

Sdílené čtení knih s malými dětmi

Sdílené čtení knih s malými dětmi, zejména v raném věku, představuje velmi bohatý a přirozený kontext pro rozvoj jazyka, komunikace i vztahu mezi dítětem a dospělým. I když může zvenčí působit nenápadně, ve skutečnosti nabízí množství příležitostí k podpoře porozumění, slovní zásoby a interakce, a zároveň umožňuje odborníkům, jako jsou logopedi, modelovat efektivní strategie pro rodiče a pečující osoby. Smysl sdíleného čtení je však důležité vždy znovu promýšlet, protože rodiny k němu přistupují s různými hodnotami a cíli. Pro někoho je čtení především vzdělávací aktivitou, pro jiného zdrojem radosti, blízkosti a uklidnění, a pro některé rodiny – například v náročných sociálních podmínkách – může mít čtení hlubší význam jako způsob podpory odolnosti a pocitu bezpečí u dítěte. Porozumění tomu, proč rodina čte, pomáhá odborníkům rozhodnout, zda je sdílené čtení vhodným terapeutickým kontextem a jak jej přizpůsobit tak, aby respektovalo rodinné hodnoty a kulturní zázemí, přičemž je důležité vyhnout se deficitnímu pohledu, který klade vinu za vzdělávací nerovnosti na domácí prostředí místo na systémové faktory.

Zároveň je třeba si uvědomit, že sdílené čtení může nést i určitá rizika. Pokud je dítě do knih nuceno bez ohledu na svůj zájem a prožitek, může se u něj vytvořit negativní vztah ke čtení, tzv. „brokolicový efekt“, kdy se knihy stanou něčím nechtěným a nepříjemným. Výzkumy ukazují, že část typicky se vyvíjejících dětí čtení nemá ráda a u dětí s jazykovým oslabením je tento podíl ještě vyšší. Proto je u dětí v péči odborníků klíčové nejprve budovat pozitivní zkušenosti s knihami, sledovat míru zájmu a přizpůsobovat čtení temperamentu, jazykovým schopnostem i aktuálnímu naladění dítěte. Pomoci mohou knihy se smyslovými prvky, ponechání kontroly dítěti nad tím, jak s knihou zachází, nebo volba vhodného času a prostředí, kdy je dítě klidnější a otevřenější interakci.

Pokud je cílem sdíleného čtení cíleně rozvíjet jazyk, využívají se přístupy souhrnně označované jako interaktivní sdílené čtení. Jedním z nejznámějších je dialogické čtení, které staví na aktivním dialogu o knize a podporuje hlubší porozumění, myšlení a vyvozování souvislostí. Dospělý dítě podněcuje otázkami, reaguje na jeho odpovědi, rozšiřuje je a znovu se k nim vrací, přičemž využívá různé typy podnětů – od doplňování vět přes otevřené otázky až po propojování příběhu s reálným světem dítěte. Pro děti na ranější úrovni komunikace jsou velmi užitečné i obecné strategie podpory jazyka, jako jsou rozšiřování výpovědí, přetváření dětských sdělení do bohatší podoby nebo modelování cílového jazyka. V tomto případě kniha slouží spíše jako vizuální a tematický podnět k rozhovoru než jako pevně sledovaný příběh.

Zásadní součástí práce logopeda či terapeuta je také podpora dospělých v dětském okolí. Protože rodiče a učitelé tráví s dítětem mnohem více času než odborník, má jejich zapojení obrovský dopad. Efektivní koučink pečujících osob vyžaduje respekt k jejich cílům a kapacitám a také rozlišení, kdy má čtení sloužit čistě k odpočinku a kdy může být příležitostí k cílené jazykové stimulaci. Praktické hodnoticí seznamy a přehledné materiály mohou rodičům pomoci lépe si uvědomit klíčové aspekty společného čtení, jako je zapojení dítěte, práce se slovní zásobou nebo způsob kladení otázek. Podobně je možné spolupracovat s pedagogy ve třídách a společně obohacovat čtení prospěšné pro všechny děti, včetně těch s jazykovými obtížemi.

Výzkumy zároveň ukazují, že sdílené čtení lze úspěšně adaptovat pro různé klinické populace, například pro děti s poruchou autistického spektra, se sluchovým postižením, s komplexními komunikačními potřebami nebo dokonce pro předčasně narozené děti. Úpravy mohou zahrnovat vizuální opory, bezchybové učení, personalizované knihy či přímou výuku slovní zásoby. Neméně důležitý je také výběr samotných knih – je třeba zohlednit jejich přístupnost, jazyk, kulturní relevanci, formu (tištěnou či digitální) i to, jaké hodnoty a sdělení předávají. Sdílené čtení tak nepřispívá jen k rozvoji jazyka, ale i k

budování raných čtenářských dovedností, vztahu ke knihám a k učení obecně. Pokud je realizováno citlivě, flexibilně a ve spolupráci s rodinou, může se stát velmi silným nástrojem podpory dětského vývoje.

Garcia-Salas, M., Torres-Chavarro, M., & Wood, C. (2025). Exploring shared book reading perspectives and practices in migratory and unhoused families: A strengths-based analysis. *Communication Disorders Quarterly*. <http://doi.org/10.1177/15257401251363970>

Kaderavek, J., & Justice, L. M. (2002). Shared storybook reading as an intervention context. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [http://doi.org/10.1044/1058-0360\(2002/043\)](http://doi.org/10.1044/1058-0360(2002/043)) [available to ASHA members]

Myrberg, K., Fältman, N., & Lundeborg Hammarström, I. (2025). Assessment of joint book reading: Development of an observational checklist. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <http://doi.org/10.1080/17549507.2025.2579044> [open access]

Steed, E. A., Cuevas Dias, R., Baik, C., & Fetting, A. (2025). Family-implemented shared book reading with children with disabilities: A systematic literature review. *Topics in Early Childhood Special Education*. <http://doi.org/10.1177/02711214251381529>

Towson, J. A., Akemoglu, Y., Watkins, L., & Zeng, S. (2021). Shared interactive book reading interventions for young children with disabilities: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology*. http://doi.org/10.1044/2021_ajslp-20-00401 [available to ASHA members]

Radioterapie u pacientů s nádory hlavy a krku

Radioterapie u pacientů s nádory hlavy a krku je dobře známá svými negativními dopady na polykání a příjem potravy. Výzkumy ukazují, že zatímco většina pacientů vstupuje do radioterapie s funkčním orálním příjmem, ke konci léčby téměř všichni v určité fázi přestanou jíst tuhou stravu a přibližně 30–50 % z nich se stává závislými na výživové sondě. Omezení nebo ztráta perorálního příjmu následně spouští začarovaný kruh nevyužívání, svalové atrofie, fibrózy, oslabení a dalšího zhoršování dysfagie. Přesto se mezi zdravotnickými zařízeními výrazně liší načasování odeslání těchto pacientů ke klinickému logopedovi. Navzdory důkazům, že časné zapojení logopeda přináší lepší výsledky, je stále běžné, že se k nám pacienti dostávají až v pokročilé fázi radioterapie, kdy již trpí závažnými obtížemi a je nutné reagovat na vzniklé komplikace místo jejich prevence.

V oblasti nádorů hlavy a krku již existuje řada poznatků o vlivu radioterapie na polykání, chuť či rychlost polykání a o tom, jak mohou logopedi pacientům pomoci udržet si funkci polykání prostřednictvím jídla a cvičení v průběhu léčby. Často však chybí jasný, konkrétní a praktický návod, jak přesně postupovat v klinické praxi. Právě na tuto potřebu reagují tzv. PRO-ACTIVE intervence, které představili Hutcheson a Martino. Nejde o vágní rámec, ale o detailně popsání terapeutické postupy typu „krok za krokem“, vycházející z konceptu EAT-RT, tedy „jíst po celou dobu radioterapie“.

Na základě tohoto konceptu autoři popsali tři terapeutické modely, které lze využít jak u pacientů zařazených preventivně, tak u těch, kteří jsou referováni až reaktivně. Model PRO-High je zaměřen na maximalizaci faryngeální aktivity před a během radioterapie prostřednictvím kombinace cíleného polykacího cvičení a aktivního příjmu potravy. Model PRO-Low se soustředí na podporu faryngeální aktivity výhradně skrze zachování orálního příjmu bez systematického cvičení. Reaktivní model je určen pro situace, kdy se dysfagie rozvine až v průběhu radioterapie, a kombinuje intervenci pomocí jídla i cvičení v reakci na vzniklé obtíže.

Autoři k těmto modelům poskytují velmi konkrétní instrukce a praktické materiály pro terapii, včetně edukačních letáků pro pacienty, které vysvětlují princip radiací navozené dysfagie a zdůrazňují význam jídla a cvičení pro zachování polykací funkce, dále přehledných doporučení EAT-RT, cvičebních protokolů s ilustracemi, standardů IDDSI pro práci se zahuštěnými tekutinami, nástrojů pro hodnocení orálního příjmu a také praktického „polykacího balíčku“ pro vyšetření a terapii. Tyto intervence jsou primárně určeny pro pacienty, kteří do radioterapie vstupují s funkčním polykáním, nicméně autoři zdůrazňují nutnost vždy zohlednit celkový klinický obraz pacienta. Abnormální nálezy na VFSS či FEES, snížená orální efektivita nebo přidružená onemocnění zvyšující riziko dysfagie mohou být důvodem k volbě intenzivnějšího či individualizovaného terapeutického přístupu.

Celkově tyto postupy představují vítanou oporu v klinické praxi, která je často zatížena rozhodovací únavou a nejistotou. Nabízejí jasné vodítko, jak s pacienty s nádory hlavy a krku během radioterapie pracovat systematicky, a přitom dostatečně flexibilně, aby bylo možné zohlednit jejich individuální potřeby a maximalizovat šanci na zachování funkčního polykání.

Hutcheson, K. A., & Martino, R. (2025). Therapy manuals for clinically implementing Proactive and Reactive Swallowing Therapies during head and neck radiotherapy: Using the TIDieR framework to disseminate PRO-ACTIVE trial interventions. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. https://doi.org/10.1044/2025_persp-25-00093 [available to ASHA members]

Nástroje pro hodnocení při vyšetření polykání dětí

Pokud by se někdo podíval do tašky klinického logopeda mířícího na pediatrické vyšetření krmení, mohl by mít pocit, že se inspirujeme Mary Poppinsovou. Kromě zrcátka a metru se tam často nachází i klinické hodnoticí nástroje pro krmení, které nám pomáhají strukturovat pozorování a popsat funkční dopad obtíží dítěte. Nabídka těchto nástrojů je široká a každý odborník má své oblíbené, ale vyvstává otázka, jak poznat, které z nich jsou skutečně kvalitní a pro které děti se hodí.

Marshall a kolegové se této otázce věnovali přehledovou studií zaměřenou na klinické hodnoticí nástroje, které přímo měří krmné dovednosti dětí od šesti měsíců do osmnácti let. U jednotlivých nástrojů hodnotili jejich reliabilitu, validitu a schopnost zachytit změnu v čase. Zjistili, že pouze několik z nich dosahuje dostatečných hodnot jak v oblasti reliability, tak validity, konkrétně škály zaměřené na žvýkací výkon, délku jídla, pozorování a hodnocení mastikace, oromotorické dovednosti a testy zaměřené na žvýkání a polykání pevné stravy. Zároveň však autoři dospěli k závěru, že v současnosti neexistuje univerzální klinický hodnoticí nástroj, který by byl „dokonalý pro všechny děti“. Důvodem je především velká heterogenita pediatrických poruch příjmu potravy a samotných dětí. I nástroje, které jsou spolehlivé a validní, často postrádají schopnost citlivě měřit změnu v čase, což je přitom důležité jak pro obhajobu terapie, tak pro její další plánování.

Autoři proto kladou důraz na klinický úsudek a vyzývají logopedy, aby vybírali hodnoticí nástroj s ohledem na konkrétní dítě a jeho kontext. Zároveň poskytují praktickou oporu: v přehledné tabulce uvádějí další nástroje, které sice nesplnily kritéria validity, ale vykazují dobrou reliabilitu. Tyto nástroje mohou sloužit jako doplňkové či sekundární metody, například při sledování specifických dovedností, naplnění požadavků pojišťoven na standardizované či kvantifikované údaje nebo při edukaci rodičů. Tabulka přehledně organizuje jednotlivé nástroje podle věku dítěte, cílové populace a oblasti krmení, na kterou se zaměřují, a zároveň uvádí informace o jejich dostupnosti a způsobu administrace.

Další cennou pomůckou je schéma otázek, které pomáhá kriticky posoudit validitu a reliabilitu libovolného hodnoticího nástroje ještě před jeho použitím. Autoři však zdůrazňují, že ani ten nejlepší klinický hodnoticí nástroj nesmí být používán izolovaně. Komplexnost pediatrických poruch krmení vyžaduje individuální a vícerozměrný přístup, který zahrnuje spolupráci s multidisciplinárním týmem, využití screeningových nástrojů, znalost vývojových norem, podrobnou anamnézu včetně stravovacích zvyklostí, vyšetření orální struktury a funkce napříč úlohami, rodičovské dotazníky a přímé pozorování krmení a polykání. Právě v tomto širším kontextu mají klinické hodnoticí nástroje své důležité, ale nikoli jediné místo.

Celkově text vyznívá jako povzbuzení k odborné jistotě a kritickému myšlení. Logopedi mají k dispozici „kouzelnou tašku“ plnou nástrojů, znalostí a zkušeností, a pokud je používají promyšleně a v souvislostech, mohou nabídnout dětem s obtížemi v krmení skutečně kvalitní a individualizovanou péči.

Marshall, J., Gosa, M. M., & Dodrill, P. (2025). A systematic review of clinical assessment tools that evaluate the feeding skills domain for paediatric feeding disorder. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.1080/17549507.2025.2538617> [open access]

Autoscore

Pro všechny klinické logopedy, kteří se při hodnocení přepisů posluchačů potýkají s nedostatkem času nebo se transkripčním raději vyhýbají právě kvůli jejich časové náročnosti, přichází vítaná pomůcka v podobě nástroje Autoscore. Jde o bezplatný, otevřeně dostupný online nástroj, který automaticky vypočítá srozumitelnost řeči na základě porovnání cílové věty a přepisu toho, co posluchač slyšel. Stačí zadat cílovou frázi a její přepis a program vše vyhodnotí za vás.

Srozumitelnost řeči je považována za klíčový výstupní ukazatel u dysartrie, protože přímo odráží, jak efektivně člověk komunikuje. V praxi však její hodnocení naráží na zásadní překážku: ruční přepis a následné porovnávání s cílovým textem je velmi časově i kognitivně náročné. Autoři nástroje Autoscore jej vyvinuli právě s cílem tento proces výrazně zrychlit. Pro ilustraci uvádějí, že jeden lidský hodnotitel strávil přibližně 40 hodin manuálním skórováním 160 přepisů o zhruba 300 slovech, což je časová zátěž, která se v klinické praxi rychle nasčítá.

Novější verze Autoscore byla rozšířena o další hodnoticí pravidla, aby lépe zachytila specifika testů srozumitelnosti řeči, například práci se složenými slovy. Validace této verze proběhla na více než 4 500 přepisech a ukázala, že výsledky Autoscore jsou téměř totožné s hodnocením lidských hodnotitelů, a to jak na úrovni jednotlivých vět, tak celkového skóre mluvčího. Pokud se rozdíly objevily, byly obvykle velmi malé a pohybovaly se v rozmezí jednoho až dvou bodů. Nástroj se osvědčil i u osob s těžší poruchou řeči, i když s rostoucí závažností se mírně zvyšovala chybovost, podobně jako u lidského hodnocení.

Autoscore je dostupný na webových stránkách Utah State University a jeho používání je z hlediska ochrany osobních údajů bezpečné, protože zadaná data se neukládají. Program pracuje s upravitelným souborem pravidel, která určují, co je považováno za shodu mezi cílovou větou a přepisem, takže si uživatel může pravidla přizpůsobit například dialektálním či gramatickým variantám. První nastavení sice vyžaduje určitou počáteční investici času, ale následné používání je již velmi rychlé a efektivní.

Práce s nástrojem probíhá v několika krocích. Nejprve si uživatel zvolí a případně upraví hodnoticí pravidla, včetně přijatelných pravopisných či gramatických odchylek. Následně se přepisy připraví v tabulce, obvykle v prostředí Excelu, a uloží se ve formátu CSV. Každý záznam obsahuje identifikátor klienta, cílovou větu, přepis slyšené odpovědi a případně i lidské skóre, které lze využít pro ověření shody s automatickým hodnocením. Po nahrání souboru do systému Autoscore se automaticky vygenerují výsledky, včetně samotného skóre a informace o tom, zda se shoduje s případným lidským hodnocením.

Ačkoli byl nástroj ověřován především na větách ze Speech Intelligibility Testu, lze do něj zadat jakékoli jiné stimuly, například standardizované pasáže nebo věty běžně používané v klinické praxi. Autoscore tak představuje praktický a časově úsporný nástroj, který může výrazně snížit administrativní zátěž logopedů a zároveň zachovat vysokou přesnost hodnocení srozumitelnosti řeči.

Borrie, S. A., Barrett, T. S., & Yoho, S. E. (2019). Autoscore: An open-source automated tool for scoring listener perception of speech. *Journal of Acoustical Society of America*. <https://doi.org/10.1121/1.5087276>

Stipancic, K. L., Barrett, T. S., Tjaden, K., & Borrie, S. A. (2025). Automated scoring of the speech intelligibility test using autoscore. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2024_ajslp-24-00276 [available to ASHA members]

Očekávání blížícího se momentu koktání

Očekávání blížícího se momentu koktání je velmi běžnou zkušeností u dospívajících i dospělých osob, které koktají. Výzkum Tichenora a kol. ukazuje, že téměř všichni dospělí a přibližně dvě třetiny adolescentů, kteří koktají, jsou schopni tyto momenty alespoň někdy předvídat. V takové situaci pak stojí před rozhodnutím, zda nadcházející koktání přijmout, nebo se mu vyhnout. To, jakým směrem se rozhodnutí ubírá, je podle autorů ovlivněno především dvěma faktory: tím, jak daný člověk o očekávaném koktání přemýšlí, a jaký má při mluvení cíl.

Pokud je anticipace koktání provázena opakujícím se negativním myšlením, často se rozvíjí sebezpevňující vzorec vyhýbavého chování. Myšlenky typu „Když budu koktat, bude to špatné“ nebo „Co když se mi budou smát?“ vedou mozek k tomu, že koktání vyhodnotí jako hrozbu. Přirozenou reakcí je pak snaha se této hrozbě vyhnout, například změnou slov, mlčením nebo úplným vyhnutím se komunikační situaci. Vyhýbání sice přináší okamžitou úlevu, zároveň však brání tomu, aby člověk zjistil, že obávaný scénář se nemusí naplnit. Negativní myšlenky tak zůstávají neprověřené a postupně se upevňují jako „důkaz“, že vyhýbání je správná strategie.

Jednou z cest, jak tento nezdravý cyklus narušit, je práce s negativními myšlenkami inspirovaná principy kognitivně-behaviorální terapie. Prvním krokem je pomoci klientům uvědomit si, jaké myšlenky se jim objevují v okamžiku anticipace koktání, protože tyto procesy často probíhají automaticky a bez povšimnutí. Druhým krokem je zpochybňování přesvědčení o očekávaném výsledku, například pomocí škály pravděpodobnosti. Nejde o to prohlásit negativní myšlenky za „nesprávné“, protože vycházejí z reálných a často bolestných zkušeností, ale o uvědomění, že výsledky nejsou jisté, nýbrž pravděpodobné. Třetím krokem je řízené vystavování se obávaným situacím, ideálně ve spojení s dobrovolným koktáním, které dává klientovi pocit určité kontroly. Užitečný je přístup „předpověz – udělej – reflektuj“, kdy klient nejprve odhadne, co se stane, poté situaci skutečně prožije a následně společně zhodnotí, zda se jeho očekávání naplnilo.

Autoři zároveň upozorňují na význam cíle, který si člověk při komunikaci stanoví. Pokud je cílem mluvit otevřeně, i za cenu slyšitelného koktání, je méně pravděpodobné, že se rozvine negativní myšlení a následné vyhýbání. Výzkum zároveň ukazuje, že mnoho dospělých osob, které koktají, na anticipaci reaguje spíše přijetím než vyhýbáním, což naznačuje, že adaptivní strategie zvládání jsou dosažitelné. Pokud tedy lidé, kteří koktají, budou anticipaci zažívat tak jako tak, má smysl jim pomoci, aby v těchto chvílích měli nejen obavy, ale i pocit smyslu, kontroly a možnost pozitivní zkušenosti.

Tichenor, S. E., Walsh, B., Gerwin, K. L., & Yaruss, J. S. (2025). Repetitive negative thinking as a mechanism of stuttering anticipation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. https://doi.org/10.1044/2025_jslhr-24-00175 [available to ASHA members]

Práce s neslyšícími

Logopedi se stále častěji setkávají s dětmi se sluchovým postižením, které jsou neslyšící nebo nedoslýchavé a používají znakový jazyk, a mnozí z nich by v těchto situacích uvítali možnost obrátit se na skutečné odborníky z komunity neslyšících. Studie Secory a kol., která vychází z dotazování expertů na oblast DHH, z nichž polovina byla sama neslyšící, přináší jasný konsenzus ohledně toho, jaké postoje,

znalosti a dovednosti by měl mít ne-specialista, aby mohl tuto populaci podporovat smysluplně a eticky. Největší shoda panovala nikoli v technických dovednostech, ale v oblasti postojů, kulturní pokory a porozumění tématům diverzity, rovnosti a inkluze. Odborníci zdůrazňují, že klíčovým východiskem práce s DHH dětmi je ochota uznat vlastní limity, být otevřený učení a přijmout, že pokora je tou nejdůležitější profesní kvalitou.

Zásadním krokem je přehodnocení tradičního pohledu na intervenci, kdy sluchová rehabilitace a mluvená řeč nejsou automaticky jedinou nebo nejvhodnější cestou. Odborníci z komunity neslyšících vybízejí k tomu, aby logopedi hodnotili všechny jazyky rovnocenně, upřednostňovali přístup k jazyku před snahou o řeč a pracovali z perspektivy, která respektuje jazykovou a kulturní identitu neslyšících dětí. Budování kulturního porozumění a přátelských postojů je přitom stejně důležité jako podpora samotného jazykového vývoje.

Na tomto kulturně afirmativním základě se pak odvíjí konkrétní klinická praxe. Logoped by měl být připraven úzce spolupracovat s dalšími odborníky, jako jsou učitelé neslyšících, tlumočníci znakového jazyka či rodilí uživatelé znakového jazyka, a rozumět specifikům této spolupráce. Důležité je také porozumění vývoji znakového jazyka, včetně znalosti vývojových milníků a principů hodnocení jazykových dovedností u dětí, které používají znakový jazyk. Experti zdůrazňují nutnost jasně rozlišovat mezi jazykovou deprivací a samotnou sluchovou deprivací a chápat, jak závažné a dlouhodobé dopady může nedostupnost přístupného jazyka mít. Proto je nezbytné, aby logoped měl přehled o různých komunikačních přístupech – od znakového a mluveného jazyka přes AAC až po cued speech – a byl připraven změnit směr intervence, pokud dítě nemá přístup k jazykově bohatému a srozumitelnému prostředí.

Součástí kompetencí generalisty by měly být i základní znalosti vývoje sluchového vnímání, orientace v právech a vzdělávacích systémech pro neslyšící děti a schopnost aktivně za dítě a jeho rodinu prosazovat podpůrná opatření ve škole i mimo ni. Odborníci rovněž apelují na to, aby se logopedi vzdělávali v oblasti sluchové rehabilitace způsobem, který není audistický, tedy neupřednostňuje slyšení a mluvenou řeč jako normu, ale nahlíží komunikaci neslyšících dětí sociokulturní a silně orientovanou optikou. Ačkoli se experti neshodli na tom, jakou úroveň znakového jazyka by měl generalista ovládat, panuje shoda v tom, že alespoň základní znalost znakového jazyka je vždy lepší než žádná.

Celkově tato doporučení připomínají, že nejdůležitějším prvním krokem je uvědomění si toho, co nevíme, a ochota to otevřeně přiznat. Přestože jsou generalističtí logopedi vystaveni velkému tlaku pokrývat široké spektrum potřeb, disponují hlubokými znalostmi jazykového vývoje, komunikace a práce s rodinami. Pokud jsou ochotni investovat čas do dalšího učení a naslouchat hlasům komunity neslyšících, mohou být pro DHH děti na svém seznamu skutečně efektivní a respektující oporou.

Secora, K., Lee, B., Coppola, M., & Smith, D. (2025). What skills and knowledge should speech-language pathologists have to work with deaf/hard of hearing children who use signed language? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. <https://doi.org/10.1093/jdsade/ena058>

Secora, K., Lee, B., Smith, D., & Coppola, M. (2025). Expert consensus on the role of speech-language pathologists in working with deaf children who use American Sign Language in the United States: A classical e-Delphi study. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00298 [open access]

EBP ve strukturovaném programu

Přestože se většina klinických logopedů hlásí k využívání praxe založené na důkazech, v každodenní realitě narážíme na řadu překážek. Přístup k odborným článkům není vždy snadný, časové i personální zdroje jsou omezené a neméně náročné je samotné přenesení výzkumných poznatků do konkrétního klinického prostředí. Právě tuto propast mezi výzkumem a praxí se snaží překlenout implementační věda, která se zaměřuje na to, jak podporovat skutečné a udržitelné změny v klinické práci. Pilotní studie Sandhamové a kol. přináší zajímavý pohled na roli komunit praxe jako nástroje ke zlepšení zavádění praxe založené na důkazech.

Autoři navrhli strukturovaný program profesního rozvoje, jehož cílem bylo posílit využívání EBP v klinických podmínkách. Studie zahrnovala 22 logopedů pracujících s autistickými dětmi v různých typech pracovišť a geografických oblastech, od městských až po velmi odlehlé regiony. Účastníci byli rozděleni do malých komunit praxe o třech až šesti členech, přičemž každou skupinu vedl facilitátor z řad výzkumníků. Ten seznamoval účastníky s teoretickými rámci změny chování a strukturoval jednotlivá setkání.

Klíčovým prvkem bylo, že logopedi si na začátku stanovili konkrétní profesní cíle, sdíleli je se skupinou, vytvářeli akční plány a následně společně reflektovali dosažené výsledky. Malá velikost skupin podporovala vznik důvěry a pocit odpovědnosti vůči ostatním členům, což se ukázalo jako silný motivační faktor. Frekvence i délka setkání se lišily podle potřeb jednotlivých komunit praxe, přičemž se osvědčily jak standardní kratší formáty, tak i intenzivnější varianty. Bez ohledu na zvolený formát účastníci uváděli zlepšení znalostí rámců EBP, schopnosti reflexe vlastní praxe, práce s výzkumem a převádění vědeckých poznatků do klinické reality. Důležité je také zjištění, že tyto dovednosti logopedi využívali i tři měsíce po skončení programu. Všechna setkání probíhala online, což výrazně usnadnilo zapojení odborníků z odlehlých oblastí i těch s velmi nabitým pracovním rozvrhem.

Tento přístup mnozí účastníci oceňovali zejména proto, že je stavěl do role aktivních, nikoli pasivních příjemců informací. Místo jednorázového školení šlo o proces, v němž si nové poznatky okamžitě zkoušeli v praxi a vraceli se k nim v bezpečném prostředí podpůrné skupiny. Studie tak naznačuje, že komunity praxe mohou být efektivním a udržitelným způsobem, jak posilovat praxi založenou na důkazech v klinické logopedii.

Pro zájemce o založení vlastní komunity praxe autoři zpřístupnili řadu užitečných materiálů, včetně návodů, šablon pro strukturu setkání a přehledů teoretických východisek. Ačkoli se studie zaměřovala na podporu autistických dětí, samotný model komunit praxe je přenositelný do jakékoli klinické oblasti. Pro ty, kteří se do facilitace komunity praxe pouštět nechtějí, existují i další cesty, jak posílit práci s důkazy, například strukturované série zaměřené na zavádění EBP do každodenní praxe, práci s odbornými články či vedené kurzy s podporou zkušeného facilitátora.

Sandham, V., Hill, A. E., Armstrong, R., & Hinchliffe, F. (2025). Closing the research-to-practice gap in autism: A professional practice intervention pilot study for increasing use of evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-25-00018 [available to ASHA members]

Sociálně-emoční učení

Sociálně-emoční učení (SEL) je již řadu let významným tématem a je pevně zakotveno ve většině školních i mimoškolních programů. Logopedi se s ním setkávají téměř denně – ať už při sladování svých cílů a slovníku s celkovým školním programem, nebo při přirozených rozhovorech se žáky o emocích, zvládání stresu, perspektivě druhých či dalších oblastech, které se výrazně překrývají se sociálně-

komunikačními dovednostmi. Přesto se mnoho logopedů cítí nejistě, kde a jak se SEL ve své praxi věnovat, případně k tomu neměli dostatečné vzdělání.

Právě na tuto potřebu reagovali Rodgers a kol., kteří vytvořili jednorázový tříhodinový kurz STIRS (SLP Training to Increase Resilience in Students). Ten byl pilotně ověřen u dvaceti logopedů a výsledky ukázaly, že po absolvování kurzu se cítili kompetentnější a jistější v tom, jak sociálně-emoční učení přirozeně začleňovat do svých terapeutických sezení. Přestože se jedná o předběžná zjištění z jedné studie, poukazují na širší problém: mnoho logopedů chce poskytovat holistickou péči, ale nejsou si jisti, jak toho dosáhnout v rámci své profesní role.

Otázka, zda by se logopedi měli SEL vůbec přímo věnovat, má podle autorů jasnou odpověď: ano. Ačkoli většina logopedů není psychoterapeuty, poradenství související s komunikací, polykáním a jejich dopady na život klienta je plně v rámci jejich kompetencí. Podle americké asociace ASHA zahrnuje role logopeda v poradenství práci s emocionálními reakcemi, myšlenkami, pocity a chováním, které vyplývají z komunikační nebo polykací poruchy. V praxi to může znamenat edukaci klientů a rodin, práci s negativními emocemi spojenými s poruchou, podporu sebeobhajování a posilování schopnosti činit informovaná rozhodnutí. Pokud potřeby klienta přesahují tuto oblast, je na místě spolupráce s dalšími odborníky.

Diskuse o tom, jak komunikační obtíže, emoce a prostředí ovlivňují každodenní fungování dítěte, je zároveň v souladu s modelem WHO ICF-CY. Rodgers a kol. dokonce zdůrazňují, že proaktivní zapojení SEL má preventivní význam, protože mezi komunikačními poruchami a duševním zdravím existuje silná vazba. Důležité je, že SEL nemá být samostatným terapeutickým cílem, ale přirozeně integrováno do běžné logopedické práce a realizováno ve spolupráci s učiteli i rodiči, aby se podpořilo přenášení dovedností do různých prostředí.

Základním rámcem SEL je model CASEL, který popisuje pět klíčových kompetencí: sebepoznání (uvědomování si vlastních emocí a myšlenek a jejich vlivu na chování), seberegulaci (zvládání emocí a stresu), sociální uvědomění (empatie a porozumění sociálním normám), vztahové dovednosti (budování vztahů, spolupráce, řešení konfliktů) a odpovědné rozhodování (volby podporující vlastní i cizí pohodu). Tyto oblasti se přirozeně prolínají s tím, co logopedi již ve své práci dělají.

Ve skutečnosti mnoho logopedů podporuje sociálně-emoční učení, aniž by si to plně uvědomovali. Vytvářejí bezpečné a přijímající prostředí, kde se děti nebojí dělat chyby, aktivně naslouchají, kladou otevřené otázky, reflektují sdílené myšlenky a potvrzují různé pohledy. Mohou zařazovat krátké „check-iny“ emocí, modelovat pojmenovávání pocitů, podporovat růstové myšlení zaměřením pochvaly na snahu a proces, dávat prostor k sebehodnocení či společně s dětmi nacvičovat strategie zvládání stresu, například pomocí dechu nebo pohybu.

I když je čas v terapii často omezený, nejde o to zahrnout všechny prvky pokaždé. Smyslem je hledat příležitosti, jak propojit stávající terapeutické aktivity s aspekty SEL – při čtení, psaní, vyprávění, hrách či nácviku artikulace. K tomu mohou sloužit obrázkové knihy s emoční tematikou, příběhy a videa zaměřená nejen na pocity druhých, ale i na vlastní prožívání dítěte, psaní či kreslení o emocích, rozvoj vztahových dovedností skrze spolupráci a hry nebo hraní rolí běžných sociálních situací.

Sociálně-emoční vývoj probíhá po celý život, proto je důležité zachovat vývojovou perspektivu a přizpůsobovat přístup věku i potřebám dítěte. Bez ohledu na konkrétní logopedické cíle mohou logopedi významně přispět k rozvoji sebereflexe, odolnosti, empatie, sebeobhajování, zdravých vztahů a schopnosti činit rozhodnutí. Zaměření na osobní růst spíše než na „správný“ výsledek podporuje neurodiverzitu a celkovou pohodu dětí. Jinými slovy, integrace SEL do logopedické praxe není nadstavbou, ale přirozenou součástí kvalitní, lidské a komplexní péče.

Rodgers, N. H., Zhang, Y., Combiths, P., & Walker, E. A. (2025). Embedding social–emotional learning in elementary school–based speech–language therapy: A pilot randomized controlled trial. *Language*.

Speech, and Hearing Services in Schools. https://doi.org/10.1044/2025_lshss-25-00001 [available to ASHA members]

Motorika x Fonologie

Namasivayam a kol. nedávno publikovali studii s názvem „The articulatory basis of phonological error patterns in childhood speech sound disorders“, která vyvolala diskuzi mezi zastánci motorického a fonologického pojetí poruch řeči u dětí. Autoři zkoumali 30 dětí s mírnou až středně těžkou motorickou poruchou řeči, které měly méně než 65 % správně artikulovaných souhlásek podle DEAP (Diagnostic Evaluation of Articulation and Phonology) a klasifikovány byly podle Shribergova indexu „precision stability“ jako děti s motorickým zpožděním řeči.

Cílem bylo zjistit, zda specifické problémy s motorikou řeči, například omezené zvedání špičky jazyka, souvisejí s konkrétními fonologickými chybovými vzorci, jako je redukce shluků souhlásek. Výsledky ukázaly střední až mírné souvislosti mezi některými položkami v checklistu motorických dovedností a procesy typu gliding, redukce shluků, zastavení, vynechávání závěrečných souhlásek a atypické vzorce. Konkrétně čtyři motorické aspekty byly nejvíce spojeny s fonologickými procesy: nedostatečný bilabiální kontakt pro /p, b, m/, neoddělený pohyb bilabií od čelisti při výslovnosti vysokých samohlásek, neoddělené zvedání špičky jazyka od čelisti při /t, d, n/ a nepřesný zadní pohyb jazyka u velárních /k, g/.

Naopak některé procesy a motorické úkoly se téměř nespojily, například deaffrikace, postvokální změny, otevírání čelisti, retrakce nebo zaokrouhlování rtů a pohyby ve více rovinách. Zajímavě, gliding měl negativní korelaci s motorickými obtížemi – děti, které používaly gliding, měly menší problémy s motorikou, což autoři vysvětlují tím, že gliding je typický pro pozdější, vyspělejší fázi vývoje řeči a tyto děti byly starší a měly mírnější SSD.

Z těchto výsledků vyplývá, že tradiční taxonomie, které oddělují fonologické a artikulační poruchy, jsou problematické, a že motorický vývoj ovlivňuje fonologii. Pro logopedy to znamená, že není vhodné děti striktně označovat jako „artikulační porucha“ nebo „fonologická porucha“, ale je lepší integrovat motorické/artikulační strategie s fonologickými přístupy v terapii. Jinými slovy, fonologické chybové vzorce nejsou nezávislé na motorické kontrole řeči.

Jak shrnují autoři i další odborníci, není potřeba „volit stranu“ mezi motorikou a fonologií – řeč je vždy současně motorická i lingvistická. Chyby ve výslovnosti tedy zahrnují nesprávný pohyb a jazykovou chybu zároveň, i když u konkrétního dítěte může jeden aspekt převážet. To znamená, že terapeut by měl v praxi kombinovat motorické/artikulační strategie (např. nácvik umístění artikulačních orgánů, modelování) s fonologickými aktivitami (např. minimal pairs), a často je efektivní jejich propojení: poskytovat nácvik artikulace během kontrastní aktivity nebo poskytovat zpětnou vazbu na chybovou fonologii během motorického cvičení.

Celkově zůstává doporučení stejné: nesnažte se vybírat pouze „motorickou“ nebo „fonologickou“ terapii. Přehledné hodnocení, včetně oromotorického vyšetření a testování stimulability, pomůže určit, zda začít spíše s motorickými strategiemi, ale ve většině případů je ideální kombinovat obě složky a pracovat s nimi současně. V terapii poruch řeči u dětí tedy logopedové zůstávají na „Team Both“ – obě perspektivy jsou klíčové a vzájemně se doplňují.

Namasivayam, A. K., Li-Han, L. Y., Moore, J. G., Wong, W., & Van Lieshout, P. (2025). The articulatory basis of phonological error patterns in childhood speech sound disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2025.1635096> [open access]

Nové slova u DLD

Děti s vývojovou poruchou jazyka (DLD) mají často velké potíže s učením nových slov, a meta-analýza Calabrese et al. poskytuje přehled, kde se nejčastěji objevují problémy. Autoři rozlišují tři fáze osvojování slov: počáteční zakódování, konsolidaci (přenesení do dlouhodobé paměti) a rekonzolidací proces (upřesňování a upevňování významu v čase). Nejproblematictější částí pro děti s DLD je podle studie právě počáteční zakódování nového slova. Slabé schopnosti zakódování fungují jako „úzké hrdlo“, které brání efektivní konsolidaci a následnému upevnění slov. Zakódování je navíc úzce spojeno s krátkodobou verbální pamětí dítěte a jeho receptivní slovní zásobou – děti s menší slovní zásobou mají větší potíže vytvořit mentální reprezentaci nového slova, což negativně ovlivňuje jeho zapamatování.

Klíčem je poskytnout dětem dostatek expozic cílovým slovům. Výzkum Storkel et al. ukázal, že „magické číslo“ pro děti s poruchou řeči je 36 – tedy šest různých opakování každého slova během šesti terapeutických sezení. Alternativně může být četnost a délka sezení flexibilní, pokud celkový počet úspěšných expozic zůstane zachován. I při intenzivní intervenci však děti často za týden zapomenou významy slov, což ukazuje, že samotné vystavení slovům nestačí k jejich dlouhodobému zapamatování.

Řešením může být cílené procvičování vyvolání slov (retrieval practice). Gordon znovu analyzovala data ze studií Storkel et al. a zjistila, že schopnost dítěte vybavit si slovo měsíc po intervenci byla úzce spjata s počtem sezení, ve kterých dítě úspěšně slovo vyvolalo. Děti, které úspěšně vybavily slovo ve dvou sezeních, si ho po měsíci vybavily z 60 %, zatímco děti s úspěšným vybavením ve třech sezeních si slovo udržely z 82 %. Po čtyřech sezeních, ve kterých došlo k úspěšnému vyvolání, se další zlepšení v retenci slov již neprojevovalo, a proto se doporučuje přejít k novým slovům.

Důležité je najít rovnováhu mezi hloubkou a šířkou výuky slov. Hloubka znamená opakování a procvičování slov, aby byla jejich reprezentace dobře zakódovaná a udržela se v dlouhodobé paměti. Šířka znamená učit děti co nejvíce slov, protože potřeba slovní zásoby je vysoká a děti s DLD potřebují více času, aby se nová slova naučily. Optimální je tedy střední cesta: poskytnout dostatečné opakování pro udržení slov, ale ne tolik, aby se omezený čas intervence věnoval jen několika slovům.

Další doporučení zahrnuje periodické vracení se k již naučeným slovům. Tento proces „rekonzolidace“ umožňuje dětem opravit nepřesně zakódovaná slova a upevnit jejich významy, čímž se zvyšuje pravděpodobnost dlouhodobé retence. Celkově tedy děti s DLD mohou slova dobře udržet, pokud dostanou dostatečné a promyšlené expozice, vhodné procvičování vyvolání a pravidelné opakování.

Shrnutí pro praxi: největší problém dětí s DLD je počáteční zakódování slov, vyžadují více opakování; úspěšné vybavení slov během několika sezení výrazně zvyšuje dlouhodobou retenci; po 3–4 úspěšných sezeních se doporučuje zaměřit na nová slova; periodické opakování již naučených slov podporuje upevnění. Celkově je cílem vyvážený přístup mezi hloubkou a šířkou výuky slov, aby děti získaly bohatou slovní zásobu a dokázaly si ji udržet.

Calabrese, P., Hedger, N., Pritchard, K., Stojanovik, V., & Pagnament, E. (2025). Word learning in children with developmental language disorder: A meta-analysis testing the encoding hypothesis. *Journal of Memory and Language*. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2025.104678> [open access]

Gordon, K. R. (2025). The number of sessions children with developmental language disorder retrieve words relates positively to retrieval after extended post-training delays. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. https://doi.org/10.1044/2025__lshss-24-00170 [available to ASHA members]