřmi základními kategoriemi, kterými jsou osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění. Finková, Ludíková a Růžicková (2007) je definují následovně:

Za osoby nevidomé jsou ve speciální pedagogice považovány osoby s nejtěžším stupněm zrakového postižení, kam se řadí děti, mládež i dospělí, kteří mají zrakové vnímání narušené na stupni nevidomosti. Rozlišujeme nevidomost praktickou, skutečnou a plnou. Podle doby vzniku dělíme nevidomost na vrozenou a získanou.

Slabozrakost je obecně považována za orgánové postižení obou očí, které i po optimální brýlové korekci způsobuje jedinci problémy v běžném životě. Slabozraké osoby je možné dále rozdělit do skupin lehce, středně a těžce slabozrakých.

Mezi nevidomostí a slabozrakostí existuje hraniční oblast zbytku zraku, která je oftalmology určována v mezích zrakové ostrosti 3/60 a 0,5/60. Možnost vnímání zrakem u jedinců, jejichž zraková ostrost se pohybuje v tomto rozmezí, odpovídá těžké slabozrakosti až praktické nevidomosti.

Porucha vývoje jednoduchého binokulárního vidění může vést k rozvoji strabismu, amblyopie nebo narušení centrální retinální fixace.

Tupo-zrakost neboli amblyopie je „*pokles zrakové ostrosti oka bez viditelné anatomické známky nemoci oka po optimální vykorigování refrakční vady u dětí do 7 let věku.*“ (Špačková a kol, 2012, s. 123)

Strabismus lze jinak nazvat šilháním. „*Šilhání je funkční senzomotorická porucha, která se projevuje asymetrickým postavením očí. Při fixaci daného předmětu se optické osy neprotínají v pozorovaném bodě.*“ (Špačková a kol, 2012, s. 127)

## 1.2 Osobnost dítěte předškolního věku s ohledem na jeho zrakové postižení

Osobnost dítě se vytváří v průběhu celkového vývoje pod působením vnitřních i vnějších vlivů. Velkou roli zde hraje především biologická výbava jedince, tělesný vzhled, tzv. sociální faktor<sup>1</sup>, ale záleží také na kvalitě podnětů z okolí. Opomenout nelze ani vliv zrakového postižení, jehož důsledky působí na vývoj a projevy psychiky se svým kvalitativním i kvantitativním charakterem. (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007)

Kvantitativní zvláštnosti se projevují především ve smyslovém poznání, které ovlivňuje úroveň zrakových počitků a vjemů, což souvisí s omezeným množstvím představ a fantazijních obrazů. (Litvak, 1979, in Finková, Ludíková, Růžicková, 2007)

Kvalitativní změny se projevují téměř v každé oblasti psychické činnosti – „*v systému vzájemného působení analyzátorů, typy vnímání, vzniku specifických zvláštností v procesu formování obrazů a pojmů, narušení vzájemného vztahu smyslového a pojmového v myšlenkové činnosti, změny v emocionální sféře a ve vlastnostech osobnosti.*“ (tamtéž, s. 62)

Předškolní věk, především období od 3 do 6 let, je považováno za období iniciativy, jehož hlavní potřebou je aktivita a sebeprosazení. Ovšem u dítě se zrakovým postižením tato potřeba nemusí vůbec vzniknout, hlavně pokud se u něj nevytváří potřebné kompetence, díky kterým by se potřeba uspokojovala. V poznávacích procesech hraje velkou roli zejména zrakové vnímání. Způsobem získávání informací, kterým si děti se zrakovým postižením kompenzují své nedostatky, je verbální aktivita. Ve vztahu ke společnosti jsou děti se zrakovým postižením v předškolním věku v pasivní roli. Zkušenosti, které děti přijímají, jim většinou zprostředkovává jiná osoba prostřednictvím řeči. I v oblasti socializace můžeme narazit na určité opoždění, které je ale mnohdy způsobeno neadekvátním chováním rodičů. (Vágnerová, 1995)

Vývoj dítěte se zrakovým postižením prochází sice stejnými vývojovými fázemi jako vývoj dítěte intaktního, ale má svoje specifické znaky. Podle Vágnerové (1995) platí, že se každá osobnost vyvíjí pod vlivem určitého prostředí. Následkem zrakové vady však působí toto prostředí jinak než za běžných okolností. V chování dítěte se zrakovým postižením se tedy odráží nejen zraková vada, ale i výchovné postoje a další sociální vlivy.

---

<sup>1</sup> Za sociální faktor ve vývoji dítěte se považuje jeho vývoj v kontaktu s ostatními lidmi (nejdříve s rodinou, postupně i s dalšími osobami (Finková, Ludíková, Růžicková, 2007).

### 1.2.1 Vývoj řeči u dětí se zrakovým postižením

Kvůli zaměření této bakalářské práce se budeme věnovat především vývoji řeči a jazykových schopností dítěte se zrakovým postižením, i když nesmíme zapomínat, že jakákoliv vada nepostihuje jen daný orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost dítěte a jeho psychický vývoj. Dítě se zrakovým postižením se tak nemusí vyvíjet rovnoměrně jako většina jeho vrstevníků, ale odchylka může být v některé vývojové fázi nápadnější. (Vágnerová, 1995)

Vývojová zpoždění nebo rozdílnosti ve vývoji dítěte se zrakovým postižením se dají očekávat. Jak ale naznačují nedávné výzkumy, tak absence či nižší kvalita zrakového vnímání nemusí automaticky znamenat to, že bude mít dítě se zrakovým postižením narušené také vnímání jazyka a zpoždění v řečovém vývoji. Zákonitosti vývoje a individuální rozdíly budou také pravděpodobně záviset na tom, zda je u dítěte diagnostikováno i další přidružené postižení. (Carla A. Brooks, 2017)

Zrak je pro vývoj řeči velice důležitý, nejen díky tomu, že přispívá k osvojení si správné artikulace a neverbální komunikace, ale zrakové podněty jako takové také podněcují dítě k vokalizaci, později k žvatlání<sup>2</sup> a řečovým projevům. Vývoj řeči, který je u dětí bez zrakové vady podněcován za současného působení sluchového i zrakového analyzátoru, není u dětí se zrakovou vadou možný. (Lechta, 2011)

U dětí nevidomých se může jednat i o 8 až 10 měsíční opoždění v řečovém vývoji. Ontogeneze řeči je u dětí se zrakovým postižením narušena především v jeho dynamice. V závislosti na stupni zrakové vady a jejím rozsahu se vývoj řeči již v raných fázích vývoje opoždí, ale následně dochází k akceleraci v pozdějším vývojovém období, zejména kolem 9. – 10. roku věku. (Krahulcová, 2013)

Brambring (2005) hodnotil vývoj verbálních dovedností čtyř zcela nevidomých a slabozrakých dětí ve věku od 10 měsíců do 62 měsíců, které neměly žádné další postižení. Ve srovnání s ostatními vývojovými oblastmi bylo opoždění ve vývoji jazykových dovedností jen mírné. Opoždění ve vývoji verbálních dovedností bylo 6,4 měsíce ve srovnání se 30 měsíci starými dětmi. (Brambring, 2007)

---

<sup>2</sup> tj. okolo 6. - 8. měsíce života (Lechta, 2011)

Opoždění ve vývoj řeči se u dětí se zrakovým postižením projevuje ve všech jazykových rovinách, mezi které patří lexikálně – sémantická, morfologicko – syntaktická, foneticko – fonologická a pragmatická rovina jazyka.

V odborné literatuře existují jisté rozpory týkající se vývoje lexikálně-sémantické roviny řeči u dětí se zrakovým postižením. Někteří autoři se domnívají, že mezi dětmi nevidomými a vidícími nejsou podstatné rozdíly, jelikož verbální percepce i produkce umožňuje i dětem s těžkým zrakovým postižením používat řeč běžným způsobem anebo se u nich dokonce předpokládá jemnější diferenciaci, poněvadž je pro ně důležitým kompenzačním prostředkem. U dětí bez zrakové vady převažuje při utváření pojmů tvar předmětů, ale naopak u dětí se zrakovou vadou, především u dětí nevidomých, převažují akustické a haptické znaky. (Lechta, 2011)

*„Dochází k tomu, že slova, která nevidomý užívá, mají chudší či nepřesný obsah nebo jsou používána naprosto bez porozumění. Tato skutečnost tvoří základ tzv. verbalismu.“*  
(Květoňová-Švecová, 2000, s. 38)

Naopak v oblasti grafické stavby věty, tedy v rovině morfologicko-syntaktické, vládne mezi odborníky jednotný názor. Z počátku ontogeneze řeči se objevují určité problémy s gramatickou stránkou mateřského jazyka, ale to dokáží děti již v předškolním věku poměrně rychle zkorigovat, takže v období vstupu do základní školy není jejich gramatický projev nápadný. Je možné, že toto vyrovnání souvisí s tím, že osvojení gramatiky je pravděpodobně více založeno na myšlenkových procesech (analogizace, abstrahování a generalizace) než u ostatních jazykových rovin, kde převažuje především smyslová zkušenost. (Lechta, 2011)

Kromě toho že se dítě v procesu osvojování výslovnosti snaží o napodobení slyšených zvuků, začíná také napodobovat i pohyby artikulačních orgánů, které vidí u ostatních osob. Dětem se zrakovým postižením se pak tato nemožnost projeví ve vývoji výslovnosti, pro který je typická specifická artikulace rtů například směrem k „hypo“ nebo „hyper“ aktivitě rtů. Vše to, co si dítě bez zrakového postižení osvojí automaticky především napodobou, se učí děti se zrakovým postižením zprostředkovaně sluchovou a hmatovou cestou. V oblasti fonemické diferenciaci se absence zraku projevuje především při rozlišování hlásek, které jsou si akusticky podobné, ale artikulačně a opticky je jejich tvoření odlišné. (tamtéž)

Celkově je reakční aspekt komunikace zrakově postiženého dítěte chudší, méně variabilní v mimických projevech a je méně častá spontánní vokalizace. Důležitost zrakového kontaktu během komunikace potvrzuje i to, že nevidomé osoby často přirozeně nahrazují zrakový

kontakt taktilním, tak že se během komunikace často dotýkají svého komunikačního partnera. „Typická strnulá jakoby lhostejná, nezúčastněná, indiferentní „slepecká“ mimika u vrozeně nevidomých dětí patří k dalším známým projevům pragmatické roviny, které nejednou nekorespondují nebo jsou přímo v protikladu s obsahem výpovědi a jako narušené koverbální chování (Lechta, 1986, 1988) interferují s komunikačním záměrem dítěte.“ (Lechta, 2011, s. 132)

## 1.2.2 Možnosti podpory rozvoje řeči

Při výchově a práci s dítětem se zrakovým postižením by se měly často objevovat taktilní informace, jelikož komunikační proces mezi nevidomým dítětem a prostředím vzniká především oslovováním a dotyky. (Květoňová-Švecová, 2000)

Řeč spadá do kompenzačních faktorů a má komunikační i kognitivní funkce. Do jisté míry tak nahrazuje chybějící zrakové vnímání, tak že zastupuje smyslovou zkušenost a kompenzuje absenci zraku. Kompenzace aktivizující dítě je nutná. Prostřednictvím řeči je třeba rozvíjet pozornost, paměť i myšlení. (Květoňová-Švecová, 2000)

Kochová (2015) doporučuje, aby si rodiče vždy ověřovaly, zda dítě používaným sloům rozumí, obzvláště objevují-li se u dítěte občasné verbalismy<sup>3</sup>, které je možné postupně odhalovat a odstraňovat.

Dále Kochová (2015) zdůrazňuje, že dítěti pomáháme ve vývoji řeči i neustálým vkládání předmětů do rukou, v samostatném zkoumání okolního prostoru, podporou pokusů se zvyky, které vydává vlastní tělo, jako je např. tleskání, dupání, plácání.

Slovní zásobu dítěte lze rozvíjet i při běžných činnostech v domácnosti, ovšem s větší mírou podpory a častými komentáři činností, díky kterým lze u dítěte předcházet vzniku verbalismů, ale také rozvíjet hmatové vnímání, učit dítě novým zkušenostem a samostatnosti při běžných domácích pracích. (tamtéž)

O důležitosti komentování běžných denních aktivit hovoří i Kudelová a Květoňová – Švecová (1996), protože slova a doteky se takto stávají hlavními signály, které podporují zvědavost a zabraňují rozvinutí sensorické a citové deprivace, kterým může být dítě se zrakovým postižením vystaveno.

---

<sup>3</sup> Slovní dítěte je málo konkrétní. Dochází k tomu, že používá značné množství slov, u kterých nechápe (nebo chápe nepřesně) jejich smysl, respektive mají pro ně smysl nereálný (např. barvy). (Lechta, 2011)

Neverbální složka komunikace je neodmyslitelnou součástí celého komunikačního procesu. U dětí se zrakovým postižením se mohou projevovat jisté odlišnosti, ze kterých lze uvést např. kývavé pohyby těla, otáčivé pohyby hlavy, třepání rukama, strnulost nebo naopak nadměrný pohyb mimických svalů. Těmto neobvyklým projevům je třeba se trpělivě věnovat, mnohé věci dítěti ukazovat a popisovat. (Kochová, 2015)

Významnou součástí rozvoje řeči je naučit dítě, jakou polohu má mít jeho hlava a celé tělo během konverzace, ale také jaký postoj zaujmout k osobě, které naslouchá. (Vágnerová, 1995)

Řeč je důležitá pro samostatnost dítěte, jejímž prostřednictvím si osvojuje vědomosti a stává se soběstačným, proto je nutné během každé komunikační příležitosti vést dítě k rozšiřování slovní zásoby a vytváření představ. Ve škole mohou učitelé dbát na to, aby slovo bylo vždy podloženo konkrétní představou předmětu a činnosti. Existují pojmy, které si dítě dokáže osvojit vlastními pohyby a činnostmi, např. vpřed – vzad, skákat, lézt. Ostatní pojmy bude potřeba podrobněji popisovat. (Vágnerová, 1995)

### **1.3 Symptomatické poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením**

Za symptomatické poruchy řeči považujeme „*narušenou komunikační schopnost, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění*“ objevující se ve všech jazykových rovinách, a které se nejčastěji vyskytují u dětí s mozkovou obrnou, mentálním postižením a u dětí neslyšících a nevidomých. (Lechta, 2011, s. 52)

Symptomatické poruchy řeči můžeme rozdělit na specifické a nespecifické. Specifické symptomatické poruchy řeči jsou typické pro daný typ postižení, například pro nevidomé děti je typický verbalismus. Za nespecifické symptomatické poruchy řeči se považují ty, které se vyskytují i v dalších případech a nejsou typické jen pro určité postižení. (tamtéž)

#### **1.3.1 Příčiny vzniku symptomatických poruch řeči**

Obecně se na vzniku symptomatických poruch řeči podílejí různorodé etiologické faktory, které bývají mnohdy těžce odhalitelné. Podle Lechty (2011, srov. Škodová, Jedlička, 2007) se v zásadě jedná o tři základní příklady:

1. Primární příčina, která způsobuje dominantní postižení nebo poruchu, které provází také narušená komunikační schopnost, tedy symptomatická porucha řeči. Takovouto primární příčinou může být, například dědičnost.



2. Jediná primární příčina (např. orgánové poškození mozku), která opět způsobuje dominující postižení, ale se sekundárně narušenou komunikační schopností. Současně může tato primární příčina způsobit i paralelní postižení, které může mít další negativní vliv.
3. Během třetího případu<sup>4</sup> působí dvě a více primárních příčin, které působí negativně svým mechanismem na komunikační schopnosti jedince.

Mezi příčiny podílející se u dětí se zrakovým postižením na vzniku symptomatických poruch řeči se řadí opožděný vývoj motoriky, který se projevuje i v motorice artikulačního aparátu, častá orgánová poškození centrální nervové soustavy způsobující zrakové postižení a současně i poruchu řeči, dále čím dál častější výskyt mentálního postižení, individuálně omezené možnosti imitace, experimentace a stimulace řečového vývoje atd. (Lechta, 2011)

### 1.3.2 Nejčastější poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením

Údaje o výskytu poruch řeči u dětí se zrakovým postižením se v odborné literatuře značně rozcházejí. Mnozí autoři při svých tvrzeních vycházejí z výzkumů provedených v 2. polovině 20. století. Častým názorem je, že se poruchy řeči u dětí nevidomých objevují 1,5x až 2x častěji než u dětí intaktních, ale můžeme se také setkat s názorem, že je tento výskyt dokonce 6x větší. Ani u četnosti výskytu poruch řeči u dětí slabozrakých nepanuje jednotný názor. Orientačně by se dalo říci, že se narušená komunikační schopnost u dětí slabozrakých pohybuje v rozmezí od 65 % do 40 %. (Lechta, 2011)

Řada výzkumů potvrzuje, že pokud dojde ke vzniku zrakového postižení až v období po zafixování správné řeči, tak již není jeho vliv tak velký jako, když vznikne v předškolním věku. (Lechta, 2011, srov. Klenková, 2006) Dále se Lechta (2011) také dále zmiňuje o výzkumech, které informují, že se stoupající zrakovou ostrostí zřejmě klesá výskyt poruch řeči, ale že u dětí slabozrakých s narůstajícím věkem výskyt poruch řeči naopak přiměřeně neklesá.

Podobně jak je tomu u intaktní populace, tak i u dětí se zrakovým postižením se nejčastěji objevuje dyslálie, zejména sigmatismus<sup>5</sup>. Podle Krahulcové (2013) má problémy s výslovností v předškolním a mladším školním věku 76 % nevidomých dětí. V důsledku chybní zrakové analyzátoru je pro nevidomé děti značně problematické rozlišit hlásky M a N, s čímž se

---

<sup>4</sup> „Například nevidomost (se svou vlastní příčinou) se sekundárně negativně projeví na komunikační schopnosti nevidomého dítěte (např. verbalismem). Současně však i jiná příčina (např. negativní vliv prostředí) může též nepříznivě ovlivnit rozvoj komunikační schopnosti dítěte.“ (Lechta, 2011, s. 53)

<sup>5</sup> vadná nebo nesprávná tvorba sykavek obou řad (Klenková, 2006)

u intaktních dětí téměř nesetkáme. Dalším typickým znakem dyslalie u dětí se zrakovým postižením je častá mezizubní výslovnost především hlásek T, D, N nebo obouretné hlásky L a Z. S dyslalií u zrakově postižených dětí souvisí také časté a nepřirozené pohyby rtů, jazyka a tvoření hlásek za použití artikulačních orgánů, které se za běžných okolností na jejich tvorbě nepodílí. (Lechta, 2011, srov. Klenková, 2006)

Nápadným projevem v chování nevidomých dětí v průběhu komunikace je nejčastěji „*kývání z boku na bok, vyprávění v předklonu, synkinézy<sup>6</sup> artikulačního aparátu, strnulá mimika*“, což označujeme jako narušené koverbální chování, které působí rušivě v souvislosti s obsahem komunikace a komunikačním záměrem. (Lechta, 2011, s. 138)

Mezi ostatní poruchy řeči dětí se zrakovým postižením se ještě obvykle uvádí koktavost, huhňavost, breptavost a poruchy hlasu (Klenková, 2006). Na základě srovnání procentuálního zastoupení uvedeného ve vícero zdrojích Hudelmayer (in Lechta, 2011) uvádí, že se u dětí se zrakovým postižením vyskytuje koktavost v 4,5 – 11 %, u 2,7 – 3,5 % dětí se vyskytuje breptavost, ve 4–11 % se objevuje huhňavost a poruchy hlasu jsou v 6,4 % případů.

### 1.3.3 Logopedická péče

Práce s nevidomými, často i slabozrakými, dětmi se zakládá na sluchovém a hmatovém vnímání, jelikož jsme nuceni využít sluch a hmat jako náhradní analyzátory. Odezírání pohybů mluvidel není možné. Některé symptomatické poruchy řeči odstranit relativně rychle, u některých bude intervence probíhat naopak déle. Ale ve většině případů mají děti příznivou prognózu. (Lechta, 2011)

Během logopedické péče je samozřejmě potřeba brát v úvahu věk, ve kterém došlo ke ztrátě zraku, stupeň zrakového poškození a příčiny vzniku zrakového postižení, jelikož všechny tyto faktory budou ovlivňovat stav řečových schopností i logopedický postup. Pokud dojde ke ztrátě zraku před zafixováním řečových dovedností je řeč obvykle postižena vážněji, než když dojde ke vzniku později. (Lechta, 2011)

Důležitou součástí logopedické péče jsou logopedické pomůcky. Zde narážíme na mnohé odlišnosti od logopedické péče u dětí se zachovalým zrakovým vnímáním. Není možné používat základní logopedické pomůcky – zrcadlo a obrázkový materiál. Důležitou roli mají pomůcky, u kterých je možné ohmatat si postavení mluvidel, které jde také provést přímo na

---

<sup>6</sup> mimovolní pohyby sdružené s pohybem volním

logopedově tváři, ale považuje se za nehygienické. Velký význam mají v rané stimulaci řečového vývoje zvukové hračky. Velmi výhodné se zdá být i využití montessoriovského materiálu. (tamtéž)

O potřebě taktilních logopedických pomůcek se zmiňují také Hanáková, Kroupová (2015), které vyzdvihují reliéfní tyflografická zobrazení, trojrozměrné modely a zdůraznění písmen prostřednictvím taktilní opory apod. Procvičování za pomoci textu je nezbytné upravit do reliéfní podoby či zvětšeného černotisku s odpovídající velikostí.

Tak jak nelze využít všechny logopedické pomůcky, nelze využít ani všech diagnostických postupů, především obrázkových testů na vyšetření dětské řeči. Lechta (2011) v této souvislosti doporučuje jednoduché orientační vyšetření, kdy dítě pojmenovává jednotlivé části těla, kterých se dotýká. Podnítit dítě ke spontánnímu řečovému projevu je možné pomocí souboru speciálních hraček. Také je třeba u dětí vhodné využívat metody řízeného rozhovoru, kvůli sledování projevů verbalismu.

V rámci odstraňování typického verbalismu je potřeba konkretizovat slovní zásobu zrakově postiženého dítěte. Kvantitativní nárůst slovní zásoby však nestačí. Je třeba objasňovat neznámé předměty a termíny pomocí srovnávání se známými, kdy vysvětlujeme smysl slov, využíváme hmatového poznání konkrétních předmětů a manipulujeme přímo s poznávanými předměty. (Lechta, 2011)

Součástí logopedické intervence by měla být dechová cvičení i speciální cvičení mimických pohybů. U dítěte s koktavostí, je důležité, aby dítě ohmatalo na logopedovi správný průběh nádechu i výdechu do břišní i hrudní oblasti. Cvičení mimických pohybů provádíme, proto abychom zabránili projevům narušeného koverbálního chování. (tamtéž)

Pro větší úspěšnost celého procesu logopedické intervence je nezbytné, brát v potaz jednotlivé rozdíly dětí a zhodnotit potenciál každého z nich. Proto je k plnému rozvoji dítěte se zrakovým postižením potřebné, aby byla jeho rodina o všem informována a všemu rozuměla, a tak podporovala dítě a jeho možnosti. Rodina má velkou pomocnou úlohu. (Fernandes, Cassia Ietto Montilha, 2015)

## **2 Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se sluchovým postižením**

### **2.1 Sluchové postižení**

Tak jako na začátku předchozí kapitoly je i zde na místě uvést statistické údaje o celkovém počtu osob se sluchovým postižením, jelikož ani osoby se sluchovým postižením netvoří nikterak malou skupinu.

Statistické údaje WHO aktualizované v únoru 2017 uvádějí, že osoby se sluchovým postižením tvoří 5 % populace, tedy přibližně 360 miliónů osob. Podíl výskytu u dospělých osob a u dětí je velice nerovnoměrný. Ze zmíněných 360 miliónů osob se sluchovým postižením se vyskytuje 328 miliónů v dospělé populaci a pouze 32 miliónů u dětí. O tomto nepoměru se zmiňuje také Mukšnáblová (2014), která informuje, že v dětství se rozvíjí jen 20 % všech sluchových postižení, zbylých 80 % představují vady zjištěné v dospělosti.

Přesné statistiky o počtu osob se sluchovým postižením nejsou v České republice vedeny, ale na základě Výsledků výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007, který uskutečnil Český statistický úřad (dále ČSÚ) ve spolupráci s praktickými i dětskými lékaři byl počet osob se sluchovým postižením odhadnut přibližně na 75 000. Je však důležité podotknout, že v šetření ČSÚ byli započítáni pouze pacienti se sluchovou ztrátou větší než 41 dB a byly tak zcela vynechány osoby spadající podle klasifikace WHO do skupiny osob s lehkou nedoslýchavostí, takže můžeme předpokládat, že skutečný počet osob se sluchovým postižením bude v České republice mnohem větší. (Langer, 2013a)

#### **2.1.1 Vymezení pojmu**

Za sluchové postižení je považován sociální důsledek takové ztráty sluchu, který již nelze plně kompenzovat technickými pomůckami, a který již působí negativně na kvalitu života člověka. Rozličné termíny sluchová ztráta, sluchová porucha a vada sluchu, které označují určitou objektivní sluchovou nedostatečnost, je potřeba odlišovat od termínu sluchové postižení, které je jejich sociálním důsledkem. (Langer, 2013b)

Na potenciálním vzniku sluchového postižení se podle Leonhardta (2001, in Langer, 2013b) podílejí čtyři základní faktory, mezi které řadí typ a stupeň sluchové poruchy nebo vady,

věk ve kterém došlo k poruše nebo vadě sluchu, dále přítomnost a kombinaci s další zdravotní poruchou nebo vadou a vliv okolního prostředí, zejména toho sociálního.

Za další faktory, které mohou ovlivňovat důsledky sluchového postižení Langer (2013b) považuje dobu odhalení sluchové poruchy, vady a stanovení diagnózy, osobnostní vlastnosti jedince, úroveň lékařské a sociální péče a kvalitu speciálněpedagogického působení.

Ovšem ne každá objektivně naměřená sluchová ztráta musí způsobovat sluchové postižení. O sluchovém postižení začínáme mluvit v momentě, kdy překročí hodnoty naměřeného sluchového prahu, který je měřen v decibelech (dB), hranici stanovenou WHO u sluchové ztráty pro dospělé osoby od 26 dB a pro děti 16 dB a více. (tamtéž)

Šejna (in Hahn, 2007) definuje poruchu sluchu za stav přechodný, kdy je nemocný schopný po úspěšné konzervativní a chirurgické léčbě dospět do stavu normálního sluchu. Sluchová vada může být různého stupně, ale je považována za trvalou a nezlepšující se.

V publikacích zabývajících se sluchovým postižením a osobami se sluchovým postižením se můžeme setkat s termíny jako je nedoslýchavost, hluchota nebo ohluchnutí.

Nedoslýchavost může postihovat všechny věkové skupiny. Vzniká v oblasti vnějšího, středního i vnitřního ucha, ale poškození dané oblasti není úplné a nevyklučuje tedy řečovou komunikaci, která je dominantním typem komunikace u osob s nedoslýchavostí. Vývoj řeči je u dětí s nedoslýchavostí neporušen, ale bývá opožděn či zpomalen. (Lejska, 2003)

Léze je u vzniku hluchoty, těžkého sluchového postižení, lokalizována do oblasti vnitřního ucha, sluchového epitele nebo bývají postiženy centrální dráhy a mozek, kde v poškozené oblasti dochází k úplnému nebo téměř úplnému poškození sluchových buněk. Výskyt je zjištěn u všech věkových skupin. Vývoj řeči bývá omezený, nedostatečný či žádný, a tak neslyšící osoby volí jiný způsob komunikace, než je verbální. (Lejska, 2003)

Ohluchnutí neboli postlingvální ztráta sluchu je také lokalizováno jako hluchota do oblasti vnitřního ucha, sluchového epitele či centrálních drah a mozku. Dokonce i rozsah léze může být stejný. Rozdíl mezi hluchotou a ohluchnutím je ten, že ohluchnutí se vyskytuje u osob až po zafixování řeči (po více jak 8. roku života). Jelikož ke vzniku dochází až po zafixování řeči má jen omezený vliv na vývoj řeči. (tamtéž)

## **2.1.2 Příčiny vzniku sluchového postižení**

Více jak u poloviny dětí se sluchovým postižením se vyskytuje vrozená vada sluchu, která mívá z více než z 50 % genetickou příčinu, v 30 % je ovlivněna prenatálními riziky a u přibližně 20 % případů nebývá příčina zjištěna. (Mukšnáblová, 2014)

Příčiny pro vznik sluchového postižení lze rozdělit na vnitřní, které především závisí na genetické výbavě jedince, a na vnější vlivy, které mohou působit již v prenatálním období.

Nejčastějšími dědičnými geneticky podmíněnými vadami jsou autozomálně recesivně dědičné poruchy, jako je například Usherův syndrom, Hurlerův syndrom nebo Alstromův syndrom. Existuje zhruba 30 genů, které mají schopnost ovlivnit vrozený stav ucha. Mezi nejčastější se řadí porucha genu DFNB1, který má za úkol kódovat bílkovinu Connexin 26, která je potřebná pro správný vývoj vnitřního ucha. (Mukšnáblová, 2014)

Vnější příčiny vzniku sluchového postižení lze rozdělit na fyzikální, chemické a biologické, které mohou působit prenatálně, perinatálně i postnatálně. V prenatálním období je plod citlivý na působení teratogenních vlivů, které způsobuje užívání léků, požívání alkoholu v těhotenství, hypoxie nebo na přítomnost virových infekcí, metabolických či oběhových onemocnění. K perinatálním příčinám se řadí asfyxie, hypoxie, komplikované porody spojené s krvácením do vnitřního ucha nebo do mozku, porodní žloutenka či Rh inkompatibilita. Postnatálními příčinami, působících po porodu a v průběhu celého života, jsou nejčastěji zánětlivá onemocnění sluchového ústrojí a mechanické poškození ucha. (tamtéž)

Jiní autoři, jako např. Skákalová (2011), rozlišují příčiny poruch a vad sluchu na vrozené a získané. Vrozené příčiny představují genetické i vrozené vývojové vady, infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství či užívání toxických látek. K získaným příčinám sluchového postižení jsou řazeny onemocnění sluchového orgánu (záněty středouší, průšnice, meningitida, nádory atd.) a traumatické poškození, které vzniklo úrazem, poškozením toxickými látkami či hlukem.

## **2.1.3 Klasifikace osob se sluchovým postižením**

Ze speciálněpedagogického hlediska můžeme typy poruch a vad sluchu dělit podle velikosti sluchové ztráty, místa vzniku sluchové ztráty a doby, ve které k poruše sluchu došlo. (Langer, 2013a)

Zásadním vlivem, který ovlivňuje schopnost jedince vnímat okolní zvuky, je velikost sluchové ztráty, kvůli které jedinec neslyší zvuky, jejichž intenzita je nižší než hodnota sluchové ztráty. Ovšem zvuky, které mají vyšší intenzitou, než je hodnota sluchové ztráty, jedinec slyší pouze hlasitostí, která se rovná rozdílu mezi intenzitou zvuku a velikostí sluchové ztráty. (Langer, 2013a)

Dle stupně se zjištěné vady dělí na lehké, středně těžké a těžké. WHO hodnotí sluchové vady výpočtem<sup>7</sup> ze ztrát na frekvencích 500, 1000 a 2000 Hz HL<sup>8</sup>, který vyhodnocuje (Šejna, in Hahn, 2007, s. 49):

*„0–25 dB – normální sluch*

*26–40 dB – lehká nedoslýchavost*

*41–55 dB – střední nedoslýchavost*

*56–70 dB – středně těžká nedoslýchavost*

*71–90 dB – těžká nedoslýchavost*

*91 dB a více – velmi těžká sluchová vada“*

Lejska (2003) klasifikuje vady a poruchy sluchu podle věku a fixace řeči. Vady sluchu, které vznikly u dětí před fixací řeči, rozděljuje na vrozené, které bývají geneticky podmíněné anebo na vady získané (postnatální), jejichž vznik je podmíněn opakujícími se a chronickými záněty ucha, po infekčních a degenerativních chorobách, traumatech, ale také po léčbě onkologických onemocnění. Vady vzniklé po období fixace řeči, které se vyskytují u dětí starších osmi let a dospělých, dělí na převodní poruchy a sensorineurální vady. Převodní vady vznikají poškozením zvukovodu, bubínku, středoušních kůstek, Eustachovy trubice nebo středoušní dutiny. Mezi sensorineurální vady řadí např. akustické i mechanická traumata, presbyakuzii, ušní nádory, onemocnění vnitřního ucha či mozkových nervů, drah a sluchových center.

---

<sup>7</sup> HL (500 + 1000 + 2000) : 3 = ztráta v dB

<sup>8</sup> Hearing Level

Z hlediska místa vzniku sluchového postižení rozlišuje Pipeková (2010) v porovnání s ostatními autory dvě základní skupiny sluchových vad, který mi jsou periferní nedoslýchavost či hluchota a centrální nedoslýchavost či hluchota.

Periferní nedoslýchavost či hluchotu dělí autoři na převodní, percepční a smíšenou formu. U převodní formy jsou sluchové buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, jelikož je vedení zvuku přerušeno překážkou, která brání nebo ztěžuje dalšímu vedení zvuku z vnějšího prostředí ke smyslovým buňkám, takovou překážkou může být např. zvětšená nosní mandle. (Pipeková, 2010)

Percepční forma periferní nedoslýchavosti či hluchoty vzniká porušením vnitřního ucha, sluchových buněk nebo sluchových nervů. Příčina vzniká nejčastěji v období nitroděložního vývoje v důsledku virového onemocnění matky, dále během zánětu mozkových blan v raném věku dítěte a úrazu hlavy. (tamtéž)

Smíšená porucha sluchu je kombinací převodní a percepční formy periferní nedoslýchavosti či hluchoty. Příčiny, které se na jejím vzniku podílejí, se kombinují v různé míře. (Herdová, 2004, in Pipeková, 2010)

Centrální nedoslýchavost či hluchota zahrnují složité vady, které jsou způsobeny různými procesy postihujícími korový a podkorový systém, kdy je následné zpracování zvukového signálu abnormální. (Pipeková, 2010)

## **2.2 Osobnost dítěte předškolního věku s ohledem na jeho sluchové postižení**

*„Každé smyslové postižení, v závislosti na své závažnosti, má vliv na rozvoj osobnosti dítěte a jeho psychický vývoj. Přináší dítěti omezení, kvůli nimž je jeho rozvoj více závislý na působení prostředí.“* (Vítková, 1993, s. 26, in Skákalová, 2011, s. 42)

I těžce sluchově postižené dítě, které nemá další přidružené postižení, má srovnatelné předpoklady pro intelektový i osobní vývoj jako dítě intaktní. Ovšem kvůli nedostatku zvukové stimulace se již v kojeneckém věku stává dítě pasivnějším a reaguje pouze na vizuální podněty, a tak se opožďuje i v motorickém vývoji. (Skákalová, 2011)

Pro dítě předškolního věku je typické, že se neustále zvětšuje míra jeho socializace. Dítě si začíná postupně uvědomovat také potřeby ostatních a učí se na ně reagovat. V procesu utváření morálních a mravních hodnot mají veliký význam především pohádky, které spolu



s naslouchání příběhů přispívají k rozvoji kognitivních funkcí a jazykových kompetencí. V obraze toho, co dítě poznalo v předchozích situacích, přebírá stereotypy v chování a jednání. Pomocí dospělých osob v okolí dítěte se rozvíjí jeho sebepojetí a sebereflexe. Za typické projevy sebereflexe lze považovat negativismus. Sebeuvědomování a první projevy osobnostních rysů se projevují začínajícím uchopování vedoucí role ve skupině vrstevníků. Také ve vztahu k vlastním úspěchům a neúspěchům dítěte se projevují osobnostní rysy a sebehodnocení. Působením fantazijních představ v okolí a hraním rolí známých dospělých na konci předškolního období, si dítě přehrává vztahy a komunikaci ke své osobě. (Potměšil, 2007, Potměšil 2015)

Nápadným projevem v předškolním období může být nižší úroveň znalostí a omezený rozvoj myšlení dítěte. (Skákalová, 2011) Je ovšem nutné pamatovat na individuální rozdíly každého dítěte nejen v oblasti rozumových schopností, ale v průběhu celého vývoje.

### 2.2.1 Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením

U dětí s těžkým sluchovým postižením se obvykle vyskytuje omezený, přerušovaný nebo opožděný vývoj řeči. „*Charakteristika vývoje řeči se odvíjí od:*

- *stupně sluchového postižení,*
- *přítomnosti nebo absence dalšího postižení,*
- *věku a dosaženého stadia vývoje řeči, kdy sluchové postižení vzniklo,*
- *exogenních sociálních faktorů stimulačního rodinného prostředí z hlediska úspěšné nebo neúspěšné obousměrné komunikace*
- *časné diagnostiky a časného startu speciálně rehabilitační péče, ovlivněné rodinnou výchovou, později od kvality rehabilitační péče a spolupráce s rodinou.“*  
(Krahulcová, 2014, s. 90)

Již od hranice 60 dB ztráty lze pozorovat charakteristické změny ve vývoji řeči dítěte, které jsou ovlivněny působením dalších faktorů, zejména přítomností dalšího přidruženého postižení, který také významně ovlivňuje vývoj řeči. (Krahulcová, 2014)

U kojenců s vrozeným, prelingválně vzniklým typem těžkého sluchového postižení můžeme pozorovat rané typy předverbálních zvukových projevů, jako je křik, křik s citovým zabarvením nebo pudové žvatlání, ale v období, kdy má nastoupit napodobující žvatlání, tak zvukové projevy neslyšícího dítěte postupně zanikají. Ovšem i předverbální řečové projevy

mohou být určitým způsobem deformované, tlumené nebo monotónní. (Lechta, 2011, srov. Krahulcová, 2014)

Věk, ve kterém ke ztrátě sluchu došlo, hraje velice důležitou roli. Dojde-li ke ztrátě sluchu až po dosažení věkové hranice, kdy je schopnost zvukové řeči dostatečně zafixovaná, tak řečové projevy nezanikají. Za tuto věkovou hranici se tradičně považuje dovršení 7. roku života. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že ztratí-li dítě schopnost sluchové vnímání před upevněním řečových projevů, tak se u něj řeč postupně ztrácí. (Lechta, 2011, srov. Krahulcová, 2014)

U dětí nedoslýchavých závisí hlavně na době, kdy došlo ke zhoršení sluchu, ale také stupni a typu nedoslýchavosti. U dětí s vrozenou těžkou percepční nedoslýchavostí probíhá vývoj řeči obdobně jako u dětí s vrozeným, prelingválně vzniklým typem sluchového postižení. Řečový vývoj dětí s převodním typem nedoslýchavosti, v závislosti na jeho stupni, je narušen poněkud méně, v lehčích případech se opoždí, ale lze srovnat s vývojem řeči dětí slyšících. (tamtéž)

Lepší prognózu řečového vývoje mají děti, které ztratily schopnost sluchového vnímání až po završení sedmého roku, kdy již došlo k dostatečnému zafixování mluvních stereotypů, rozvinutí slovní zásoby, a kdy ani slovní formy myšlení, vnitřní řeč a mluvní projevy zcela nezanikají při absenci sluchové kontroly vlastní řeči. (Krahulcová, 2014)

Mnohé studie potvrzují významný vliv včasné identifikace ztráty sluchu. Brzká diagnostika je taktéž významná pro možnost rozvoje mluvené řeči, což potvrzuje také Murria a kol. V 96 % případech zkoumaných dětí, které byly včasné diagnostikovány, a jejichž sluchová ztráta byla kompenzována sluchadly ve věku 3 měsíců či kochleárními implantáty ve věku 9 měsíců, se povedlo dosáhnout normálního vývoje jazyka. (Shojaei, Jafari, Gholami, 2016)

Úroveň řečových schopností dětí se sluchovým postižením lze přiblížit na typických projevech ve všech jazykových rovinách.

Rozvoj slovní zásoby v mluvené řeči je pro děti s kongenitálně či prelingválně vzniklým sluchovým postižením velmi těžká a mnohdy také málo efektivní činnost. Z kvalitativního hlediska není důležité kolik slov dítě zná, ale kolika slovy dítě rozumí. To je ovšem zdlouhavý proces, jehož výsledky jsou ovlivňovány specifickými zákonitostmi. Na počátku osvojování si konkrétních pojmů je děti se sluchovým postižením chápou příliš široce, zobecněně, nebo naopak velmi úzce, nesprávně. Proces upřesňování významu pojmů postupuje velmi pomalu. Obecně se setkáváme s tím, že děti se sluchovým postižením mají tendenci chápat význam slov názorně,

v činnosti a na základě manipulace. U dětí, které jsou nedoslýchavé je narušení v kvalitě slovní zásoby větší čím těžší je sluchová ztráta. (Krahulcová, 2002, srov. Krahulcová, 2014)

V mluveném projevu neslyšících osob se často vyskytuje nesprávné užívání rodů, pádů a časů. Podle odborníků se z hlediska morfologické stránky řeči vyskytuje u dětí s těžkým sluchovým postižením nadměrné používání podstatných jmen, a naopak nižší výskyt příslovce. Krahulcová (2002) upozorňuje, že osoby se sluchovým postižením také ve své mluvené řeči využívají mnohem méně přídavných jmen a předložek. Pro syntaktickou stránku řečových projevů je charakteristické prosté hromadění slov, např. „sestra okno“. Dysgramatismus je v mluvené řeči dětí se sluchovým postižením více znatelný, jakmile překročí úroveň dvou-, troj – a víceslovných vět. (Lechta, 2011)

Na vzniku dysgramatismu se podílí mnoho faktorů, mezi které se řadí, např. nízká mluvní zkušenost, nedostatek, až absence sluchové kontroly vlastní mluvené řeči, omezení možností pro zvládnutí mechanismu gramatiky mateřského jazyka, ale také nedostatky ve výuce mateřského jazyka atd. (Krahulcová, 2002)

Negativní vliv sluchového postižení je v průběhu osvojování výslovnosti hlásek mateřského jazyka tak velký, že obvykle způsobuje velmi nápadnou výslovnost, která bývá také narušená a realizována s přehnanou silou. Rozvoj fonematické diferenciací je u neslyšících dětí prakticky nemožný a u dětí nedoslýchavých omezený. Během osvojování si správné výslovnosti je také velice důležitá zpětná vazba, která se u dětí se sluchovým postižením kompenzuje pomocí zrakové, respektive hmatové kontroly. (Lechta, 2011)

### **2.2.2 Možnosti podpory vývoje řeči**

Mluvená řeč se u dětí se sluchovým postižením rozvíjí bez využití sluchového kanálu specifickým způsobem. Je potřeba řeč rozvíjet v rámci speciální stimulace, která by měla probíhat analogicky jako u dětí slyšících ale s ohledem na závažnost sluchové poruchy. Využit lze například taktálně – vibračních pocitů a odezírání řeči ze rtů. (Lechta, 2011)

Není pochyb o tom, že komunikace v rodině je pro dítě, nejen s postižením sluchu, klíčová a má velký vliv na rozvoj jeho komunikačních dovedností, takže pokud nefunguje optimální jazykový vzor a není zajištěna funkční komunikace již od brzkého věku, tak se rozvoj řeči opožďuje či se znesnadňuje rozumění danému jazyku. (Horáková, 2012)

Řečová výchova, odezírání i sluchová výchova jsou velmi těsně propojeny. Na řeč, odezírání, kvalitu hlasu, melodii řeči i kvalitu výslovnosti má velmi kladný vlivy správné využití zbytků sluchu, pro které je celodenní užívání sluchadla naprosto bezpodmínečné (Holmanová, 2002)

Holmanová (in Škodová, Jedlička, 2007) zdůrazňuje, že způsob, jakým na dítě mluvíme by měl být co nejpřirozenější a ke komunikaci bychom měli využívat každé příležitosti. Během každého pohledu a projevu zájmu ze strany dítěte bychom měli využít jeho pozornosti a věci ihned pojmenovávat a komentovat probíhající děje. V případě, kdy nám dítě nerozumí, je vhodné použít přirozených gest, slovo několikrát zopakovat nebo říci naše sdělení jinými slovy. Abychom se ujistili, že nám dítě opravdu rozumí, můžeme nečekaně změnit téma rozhovoru. Důležité je mluvit jasně, ne příliš rychle, gramaticky správně, přehledně artikulovat a využívat všech modulačních faktorů řeči. Opomíjet nemůžeme ani fakt, že na dítě se sluchovým postižením je třeba mluvit mnohem více než na děti bez sluchového postižení.

Náplní našich rozhovorů s dítětem se sluchovým postižením by mělo být vše o co se dítě v dané situaci zajímá. Přitom se snažíme používat srozumitelná a blízká slova, která se opakují. Vhodné je mluvit v celých větách a užívat správné gramatické tvary. Podstatné je i to, aby terapeut i celá rodina používali jednotný slovník. (Holmanová, in Škodová, Jedlička, 2007)

Holmanová (2002) doporučuje využívání přirozených situací – umývání, oblékání, úklidu, vaření, nakupování jako možností, kde se dítě učí odezírat, podle stavu jeho sluchového analyzátoru také slyšet a rozumět slovům i větám přirozenou cestou.

Jako další doporučuje Holmanová (2002) také tvorbu deníku dítěte. Za nejosvědčenější považuje deník, do které rodiče spolu s dítětem kreslí to, co se daný den událo nebo jaká událost se blíží. Deník je možné postupně doplňovat fotografiemi, ilustracemi dítěte, různými předměty jako jsou vstupenky z divadla, výstřížky z novin atd.

## **2.3 Symptomatické poruchy řeči**

### **2.3.1 Příčiny vzniku symptomatických poruch řeči**

Pro úroveň řečového projevu dětí těžce nedoslýchavých či neslyšících je zásadní, že mají narušeny všechny fáze řečové produkce – dýchání, fonaci i artikulaci, ale také mají velmi specificky narušenou modulaci jejich řeči. (Lechta, 2011)

### 2.3.2 Nejčastější poruchy řeči u dětí se sluchovým postižením

Dyslálie<sup>9</sup> různého typu a stupně je jednou z nejčastějších poruch v mluvné řeči dětí se sluchovým postižením. Typický způsob mluvené řeči se z hlediska artikulace u dětí s těžkým sluchovým postižením značně liší od podoby mluvené řeči dětí intaktních či dětí lehce nedoslýchavých. Jeden z rozdílů nalezneme například v často se objevující neadekvátní artikulaci samohlásek u dětí s těžším stupněm sluchového postižení. S tímto problémem se u dětí s nesprávnou výslovností ale zachovalým sluchovým vnímáním nesetkáme, jelikož je pro ně jednoduché samohlásky imitovat. (Lechta, 2011)

Vývoj artikulace těžce sluchově postiženého dítěte je charakteristicky změněný a artikulace se sama spontánně nevyvíjí. I po intenzivní a dlouhodobé odborné péči je artikulace obvykle velmi nápadná, narušená, namáhavá a nepřirozená. (Krahulcová, 2002)

Tvorba samohlásek a jejich výslovnost je obecně snadnější než u souhlásek. Vady výslovnosti samohlásek jsou přítomny v řeči osob plně neslyšících ve více než 50 %, vady výslovnosti souhlásek se vyskytují v 70–75 %. U osob s těžší ztrátou sluchu se objevují problémy v tvorbě samohlásek u 25 %, zatímco u souhlásek ve 40 %. 10 % samohlásek a 30 % souhlásek je negativně ovlivněno v řeči osob s lehčí ztrátou sluchu. Poruchy v tvorbě samohlásek a souhlásek jsou způsobeny nesprávnou polohou jazyka v procesu artikulace. (Anca, 2010)

Za typické chyby v tvorbě samohlásek se považuje například substituce, nasalizace, prodloužení anebo neutralizace. Zatímco co u souhlásek se setkáváme s opomenutím, narušením, substitucí, sníženou nasalizací. (Eriks-Brophy, Gibson, Tucker, 2013)

S největším narušením se u osob se sluchovým postižením setkáme při výslovnosti třených hlásek, mezi které patří např. hlásky F či V a u R, u kterého se všeobecně vyskytuje zvýšená vibrace. Výslovnost sykavek je většinou málo ostrá a addentální – přízubní. Problematické bývá také osvojení si některých hlásek a to CH, J, G, Ď, Ť, Ň, R a slabik DĚ, TĚ, NĚ, DI, TI, NI. U dětí s menší sluchovou ztrátou, nedoslýchavostí, opět platí, že čím větší je sluchová ztráta, tak tím více se jejich výslovnost podobá výslovnosti dětí neslyšících. (Lechta, 2011, srov. Krahulcová, 2014)

---

<sup>9</sup> O dyslálii, která vznikla v důsledku sluchového postižení, hovoříme jako o tzv. audiogenní dyslálii. Dalším souvisejícím termínem je kofolalie, která označuje poruchu řeči, při které došlo ke ztrátě sluchu až po úplném osvojení řeči. Tyto termíny začal používat Arnold. (Lechta, 2011)

Nepřirozené prozodické faktory v řeči dětí se sluchovým postižením, které působí velmi nepřirozeně a nápadně, ovlivňují také srozumitelnost jejich řeči. Mnoho autorů se shoduje, že tato dysprozódie ztěžuje srozumitelnost více než chybná artikulace. Příčiny dysprozódie u dětí se sluchovým postižením logicky spočívají v tom, že mají vlivem sluchového postižení minimální nebo žádnou možnost vnímat prozódie v řeči jiných lidí, a tak rozvíjet či korigovat svou vlastní modulaci. (Lechta, 2011, srov. Krahulcová, 2014)

Dysfonie<sup>10</sup> znamená, že je u dětí se sluchovým postižením narušena fonace z důvodu absence sluchové kontroly. V této oblasti zpravidla hodnotíme sílu, výšku a barvu hlasu. „*Hlas neslyšících dětí může být drsný, křiklavý až pisklavý, jindy zase příliš hluboký*“. (Lechta, 2011, s. 156) Rovněž nápadnými jsou hlasové odchylky u dětí nedoslýchavých. Podle Seemanova zjištění (in Lechta, 2011) má hlas dětí s nedoslýchavostí tím vyšší polohu, čím dříve došlo k poškození sluchového vnímání, ale také čím větší je sluchová ztráta.

Zejména u dětí s těžkou sluchovou poruchou se setkáváme také s odlišnostmi v dýchání, které je ovlivňováno způsobem artikulace, která je namáhavá a přerušuje cyklus výdechů a vdechů. V této oblasti si můžeme u dětí se sluchovým postižením povšimnout nápadně hlasitého dýchání. (Lechta, 2011)

Mezi další projevy narušené komunikační schopnosti se u dětí se sluchovým postižením řadí především huhňavost a poruchy plynulosti řeči. U dětí neslyšících a nedoslýchavých v důsledku nedostatečné sluchové zpětné vazby mluvíme o funkční otevřené huhňavosti<sup>11</sup>, při které jsou nejvíce porušeny samohlásky a méně souhlásky (Škodová, Jedlička, 2007). Zrychlené řečové produkce nejsou děti se sluchovým postižením z pravidla schopny, naopak se setkáváme spíše s tendencí sníženého tempa řeči. Yairi a Seeryová (2011, in Lechta, 2011) na základě nových studií uvádějí, že koktavost se u osob se sluchovým postižením vyskytuje velmi vzácně.

Osoby se sluchovým postižením jsou při komunikaci obvykle mimořádně nápadné. Ti, kteří používají ke komunikaci se slyšící komunitou mluvenou řeč, mívají problémy s navazováním rozhovoru. (tamtéž)

---

<sup>10</sup> Böhme hovoří o tzv. audiogenní dysfonii. (Lechta, 2011)

<sup>11</sup> Otevřená huhňavost vzniká nedojde-li k vytvoření dokonalého závěru, kdy pak uniká vzduch při řeči do dutiny nosní. (Škodová, Jedlička, 2007)

### 2.3.3 Logopedická péče

Hlavním úkolem individuální logopedické péče u dětí se sluchovým postižením je rozvoj narušené komunikační schopnosti v oblasti mluvené řeči, který je velice důležitý a nepostradatelný, ale zároveň je také velice časově náročný. (Langer, Suralová, 2013)

Lechta (2011) rozděluje logopedickou péči osob se sluchovým postižením na tradiční a moderní přístupy. V tradičních logopedických přístupech se logoped věnuje obzvláště osmi různým složkám a také specifickým pragmatické roviny jazyka u osob se sluchovým postižením. Mezi tyto složky patří složka artikulační, fonační, optická a kinestetická, percepční a vybavovací, gramatická, sluchová, konverzační a lexikální.

Jak lze již z názvu konkrétních tradičních složek logopedické péče odvodit, bude se každá složka zabývat určitou oblastí, která činí osobám se sluchovým postižením problémy v komunikaci. Artikulační složka se podle Lechty (2011) zaměřuje hlavně na výstavbu výslovnosti a pozdější nácvik chybějících či nesprávně vyslovovaných hlásek. Fonační složka logopedické péče se pak orientuje na regulaci intenzity a polohy hlasu nebo se zabývá odstraňováním hlasových odchylek. Dále například gramatická složka působí při předcházení či zmírňování vyskytující se ho dysgramatismu v mluvené řeči. Za nejdůležitější lze však považovat sluchovou složku, kde se výsledky sluchové výchovy projevují na srozumitelnosti řeči.

Moderní přístupy využívají ve velké míře především nových medicínských a technických poznatků. Na základě těchto poznatků bylo vypracováno několik metod a postupů, které umožňují v oblasti mluvené řeči osob se sluchovým postižením dosahovat stále vyšších cílů. Jako ukázkou moderních přístupů v logopedii Lechta (2011) uvádí především reflexní metodu mateřské řeči, verbotonální metodu a auditivně – verbální přístup.

První, z již zmíněných – reflexní metoda mateřské řeči využívá rytmického vyprávění, výuky čtení a průběžné diferenciatní diagnostiky. Terapeut se během intervence snaží co nejvíce přiblížit přirozenému jednání matky. Hlavním cílem této metody je zabránit tomu, aby dítě přestalo používat svůj hlas, neztratilo orientaci na tvář a nepřestalo si uvědomovat existenci zvuků. (Lechta, 2011)

Hlavním přínosem verbotonální metody, která vychází z makromotoriky<sup>12</sup>, je rozvíjení rytmu, intonace, poslechu a orální řeči. Je zajímavé, že tato metoda nepřipouští při znázorňování postavení artikulačního aparátu žádný mechanický zásah do úst dítěte, ale využívá k tomu trojdimenzionální modely a intraorální motorický akt je vyjadřován jednoduchým pohybem ruky. (tamtéž)

Filosofie auditivně – verbálního přístupu se řídí několika základními principy, které představují požadavky nezbytné k vytvoření schopnosti neslyšícího či nedoslýchavého dítěte využívat zesílených zbytků sluchu. Podporuje základní lidské právo, které spočívá v rovnocenné příležitosti pro děti se sluchovým postižením v rozvíjení schopnosti poslouchat a využívat mluvenou řeč pro komunikaci v rodině u ve společnosti. (Krahulcová, 2014)

V logopedické intervenci se logoped zaměřuje především na oblasti vyvození hlasu a následně také samostatných hlásek, rozvíjení motorické schopnosti dítěte, trénuje narození zrakového kontaktu a věnuje se také nácviku reakce na zvuk. (Horáková, 2012)

Hra je výbornou formou motivace k tomu, aby dítě začalo vědomě užívat hlas. K tomuto účelu slouží celá řada pomůcek v podobě zvukových hraček, obrázkových materiálů nebo fonátor, který přeměňuje hlas na vibrace. I výukové počítačové programy, jako jsou například Speech Viewer, Mentio Hlas a Zvuky anebo soubor multimedialních programů FONO, jejichž součástí jsou hry řízené hlasem, motivují děti k navozování správné polohy či modulaci hlasu. (Horáková, 2012)

Nácviku samotné artikulace předchází rozvoj hrubé i jemné motoricky dítěte. Největší důraz je však kladen na rozvoj motorické schopnosti mluvidel pomocí dechových a fonačních cvičení, ale také během přípravných předartikulačních a artikulačních cvičení. (Horáková, 2012)

Pro komunikace osob se sluchovým postižením je důležitá schopnost odezírání, a proto logopedové během sluchového i řečového tréninku dbají na to, aby dítě sledovalo obličej, a tak s dítětem pracují i na navazování zrakového kontaktu. (tamtéž)

K vyvozování hlásek a korekci nesprávně tvořených hlásek nám slouží několik metod. Během aplikace nepřímé metody probíhá vyvozování hlásek pomocí onomatopoi. Přímé metody využívají hmatového vnímání artikulované hlásky za pomoci výdechového proudu či vibrací na hrtanu. K substitučnímu vyvození hlásek se využívají zvukově vzdálené, ale

---

<sup>12</sup> celkový svalový tonus, rytmus, intonace (Lechta, 2011)



artikulačně podobné hlásky. Za pomoci špátlí, válečků, logopedických sond či různých vibrátorů můžeme hlásky vyvodit mechanickou metodou. Poslední metoda vyvozování z globálních mluvních celků se využívá, pokud dítě danou hlásku používá v jediném artikulačním spojení a snahou logopeda je zafixovat hlásku i v dalších artikulačních spojeních. (Krahulcová, 2013)

## **II Praktická část**

### **3 Výzkumné šetření**

#### **3.1 Uvedení do problematiky**

O důležitosti mezilidské komunikace jistě není nutné zdlouhavě hovořit. U osob, které mají možnost komunikace ztíženou z důvodu přítomnosti zrakového nebo sluchového postižení, samozřejmě tato potřeba existuje také. Jestliže se u dítěte či dospělé osoby objevuje sensorické postižení, které mohlo vzniknout z mnoha vrozených i získaných příčin, které vedou ke zhoršení zrakového anebo sluchového vnímání, tak se projeví toto ztížené vnímání i do oblasti jeho komunikačních schopností. Řeč a její vývoj je u osob a dětí se zrakovým a sluchovým postižením specifická.

Narušenou komunikační schopnost jedinců se sensorickým postižením nazýváme symptomatické poruchy řeči. Ty patří do jedné z kategorií, kterou se zabývá logoped během logopedická intervence. Bohužel je tomu tak, že problematika symptomatických poruch řeči je momentálně spíše na okraji zájmu odborné veřejnosti, o čemž svědčí i nízký počet odborných publikací a nových výzkumů. Popřít se zajisté nedá rozsáhlost a komplikovanost této problematiky, která vyžaduje spoustu teoretických, ale hlavně praktických zkušeností odborníků, především logopedů. V praktické části této bakalářské práce jsme se nesnažili ověřovat úroveň znalostí logopedických pracovníků, ale zajímaly nás především jejich zkušenosti a doporučení pro práci s dětmi se sensorickým postižením, u kterých se narušení komunikační schopnosti objevuje.

#### **3.2 Charakteristika výzkumu**

Výzkum probíhal ve dvou podobách, což ale nebylo prvotním záměrem. Za hlavní výzkumnou metodu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který se řadí mezi metody kvalitativního výzkumu a svou charakteristikou plně vyhovoval potřebám výzkumu. Velkou výhodou, kvůli které byl polostrukturovaný rozhovor vybrán, je, jak uvádí Miovský (2006), možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, a tak můžeme dosáhnout větší přesnosti než při klasickém plně strukturovaném rozhovoru. Druhou formou pro získávání informací se stal písemný dotazník, který obsahoval stejné otázky, které byly kladeny během rozhovorů, a ke kterému bylo přistoupeno z důvodu omezených časových možností dvou z respondentů, kteří

byli ochotni se výzkumu účastnit, ale z již zmíněných časových omezení nebyl rozhovor možný. Pokud lze výběr výzkumných metod zpětně posuzovat, tak byla metoda strukturovaného rozhovoru vhodnější, díky rozsáhlejším a podrobnějším odpovědím respondentů.

### **3.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Celkem bylo k účasti na výzkumu pro účely této bakalářské práce osloveno 66 logopedů. Potencionální respondenti byli hledáni skrze internetový adresář pracovišť klinické logopedie na webových stránkách Asociace klinických logopedů České republiky a následně byli osloveni emailovou zprávou. Vybírání byli kliničtí logopedové z Olomouckého a Plzeňského kraje a z Prahy. Posléze byla pro výzkum doporučena logopedka ze Zlínského kraje. Emailová odpověď, bohužel, dorazila ani ne od čtvrtiny oslovených, a tak byli logopedové z důvodu neefektivnosti emailové korespondence osloveni také telefonicky. Celý tento proces vedl ke konečnému počtu 5 zúčastněných respondentů, respektive respondentek, které jsou, co se místa působnosti, let praxe i zkušeností týče, velice rozdílné. Mezi zúčastněnými respondentkami jsou odborníci s více jak 30- ti lety praxe, ale taktéž jedna logopedka, která v nedávné době dokončila odborné vzdělání, což jistě není ve výzkumu na škodu, ba možná přímo naopak.

### **3.4 Cíl praktické části práce**

Cílem praktické části této bakalářské práce je zprostředkovat a shromáždit praktické postřehy a doporučení odborníků – logopedů, kteří se během své dosavadní praxe setkali s dětmi se sensorickým postižením, u nichž se v různé míře vyskytuje narušení komunikačních schopností, a nadále s nimi pracují. Odborných publikací, které se zabývají podporou a rozvojem mluvené řeči a udělují rady pro práci logopedů, rodičů či učitelů s dětmi se sensorickým postižením, a které by současně braly ohled na jejich komunikační specifika, je malý počet. A tak se alespoň touto formou můžeme pokusit tyto pro praxi jistě přínosné informace shromáždit. Z dále uváděných doporučení a zkušeností je nutné vybrat si právě to, které bude co nejvíce vyhovovat danému dítěti, jelikož na přesný a pro všechny uplatnitelný přístup není možné nikdy přijít, protože je každé dítě jedinečnou osobností, která má jiné schopnosti a potřeby.

### 3.5 Metody výzkumu praktické části práce

Pro potřeby tohoto výzkumného šetření byly k získávání informací vybrány dvě metody. První z nich je polostrukturovaný rozhovor, u kterého dochází k eliminaci negativních vlastností plně strukturovaného, ale taktéž nestrukturovaného rozhovoru, a tak tvoří velice efektivní metodu, která je hojně využívána. Při polostrukturovaném rozhovoru vhodné použít následné inquiry, které slouží k upřesnění, kdy si například necháváme vysvětlit, jak dotazovaný danou věc míní. Tímto způsobem si ověříme, zda jsme odpověď správně pochopili a interpretovali. (Miovský, 2006)

Využití druhé metody ke sběru dat nebylo v prvotním plánu výzkumu, ale z důvodu celkově nízkému počtu respondentů a zájmu účastnit se na výzkumném šetření dvou respondentek, které se vzhledem ke svým omezeným časovým možnostem nemohly účastnit rozhovoru, bylo přistoupeno k druhé variantě sběr dat, kterou se stala dotazníková metoda. Dotazník je též druh velice frekventované metody, která je ovšem využívána především v kvantitativním výzkumu. Gavora (2000, in Chrástka, 2007) popisuje dotazník jako způsob kladení otázek a získávání informací písemnou formou. Obecně je doporučováno využívání dotazníkové metody při větším počtu respondentů. I když jsou data získaná dotazníkovou metodou přehlednější, tak pro potřeby tohoto výzkumu se zdá být vhodnější metoda polostrukturovaného rozhovoru, kvůli již zmíněné výhodě dalšího upřesňujícího dotazování během kladení konkrétních otázek. Jako další výhodu v užití metody polostrukturovaném rozhovoru spatřujeme v okamžitém získání potřebných informací, než jak je tomu v dotazníkovém šetření, kdy nemusí být návratnost odpovědí vysoká.

Všem respondentkám byly pokládány stejné výzkumné otázky, které byly rozděleny do 3 oblastí s celkovým počtem 15 otázek. Dvě úvodní otázky, jimiž bylo dotazování zahajováno se zaměřovaly na předešlé zkušenosti logopedů. Díky tomu přibližují, s jakým konkrétním druhem narušené komunikační schopnosti u dětí se senzorickým postižením se nejčastěji ve své praxi logopedové setkávají. Konkrétní znění je následující:

1. Objevující ve Vaší dosavadní praxi často dětští klienty se senzorickým postižením, u kterých je nějakým způsobem narušená komunikační schopnost?
2. Se kterými symptomatickými poruchami řeči u dětí předškolního věku se senzorickým postižením se nejčastěji setkáváte? Uveďte, prosím, příklad jak u dětí se zrakovým postižením, ale taktéž se u dětí sluchovým postižením.

Následující dvě oblasti otázek byly rozděleny podle druhu senzoričkého postižení na narušení komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením a narušení komunikačních schopností u dětí se sluchovým postižením.

Druhým tématem výzkumných otázek tedy byla oblast, která se zabývala narušenou komunikační schopností u dětí se zrakovým postižením. Tato oblast obsahuje 6 dále uvedených otázek týkající se vývoje řeči dětí se zrakovým postižením, konkrétními druhy narušené komunikační schopnosti, které byly vymezeny dle Lechty (2011) a doporučeními logopedů pro rodiče či učitele mateřských škol, ve kterých jsou děti se zrakovým postižením vzdělávány.

3. Co byste doporučil/a k podpoře správného vývoje řeči u dětí se zrakovým postižením? Jaký přístup? Pomůcky, hračky atd.?
4. Jak doporučujete předcházet typickému verbalismu u dětí se zrakovým postižením? Jak je podle Vašeho názoru nejsnadnější projevy verbalismu zmírnit či úplně odstranit?
5. Jaký způsob logopedické intervence považujete za nejvhodnější pro nápravu dyslalie vyskytující se u dětí se zrakovým postižením? Které pomůcky se Vám v praxi nejvíce osvědčily? A co naopak které vůbec nedoporučujete?
6. Pracujete během logopedické intervence s dětmi se zrakovým postižením také na mnohdy přítomném narušeném koverbálním chování? Jak se tyto projevy v neverbálním chování snažíte odstraňovat?
7. Setkáváte se často i s ostatními druhy narušené komunikační schopnosti u dětí se zrakovým postižením jako je koktavost, breptavost, huhňavost či poruchy hlasu? Jaký postup k jejich odstranění či zmírnění se Vám nejvíce osvědčil?
8. Co byste doporučil/a rodičům, případně učitelům v mateřských školách dětí se zrakovým postižením, u kterých se objevuje i některé z výše zmíněným symptomatických poruch řeči? Jak mohou oni pracovat na podpoře správného vývoje řeči a předcházet zhoršení již vzniklých narušení v komunikační schopnosti dětí?

Poslední okruh otázek, na který byly respondenty dotazovány, byla problematika narušení komunikačních schopností u dětí se sluchovým postižením. Otázky jsou pokládány obdobným stylem, jak tomu bylo v předešlé oblasti výzkumných otázek, které se zabývaly narušením komunikačních schopností u dětí se zrakovým postižením a opět jsou rozděleny podle členění symptomatických poruch řeči dětí se sluchovým postižením dle Lechty (2011) a to následovně:

9. Co byste doporučil/a k podpoře správného vývoje mluvené řeči u dětí se sluchovým postižením? Jaký přístup? Pomůcky, hračky atd.?

10. Jak doporučujete předcházet dysgramatismu, který se u dětí se sluchovým postižením často vyskytuje? Jak je podle Vašeho názoru nejsnadnější projevy dysgramatismu zmírnit či úplně odstranit?
11. Jaký způsob logopedické intervence považujete za nejvhodnější pro nápravu dyslalie vyskytující se u dětí se sluchovým postižením? Které pomůcky se Vám v praxi nejvíce osvědčily? A co naopak které vůbec nedoporučujete?
12. Jak pracujete při logopedické intervenci na lepší srozumitelnosti řeči dětí se sluchovým postižením, kterou ovlivňují její modulační faktory (melodie, tempo, rytmus)?
13. Jakým způsobem považujete nejvhodnější korigovat charakteristické změny v hlasu dětí se sluchovým postižením? Zaměřujete se během logopedické intervence těchto dětí jak na hledisko síly, výšky i barvy hlasu?
14. U dětí se sluchovým postižením se mnohdy objevuje také huhňavost či narušení plynulosti řeči. Setkáváte se i s těmito druhy narušené komunikační schopnosti u dětí se sluchovým postižením často? Jaký postup k jejich odstranění či zmírnění se Vám nejvíce osvědčil?
15. Co byste doporučil/a rodičům, případně učitelům v MŠ dětí se sluchovým postižením, u kterých se objevuje i některé z výše zmíněným symptomatických poruch řeči? Jak mohou oni pracovat na podpoře správného vývoje řeči a předcházet zhoršení již vzniklých narušení v komunikační schopnosti dětí?

Každý z rozhovorů byl svým způsobem specifický, obzvláště co se týče prostředí. První z rozhovorů proběhl telefonicky s logopedkou z Uherského Brodu. Další již osobní setkání s respondentkou proběhlo v Olomouci a poslední rozhovor se konal v soukromé pražské logopedické ambulanci. Každý z těchto rozhovorů byl nahrán pomocí nahrávacího zařízení v mobilním telefonu. Osloveným logopedkám, které se kvůli omezeným časovým možnostem nemohly účastnit rozhovoru, ale chtěly se na výzkumu podílet, byla navržena písemná forma odpovědí. Výzkumné otázky jim byly zaslány emailem.

### **3.6 Metody zpracování výzkumu**

Odpovědi respondentů získané během rozhovorů a písemných dotazníků byly zpracovány následující formou. Ty z dat, které jsou pro výzkumné šetření nepodstatné, byly redukovány, a naopak zajímavé informace od jednotlivých respondentů byly nejdříve zvláště vypsány a následně byly tato data kompletována do uceleného celku, tak aby se docílilo co největší přehlednosti.

### **3.7 Výsledky a jejich interpretace**

Jednotlivé výzkumné otázky, které jsou již výše uvedeny, obsahují 3 základní oblasti – předchozí zkušenosti logopedů s problematikou symptomatických poruch řeči u dětí se sensorickým postižením, narušená komunikační schopnost u dětí se zrakovým postižením a taktéž narušená komunikační schopnost u dětí se sluchovým postižením. Interpretace zjištěných výsledků bude tedy též rozdělena dle uváděných oblastí do celků zabývajících se konkrétním tématem.

#### **3.7.1 Předchozí zkušenosti s problematikou symptomatických poruch řeči u dětí se sensorickým postižením**

Každý z dotazovaných respondentů měl již předešlé zkušenosti získané během logopedické intervence s dítětem se zrakovým či sluchovým postižením, i když se povětšinou jednalo o lehčí sensorické vady anebo případně také o kombinaci sensorického postižení s přidruženým mentálním či somatickým postižením.

Při intervenci u dítěte se zrakovým postižením respondentky nejdříve zmiňovali prvotní diagnózu opožděného či omezeného vývoj řeči a následné projevy dyslálie, koktavosti, breptavosti či jiných druhů narušené komunikační schopnosti, které mohou záviset i na kombinaci s dalším postižením. Zazněl také názor, že zrakové postižení nemusí mít vždy přímý vliv na komunikační úroveň dítěte.

U dětí se sluchovým postižením bylo také jako první zmíněno opoždění ve vývoji řeči a dále dyslálie. V mluvené řeči dětí se sluchovým postižením se dle zkušeností respondentek setkáváme také s narušenými prozodickými faktory mluvy, s narušenou rezonancí a problematickou stavbou vět.

#### **3.7.2 Symptomatické poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením**

V první otázce, která se zabývala tím, co by logopedové doporučovali k podpoře správného vývoje řeči u dětí se zrakovým postižením převládat názor, že je velice důležité rozvíjet všechny smysly dítěte a dbát tak na komplexní rozvoj dítěte. Z počátku je hlavní, aby rodiče dítěte pochopili princip správného rozvoje řeči. Podstatné je být vždy trpělivý a všechny aktivity s dítětem hojně komentovat, tak aby byl u dítěte neustále povzbuzován jeho mluvní apetit. Ke komplexnímu rozvoji dítěte je možné používat spoustu pomůcek. Pro rozvoj

zrakového vnímání byly doporučeny lightboxy a kontrastní pomůcky, k rozvoji hmatového vnímání jsou vhodné hmatová pexesa, masáže prstů, sluchové vnímání lze rozvíjet postupně od lokalizace zvuku, určení zdroje zvuku, rytmizace pohádek a písniček. Neopomenutá je stimulace orofaciální oblasti různým typem masáží.

Odpověď pražské respondentky na otázku č. 3: Co byste doporučil/a k podpoře správného vývoje řeči u dětí se zrakovým postižením? Jaký přístup? Pomůcky, hračky atd.?

*„No...tam je základem práce s rodinou a dát mamince instrukce, jak stimulovat nebo jak si s dítětem povídat, protože předpokládám, že to dítě dobře slyší, jo? Takže v podstatě ona by si s ním měla povídat tak jako se zdravím dítětem ... problém je spíše v tom, že některé maminky už tuto neumí nebo nevědí ne ho něco učit, ale podporovat přirozenou komunikaci, sluchové vnímání, jo, tak jak to má být...“*

Verbalismy, které se v řeči dětí se zrakovým postižením často objevují, se dle zkušeností jedné z respondentek v logopedické praxi těžko odstraňují, a proto zdůrazňuje nezbytnost přijímání informací všemi dostupnými smyly. Neznámá slova je potřeba konkretizovat a používat různé příklady. I ostatní respondentky se zmiňovaly o nutnosti vždy pracovat s reálnými předměty, které na dítě působí ve všech rovinách smyslového poznání.

Při nápravě dyslálie je nezbytné, a to nejen u dětí se zrakovým postižením, posoudit, zda je dítě k vyvození dané hlásky zralé. Respondentkám se během snahy o vyvození hlásek nejvíce osvědčilo využívání sluchové diferenciaci a odhmatávání správného artikulačního postavení na tváři a v ústech druhého, kdy dítě může pociťovat také znělost či neznělost hlásek například na výdechovém proudu a vibracích. Pokud je to nezbytné lze jazyk napolohovat také sondami či špachtlemi, které lze potřít marmeládou, a tak zvýšit atraktivnost jinak nepříjemné pomůcky. Sladkosti lze dále využít i při uvědomování si jednotlivých částí jazyka. K dalším vhodným pomůckám respondentky přiřadily rotavibrátor.

I na narušeném koverbálním chování je samozřejmě nutné pracovat, proto aby byla komunikace co nejpřirozenější a plně funkční. Jak se ale ukázalo při otázce na toto téma zaměřené, tak dotazované logopedky s narušeným koverbálním chování pracují až u starších dětí anebo se jím primárně nezabývají. Jedna z respondentek dokonce odpověděla, že ani neví, jak v tomto případě postupovat.

Další z otázek se týkala koktavosti, breptavosti, huhňavosti a poruch hlasu, které se u dětí se zrakovým postižením mohou mnohdy objevovat. Jedna z dotazovaných logopedek se ještě



s kombinací zrakového postižení s dalšími výše zmíněnými druhy narušené komunikační schopnosti nesetkala. Ostatní dotazované respondentky se u dětí se zrakovým postižením nejčastěji setkávají s koktavostí, breptavostí a huhňavostí. S hlasovými poruchami u dětí se zrakovým postižením nemá žádná z respondentek zkušenosti. K nápravě poruch plynulosti řeči doporučují dotazované logopedky užívat stejných postupů jako u dětí vidících s větším důrazem na hmatové vnímání. Za důležité jsou považovány rytmické, zklidňující a dechové cvičení. Před nápravou huhňavosti je nutné nejprve přistoupit k lékařskému řešení problému. Především u dětí s koktavostí musíme dbát, abychom při logopedické intervenci, ale i v běžné komunikaci mezi dítětem a rodičem, dítě neneurotizovali přehnanou snahou o nápravu či neustálým opravováním chyb v nově vyvozených hláskách.

Nejčastěji se objevujícím doporučením dotazovaných logopedek, které bylo určeno pro rodiče či učitele dětí se zrakovým postižením v mateřských školách, byla pravidelná návštěva logopeda a vzájemná spolupráce mezi logopedickými pracovníky, speciálně-pedagogickými centry a rodiči. Rodiče dětí se zrakovým postižením by měli eliminovat přehnané působení přístrojů jako je tablet, počítač, televize, kde dítě informace přijímá jen pasivně, a naopak využívat a více vyrábět hmatové knížky, pexesa, různé skládačky, využívat hraček z příjemných materiálů a všechny aktivity s dítětem navzájem propojovat. Velkou roli hraje především logopedická prevence a komplexní přístup k dítěti.

### **3.7.3 Symptomatické poruchy řeči u dětí se sluchovým postižením**

Aby se mohla mluvená řeč u dítěte se sluchovým postižením správně vyvíjet, tak je potřeba, aby mělo dítě vhodně nastavené sluchadlo či jinou technickou kompenzační pomůcku, která bude dítěti mluvenou řeč přibližovat tak, že zlepší úroveň jeho sluchového vnímání. Vhodné je také brzké zahájení logopedické péče a co nejčasnější nácvik odezírání. Využití zbytků sluchu je samozřejmostí. Metodicky lze postupovat od lokalizace zdroje zvuku, dále by mělo být dítě schopné diferenciovat zvuky, rytmizovat slova a být schopné analýzy a syntézy slov. I u dětí se sluchovým postižením respondentky opět doporučovaly komplexní přístup a rozvoj všech smyslů.

Respondentky, které odpovídaly písemnou formou doporučovaly, postupovat při nápravě dysgramatismu u dětí se sluchovým postižením jako u nácviku cizího jazyka nebo využívat obdobných postupů jako u vývojových dysfází. Tato doporučení by bylo jistě nutné dále rozvést, což nebylo při písemném dotazování možné. Během rozhovorů dotazované logopedky

zdůrazňovaly, že obzvláště u problematiky dysgramatismu záleží, zda se u dítěte se sluchovým postižením neobjevuje ještě další přidružené postižení, především postižení kognitivní. Ke správnému tvoření vět doporučují využívat vizuální podpory pomocí obrázků, ze kterých si mohou děti tvořit například sešity, ve kterých se také přehledně orientují i v tom co se již naučily. Používání správných předložkových vazeb respondentky u dětí trénují na reálných předmětech (např.: „*Vezmi lžičku a dej jí před skleničku*“). U dětí s lehčím sluchovým postižením lze na nápravě dysgramatismu pracovat již od začátku logopedické intervence. Jak se ale zmiňuje jedna z respondentek, tak u dětí s těžším sluchovým postižením přistupujeme k této nápravě až v momentě, kdy je jeho komunikace funkční a jasná. Podle zkušeností respondentek přináší logopedům důležité informace pozorování komunikace rodiče s dítětem, jelikož zde mohou odhalit gramatické chyby, které rodiče přenášejí také na jejich dítěte. Na dítě bychom měli mluvit vždy gramaticky správně.

U další otázky týkající se nápravy dyslálie u dětí se sluchovým postižením jsme se s respondentkami pozastavili především nad vhodnými pomůckami. Velice oblíbenými shledávaly dotazované logopedky tablet a počítačové programy. Zmiňovaný byl program Speech Viewer, Mentio a program Brepta. Další často využívané pomůcky jsou indikátory hlásek, rotavibrátor, diktafony či různé druhy logopedických sond a špachtlí, ke kterým ovšem doporučují přistupovat jako k jedné z posledních možností. Tak jak tomu bylo u dětí se zrakovým postižením a dyslálií, je i u dětí se sluchovým postižením přínosné odhmatávání artikulačního postavení mluvních orgánů rukou na obličejí druhé osoby. Nápomocné mohou být i pomocné artikulační znaky. O používání logopedického zrcadla panovaly mezi respondentkami rozdílné názory. Respondentka, která byla přesvědčená o vhodnosti logopedického zrcadla, doporučovala postupovat před zrcadlem od vokálů (A, E, I, O, U), tak aby dítě vidělo polohu úst. Lze také využít kroužky, které jsou seřazeny podle velikosti čelistního úhlu. Spousta hlásek není (nebo je špatně) odezíratelná, a tak je například u souhlásek P a B vhodné mimické přehánění, tak aby to dítě poznalo rozdíl. Opomenutá by neměla být ani průpravná a dechová cvičení, která by měla být prováděná hravou formou.

Prozodické faktory řeči (melodie, tempo, rytmus) bývají u dětí se sluchovým postižením v různé míře narušeny téměř vždy. I v této oblasti, je dle odpovědí respondentek, vhodné využívat již zmíněný program Mentio a tablet. Často doporučována byla také rytmizační cvičení, při kterých se dá využívat bubínek a jiné hudební nástroje.

Odpověď pražské respondenty na otázku č. 12.: Jak pracujete při logopedické intervenci na lepší srozumitelnosti řeči dětí se sluchovým postižením, kterou ovlivňují její modulačních faktory?

*„Tam je základ, aby to dítě mělo dobře posazený hlas, aby dobře dýchalo...melodie ta se dá zase nějak vizualizovat. Tam někdy opravdu pomáhá to Mentio anebo jenom nahrávání na nějaký iPad, kde se vám promítají ty křivky .... Vytleskávání nepoužívám z jednoho důvodu. Ne všechny děti mají dobře zkoordinovaný toto (tleská) a potom zvlášť u sluchově postižených toto MA-MIN-KA (vytleskává) moc sekají, jednak do toho mluví nahlas, nemusí se tak dobře slyšet a třeba to tlesknutí (tleskne) pro ně může být i nepříjemné...“*

Speech Viewer byl doporučován i v oblasti nápravy charakteristických poruch řeči dětí se sluchovým postižením. Za osvědčené považují respondentky také vizualizaci síly hlasu a následnou spolupráci s foniatrem.

Dvě z respondentek se ve své prozatímní praxi s kombinací sluchového postižením a huhňavostí či narušením plynulosti řeči nesetkaly. Ostatní respondentky doporučují nejdříve odstranit příčinu huhňavosti a dále postupovat klasickým a komplexním přístupem. Vyzdvížena byla publikace Aleny Tiché, ve které se autorka zabývá dechovými cvičení, používáním písniček a rytmizací.

Při komunikaci s dítětem se sluchovým postižením bychom měli dbát určitých pravidel. Tyto jednoduché rady zazněly ze strany respondentek i během rozhovorů. Když například mluvíme s dítětem se sluchovým postižením, tak by se dítě mělo dívat na obličej, s dítětem nemluvíme, pokud je otočené zády, vždy se snažíme spojovat vjemy sluchové i zrakové, dbáme na dobře osvětlený obličej, upozorňujeme na konkrétní zvuky – odemykání, tekoucí voda atd., ale neopomínáme ani péči o sluchadla. Kromě těchto zásad respondentky doporučují spolupráci s logopedem a pracovníky speciálněpedagogických zařízení, jejichž radami by se měli rodiče i učitelé řídit. Za vhodné považují hru s ozvučenými hračkami a různými hudebními nástroji.

## Diskuse

Výzkumné šetření, kterého se účastnilo 5 respondentek z celkového počtu 66 oslovených logopedů, je rozděleno kvůli zajištění větší přehlednosti do 3 oblastí – předchozí zkušenosti logopedů s problematikou symptomatických poruch řeči u dětí se senzorigickým postižením, narušená komunikační schopnost u dětí se zrakovým postižením a narušená komunikační schopnost u dětí se sluchovým postižením. Tyto oblasti dohromady obsahují 15 otázek, které se zajímají o předchozí zkušenosti logopedů s touto problematikou, vývojem řeči, konkrétními symptomatickými vadami řeči a doporučeními logopedů pro rodiče a učitele dětí předškolního věku se senzorigickým postižením.

Metoda pro získávání informací byla dvojí. Hlavní metodou se stal polostrukturovaný rozhovor. Druhá metoda byla využita vzhledem k omezeným časovým možnostem dvou z respondentek, které se výzkumného šetření chtěly účastnit. I když jsou data získaná dotazníkovou metodou přehlednější, tak lze zpětně posoudit, že pro potřeby tohoto výzkumu byla vhodnější metoda polostrukturovaného rozhovoru, kvůli již v textu zmíněné výhodě dalšího upřesňujícího dotazování během kladení konkrétních otázek. Jako další výhodu v užití metody polostrukturovaného rozhovoru spatřujeme v okamžitém získání potřebných informací, než jak je tomu v dotazníkovém šetření, kdy nemusí být návratnost odpovědi vysoká.

Odpovědi respondentek byly schnuty do uceleného celku, podle již zmíněných 3 základních oblastí ve výzkumném šetření.

Během celého výzkumu se objevovaly i další otázky či domněnky, které vznikaly na základě získaných informací a jejich okolností, které by bylo vhodné dále prozkoumat, ale bohužel pro to není v této práci příležitost. Příkladem může být poměr mezi oslovenými logopedy a konečným počtem respondentů. Jelikož je tento počet tak rozdílný, můžeme jen spekulovat, zda se jednalo o časovou vytíženost, nechuť odborníků účastnit se na výzkumu pro účely bakalářské práce, nedostatek zkušeností s touto problematikou či za to mohlo neefektivní vyhledávání a oslovování potenciálních respondentů.

U dotazování jsme s respondentkami mnohdy narazily na velice zajímavá témata, které se ne vždy týkala přímo výzkumné oblasti, i když s ním do jisté míry souvisela. Jako příklad lze uvést úroveň komunikačních schopností rodičů, především maminek, kteří podle zkušenosti jedné z respondentek neumí v dnešní době svůj mluvní styl přizpůsobit potřebám dítěte a mluví na něj příliš složitě. S tímto se ve své praxi setkává hlavně u vysokoškolsky vzdělaných rodičů.

Při shromažďování získaných informací nás velice zaujaly rozdílné postoje logopedů, které se týkaly využívání pomůcek jako je logopedické zrcadlo, které bývá mezi logopedy hojně využíváno. Tento postřeh logopedky, která zrcadlo nevyužívá, plyne z prostého důvodu. Dítě je jím totiž během logopedické intervence rozptylováno a nesoustředí se na pokyny logopeda, což považujeme za relevantní důvod k jeho nevyužívání a raději přistoupení k jinému postupu. Ostatní dotazované respondentky logopedické zrcadlo využívají.

Obdobná situace nastává také při využívání technických pomůcek – tablety, programy Speech Viewer, Mentio a Brepta během logopedické intervence, které jsou na jedné straně respondentkami doporučovány nejčastěji k nápravě dyslálie, ale zároveň během rozhovorů zaznělo také doporučení jedné z respondentek, která varuje před přehnaným užíváním novějších technologií, ze kterých dítě jen pasivně přijímá informace.

Jsme toho názoru, že v dnešní době dochází k přehlcování dětí technologiemi, které mohou být použity v dobrém úmyslu, ale jejich efekt je spíše opačný. Ve využívání počítačových programů v logopedické intervenci ovšem nevidíme problém, jelikož jsou tyto programy pro dítě jistě příjemnější a více motivující. Problematika používání moderních technologií je však primárně záležitostí výchovného přístupu rodičů.

Pokud lze z proběhlých rozhovorů a získaných písemných informací vyzdvihnout jednu či dvě zásady, které jsou všeobecně uplatnitelné, tak bychom jako první určitě upozornili na doporučení, které logopedy, rodiče i učitele nabádá přistupovat k dítěti vždy s posouzením jeho momentálního vývojového hlediska a připravenosti na požadavky, které jsou na něj vyvíjeny.

Druhou velice podstatnou zásadou, která by neměla být nikdy opomíjena, je zásada komplexního přístupu k dítěti. Respondentky doporučují se u dítěte vždy snažit o rozvíjení všech jeho smyslů, a to i těch jejichž kvalita je snížena vlivem zrakového a sluchového postižení. Dále zdůrazňují neopomíjet žádnou oblast jeho osobnosti.

Naopak za nevhodné považujeme příliš časté využívání sladkostí jako motivace ke spolupráci dítěte a větší atraktivnosti sond a špachtlí. Nejen z toho důvodu, že sladkosti nejsou zdravé, ale také z toho důvodu, že dítě může sladkosti vyžadovat i při další intervenci, kde již nemusí logoped chtít sladkosti využívat a sníží se tak motivace dítěte k činnosti, která byla do této doby podmíněna sladkostí.

Praktické části této bakalářské práce byl stanoven cíl zprostředkovat a shromáždit praktické postřehy a doporučení odborníků – logopedů, kteří se během své dosavadní praxe

setkali s dětmi se senzorickým postižením, u nichž se v různé míře vyskytuje narušení komunikačních schopností, a s nimiž nadále pracují. Aby bylo dosaženo daného cíle, je podstatné zajistit co největší počet respondentů. Tato podmínka, bohužel, nebyla splněna v takové míře, v jaké byla velikost výzkumu plánována. Ale i tak mohou být získané doporučení logopedů přínosné, v tom že poskytují náhled na danou problematiku v podobě ukázky toho, jak postupují dotazované respondentky.

## **Doporučení pro praxi**

Z poznatků, které jsme během vedení rozhovorů a zpracovávání odpovědí respondentek získali, můžeme poznamenat, že dotazované respondentky vždy doporučovaly spolupráci mezi různými odborníky a rodiči, ale v praxi by ocenily zlepšení této úrovně spolupráce mezi rodiči a logopedy, logopedy a učiteli mateřských škol i logopedy a vysokoškolskými pracovišti.

Za vhodné bychom taktéž sledovali uskutečnění nových výzkumů, obzvláště týkajících se četnosti výskytu symptomatických poruch řeči u dětí se sensorickým postižením. Obzvláště neprozkoumanou se nám zdá být oblast symptomatických poruch řeči u dětí se zrakovým postižením. Toto doporučení plyne z faktu, že v českých odborných publikacích jsou stále využívány výzkumy i z poloviny minulého století a nynější situace může být úplně jiná.

Pokud se zpětně podíváme na získaná data o nápravě verbalismu a narušeného koverbálního chování u dětí se zrakovým postižením, tak si můžeme povšimnout, že dotazované logopedky v této oblasti tápají, a tak je naším dalším doporučením zvýšit erudovanost této oblasti.

## Závěr

Hlavním tématem a předmětem celé této bakalářské práce byly děti předškolního věku se sensorickým postižením, u nichž se objevují symptomatické poruchy řeči, které jsou doprovodným projevem jejich primárního postižení.

V teoretické části práce jsme v základních dvou kapitolách vymezili zvlášť symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se zrakovým postižením a symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se sluchovým postižením. V jejich dalších rozvíjejících podkapitolách byl definován pojem zrakové a sluchové postižení, příčiny jejich vzniku a klasifikace užívaná ve speciálněpedagogické praxi. Dále jsme se zajímali o osobnost dítěte předškolního věku s ohledem na jeho zrakové a sluchové postižení, a to především na sféru vývoje řeči a možnosti podpory řečového vývoje. Stěžejními podkapitolami bakalářské práce ovšem byly ty části, jež se zabývaly konkrétními symptomatickými poruchami řeči dětí se zrakovým a se sluchovým postižením, jejich příčinou a logopedickou intervencí.

Poznatky obsažené v teoretické části bakalářské práce byly získány studiem české odborné literatury, která byla doplněna informacemi ze zahraničních zdrojů, jelikož problematika symptomatických poruch řeči stojí v současné době na okraji zájmu odborníků, a tak je z tohoto důvodu počet publikací zabývajících se tímto tématem omezený.

Záměrem praktické části této bakalářské práce bylo zprostředkovat a shromáždit praktické postřehy a doporučení odborníků – logopedů, kteří se během své dosavadní praxe setkali s dětmi se sensorickým postižením, u nichž se v různé míře vyskytuje narušení komunikačních schopností, a nadále s nimi pracují. Touto formou jsme se pokusili tyto pro praxi jistě přínosné informace ucelit. Zdůrazňujeme, že tato získaná doporučení nejsou a ani nemohou být využitelná u všech dětí se zrakovým a se sluchovým postižením, jelikož je každé dítě jedinečnou osobností, která má jiné schopnosti a potřeby. A tak je nutné z těchto uváděných doporučení a zkušeností respondentek vybrat právě to, které bude co nejvíce vyhovovat konkrétnímu dítěti.

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou podobách, což ale nebylo prvotním záměrem. Výsledky výzkumu, byly rozděleny do 3 oblastí – předchozí zkušenosti logopedů s problematikou symptomatických poruch řeči u dětí se sensorickým postižením, narušená komunikační schopnost u dětí se zrakovým postižením a narušená komunikační schopnost u dětí se sluchovým postižením. Tyto oblasti v celku obsahovaly 15 otázek, které se zajímaly o předchozí zkušenosti logopedů s touto problematikou, o vývoj řeči dětí se sensorickým



postižením a jeho podpoře, konkrétními symptomatickými vadami řeči a doporučeními logopedů pro rodiče a učitele dětí předškolního věku se sensorickým postižením.

Přínosnými se nám zdají být především doporučení respondentek mířených na rodiče a učitele dětí předškolního věku se zrakovým a se sluchovým postižením. Jako nejčastěji se objevujícím doporučením dotazovaných logopedek, které bylo určeno pro rodiče či učitele dětí se zrakovým a se sluchovým postižením v mateřských školách, byla pravidelná návštěva logopeda a vzájemná spolupráce mezi logopedickými pracovníky, speciálně-pedagogickými centry a rodiči. Velkou roli taktéž hraje logopedická prevence a komplexní přístup k dítěti.

## Seznam bibliografických citací

1. ANCA, Maria. 2010. *CORRECTING PRONUNCIATION DISORDERS IN INDIVIDUALS WITH HEARING IMPAIRMENT BY USING SOFTWARE FOR SPECTRAL ANALYSIS OF SPEECH*. Studia Universitatis Babes-Bolyai, Psychologia-Paedagogia [online], 1, 181-188 [cit. 2017-04-19]. ISSN 12218111.
2. BRAMBRING, M. 2007. *Divergent development of verbal skills in children who are blind or sighted*. *JOURNAL OF VISUAL IMPAIRMENT* [online], 101(12), 749-762 [cit. 2017-04-19]. ISSN 0145482X.
3. ERIKS-BROPHY, A, S GIBSON a SK TUCKER. 2013. *Articulatory Error Patterns and Phonological Process Use of Preschool Children with and without Hearing Loss*. *VOLTA REVIEW* [online], 113(2), 87-125 [cit. 2017-04-19]. ISSN 00428639.
4. FERNANDES, Ana Cláudia a Rita DE CASSIA IETTO MONTILHA. 2015. *THE COMPREHENSIVE EVALUATION IN SPEECH THERAPY FOR PEOPLE WITH VISUAL IMPAIRMENTS: A CASE REPORT*. *Revista CEFAC* [online]. 17(4), 1362-1369 [cit. 2017-04-19]. ISSN 15161846.
5. FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1857-5.
6. FINKOVÁ, Dita, Veronika RŮŽIČKOVÁ a Kateřina KROUPOVÁ. 2010. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2517-7.
7. HAHN, Aleš. 2007. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0529-3.
8. HANÁKOVÁ A., KROUPOVÁ, K. 2015. *Fenomén symptomatických poruch řeči u osob se senzorickým postižením z pohledu logopedů*. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*, roč. 5, č. 2, s. 79–97. ISSN 1804-526X
9. HOLMANOVÁ, Jitka. 2002. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-162-8.
10. HORÁKOVÁ, Radka. 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.
11. HYCL, Josef a Lucie TRYBUČKOVÁ. 2008. *Atlas oftalmologie*. 2. vyd. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-160-4.

12. CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
13. JESENSKÝ, Ján. 2000. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-196-1.
14. JESENSKÝ, Ján. 2002. *Základy komprehenzivní tyflopédie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-329-8.
15. KLENKOVÁ, Jiřina. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.
16. KOCHOVÁ, Klára a Markéta SCHAEFEROVÁ. 2015. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0782-5.
17. KRAHULCOVÁ, Beáta. 2002. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Nakladatelství Karolinum, 303 s. ISBN 80-246-0329-2.
18. KRAHULCOVÁ, Beáta. 2013. *Dyslalie – patlavost: vady a poruchy výslovnosti*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-1-0.
19. KRAHULCOVÁ, Beáta. 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra, 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7.
20. KUDELOVÁ, Ivana a Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ. 1996. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku: raná péče o dítě se zrakovým a kombinovaným postižením*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-24-9.
21. KUCHYNKA, Pavel. 2007. *Oční lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1163-8.
22. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. 2000. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-84-2.
23. LANGER, Jiří. 2013a. *Úvod do pedagogiky osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3745-3.
24. LANGER, Jiří. 2013b. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3702-6.
25. LANGER, Jiří a Eva SOURALOVÁ. 2013. *Výchova a vzdělávání osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3701-9.
26. LECHTA, Viktor. 2011. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4.
27. LEJSKA, Mojmír. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-038-7.

28. LUDÍKOVÁ, Libuše, Dita FINKOVÁ a Kateřina KROUPOVÁ. 2013. *Teoretická východiska speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3700-2.
29. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
30. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
31. PIPEKOVÁ, Jarmila. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
32. POTMĚŠIL, Miloň. 2007. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 197 s. ISBN 978-80-246-1300-0.
33. POTMĚŠIL, Miloň. 2015. *Osobnost dítěte v kontextu vady sluchu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 227 s. Monografie. ISBN 978-80-244-4729-2.
34. SHOJAEI, E., Z. JAFARI a M. GHOLAMI. 2016. *Effect of early intervention on language development in hearing-impaired children*. Iranian Journal of Otorhinolaryngology [online], 28(1), 13 - 21 [cit. 2017-04-19]. ISSN 2251726X.
35. SKÁKALOVÁ, Tereza. 2011. *Uvedení do problematiky sluchového postižení: učební text pro studenty speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-098-6.
36. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.
37. ŠPAČKOVÁ, Kateřina. 2012. *Základy oftalmologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3059-1.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. 1995. *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-053-X

## **Seznam internetových zdrojů**

39. BROOKS, Carla A. *Communication Skills for Children Who Are Blind or Visually Impaired*. In: Family connect [online]. 2017 [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: <http://www.familyconnect.org/info/browse-by-age/infants-and-toddlers/growth-and-development-iandt/communication-skills-for-children-who-are-blind-or-visually-impaired/1235>

40. *Deafness and hearing loss: Fact sheet*. In: World Health Organization [online]. 2017 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>
41. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: NEMOCI OKA A OČNÍCH ADNEX (H00–H59)*. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2014 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
42. *Visual impairment and blindness: Fact Sheet N°282*. In: World Health Organization [online]. 2014 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en>

## Seznam příloh

Příloha č. 1.....Informovaný souhlas

## **Informovaný souhlas**

Níže podepsaný participant souhlasí s rozhovorem pro účely bakalářské práce Terezy Jeřábkové na téma Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku sensorickým postižením. Veškerá data budou anonymizována, nebudou zneužita a poslouží pouze pro účely bakalářské práce.

V .....

Dne .....

Podpis:

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Tereza Jeřábková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Symptomatické poruchy řeči u dětí předškolního věku se sensorickým postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Symptomatic Speech Disorders of Preschool Children with Sensory Disabilities
<b>Anotace práce:</b>	Tato bakalářská práce pojednává o problematice symptomatických poruch řeči u dětí se zrakovým a se sluchovým postižením, u nichž se symptomatická porucha řeči objevuje jako doprovodný projev jejich primárního postižení. Praktická část této bakalářské práce obsahuje informace a doporučení získané rozhovory a písemnými odpověďmi pěti logopedických pracovníků, kteří s touto cílovou skupinou dětí pracují.
<b>Klíčová slova:</b>	Symptomatické poruchy řeči, zrakové postižení, sluchové postižení, logopedická intervence.
<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor thesis deals with the issue of symptomatic speech disorders of children who are visual and hearing impaired. Symptomatic speech disorder appears as a parallel phenomenon of their primary disability. The practical part of this thesis contains information and recommendations gained by



	interviews and written replies of five Speech therapists who work with this target group.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Symptomatic speech disorders, visual impairment, hearing impairment, speech therapy.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Informovaný souhlas
<b>Rozsah práce:</b>	57
<b>Jazyk práce:</b>	Český