

LISTY

prosinec 2021

ČASOPIS
ASOCIACE KLINICKÝCH
LOGOPEDŮ ČR

KLINICKÉ LOGOPEDIE



OBSAH / CONTENTS

VARIA / MISCELLANEOUS

- 4** Hodnotenie úrovne porozumenia u detí v ranom veku do tretieho roka
Evaluation of Level of Understanding in Children from Early Age up to 3 Years of Age
Svetlana Kapalková, Radoslava Lizáková
- 12** Logopedická diagnostika poruch polykání a obtíží spojených s krmením v dětském věku – zahraniční přístupy dostupné v ČR
Speech Therapy diagnostics of swallowing disorders and feeding difficulties in childhood – foreign approaches available in the Czech Republic
Markéta Kleinerová
- 16** Test porozumění větám – česká verze s normami pro dospělou populaci
“Test porozumění větám” – Czech version with Standards for Adults
Lucie Nohová, Kateřina Vításková
- 22** Evidence based practice v klinické logopedii
Evidence-based Practice in Speech and Language Pathology
Simona Hlaváčková
- 30** Vliv hiporehabilitace na rozvoj komunikačních schopností dětí s neurovývojovými poruchami
The effect of equine-facilitated intervention on the development of communication skills in children with neurodevelopmental disorders
Viola Jónová, Markéta Janatová, Lucie Hovorková, Xenia Svobodová
- 37** Emočně-sociální obtíže u dětí s vývojovou dysfázií
Social-emotional Problems of Children with Developmental Language Disorder
Barbora Richtrová
- 44** Telerehabilitace: aktuální vývoj v České republice
Telerehabilitation: current development in the Czech Republic
Jakub Pětioký, Kristýna Hoideková, Markéta Trtílková
- 50** Logopedická starostlivosť o pacientov s myasteniou gravis
Speech-language Pathology Care of Patients with Myasthenia Gravis
Bianka Hrnčiarová, Žofia Frajková

PŘEČTENO – DOPORUČENO?! / READ – RECOMMENDED?!

- 56** Recenze publikace*
Psychosomatika koktání
Jan Dezort
- 57** Recenze knihy*
Wat je mond moet doen als je niet praat
Martina Tumová
- 58** Recenze knihy*
Základy paliativní péče v neurologii
Táňa Jakubcová

SETKÁNÍ S... / MEETING WITH...

- 59** Příležitost ke změně mi dává novou chuť do práce*
Rozhovor s koordinátorkou Odborné komise AKL ČR Lenkou Dzidovou
Markéta Trtílková

EDITORIAL

EDITORIAL



na viděnou v příští stanici 2022

Milé čtenářky, milí čtenáři,

vítáme vás na stránkách prosincového čísla Listů klinické logopedie, které je v mnohém nezvyklé. V první řadě tentokrát zcela chybí hlavní téma, které by spojovalo většinu článků. Není to ovšem nedostatkem inspirace z naší strany, pro příští rok již pro vás máme připravená dvě hlavní témata, a sice alternativní a augmentativní komunikaci a kognitivně-komunikační poruchy. Důvodem je velké množství zajímavých článků mimo hlavní témata, jež se nám sešly v redakci a o které vás nechceme připravit. Proto jsme se rozhodli, že jednou za čas vyjde náš časopis bez hlavního tématu jako soubor obsahově různorodých článků z naší odbornosti.

Druhá změna oproti předchozím číslům je absence rozhovorů s pacienty, rodinnými příslušníky, odborníky... Důvodem je naše rozhodnutí postoupit od tohoto čísla omezený rozsah časopisu recenzovaným odborným článkům a nerecenzované texty jako rozhovory atp. přesunout na Facebook či některou z podcastových platform. Výjimkou zůstávají rozhovory s členy AKL ČR a recenze odborných publikací, ty budeme i nadále publikovat zde. V současné době hledáme v redakci takovou formu publikování rozhovorů, která by byla nejen atraktivní (jako zajímavý způsob se nám jeví podcasty), ale také interaktivní. Odklonění rozhovorů mimo stránky časopisu přinese možnost jejich publikování průběžně i mimo dvě pevně stanovená data, kdy časopis vychází, a umožní rovněž diskutovat online k danému tématu a klást otázky přímo.

Velice se na nový způsob vedení rozhovorů těšíme a věříme, že tím přispějeme k osvětě o naší práci a oboru i mezi širší veřejností. Držte nám palce, protože je to pro nás opět velká výzva!

Zároveň prosíme autory o zaslání rukopisů do příštího čísla LKL nejen k hlavnímu tématu alternativní a augmentativní komunikace, ale rovněž do sekce Varia. Termín dodání rukopisů do redakce je tentokrát posunut již na 14. březen 2022.

Přejeme vám poklidný konec tohoto roku a vše dobré v roce následujícím!

*Za redakci LKL
Zuzana Lebedová*

Dear Readers,

Welcome to the pages of the December issue of the journal, Listy klinické logopedie, which is unusual in many ways.

First of all, the main topic to connect most of the articles is missing. This is not a lack of inspiration on our part, we already have two main topics ready for you for next year, namely Alternative and Augmentative Communication and Cognitive-Communication Disorders. The reason for the absence of a main topic in this issue is the large number of interesting articles outside of main topics, which we received in the Editorial Office and which we did not want to deprive you of. That's why we decided that, once in a while, our magazine will be published without any main topic, but as a set of articles on various topics in our profession.

The second change compared to previous issues is the absence of interviews with patients, family members and experts. We have moved these to Facebook or one of the podcast platforms. Interviews with members of AKL CR and reviews of professional publications remain an exception, and we will continue to publish those here. We are currently searching for a form of publishing interviews which is not only attractive, but also interactive (audio podcasts appear an interesting format to us). Moving interviews outside the magazine's pages will present the possibility of their publication on an ongoing basis and outside of the two fixed dates for the publication of our magazine. This will also allow you to discuss the topics online and to ask questions directly.

We very much look forward to the new method of conducting interviews and we believe that this will help to raise awareness about our work among the general public. Keep your fingers crossed for us, because this is once again a big challenge for us!

At the same time, we ask authors to send manuscripts for the next issue of LKL, not only on the main topic of Alternative and Augmentative Communication, but also for the Varia section. The deadline for submission of manuscripts to the Editorial Office is 14 March 2022.

We wish you a peaceful end of 2021 and all the best for the New Year of 2022!

*Yours sincerely,
Zuzana Lebedová,
on behalf of the editorial staff of LKL*

HODNOTENIE ÚROVNE POROZUMENIA U DETÍ V RANOM VEKU DO TRETIEHO ROKA

EVALUATION OF LEVEL OF UNDERSTANDING IN CHILDREN FROM EARLY AGE UP TO 3 YEARS OF AGE

Svetlana Kapalková¹ 
Radoslava Lizáková²



Svetlana Kapalková



Radoslava Lizáková

Táto práca bola podporená Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-20-0126.

Súhrn

Porozumenie detí v ranom veku je dôležitým prekursorom ich verbálnych i neverbálnych schopností v staršom veku. Objektívne zhodnotenie úrovne porozumenia je ale zároveň v ranom veku veľmi problematické. Priame vyšetrenie dieťaťa odborníkom vyžaduje dobrú motiváciu zo strany dieťaťa, ako aj spoľahlivú interpretáciu výsledkov hodnotenia odborníkom. V tejto štúdii predstavujeme jeden z priamych prístupov vyšetrenia porozumenia prostredníctvom subtestu Mníchovskej funkčnej vývinovej diagnostiky (Köhler a Coulinová, 1981). Jej položky sme adaptovali pre slovensky hovoriace deti a zároveň overili validitu celého subtestu hodnotenia porozumenia prostredníctvom dotazníkového Testu komunikačného správania (Kapalková et al., 2010). Štúdia v závere prináša pilotné výsledky hodnotenia porozumenia detí na vzorke 35 detí vo veku 17–36 mesiacov.

Kľúčové slová

raná logopedická diagnostika, raný vek, hodnotenie porozumenia, rizikové deti

Keywords

early speech-language assessment, early age, comprehension assessment, children at risk

Summary

Children's comprehension at an early age is an essential precursor to their verbal and nonverbal abilities at an older age. However, an objective assessment of the level of understanding is also very problematic at an early age. Direct examination of the child by experts requires the correct motivation on the part of the child

and reliable interpretation of the results of the assessment by experts. In this study, we present one of the direct approaches to examining understanding through the subtest of the Munich functional developmental diagnostics (Köhler - Coulin, 1981). We adapted the subtest items to Slovak-speaking children and, at the same time, verified the validity of the whole subtest in the assessment of comprehension through the Test of Communication Behaviour Questionnaire (Kapalková et al., 2010). Finally, the study presents the pilot results of the evaluation of children (N = 35 children) aged 17–36 months.

Úvod

Jednou zo základných podmienok poskytovania efektívnej včasnej logopedickej intervencie deťom do tretieho roku života je kvalitné vývinové hodnotenie rizikových detí. Podľa R. Paulovej a C. Norburyovej (2012) sa tento cieľ zhodnotenia komunikácie v ranom veku dá dosiahnuť v zásade dvomi základnými spôsobmi, a tie by sa mali v dobrej diagnostike uplatniť spoločne. Prvú možnosť ponúkajú rôzne vývinové dotazníky, ktoré často získavajú informácie o vývine dieťaťa od ich rodičov, druhou, veľmi dôležitou možnosťou je priame objektívne posúdenie komunikácie dieťaťa logopédom či psychológom.

Všeobecne známy prístup L. Rossettiho (2001) definuje dve skupiny detí, ktorých sa raná logopedická intervencia priamo týka, a to deti s potenciálnym a identifikovaným rizikom v populácii. Táto klasifikácia je už aj v našej literatúre pomerne známa (Kapalková et al., 2010, Oravkinová, 2011, Bytešnikov, 2014). Z pohľadu naliehavosti je potom nesporné dôležité vedieť objektívne posúdiť rizikový

¹ Doc. Mgr. Svetlana Kapalková, PhD., Katedra logopédie, Ústav psychologických a logopedických štúdií, Pedagogická fakulta UK v Bratislave, Moskovská 3, 813 34 Bratislava; SCŠPP Inštitút detskej reči, Železničarska 13, 813 34 Bratislava, Slovenská republika. E-mail: kapalkova@fedu.uniba.sk, tel.: +421 2 9015 1300.

² Mgr. Radoslava Lizáková, SCŠPP Inštitút detskej reči, Železničarska 13, 813 34 Bratislava, Slovenská republika. E-mail: radoslava.lizakova@gmail.com.

vývin v skupine potenciálne rizikových detí, ktoré môžu, ale nemusia byť ihneď zaradené do procesu intenzívnej terapie kvôli novej vývinovej jazykovej poruche (špecificky narušenému vývinu reči).

V prvej fáze hodnotenia sa veľmi často používajú celoplošné dotazníkové skríniny posúdenia detskej jazykovej kompetencie, ktoré zahŕňajú aj položky týkajúce sa porozumenia detí, ako napríklad Test komunikačného správania v dlhej i krátkej verzii (Kapalková et al., 2010, Kapalková a Kaletová, 2020), Stručný dotazník detského slovníku (Smolík a Bytešníková, 2017), Dotazník vývoje komunikácie II (Smolík et al., 2017). Medzi ďalšie používané skríninové dotazníky v ranom veku patria skríninový dotazník psychomotorického vývinu S-PMV, ktorý je určený najmä pre pediatriov (© Fond prof. K. Matulaya n.f., 2016), hodnotenie M-CHAT, ktoré sa bližšie zameriava na identifikáciu porúch autistického spektra v ranom veku (Robins et al., 2009). Raná diagnostika je vždy ale do istej miery neetiológická (Buntová a Mikulajová, 2011), napriek tomu Buntová (2005) navrhuje odlišenie detí s autistickým spektrom od iných rizikových detí vo vývinovej škále už pred tretím rokom a ďalej Buntová (2011) na hranici tretieho roka navrhuje prostredníctvom položiek vývinového dotazníka aj odlišenie detí so sémanticko-pragmatickým syndrómom od detí s inými syndrómami Vývinovej jazykovej poruchy (špecificky narušeného vývinu reči). Samozrejme toto odlišenie vnímame v kontexte individualizovanej terapie, nie ako stanovovanie konečnej diagnózy pred tretím rokom.

Priame hodnotenie jazykových schopností sa často využíva až v druhej fáze hodnotenia úrovne komunikácie v ranom veku, pretože si vyžaduje aktívnu účasť dieťaťa. Všeobecne je v ranom veku odporúčaný deskriptívny prístup (Paul a Norbury, 2012) vychádzajúci z hodnotenia troch základných oblastí komunikácie – obsahu (produkovanej slovnej zásoby), formy (gramatiky a zvukovej roviny reči) a použitia (pragmatické funkcie). Tento prístup sa plne uplatňuje aj prostredníctvom používanej Laheyovej metódy (Lahey, 1988, Kapalková, 2019). Praktické klinické prepojenie takéhoto hodnotenia na terapiu v jednotlivých raných štádiách dieťaťa podrobne opisuje Červenková (2019). Avšak často vytykávaným nedostatkom tohto prístupu je chýbajúce vyšetrenie detského porozumenia. To sa ale ukazuje ako veľmi senzitívne v skorých verbálnych štádiách rečového vývinu, lebo dokáže

zachytiť aj pokroky menej viditeľné v produkcii (Polišenská et al., 2018). Zároveň môžeme porozumenie reči vnímať aj ako základ pre verbálnu produkciu a ďalší vývin gramotnosti u detí (Muller a Brudy, 2016). Napríklad Verhoef et al. (2021) uvádzajú priamy vzťah medzi pasívnou slovnou zásobou dieťaťa v 38. mesiaci a úrovňou verbálnych a neverbálnych schopností v mladšom školskom veku, ktorý súvisí aj s genetickými faktormi.

Priame vyšetrenie porozumenia dieťaťa je avšak v ranom veku metodologicky relatívne náročné. Často je veľmi problematické odlišiť správnu realizáciu inštrukcií podľa toho, či dieťa naozaj nerozumie, alebo len odmieta spolupracovať s odborníkom. Na Slovensku je v tomto smere ako nástroj hodnotenia porozumenia rizikových detí do veľkej miery rozšírený jeden subtest z Mníchovskej funkčnej vývinovej diagnostiky (Köhler a Coulinová, 1981). Paradoxné je, že napriek jeho využívaniu v praxi celé desaťročia neboli položky ani normy v našich podmienkach nikdy validizované a publikované. Nasledujúca štúdia preto prináša pilotné overenie tohto subtestu a prvé hodnoty z jeho overovania.

Mníchovská funkčná vývinová diagnostika

Komplexná vývinová škála bola vytvorená v Nemecku v 80. a 90. rokoch 20. storočia pod vedením profesora Theodora Hellbrügeho a pozostávala z dvoch na seba vekovo nadväzujúcich častí – hodnotenie prvého roku života dieťaťa a hodnotenie druhého až tretieho roku. Práve druhá časť pre vek 12–36 mesiacov pozostáva ďalej z ôsmich samostatných subtestov posudzujúcich jemnú a hrubú motoriku, kognitívny, sociálny, emocionálny a komunikačný vývin dieťaťa. V ďalšej časti sa zameriame len na jeden subtest

komunikácie, konkrétne subtest hodnotiaci úroveň porozumenia reči u dieťaťa. Administrátorom škály je odborník a realizuje sa priamym vyšetrením dieťaťa. Posúdenie jednotlivých položiek je realizované formou splnil/nesplnil (1/0) a úlohy sa dieťaťu predstavujú v individuálne prispôbenom poradí podľa šikovnosti a úrovne vývinu dieťaťa. Základné poradie úloh je stanovené podľa veku objavenia sa u intaktných detí a vychádza sa tu primárne z dát zbieraných pri vytváraní noriem v Nemecku v 90. rokoch. Na Slovensku bol subtest preložený M. Ginzeriovou z Výskumného ústavu detskej psychológie a patopsychológie a je v rôznych podobách a formách používaný v ambulanciách a poradniach po celom Slovensku. Tento slovenský preklad nám poskytol možnosť nadviazať, adaptovať a overiť novo jazykovo kultúrnu vhodnosť položiek. Záznamový hárok sme upravili a doplnili³. Pokyny pre administráciu, inštrukcie k zadávaniu úloh a kritéria splnenia úloh sme zároveň doplnili o zoznam potrebného špeciálneho hroveho materiálu (obrázok 1) pre vyšetrenie dieťaťa tak, aby bolo jeho používanie čo najviac štandardizované.

Subtest obsahuje spolu 26 položiek, ktoré sme na rozdiel od pôvodnej verzie ešte obsahovo rozdelili do troch podskupín podľa typu cieľenej inštrukcie – šesť položiek **paralingvistického porozumenia** (príklad jednej položky *Počúvne inštrukciu Daj mi!*); štrnásť položiek **lexikálno-sémantického porozumenia** (príklad inštrukcie *Ukáže alebo sa pozrie na dva zo štyroch obrázkov*); šesť položiek **gramatického porozumenia** (príklad položky *Dvakrát ukáže najdlhšiu čiarku z troch pokusov*). Okrem celkového skóre nám preto umožňuje zhodnotiť osobitne aj tri konkrétne oblasti porozumenia.

³ Záznamový hárok s adaptovanými položkami uvádzame v prílohe 1 tejto štúdie.



Obrázok 1: Materiál na vyšetrenie porozumenia v rámci Funkčnej vývinovej diagnostiky

Vzorka a metodológia výskumu

Pilotný výskum bol realizovaný na vzorke 35 detí vo veku medzi 17. a 36. mesiacom. V tabuľke 1 uvádzame deskriptívnu štatistiku veku detí vo vzorke. Všetky zúčastnené deti boli slovensky hovoriace a neboli bilingválne. Deti pochádzali z prostredia

mesta i vidieku z regiónu východného a západného Slovenska. Podľa informácií od rodičov neboli predčasne narodené, ani u jedného dieťaťa nebol prítomný senzorický deficit, rovnako ako rodičia detí nevyjadrili obavy o ich vývin. Veľká časť vzorky (N = 31 detí) navštevovala jasle, resp. materskú školu, kde prebiehalo aj samotné vyšetrenie detí. Štyri deti boli

vyšetrené v domácom prostredí. Vo vzorke bolo 17 dievčat a 18 chlapcov. Vzhľadom k tomu, že sme pri porovnaní výkonov detí z hľadiska pohlavia nepozorovali významné rozdiely, v ďalšom prezentovaní výsledkov budeme uvádzať výkony len podľa veku detí.

Veková skupina	N	Min	Max	Median	Priemer	SD
1. skupina	11	17	25	23	22,5	2,4
2. skupina	14	26	29	27	27,3	1,3
3. skupina	10	30	36	34	33,5	1,9

Tabuľka 1: Deskriptívna štatistika veku detí vo vzorke uvedená v mesiacoch

Rodičia všetkých detí podpísali informovaný súhlas s vyšetrovaním dieťaťa, zároveň vyplnili údaje o svojom dieťati prostredníctvom rodičovského dotazníka (osobná a rodinná anamnéza detí), ako i dotazníkového Testu komunikačného správania (Kapalková et al., 2010). Následne bol deťom individuálne administrovaný subtest hodnotiaci úroveň kognície a úroveň porozumenia reči. Každé dieťa bolo vyšetrené v samostatnej tichej miestnosti, administrácia len subtestu porozumenia trvala

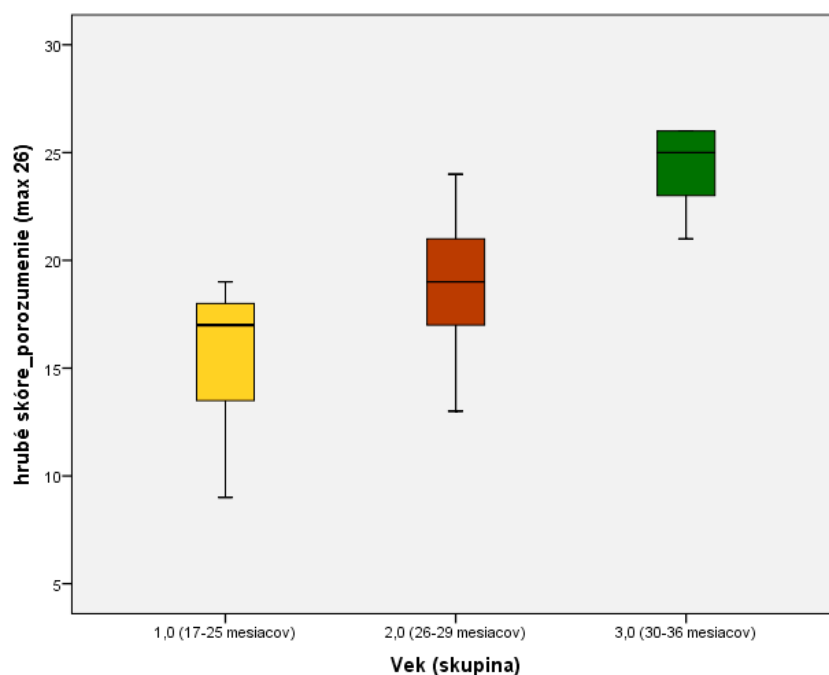
priemerne 15 až 20 min. V ďalšej časti tejto štúdie sa zameriame na prezentáciu výsledkov v oblasti porozumenia. Dôležitým cieľom pri administrácii bolo, aby každé dieťa bolo vystavené každej položke hodnotenia, pri administrácii sme nerealizovali žiadne kritérium prerušenia úloh.

Výsledky výskumu

Výskumná vzorka detí bola následne rozdelená do troch skupín, a to na deti najmladšie 17–25 mesiacov v skupine č. 1,

v skupine č. 2 deti vo veku od 26–29 mesiacov a najstaršie deti tvorili skupinu č. 3 vo veku 30–36 mesiacov.

Súčet úspešne zvládnutých položiek v celom subteste uvádzame ako **celkové hrubé skóre pre jednotlivé vekové skupiny detí**. Vývinový trend výkonov detí zobrazuje graf č. 1.



Graf 1: Hrubé skóre v subteste porozumenia podľa veku detí

Rovnako sme rátali aj subskóre za oblasť paralingvistického, lexikálno-sémantického a gramatického porozumenia vo vekových skupinách detí. Nasledujúca tabuľka č. 2 opisuje výkony týchto detí v troch

vekových skupinách podľa úrovne porozumenia. Zároveň podľa percentuálneho podielu zvládnutých úloh môžeme opísať položky gramatického porozumenia ako najnáročnejšie, lexikálno-sémantického

porozumenia ako menej náročné a položky paralingvistického porozumenia ako veľmi jednoduché pre nami sledovanú vzorku.

Paralingvistické porozumenie (max. 6)							
Veková skupina	N	Min	Max	Priemer	Medián	SD	% podiel zvládnutia úloh
1. skupina (17–25 m.)	11	5	6	5,91	6	1,95	97,14 %
2. skupina (26–29 m.)	14	6	6	6,0	6	0	100 %
3. skupina (30–36 m.)	10	6	6	6	6	0	100 %

Lexikálno-sémantické porozumenie (max. 14)							
Veková skupina	N	Min	Max	Priemer	Medián	SD	% podiel zvládnutia úloh
1. skupina (17–25 m.)	11	3	10	7,2	8	2,56	51,30 %
2. skupina (26–29 m.)	14	5	14	9,43	9,5	2,62	67,34 %
3. skupina (30–36 m.)	10	10	14	13,20	14	1,14	94,23 %

Gramatické porozumenie (max. 6)							
Veková skupina	N	Min	Max	Priemer	Medián	SD	% podiel zvládnutia úloh
1. skupina (17–25 m.)	11	0	4	2,18	3	1,25	36,36 %
2. skupina (26–29 m.)	14	2	4	3,07	3	0,73	51,20 %
3. skupina (30–36 m.)	10	3	6	5,10	5,5	1,10	85 %

Vysvetlivky: N – počet detí vo vzorke; min – minimálna hodnota; max – maximálna hodnota; SD – štandardná odchýlka; HS – hrubé skóre v jednotlivých častiach subtestu porozumenia MFVD.

Tabuľka 2: Deskripcia výkonov a dosiahnuté hrubé skóre v jednotlivých častiach subtestu porozumenia podľa vekovej skupiny detí

Tieto výsledky sme overili neparametrickým Kruskal-Wallisovým a následne Mann-Whitneyho U-testom, ktorý potvrdil

významnú odlišnosť výkonov detí v jednotlivých skupinách najmä v oblasti celkového hrubého skóre, a lexikálno-sémantické

a gramatické položky v dvoch starších skupinách detí. Presné hodnoty môžeme vidieť v uvedenej tabuľke č. 3.

	Hrubé skóre	Paralingv_poroz	Lex-sém_poroz	Gramatic_poroz
Kruskal-Wallis	0,000***	0,336	0,000***	0,000***
1. skupina	✓	✗	✗	✗
2. skupina	(0,044*)	(0,727)	(0,075)	(0,095)
2. skupina	✓	✗	✓	✓
3. skupina	(0,000***)	(1,000)	(0,000***)	(0,000***)
3. skupina	✓	✗	✓	✓
1. skupina	(0,000***)	(0,756)	(0,000***)	(0,000***)

Vysvetlivky: ✓ je prítomný štatisticky významný rozdiel; ✗ nie je prítomný štatisticky významný rozdiel; *signifikantný rozdiel; ** vysoko signifikantný rozdiel, *** veľmi vysoko signifikantný rozdiel.

Tabuľka 3: Posúdenie štatistickej významnosti hrubého skóre v jednotlivých vekových skupinách

Nami sledované deti aj v položkách, ktoré boli uvedené na vyššej vývinovej úrovni, skórovali lepšie ako v niektorých pôvodne jednoduchších úlohách. Na základe týchto výsledkov preto odporúčame zmeniť pôvodné hodnotenie subtestov – administrovať vždy všetky úlohy a vytvárať súčet hrubého skóre pre jednotlivé časti, ako aj pre celý subtest.

Súbežnú validitu subtestu porozumenia sme overovali pomocou u nás štandardizovaného hodnotiaceho nástroja TEKOS II,

ktorého súčasťou je aj možnosť zisťovania rozsahu pasívnej slovnej zásoby dieťaťa vo veku 17–30 mesiacov. Rodič každého dieťaťa vyplnil tento dotazník TEKOS II ešte pred priamym vyšetrením dieťaťa administrátorom. Skóre je uvedené v tabuľke 4. Výsledky korelačných vzťahov môžeme vidieť v tabuľke č. 5. Veľmi vysoká korelácia pri využití Spearmanovho korelačného koeficientu medzi celkovým hrubým skóre, ale aj subskóre lexikálno-sémantickými, gramatickými položkami a pasívnou slovnou

zásobou z hodnotenia TEKOS II, hovorí o existujúcom štatisticky významnom vzťahu medzi dvomi metódami hodnotiacimi porozumenie dieťaťa. Potvrdenie validity hovorí teda aj o vhodnosti klinického využívania hodnotiaceho nástroja Mnichovskej funkčnej diagnostiky – subtestu porozumenia reči v ranej logopedickej diagnostike. Prináša odborníkom metodologicky odlišný prístup priameho vyšetrenia ako potvrdiť prípadné riziko v oblasti porozumenia dieťaťa zisťované dotazníkom.

Pasívna slovná zásoba v Teste komunikačného správania (TEKOS II)						
Veková skupina	N	Min	Max	Priemer	Medián	SD
1. skupina (17–25 m.)	11	182	602	382,7	385	122,1
2. skupina (26–29 m.)	14	278	595	487,14	487,14	102,60
3. skupina (30–36 m.)	10	449	610	563,8	563,8	46,08

Tabuľka 4: Deskriptívna štatistika výkonov v nástroji TEKOS II

Spearmanova korelácia	TEKOS PSZ	HS_poroz_MFVD	Paraling_poroz	Lex-sem_poroz	Gramat_poroz
TEKOS PSZ	1,000	-	-	-	-
HS_poroz_MFVD	,655***	1,000	-	-	-
Paraling_poroz	,272*	,281*	1,000	-	-
Lex-sem_poroz	,653***	,986***	,283*	1,000	-
Gramat_poroz	,602***	,856***	,263*	,776***	1,000

Vysvetlivky: Korelácia je signifikantná na úrovni 0,01; * koreluje; *** veľmi vysoko koreluje; TEKOS PSZ – Test komunikačných schopností, časť pasívna slovná zásoba; HS_poroz_MFVD – dosiahnuté celkové hrubé skóre v subteste porozumenia Mníchovskej funkčnej vývinovej diagnostiky.

Tabuľka 5: Hladina korelačných vzťahov Spearmanovej korelácie v subteste porozumenia MFVD a hodnotení pasívnej slovnej zásoby TEKOS II

Diskusia

Štúdia prináša predstavenie metódy a jej výsledkov priameho hodnotenia úrovne porozumenia u detí v ranom veku. Priame hodnotenie sa odporúča realizovať vždy ako súčasť hodnotenia úrovne komunikácie v ranom veku, ktoré umožňuje porovnať výsledky rizika u dieťaťa s inou realizovanou dotazníkovou metódou (napr. Hodnotenie pasívnej slovnej zásoby v rámci dotazníkového testu TEKOS). Oba prístupy prinášajú do procesu hodnotenia iné benefity a zároveň dokážu vzájomne validizovať prípadné zistené deficit v porozumení dieťaťa. Prvé opísané výkony detí v VFMD naznačujú, že položky zisťujúce situačné a kontextovo viazané porozumenie sú úplne zvládnuté už u najmladšej skupiny detí vo veku 17–25 mesiacov. Stropové výkony je teda možné využiť aj ako kritériálne hodnoty a očakávať plné zvládnutie týchto položiek v už najmladšom sledovanom veku detí. Prístup rozdelenia vzorky detí do troch vekových podskupín sa teda ukazuje ako vhodný pre

oblasť porozumenia slov a porozumenia prvých gramatických štruktúr. Tu vidíme naopak štatisticky významné rozdiely medzi všetkými tromi skupinami detí. Opísané výkony tak môžu napomôcť v zorientovaní sa úrovne porozumenia rizikového dieťaťa pri logopedickom vyšetrení.

Na tomto mieste by sme ale chceli upozorniť na neaktuálnosť pôvodných vývinových noriem Mníchovskej funkčnej vývinovej diagnostiky (Köhler a Coulinová, 1981), a teda aj pôvodného navrhovaného poradia úloh, kde sa niektoré položky nemuseli s dieťaťom vôbec realizovať. Naopak na základe našich skúseností s administráciou odporúčame realizovať vždy všetky položky subtestu a hodnotiť následne čiastkové a celkové hrubé skóre.

Ako uvádzajú viacerí autori (Verhoef et al. 2021, Muller a Brudy, 2016) práve oblasť porozumenie citlivo odzrkadľuje riziko aj u detí, kde ešte nevidíme verbálnu produkciu detí, a zároveň dokáže práve porozumenie výrazným spôsobom predikovať jazykovú kompetenciu detí aj v neskoršom

predškolskom období či mladšom školskom veku. Opísané výkony v prípade Mníchovskej vývinovej diagnostiky boli zisťované na malej vzorke detí a uvedomujeme si, že ako pokračovanie by mali byť zozbierané údaje na oveľa väčšej populácii detí vo veku do tretieho roka tak, aby mohli poskytnúť aj aktuálne normy použiteľné v logopedickej praxi.

Záver

Štúdia sa venovala ranej logopedickej diagnostike a hodnoteniu porozumenia reči a jazyka u detí medzi 17.–36. mesiacom. Popisuje adaptáciu a overenie subtestu hodnotiaceho porozumenie, ktoré je súčasťou Mníchovskej funkčnej vývinovej diagnostiky na vzorke 35 slovensky hovoriacich detí v danom veku. Potvrdením validity nástroja veríme, že obohatíme škálu hodnotiacich nástrojov v ranej logopedickej intervencii, ktoré sa používajú nielen na Slovensku.

Literatúra

- BUNTOVÁ, D., 2005. Diferenciálno-diagnostické možnosti autizmu a oneskoreného vývinu reči v neverbálnej komunikácii detí raného veku. *Logopaedica VIII*. Bratislava: Liečreh Gúth, 8(1), 14-22.
- BUNTOVÁ, D., 2011. Sémanticko-pragmatický syndróm u detí raného veku. *Efeta*. 21(3), 7-12.
- BUNTOVÁ, D., MIKULAJOVÁ, M., 2012. Sémanticko-pragmatický deficit u detí s narušeným vývinom reči. *Československá psychologie*. LVI(4), 343-352.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2014. *Koncepcie rané logopedické intervencie v České republice: teorie, výzkum, terapie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7561-0.
- ČERVENKOVÁ, B., 2019. *Rozvoj komunikačných a jazykových schopností: u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2054-3.
- KAPALKOVÁ, S., 2019. Laheyovej metóda ako efektívny nástroj hodnotenia komunikácie rizikových detí v ranom veku. *Listy klinické logopedie*. 3(1), 8-12. ISSN 25706179. DOI: 10.36833/lkl.2019.003.
- KAPALKOVÁ, S., KALETOVÁ, I., 2000. Krátka slovenská verzia testu komunikačného správania. *Logopaedica*. 22(1-2), 5-13.
- KAPALKOVÁ, S., SLANČOVÁ, D., BÓNOVÁ, I., KESSELOVÁ, J., MIKULAJOVÁ, M., 2010. *Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku*. Bratislava: Slovenská Asociácia Logopédov. ISBN 978-80-89113-83-5.

- KÖHLER, G., COULIN, S., 1981. Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik im 2. und 3. Lebensjahr Beschreibung einer Experimentalfassung. HELLBRÜGGE, T. *Klinische Sozialpädiatrie*. 1. Berlin, Heidelberg: Springer, s. 236. ISBN 978-3-642-67811-0.
- LAHEY, M., 1988. *Language disorders and language development*. London: Collier Macmillan. ISBN 0-02-367130-0.
- MULLER, K., BRADY, N., 2016. Assessing Early Receptive Language Skills in Children With ASD. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 1(1), 12-19. ISSN 2381-4764. DOI: 10.1044/persp1.SIG1.12.
- ORAVKINOVÁ, Z., 2011. Vývinové poruchy reči u detí – nové intervenčné prístupy v ranom veku. *Pediatrica pre prax*. 12(4), 164-167. ISSN 1336-8168.
- PAUL, R., NORBURY, C., 2012. *Language disorders from infancy through adolescence: listening, speaking, reading, writing, and communicating*. 4th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier. ISBN 978-0-323-07184-0.
- POLIŠENSKÁ, K., KAPALCOVÁ, S., NOVOTKOVÁ, M., 2018. Receptive language skills in Slovak-speaking children with intellectual disability understanding words, sentences, and stories. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 61(7), 1731-1742.
- ROBINS, D., FEIN, D., BARTON, M., HNILICOVÁ, S., 2009. *M-CHAT R*. Skriningový dotazník. [online]. Bratislava [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.zdraviedietata.sk/sites/default/files/2020-08/MCHATR.pdf>
- ROSSETTI, L. M., 2001. *Communication Intervention: Birth to Three*. Second edition. Toronto: Singular. ISBN 978-0769300931.
- Skrining psychomotorického vývinu S-PMV*, 2016. Bratislava: © Fond prof. K. Matulaya n.f.
- SMOLÍK, F., BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2017. Stručný dotazník dětského slovníku: vývoj a normy nástroje pro screening vývoje jazyka v raném věku. *Československá psychologie*. ACADEMIA, Psychologický ústav AV ČR, 61(5), 460-473.
- SMOLÍK, F., TURKOVÁ, J., MARUŠINCOVÁ, K., MALECHOVÁ, V., 2017. *Dotazník vývoje komunikace II: dovyko II : dotazník pro diagnostiku jazykového vývoje ve věkovém rozmezí 16 až 30 měsíců : příručka a normy*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-753-1.
- VERHOEF, E., SHAPLAND, CH. Y., FISHER, S. E., DALE, P. S., ST POURCAIN, B., CORDELL, H. J., 2021. The developmental genetic architecture of vocabulary skills during the first three years of life: Capturing emerging associations with later-life reading and cognition. *PLOS Genetics*. 17(2). ISSN 1553-7404. DOI: 10.1371/journal.pgen.1009144.

Prílohy

**Výšetrenie porozumenia Mníchovská funkčná vývinová diagnostika
podľa KÖHLER - COULIN* (1981)**

Meno dieťaťa:	Dátum narodenia/ vek dieťaťa v m.:
Meno vyšetrujúceho:	Dátum vyšetrenia:

	Očakávaný výsledok	Typ úlohy	Hodnotenie dieťaťa a poznámky	Predpokladaný vek zvládnutia úlohy v mesiacoch*	
			(+/-)	50%	95%
1	Hľadá mamu / otca.	P		8	11
2	Obráti sa na rodiča.	P		8,5	11,5
3	Reaguje na pochvalu / zákaz.	P		9,5	12,5
4	Počúvne pod' sem/ daj mi!	P		10,5	14
5	Hľadá hračku.	P		11	15
6	Hľadá jedlo/flašu.	P		12	16
7	Ukáže/ pozrie sa iba na 1 časť tela.	LS		13	16
8	Otvára nádobu.	LS		13,5	18
9	Ukáže alebo sa pozrie na 3/4 obrázkov.	LS		14	19
10	Ukáže alebo sa pozrie na brucho (svoje/na bábe).	LS		15	20
11	Zodvihne bábu a položí ju na stôl.	GR		15,5	21
12	Ukáže alebo pozrie na 4/8 obrázkov.	LS		17	23
13	Ukáže/ pozrie sa na 3 časti tela (oči, ústa, nos, vlasy)	LS		18	24
14	Ukáže alebo pozrie na 8/12 obrázkov.	LS		19	25
15	Ukáže alebo pomenuje studené predmety.	LS		20	27
16	Rozumie „veľký“ a vezme veľkú loptu.	LS		21	28
17	Ukáže/ pozrie na svoju ruku.	LS		22	29
18	Ukáže ťažký predmet.	LS		23	31
19	Spozná dva druhy pohybov (Čo pláva? ...)	GR		24	32
20	Rozumie 2/4 predložiek (na, pod, vedľa, za).	GR		25	33
21	Povie/ ukáže 2/3 činností pri predmetoch hrebeň, lyžica, pohár.	GR		26	35
22	Ukáže „ľahký“ predmet.	LS		27	35
23	Ukáže/ povie 2/3 činností (spím, jem, umývam sa).	GR		28	37
24	Správne ukáže bradu.	LS		29	39
25	Vie, či je dievčatko/ chlapec.	LS		32	43
26	2x ukáže najdlhšiu čiaru z 3 pokusov.	GR		34	45

Vysvetlivky: P- paralingvistické porozumenie; LS- lexikálno-sémantické porozumenie; GR- gramatické porozumenie
Spracovala Radoslava Lizáková; podklady poskytli PaedDr. Matušková Oľga; Mgr. Gáborová Otilia a Súkromné centrum
špeciálno-pedagogického poradenstva Inštitút detskej reči

LOGOPEDICKÁ DIAGNOSTIKA PORUCH POLYKÁNÍ A OBTÍŽÍ SPOJENÝCH S KRMENÍM V DĚTSKÉM VĚKU – ZAHRANIČNÍ PŘÍSTUPY DOSTUPNÉ V ČR

SPEECH THERAPY DIAGNOSTICS OF SWALLOWING DISORDERS AND FEEDING DIFFICULTIES IN CHILDHOOD – FOREIGN APPROACHES AVAILABLE IN THE CZECH REPUBLIC

Markéta Kleinerová¹



Markéta Kleinerová

Abstrakt

Diagnostika schopností a dovedností při krmení je důležitou součástí intervence klinického logopeda na poli problematiky dětských dysfagií u novorozenců, kojenců i starších dětí. Článek přináší přehled některých zahraničních diagnostických a terapeutických nástrojů, které jsou přístupné v online podobě odborníkům i v České republice. Text dále seznamuje se základními principy přístupů ke krmení novorozenců a kojenců založených na identifikaci klíčových signálů vysílaných dítětem během příjmu potravy, nebo přístupů ke krmení tzv. řízených dítětem.

Abstract

The assessment of the feeding skills of infants and older children is an important part of speech-language pathologist intervention in the field of paediatric dysphagia. This article presents some paediatric feeding assessment and treatment tools from abroad, which are also accessible to specialists in the Czech Republic, as well as basic information on the infant-driven, or cue-based approach to infant feeding.

Klíčová slova

dysfagie, poruchy krmení a polykání v dětském věku, hodnocení procesu příjmu potravy, diagnostické materiály pro hodnocení dysfagie, vedení příjmu potravy založené na interpretaci klíčových signálů vysílaných dítětem, krmení řízené dítětem, online vzdělávání

Keywords

dysphagia, feeding and swallowing disorder in children, feeding evaluation, diagnostic tools for dysphagia, cue-based feeding, infant-driven feeding, online education

Úvod do problematiky

Každý terapeutický proces, nejen v logopedii, začíná důkladným poznáním, diagnostikou problému. Klinické, nestandardizované vyšetření má svoji důležitou a nezastupitelnou roli. Standardizované testové metody jsou v diagnostickém procesu ale také neméně důležité. Zatímco problematika poruch polykání u dospělé populace je již pevnou součástí logopedické péče mnoha klinických logopedů v ČR, péče o dětskou populaci s dysfagií není zatím v ČR ještě tolik rozšířená. S tím souvisí to, že pro dospělou populaci jsou i v ČR dostupné různé testové metody jak vytvořené přímo v tuzemsku, tak modifikované ze zahraničních materiálů. Pro dětskou populaci tyto diagnostické metody v ČR běžně dostupné nejsou. V zahraničí je situace odlišná, péče o děti s dysfagií nebo o děti, které mají obtíže s krmením, je již delší dobu samozřejmou součástí tamní logopedické péče. K tomu se váže i možnost využití standardizovaných testových metod či ucelených diagnosticko-terapeutických konceptů. Často je užití takového konceptu vázáno na nutnost proškolení v programu. Epidemiologická opatření související s onemocněním COVID-19 přes veškerá negativa v mnoha zemích uspěla již dříve započatou digitalizaci vzdělávání. Některé

¹ Mgr. Markéta Kleinerová, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku FN HK, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové – Nový Hradec Králové, Česká republika.
E-mail: marketa-kopecka@seznam.cz.

zahraniční logopedické koncepty jsou díky tomuto trendu přístupnější zájemcům po celém světě. I ze svého domova v ČR se může klinický logoped formou online kurzu v anglickém jazyce vzdělat v některé z těchto diagnostických (i terapeutických) metod. Cílem našeho sdělení je seznámit čtenáře s těmito možnostmi.

Diagnostika procesu polykání u novorozenců a kojenců

Zatímco logopedická péče v ČR o děti s dysfagií již od narození je zatím ještě málo rozšířená, v zahraničí můžeme klinického logopeda v neonatologickém týmu potkat běžně. Jeho týmová role zahrnuje diagnostické a terapeutické působení v oblasti krmení, v komunikaci s lékaři a dalším zdravotnickým personálem a edukaci rodičů. Snaží se také o koordinaci všech zúčastněných v procesu krmení tak, aby přístup k dítěti byl srovnatelný a konzistentní u všech pečujících osob.

V ČR bude úspěšnost krmení u takto malých dětí běžně hodnocena pouze na základě kvantitativního hlediska – tedy zda je dítě při krmení schopné dosáhnout nutričně potřebného množství potravy. Ale i v ČR existují pracoviště, kde je situace odlišná a uplatňují se jiné metody. Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že pouze toto hledisko hodnocení není vždy dostačující, a to především u skupiny dětí předčasně narozených nebo u dětí s předpokladem vzniku problémů z důvodů nepříznivého zdravotního stavu, zdravotních dispozic, s podezřením na dysfagii. Pokud je krmení hodnoceno pouze z hlediska přijatého množství potravy, a ne podle kvality procesu, může dojít k přehlédnutí problému době, kdy je žádoucí jej řešit. Při krmení pak může být využita zcela nevhodná strategie, která situaci v dlouhodobém horizontu ještě zhorší. Příkladem nevhodného „řešení“ může být snaha o zvýšení množství přijímané potravy zvětšením otvoru savičky, nebo využití záklonu hlavy dítěte pro využití gravitace při proudění tekutiny v ústech. V důsledku nevhodné strategie může nechtěně dojít k negativnímu ovlivnění senzomotorického vývoje procesu krmení. Situace může u dítěte vyústit až v nežádoucí averzivní reakci k uvedené aktivitě v pozdějším věku. (Thoyre et al., 2013; Shaker, 2013)

V zahraničí se proto prosazují přístupy, které při krmení usilují především o jeho bezpečnost, budování pozitivních zkušeností s jídlem a podporují další vývoj

schopností. Přístupy najdeme v zahraniční literatuře pod anglickými názvy „cue-based feeding“ či „infant driven feeding“. V těchto přístupech dítě není krmeno dle předem stanoveného časového harmonogramu, ale nejprve se u něj sledují projevy připravenosti a podle ní se řídí zahájení krmení. Během vlastního procesu krmení pečovatel pečlivě sleduje behaviorální signály dítěte a dle nich provádí modifikaci procesu (umožní např. dítěti pauzu v krmení), nebo krmení ukončí, pokud signály ukazují, že by setrváním v procesu mohlo dojít k narušení homeostázy základních životních funkcí (např. pokles saturace krve kyslíkem v důsledku neefektivního střídání činností sání/polykání/dýchání). V těchto přístupech je také snaha o to, aby hlavní pečující osobou byl rodič, který je zdravotnickým personálem zacvičen v tom, aby signály svého dítěte dobře interpretoval. (Shaker, 2013; Ross, 2020)

V následujícím textu seznamujeme čtenáře s některými zahraničními diagnosticko-terapeutickými koncepty.

NOMAS

NOMAS koncept (Neonatal Oral-Motor Assessment Scale) byl vyvinut klinickou logopedkou M. M. Palmer již v roce 1983, v zahraničí je široce využíván. Jedná se o hodnoticí nástroj perorálního příjmu výživy u novorozenců, včetně nezralých, a v současné době i o navazující terapeutický koncept. Výsledkem hodnoticí škály je prediktivní informace o případných obtížích v této oblasti během dalšího vývoje dítěte. Administrace škály nezabere více než dvě minuty, hodnocení probíhá během orálního příjmu potravy při kojení nebo při krmení z kojenecké láhve. U nutritivního sání je hodnocena jak jeho vyspělost, stupeň organizace (subskóre desorganizace), tak jsou sledovány známky svědčící pro hlubší patologii (subskóre dysfunkce). Při hodnocení organizace sání se sleduje přítomnost/nepřítomnost sacího cyklu (burst sucking), doba jeho trvání a jeho variabilita. Dále jsou hodnoceny behaviorální projevy během krmení, jako je rozšiřování nosních vchodů při dýchání, odvrácení hlavy, zvýšený pohyb končetin, jejichž přítomnost svědčí pro špatně organizovaný vzorec sání/polykání/dýchání. Při hodnocení patologie je v NOMAS sledován tonus orofaciální oblasti; pevné sevření čelisti může být známkou patologického hypertonu, zatímco při hypotonii může být přítomen zvýšený rozsah otevření čelisti. Přítomnost těchto příznaků může být

v dalším vývoji perzistující. (Bingham et al., 2012; NOMAS international, 2020)

Certifikovaný kurz NOMAS konceptu má tři části, každou v délce trvání jednoho dne, na území ČR je možné v anglickém jazyce absolvovat pouze první část.

SOFFI

Diagnosticko-terapeutický koncept byl vyvinut klinickou logopedkou E. S. Ross v roce 2010 na základě jejích zkušeností s problematickým příjmem potravy novorozenců na jednotkách intenzivní péče. Koncept je vyvinut jak pro užití u dětí předčasně narozených, tak pro děti s dysfagií z jiných příčin. V diagnostické části program učí účastníky správně identifikovat a interpretovat projevy dítěte (nejen) během procesu krmení a poté, dle zhodnocení aktuálních dovedností, jeho zařazení do jednotlivých schopnostních stupňů škály BROSS (Baby Regulated Organization of Subsystems and Sucking). Na diagnostiku navazují vyplývající terapeutické metody. (Ross, 2020; SOFFI, 2020)

Na území ČR je formou online kurzu možné v anglickém jazyce absolvovat celý program.

Škála IDFS

IDFS (Infant-Driven Feeding Scales) je dílem autorské dvojice K. A. Ludwig a S. M. Waitzman z roku 2007. Je určena k administraci u dětí předčasně narozených. Vychází z principu přístupů krmení založeného na hodnocení klíčových signálů dítěte, nicméně je posouvá k mírně odlišným principům přístupu krmení řízeného dítětem. IDFS škála má tři hodnocené oblasti. První posuzuje připravenost dítěte k zahájení orálního příjmu potravy, druhá hodnotí kvalitu krmení z kojenecké láhve i při kojení, ve třetí jsou zaznamenávány techniky, které pečující osoba při krmení využila. Obsahuje také návrhy vhodných technik pro krmení vyplývajících z předchozího hodnocení. Je vytvořena pro využití neonatologickou sestrou, ale i pro další zdravotnické odbornosti podílející se na péči o dítě. (Waitzman et al., 2014; Infant Driven Feeding, 2020)

Na území ČR je možné v anglickém jazyce formou online kurzu dosáhnout úplného vzdělání v tomto konceptu.

Diagnostika procesu polykání u starších dětí – testové metody

Ve světě existuje mnoho testových baterií hodnotících orálně-motorické schopnosti

u dětí během procesu krmení. Zatímco využití materiálů, které diagnostikují jazykové schopnosti, je z pochopitelných důvodů bez modifikace a standardizace na populaci s jiným mateřským jazykem problematické, využití testů hodnotících orálně motorické schopnosti při polykání tuto nevýhodu v takovéto míře nemá. Proto uvádíme dva ve světě často užívané diagnostické testy.

SOMA

Testová škála SOMA (Shedule for Oral-Motor Assessment) vytvořená S. Reilly a kolektivem je v zahraničí jednou z nejužívanějších. Je určena pro děti ve věku 8–24 měsíců. Škála hodnotí 65 položek v šesti sekcích, v každé ze sekcí se hodnotí výkon dítěte u rozdílné textury potravin. Jedná se o následující textury: 1. pyré ze lžičky (jogurt), 2. polopevná konzistence ze lžičky (krémový sýr), 3. pevná konzistence ze lžičky (rýže), 4. sušenka z ruky, 5. tekutina (kojení z prsu nebo příjem z kojenecké lahve) a 6. tekutina z hrníčku. Hodnocení škály je binární, každá hodnocená struktura má svoje bodové skóre oddělující normu od patologie.

Test v knižní podobě v anglickém jazyce je možné zakoupit i v ČR.

DDS test a DSMSS škála

DDS dotazník (The Dysphagia Disorder Survey) a na něj navazující škála hodnotící tíži poruchy polykání DMSS (The Dysphagia Management Staging Scale)

je standardizovaný nástroj sloužící jak ke screeningu poruchy krmení/polykání, tak i k jejímu vlastnímu standardizovanému hodnocení. Test DDS umožňuje porovnání vývoje poruchy v čase, pomáhá při rozhodování o nutnosti případného dalšího instrumentálního vyšetření. Hlavní autorkou testu i škály je americká logopedka J. J. Sheppard, ale na vývoji se podílel multidisciplinární tým složený z logopedů, ergoterapeutů, fyzioterapeutů a praktických lékařů. Testová metoda vznikla již v roce 1986 a je užívána v různých zemích světa. Je důležité říci, že DDS test i DSMSS škála jsou určené pro úzeji vymezenou populaci – pro děti s identifikovanou vývojovou poruchou, u kterých je daleko vyšší riziko vzniku poruchy polykání/krmení. U této populace je test standardizován pro užití od 2 let věku do dospělosti, později proběhla ještě doplňková standardizace pro věk 18–24 měsíců. Administrace testu je udávána na 10–15 min. (Sheppard et al., 2014; Sheppard Dysphagia Institut, 2021)

Test se skládá ze dvou samostatně hodnocených částí. První část „Faktory relevantní pro proces krmení“ je zaměřena na hodnocení a popis individuálních charakteristik managementu krmení a případných kompenzačních mechanismů během krmení. Jako související faktory jsou hodnoceny tyto oblasti: BMI (body mass index), samostatnost během krmení, držení a postavení těla během krmení, pomůcky posturální kontroly, případné dietní úpravy především z hlediska konzistence potravy,

užití speciálních pomůcek ke krmení, užití speciálních technik krmení. Ve druhé části nazvané „Kompetence v krmení a polykání“ je pozorováno a hodnoceno vlastní krmení různými konzistencemi potravy – pevnou potravou nevyžadující kousání, tekutinami a tuhými pevnými konzistencemi. Každá konzistence je hodnocena z pěti pokusů, skóre je binární – deficitní nebo kompetentní. U každé konzistence je hodnoceno binárně několik oblastí – např. orální transport, kousání, oro-faryngeální polknutí, projevy po polknutí aj. Podle výsledného dosaženého skóre je porucha dle tíže následně zařazena do pětistupňové škály, kde stupeň jedna je „žádná porucha“, stupeň pět porucha hluboká. (Sheppard et al., 2014; Sheppard Dysphagia Institut, 2021)

DDS test i škálu může zakoupit pouze odborník, který byl v metodě zacvičen. V době přípravy publikace bylo v přípravné fázi spuštění online kurzu v anglickém jazyce, který bude možné absolvovat kdekoliv ve světě, tedy i v ČR.

Závěrem

Byly uvedeny některé zahraniční diagnostické a terapeutické koncepty, se kterými je možné se blíže seznámit v online prostoru. Poznatky, které může klinický logoped touto formou získat, mohou jistě přispět k rozvoji péče o děti s poruchami polykání v oboru klinické logopedie v České republice.

Literatura

- INGHAM, P. M., T. ASHIKAGA a S. ABBASI, 2012. Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to feeding performance of premature infants. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. 18(1), 30-36 [cit. 15. 11. 2020]. ISSN 13551841. DOI: 10.1016/j.jnn.2010.09.004.
- Infant Driven Feeding, 2020. In: [Infantdrivenfeeding.com](http://www.infantdrivenfeeding.com) [online]. USA [cit. 15. 11. 2020]. Dostupné z: <http://www.infantdrivenfeeding.com/>
- NOMAS international, 2020. In: [Nomasinternational.org](https://nomasinternational.org/) [online]. USA [cit. 15. 11. 2020]. Dostupné z: <https://nomasinternational.org/>
- ROSS, E., 2020. Interventions to Support Homeostasis During Oral Feedings using SOFFI®. In: [Feedingfundamentals.com](https://www.feedingfundamentals.com) [online]. [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.feedingfundamentals.com/videos/interventions-to-support-homeostasis-during-oral-feedings-using-soffi>
- SHAKER, C. S., 2013. Cue-based Co-regulated Feeding in the Neonatal Intensive Care Unit: Supporting Parents in Learning to Feed Their Preterm Infant. *Newborn and Infant Nursing Reviews* [online]. 13(1), 51-55 [cit. 15. 11. 2020]. ISSN 15273369. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.009.
- Sheppard Dysphagia Institut, 2021. In: *Dysphagia disorder survey and trainings* [online]. [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné z: <https://sites.google.com/view/dysphagiaorg/dysphagia-disorder-survey-and-training>
- SHEPPARD, J. J., R. HOCHMAN a C. BAER, 2014. The Dysphagia Disorder Survey: Validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 35(5), 929-942 [cit. 20. 1. 2021]. ISSN 08914222. DOI: 10.1016/j.ridd.2014.02.017.
- SOFFI, 2020. In: [Feedingfundamentals.com](https://www.feedingfundamentals.com) [online]. USA [cit. 15. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.feedingfundamentals.com/overview>

THOYRE, S., J. PARK, B. PADOS a C. HUBBARD, 2013. Developing a co-regulated, cue-based feeding practice: The critical role of assessment and reflection. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. **19**(4), 139-148 [cit. 15. 11. 2020]. ISSN 13551841. DOI: 10.1016/j.jnn.2013.01.002.

WAITZMAN, K. A., S. M. LUDWIG a CH. L. A. NELSON, 2014. Contributing to Content Validity of the Infant-Driven Feeding Scales© through Delphi surveys. *Newborn and Infant Nursing Reviews* [online]. **14**(3), 88-91 [cit. 30. 3. 2021]. ISSN 15273369. DOI: 10.1053/j.nainr.2014.06.010.

TEST POROZUMĚNÍ VĚTÁM – ČESKÁ VERZE S NORMAMI PRO DOSPĚLOU POPULACI

“TEST POROZUMĚNÍ VĚTÁM” – CZECH VERSION WITH STANDARDS FOR ADULTS

Lucie Nohová¹ 

Kateřina Vitásková² 



Lucie Nohová



Kateřina Vitásková

Abstrakt

Príspevok predstavuje českou verzi Testu porozumění větám, který byl adaptován ze slovenského jazyka. Obsahem článku je popis testu, stručně též vznik jeho české verze s některými výsledky a diskusí. K testu byly stanoveny percentilové normy pro dospělou populaci s ohledem na věk (Nohová et al., v přípravě). Tento diagnostický nástroj slouží k podrobnému hodnocení porozumění mluvené řeči na úrovni vět. Obsahuje 48 vět s různou syntaktickou konstrukcí a lingvistickými faktory. V klinické praxi jej lze využít u celé řady pacientů – u osob s afázií, s kognitivně-komunikační poruchou a dalších. Jeho další využití je předmětem navazujících i budoucích výzkumů.

Abstract

The article presents “Test porozumění větám”, the adapted Czech version of the original Slovak test. The aim of the article is a brief description of the test, the process of adaptation and setting the standards for the Czech version, with some results and discussion. Percentile standards for adults were determined with respect to age (Nohová et al., in preparation). The diagnostic tool is used for an in-depth assessment of spoken language comprehension at the sentence level. It contains 48 sentences with various syntactic constructions and linguistic factors. It can be used in a number of patients – in people with aphasia, cognitive-communication disorders and others. Its further use is the subject of follow-up and future research.

Klíčová slova

porozumění řeči, porozumění větám, diagnostika, Test porozumění větám, normy, logopedie, porucha komunikace

Keywords

Test porozumění větám, standards, speech-language pathology, communication disorder, speech comprehension, sentence comprehension, diagnostics

Úvod do problematiky

Ve výzkumu i klinické praxi oboru logopedie je stále nedostatek diagnostických nástrojů vhodných pro různé skupiny osob. Pro některé skupiny osob s neurogenními poruchami komunikace jsou již k dispozici kvalitní screeningové a/nebo komplexní testy (např. česká verze Mississippi aphasia screening test, Test 3F – Dysartrický profil, revidovaná verze Vyšetření fatických funkcí, Token test). Stále je však potřeba zahraničních adaptací či tvorby nových testů, které budou zaměřené i na další diagnózy (např. osoby s kognitivně-komunikační poruchou), budou podrobnější a současně zaměřené na jednu potenciálně narušenou oblast (např. porozumění mluvené řeči).

Vyšetření (nejen) porozumění mluvené řeči může mít charakter orientační, nebo komplexní. Podrobnější hodnocení percepce mluvené řeči může odhalit i méně závažné deficity, které se nemusí projevit při testování pomocí jednoduchých screeningových diagnostických nástrojů, někdy však ani pomocí komplexních testů či u specifické populace (např. Grossman et al., 1995; Carotenuto et al., 2018).

S narušením porozumění mluvené řeči u dospělých osob se lze v klinické praxi nejčastěji setkat u osob se získanou

¹ Mgr. Lucie Nohová, Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo nám. 5, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: lucie.nohova01@upol.cz.

² Prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo nám. 5, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: katerina.vitaskova@upol.cz.

fatickou poruchou. Na nezbytnost zaměřit se při tvorbě či adaptaci testů pro osoby s afázií na deficity dílčích funkcí (také tzv. dílčí oslabení výkonu), kam spadá též porozumění řeči, upozornila již ve své disertační práci Košťálová (2015). Narušení percepce řeči však může být přítomno též u jiných diagnóz – u osob s primární progresivní afázií, mírnou kognitivní poruchou či demencí u Alzheimerovy nemoci, u osob s roztroušenou sklerózou či Parkinsonovou nemocí (např. Grossmann et al., 1995; Caplan, 2013; Marková et al., 2015; Getz a Levin, 2017; Marková et al., 2017; Marková et al., 2018; Marshall et al., 2018; Marková a Dřímálová, 2020).

Cílem tohoto článku je představit českou verzi Testu porozumění větám s normami vytvořenými pro dospělé populaci. K adaptaci testu zaměřeného na porozumění mluvené řeči na úrovni vět nás vedly mj. tyto úvahy:

- Narušené porozumění mluvené řeči je stěžejní oblastí v rámci diagnostiky osob s neurogenními poruchami komunikace.
- Podrobné vyšetření na úrovni složitějších logicko-gramatických konstrukcí spadá do oblasti vyšších jazykových funkcí. Důraz na pragmatiku komunikace je v současné logopedii akcentován, neboť má významný dopad na sociální fungování jedince, včetně ovlivnění jeho kvality života.

- Narušené porozumění mluvené řeči je poruchou dílčí funkce u osob s afázií a může být narušeno též u jiných skupin osob s neurogenními poruchami komunikace.³

Test porozumění větám

K podrobnější diagnostice porozumění mluvené řeči na úrovni vět byl do českého jazyka adaptován Test porozumenia viet (Marková et al., 2015). Pro originální slovenský test byly vytvořeny normy pro děti i dospělé osoby. K české verzi testu se zkratkou *TPVcz* byly vytvořeny normy pro populaci *dospělých osob*.

Slovenská verze testu byla publikována před několika lety v rámci monografie *Analýza porozumenia viet v slovenčine* (Marková et al., 2015). Autoři se v ní věnují nejen teoretickým východiskům zkoumání porozumění větám, ale podrobně též pracují s procesem tvorby Testu porozumenia viet. V příloze této monografie jsou k dispozici instrukce a záznamové archy pro administrátory. Pokyny pro administraci, způsob skórování, vyhodnocení a interpretace testu nejsou součástí samostatného manuálu, avšak jsou v rámci této monografie dohledatelné. Testovací sešit k Testu porozumenia viet je samostatnou publikací

ve formátu A5 svázanou do kroužkové vazby. Česká verze testu bude publikována v blízké době jako *Test porozumění větám: metodická příručka*, jehož součástí bude nejen manuál pro administrátory, ale též všechny potřebné pomůcky – tj. testový sešit formátu A4 s instrukcemi k testu a záznamové archy (Nohová et al., v přípravě).

Test porozumění větám se skládá z *lexikální části* obsahující slova, která se následně vyskytnou v *testovaných větách*. Pokud testovaná osoba selhává již v této části, v testování na úrovni vět se již nepokračuje. Celkem test obsahuje 48 vět s různou syntaktickou konstrukcí a lingvistickými faktory. Před samotným testováním vět jsou k dispozici dvě záznamové archy. Zastoupenými *syntaktickými konstrukcemi* jsou: objekt-verbum-subjekt (ovs), pasivní věty (pas), vztažné včleněné věty objektové (EO), vztažné včleněné věty subjektové (ES), vztažné věty připojené zprava objektové (RO) a vztažné věty připojené zprava subjektové (RS). Z hlediska *lingvistických faktorů* se jedná o věty jednoduché a souvětí, krátké a dlouhé, s přítomným či nepřítomným morfologickým klíčem na 1. podstatném jméně ve větě (tj. zda odliší 1. a 4. pád, např. žena vs. ženu, děvče vs. děvče) a s kanonickým či nekanonickým pořadím sémantických rolí (tj. zda má 1. podstatné jméno ve větě roli činitele děje či roli osoby zasažené dějem). Příklady vět k jednotlivým syntaktickým konstrukcím jsou uvedeny v tabulce 1.

³ V tuzemsku je dostupný Token test validovaný též na osobách s neurodegenerativním onemocněním mozku (Brustmannová et al., 2017). Token test je však svou povahou odlišný od Testu porozumění větám a navíc téměř „nepracuje“ s gramatikou jazyka.

OVS (objekt-verbum-subjekt)	Dítě myje máma s tmavými vlasy. Malé děvče právě teď táhne mladý otec ve světlých kalhotách.
pas (pasivum – trpný rod)	Máma v tmavých šatech je líbána. Malé děvče s tmavými vlasy je právě teď bito.
ES (vztažná včleněná věta subjektová)	Dítě, které myje mámu, má tmavé vlasy. Stará žena, která právě teď tlačí muže, má tmavé vlasy.
EO (vztažná včleněná věta objektová)	Děvče, které bije chlapec, má tmavé vlasy. Mladá máma, kterou právě teď líbá dcera, má světlé šaty.
RS (vztažná věta připojená zprava subjektová)	Ženu tlačí muž, který má světlé vlasy. Děvče v tričku často bije chlapec, který má tmavé vlasy.
RO (vztažná věta připojená zprava objektová)	Pes honí kočku, která má černé uši. Malé dítě právě teď táhne otce, který má světlé kalhoty.

Tabulka 1: Příklady vět k jednotlivým syntaktickým konstrukcím (převzato z: Václavíková, 2018)

Podstatou testu je výběr jednoho ze čtyř obrázků (obrázek 1) na základě vyslechnuté instrukce. Obrázky jsou černobílé, jednoduché a srozumitelné. Všechny znázorňují stejnou činnost (např. myje, líbá). Jeden z obrázků je správný, ostatní mají funkci distraktoru rolového, syntaktického či syntakticko-rolového.

a



b



c

d

Obrázek 1: Příklad zácvičné věty *Mámu myje dítě se světlými vlasy.*

Doba administrace testu, včetně vyhodnocení, činí u osob z typické populace přibližně 20 minut. U osob s poruchami komunikace se doba administrace zvyšuje. Je vhodné test administrovat při jednom sezení, v případě potřeby je však možné jej rozdělit. Za správnou odpověď lze získat 2 body, za nesprávnou 0 bodů. Větu je možné zopakovat, a to na žádost testované osoby, v tom případě získává 1 bod. Vyhodnocení testu je *kvantitativní*, maximálně lze získat 96 bodů. Kvalitativně (tj. analýzou chyb u jednotlivých lingvistických faktorů) lze vyhodnotit specifitější deficity, a sice:

- *morfologicko-syntaktický deficit* – deficit v *přirazování sémantických rolí* v případě výrazně narušenějšího porozumění větám nekanonickým (R-) oproti větám kanonickým (R+) a dále v případě narušeného porozumění morfologickým klíčům,
- deficit v oblasti *pracovní verbální paměti* v případě výrazně narušeného porozumění větám dlouhým,

- *lexikálně-sémantický deficit* v případě obtíží již na úrovni slov, tj. identifikace významu slov.
- Dále je možné u testovaných osob v rámci kvalitativní analýzy sledovat:
- v jaké *syntaktické konstrukci* nejvíce chybují,
 - jakou *chybnou odpověď* z hlediska zvoleného *distraktoru* nejčastěji podávají,
 - zda a jak často vyžadují *opakování věty*.

Vznik české verze testu s normami

Metodika

Test byl ze slovenského do českého jazyka adaptován⁴ prostřednictvím kritického lingvistického rozboru překladu.⁵ Již v lexikální části bylo nutné se zamyslet nad užitím několika výrazů (např. užití výrazu dívka vs. děvče, umývá vs. myje aj.),

nicméně původní počet 12 podstatných jmen a 6 sloves byl zachován. Taktéž byl zachován počet vět k jednotlivým syntaktickým konstrukcím a dalším lingvistickým faktorům. Obrázky byly plně převzaty z původní slovenské verze, jsou černobílé⁶, jednoduché a srozumitelné⁷ i pro osoby z českého jazykového prostředí⁸. Změnu si zasloužila pouze velikost obrázků, resp. testovacího sešitu, a to z formátu A5 na větší formát A4. Bližší popis adaptace testu viz Václavíková (2018).

Sběr dat ke tvorbě norem byl realizován od března 2018 do srpna 2019.⁹ Po aplikaci vylučovacích kritérií bylo do výzkumného souboru zařazeno 273 mužů a žen různého věku a dosaženého vzdělání z tzv. typické populace, tj. osob bez přítomnosti

⁶ Černobílé provedení je vhodnější pro testování, a to tím spíše pro osoby s neurogenními poruchami komunikace.

⁷ V předvýzkumu nebyly zaznamenány obtíže s rozpoznáním obrázků u osob z jazykově intaktní populace.

⁸ Obrázky obsahují situace, které jsou známé i v našem prostředí.

⁹ Na sběru dat se částečně podílely též důkladně zaškolené (v téže době) studentky oboru logopedie při Univerzitě Palackého v Olomouci.

⁴ Dle Van de Vijver, Tanzer (2004) by se jednalo spíše o aplikaci, byť byla provedena lingvistická analýza překladu.

⁵ Lingvistickou analýzu provedla Mgr. Kateřina Danielová.

neurologického či psychiatrického onemocnění, kognitivní poruchy¹⁰, získané neurogenní poruchy komunikace a/nebo vývojové poruchy učení v anamnéze. Jednalo se o osoby, pro které je mateřským jazykem čeština. Testované osoby byly následně rozděleny do dvou věkových kategorií: 18–65 let ($n = 201$) a > 65 let ($n = 72$).¹¹ Věkové rozložení výzkumného souboru přibližně odpovídá demografickému zastoupení u české populace dospělých osob (ČSÚ, 2020). Proměnná pohlaví a vzdělání u testovaných osob neodpovídá demografickému výskytu u české populace. Z hlediska pohlaví byly ve výzkumu zastoupeny ženy dvakrát častěji než muži, počet mužů a žen v populaci je srovnatelný. Největší zastoupení v populaci z hlediska dosaženého vzdělání představují osoby se základním a středoškolským vzděláním bez maturity, nejméně osoby se vzděláním vysokoškolským, zatímco ve výzkumném souboru bylo nejvíce osob zastoupeno v kategorii středoškolského a vyššího odborného vzdělání následované kategorií vysokoškolského vzdělání.

Výsledky

Pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu¹² byly počítány rozdíly v dosažených hrubých skóre mezi skupinami osob dle pohlaví, věku a vzdělání. Normy byly stanoveny formou *percentil*, a to s ohledem na věk dospělé osoby (≤ 65 let a > 65 let). Průměr u osob ve věku do 65 let činí 92,56 (medián 94), u osob 66 let a výše 89,82 (medián 92). *Statisticky významný rozdíl* v dosažených výsledcích testu mezi těmito skupinami byl *prokázán* ($p = 0,0001$). Pohlaví dosažený počet bodů v testu neovlivňuje ($p = 0,5$). Vzdělání se ukázalo jako faktor mající vliv na výsledek testu (ve všech případech $p < 0,05$), nicméně v rámci norem není zohledněno. Důvodem je velmi malý počet osob v některých podskupinách rozdělených dle věku a současně dle vzdělání.¹³ Percentilové normy jsou stanoveny pro celkový dosažený hrubý skóre (tabulka 2) a dále pro jednotlivé syntaktické konstrukce a lingvistické faktory (vždy s rozdělením na dvě výše uvedené věkové kategorie). Podrobněji jsou normativní hodnoty uvedené v metodické příručce k testu (Nohová et al., v přípravě), a to včetně decilů a dolního a horního kvartilu. Hodnota percentilu udává, kolik procent testované populace dosahuje stejného a horších výsledků než testovaná osoba. Osoby nacházející se na úrovni 5. percentilu a níže mají narušené porozumění mluvené řeči. Osoby nacházející se na úrovni 16. percentilu a níže dosahují podprůměrných výkonů.

Z hlediska syntaktických konstrukcí činily testovaným osobám největší obtíže vztažné včleněné věty objektové (např. Mladá máma, kterou právě teď líbá dcera, má světlé šaty.). Též se projevíly statisticky významné rozdíly ve skóre téměř u všech typů syntaktických konstrukcí z hlediska věku a dosaženého vzdělání. Z hlediska jednotlivých lingvistických faktorů zastoupených v testovaných větách chybovaly testované osoby více v souvětích oproti jednoduchým větám, dále u vět s nepřítomným morfologickým klíčem na prvním podstatném jméně ve větě oproti větám s přítomností morfologického klíče. Větší chybovost se projevila také ve větách s kanonickým pořadím sémantickým rolí oproti větám s nekanonickým pořadím sémantických rolí a dále ve větách krátkých oproti dlouhým (Nohová, nepublikováno¹⁴).

Dále byla ověřována *reliabilita testu*, resp. vnitřní konzistence položek, pomocí Cronbachova koeficientu alfa. Ten dosahuje hodnoty $\alpha = 0,74$, což značí silnou provázanost položek (Hendl a Remr, 2017).

Diskuse a shrnutí

Test porozumění větám je novým diagnostickým nástrojem k vyšetření porozumění mluvené řeči na úrovni vět. Je určen klinickým logopedům, logopedům a speciálním pedagogům, avšak seznámit se s ním mohou také zájemci z řad příbuzných oborů (např. psychologové) a dále studenti těchto oborů.

Originální definitivní slovenská verze testu obsahuje 48 vět, jeho první verze před položkovou analýzou obsahovala celkem 84 reverzibilních vět se sedmi typy syntaktických konstrukcí¹⁵. V současné době je hotová i zkrácená česká verze testu čítající 26 položek¹⁶, která bude v písemné podobě experimentálně použita u dospělých osob s kochleárním implantátem. Ke zvážení je též převod tohoto testu do elektronické podoby¹⁷.

Test porozumenia viet i Test porozumění větám prokázal statisticky významné rozdíly mezi osobami z hlediska věku a dosaženého vzdělání. V obou testech byly vytvořeny percentilové normy

¹⁰ Nepřítomnost kognitivní poruchy byla orientačně zjišťována též pomocí české verze Montrealského kognitivního testu.

¹¹ V původní studii (Václavíková, 2019) byly osoby rozděleny na dvě jinak rozdělené věkové kategorie, přičemž se mezi nimi neprokázal signifikantní rozdíl ve výsledcích testu. Proto byly dále zjišťovány rozdíly pro čtyři a tři věkové kategorie. Statisticky významný rozdíl se neprokázal mezi skupinami osob do 45 let a do 65 let věku včetně ($U = 4889$, $p = 0,98$) a mezi skupinami osob do 25 let a do 45 let věku včetně ($U = 1152$, $p = 0,88$). Z toho důvodu byl následně výzkumný soubor rozdělen na dvě věkové kategorie do 65 let včetně a nad 65 let.

¹² Z důvodu nenormálního rozložení dat počítaných pomocí Kolmogorova-Smirnova testu a Shapiro-Wilkova testu normality a též zobrazených na histogramu.

¹³ Kromě toho rozložení výzkumného souboru dle věku odpovídá demografickému zastoupení populace, zatímco u vzdělání je odlišné.

		≤ 65 let	> 65 let
N		201	72
Percentil			
	5	84	78
	16	89	84
	25	91	88
	50	94	92
	75	96	94

Tabulka 2: Hodnota vybraných percentilů pro dosažený hrubý skóre dle věku

¹⁴ Jedná se o dosud nepublikovanou disertační práci.

¹⁵ Z této verze byly pro zachování struktury testu vyloučeny vždy čtyři položky z každého typu věty a dále všechny věty se syntaktickou konstrukcí subjekt-verbum-objekt.

¹⁶ Se zachováním všech syntaktických konstrukcí s různým počtem vět v každé z nich.

¹⁷ Mimo jiné s ohledem na distanční způsob sběru dat z důvodu nepříznivé epidemické situace i s ohledem na usnadnění administrace a zejména vyhodnocování testu administrátorem.

s ohledem na věk, vzdělání nebylo bráno v potaz. Z hlediska lingvistických faktorů byla pro osoby obou jazykových verzí obtížnější syntaktická konstrukce EO¹⁸, souvětí a nepřítomnost morfologického klíče na prvním podstatném jméně ve větě. Rozdíly se projevíly ve větách krátkých a s kanonickým pořadím sémantických rolí, ve kterých čeští participanté chybovali častěji v komparaci s dlouhými větami a nekanonickým pořadím sémantických rolí náročnějšími pro slovenské testované osoby.

Česká verze testu nebyla podrobena položkové analýze. Test jsme zachovali téměř zcela identický s jeho originálem, který je kulturně i jazykově velmi blízký. Reliabilita testu byla prokázána pomocí Cronbachova koeficientu alfa. Validizační studie u osob s různými neurogenními poruchami komunikace budou následovat.

Slovenský Test porozumenia viet byl za dobu své existence již použit ve výzkumu osob s dalšími diagnózami. Bylo například zjištěno, že osoby s Alzheimerovou nemocí (AN) mají narušené porozumění větám oproti kontrolním subjektům. U 34 osob s mírným stupněm AN se projevílo narušené porozumění vztažným včleněným větám objektovým a větám s konstrukcí objekt-verbum-subjekt, zatímco u 43 osob se středním stupněm AN bylo zjištěno narušené porozumění u všech typů vět. Tyto obtíže mohou být dle autorů připisovány nedostatečným zdrojům pro zpracování jazyka (Marková et al., 2017).

Marková et al. (2018) dále zjišťovali porozumění u 37 osob s Parkinsonovou

nemocí (PN) oproti zdravým kontrolám. Signifikantně nižší skóre u osob s PN byl identifikován u vztažných včleněných vět objektových a ve větách s nekanonickým pořadím sémantických rolí. Kromě toho schopnost porozumění větám korelovala s výkonem v některých kognitivních testech. K porozumění je dle autorů potřeba dostatečných kognitivních zdrojů na zpracování (zejména pracovní paměť), ale též zachovalá lingvistická znalost a pravidla (Marková et al., 2018).

Nedávná studie Markové a Dřimalové (2020) prostřednictvím tohoto testu hodnotila porozumění u osob s relaps-remitentní formou roztroušené sklerózy (RRRS). Porovnávali výkon 19 pacientů s RRRS s kontrolními subjekty. Osoby z klinické skupiny skórovaly signifikantně hůře ve větách vztažných včleněných objektových. Jako pravděpodobnou příčinu narušeného porozumění uvádí autorky nedostatečné kognitivní zdroje na zpracování jazykových informací, obdobně jako v případech výše uvedených studií.

Česká verze testu byla doposud pilotně ověřována pouze u osob s afázií. Na základě komparace výkonu sedmi osob s afázií a sedmi kontrolních subjektů stejného věku a vzdělání bylo zjištěno *signifikantně horší porozumění* větám u osob z *klinické skupiny*. Největší obtíže činily věty vztažné včleněné objektové. Všechny osoby z klinické skupiny skórovaly v Testu porozumění větám *mimo normu*. Podprůměrný výkon a dále výkon mimo normu (tj. pod 5. percentil) byl pomocí testu prokázán mj. u dvou osob s anomickou afázií, které v Token testu skórovaly v normě (Nohová, 2020).

Kromě toho byl test ověřován též na *dětech* mladšího školního věku (Marková et al., 2015). Česká verze Testu porozumění větám byla použita v rámci diplomové práce u dětí mladšího školního věku za účelem zhodnocení úrovně větného porozumění. Výsledky potvrdily význam použití tohoto diagnostického nástroje v komplexní diagnostice *dyslexie* u žáků 2. až 4. ročníku základní školy (Plešingerová, 2020).

V současné době probíhá rozšířený výzkum na osobách s afázií, dále výzkum u osob s roztroušenou sklerózou a do budoucna jsou zvažovány studie zabývající se porozuměním u osob s mírnou kognitivní poruchou a demencí při Alzheimerově nemoci¹⁹, s Parkinsonovou nemocí, ale též u osob s kochleárním implantátem. Výzkumné i klinické využití testu je široké, což dokládají výzkumy realizované na Slovensku.

Vznik tohoto testu byl umožněn díky grantové podpoře IGA_PdF_2018_024 „Výzkum vybraných parametrů komunikace, jazyka a orofaciálních procesů z logopedického hlediska.“, IGA_PdF_2019_026 „Výzkum specifických parametrů řeči, jazyka, komunikace a odchylek orofaciálních procesů v kontextu logopedické diagnostiky a terapie s využitím kvalitativních, kvantitativních a experimentálních metod.“ a IGA_PdF_2020_036 „Výzkum poruch verbální a neverbální komunikace, hlasu, řeči a orofaciálních funkcí v kontextu moderní logopedické diagnostiky a terapie.“ Ve všech případech byla hlavní řešitelkou prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

¹⁹ Například v rámci diplomových prací studentů oboru logopedie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

¹⁸ Tj. věty vztažné včleněné objektové.

Literatura

- BRUSTMANNOVÁ, S. et al., 2017. Token test – validační studie české verze u osob vyššího věku a pacientů s neurodegenerativním onemocněním mozku. *Cesk Slov Neurol N* [online]. **80/113**(3), s. 300-306 [cit. 18. 3. 2021]. DOI: 10.14735/amcsnn2017300.
- CAPLAN, D., 2013. *Syntactically based sentence comprehension in aging and individuals with neurological disease*. In: van GOMPEL, ROGER, P. G. (Ed.). Sentence processing. New York, NY, US: Psychology Press. ISBN 978-0-203-77283-6.
- CAROTENUTO, A. et al., 2018. Communication in Multiple Sclerosis: Pragmatic Deficit and its Relation with Cognition and Social Cognition. *Archives of Clinical Neuropsychology* [online]. **33**, s. 194-205 [cit. 18. 3. 2021]. DOI: 10.1093/arclin/acx061.
- ČSÚ (Český statistický úřad), 2020. Česká republika od roku 1989 v číslech – aktualizováno 11. 12. 2020. Vybrané demografické údaje v České republice. *Czso.cz* [online]. Praha: ČSÚ [cit. 19. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/123502877/32018120_0101.pdf/5da70908-dcde-4110-8ab8-ffde779b9794?version=1.0
- GETZ, S. J. a B. LEVIN, 2017. Cognitive and Neuropsychiatric Features of Early Parkinson's Disease. *Archives of Clinical Neuropsychology* [online]. **32**, s. 769-785 [cit. 18. 3. 2021]. DOI: 10.1093/arclin/acx091.
- GROSSMAN, M. et al., 1995. Sentence comprehension in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* [online]. **92**, s. 324-331 [cit. 17. 3. 2021]. DOI: 10.1111/j.1600-0404.1995.tb00137.x.
- HENDL, J. a J. REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

- KOŠŤÁLOVÁ, M., 2015. *Vývoj a použití standardizovaných nástrojů pro diagnostiku neurogenních poruch komunikace*. Disertační práce. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, I. neurologická klinika. Vedoucí práce: prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.
- MARKOVÁ, J. et al., 2015. *Analýza porozumenia viet v slovenčine: test porozumenia viet s normami*. V Bratislave: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3797-7.
- MARKOVÁ, J. et al. 2017. Sentence comprehension in Slovak-speaking patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Language and Communication Disorders* [online]. **52**(4), s. 456-468 [cit. 17. 3. 2021]. DOI: 10.1111/1460-6984.12284.
- MARKOVÁ, J. et al., 2018. Porozumenie viet u slovensky hovoriacich pacientov s Parkinsonovou chorobou. *Cesk Slov Neurol N* [online]. **81/114**(1), s. 60-64 [cit. 17. 3. 2021]. DOI: 10.14735/amcsnn201860.
- MARKOVÁ, J. a L'. DŘÍMALOVÁ (2020). Porozumenie viet u pacientov so sklerózou multiplex. In: *Logopaedica*. XXII. 22, s. 59-63. Sborník Slovenské asociácie logopedů, Bratislava. ISSN 2453-8450.
- MARSHALL, CH. R. et al., 2018. Primary progressive aphasia: a clinical approach. *Journal of Neurology* [online]. **265**, s. 1474-1490 [cit. 17. 3. 2021]. DOI: 10.1007/s00415-018-8762-6.
- NOHOVÁ, L. 2020. Porozumění mluvené řeči u osob s vybranými poruchami komunikace: preliminární studie. In: VITÁSKOVÁ, K. et al. *Vybrané otázky logopedického výzkumu ve vývojovém náhledu. (Výzkum poruch verbální a neverbální komunikace, hlasu, řeči a orofaciálních funkcí v kontextu moderní logopedické diagnostiky a terapie)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 91-105. ISBN 978-84-09-14755-7.
- NOHOVÁ, L. et al. (v přípravě). *Test porozumění větám: metodická příručka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- PLEŠINGEROVÁ, D., 2020. *Hodnocení větného porozumění v rámci komplexní diagnostiky dyslexie*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky. Vedoucí práce: doc. PhDr. Ilona Bytešníková, Ph.D.
- VÁCLAVÍKOVÁ, L., 2018. Diagnostika percepce mluvené řeči u osob s neurogenními poruchami komunikace. *E-pedagogium* [online]. **3**, s. 14-20 [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.pdf.upol.cz/fileadmin/userdata/PdF/ePedagogium/e-Pedagogium_3-2018online.pdf
-

EVIDENCE BASED PRACTICE V KLINICKÉ LOGOPEDII

EVIDENCE-BASED PRACTICE IN SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGY

Simona Hlaváčová¹ 



Simona Hlaváčová

Abstrakt

Evidence based practice (EBP, praxe založená na důkazech) označuje přístup, který při klinickém rozhodování o konkrétní péči o pacienta využívá nejlepších vědeckých poznatků (důkazů), klinických zkušeností odborníka a preferencí a hodnot pacienta. Vhodná integrace těchto tří oblastí vede dle myšlenky EBP k ideálnímu dopadu na klinický výsledek a kvalitu života pacienta. Mezi konkrétními kroky jeho implikace do praxe patří položení klinické otázky týkající se konkrétního problému, vyhledání nejlepšího důkazu, zhodnocení kvality daného důkazu (jeho validity, dopadu a použitelnosti), aplikace do praxe a následné zhodnocení dopadu s případnou modifikací přístupu. Při práci s vědeckými poznatky je mimo jiné potřebná dobrá znalost formulace otázek prostřednictvím systému PICO a povědomí o hierarchii důkazů. Implementace EBP do praxe klinického logopeda se setkává s několika překážkami, mezi které může patřit špatná dostupnost zdrojů, nesprávné chápání EBP, organizační problémy, ale také přetrvávající konzervativní přístupy v rámci tradiční péče a odmítání možných změn zažitých každodenní praxí. Na základě zkušeností s aplikací EBP v jiných oborech zdravotnictví však lze jeho pozitivní dopad očekávat i v oboru klinické logopedie. Mezi důsledky aplikace EBP může patřit zvýšení míry motivace u pacienta a jeho rodiny, usnadnění komunikace s odborníky z jiných oborů, navýšení efektivity terapie a tím snížení počtu terapií potřebných u konkrétního pacienta, zjednodušení komunikace se zaměstnavateli a pojišťovnami nebo zkvalitnění odborné advokacie oboru.

Abstract

EBP is an approach that uses the best scientific evidence, the clinical experience of the professional, and the preferences and values of the patient in treatment. Appropriate integration of these three areas of EBP leads to an ideal impact on

the clinical result and quality of life of the patient. The steps for implementation in practice include asking clinical questions related to a specific problem, seeking the best evidence, assessing the quality of the evidence (validity, impact, usability), the application to practice, assessing the quality of impact and modification of the process. Knowledge of the PICO system and the hierarchy of evidence is essential when working with the scientific results. There are some limitations when implementing EBP in the practice of a Speech Therapist: unavailability of sources, incorrect understanding of EBP, organisational problems, conservative approach, and refusing to accept changes to everyday practice. Other medical fields have experienced a positive impact when using EBP, so we can expect the same in Speech Therapy. Examples of the positive impact of EBP include the increased motivation of the patient and his/her family, ease of communication with other medical professionals, greater effectiveness of therapy, reducing the need for more therapy sessions, effective communication with employers and insurance companies and better advocacy of the field.

Klíčová slova

evidence based practice, výzkum, logopedická intervence, review, důkazy

Keywords

evidence-based practice, research, speech and language therapy, review, evidence

Úvod

Myšlenka evidence based practice (EBP, praxe založená na důkazech) je relativně novým paradigmatem současné medicíny zahrnujícím užití nejlepších vědeckých poznatků v péči o pacienty. Pojem EBP vychází z původního pojmu EBM (Evidence based medicine, medicína založená na důkazech) a prvotní zaměření na lékaře a oblast léčby rozšiřuje o multidisciplinární přístup s využitím nejen v oblasti léčby a terapie, ale také v etiologii, diagnostice

¹ Mgr. Simona Hlaváčová. Soukromá klinika LOGO s.r.o., Vsetínská 20, 639 00 Brno, Česká republika.. E-mail: hlavac.simona@gmail.com.

a dalších. Ačkoliv je přístup EBP pro obor klinické logopedie v České republice stále relativně novou oblastí, ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) jej zapojila již v roce 2001 do svého Scope of practice (Rozsahu práce logopedů) a v roce 2010 jej začlenila také do svého etického kodexu.

EBP označuje systematický přístup k získávání, posouzení a aplikaci vědeckých poznatků při klinickém rozhodování nejen v rámci logopedické terapie, ale také v prevenci, prognóze či diagnostice. Jejím cílem je zlepšení zdraví (a kvality života obecně) pacientů skrze zodpovědná klinická rozhodnutí.

Jedná se o nové paradigma klinické praxe a procesu celoživotního vzdělávání, které zdůrazňuje systematické a pečlivé hodnocení vědeckých poznatků při klinickém rozhodování, ve spojení se zkušeností klinického logopeda a s přihlédnutím na individuální preference, očekávání a hodnoty pacientů. Vědecké poznatky, klinická odbornost a preference pacientů tak tvoří tři základní komponenty EBP.

Komponenty EBP: klinická zkušenost, preference pacienta, nejlepší vědecké poznatky

Klinická zkušenost zahrnuje kromě obecných oborových znalostí také individuální odborné zkušenosti klinického logopeda čerpané z praxe. Rolí odborníka je vybalancovat klinický stav pacienta, jeho preference a ostatní okolnosti s poznatky z vědeckých studií na dané téma.

Individuální preference a potřeby pacientů hrají v klinickém rozhodování v rámci diagnostiky a terapie případů významnou roli. Některé modely schémat EBM dokonce přisuzují hodnotám pacientů větší míru důležitosti než oblasti klinické zkušenosti odborníka (Haynes et al., 2002). Je proto vždy nezbytné pacienta o postupech diagnostiky a terapie plně informovat, a to nejen o jejich benefitech, ale také o možných rizicích. Přestože se po důkladném prozkoumání dostupných validních informací bude logoped klonit k určitému postupu, je možné, že jej pacient (příp. jeho rodina) nebude preferovat, či se budou klonit k jinému přístupu, nebo dokonce k žádnému. Zmínit lze např. polymorbidní pacienty (často pacienti nad 75 let), kteří bývají z klinických studií vypouštěni, a proto je u nich diagnostika

a terapie dle zásad EBP komplikovanější, nebo pacienti, kteří mohou odmítat terapii vzhledem k nutnosti dojíždění či potřebnému nákupu speciálních pomůcek. Svou roli mohou sehrát také další faktory, jako jsou kulturní specifika, individuální hodnoty, priority a očekávání.

Nejlepší vědecké poznatky označují závěry klinicky relevantních výzkumů. Pro identifikaci takových výzkumů je třeba zohlednit několik zásadních kroků.

Práce s vědeckými poznatky

Při práci s vědeckými poznatky je nutné dodržovat několik nezbytných postupů. Za jeden z hlavních principů hledání adekvátních informací je považována schopnost správné formulace otázky.

Mezi nejčastější typy otázek klinických logopedů patří otázky týkající se efektivity daných terapeutických postupů, přesnosti diagnostických testů či prognózy určitých diagnóz. Mezi jednoduchý systém využitelný v rámci procesu přesného formulování otázek patří systém PICO (PECO). Tato písmena označují první písmena z anglických názvů specifických kritérií. Jedná se o P (population = populace), I(E) (intervention, exposure = intervence, expozice), C (comparision, control = porovnání, kontrola) a O (outcome, výsledky). Odborník pokládající otázku musí následně zhodnotit, jak přesně odpovídá určitá studie jeho kritériím v tomto konceptu (Aslam, Emmanuel, 2010, Prasad, 2014).

Jako příklady lze uvést klinické otázky:

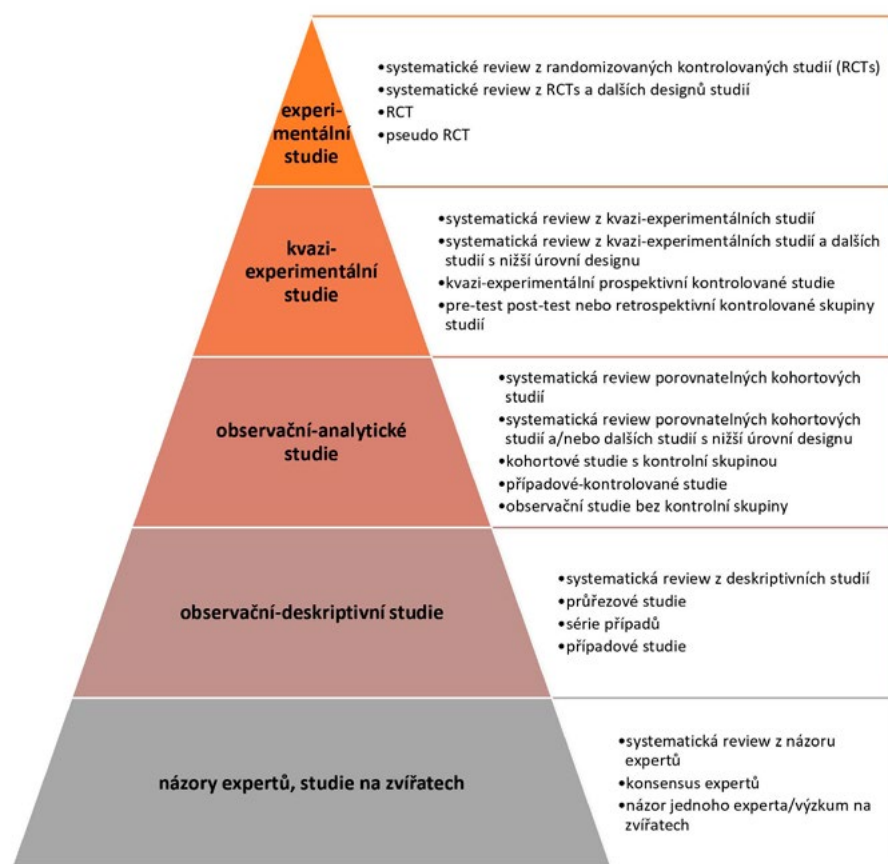
„Jak přesné výsledky ukazuje bedside vyšetření (I) při diagnostice dysfagie (O) u pacientů po CMP (P)?“

„Jak terapie fonologického uvědomování (I) zlepšuje schopnost čtení (O) u dětí s vývojovou dysfázií (P)?“

„Jaký je efekt hlasové terapie (I) na polykání (O) u pacientů s Parkinsonovou nemocí (P)?“

„Jaký má efekt na plynulost řeči (O) u dospělých pacientů s balbuties (P) využívání metronomu (I) v porovnání s využitím prolongované řeči (C) v terapii?“

Po vyhledání odborných studií je potřeba vyhodnotit validitu a přesnost vědeckých důkazů. K tomu je nezbytná znalost hierarchie důkazů, která rozlišuje důkazy dle validity vědecké informace. Možnost využití důkazů v praxi klinického logopeda roste v následující pyramidě (obrázek 1, dle JBI, 2014 in Klugarová, 2015) zespoda nahoru, naopak témata jsou specifitější při pohybu shora dolů.



Klugarová, J., 2015. Vyhledávací strategie. In Marečková, J., Klugarová, J., Klugar, M., Jarošová, D., Zeleníková, R., Gurková, E., Evidence-Based Healthcare: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech. (V tisku). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 18.

Obrázek 1: Hierarchie vědeckých důkazů z hlediska účinnosti (upraveno dle JBI, 2014, in Klugarová, 2015)

Za nejvýznamnější a nejvalidnější zdroj jsou považovány systematická review. Jedná se o syntézu všech existujících důkazů souvisejících s položenou otázkou. Jedním z konkrétních kroků při tvorbě kvantitativních systematických review jsou metaanalýzy a metasyntézy. Metaanalýzy jsou statistické analýzy výsledků několika studií. Právě statistickým zpracováním se minimalizuje přílišná subjektivita kvalitativního zpracování (Card, 2012). Podstatou metaanalýzy je analyzování a syntetizování více výzkumných zjištění. Většina metaanalýz pracuje s tzv. effect size (velikostí účinku). Jedná se o ukazatel směru a síly vztahu mezi dvěma proměnnými. Metaanalýza je metodologicky transparentní, systematická a závěry formuluje ve formě statisticky testovatelných výsledků. K výpočtům lze využít i kalkulatorů. Klasická metaanalýza zahrnuje pět základních kroků. Jedná se o formulaci výzkumné otázky, identifikaci relevantní literatury, aplikaci kritérií pro zahrnutí studie do prováděné metaanalýzy, kódování proměnných, zvolení postupu pro zpracování dat a jejich vyhodnocení (Ferjenčík, 2000).

Metasyntézy jsou součástí kvalitativního systematického review a jsou syntézou výsledků primárních kvalitativních studií.

Pokud nejsou systematická review související s pokládanou otázkou k dispozici, je možné informace čerpat ze studií. I zde je však nutné zvážit jejich validitu. Mezi nejslabší vědecké studie patří neexperimentální studie sledující případ nebo korelaci. Ty poskytují jasné výsledky, ale nezjišťují jejich příčinu. U kvaziexperimentálních studií je manipulováno s nezávislou proměnnou, ale účastníci nejsou vybráni náhodně. Výsledky výzkumu tedy mohou být negativně ovlivněny. Nerandomizované kontrolované studie mají jasně specifikované výsledky a objekty výzkumu, ale výzkumník manipuluje s umístěním a selekcí subjektů, a proto zde stále může docházet ke zkreslení. Randomizované kontrolované studie jsou považovány za nejvalidnější, jelikož randomizace pomáhá eliminovat systematické chyby, což vede k datům s vysokou kvalitou a identifikaci kauzálních vztahů (Dodd B., 2007).

V oblasti klinické logopedie jsou znatelné rozdíly mezi pokrytím jednotlivých diagnóz v rámci systematických review. Jako příklad lze uvést zdroj „ASHA Evidence Maps“ nabízející přehled vybraných a srozumitelně zpracovaných odborných studií na jednotlivá témata, která jsou postupně doplňována (viz Zdroje vědeckých poznatků). Po volbě zobrazení pouze systematických review nabízí stránky u diagnózy dysfagie u dospělých 240 výsledků, oproti tomu u diagnózy apraxie u dětí se jedná pouze o 8 výsledků. Pro představu lze uvést následující pořadí vybraných témat uvedených na ASHA Evidence Maps v pořadí od témat nejčastějších po nejméně zastoupená: dysfagie u dospělých, demence, dysfagie u dětí, hlas, afázie, poruchy zvuku řeči, mentální postižení, dysartrie, poruchy jazykového vývoje, poruchy plynulosti, rozštěpové vady, apraxie řeči u dospělých, CAPD, apraxie řeči u dětí, velofaryngeální dysfunkce.

Základní kroky při klinickém rozhodování

ASHA ve svém průvodci EBP pro logopedy (2021) uvádí několik základních kroků, které by měl logoped dodržet při svém klinickém rozhodování: jedná se o definování otázky, shromáždění a zhodnocení evidence, odvození informací z výzkumných závěrů, které jdou aplikovat do praxe, zvážení vlastní klinické odbornosti a odbornosti ostatních, zahrnutí pacientových perspektiv a potřeb, vytvoření léčebného plánu při dodržení všech tří komponentů EBP a v neposlední řadě zhodnocení vlastního klinického rozhodnutí.

Definování otázky by mělo vycházet z odborného posouzení pacientovy anamnézy a stavu. Otázku je vhodné formulovat dle systému PICO (viz výše). U výzkumů odpovídajících dané otázce je třeba posoudit jejich kvalitu a sílu. Dalším krokem je shromáždění a vyřízení klinicky uplatnitelných informací z nalezených výzkumů. Tak získá klinický logoped povědomí o tom, jestli nalezené výzkumné závěry jsou pro konkrétního pacienta s jeho anamnézou adekvátní a zda jsou přínosem pro terapii. Při třídění adekvátních informací u většího množství dat je doporučováno pracovat s výzkumnými závěry a diskuzemi. Pouhé přečtení abstraktů výzkumů neinformuje logopeda o náplni vybraných studií dostatečně. Pokud výzkum z dané oblasti chybí, je vhodné vyhledat výzkum zabývající se alespoň podobnými případy a intervencemi.

Po shromáždění adekvátních výzkumných závěrů je vhodné do rozhodování zapojit vlastní klinickou odbornost a také názory jiných odborníků. V rámci hodnocení vlastní klinické odbornosti je vhodné posoudit nejen minulou zkušenost s podobným případem, ale také vlastní vědomosti a klinickou a kulturní úroveň kompetencí. Mezioborová spolupráce je velmi důležitou součástí každého klinického rozhodování a klinický logoped by měl mít nejen pro diagnostiku, ale také terapii úzké spojení s předem vybranými a kvalitními odborníky z jiných oborů. Tito odborníci by měli být dostatečně informováni o konkrétním pacientovi a v případě potřeby také o plánované či již probíhající terapii.

V neposlední řadě je potřeba v rámci EBP rozhodování zvážit také pacientovy potřeby a perspektivu. Klinický logoped by si měl být vědom názoru pacienta a/nebo jeho rodiny na klinický postup a být informován o jeho cílech a očekáváních. Také jeho kulturní a lingvistické pozadí hraje v klinickém rozhodování důležitou roli. Pacient by měl být plně informován o diagnostických nebo terapeutických procesech, jichž je součástí. Před započetím vybraného postupu by měl být klinický logoped obeznámen se všemi bariérami nebo limitacemi, které by mohly bránit plánovanému cíli. Zdrojem v tomto kroku je zejména rozhovor s pacientem a/nebo jeho zákonnými zástupci a obeznámení se s historií daného případu.

Samotné vytvoření klinického plánu by mělo obsahovat informaci o vybraném postupu, jeho implementaci, adaptaci či kombinaci. Logoped by měl stanovit časový úsek, v němž bude intervence probíhat, a také kroky a postupy, kterými bude vyhodnocována jeho efektivita. Využít lze k tomu vybrané terapeutické materiály a protokoly.

Při následném hodnocení je pak vhodné brát v potaz nejen nové informace o stavu progresu pacienta, ale také to, zda vybraný terapeutický plán stále odpovídá pacientovým potřebám či zda nedošlo ke změně některých priorit. K tomuto lze využívat data z kontrolních vyšetření, multidisciplinární diskuze a rozhovoru s pacientem nebo jeho zástupci.

Užití EBP v logopedii – přínos a bariéry

„EBM je vodítkem ke každému správnému lékařskému postupu. Postupuje-li lékař ve shodě s validními lékařskými informacemi shromážděnými v rámci EBM

(a to převážně při vysokém stupni důkazu v rámci EBM), měl by jeho postup být postupem odpovídajícím posledním poznatkům vědy, a tím současně také nepostižitelný. EBM tedy směřuje medicínu od názoru jedince k objektivním postupům, které jsou založeny na objektivních vědeckých informacích.“ (Běhounek et al., 2010).

Dle Coyle (2011) není pro žádného zdravotnického profesionála vhodné praktikovat metody, které nejsou vědecky ověřené. Uvádí, že logopedi jsou eticky zavázáni k tomu, aby při klinických rozhodnutích využívali metody založené na důkazech.

Zipoli a Kennedy uveřejnili v roce 2005 studii, ve které zkoumali užití EBP u 240 logopedů. Tato studie mimo jiné ukázala, že ze všech tří komponentů EBP (využívání nejvyšších výzkumných závěrů v praxi, vlastní klinická zkušenost a preference pacientů) spoléhali zkoumaní logopedi nejvíce na své vlastní klinické zkušenosti a zkušenosti kolegů. Těch nejobornějších zdrojů, tedy poznatků z nejnovějších validních vědeckých studií, využívalo pouze 17,7 %. V roce 2021 byla zveřejněna nová studie (Greenwell, Walsh), která porovnávala daná data v odstupu 15 let. V této studii obsadily první tři místa v tabulce nejvyužívanějších zdrojů EBP dle četnosti právě tři základní komponenty EBP, přičemž nejvíce logopedů uvádělo jako nejčastější zdroj EBP preference pacientů. Další zdroje využívané v rámci jejich EBP podle četnosti byly uváděny v následujícím pořadí: vzhled kvalifikovaných kolegů, odborné články, sdílení nápadů s kolegy, internetové hledání, blogy profesionálů, materiály zájmových skupin, odborné internetové stránky, názory odborníků z oboru, oborové publikace, učebnice, metodiky, ASHA Maps website, výzkumné databáze, semináře, konference a workshopy, zaslání otázek přes e-mail, zjištění prezentovaná na konferencích a workshopech, online případové studie.

Autorce není znám podobný výzkum provedený na dané téma v České republice. Jsou-li však brány v potaz jazykové bariéry a chybějící pokrytí tématu EBP v česky psané odborné literatuře, je možné předpokládat, že EBP není mezi českými klinickými logopedy podrobněji známa a poznatky z nejnovějších validních vědeckých studií jsou tedy využívány v praxi nedostatečně. Jejich plnohodnotné využívání však přináší do klinické praxe mnoho nesporných výhod.

Klinická logopedie vychází z multidisciplinárních vědomostí zahrnujících lingvistiku, psychologii, vzdělávání a medicínu. Klinický logoped by měl ve své práci integrovat vědomosti ze všech těchto oborů. K takové integraci dochází právě při konceptu EBP v rámci využívání aktuálních výzkumů při vývoji a evaluaci intervenčních technik.

Při aplikaci EBP dochází také ke zvyšování sebevědomí logopedů při klinickém rozhodování. Zdůvodňování vybraných metod rodičům, nadřízeným či jiným odborníkům tak činí mnohem snadněji. V současné době stále mezi veřejností přetrvává nedostatečné povědomí o oboru klinické logopedie. Náplň práce klinických logopedů je často zaměňovaná s náplní práce jiných povolání, je možné se také stále setkávat s názorem (bohužel i mezi specialisty z jiných odborností v rámci zdravotnictví), že klinický logoped je součástí školského systému nebo že je jeho práce méně náročná a méně důležitá než jiné, zavedenější zdravotnické obory. Tento fakt se pak může odrážet také v nabízeném platu. Jednou z důležitých strategií boje o to, jak je obor klinické logopedie mezi laickou i odbornou společností vnímán, je právě znalost a využívání EBP.

Cílem logopedické terapie je dopomocti pacientům k takovým komunikačním schopnostem, aby byli schopni dosáhnout svého životního potenciálu. Klinický logoped však může někdy v záplavě nutných administrativy a dalších provozních povinností na tento primární cíl zapomenout. Logoped pak může být v rámci výkonu své práce demotivovaný a vysílený. Kontext EBP pomáhá fokus na tento cíl udržet.

Důkladná znalost principů EBP pak v neposlední řadě znamená rychlejší aplikaci závěrů vědeckých studií do klinické praxe a tím její zefektivnění. Hraje tak významnou roli v rámci služby mezi poskytovatelem péče a jejím příjemcem, obzvláště pokud je vybraná terapeutická či diagnostická metoda finančně, časově či jinak nákladnější: příjemce může trvat na kvalitních důkazech, že je vybraný postup efektivní. Také obhajoba pacientů s komunikačními potížemi musí zahrnovat jasné důkazy, že intervence zlepšuje jejich funkční zapojení do společnosti a zaměstnání (Dodd B., 2007).

Koncept EBP má však nejen v oboru klinické logopedie i své kritiky. Objevují se argumenty, že koncept EBP vyžaduje čas a peníze, které by jinak mohly být využity v rámci konkrétní péče o pacienta či že se jedná o přísný a rigidní systém,

který vyhledává cesty, jak omezovat logopedu. Dále jsou výsledky studií aplikovány na populaci, kdežto logoped pracuje s jednotlivcem na individuální bázi. V neposlední řadě EBP vyžaduje znalosti statistiky, které ne každý klinik má. Jako další negativum využití EBP v logopedii může být vnímáno i to, že klinik přestává využívat techniky, které nejsou EBP, přestože je má ve své každodenní praxi ověřené jako přínosné pro pacienty.

Další častou kritikou principu EBP je, že hrozí objektivizace pacienta, transformace celé osobnosti v pouhý souhrn fyziologických procesů a že léčba je prováděna nezávisle na pacientově osobnosti, sociálním a ekonomickém statusu. Z toho důvodu však již v roce 2001 WHO (World Health Organization) změnila klasifikační systém v rámci poruch řeči a jazyka tak, že reflektují sociální kontext, včetně postižení, aktivit a participace (WHO, 2001).

Konkrétně v oblasti klinické logopedie je v principu EBP kritizován fakt, že postupy randomizovaných kontrolovaných studií nejsou vhodné pro hodnocení intervencí u heterogenní populace, která má komplexní potíže, které postihují více než jeden aspekt komunikace (např. afázie, demence, vývojová dysfázie), a např. A. Whithworth (2005) doporučuje pro hodnocení terapií raději využívat případové studie.

Barbara Dodd (2007) však zdůrazňuje význam EBP v logopedii. Poskytovatelé logopedie i vzdělávací instituce budoucích logopedů by dle ní měli koncept EBP pečlivě hodnotit a adaptovat jej tak, aby mohl modifikovat nejen samotnou praxi, ale i vzdělávání logopedů. Změna by měla být přiměřená a všeobecně odsouhlasená, jelikož jen tehdy dojde k přínosným změnám v klinické praxi. Tento proces by se měl neustále aktualizovat dle nejnovějších vědeckých poznatků z výzkumů EBP, pokroky ve vědě tak budou vycházet z interakce mezi teoretickým výzkumem a klinickou praxí. Potenciál změn pro profesi logopedů považuje za enormní.

Využití konceptu EBP v oblasti klinické logopedie může vzbuzovat obavy, že povede k minimu užitečných informací pro klinické logopedy a současně maximu špatné publicity pro profesi (Pring 2004). Jedním z příkladů je randomizovaná dvojité zaslepená studie M. Glogowské (2000) zabývající se „community based speech and language therapy“ (tedy logopedickou terapií v přirozeném prostředí pacientů v rámci podpory funkční komunikace) u dětí. Studie ukázala, že tento druh terapie není u dětí efektivní. Avšak interpretace

výsledků v tomto případě byla založena na malém počtu intervencí poskytovaných dětem se značnými komunikačními obtížemi a zjištěny byly i další výzkumné nepřesnosti. Jedná se tak o ukázkou toho, proč je u studií nezbytně nutná odborná kontrola výzkumných systematických chyb vedoucích ke zkreslení výsledků.

Ve studii publikované v roce 2021 (Greenwell, Walsh) uvedlo téměř 90 % dotazovaných logopedů (z celkového počtu 317 participantů), že se považují za zastánce EBP. Za největší bariéry v její aplikaci považovali v následujícím pořadí: nedostatek času, obsáhlost případu, přístup k odborným článkům v práci, znalost statistické analýzy, nespecifikovaný přístup ke zdrojům, přístup k odborným článkům doma, schopnost zhodnotit výzkum, schopnost vyhledání literatury, nedostatek tréninku a firemní kulturu.

Doporučení pro odstranění bariér při implementaci EBP do klinické praxe

V obecném využití konceptu EBP v oboru logopedie A. McCurtin (2012) doporučuje následující kroky:

- mělo by se poskytnout více prostoru oblasti EBM při výuce budoucích logopedů na univerzitách;
- vědecká komunita musí pokračovat a rozšířit svůj závazek v provádění výzkumů, které budou ověřené a zároveň využitelné v praxi;
- mělo by se začít zkoumat, jak a proč využívají logopedi závěry výzkumů ve své praxi;
- kliničtí logopedi by se měli více snažit zpřístupňovat a šířit výzkumy týkající se oboru;
- kliničtí logopedi by se měli při snaze o zachování rovnováhy mezi uměním a vědou ve své klinické praxi snažit více projevovat svůj závazek vůči vědě;
- cílené zaměření a diskuze v rámci dalších pilířů EBM, tedy klinická zkušenost a respektování pacientových hodnot, by měly být samozřejmostí;
- profese by měla vyvinout strategie proto, aby se ujistila, že následování vědeckých zjištění je pro praxi klinického logopeda prakticky uchopitelné;
- možnosti pokračujícího vzdělávání by měly být hodnoceny podle jejich vědecké hodnoty;
- bylo by vhodné zvážit užívání nového názvu pro celý koncept, např. „evidence-informed practice“ (praxe informovaná o důkazech).

Co se týká konkrétních bariér, je možno při implementaci EBP do praxe klinického logopeda využívat několika dalších specifických doporučení.

Logoped by měl zhruba 15 minut denně věnovat studiu důkazů, které souvisejí s klinickým problémem (Shmidt, Brown 2012). Velkým pomocníkem v rámci šetření času může být registrace k odebrání e-mailů shrnujících aktuální vědecké poznatky v oblasti oboru či uložení zdrojů popisujících klinické postupy v rámci EBP u jednotlivých diagnóz.

U přístupu k odborným databázím je vhodné spolupracovat s knihovníky a vzdělávacími institucemi. Odborné články je možné nalézt v „open access“ (trvalý, okamžitý a bezplatný přístup) verzi, ale také ve formě placeného přístupu. Pro zmenšení finanční náročnosti při hledání relevantních zdrojů je možné uplatnit několik alternativních postupů, mezi které patří například využívání rozšíření webového prohlížeče (viz níže), nebo přímé kontaktování autora studie a požádání o zaslání originálu. Ve velké většině případů jsou výzkumníci takové žádosti ochotni vyhovět.

Častou překážkou v rámci implementace závěrů EBP do praxe bývá firemní kultura a s tou související nedostatečná institucionální podpora a podpora vedení k zavedení změn. Logoped může mít nedostatek kompetencí k tomu prosadit změny v praxi v prostředí, ve kterém bývá důraz kladen na metody současné praxe („vždy to děláme takhle“) (Houser 2011). V takovém případě je vhodné naslouchat obavám kolegů z možných změn a při vybírání konkrétního projektu změny vybrat takový, který má největší šanci na úspěch. V oblasti institucionální motivace je vhodné propojit priority instituce s EBP a tím pádem nabídnout případné snížení nákladů a zvýšení efektivnosti a produktivity (Marečková, Klugarová, 2015). Jako vhodné se také jeví vytvoření pracovního týmu klinických logopedů, kteří budou podporovat EBP.

Je třeba dodat, že v České republice může v nedostatečném využívání výzkumných závěrů hrát významnou roli nedostatečná znalost angličtiny (ve které je většina výzkumů publikována). Možným řešením tak může být náročnější a na výzkumnou činnost zaměřená výuka anglického jazyka v rámci univerzit či postgraduálním předatestačním vzdělávání (například na základě diskusí a překladů konkrétních oborových cizojazyčných studií).

Praktické příklady využití EBP v praxi

EBP vystupuje proti rostoucímu zájmu o pseudovědecké a nevědecké praktiky. V roce 2008 38 % dospělých a 12 % dětí v USA využívalo alternativní medicínu. Výzkum ukázal, že 55 % dětí s dyslexií v USA používá nějakou formu alternativní medicíny, nejčastěji potravinové doplňky, homeopatii nebo osteopatii (Bull 2009). Úlohou odborníků je poskytnout rodičům vědecky podložené informace tak, aby se mohli pro určitý typ léčby rozhodnout informovaně. Avšak nejen rodiče často podléhají nevědeckým informacím. Odborníci v některých oborech velmi často využívají praktiky, které nejen že nejsou vědecky ověřené, ale často také mohou způsobovat nežádoucí účinky. A to se týká i klinických logopedů, kteří nejsou vůči pseudovědeckým a nevědeckým taktikám imunní, i když jsou vědecké důkazy jednoznačné. Jedná se například o univerzální užití neřečových orofaciálních cvičení (Lof, Watson, 2008), facilitovanou komunikaci (Schlosser, Wendt 2008) nebo AIT metodu (auditory integration training) (Mudford, Cullen 2005).

Je pravdou, že ne všechny studie poskytují logopedům jasná stanoviska uplatnitelná v praxi. El Dib (2005) analyzoval náhodný vzorek více než tisíce systematických review v Cochrane evidenci a zjistil, že 49 % těchto studií ve svých závěrech nepotvrzuje ani pozitivní, ani negativní dopad zkoumaných technik.

Přesto však díky výzkumu v rámci EBP vzniklo a vzniká několik velmi přínosných studií pro logopedy, jejichž závěry jsou jasné stanovené (McCurtin, Roddam, 2012).

Jedná se například o studii potvrzující prodlouženou řeč, sebekontrolu a reakci podmíněnou stimulem jako neefektivnější terapeutické techniky pro dospělé s balbuties (Bothe et al., 2006). Dále o studii Bhogal et al. (2003) dokazující výrazně lepší výsledky terapie pacientů s afázií po cévní mozkové příhodě, když se jednalo o intenzivní terapii v průběhu krátké doby. Studie srovnávající tradiční terapii a Hanen programme zjistila, že výsledky u malých dětí s narušeným vývojem řeči jsou u obou přístupů stejné, ačkoli u Hanen programme (terapie zaměřená na zaškolení rodiče dítěte a práci v domácím prostředí) se jednalo o dvakrát intenzivnější terapii (Baxendale, Hesketh, 2003). Anebo studie informující o tom, že přínos enterální výživy je zdůrazňován u pacientů s ALS (Langmore et al. 2006), avšak ne už tolik

u pacientů s mozkovou obrnou (Sleigh et al. 2004) nebo demencí (Sampson et al. 2009), jelikož u těchto pacientů může užití enterální výživy paradoxně zvýšit riziko pneumonie a smrti. Přínosná je také studie Boyle (2009) o relativní efektivnosti nepřímé a přímé intervence u dětí s vývojovou dysfázií. Studie ukázala, že u dětí mezi šestým až jedenáctým rokem je intervence efektivní a může být stejně efektivní, když probíhá v rámci skupinové terapie nebo nepřímo prostřednictvím logopedických asistentů.

Jako praktický příklad implementace EBP do klinické praxe lze uvést zkušenost s intervencí u šestnáctiletého pacienta, L., s Downovým syndromem (DS), přijatého do péče logopeda (Miller in Roddam, Skeat, 2010). U pacienta byly vyhodnoceny dobré lexikální a funkční pragmatické schopnosti, ale stejně jako většina adolescentů s DS bylo vyjadřování na úrovni krátkých a jednoduchých vět s nízkou úrovní morfologie. Narušena byla také fonologická rovina řeči. Pacient využíval zhruba 20 až 30 znaků. Logoped stanovil cíl praktikovat terapie a přístupy, které budou v maximální možné míře efektivní, a formuloval na základě předchozího sledování a vyšetření následující klinické otázky (na základě systému PICO): „Existují důkazy pro pokračující jazykový vývoj u pacientů s DS v pozdním adolescentním věku? Pokud ano, jaké přístupy a strategie jsou pro pacienty s DS v tomto věku efektivní? Existují studie, které dokazují, že je znakování pro tyto pacienty přínosné?“ Na základě studia odborné literatury a seznámení s uskutečněnými výzkumy (Rondal, Buckley 2003; Jenkins C. 2003; Leddy, Gill 1999; Bray, Woolnough, 1988) byly klinické otázky zodpovězeny následovně: Jazykový vývoj může být u tohoto pacienta ještě zlepšen, s využitím specifických a vědecky ověřených metod a přístupů (například využití vizuální podpory nebo skupinové terapie) a vzhledem k doporučením pro podporování vizuálních schopností a jejich přínos je vhodné i nadále pokračovat ve znakování. Po konzultaci s pacientem a jeho rodinou (hodnoty a preference) a po jejich obeznámení s plánovaným postupem byl ve shodě s odbornou zkušeností logopeda nastaven terapeutický plán, který zahrnoval využití vizuální podpory při rozvoji porozumění a exprese (využití barev a různých velikostí jako pomůcky při skládání vět), využití znakování, obrázků, symbolů a psaných slov v terapii. Byly uplatněny metody, jak co nejvíce podpořit skupinovou práci při

rozvoji jazykových schopností ve škole a spolupráci mezi logopedem a učitelem. Terapie se zaměřovala na rozvoj vyjadřování, byla mimo jiné využívána metoda sabotáže, kdy bylo u pacienta podporováno využití gest jako rozšíření vyjádření. Při kontrolním vyšetření bylo zřejmé, že u pacienta došlo k zaznamenatelnému rozvoji zejména v užívání jazyka na úrovni vět, čehož si mimo jiné povšimli i učitelé ve škole a zmínili to v souvislosti s pacientovým vyjadřováním v průběhu vyučování.

Zdroje vědeckých poznatků

Klinický logoped může nejlepší vědecké důkazy validních studií hledat v několika ověřených zdrojích EBP. Následovně je uveden přehled několika z nich.

Cochrane databáze systematických review. Jde o hlavní zdroj systematických review v rámci zdravotnictví a jedná se o základní zdroj informací o EBM. Publikované systematické přehledy jsou zde čtvrtletně aktualizovány a stávající metaanalýzy případně přehodnocovány. Obsahuje systematické přehledy o účinnosti zdravotní péče. Obsahuje jak plné texty, tak i protokoly k připravovaným přehledům. Zahrnuje mimo jiné i mnoho review specifických pro klinickou logopedii.

<https://www.cochranelibrary.com/>

ASHA systematic reviews. Obsahuje jednoduchý seznam review organizovaný podle logopedických témat.

<https://www.asha.org/research/ebp/ebsrs/>

ASHA Practice Portal. Je to databáze diagnóz souvisejících s logopedií. Součástí jsou doporučení ohledně diagnostiky a terapie založená na EBP. Syntetizuje velké množství klinických výzkumů do jednoduchých průvodců.

<https://www.asha.org/practice-portal/>

ASHA Evidence Maps. K jejich užívání není potřeba být členem ASHA. Po výběru konkrétního tématu nabízí tento zdroj relevantní výzkumné studie včetně stručných závěrů, shrnutí a odkazu na samotný výzkum. Klinický logoped může vyhledávat a výzkumy jednoduše třídit dle toho, zda hledá informace o diagnostice, terapii, specifické populaci či roku zpracování.

<https://www2.asha.org/evidence-maps/>

The Informed SLP. Jde o placenou službu, kterou poskytuje tým kliniků a vědců. Každý měsíc dodávají jasné a stručné review o výzkumných studiích souvisejících s oborem, týkající se všech věkových kategorií od narození až do (včetně) dospělosti.

<https://www.theinformedslp.com/>

What works z The Communication Trust. Jedná se o volně dostupnou knihovnu

intervencí založených na důkazech, jejichž cílem je podpora řeči, jazyka a komunikačních dovedností u dětí. Poskytuje snadno dostupné přehledy vědeckých dat o jednotlivých intervencích. Vyhledávat lze dle věku, cílové skupiny, způsobu poskytování. Součástí jsou i shrnutí studií a reference.

<https://ican.org.uk/i-cans-talking-point/professionals/tct-resources/org.uk>

speechBITE. Jde o volně dostupnou databázi výzkumných studií. Stránka poskytuje hodnocení kvality každé studie, a tak může klinický logoped identifikovat kvalitnější a validnější studii snadněji a rychleji. Je možné přihlásit se k odběru newsletteru na e-mailovou adresu a dostávat tak každý měsíc aktuální přehled nových výzkumů.

<https://speechbite.com/>

El Northwestern – Early intervention research group. Jde o zdroj, který je využitelný zejména pro terapeuty zabývající se ranou intervencí. Jejich blog vychází každý týden a shrnuje aktuální studie zabývající se touto problematikou. Shrnutí jsou stručná a srozumitelná a obsahují odkazy na originální studie.

<https://ei.northwestern.edu/>

Ačkoliv se nejedná přímo o zdroj EBP, vzhledem k velkému přínosu při hledání informací, stojí určitě za doporučení rozšíření internetových prohlížečů

Chrome a Firefox s názvem **Unpaywall**. Pokud narazí logoped v databázi na odborný článek, který není volně přístupný, toto rozšíření vyhledá bezplatné a legální verze, které při shodě ihned zobrazí.

<https://unpaywall.org/>

Shrnutí

EBP je v oblasti zdravotnictví čím dál víc skloňovaným termínem. V oboru klinické logopedie jde o podrobně nerozpracované téma, jehož implementace do každodenní praxe logopeda má před sebou stále určité překážky. Vzhledem k obecnému trendu ve zdravotnictví je však čím dál více zřejmé, že diagnostické, terapeutické i preventivní postupy podpořené kvalitními vědeckými poznatky, klinickou zkušeností a osobními preferencemi pacientů by měly být v moderní praxi specialisty samozřejmostí.

V neposlední řadě je třeba také zmínit, že by bylo zásadní chybou vykládat aplikaci EBP tak, že přístupy, které nejsou v rámci EBP potvrzené (např. v rámci review), je nutné automaticky pokládat za neefektivní a zbytečné. Role klinické zkušenosti odborníka hraje stejně velkou roli jako poznatky z validních výzkumů. Pacient má však vždy právo na plnou informovanost. U přístupu, který považuje konkrétní klinický logoped za efektivní, je

proto například vhodné dle principu EBP pacienta informovat o tom, že současně věda prozatím nepotvrdila jeho účinnost, ale jako odborník má s jeho aplikací ve své praxi výborné zkušenosti. Logoped by si měl také pravidelně pokládat otázku, z jakého důvodu aplikuje u pacienta právě daný přístup. Pokud je odpověď to, že daný přístup je v rámci praxe zažitý, nebo mu jej například doporučil starší kolega, měl by logoped dle EBP daný přístup vzhledem k moderním a pokročilým znalostem dále kriticky posoudit. A to tak, aby byl skutečně přesvědčený o jeho efektivnosti. Povědomí o tom, že ne všechny studie a výzkumy jsou skutečně validní, a dovednost hledat ty skutečně nej kvalitnější důkazy mu v tomto mohou být velmi nápomocné.

Aplikování zásad EBP do procesů logopedické intervence může klinickému logopedovi pomoci nejen v nastavení nejefektivnější formy terapie, ale také v komunikaci s pacienty a jinými specialisty. Jen plně informovaný a orientovaný logoped může hájit zájmy oboru opravdu efektivně. A jen takový logoped je schopný informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a možnostech následující terapie a prognózy natolik, aby se z něj stal aktivní a plnohodnotný participant na cestě k nejlepšímu možnému výsledku.

Literatura

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2007. Scope of Practice in Speech-Language Pathology (Scope of Practice). [ASHA.org](https://www.asha.org/policy) [online]. [cit. 23. 6. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/policy>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2016. Code of ethics (Ethics). [ASHA.org](https://www.asha.org/policy) [online]. [cit. 23. 6. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/policy>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, nedatováno. Evidence based practice toolkit. [ASHA.org](https://www.asha.org/research/ebp/evidence-based-practice-toolkit/) [online]. [cit. 23. 6. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/research/ebp/evidence-based-practice-toolkit/>

ASLAM S., EMMANUEL P., 2010. Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian J Sex Transm Dis.* **31**(1), s. 47-50. DOI: 10.4103/0253-7184.69003.

BAXENDALE, J., HESKETH, A., 2003. Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders.* **38**(4), s. 397-415.

BHOGAL, S. K., TEASELL, R., SPEECHLEY, M., 2003. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke.* **34**(4), s. 987-993.

BOTHE, A. K., DAVIDOW, J. H., BRAMLETT, R.E., INGHAM, R. J., 2006. Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *Am J Speech Lang Pathol.* **15**(4), s. 321-341. DOI: 10.1044/1058-0360(2006/031).

BOYLE, J. M., MCCARTNEY, E., O'HARE, A., FORBES, J., 2009. Direct versus indirect and individual versus group modes of language therapy for children with primary language impairment: principal outcomes from a randomized controlled trial and economic evaluation. *International Journal of Language & Communication Disorders.* **44**(6), s. 826-846, DOI: 10.1080/13682820802371848.

BRAY, M., WOOLNOUGH, L., 1988. The language skills of children with Down's syndrome aged 12-16 years. *Child Language Teaching and Therapy.* **4**(3), s. 311-324.

BRAY, M., WOOLNOUGH, L., 1988. The language skills of children with Down's syndrome aged 12-16 years. *Child Language Teaching and Therapy.* **4**(3), s. 311-324. ISBN: 978-0-470-74329-4.

- BULL, L., 2009. Survey of complementary and alternative therapies used by children with specific learning difficulties (dyslexia). *International Journal of Language and Communication Disorders*. 44(2), s. 224-235.
- CARD, N., 2012. *Applied Meta-Analysis for Social Science Research*. New York: Guilford Press. ISBN 1609184998.
- DODD, B., 2007. Evidence-based practice and speech-language pathology: strengths, weaknesses, opportunities and threats. *Folia Phoniatr Logop*. 59(3), s. 118-29. DOI: 10.1159/000101770. PMID: 17556855.
- EL DIB, R., ATALLAH, A. et al., 2005. Mapping the Cochrane evidence for decision making in health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 13(4), s. 689-692.
- FERJENČÍK, J., 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.
- GLOGOWSKA, M., ROULSTONE, S., ENDERBY, P., PETERS, T. J., 2000. Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ*. 321(7266), s. 923-926. DOI: 10.1136/bmj.321.7266.923.
- HAYNES, R. B., DEVEREAUX, P. J., GUYATT, G. H., 2002. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 324(7350), s. 1350. DOI: 10.1136/bmj.324.7350.1350.
- HOUSER, J., 2011. Evidence-based practice in health care. In: Houser J., Oman, K. S. *Evidence-based practice: an implementation guide for healthcare organizations*, s. 1-17. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- JENKINS, C., 2003. Continued language intervention with adolescents and adults with Down syndrome. In: Rondal, J. A., Buckley, S.: *Speech and Language Intervention in Down Syndrome*. London: Whurr, s. 154-165.
- KLUGAROVÁ, J., 2015. Vyhledávací strategie. In: Marečková, J., Klugarová, J., Klugar, M., Jarošová, D., Zeleníková, R., Gurková, E.: *Evidence-Based Healthcare: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. (V tisku). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- LANGMORE, S., KASARAKIS, E. et al., 2006. *Enteral tube feeding for amyotrophic lateral sclerosis/motor neurone disease*. The Cochrane Collaboration, 4.
- LEDDY, M., GILL, G., 1999. Enhancing the speech and language skills of adults with Down syndrome. In: J. F. Miller, M. Leddy and L. A. Leavitt (eds): *Improving the Communication of People with Down Syndrome*. Baltimore: Paul H. Brookes, s. 205-213.
- LOF, G. L., Watson, M., 2008. A nationwide survey of non-speech oral motor exercise use: Implications for evidence-based practice. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*. 39, s. 392-407.
- MCCURTIN, A., RODDAM, H., 2012. Evidence-based practice: SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *Int J Lang Commun Disord*. 47(1), s. 11-26. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x.
- MUDFORD, O. C., CULLEN, C., 2005. Auditory integration training: a critical review. In: Jacobson, J. W., Foxx R. M., and Mulick J. A.: *Controversial Therapies for Developmental Disabilities: Fad, Fashion and Science in Professional Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, s. 351-362.
- PRASAD, K., 2014. *Fundamentals of evidence based medicine*. Second edition. Springer India. ISBN 978-81-322-0831-0.
- PRING, T., 2004. Ask a silly question: two decades of troublesome trials. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 39(3), s. 285-302.
- RODDAM, H., SKEAT, J., 2010. *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy: International examples*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- SAMPSON, E., CANDY, B. et al., 2009. *Enteral tube feeding for older people with advanced dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.
- SCHLOSSER, R. W., WENDT, O., 2008. Effects of augmentative and alternative communication intervention on speech production in children with autism: a systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 17, s. 212-230.
- SCHLOSSER, R. W., WENDT, O., 2008. Facilitated communication is contraindicated as a treatment choice; a meta-analysis is still to be done. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*. 2(2), s. 81-83, DOI: 10.1080/17489530802295121.
- SCHMIDT, N. A., BROWN, J. M., 2012. *Evidence-based practice for nurses: Appraisal and application of research*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- SCHMIDT, N. A., BROWN, J. M., 2012. What is evidence-based practice? In: N. A. Schmidt, N. A., Brown, J. M.: *Evidence-based practice for nurses: appraisal and application of research*, s. 3-37. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- SLEIGH, G., SULLIVAN, P. et al., 2004. Gastrostomy feeding versus oral feeding alone for children with cerebral palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2, s. 1-13.
- WATSON, M., LOF, G. L., 2008. What we know about nonspeech oral motor exercises. *Seminars in Speech and Language*. 29, s. 320-330.
- WHITHWORTH, A., WEBSTER, J., HOWARD, D., 2005. *A Cognitive Neuropsychological Approach to Assessment and Intervention in Aphasia. A Clinicians Guide*. Hove, New York: Psychology Press.

VLIV HIPOREHABILITACE NA ROZVOJ KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ DĚTÍ S NEUROVÝVOJOVÝMI PORUCHAMI

THE EFFECT OF EQUINE-FACILITATED INTERVENTION ON THE DEVELOPMENT OF COMMUNICATION SKILLS IN CHILDREN WITH NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS

Viola Jónová¹

Markéta Janatová² 

Lucie Hovorková³

Xenia Svobodová⁴



Viola Jónová



Markéta Janatová



Lucie Hovorková



Xenia Svobodová

Zdroj financování: Článek byl spolufinancován z projektu MŠMT OPVVV CZ.02.3.68/0.0/0.0/18_071/0013320 Využití koní při neformálním vzdělávání dětí a studentů, realizovaného Českou hiporehabilitační společností.

Abstrakt

Hiporehabilitace zastřešuje aktivity a terapie v oblastech, ve kterých se setkává kůň a člověk se zdravotním či sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami. Intervence může být zaměřena na oblast motorickou, psychickou, sociální nebo vzdělávací v závislosti na cíli hiporehabilitace u individuálního klienta. Propojením logopedie a hiporehabilitace dochází ke komplexnímu působení na klienta s narušenou komunikační schopností za pomoci koní, poníků a souvisejících aktivit. Hiporehabilitace může být individuální nebo skupinová, v některých hiporehabilitačních programech jsou zapojováni také rodinní příslušníci a pečující osoby. Ve studiích efektu hiporehabilitace byl pozorován pozitivní efekt hiporehabilitace kromě motorických funkcí také na pozornost, hyperaktivitu, rozvoji slovní zásoby, sociální interakci a komunikaci, facilitaci zrakového kontaktu a zlepšení jazykových schopností. Při vhodné volbě cíle a metod intervence může hiporehabilitace podpořit zlepšení stavu klientů v rozsahu jejich funkčního potenciálu a zvýšit tak kvalitu jejich života.

Abstract

Equine-facilitated intervention encompasses activities and therapies in areas where the horse and the person with health or social disadvantages or special needs meet. The intervention may focus

¹ Mgr. Viola Jónová, Horticon, z. s., Velká Rovná 20, Pacov 395 01, Česká republika. E-mail: jonova@horticon.cz.

² MUDr. Markéta Janatová, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Kateřinská 1660/32, 121 08 Praha 2, Česká republika.

³ Mgr. Lucie Hovorková, Horticon, z. s., Velká Rovná 20, 395 01 Pacov, Česká republika.

⁴ RNDr. Xenia Svobodová, MBA, CSc., Kamenitý vrch, z. s., V Potocích ev. č. 318, 252 10 Černolice, Česká republika.

on motor, psychological, social or educational areas, depending on the individual client's equine-facilitated intervention goals. By combining Speech Therapy and equine-facilitated intervention, a comprehensive intervention is provided for the client with impaired communication skills, by utilising horses, ponies and related activities. The equine-facilitated intervention can be individual or group, and some equine-facilitated intervention programmes also involve family members and caregivers. In studies of the effect of equine-facilitated intervention on children with neurodevelopmental disorders, positive effects of equine-facilitated intervention have been observed on attention, hyperactivity, vocabulary development, social interaction, communication, facilitation of eye contact and improved language skills, in addition to motor function. With the appropriate choice of intervention goals and methods, equine-facilitated intervention can promote improvement in clients' condition to the extent of their functional potential and thus enhance quality of their life.

Klíčová slova

hiporehabilitace, logopedie, neurovývojové poruchy

Keywords

Equine-facilitated intervention, Speech Therapy, neurodevelopmental disorders

Úvod do problematiky

Hiporehabilitace zastřešuje aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním či sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami (ČHS, 2021).

Při výběru hiporehabilitačního střediska není důležitá jen cena a vzdálenost od místa bydliště, ale také kvalita a zaměření intervence. Například u klientů s převahou motorického deficitu je vhodná přítomnost zkušeného fyzioterapeuta, zatímco pro klienty s převážující poruchou kognitivních funkcí je benefitem komplexní intervence vedená speciálním pedagogem. Předpokladem kvalitní hiporehabilitace je také zkušený personál s odpovídající kvalifikací a dobře připravení koně s vhodným temperamentem a mechanikou pohybu, kteří mají splněné Specializační zkoušky pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace u České hiporehabilitační společnosti (ČHS, 2021).

Před zařazením klienta do programu hiporehabilitace je nezbytné zvážit absolutní

a relativní kontraindikace, mezi které patří akutní infekční nebo horečnatá onemocnění, dekompenzovaná alergie na zvířecí alergen, nezhojené rány v oblasti kontaktních ploch s koněm, luxace kyčelních kloubů, výrazná skolióza, nestabilita v oblasti atlantookcipitálního skloubení i nepřekonatelný strach z koně. Vzhledem k určitému riziku při práci se zvířaty je nutné dbát na zvýšená bezpečnostní opatření také při poruchách krevní srážlivosti a zvýšené lomivosti kostí (Miškovská et al., 2020). U nespolupracujících klientů je vhodné nejprve postupně a v klidu zmírnit případný strach z koní, navázat komunikaci a motivovat je k bezproblémové spolupráci.

Obory hiporehabilitace

V České republice je hiporehabilitace dělena do čtyř základních oborů. Ovlivnění klienta impulsy tvořenými koňským hřbetem při jízdě na koni je jen jednou ze složek komplexního působení koně při hiporehabilitaci. Intervence může být zaměřena také na oblast psychickou, sociální nebo vzdělávací v závislosti na cíli intervence.

Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) je zaměřena především na zlepšení motorických funkcí. S ohledem na terapeutický cíl je volen vhodný typ koně, využití kompenzační a polohovací pomůcky, trasa a délka jízdy, která trvá obvykle 5–20 minut (ČHS, 2021). Také poloha klienta musí být vždy zvolena s ohledem na jeho aktuální stav a fázi psychomotorického vývoje.

Hiporehabilitace v psychologii a psychiatrii (HTP) využívá komplexní interakci koně a klienta, relaxaci i intervenční práci, kdy je kůň využíván jako motivátor, vztahový objekt, prostředek relaxace a zrcadlo chování klienta (ČHS, 2021). Zde dochází při práci s koněm ke zvědomění a nácvičení sociálních kompetencí díky zpětné vazbě a sebereflexi.

Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP) využívá kontakt a interakci s koněm i prostředí určené pro chov koní k motivaci, aktivizaci, výchově a vzdělávání osob se zdravotním znevýhodněním nebo osob v nepříznivé sociální situaci (ČHS, 2021). Cíl intervence je vždy stanoven dle individuálních potřeb klienta. Může tedy jít například o podporu psychomotorického vývoje, rozvoje řeči a komunikace nebo zlepšení sociální interakce.

V rámci parajezdeckví se osoby se zdravotním či sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami za použití speciálních pomůcek či změněné techniky jízdy

učí sportovní disciplíny v oblasti drezury, parkuru, voltáže, vozatajství nebo westernových disciplín (ČHS, 2021).

Účinky hiporehabilitace ve vztahu k logopedii

Hrubá a jemná motorika

Hiporehabilitace působí nejen na pohybovou soustavu, ale především na její řídicí systém od nejnižší spinální úrovně (reflexní vlivy) až po úroveň kortikální a psychickou (Kulichová, 1995). Pomocí impulsů tvořených koňským hřbetem jsou na pacienta přenášeny žádoucí rotace, výchylky a klopení, čímž dochází k aktivaci rovnovážných reakcí, postury, motorického plánování pohybu a dynamizaci sedu nebo jiných poloh pacienta (Miškovská et al., 2020).

Artikulační obratnost jazyka je závislá na úrovni obratnosti vedoucí ruky. Úroveň rozvoje řeči obvykle koreluje se stupněm rozvoje jemné motoriky. Řeč a pohyby vedoucí ruky jsou řízeny stejnou hemisférou, proto je nutná podpora obratnosti obou rukou. Jemná motorika rukou je přirozeně procvičována při péči o koně, manipulaci s pomůckami a v pozdějších fázích hiporehabilitačního procesu také při jezdeckých aktivitách.

Postura

Pokud je páteř napřímená a je zajištěn správný postoj nebo sed, jsou pánevní dno, bránice a dno dutiny ústní ve správné poloze vůči sobě, a dochází tak k přirozenému dýchání, jelikož se hrudník přirozeně otvírá ve správné poloze. Artikulace je tímto postavením maximálně usnadněna (Pavlů, 2003). Při jízdě na koni je sed korigován odborníkem. Pokud je to v klientových možnostech, je na něj kladen nárok, aby svůj sed vnímal a dokázal rozlišit, kdy je správný a kdy nikoliv. Celá jízda a všechny aktivity na hřbetu koně díky tomu probíhají ve správném postavení těla s napřímenou páteří a elongací šíje.

Taktilní a proprioceptivní vjemy

Proprioceptivní percepce je podstatná pro vnímání pohybů vznikajících při artikulaci. Je to základ pro polohocit a zprostředkování činnosti introreceptorů z kloubů, šlach a svalů. Zajišťuje schopnost koordinovat tělo v prostoru (Orel, Facová, 2010). Při rozvoji hmatu dochází k procvičování vyjadřovacích schopností, paměti a přemýšlení. Hmatové vnímání se prolíná s rozvojem jemné motoriky. Rozvoj taktilní percepce konkretizuje slovník. U dětí

s narušeným vývojem řeči (SLI, vývojová dysfázie) dochází skrze taktilní vnímání k rozvoji celé osobnosti. V průběhu hiporehabilitace klient přirozeně dostává různorodé taktilní a proprioceptivní vjemy při jízdě i při péči o koně.

Zrak

Až 75–90 % informací z prostředí je přijímáno zrakem (Orel, Facová, 2010). Zrakové podněty podněcují žvatlání a vokalizaci. Dochází také k odezírání pohybů mluvidel. Zrak se na vývoji řeči podílí přibližně z 30 %. Více než třetina mozkové kůry je zaplněna neurony zrakového systému (Rüegg, 2020). Prostorový statku nebo prostoru, kde se hiporehabilitace odehrává, je plné vizuálních podnětů. Některé se opakují, jiné se vyskytují náhodně. Kontakt s koněm poskytuje vyšší motivaci pro koncentraci na zadaný úkol i v prostředí s rušivými vlivy a zrak je při hiporehabilitaci přirozeně procvičován, například při cíleném pozorování a komunikaci o vjemech z okolního prostředí v průběhu jízdy.

Sluch

Sluchová percepce zaručuje zpětnou vazbu při komunikaci. Díky ní je možná stálá autokontrola síly, zřetelnosti a výšky mluvy. V případě narušení sluchové percepce může v různé míře docházet k narušení komunikace, stejně tak k omezení porozumění s okolím. Zvuk řeči je neuspokojivý, vyskytují se agramatismy a slovní zásoba je malá.

Koně můžeme využít při práci na oslabené sluchové percepci (sluchové rozlišování délky, měkkosti/tvrdosti hlásek, sluchová analýza a syntéza, určování 1. hlásky, rýmování atp.) včetně rozvoje slovní zásoby. K podpoře diferenciaci měkkých a tvrdých hlásek (ti, ty, de, dě, no, ňo atd.) je možné využít měkké a tvrdé části koňského těla. Dlouhé hladící nebo čistící pohyby naznačují dlouhou hlásku (á, s, é...), krátké tahy holou rukou nebo rukou s hřebíčkem či kartáčem demonstrují krátké hlásky (c, u, o, b...).

Rytmus

Na rytmus můžeme nahlížet jako na pojítko mezi řečí a motorikou. Rytmus má na člověka aktivizační, relaxační a harmonizační účinky (Šimanovský, 2007). Rytmus má vliv na zlepšení pohybového vyjádření díky dodání struktury pohybu. Dochází k propojení rytmu a vyjadřování. Nejvíce si napodobování rytmu můžeme

všimnout u dětí ve fázi napodobivého žvatlání.

Na propojení rytmu a řeči staví Lechta metodiku terapie koktavosti (Lechta, 2004). Technika fonograforytmika kombinuje vyjádření plynulosti pohybem ruky nebo psacího náčiní, čímž navozuje plynulost do řízeného, později spontánního projevu klienta.

Trojdimenzionální pohyb koně a jeho rytmus chůze se přenáší na klienta a ten jej skrze plochu svého těla vnímá. Rytmické pohyby přenášené z koně na jezdce, působené diagonálním střídáním nohou a následnou rotací páteře ve vzpřímeném držení, přispívají také k normalizaci svalového tonu (Kulichová et al., 1995).

Rytmus cyklu koňského kroku je odlišný od osobního rytmu, musí tedy dojít ke vzniku nového adaptivního posturálního programu, což vyžaduje aktivní činnost řídicí nervové soustavy (Kulichová et al., 1995).

Působením rytmického pohybu koňského hřbetu dochází také ke stimulaci vestibulárního aparátu a zvýšení bdělosti klienta. Rytmus pohybu koňského hřbetu klient dokáže napodobit a zakomponovat do své řeči. Nejvhodnější variantou jsou automatizované řady (dny v týdnu, měsíce, vyjmenovaná slova), básničky nebo písničky.

Prostorová orientace

Porucha prostorové orientace je často přítomná v klinickém obrazu vývojové dysfázie a souvislost má také s verbální dyspraxií. Na základě těchto spojitostí je zřejmý vliv prostorové orientace na řeč, nejen mluvenou. Pokud dítě nezvládá rozlišovat a vykonávat pokyny nahoře, dole, vlevo, vpravo, vpředu, vzadu (adekvátně věku), hůře dokáže ovládnout svůj jazyk právě při tréninku výslovnosti, při kterém potřebujeme, aby dítě zvládlo např. elevovat jazyk za horní řezáky při hláskách L. Schopnost používat tyto pojmy také souvisí s úrovní slovní zásoby klienta. Při hiporehabilitaci je prostorová orientace přirozeně trénována nejen při jízdě, kdy klient v reálném čase průběžně vyhodnocuje změny pozice koně v prostoru, ale také při péči o koně, hodnocení bezpečné vzdálenosti od koňské zádi a dalších aktivitách.

Chování a psychický stav

Pozitivní vliv může mít i samotný kontakt s koněm, při kterém může docházet k vyplavování oxytocinu a ovlivnění limbického systému (Maresca et al., 2020).

U dětí školního věku s kombinovaným postižením bylo detekováno snížení problémového chování, zklidnění i objektivní snížení hodnoty tepové frekvence při příchodu ke koni, hlazení a čištění koně (Miškovská et al., 2020). U dětí s hyperkinetickým syndromem byl ve studiích efektu hiporehabilitace pozorován pozitivní vliv hiporehabilitace na pozornost, impulzivitu, hyperaktivitu, kvalitu života a exekutivní funkce, u dětí s poruchami autistického spektra bylo detekováno zlepšení jazykových schopností a procesu plánování (Maresca et al., 2020).

Ve studiích zaměřených na hodnocení vlivu hiporehabilitace na mládež s psychickými problémy byl sledován pozitivní efekt na eliminaci autistických symptomů, problémů v chování, zvýšení motivace, zlepšení nálady, snížení podrážděnosti a projevů hyperaktivity, zvýšení počtu užívaných slov, rozšíření slovní zásoby, snížení projevů posttraumatického stresového syndromu, usnadnění adaptace a zlepšení motorických dovedností (Hoagwood et al., 2017). Při hiporehabilitaci bylo také pozorováno zvýšení sebehodnoty a sebevědomí, podpora empatie, autonomie, sebekontroly, sebekvíjení, pocitu bezpečí a zlepšení v oblasti kognitivních funkcí (Maresca et al., 2020). U klientů s demencí došlo při hiporehabilitaci ke snížení neklidu spojeného s úzkostí a ke zlepšení kvality života, u klientů s posttraumatickým stresovým syndromem byl pozorován pokles emocionálního stresu, úzkosti a deprese a snížení množství požívaného alkoholu (Charry-Sánchez et al., 2018).

Hiporehabilitaci je možné využít také k podpoře autokontroly vyjadřování. Pobyt se zvířetem klienta zpřítomňuje a vede ho k pozorování se a koncentraci na přítomný okamžik. Pokud se klient naučí vnímat sám sebe, je pro něj pak jednodušší pozorovat jak své hlasové projevy, tak emoce. Reakce koně na podněty od klienta (například negativní odezva na hlasitý křik) může poskytnout větší motivaci k navození autokontroly, než když je vyžadována od rodiče, pedagoga, logopeda atd.

Využití hiporehabilitace pro rozvoj komunikačních schopností

V hiporehabilitačním středisku Kamenitý vrch je využívána metoda přirozené komunikace s koňmi u různých typů klientů v rámci Hipoterapie v psychologii a psychiatrii i v oblasti skupinové

hiporehabilitace pro rodiny dětí s neurovývojovými poruchami.

V oblasti rozvoje osobnosti je posilována vědomá práce s vůlí, motivací, serialitou, asertivitou, empatií a schopností sebezpřijetí a sebereflexe. V rovině sociální je nacvičována komunikace, práce s hranicemi i vzájemnost ve skupině.

Při kontaktu s koněm je prováděn nácvik relaxace, klidného dýchání a posílení uvědomění jednotlivých částí těla. Kůň reaguje na aktuální stav člověka a poskytuje mu tak zpětnou vazbu. Dochází k okamžitým přirozeným reakcím koně na vědomé i nevědomé pohyby a psychické nastavení člověka. Zařazení biologické zpětné vazby do rehabilitačního procesu zvyšuje motivaci a zlepšuje aktivní spolupráci (Holubová, Janatová, 2018). Uvolněný postoj a klidná gestikulace se přenáší i v běžném životě z rodičů na dítě, které vnímá toto nastavení díky aktivitě zrcadlových neuronů v mozku aktivovaných pozorováním pohybových vzorců rodiče.

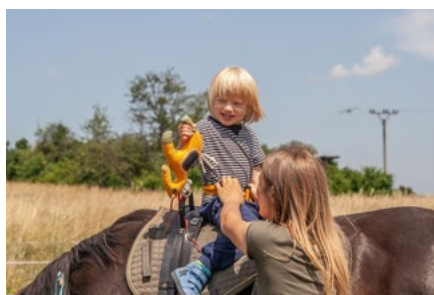
Při čištění koně klienti rozvíjejí nejen jemnou a hrubou motoriku, ale učí se také včas vypořádat stres nebo negativní reakce koně v případě nepříjemného podnětu. Schopnost včas vypořádat zvýšenou míru stresu je klíčová také pro prevenci nežádoucího chování dětí s poruchami autistického spektra a v oblasti rehabilitace také pro optimální průběh terapeutické jednotky, jak je zmiňováno například v metodě HANDLE přístup. Důležité je nepřehlížet pokusy o komunikaci a nepohodu, což je obtížné zejména u nonverbálních dětí s omezenou schopností komunikace.

Při plnění jednoduchých úkolů (vodění koně na vodítku přes překážky apod.) se klienti učí autenticitě, přirozené řeči těla, odezírání nonverbálních signálů, empatii a principům efektivního učení s prvky aplikované behaviorální analýzy (obr. 1). K optimální reakci koně dochází v případě, že je dostatečně motivován ke spolupráci a mezi koněm a člověkem probíhá tzv. napojení, stejně jako v některých terapeutických metodách využívaných u dětí s neurovývojovými poruchami (např. Son-Rise program, Floor-Time therapy method). Při využití napojení, motivace a správně načasované odměny dochází k upevňování a posilování žádoucího chování a procesu efektivního učení. Při komunikaci s koněm ze země ovlivňuje klient chování koně svojí posturou a neverbální komunikací.



Obrázek 1: Příklad úkolu, kdy klient díky tzv. napojení a motivaci navedl koně k vystoupení předníma nohama na vyvýšenou paletu pouze svojí řečí těla bez použití vodítka. Zdroj: Kamenitý vrch, z. s.

Při hiporehabilitaci je možné pracovat nejen se samotnými dětmi, ale i s celou rodinou. Vzájemně citlivé interakce mezi pečovateli a malými dětmi začínající v dětství se zdají být pro optimální vývoj rozhodující (Červenková, 2020). Proto je vhodné podpořit vztah a spolupráci rodiny skupinovými aktivitami, které jsou v přítomnosti koní pro děti motivující (obr. 2).



Obrázek 2: Aktivizace a motivace k tréninku rovnováhy, koordinace pohybu, komunikace a sociálních interakcí v průběhu hiporehabilitace. Zdroj: Kamenitý vrch, z. s.

V průběhu rodinných hiporehabilitačních programů pozorujeme v rámci „hands-off“ přístupu spontánní aktivitu dětí, které rozšiřují svoje komunikační schopnosti, ať už hlasem, nebo neverbálně. Dítě je motivováno využívat pro komunikaci s koňmi a okolím takové prostředky, které je schopné zvládnout a dále rozvíjet. Rodiče nebo pečovatelé se učí akceptovat komunikaci svých dětí, což napomáhá porozumění a rozvoji sociálních interakcí.

Hiporehabilitace probíhá obvykle jednou týdně po dobu několika měsíců. Pro podporu psychomotorického vývoje je žádoucí přesah do každodenního života a každodenní mezilidské komunikace. Děti jsou motivovány denně trénovat aktivity, které využijí při kontaktu s koňmi. K navazující domácí terapii jsou využívány pro zvýšení motivace metodické listy a pomůcky

na téma koní i úkoly zaměřené na trénink aktivit běžného denního života.

Logopedie v hiporehabilitaci

Propojením logopedie a Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi dochází ke komplexnímu působení na klienta s narušenou komunikační schopností za pomoci koní, poníků a souvisejících aktivit (obr. 3). Cíle hiporehabilitace mohou být komplexní, například využití působení koně současně na ovlivnění polykání a tvorbu hlásek na fyzické úrovni, na motivaci k jízdě na koni na úrovni psychické a na kontakt s logopedem na úrovni sociální (Macauley et al., 2021).



Obrázek 3: Verbální aktivity s dětským klientem při hiporehabilitaci (rozhovor, odpovědi na otázky, protiklady, verbální fluence a mnoho dalších možných). Zdroj: Horticon, z. s.

V České republice je využívána metodika „Prvky logopedie v hiporehabilitaci“ vytvořená ve Středisku praktické výchovy České hiporehabilitační společnosti Horticon, z. s. Tato metodika má za cíl komplexní pozitivní ovlivnění stavu klienta včetně vývoje řeči a orálněmotorických pohybů na základě několika předpokladů, vycházejících z empirické zkušenosti hiporehabilitačních pracovníků:

- U dítěte dochází ke komplexní stimulaci všech složek od motorických funkcí, učení se pracovním návykům přes trénink paměti a prostorové orientace až po zlepšování výslovnosti a dechových stereotypů (obr. 4).
- Všechny aktivity probíhají na čerstvém vzduchu. Tím je zajištěno kvalitní okysličování mozku, které je potřebné pro jeho správné fungování.

- Přirozený a uvolněný sed na koni korigovaný terapeutem vede ke správnému držení těla, což je předpokladem pro správné dýchání. Dochází ke zlepšení koordinace dechu a vyjadřování přes rytmus koně.
- Dítě sedí na koni a soustředí se na jízdu. Není tak náchylné na rozptýlení. Je pro něj snazší se koncentrovat na daný úkol.
- Dítě se učí dokončovat aktivity. Kůň není hračka, která může ležet kdekoli v místnosti. Je potřeba se o něj postarat a poděkovat mu. Dítě je vedeno k zodpovědnosti.
- V průběhu pobytu na statku dochází k rozvoji slovní zásoby – popis věcí, situací na statku v souběhu s koloběhem roku.
- Při korekci (autokorekci) sedu se klient učí pozorovat své tělo a kontrolovat se, což je potřebné pro hlídání si nastavení mluvidel pro výslovnost a zapojování do vyjadřování v postupném progresu.
- Rozvoj hrubé motoriky při hiporehabilitaci má vliv na úroveň jemné motoriky a orálně motorických pohybů.
- Klienti se učí dodržovat domluvená pravidla, hlavně ta bezpečnostní. Přítomnost hranic a pravidel je pro klienty velmi důležitá a potřebná.
- Klienti jsou zvířaty bezpodmínečně přijímáni. Zároveň dávají koně klientům zpětnou vazbu týkající se jejich emocí a chování, které je korigováno žádoucím směrem, ke zklidnění nebo k aktivizaci.



Obrázek 4: Trénink motorických sekvencí rukou, cvik pro propojení hemisfér a zlepšení koncentrace. Zdroj: Horticon, z. s.

Logopedicko-hiporehabilitační jednotka trvá obvykle hodinu, během níž se s koněm pracuje ze země i z jeho hřbetu. Součástí kontaktu s koněm bývá také čištění koně. Klientovi je poskytována logopedie na míru (obr. 5). Individuální přístup je zajištěn terapeutickým plánem. Ten je sestaven na základě zpráv či jinak získaných údajů o zdravotním stavu klienta a s ohledem na jeho aktuální řečovou úroveň, schopnosti a dovednosti. Spolupráce s logopedem, ke kterému uživatel dochází, je nutná. Podstatným zdrojem informací jsou také rodiče.



Obrázek 5: Aktivita z metodiky Prvky logopedie v HPSP k trénování barev a jemné motoriky s edukačním pásem se speciální pedagožkou. Zdroj: Horticon, z. s.

Při hiporehabilitační jednotce je kladen důraz na vedení k samostatnosti, zodpovědnosti a udržení pozornosti. Aktivita jsou zaměřeny na oslabené stránky řeči (sluchová percepce, vyjadřování, výslovnost, gramatika, čtenářská a matematická pre/gramotnost, posloupnosti jak dějové, tak časové) a na rozvoj ostatních dovedností nutných k úspěšné interakci s okolím (zraková percepce, pozornost, koncentrace, paměť, vnímání času, prostoru a tělesného schématu). Pracuje se i s různými pomůckami speciálně vytvořenými pro tyto terapie, zejména s edukačním pásem (obr. 6). Také samotné prostředí statku je pro klienty komplexně stimulující. Práci na statku a péči o zvířata se rozvíjí hrubá i jemná motorika. Verbální i neverbální projevy lidí jsou nenucené a také jsou usměrňovány zpětnou vazbou zvířat na jejich chování.



Obrázek 6: Dětská klientka odnáší edukační pás po hiporehabilitaci a učí se tak samostatnosti a zodpovědnosti. Zdroj: Horticon, z. s.

S obměnou členů hiporehabilitačního týmu se mění úroveň týmu zabývajícího se hiporehabilitací v logopedii. V optimálním případě je tým doplněn přímo o logopeda se zaměřením na hiporehabilitaci (státní závěrečná zkouška z logopedie a surdopedie, praxe minimálně 150 hodin ve Středisku praktické výuky nebo ve Středisku doporučené hiporehabilitace České hiporehabilitační společnosti). Druhou alternativou je přítomnost speciálního pedagoga (se státními minimálně z logopedie) nebo logopedického asistenta, který se drží terapeutického plánu. Pokud ani jedna z výše zmíněných osob není přítomna, jedná se o klasickou Hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi za podmínek stanovených Českou hiporehabilitační společností. To ale nevylučuje využití vhodných prvků logopedie v průběhu hiporehabilitace.

Hiporehabilitace obvykle probíhá dlouhodobě jednou týdně nebo formou týdenních pobytů, na kterých jsou do programu zařazeny také další terapeutické i volnočasové aktivity pro podporu dětí a jejich rodin.

Následná domácí práce vychází především z instrukcí logopeda, ke kterému dítě dochází. Smyslem zařazení prvků logopedie do hiporehabilitace je využití výhod vlivu koně i zvýšení motivace k domácímu procvičování. K tomu dochází sdílením informací a nápadů hiporehabilitačního týmu a rodiče/doprovodu.

Příklad průběhu hiporehabilitace s prvky logopedie

Hiporehabilitace u pětileté klientky s narušenou komunikační schopností započala na podzim roku 2018. Jednalo se o dyslalii, nesprávné tvoření hlásek t, d, ň, č, š, ž, r a ř. Klientka docházela na hiporehabilitaci pravidelně od září 2018 do října 2019.

Absolvovala 12 jednotek metody „Prvky logopedie v hiporehabilitaci“. V zimním období, kdy hiporehabilitace neprobíhala, absolvovala navíc 8 logopedických setkání bez přímého zapojení koní.

Cílem hiporehabilitace byla správná výslovnost hlásek t, d, ň. Dalším cílem bylo zlepšení pozornosti a komunikace klientky prostřednictvím aktivit s koňmi.

Každá hiporehabilitační jednotka trvala 60 minut. Vzhledem k tomu, že komunikační dovednosti úzce souvisí s jemnou motorikou, s hrubou motorikou a s rozvojem sociálních interakcí, byly při hiporehabilitaci využity různé typy aktivit, které se pro udržení pozornosti klientky v průběhu každé hiporehabilitační jednotky postupně střídaly. Klientka byla prostřednictvím hiporehabilitace motivována i k domácí přípravě, kterou sama vyhledávala.

Pro klientku byl zvolen poník plemene welsh part bred (115 cm kohoutkové výšky), který je mladý, vnímavý a ochotný ke spolupráci. Vzhledem k zájmu klientky o velké koně byl několikrát využit také dvacetiletý klidný valach plemene ukrajinský jezdecký kůň.

Klientka si před příchodem ke koni vždy připravila ohlávku a vodítko patřící koni a v doprovodu instruktora a asistenta si ve většině případů přivedla koně z výběhu. Koně si vedla sama z levé strany a instruktor jistil zvíře z pravé strany. V některých případech byl kůň již připraven u stáji, záleželo na plánu hiporehabilitační jednotky a na dohodě s logopedkou. Klientka si sama přinesla kyblík s čištěním, asistent jí dělal doprovod do sedlovny a zpět. S dopomocí klientka pojmenovávala, jak se jednotlivé nástroje využívají k čištění koně jmenují, k čemu jsou určeny a na co si má u práce s koňmi dát pozor.

Postupně, jak si klientka vše zapamatovala, byla tato fáze při hiporehabilitaci vynechána a přistoupilo se rovnou k hřebelcování koně. Při prvních hiporehabilitacích

byla klientka při čištění nepozorná a hyperaktivní. Postupně se její chování při hiporehabilitaci zklidnilo a zlepšila se její schopnost udržet pozornost.

Čištění a hřebelcování bylo postupně doplněno o čištění kopyt. Ze začátku přidržovala končetinu instruktorka, později si klientka byla schopná přední nohu přidržet sama. Vystřídaly se obě strany, aby docházelo k rozvoji pravolevé orientace.

Během hřebelcování byla zapojována logopedická intervence. Klientka kontaktovala koně i rukou a pro podporu rozlišování měkkých a tvrdých hlásek byl využíván rozdíl měkkých a tvrdých míst na těle koně. Měkčení ve slabikách bylo prováděno v doprovodu s velkými pohyby rukou při hřebelcování a kartáčování. Jemná motorika byla dále trénována během některých jednotek navlékáním korálků nebo gumíček na hřívu koně.

Klientka pomáhala při nastrojování koně. V doprovodu asistenta šla s instruktorem pro madla, tlumicí dečku a podsedlovou dečku. Lehčí součásti výstroje nosila sama a podávala je instruktorovi dle naučeného pořadí. Poté klientka navlékala řemínky madel do přezek s cílem trénovat jemnou motoriku a koordinaci pohybu obou rukou.

Na jízdárně byl vždy kůň veden vodičem koně a klientka byla z levé strany přidržována asistentkou a z pravé strany logopedkou. Při prvním kolečku kolem jízdárny byla ponechávána bez korekce sedu, aby se pokusila samostatně usadit v rovnováze. Poté docházelo ke korekci sedu, aby se uvolnila pánev, srovnala záda do správné polohy a rozvinul se hrudník a byly tak vytvořeny ideální podmínky pro produkci řeči. U klientky bylo zpočátku potřeba zasahovat do polohy na koni častěji, později stačilo ji jen upozornit slovně. Při posledních hiporehabilitačních jednotkách si klientka automaticky správnou polohu nacházela sama. Dále bylo patrné

uvolnění horních končetin a snížení tenze v horní části těla. Klientka postupně získala větší jistotu při jízdě na koni a mohla se zcela věnovat práci s logopedem. Zpočátku se klientka po celou dobu držela madel, později došlo k pouštění jednou a poté i oběma rukama.

Po absolvování několika koleček kolem jízdárny, během kterých probíhala logopedická intervence, klientka procvičovala rovnováhu, hrubou motoriku a koordinaci pohybů velkých svalových skupin při cvicích na koni v zastavení (rozpažení, vzpažení, natažení rukou dopředu i dozadu a dotyk špiček u nohou střídavě jednou a druhou rukou). V průběhu intervence bylo pozorováno postupné zlepšení koordinace pohybu při provádění cviků.

Na závěr hiporehabilitační jednotky probíhalo protažení a relaxace vleže na břiše na krku a poté na zádech koně. Při sezení se klientka zpravidla vyvěsila v poloze přes koně na břicho, poté se pomalu spustila za asistentem na zem. Na konci hiporehabilitační jednotky vždy klientka odvedla koně zpátky ke stáji, kde ho s dopomocí odstrojila.

Hiporehabilitace byla ukončena po 13 měsících, kdy klientka již úspěšně zvládla zakomponovat správnou výslovnost do svého vyjadřování. Na tomto zlepšení mohla mít podíl dlouhodobá hiporehabilitační intervence.

Shrnutí

Práci s koněm je možné vždy využít komplexně. I při zaměření na řešení konkrétní potřeby klienta hiporehabilitace pozorujeme a využíváme multisenzorickou stimulaci a celostní působení koně na klienta, případně i na jeho rodinu nebo pečovatele. Při vhodné volbě cíle a metod intervence může hiporehabilitace podpořit zlepšení stavu klientů v rozsahu jejich funkčního potenciálu a zvýšit tak jejich kvalitu života.

Literatura

- ANGOULES, A. G. et al., 2015. A review of efficacy of hippotherapy for the treatment of musculoskeletal disorders. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research* [online]. S. 289-297 [cit. 30. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.journaljammr.com/index.php/JAMMR/article/download/14151/25994>
- CHARRY-SÁNCHEZ, J. D., PRADILLA, I., TALERO-GUTIÉRREZ, C., 2018. Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice* [online]. 32, s. 169-180 [cit. 30. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388118302214?via%3Dihub>
- ČERVENKOVÁ, B., 2020. Raná intervence u předčasně narozených dětí s rizikem rozvoje dětské mozkové obrny. *Listy klinické logopedie* [online]. 4(1), s. 32-36 [cit. 30. 9. 2021]. DOI: 10.36833/lkl.2020.006. Dostupné z: <https://logoped.actavia.cz/contents/lkl/2020/01.pdf>
- Česká hiporehabilitační společnost, 2009 [online]. Praha: ČHS [cit. 28. 10. 2021]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/>

- HOAGWOOD, K. E. et al. 2017. Animal-assisted therapies for youth with or at risk for mental health problems: A systematic review. *Applied developmental science* [online]. 21(1), s. 1-13 [cit. 30. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546745/>
- HOLUBOVÁ, A. et al., 2018. Využití digitálních technologií v terapii pacientů po cévní mozkové příhodě. *Listy klinické logopedie* [online]. 2(2), 32-36 [cit. 30. 9. 2021]. Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/contents/lkl/2018/02.pdf>
- KULICHOVÁ, J. et al., 1995. *Hiporehabilitace*. Praha: Nadace OF.
- LECHTA, V., 2008. *Symptomatické poruchy řeči u dětí* Vyd. 2., Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-433-5.
- MACAULEY, B. 2021. Speech Therapy with Hippotherapy. In: *Book of Abstracts –European Conference in Equine Facilitated Therapy*. Praha: Czech Equine Facilitated Therapy Association (CEFTA), 2021, s. 78. ISBN 978-80-213-3103-7.
- MARESCA, G. et al., 2020. Hippotherapy in neurodevelopmental disorders: a narrative review focusing on cognitive and behavioral outcomes. *Applied Neuropsychology: Child* [online]. s. 1-8 [cit. 30. 9. 2021]. Dostupné z: <https://europepmc.org/article/med/33949903>
- MIŠKOVSKÁ, K. et al., 2020. A case study of the application of hippotherapy in school-age children with multiple disabilities. *Zdravotníctvo a sociálna práca* [online]. 4, s. 174-178 [cit. 30. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2020_SK-CZ_EN.pdf
- OREL, M., PACOVÁ, V., 2010. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2946-6.
- PAVLŮ, D., 2003. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I.: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. 2., opr. vyd., Brno: CERM. ISBN 80-7204-312-9.
- RUEG, J. C., 2020. *Mozek, duše a tělo: neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie*, Praha: Portál. 978-80-262-1581-3.
- ŠIMANOVSKÝ, Z., 2007. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-339-0.
-

EMOČNĚ-SOCIÁLNÍ OBTÍŽE U DĚTÍ S VÝVOJOVOU DYSFÁZIÍ

SOCIAL-EMOTIONAL PROBLEMS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL LANGUAGE DISORDER

Barbora Richtrová¹ 



Barbora Richtrová

Abstrakt

Symptomatologie vývojové dysfázie významně přesahuje rámec jazykových deficitů a ovlivňuje kvalitu života lidí s touto diagnózou. Tato přehledová studie popisuje vliv emočních, behaviorálních a sociálních obtíží na kvalitu života dítěte s vývojovou dysfázií. Upozorňuje na důležitost komplexity terapeutické intervence, zejména na zohlednění emočně-sociálních obtíží a jejich stimulaci. Zároveň upozorňuje na nedostatečnou systémovou podporu pro děti s vývojovou dysfázií v České republice.

Abstract

The symptomatology of Developmental Language Disorder goes significantly beyond language deficits and affects the quality of life of people suffering from this diagnosis. This review study describes the effect of emotional, behavioural and social difficulties on the quality of life of a child with a language disorder. It draws attention to the importance of the complexity of therapeutic intervention, especially to taking into account the emotional and social difficulties and their stimulation. At the same time, it draws attention to the insufficient systemic support for children with Developmental Language Disorder in the Czech Republic.

Klíčová slova

vývojová dysfázie, emočně-sociální deficity, kvalita života

Keywords

developmental language disorder, social-emotional deficits, quality of life

Úvod

Přehledový článek nabízí širší pohled na problematiku syndromu vývojové dysfázie (VD), kdy nejen obtíže v jazykových schopnostech, ale také zvýšené riziko vzniku deficitů z oblasti emocí a sociální kompetence mohou výrazně ovlivnit kvalitu

života lidí s touto diagnózou. Je logické, že jakékoliv onemocnění může ovlivnit kvalitu života. Důvodem, proč z neurovývojových poruch vybíráme vývojovou dysfázií, je především skutečnost, že většina z osob s VD nemá deficit v rozumových schopnostech, a je zde tedy vyšší pravděpodobnost uvědomování si a prožívání svých deficitů, což se promítá do běžného života. Dalším důvodem je naše klinická zkušenost, kdy je terapie většinou zaměřena na jazykové schopnosti a percepčně-motorické oblasti, ale již není nastavena systematická komplexní pomoc v osobnostním a rodinném systému. Je velmi pravděpodobné, že často dochází k přehlížení rizika vzniku emočně-sociálních obtíží, které se mohou ve vyšší míře rozvinout až v adolescentním věku, neboť terapeut nepostřehne suspektní psychosomatické projevy a nežádoucí rodinné konsekvence vedoucí k narušení sebevědomí. Rádi bychom tímto textem doložili důležitost komplexní a systémové podpory osob s VD a podpořili odborné uvědomění, že zejména osoby s VD jsou zranitelnější v oblasti sebevímání a sociálních kompetencí. Ovlivnit kvalitu života můžeme právě i chybným terapeutickým intervencí, že pouhou stimulací jazykových schopností a percepčně-motorické oblasti je naše úsilí maximální a více udělat nemůžeme. Pokud nedokážeme nahlédnout i patologické vztahy v rodinném systému a křehké ladění osobnosti s VD, můžeme posílit riziko vzniku emočních a sociálních obtíží. Velmi často se v českých odborných publikacích dočteme o riziku emočně-sociálních obtíží u lidí s VD, ale pouze v této obecné rovině. Konkrétní emocionální, behaviorální a sociální obtíže jsou popsány minimálně nebo klinicky v rámci kazuistik. Díky zahraničním studiím lze rozšířit naše/české povědomí o emočně-sociálních obtížích při VD a uvědomit si jejich vliv na kvalitu života, ale také nutnost významněji zakomponovat akcent na podporu emočně sociálních kompetencí do klinické diagnostiky a terapie.

¹ Mgr. Barbora Richtrová, Klinická logopedie a poradenství, Na Náměstí 395, Davle 252 06, Česká republika. E-mail: barbora.richtrova@gmail.com.

Vývojová dysfázie

VD se definuje jako neurovývojová porucha jazykových schopností a dovedností při jinak intaktním vývoji a podpůrném prostředí (Bishop, 2006, Pospíšilová, 2018), kdy prevalence v populaci se udává kolem 7 % (Tomblin et al., 1997).

Etiologie VD je multifaktoriální. Dochází ke kombinaci genetických a environmentálních rizikových faktorů vedoucích k aberantnímu vývoji mozkových struktur (Bishop, 2006, Dlouhá, 2017, Nudel et al., 2014). Neurobiologické studie potvrzují mikrostrukturální poškození CNS (Komárek et al., 2014, Hrdlička, et al., 2019). Obecně z neurovývojové perspektivy je dětský mozek zranitelnější vůči vztahovému a sociálnímu zkušenostem (Elbrecht a Antcliff, 2014) a u dětí s VD je logicky tato zranitelnost zvýšená pro aberantní neurologický vývoj. Navíc pokud u dětí není zralá senzomotorická oblast, je narušen fyziologický základ pro emoční a vztahové kapacity (Heller a LaPierre, 2016, s. 242).

VD není pouze specifickým neurovývojovým jazykovým postižením, ačkoli obtíže v komunikaci a jazyku bývají dominantní a definice tuto tezi potvrzuje. Opožděny bývají všechny oblasti jazyka v různé intenzitě a je narušena celková synchronizace vývoje (Smolík a Seidlová-Málková, 2014). V klinickém obrazu člověka s VD můžeme zaznamenat i deficit v oblasti senzomotoriky a motoriky (např. Diepeveen et al., 2018). Paměť, zejména krátkodobá, je často deficitní při slovních instrukcích, což se promítá do úspěšnosti ve vzdělávání. Doloženy jsou spíše obtíže v zapamatování si sekvenčních informací než v obecném procedurálním učení (Hsu a Bishop, 2014). V neposlední řadě jsou doloženy i deficity v oblasti pozornosti, které bývají spojeny s poruchou rozumění řeči (Gregl et al., 2014). Velmi zásadní oblastí, která zasahuje do internalizace jedince, je porucha rozumění a pragmatické oblasti. Snížení schopnosti užívat jazyk a rozumět mu v sociálním kontextu je pro sociální fungování zásadní (Helland a Helland, 2017, Katsos et al., 2010, St Clair et al., 2010). Klinický obraz člověka s VD je širokospektrální, variabilní, individuální a přesahuje rámec „pouhé“ jazykové poruchy, tedy může výrazně ovlivnit kvalitu života.

Riziko emočně-sociálních deficitů

Zahraniční odborné studie dokládají, že lidé s neurovývojovými poruchami jsou

výrazně zranitelnější v oblasti emočně-sociální (Conti-Ramsden et al., 2013) a existuje zvýšené riziko horších výsledků v akademickém, sociálním a emocionálním vývoji (Pospíšilová, 2019). V metaanalýze z roku 2012 se uvádí, že u lidí s VD je dvakrát vyšší pravděpodobnost výskytu těchto deficitů. Prevalence behaviorálně-emočních obtíží u VD je uváděna v hodnotě 35–50 % (Yew a O’Kearney, 2012). Studie z roku 2014 popisuje, že u dětí s VD byly dominantně zastoupeny zejména **obtíže ve vrstevnických vztazích a poruchy koncentrace pozornosti**, kdežto u dětí se syndromem ADHD byly obtíže vysoce frekventovány ve fenoménech hyperaktivita a impulzivita. Cílem studie bylo porovnat sociální, emocionální a behaviorální obtíže odlišující syndrom ADHD a VD. Autoři upozorňují, že syndrom ADHD může existovat společně s VD, ale také zdůrazňují skutečnost, že výzkumy jsou převážně klinické, a tedy uměle zvyšují míru koexistence těchto dvou diagnostických jednotek, což nemusí odpovídat etiologické skutečnosti, zejména pro překrývání symptomů, které se obtížně odlišují (Redmond & Ash, 2014).

Jazyk a mezilidská komunikace jsou zásadní pro začlenění do společnosti, vzájemné sdílení, vztahování. Kvalita jazykových znalostí a schopností vede k emocionálně-sociální pohodě, vzniku přátelství a vztahů (Im-Bolter a Cohen, 2007). Lze očekávat, že jazykové dovednosti budou souviset s emocionálně-sociálním fungováním, jelikož jazyk podporuje emoční autoregulaci (Cole et al., 2010). Lidská komunikace je specifická schopnost a gesta, mimika a zvuky jsou základem pro rozvoj dalších jazykových schopností. Pokud děti nepoužívají gesta od 1 do 1,5 roku, můžeme uvažovat o možné dispozici k vývoji neurovývojové poruchy (Červenková, 2019). Přibližně mezi prvním a druhým rokem by mělo nastupovat aktivní užití jednoduchých slov. Studie věnující se sociálně-emočnímu vývoji u batolat s opožděným vývojem řeči potvrzuje, že pozdní mluvčí byli **vážnější, depresivnější a s menším zájmem o hru**. Opoždění v expresi bylo spojeno se špatnou socio-emoční adaptací (Irwin et al., 2002).

Zde je zajímavá studie z roku 2017, jejímž cílem bylo porovnat míru obtíží emočních a behaviorálních u dětí s VD a s PAS. Výsledek studie potvrdil, že obě skupiny mají v těchto oblastech obtíže, ale děti s PAS významně větší než děti s VD. Studie uvádí, že jde o obousměrný vztah

deficitu v oblasti pragmatických jazykových dovedností a emočně-behaviorálních obtíží. Zjištění studie je, že děti s PAS mají téměř 100% deficit v **prosociálním chování**, kdežto u dětí s VD je tato oblast narušena minimálně (Helland & Helland, 2017). Děti s VD mají intaktní sociální potenciál, ale jazykové obtíže ho individuálně omezí. V dětském věku se tím může narušit vývoj autonomie a potence se studové nastavení a sebezpochybnost, tím je ovlivněn následný proces vývoje identity. Lidé s VD jsou společenská a mají touhu se zapojit do interakce, bohužel tato potřeba je limitována sníženými jazykovými schopnostmi, proto dochází v této skupině k signifikantně **vyšší míře sociálního stresu** než u běžné populace a sociální interakce pro lidi s VD jsou zdrojem stresu (Wadman et al., 2011). Děti ve věku 10–13 let s VD se vnímaly negativněji ve školní kompetenci, společenském přijetí a chování než mladší děti (Jerome et al., 2002). Navazující období adolescence je pro osoby s VD také náročné, potenciálně zraňující, ovlivňující sebestotu. Více se projevují příznaky **anxiety a deprese**, po 17. roku věku dochází k poklesu depresivních projevů, ale zvyšují se projevy úzkostné poruchy. Navíc dívky jsou výrazně zranitelnější než chlapci bez ohledu na stav jazykových schopností a dovedností (Wadman et al., 2011). V adolescenci se vyvíjí sociální identita, člověk zjišťuje, jaké má možnosti sebeuplatnění ve světě, a dospívající osoby s VD si začínají uvědomovat limity pro naplnění svých snů a záměrů. Starší adolescenti mají významně vyšší riziko **nízké globální sebeúcty** a zažívají plachost, i když touží společensky komunikovat (Wadman et al., 2008, Joffe a Black, 2012). Navíc toto období je zásadní i pro budování blízkých vztahů. Osoby s VD mají významně nižší skóre v **emoční angažovanosti**, a proto jsou méně zapojeny do blízkých vztahů, tedy i partnerských (Wadman et al., 2011, Brinton et al., 2007). Je logické, že období dospívání je u dospívajících lidí s VD výrazně náročnější. Předpokládají, že nemohou být úspěšní v akademické sféře, mají obtíže v interpersonálních vztazích. Dospívající s VD vykazují vyšší index emočních problémů při vlastním hodnocení (Valera-Pozo et al., 2020).

Určitá část studií se věnovala i otázce, zda jsou snížené jazykové schopnosti prediktorem emočně-behaviorálních a sociálních obtíží. Conti-Ramsden ve své studii z roku 2004 potvrzuje, že **sociální kompetence** dětí s VD nejvíce souvisí s pragmatickou oblastí jazyka a expresivní

jazykové obtíže s viktimizací. Regresní analýza z roku 2010 dokládá, že funkční sociální výsledky jsou spojeny s expresivním jazykem (Botting a Conti-Ramsden, 2010). Obtíže v oblasti receptivní byly zase významným prediktorem pro **poruchy soustředění až hyperaktivity** (Conti-Ramsden et al., 2013). Longitudinální studie z roku 2012 potvrdila **zhoršování školní kompetence** u dětí s VD ve věkovém rozmezí 8 až 17 let, přičemž jazykové schopnosti v 8 až 10 letech nebyly prediktorem pro poruchu chování nebo sebepojetí (Lindsay a Dockrell, 2012). Podobný závěr vyústil ze studie z roku 2008, kdy jazykové schopnosti nebyly prediktorem pro obtíže v sebeučetě, ale pro **plachost** (Wadman et al., 2008). Anglická studie se věnovala čtyřem aspektům sociálního poznání, a to identifikaci emocí, označení emocí, odvození příčin emocí a strategii řešení konfliktu, a v závěru doložila, že v socio-emocionálním fungování hrají roli i jiné faktory než jazyk (Bakopoulou a Dockrell, 2015).

Obtíže v emocionálním vývoji pramení zejména ze **snížené schopnosti posoudit, kdy je vhodné emoci regulovat** a utlumit vzhledem k sociálnímu dopadu projevení emoce (Vendeville et al., 2015, Fujiki et al., 2004, Loukusa et al., 2014). Zejména jde o přirozené sociální situace, které vyvolávají větší emoce a prožitek zklamání (Brinton et al., 2015). Do oblasti rozpoznání emocí přináší zajímavý pohled studie Czaplowské z roku 2015, ve které byla zkoumána schopnost rozpoznání emoce experimentální metodou. Děti předškolního věku měly za úkol rozeznat emoci z tváře, tedy na základě vizuálního zobrazení, a z hlasu, tedy z audionahrávky. Závěr studie předkládá, že děti s VD ve věku 4–5 let mají obtíže rozeznat vizuálně zobrazenou emoci a zároveň si v komunikaci pomáhají **komplexním vnímáním komunikační situace** (intonace, gesta, fyzický kontext, neverbální projevy), aby mohly adekvátně interagovat (Czaplowska a Sterczyński, 2015).

Můžeme si položit otázku, zda poruchy v oblasti emocionální, behaviorální a sociální jsou komorbidní k VD a vyvíjejí se paralelně, nebo vznikají jako sekundární obtíže na podkladě neurovývojové poruchy. Zdá se, že určitá oblast emočně-sociálních deficitů se vyvíjí samostatně bez ohledu na neurovývojovou poruchu řeči. Prediktorem může být genetická dispozice a enviromentální působení na jedince. Druhá oblast emočně-sociálních deficitů může vznikat na podkladě neurovývojové

poruchy jazyka, kdy prožívání a zažívání limitů souvisejících s jazykovým deficitem vede k intenzivnějšímu emočnímu prožívání a k zvýšení stresu. Je však pravděpodobné, že tyto dvě oblasti se u některých lidí s VD mohou kombinovat a dispozice jedince k poruchám emočně-sociálním je posílena aberantním neurobiologickým zráním.

Vliv stresového zatížení

Sociální obtíže – a stres s tím spojený – mohou způsobit **tendenci k sociální izolaci** a prohloubení **negativního sebevnímání**. Negativní sebevnímání ovlivňuje celkové zdraví i v dospělosti. Může docházet k vyšší anxióznosti a snížení orientace na úspěch. Odborné studie toto dokládají při sledování vrstevnických vztahů a sociální kompetence dětí s VD (např. McCabe a Marshall 2006, Conti-Ramsden et al., 2013). Dokonce se v jedné studii uvádí, že až 36 % kohorty dětí s VD je vystaveno **riziku viktimizace** oproti 12 % dětí s normálním jazykovým vývojem (Conti-Ramsden a Botting, 2004). Norbury a Sonuga-Barke v roce 2017 přicházejí s důkazy, že dívky s touto diagnózou jsou dokonce ohroženější sexuálníím zneužíváním (Norbury a Sonuga-Barke, 2017).

Děti na životní stres a obtíže reagují omezeně, záleží na věku, mentální úrovni, sociální a emoční zralosti a attachmentu. Nevybudované vlastní zdroje, neschopnost seberegulace a nadměrný stres mohou způsobit mnoho negativních jevů, např. oslabení kognitivních funkcí, oslabení imunity, psychosomatické obtíže, nadměrnou stydlivost, stažení z kontaktu, afektivitu, regres v chování atd. (Heller a LaPierre, 2016, s.75-82). U malých dětí se „sociální mozek“ probouzí díky naladění a zrcadlení s pečovatelem. Pokud na snahu dítěte o komunikaci není adekvátně reagováno, aby dítě pocítilo porozumění a pochopení, může dojít k **emoční dysregulaci**. Dysregulace, i když není nijak fatální, může vést ke zvýšení stresu, který vede ke zvýšené aktivitě autonomního systému, tedy zvýšení aktivity podkorových center, a tím může docházet ke snížení zdravé aktivity kortexu, k snížení synaptických spojů či myelinové vrstvy (Elbrecht a Antcliff, 2014). Malé děti nejsou plně kompetentní být uvědomělé, svědomité a vyrovnané, jelikož jejich kortex se teprve vyvíjí. Mozek se vyvíjí hierarchicky přes mozkový kmen, limbický systém až po komplexní funkce kortexu. To potvrzují i neurobiologické teorie profesora Porgese a jeho polyvagální teorie (Beauchaine a Gatzke-Kopp, 2007). Polyvagální systém zajišťuje vyhodnocení

vnější události, schopnost užití obranné strategie, tedy stimuluje schopnost socializace (Heller a La Pierre, 2016). Z výše uvedeného vyplývá předpoklad, že děti s VD na podkladě aberantního vývoje – a tedy permanentního intra i interpersonálního stresového zatížení – mají ztíženější vývoj zdravého celostního bytí než normálně se vyvíjející vrstevníci. Chronický stres může vést ke snížení sebedůvěry i důvěry v okolí a tím může docházet ke **snížení pocitu bezpečí a stability**, což determinuje zvýšení emočního prožívání strachu, studu, viny, bezmoci, zoufalství. Zaplavení negativními emocemi a prožíváním je výrazně podpořeno tlakem na výkon, nerespektováním aktuálního naladění dítěte, nevhodnými reakcemi okolí. „...jakákoliv situace, která dítě přehltní do té míry, že není schopno situaci zvládnout, zpracovat silné emoce a bránit se, má potenciál vytvořit posttraumatické symptomy.“ (Levine a Klineová, 2012, s. 72). Rozvoj komunikace a jazykové schopnosti ovlivňují rozvoj teorie mysli a schopnost emoční autoregulace. Uvědomění sebe sama, tedy sebevědomí, je základem porozumění sobě samému, ale i porozumění druhým. Pokud má dítě nízké sebevědomí, dochází k nižší schopnosti sdílené pozornosti, všímavosti a rozvoji teorie mysli. Děti se z toho důvodu intuitivně stahují z kontaktu, což se projevuje zejména vyhybavým chováním. Vyhybavé chování je navíc zesílené funkčními a strukturálními deficity nervové soustavy zodpovědnými za schopnost rozpoznání emočních výrazů. Děti s neurovývojovými poruchami pak vnímají reakce druhého nepřilehavě k sociální situaci, reagují nepřiměřeně, jelikož verbální i neverbální projevy okolí většinou vnímají jako negativní, útočné a zraňující. U dětí s neurovývojovou poruchou řeči můžeme často pozorovat vyhybavé chování, stažení se do sebe, podrážděnost, nutkavost, zvýšenou úzkostnost, rozrušení, noční můry, bezmoc, psychosomatické projevy, agresivitu, poruchy spánku nebo příjmu potravy, zabíhavé či chaotické chování atd.

Psychologický aspekt člověka a vývoj emocionálně-behaviorální oblasti je natolik složitý, že další zkoumání u lidí s neurovývojovými poruchami jazyka budou nadále nutná. Můžeme předpokládat, že jazykové kompetence výrazně predikují obtíže v sociálních kompetencích, zejména v mezilidských vztazích a akademické oblasti. Avšak narušené sebevnímání a vývoj zdravého Self může pramenit i z jiných důvodů než z oslabení jazykových

dovedností a může být častým souběžným projevem u neurovývojových poruch jazyka. Úzkostné poruchy a tendence úniku z kontaktu až k izolaci mohou také pramenit z attachmentu nebo dokonce chybné diagnostiky a neadekvátně vedené terapie. To má vliv na vývoj sebeobrazu. Zažívání, případně uvědomování si obtíží internalizace u lidí s VD se děje na intrapersonální úrovni, ale interpersonálním kontaktem se tento negativní prožitek posiluje. Osoba s VD je konfrontována s různými reakcemi dalších lidí na její jazykový deficit. V období mladšího školního věku, které je zásadní pro rozvoj činnosti, v němž se rozvíjí sebevědomí a sebejistota ve vztahu k okolnímu prostředí, jsou děti vystaveny neustálému porovnávání a tlaku, co by už měly umět a znát. Existuje zde tedy výrazný potenciál pro prohloubení **negativního sebevnímání a pocitu méněcennosti**.

Pro vývoj sebevědomí je zásadní zejména reakce pečovateli. Pečovateli jsou zásadním faktorem, který zasahuje do kvality života a emočně-sociálních kompetencí dítěte. Je pochopitelné, že pečovateli sledují vývoj svého dítěte a vnímají, že je něco jinak. Neobjektivní náhled a neznalost složitě neurovývojového zrání jednoznačně přináší stres. Rodiče jsou v napětí, hledají viníka, celkově na zátěžovou situaci reagují obrannými mechanismy, každý individuálně. Studie z roku 2015 potvrzuje **vysokou míru rodičovského stresu**, která s sebou přináší i **sníženou ochotu pečovateli podporovat samostatnost dítěte** (Sylvestre et al., 2015). Jak jsme v úvodu psali, etiologie VD je výrazně spojena s genetikou, proto je velmi odborně přínosná studie sledující rodinný fenotyp u dětí s VD. Studie byla založena na rozhovoru o rodinné anamnéze s rodiči dětí s VD. Autoři studie sledovali tři generace 59 rodin s dítětem s VD a 100 rodin v kontrolní skupině. Zjistili, že významně vysoké procento rodičů dětí s VD má obtíže s pozorností a mnoho rodičů mělo nižší vzdělání (Kalnak et al., 2012). Neurovývojový deficit je limitem a může způsobit nezdravou vazbu s prostředím, tedy ovlivnit zdravý vývoj Self, z čehož mohou vyplývat časté deficity z oblasti poruch emocí a chování. Velmi záleží tedy i na rodinném zázemí a přílehlavé terapeutické intervenci, aby došlo k přijetí skutečnosti neurovývojové poruchy jazyka, respektování individuality dítěte a posilování jeho pozitivních zdrojů (Richtrová, 2019).

Některé studie proto doporučují komplexnější intervenční strategie, které nejsou

zaměřeny pouze na jazykové dovednosti a schopnosti (Aziz et al., 2016, Sylvestre et al. 2015, Campbell et al. 2007, Valera-Pozo et al., 2020). Pro malé děti nejsou vhodné terapie dominantně využívající kognici, ale terapeutické postupy vedoucí tzv. „od zdola nahoru“, tedy založené na sensorické a regulační integraci (Elbrecht a Antcliff, 2014, Van der Kolk et al., 2014). Tato zjištění jsou zejména přílehlavá pro děti s VD, kdy vývoj senzomotorické oblasti je často deficitní, nejvýrazněji v oblasti rovnováhy a propriocepce. Jestliže terapii povedeme s ohledem na aktuální potřeby dítěte, můžeme ovlivnit regulaci autonomního systému, a tedy i sebevědomí a sebejistoty (Heller a LaPierre, 2016, Siegel a Paynová-Brysonová, 2015, Levine a Klineová, 2012). Efekt terapie se nevyšší pouze schopností dobře vyhodnocovat testy jazykových a kognitivních schopností, ale pokud budeme pacienta vnímat jako celostní bytost s individuálním vývojem a potřebami (Mareš, 2019). Vhodně zvolenou terapií můžeme záměrně tvarovat zkušenost a korektivní zkušenosti podpořit vývoj emočně-sociálních dovedností. Hlavním cílem terapie by mělo být navození kvalitního vzájemného vztahu, nejen s dětským pacientem, ale i s rodinou, dopřát dítěti zážitek pocitu bezpečí a plného přijetí. Pozitivní zážitek ze sociálního kontaktu vede ke zvýšení sebevědomí. Tím je nejen naplněna jedna ze základních lidských potřeb – touha po vztahu a vzájemném sdílení –, ale dochází i k regulaci systému. Skrze kvalitní interpersonální vztah, pocit bezpečí a vedení terapie dle aktuálních potřeb dítěte dochází k uvolnění vnitřního napětí, zmírní se negativní sebevnímání a díky tomu je kortex otevřenější cíleným stimulacím jazykových dovedností, rozvíjí se teorie mysli. Tato skutečnost má vliv na kvalitu sociální komunikace a života celkově. Ve světle navedených trendů a vědeckých zjištění jsou celkově zvýšené nároky na kvalitu diagnostických a terapeutických dovedností klinického logopeda. Je otázkou, zda by nebylo výhodné, aby každý klinický logoped absolvoval psychoterapeutický výcvik a výcvik v sensorické integraci, nejen pro zkvalitnění jeho terapeutické práce, ale i pro vlastní psychickou sebehygienu.

V České republice je v současné době dle statistického úřadu (ÚZIS) přes 21 000 lidí s diagnózou VD v péči klinických logopedů. Je však na místě předpokládat, že mnoho lidí s VD v populaci není systémem zdravotnictví zachyceno. Děti a adolescenti s VD se také mohou léčit pro jinou

diagnózu a VD není zjištěna nebo je chybně diagnostikována. Toto tvrzení podporují některé studie, které upozorňují na vysoké procento adolescentů s jazykovými obtížemi v péči psychiatrických klinik (Cohen et al., 2013, Norbury a Sonuga-Barke, 2017), ale klinicko-logopedická diagnostika nikdy nebyla provedena.

Pokud se podíváme na deficity v oblasti emoční, behaviorální a sociální z naší klinické perspektivy, tak velmi nízké procento dětí s vývojovou dysfázií má diagnostikovanou konkrétní poruchu emocí a chování se začátkem v dětství dle MKN-10. Avšak vysoké procento dětí s VD má klinicky popsané izolované symptomy z emočně-sociální oblasti ve zdravotnické dokumentaci. V souboru 70 dětí s hlavní diagnózou VD jsme analyzovali deficity v emočně-sociální oblasti uvedené ve zdravotní dokumentaci. Ze 70 dětí mělo popsáno nebo diagnostikováno emočně-sociální deficit 92,8 %. Zjistili jsme, že 44,2 % kohorty mělo diagnostikovaný syndrom ADHD a 11,4 % poruchy plynulosti řeči. Další obtíže v oblasti emocí, chování a sociálních kompetencí nebyly konkrétně diagnostikovány, ale byly klinicky popsány. Ze záznamů vyplývá, že u 15,7 % dětí byl popsán deficit v oblasti emocí (nezralá emocionalita), u 21,4 % afektivní či impulzivní chování, u 35,7 % snížená koncentrace pozornosti, 37,1 % projevy úzkostného prožívání, 12,8 % pracovní nezralost, 17,1 % enuresis a 11,4 % psychická tenze. V minimálním zastoupení jsme zaznamenali pavor nocturnus (3 osoby), psychogenní dysfagii (1 osoba), reflux (2 osoby) a hyperkinetickou dysfonii (3 osoby).

V České republice je diagnostika dětí s VD v nízké míře zacílena na oblast emočně-sociálních deficitů, a není tedy reflektována v nastavení terapie. Adolescentů s VD v ČR je v péči klinických logopedů a jiných odborníků minimum. Záleží jen na nich samých a jejich pečovateli, jak se s životní zátěží vypořádají. Bylo by vhodné uvažovat o systémové pomoci lidem s neurovývojovým postižením, zejména s vývojovou dysfázií, aby se jim dostalo komplexní a multidisciplinární podpory, a to i v období adolescence, aby kvalita jejich života nebyla ovlivněna jak jazykovou poruchou, tak i emočně-sociálními obtížemi. Zároveň je na místě dodat, že pokud by mělo v České republice dojít k systémové a komplexní podpoře lidí s VD, bylo by nutné zajistit také podporu pro pečovatele, jelikož ti jsou významně důležití pro vývoj dítěte od raného věku až po adolescenci a jsou zásadní jako koterapeuti.

Literatura

- ABDUL AZIZ, S., FLETCHER, J., BAYLISS, D. M., 2016. The effectiveness of self-regulatory speech training for planning and problem solving in children with specific language impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 44, s. 1045-1059. DOI: 10.1007/s10802-015-0115-7.
- BAKOPOULOU, I., DOCKRELL, J. E., 2015. The role of social cognition and prosocial behaviour in relation to the socio-emotional functioning of primary aged children with specific language impairment. *Journal of communication disorders*. 40(6), s. 513-535. DOI: 10.1016/j.jridd.2015.12.013.
- BEAUCHAINE, T., GATZKE-KOPP, L. M., 2007. Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotional dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological psychology*. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2005.08.008.
- BISHOP, D. V. M., 2006. What causes specific language impairment in children? *Current Directions in Psychological Science*. 15(5), s. 217-21. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2006.00439.x.
- BRINTON, B., SPACKMAN, M. P., FUJIKI, M., RICKS, J., 2007. Would Chris say? The ability of children with specific language impairment to recognize to need to dissemble emotions in social situation. *Journal of speech, language, and hearing research*. 50(3), s. 798-811. DOI: 10.1044/1092-4388(2007/055).
- BRINTON, B., FUJIKI, M., HURST, N. Q., JONES, E. R., SPACKMAN, M. P., 2015. The Ability of Children With Language Impairment to Dissemble Emotions in Hypothetical Scenarios and Natural Situations. *Language, speech and hearing services in schools*. 46(4), s. 325-336. DOI: 10.1044/2015_LSHSS-14-0096.
- BOTTING, N., CONTI-RAMSDEN, G., 2010. The role of language, social cognition and social skill in the functional social outcomes of young adolescents with and without a history of SLI. *British journal of developmental psychology*. 26(2), s. 281-300. DOI: 10.1348/026151007X235891.
- CAMPBELL, W. N., SKARAKIS-DOYLE, E., 2007. School-aged children with SLI: The ICF as a framework for collaborative service delivery. *Journal of communication disorders*. 40(6), s. 513-535. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2007.01.001.
- CZAPLEWSKA, E., STERCZYŃSKI, R., 2015. The recognition of non-verbal messages expressing emotion by children with SLI aged 4 to 7. *Acta Neuropsychologica*. 13(1), s. 1-10. DOI: 10.5604/17307503.1148328.
- COHEN, N. J., FARNIA, F., IM-BOLTER, N., 2013. Higher order language competence and adolescent mental health. *Journal of child psychology and psychiatry*. 54, s. 733-744. DOI: 10.1111/jcpp.12060.
- COLE, P. M., ARMSTRONG, L. M., PEMBERTON, C. K., 2010. *The role of language in the development of emotion regulation*. In: S. D. Calkins & M. A. Bell (Eds.), *Human brain development. Child development at the intersection of emotion and cognition*. American Psychological Association, s. 59-77. DOI: 10.1037/12059-004.
- CONTI-RAMSDEN, G., BOTTING, N., 2004. Social difficulties and victimization in children with SLI at 11 years of age. *Journal of speech, language and hearing research*. 47(1), s. 145-161. DOI: 10.1044/1092-4388(2004/013).
- CONTI-RAMSDEN, G., BOTTING, N., 2008. Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *The journal of child psychology and psychiatry*. 49(5), s. 516-525. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01858.x.
- CONTI-RAMSDEN, G., MOK, P., PICKLES, A., DURKIN, K., 2013. Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Research in Developmental Disabilities*. 34, s. 4161-4169. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.08.043.
- ČERVENKOVÁ, B., 2019. *Rozvoj komunikačních a jazykových schopností u dětí od narození do tří let věku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2054-3.
- DIEPEVEEN, F. B., VAN DOMMELEN, P., OUDESLUYS-MURPHY, A. M., VERKERK, P. H., 2018. Children with specific language impairment are more likely to reach motor milestones late. *Child: Care, health and development*. 44, s. 857-862. DOI: 10.1111/cch.12614.
- DLOUHÁ, O., 2017. *Poruchy vývoje řeči*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7492-314-2.
- ELBRECHT, C., ANTCLIFF, L. R., 2014. Being touched through touch. Trauma treatment through haptic perception at the Clay Field: A sensorimotor art therapy. *International Journal of Art Therapy*. 19(1), s. 19-30. DOI: 10.1080/17454832.2014.880932.
- FUJIKI, M., SPACKMAN, M. P., BRINTON, B., HALL, A., 2004. The relationship of language and emotion regulation skills to reticence in children with specific language impairment. *Journal of speech, language and hearing research*. 47(3), s. 637-646. DOI: 10.1044/1092-4388(2004/049).

- GREGI, A., KIRIGIN. M., BILAČ, S., LIGUTIČIĆ, R. S., JAKŠIĆ, N., JAKOVLJEVIĆ, M., 2014. Speech comprehension and emotional/behavioral problems in children with specific language impairment (SLI). *Collegium antropologicum*. 38(3), s. 871-877. Speech comprehension and emotional/behavioral problems in children with specific language impairment (SLI) – PubMed ([nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)).
- HELLAND, W. A., & HELLAND, T., 2017. Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. *Research in Developmental Disabilities*. 70, s. 33-39. DOI: 10.1016/j.ridd.2017.08.009.
- HELLER, L., LAPIERRE, A., 2016. *Uzdravení vývojového traumatu*. Olomouc: Fontána. ISBN: 978-80-7336-836-4.
- HASTINGS, P. D., MILLER, J. G., 2014. Autonomic regulation, polyvagal theory and children's prosocial development. In: Pradilla-Walker, L. M., Carlo, G. *Prosocial development: A multidimensional approach*. New York: Oxford University Press. 6, s. 112-127. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/269112911_Autonomic_Regulation_Polyvagal_Theory_and_Children%27s_Prosocial_Development
- HRDLIČKA, M., ŠANDA, J., URBÁNEK, T., KUDR, M., DUDOVÁ, I., KLIČKOVÁ, Š. et. al., 2019. Diffusion tensor imaging and tractography in autistic, dysphasic, and healthy control children. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 15, s. 2843-2852. DOI: 10.2147/NDT.S219545.
- HSU, H. J., BISHOP, D. V. M., 2014. Sequence-specific procedural learning deficits in children with specific language impairment. *Developmental science*. 17(3), s. 352-365. DOI: 10.1111/desc.12125.
- IM-BOLTER, N., COHEN, N. J., 2007. Language impairment and psychiatric comorbidities. *Pediatric clinics of north America*. 54, s. 525-542. DOI: 10.1016/j.pcl.2007.02.008.
- IRWIN, J. R., CARTER, A. S., BRIGGS-GOWAN, M. J., 2002. The social-emotional development of „late-talking“ toddlers. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*. 41(11), s. 1324-1332. DOI: 10.1097/00004583-200211000-00014.
- JEROME, A. C., FUJIKI, M., BRINTON, B., JAMES, S. L., 2002. Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of speech, language and hearing research*. 45(4), s. 700-714. DOI: 10.1044/1092-4388(2002/056).
- JOFFE, V. L., BLACK, E., 2012. Social, emotional and behavioral functioning of secondary school students with low academic and language performance: Perspectives from students, teachers and parents. *Language speech and hearing services in schools*. 43(4), s. 461-473. DOI: 10.1044/0161-1461(2012/11-0088).
- KALNAK, N., PEYRARD-JANVID, M., SAHLÉN, B., FORSSBERG, H., 2012. Family history interview of a broad phenotype in specific language impairment and matched controls. *Genes, brain and behavior*. 11(8), s. 921-927. DOI: 10.1111/j.1601-183X.2012.00841.x.
- KARSOAS, N., ROQUETA, C. A., ESTEVAN, R. A. C., CUMMIS, CH., 2010. Are children with specific language impairment competent with the pragmatics and logic of quantification? *Cognition*. 119(1), s. 43-57. DOI: 10.1016/j.cognition.2010.12.004.
- KOMÁREK, V., VRÁNOVÁ, M., KYNČL, M., ŠANDA, J., VYDROVÁ, R., 2014. Specifické strukturální změny mozku u dětí s vývojovou dysfázií. In: *Soubor anotací odborných sdělení konference XXII. Asociace klinických logopedů ČR*. Hradec Králové, s. 5-6.
- LEVINE, P. A., KLINEOVÁ, M., 2012. *Trauma očima dítěte. Probouzení obyčejného zázraku léčení*. Praha: Maitrea. ISBN: 978-80-87249-27-7.
- LINDSAY, G., DOCKRELL, J. E., 2012. Longitudinal patterns of behavioral, emotional and social difficulties and Self-concepts in adolescents with a history of specific language impairment. *British journal of educational psychology*. 77(4), s. 811-828. DOI: 10.1044/0161-1461(2012/11-0069).
- LOUKUSA, S., MÄKINEN, L., KUUSIKKO-GAUFFIN, S., MOILANEN, I., 2014. Theory of mind and emotion recognition skills in children with specific language impairment, autism spectrum disorder and typical development: group differences and connection to knowledge of grammatical morphology, word-finding abilities and verbal working memory. *International journal of language & communication disorders*. 49(4), s. 498-507. DOI: 10.1111/1460-6984.12091.
- MAREŠ, J., 2019. Znalost zvláštností pacienta: důležitý předpoklad individualizované péče. *Československá psychologie*. 63, s. 676-690. ISSN 1804-6436.
- MCCABE, P. C., MARSHALL, D. J., 2006. Measuring the social competence of preschool children with specific language impairment: Correspondence among informant ratings and behavior observations. *Topics in early childhood special education*. 26(4), s. 234-246. DOI: 10.1177/02711214060260040401.
- NORBURY, C. F., SONUGA-BARKE, E., 2017. New frontiers in the scientific study of developmental language disorders. *Journal of child psychology and psychiatry*. 58(10), s. 1065-1067. DOI: 10.1111/jcpp.12821.
- NUDEL, R., SIMPSON, N. H., BAIRD, G., O'HARE, A., CONTI-RAMSDEN, G., BOLTON, P. F. et al., 2014. Genome-wide association analyses of child genotype effects and parent-of-origin effects in specific language impairment. *Genes, brain and behavior*. 13, s. 418-429. DOI: 10.1111/gbb.12127.
- POSPÍŠILOVÁ L., 2018. Vývojová dysfázie. In: Neubauer K. (Ed.), *Kompéndium klinické logopedie*. Praha: Portál, s. 283-314. ISBN 978-80-262-1390-1.

- POSPÍŠILOVÁ, L., 2019. Vývojová dysfázie současnosti. *Listy klinické logopedie*. 3(1), s. 48-54. DOI: 10.36833/lkl.2019.0111740.
- REDMOND, S. M., ASH, A. C., 2014. A cross-etiology comparison of the socio-emotional behavioral profiles associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and specific language impairment. *Clinical linguistics & phonetics*. 28(5), s. 346-365. DOI: 10.3109/02699206.2013.868518.
- RICHTROVÁ, B., 2019. Vývoj sebeobrazu u dětí s vývojovou dysfázií. *Listy klinické logopedie*, 3(1), s. 29-35. DOI: 10.36833/lkl.2019.007.
- SIEGEL D. J., PAYNEOVÁ-BRYSONOVÁ T., 2015. *Klidná výchova k disciplíně*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-848-1.
- SMOLÍK, F., SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., 2014. *Vývoj jazykových schopností v předškolním věku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4240-3.
- ST CLAIR, M. C., PICKLES, A., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G., 2011. A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*. 44(2), s. 186-199. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2010.09.004.
- SYLVESTRE, A., BRISSON, J., LEPAGE, C., NADEAU, L., DEAUDELIN, I., 2015. Social participation of children age 8–12 with SLI. *Research in developmental disabilities*. 49-50, s. 354-370. DOI: 10.3109/09638288.2015.1074730.
- TOMBLIN, J. B., RECORDS, N. L., BUCKWALTER, P., ZHANG, X., SMITH, E., O'BRIEN, M., 1997. The prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research*. 40, s. 1245-1260. DOI: 10.1044/jslhr.4006.1245.
- VALERA-POZO, M., ADROVER-ROIG, D., PÉREZ-CASTELLÓ, J. A., SANCHEZ-AZANZA, V. A., AGUILAR-MEDIAVILLA, E., 2020. Behavioral, Emotional and School Adjustment in Adolescents with and without Developmental Language Disorder (DLD) Is Related to Family Involvement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(6), 1949. DOI: 10.3390/ijerph17061949.
- VAN DER KOLK, B. A., STONE, L., WEST, J., RHODES, A., EMERSON, D., SUVAK, M., SPINAZZOLA, J., 2014. Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The journal of clinical psychiatry*. 75(6), e559-565. DOI: 10.4088/JCP.13m08561.
- VENDEVILLE, N., BLANC, N., BRECHET, C., 2015. A drawing task to assess emotion inference in language-impaired children. *Journal of speech, language and hearing research*. 58(5), s. 1563-1569. DOI: 10.1044/2015_JSLHR-L-14-0343.
- WADMAN, R., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G., 2008. Self-esteem, shyness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI). *Journal of speech, language, and hearing research*. 51(4), s. 938-952. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/069).
- WADMAN, R., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G., 2011. Close relationships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Language, speech and hearing services in schools*. 42(1), s. 41-51. DOI: 10.1044/0161-1461(2010/10-0003).
- WADMAN, R., DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G., 2011. Social stress in young people with specific language impairment. *Journal of adolescence*. 34(3), s. 421-431. DOI: 10.1016/j.adolescence.2010.06.010.
- YEW, S. G. K., O'KEARNEY, R., 2013. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *The journal of child psychology and psychiatry*. 4(5), s. 516-534. DOI: 10.1111/jcpp.12009.

TELEREHABILITACE: AKTUÁLNÍ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICE

TELEREHABILITATION: CURRENT DEVELOPMENT IN THE CZECH REPUBLIC

Jakub Pětioký¹ 

Kristýna Hoidekrová² 

Markéta Trtílková³ 



Jakub Pětioký



Kristýna Hoidekrová



Markéta Trtílková

Abstrakt

Telerehabilitace je v některých zemích běžnou součástí zdravotní péče již několik let. V České republice se do povědomí širší odborné veřejnosti dostala až ve spojitosti s pandemií COVID-19, kdy vznikla akutní potřeba zajistit péči nejen v oblasti klinické logopedie. Prudký rozvoj telerehabilitace v posledních dvou letech s sebou nese také rizika spojená s využíváním různých prostředků, které nesplňují požadavky na kybernetickou bezpečnost a ochranu dat pacienta.

Předkládaný text se zabývá vyjasněním užívaných pojmů telehealth, telemedicína, telerehabilitace a jejich forem. Informuje odbornou veřejnost nejen o celosvětové potřebě vypracování Standardů telerehabilitační péče, ale také o legislativních požadavcích na bezpečnost, ochraně dat a technickém vývoji telerehabilitace v České republice a možnostech jejího dalšího využití a směřování.

Abstract

In some countries, telerehabilitation has been a common part of healthcare for several years. In the Czech Republic, telerehabilitation became known to the professional public in connection with the COVID-19 pandemic, when there was also an acute need to provide care in the field of clinical Speech Therapy. In the last two years, the rapid development of telerehabilitation also carries the risks associated with the use of methods that do not meet the requirements for cyber security and general data protection regulations. This article deals with the clarification of the terms “telehealth”, “telemedicine”, “telerehabilitation” and their forms. The article informs clinicians about the global need to

develop telerehabilitation guidelines, the legislative requirements for cyber security, patient personal data protection and the technical advances in telerehabilitation in the Czech Republic, as well as future trends.

Klíčová slova

telerehabilitace, telehealth, distanční terapie, asynchronní telerehabilitace, videokonferenční platforma

Keywords

telerehabilitation, telehealth, distance therapy, store and forward, video conference platform

Úvod do problematiky

Definice pojmů telehealth, telemedicína a telerehabilitace je značné množství a mění se v průběhu času i s ohledem na vývoj technologií, na potřeby poskytovatelů péče, změny legislativně právní úpravy a rozšiřující se aplikace digitálních technologií do zdravotnictví. Pro účely tohoto článku jsme zvolili schéma a definice, které odpovídají potřebám multioborové rehabilitace a jsou v tomto kontextu mezinárodně používány.

Pojmy telehealth a telemedicína se často zaměňují, nicméně se jedná o dva různé termíny. Telehealth má širší význam než telemedicína. Zahrnuje i nezdravotnické profese, monitoring pacienta prostřednictvím fitness trackerů, služby a administrativní trénink. Dle WHO (2010) je termín telehealth označován jako integrace telekomunikačních systémů k ochraně a podpoře zdraví formou vzdáleného přístupu pomocí telekomunikačních technologií. Příkladem může být konzultace zdravotního stavu po telefonu. Na rozdíl

¹ Mgr. Jakub Pětioký, MBA, DiS., Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, 257 62 Kladruby u Vlašimi; 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Ruská 87, 100 00 Praha 10; 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Kateřinská 1660/32, 121 08 Praha 2, Česká republika. E-mail: jakub.petioky@rehabilitace.cz.

² PhDr. Kristýna Hoidekrová, Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, 257 62 Kladruby u Vlašimi; 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Kateřinská 1660/32, 121 08 Praha 2; Fakulta tělovýchovy a sportu, Univerzita Karlova, José Martího 269/31, 162 52 Praha 6–Velešlavín, Česká republika.

³ Mgr. Markéta Trtílková, Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, 257 62 Kladruby u Vlašimi; Centrum duševního zdraví Kutná Hora, Jiřího z Poděbrad 290, Kutná Hora, 284 01, Česká republika.

od toho Darkins a Care (2000) uvádějí, že většina autorů používá pojem telemedicína v restriktivnějším významu, s přímým zaměřením na zdravotní péči. V průběhu času se od telemedicíny separovala ještě oblast telerehabilitace, definice obou pojmů se však dále vzájemně prolínají. Definice telemedicíny dle Harpera (2003) zní: „*Telemedicina znamená využití výhody telekomunikace s cílem výměny zdravotních informací a podpoření zdravotní péče napříč vzdáleností a časem.*“ S rozvojem chytrých mobilních zařízení a nositelných nízkonákladových chytrých technologií se vyvinula subkategorie telemedicíny označovaná mHealth, díky které se telerehabilitace rozšířila mezi širokou populaci pacientů. Bez rozvoje mHealth by byla telerehabilitace pouze doménou videokonferencí a finančně náročných hardwarových systémů.

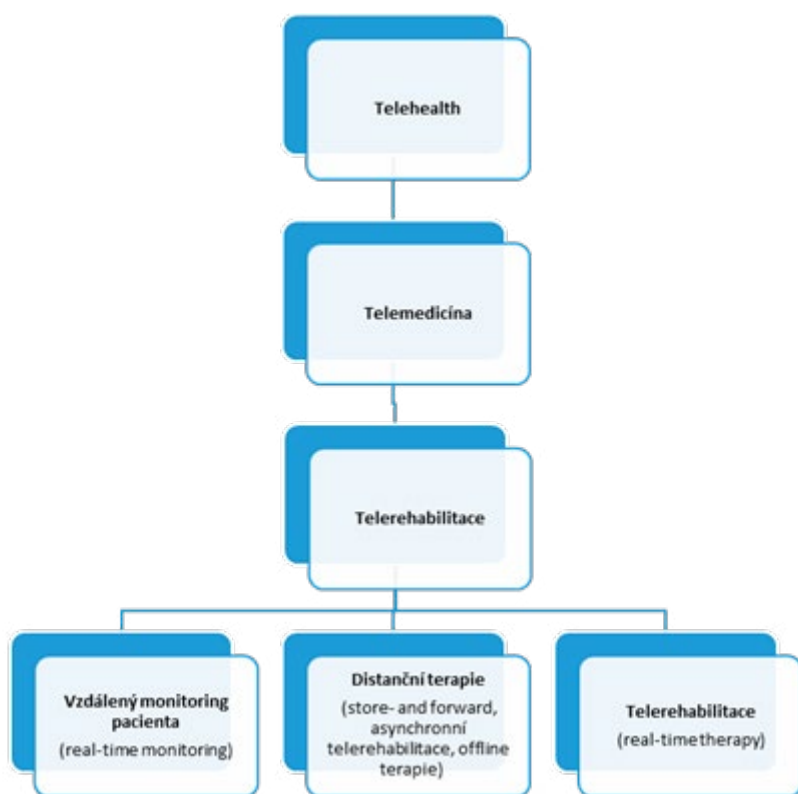
Standard telerehabilitační logopedické péče vytvořený Americkou asociací logopedů (ASHA) definuje telerehabilitaci jako „*poskytování specializované logopedické péče prostřednictvím interaktivní audio a video technologie umožňující komunikaci mezi poskytovatelem a pacientem v reálném čase za účelem diagnostiky, intervence nebo konzultace*“ (Department of Health, 2018).

Definice telerehabilitace dle Americké asociace ergoterapeutů (Wakeford et al., 2005) zní: „*Telerehabilitace může být využita k plánování intervencí, implementace a následné péče, konzultací, vzdělávání a supervizi jak nad studenty, tak pro peer supervizi mezi kolegy.*“ Pod pojem telerehabilitace spadá tzv. real-time therapy, nebo také synchronní forma terapie, vzdálený monitoring pacienta a distanční terapie.

Historicky bylo možné považovat za distanční terapii i pouhé zaslání terapeutických dopisů nebo zadání domácích

úkolů pacientovi. S vývojem technologií došlo k posunu významu termínu, kdy distanční terapie je spojena výhradně s užitím digitálních technologií. Stejně dilema se správným definováním péče je možné nalézt i u telefonních konzultací. Již dávno jsou telefonní konzultace součástí běžné péče o pacienta bez nutnosti zvyšování úhrad zdravotních pojišťoven, nicméně je možné je zařadit pod obecný pojem telemedicina, protože využívají vzdálenou komunikaci, stejně jako terapeutické psychoanalytické dopisy na začátku 20. století. Současné pojetí schématu telerehabilitace je znázorněno na obr. č. 1.

Pod distanční terapii řadíme také asynchronní formu telerehabilitace, tzv. store and forward. Asynchronní telerehabilitace znamená vzdálený přenos zdravotních a osobních informací od pacienta k poskytovateli zdravotnických služeb vylučující pouhé využití telefonu, faxu nebo e-mailu (ASHA, 2018). Obecně se v telemedicině jedná o shromáždění klinických informací o pacientovi (např. anamnestická a demografická data, lékařská a laboratorní zprávy, obrazové, zvukové nebo videosoubory apod.), jejich uložení či elektronické zaslání a jejich následné vyhodnocení. Je tedy realizována výlučně pomocí moderních technologií, které spadají do portfolia telerehabilitace (Department of Health, 2018). V logopedii se k asynchronní formě telerehabilitace nejčastěji využívají aplikace umožňující zaznamenání výkonů pacienta, a tedy i vzdálený monitoring průběhu terapie a aktualizace úkolů na základě momentální úrovně pacienta a jeho aktuálních potřeb, či aplikace využívající virtuální realitu nebo umělou inteligenci (Kurland, 2018). Je také možné využít hybridní model, který kombinuje on-line technologie (např. videokonference) s možností ukládání a předávání dat.



Obrázek 1: Struktura telehealth (vlastní zpracování)

Standardy logopedické telerehabilitace

V některých zemích byla telerehabilitace běžnou součástí služeb poskytovaných klinickými logopedy již před pandemií onemocnění COVID-19, zatímco v České republice v té době teprve probíhaly prvotní výzkumy napříč klinickými odvětvími (Hoidekrová, 2021; Zatloukalová, 2019; Janatová, 2018). Pojem telerehabilitace se tedy dostal do povědomí širší české odborné veřejnosti teprve až v souvislosti s potřebou zajistit logopedickou péči právě v době pandemie.

Potřeba vývoje prostředků telerehabilitace se přitom objevovala postupně s rostoucím počtem pacientů vyžadujících logopedickou péči, pro které není klasická kontaktní terapie dostupná z důvodu jejich imobility nebo velké vzdálenosti jejich bydliště od poskytovatele péče (Zatloukalová, 2019).

Nutnost zajištění péče v době krize – a s ní spojený prudký rozvoj telerehabilitace nejen v oboru klinické logopedie – byla spojena s rizikem využívání různých prostředků, které nesplňují požadavky na zabezpečený přenos dat. Příkladem jsou např. terapie prováděné prostřednictvím aplikace Skype apod.

Přirozeně je proto se vznikem nového typu služby spojena celosvětová potřeba

ustanovit společná pravidla poskytování telerehabilitační logopedické péče v kombinaci s distanční logopedií. Jednotlivé státy tak vytvářejí vlastní standardy logopedické telerehabilitace vymezující jasná pravidla poskytování telerehabilitační péče s cílem zajistit jednotnou úroveň i kvalitu poskytované péče. Nejdále jsou v této problematice USA a Austrálie, kde se první záznamy o logopedické terapii poskytované na dálku datují do 80. let minulého století (Fridler, 2012). Tyto státy mají přirozeně nejvíce zkušeností s využitím telerehabilitace a většina studií zaměřených na proveditelnost a efektivitu telerehabilitace ve srovnání s tradiční formou terapie pochází právě z USA. Výčtem studií zaměřených na efektivitu telerehabilitace se zabývá Zatloukalová (2019).

Při tvorbě Standardů telerehabilitační péče, které v současné době vypracovává také Asociace klinických logopedů ČR, se lze v zásadních bodech inspirovat již vytvořenými Standardy (ACSLPA, 2011; Department of Health, 2018; ISHA, 2020; Speech pathology Australia, 2014).

Tyto Standardy vesměs shodně vymezují podmínky nutné k poskytování telerehabilitační péče.

Podle Kraljeviče (2020) je zapotřebí ve standardech ustanovit konkrétní požadavky na vzdělání a kompetenci terapeuta, výběr pacientů s ohledem na jejich

předpokládaný profit z tohoto typu terapie, enviromentální podmínky (v domácím prostředí klienta a kanceláři profesionála), nástroje a přístrojové vybavení a také regulační a etická kritéria.

Dle ASHA (2013) by mělo být při výběru pacientů přihlédnuto k jejich případným kognitivním, smyslovým, ale i komunikačním deficitům, které mohou negativně ovlivnit jejich schopnost zúčastnit se služeb poskytovaných prostřednictvím telerehabilitace. V takových případech bude nutné zabezpečit potřebnou podporu (rodinné příslušníky, facilitátory apod.). Posouzení vhodnosti tohoto typu intervence by mělo být individuální, posuzované případ od případu.

Dále je nezbytné disponovat vhodným technickým vybavením, a to jak na straně poskytovatele péče, tak na straně pacienta. Nutností je hardwarové vybavení (notebook, počítač, mobilní zařízení) s webkamerou, mikrofonom a audio příslušenstvím. Je zapotřebí brát v úvahu, že rychlost internetového připojení zásadně ovlivňuje kvalitu telerehabilitačních videokonferencí. Dostupnost kvalitního internetového připojení ovlivní výběr telerehabilitační metody (synchronní, asynchronní, hybridní).

Pro potřeby telerehabilitace bude také nutná úprava hodnotících a terapeutických materiálů, které musí být dostupné v digitálním formátu.

Důležitým bodem, který by neměl být ve Standardu opomenut, je skutečnost, že telerehabilitace by měla být primárně poskytována jednotlivcům s omezeným nebo žádným přístupem k logopedickým službám. Vstupní vyšetření by mělo proběhnout osobně.

Bezpečnostní a technické požadavky

Při poskytování telerehabilitační či distanční terapie je zapotřebí věnovat pozornost nejen samotnému poskytování terapie, optimálně dle evidence based terapie (EBM), ale taktéž mít minimální technologické znalosti o softwarových a hardwarových komponentech používaných při terapii, o kyberbezpečnosti, zajištění dat pacienta a analýze terapeutických dat. V současné době jsou minimální požadavky pro bezpečnost informačních a komunikačních systémů definovány Národním úřadem pro kybernetickou bezpečnost (NÚKIB), pravidly pro ochranu dat pacienta (GDPR), profesními standardy konkrétních odborných společností, pokud

jsou definovány, a požadavky plátců veřejného zdravotního pojištění. Na tématu se podílí taktéž pracovní skupina Národní strategie elektronického zdravotnictví a nově pracovní skupina pro telemedicínu při Ministerstvu zdravotnictví. Situace stále není přesně definována, je zapotřebí vycházet z definice GDPR, v souladu s požadavky NÚKIB a příklady správné klinické praxe (GCP) či EBM. GCP v telerehabilitaci může být například kontrola kvality spojení na vstupu a výstupu a hodnocení kvality signálu jako indikátoru, zda je možné považovat provedenou telerehabilitaci jako uskutečněnou.

Videokonferenční platformy a zabezpečení dat

Osvědčeným postupem poskytování telerehabilitace nejen v logopedii jsou šifrované videokonferenční platformy. Šifrování zajišťuje poskytovateli péče i jeho pacientovi záruku ochrany důvěrných informací. Všechny informace a data shromážděná v průběhu telerehabilitace musí zůstat soukromé a jejich uchovávání musí být přiměřeně chráněno (Kraljevič, 2020). ASHA zároveň upozorňuje, že organizace poskytující telerehabilitaci by měla být schopna prokázat šifrování platformy využívané pro videokonferenci, např. uzavřením smlouvy s videokonferenční společností (ASHA, 2021).

Ochrana dat pacienta a zajištění soukromí a bezpečnosti terapie je prioritním požadavkem při poskytování telerehabilitační péče a distanční terapie. V těchto ohledech se poskytovaná péče pomocí technologií neliší od standardů běžné péče poskytované fyzicky v ordinaci.

Příkladem šifrovaného sjednoceného komunikačně terapeutického rozhraní pro distanční terapii a telerehabilitaci je česká aplikace eAmbulance. eAmbulance je postavená na aplikaci, která již administrovala více než 400 tisíc hovorů ve zdravotnickém prostředí. Aktuálně tuto aplikaci využívají tři tisíce poskytovatelů zdravotní péče a je v ní zaregistrováno více než 90 tisíc pacientů.

Od března 2021 je testována v Rehabilitačním ústavu Kladruba v rámci výzkumu proveditelnosti telerehabilitace. Pro potřeby logopedické terapie byla do dnešního dne použita u osmi pacientů s afázií. Aplikace splňuje požadavky pro zajištění ochrany dat pacienta a zajištění kyberbezpečnosti v souladu s Bezpečnostním standardem pro videokonference (NÚKIB, 2020) a pracuje v souladu s principy GDPR. Pacient je zpodobněn digitálně prostřednictvím unikátních identifikátorů. Aplikace umožňuje generovat digitální audit z jednotlivých terapií pro potřeby zdravotních pojišťoven, včetně hodnocení kvality spojení u terapeuta a pacienta jako indikátor kvality spojení.

Přínosy telerehabilitace

Kromě výhod spojených se vzdáleným poskytováním péče formou audiovizuálního přenosu (probíhá již několik desítek let) může telerehabilitace přinést i další výhody týkající se především zkvalitnění péče s využitím digitálních technologií:

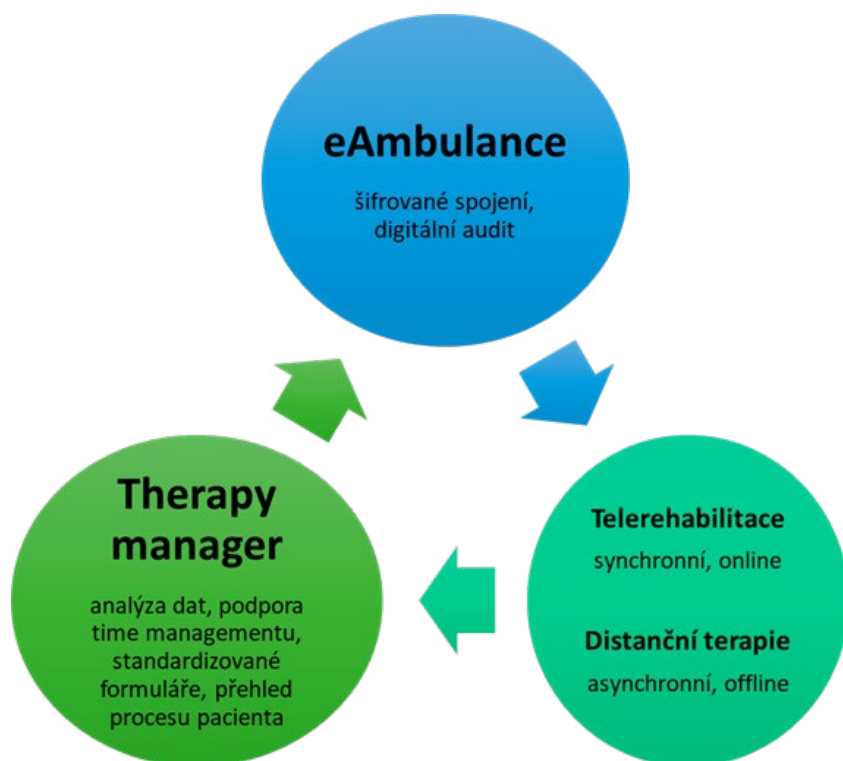
- vytvoření bezpečného prostředí (kyberbezpečnost, soukromí);
- automatizace rutinní práce, podpora time managementu;
- zkvalitnění a individualizace péče;
- vyšší kontrola procesu terapie ve srovnání s běžnou ambulancí;
- hodnocení efektivity terapeutických procesů;
- včasný záchyt regrese pacienta.

Distanční terapie, telerehabilitace a telemedicina v souladu s aktuální technickou definicí musí splňovat přidanou hodnotu vůči standardně poskytované péči, která může být aditivně či primárně administrována pomocí moderních technologií (bez přidané klinické, analytické či nákladové hodnoty). ASHA (2016) dále ve svém etickém kodexu zdůrazňuje, že použití telerehabilitace musí být kvalitativně rovnocenné se službami poskytovanými osobně a v souladu s etickým kodexem, platnými předpisy a zákony.

Inter a intradisciplinární spolupráce a multidisciplinární telerehabilitace

Telerehabilitace a distanční terapie však neznamena pouhé poskytování vzdálené péče v off-line asynchronním či on-line synchronním režimu, ale zahrnuje i různé typy interprofesní spolupráce. Za uplynulý rok byla zaznamenána zvýšená poptávka po moderních technologiích a komunikačních platformách pro telerehabilitaci nejen v oblasti klinické logopedie, ale i v dalších klinických oborech, jako je ergoterapie, fyzioterapie či psychologie. Telerehabilitace je tedy multidisciplinární obor, kde zkušení biomedicínské inženýři a IT specialisté potřebují spolupracovat s klinickými odborníky, manažery zdravotní péče, ale i například s politiky (Veld, 2010). Všechny uvedené profese musely nově najít společnou cestu ke komunikaci a používat jednotný jazyk.

IT specialisté a bioinženýrští specialisté by se měli snažit vyvíjet nástroje, které jsou aplikovatelné v klinické praxi. Pro tuto aplikovatelnost je však nutné, aby klinici byli schopni poskytnout zpětnou vazbu nebo jasně popsat, jaké požadavky by měla



Obrázek 2: Příklad ekosystému pro distanční terapii (vlastní zpracování)

aplikace/platforma splňovat. V rámci této multidisciplinární komunikace byla vytvořena i již výše uvedená komunikační a terapeutická platforma eAmbulance.

Mezioborová spolupráce, ať už mezi dvěma či více profesemi, není zaměřená pouze na vývoj či vlastní terapii, ale v rámci telerehabilitace může poskytovat i konzultace či zajišťování komplexní koordinované vzdálené péče (Leochio, 2020).

Zvláštním typem spolupráce je spolupráce intraprofesionální, která zahrnuje

například supervizi, jež přináší mnoho potenciálních benefitů telerehabilitace. Moderní technologie mohou novému terapeutovi či studentovi pomoci v přístupu k terapeutům s delší praxí a podpořit tak odborné mentorství či supervizi (Jacobs, 2015). V České republice je supervize nejrozšířenější mezi psychology a v dalších klinických oborech se objevuje velmi zřídka. To je často způsobeno tím, že na pracovišti působí například pouze dva logopedi či se jedná o ambulantní zařízení,

kde specialisté nejsou v úzkém kontaktu s ostatními pracovníky.

V takových případech lze využít telerehabilitaci jako nástroj k propojení s kolegy z jiných zařízení. Vedle mentoringu a supervize lze telerehabilitaci využít i jako nástroj ke konzultaci, získání druhého názoru či informací od úzce zaměřeného specialisty. V oblasti logopedie se může jednat například o problematiku terapie dysfagií a o další specifické obtíže.

Literatura

ALBERTA COLLEGE OF SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGISTS AND AUDIOLOGISTS (ACSLPA), 2019. *Telepractice* [online]. Edmonton: Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists [cit. 3. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.acslpa.ca/wp-content/uploads/2019/05/Telepractice.pdf>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2021. *Telepractice services and coronavirus/COVID-19* [online]. Rockville, Maryland: American Speech-Language-Hearing Association [cit. 28. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/practice/telepractice-services-and-coronavirus/>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2016. *Code of ethics* [online]. Rockville, Maryland: American Speech-Language-Hearing Association [cit. 28. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.asha.org/policy/et2016-00342/>

CASON, J.; COHN, E. R., 2014. Telepractice: An overview and best practices. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*. 23(1), s. 4-17.

DARKINS, A. et al., 2000. *Telemedicine and telehealth: principles, policies, performances and pitfalls*. New York: Springer publishing company. ISBN 9780826113023.

WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 2018. *Telepractice guidelines* [online]. Tumwater, Washington: Washington State Department of Health [cit. 28. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/2018/TelepracticeGuidelines.pdf>

FRIDLER, N. et al., 2012. Tele-rehabilitation therapy vs. face-to-face therapy for aphasic patients. In: *eTELEMED 2012: The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine*. Valencia: IARIA. s. 18-23.

HARPER, D. C., 2003. Telehealth. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology*. The Guilford Press, s. 735-746.

HOLUBOVÁ, A. et al., 2018. Využití digitálních technologií v terapii pacientů po cévní mozkové příhodě. *Listy klinické logopedie*. 2(2), s. 32-36.

HOIDEKROVÁ, K. et al., 2021. Možnosti využití distanční terapie a telerehabilitace v ergoterapii u pacientů po získaném poškození mozku-pilotní studie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 28(1), s. 25-31.

INDIAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ISHA), 2020. *Telepractice guidelines* [online]. Maisúr, Indie: ISHA [cit. 3. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.ishaindia.org.in/downloads/TELEPRACTICE-GUIDELINES.pdf>

JACOBS, K.; CASON, J.; MCCULLOUGH, A., 2015. The process for the formulation of the international telehealth position statement for occupational therapy. *International Journal of Telerehabilitation*. 7(1), s. 21-32.

KURLAND, J.; LIU, A.; STOKES, P., 2018. Effects of a tablet-based home practice program with telepractice on treatment outcomes in chronic aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 61(5), s. 1140-1156.

LEOCHICO, C. F. D. et al., 2020. Challenges to the emergence of telerehabilitation in a developing country: a systematic review. *Frontiers in neurology*. 11, s. 1007.

KRALJEVIĆ, J. K.; MATIĆ, A.; DOKOZA, K. P., 2020. Telepractice as a reaction to the covid-19 crisis: Insights from Croatian SLP settings. *International journal of telerehabilitation*. 12(2), s. 93.

NÁRODNÍ ÚSTAV PRO KYBERNETICKOU A INFORMAČNÍ BEZPEČNOST, 2020. *Bezpečnostní standard pro videokonference* [online]. Brno: NÚKIB [cit. 2. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.nukib.cz/cs/infoservis/aktuality/1599-predstavujeme-bezpecnostni-standard-pro-videokonference/>

Speech Pathology Australia, 2014. *Telepractice in speech pathology* [online]. [cit. 3. 11. 2021]. Dostupné z: https://www.telemedicine-360.com/wp-content/uploads/2019/02/2015-SPA-0113_Position_Statement_Telepractice_in_Speech.pdf

VELD, R. H. et al. Tele-rehabilitation needs assessment: A multi-disciplinary approach. In: *eChallenges e-2010 Conference*. IEEE, 2010. s. 1-13.

WHO Global Observatory for eHealth, 2010. *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. Ženeva: World Health Organization. ISBN 978 924 156 4144.

WAKEFORD, L. et al., 2005 Telerehabilitation position paper. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*. 59(6), s. 656-661.

ZATLOUKALOVÁ, M. et al., 2019. Současné možnosti telerehabilitace u pacientů s afázií. *Listy klinické logopedie*. 3(2), s. 8-12.

Použité zkratky

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association, Americká asociace logopedů

EBM – Evidence based medicine, medicína založená na důkazech

GCP – Good clinical practice, dobrá praxe

GDPR - General Data Protection Regulation, pravidla pro ochranu osobních dat

NÚKIB – Národní úřad pro kybernetickou a informační bezpečnost

LOGOPEDICKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV S MYASTENIOU GRAVIS

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY CARE OF PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS

Bianka Hrnčiarová¹

Žofia Frajková² 



Bianka Hrnčiarová



Žofia Frajková

Abstrakt

Myasthenia gravis je autoimunitné ochorenie, ktoré vzniká narušením neuromuskulárnej transmisie z dôvodu tvorby protilátok proti acetylcholínovým receptorom nachádzajúcim sa na nervosvalovej platničke. Symptomatológia ochorenia je variabilná, zväčša progredujúca, no nie je ireverzibilná. Pri správne nastavenej liečbe a dobrom manažmente pacienta, ktorého dôležitou súčasťou je aj logopedická intervencia, je možné u prevažnej väčšiny pacientov doceliť remisiu a znížiť riziko komplikácií, ako sú malnutícia, dehydratácia a aspirácia s aspiračnou pneumóniou. Medzi dominantné príznaky patrí bulbárna symptomatika – dyzartria, dysfónia a dysfagia. Najvýraznejšími symptómami v reči sú unaviteľnosť orofaciálneho svalstva pri reči, hypernazalita a oslabená fonorespirácia. Deficity v prehĺtacom akte sa manifestujú v orálnej fáze ako narušenie formovania a posunu bolusu a nazálna regurgitácia. Vo faryngeálnej fáze je vysoké riziko tichej aspirácie. Tento fakt zdôrazňuje potrebu inštrumentálnej diagnostiky deficitov v prehĺtaní. Logopedická terapia pri myastenii gravis sa zameriava na zmiernenie unaviteľnosti svalstva prostredníctvom kompenzačných stratégií a modifikácie konzistencií jedla a tekutín. Nevyhnutné je včasné poskytovanie zdravotnej starostlivosti a modifikácia terapeutických stratégií podľa aktuálnych deficitov v reči a prehĺtaní, čo môže napomôcť k zlepšeniu výsledkov liečby a zvýšeniu kvality života pacienta s myasteniou gravis.

Abstract

Myasthenia gravis is an autoimmune disease caused by the disruption of neuromuscular

transmission, due to the production of antibodies against acetylcholine receptors located at the neuromuscular junction. The symptomatology of the disease is variable, mostly progressive, but not irreversible. With proper patient management, it is possible to achieve remission in most patients and to reduce the risk of complications such as malnutrition, dehydration and aspiration with aspiration pneumonia. Dominant bulbar symptoms include dysarthria, dysphonia and dysphagia. An important part is speech-language intervention. The most prominent symptoms in speech are fatigue of the orofacial muscles, hypernasality, and decreased volume of speech. In the oral phase, bolus formation and transport and nasal regurgitation are impaired. There is a high risk of silent aspiration in the pharyngeal phase. This fact emphasises the need for the instrumental diagnosis of swallowing deficits. Speech-language therapy for myasthenia gravis aims to alleviate muscle fatigue through compensatory strategies and the modification of solid and liquid consistencies. Timely provision of healthcare and modification of therapeutic strategies according to current speech and swallowing deficits are essential. This may help to improve treatment outcomes and the quality of life of a patient with myasthenia gravis.

Kľúčové slová

myasthenia gravis; flacidná dyzartria; orofaryngeálna dysfagia; dysfónia

Keywords

myasthenia gravis; flaccid dysarthria; oropharyngeal dysphagia; dysphonia

¹ Mgr. Bianka Hrnčiarová, Neurologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava, A. Žarnova 11, 917 02 Trnava, Slovenská republika.

² PhDr. Žofia Frajková, Neurologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava, A. Žarnova 11, 917 02 Trnava; Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB Bratislava, Pažítoková 4, 821 01 Bratislava; Katedra logopédie, Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Račianska 59, 813 34 Bratislava, Slovenská republika. E-mail: zofia.frajkova@gmail.com.

Úvod do problematiky

Myastenia gravis (MG) v doslovnom preklade znamená „závažná svalová slabosť“, čo presne vystihuje podstatu diagnózy. V klinickom obraze dominuje kolísavá chorobná slabosť priečne pruhovaného svalstva. Spravidla sa zhoršuje v priebehu dňa alebo po určitej záťaži a zmierni sa po oddychu. Každodenné aktivity pacientov bývajú narušené len mierne. Dôvodom narušenia býva únava, ktorá môže negatívne ovplyvniť kvalitu života a každodenné aktivity (Hoffmann et al., 2016). Ochorenie nemá vplyv na dĺžku života (Gilhus a Verschuuren, 2015). Vďaka tomu, že myastenia gravis je v dnešnej dobe už dobre prebádaná (Ciafaloni, 2019), je možné jej príznaky zmiernovať podávaním viacerých druhov liečiv. Hoci je nutná dlhodobá liečba, prognóza je dobrá a výrazne zvyšuje kvalitu života pacientov. Incidencia ochorenia je približne rovnaká u oboch pohlaví. U žien je typický nástup MG okolo 30. roku života. U mužov sa častejšie vyskytuje MG okolo 50. roku života (Gilhus a Verschuuren, 2015).

Myastenia gravis zasahuje rôzne skupiny svalov, pričom môže byť narušená funkcia len jednej skupiny alebo viacerých svalových skupín súčasne (Špalek, 2008). V klinickom obraze ochorenia môže dôjsť ku spontánnej remisii, ale naopak aj k myastenickej kríze, pri ktorej dochádza k zlyhávaniu dýchacieho svalstva, čo je život ohrozujúci stav (Wendell a Levine, 2011). Nová austrálska štúdia hodnotila prístup pacientov s myasteniou gravis k logopedickej starostlivosti. Autori zistili, že iba 20 % pacientov, ktorí udávali ťažkosti s rečou, a 26 % pacientov s dysfagickými ťažkosťami bolo odporučených do logopedickej starostlivosti (Shrubsole et al., 2021). To poukazuje na potrebu vzdelávania logopédov v tejto oblasti a rozšírenie povedomia o tejto problematike v odbore klinická logopédia.

Patomechanizmus vzniku ochorenia

Intaktné fungovanie svalov je vyvolané naviazaním neurotransmiteru acetylcholínu (ACh), vylučovaného periférnym motoneurónom, na ACh receptory nachádzajúce sa na nervosvalovom spojení. To vyvolá reakciu vedúcu až ku svalovej kontrakcii. Pri myastenii gravis je tento proces narušený z dôvodu tvorby protilátok proti ACh receptorom, ktoré bránia väzbe s ACh. V dôsledku toho nedochádza k adekvátnej odpovedi vo forme svalovej kontrakcie

(Conti-Fine et al., 2006). Myastenia gravis je teda zapríčinená neefektívnou nadmernou spotrebou ACh. Zásoby ACh sú počas inervácie svalu obmedzené a rýchlo sa vyčerpávajú. To sa navonok prejaví ako progredujúca svalová slabosť, ktorá spôsobí dočasnú obrnu. Periférny motoneurón aj svalový efektor sú pritom neporušené a pri opätovnom vytvorení zásob ACh je prenos nervového vzruchu smerom k svalu obnovený.

Symptomatológia ochorenia

Symptómy ochorenia sa u jednotlivých pacientov líšia. Spoločným znakom je fluktuujúca svalová slabosť zhoršujúca sa po záťaži a zlepšujúca sa pri oddychu. Myastenia gravis najčastejšie zasahuje okulárne, faciálne, bulbárne svaly a svaly končatín (Ciafaloni, 2019, Gilhus a Verschuuren, 2015).

Približne u 60–66 % pacientov s myasteniou gravis je iniciálnym príznakom ptóza alebo diplopia, čiže dvojité videnie (Conti-Fine et al., 2006). Pri ptóze dochádza k narušeniu správneho fungovania svalu m. levator palpebrae superior, čo sa navonok prejaví ako poklesnuté, privreté viečko. Okulárne svalstvo nemusí byť postihnuté symetricky (Gilhus, Verschuuren, 2015, Špalek, 2008). Do dvoch rokov od nástupu iniciálnych príznakov dochádza k progresii ochorenia a ku generalizácii ťažkostí aj na ďalšie svalové skupiny. Postihnutie faciálneho svalstva rezultuje v charakteristický „ospalý“ výraz tváre, ovplyvňuje žutie a tvorbu reči (Špalek, 2008).

Myastenia gravis častokrát postihuje aj svaly inervované bulbárnymi nervami (Ciafaloni, 2019, Gilhus a Verschuuren, 2015), teda n. glossopharyngeus, n. vagus, n. accessorius, n. hypoglossus. Preto sa u pacientov s MG prejavujú ťažkosti s rečou, prehĺtaním a hlasom. U 15–20 % pacientov sú iniciálnymi príznakmi MG dyzartria, dysfónia a dysfágia. Manažment týchto symptómov je v kompetencii klinického logopéda, ktorý by mal úzko spolupracovať s neurológom, pretože viaceré opatrenia sú naviazané na ordinovanú medikamentóznú liečbu.

Logopedická starostlivosť o pacienta s myasteniou gravis

Reč a hlas

Patologická unaviteľnosť svalov spôsobuje narušenie procesu tvorby reči v zmysle narušenej artikulácie a fonácie. Pri myastenii gravis sa manifestuje klinický obraz flacidnej dyzartrie s dysfóniou. Pacienti majú ťažkosti vytvoriť labiálny uzáver, nie sú schopní realizovať protrúziu pier, alebo nedokážu adekvátne otvárať a zatvárať ústa, čo negatívne ovplyvňuje artikuláciu a zrozumiteľnosť reči (Jianu et al., 2019). Keďže sú svaly slabé a unaviteľné, pri dlhšom hovorení dochádza k postupnému zhoršovaniu artikulácie. Svaly jazyka, pier, sánky a mäkkého podnebia nedokážu vykonať pohyb v dostatočnom rozsahu a sile na zaujatie artikulačného postavenia pre správne vyslovenie hlások. Výsledná reč je zotretá, hypernazálna, monotónna a ťažko zrozumiteľná (Jianu et al., 2019). V literatúre sa možno stretnúť aj s pojmami dyzartrófia (Konstantopoulou et al., 2017) alebo hypofónia (Chandra a Pant, 2019), ktoré vyjadrujú narušenie reči a hlasu pri myastenii gravis.

K ťažkostiam s produkciou reči sa pridružujú aj problémy s hlasom. Keďže na tvorbu hlasu je potrebný dostatočne silný výdychový prúd, ktorý spôsobí kmitavý pohyb hlasoviek, je zrejme, že u pacientov s myasteniou gravis nastanú ťažkosti aj v tejto oblasti. Ak ochorenie zasiahne dýchacie svaly alebo svaly vokálneho traktu, v klinickom obraze pozorujeme dysfóniu, ktorá môže vzniknúť na podklade nedostatočnej dychovej opory alebo nedostatočného kmitania hlasoviek v dôsledku svalovej slabosti. Sluchovo-percepčne sa porucha hlasu prejavuje ako hlasová slabosť alebo únava, obmedzené vyššie frekvencie hlasu alebo neschopnosť fonovať tóny v stabilnej výške a hlasitosti. Pri videostroboskopickom vyšetrení môže byť nález narušenia pohybu hlasoviek, unilaterálna alebo bilaterálna inkompetencia, pričom absentujú štrukturálne abnormality (Mao et al., 2001). Pri náhle vzniknutej dysfónii u starších ľudí, hlavne mužov, sa odporúča zvážiť v rámci diferenciálnej diagnostiky myasteniu gravis (Montero-Odasso, 2006).

Hodnotené oblasti	Symptómy
Reč	Zotretá artikulácia
	Hypernazalita
	Monotónnosť
	Znížená zrozumiteľnosť
Hlas (sluchovo-percepčné)	Hlasová slabosť, únav
	Obmedzené vyššie frekvencie hlasu
	Nestabilita tónov vo výške a sile
Hlas (videostroboskopicky)	Narušený pohyb hlasoviek
	Unilaterálna/bilaterálna inkompetencia

Tabuľka 1: Prehľad symptómov pri narušení reči a hlasu u pacientov s MG

Prehĺtanie

Kolíšavá svalová slabosť u pacientov s MG zasahuje aj svaly umožňujúce prehĺtanie. V dôsledku myastenii gravis môže dôjsť k narušeniu v orálnej, faryngeálnej alebo ezofageálnej fáze prehĺtania. Ezofageálna fáza u pacientov s MG môže byť narušená (Huang et al., 1997), manažment symptómov v ezofageálnej fáze prehĺtania je v kompetencii gastroenterológov.

Tak ako pri iných aktivitách, aj pri jedení a prehĺtaní sa postupne svalová slabosť zvyrazňuje. Ťažkosti môžu nastať už pri spracovávaní potravy, pri žutí. Pevné konzistencie jedál sú náročnejšie na konzumáciu, pretože vyžadujú dlhšie žutie. Slabosť žuvacieho svalstva môže po namáhaní spracovávaní potravy vyústiť do poklesu sánky, ktorú si niektorí pacienti pri jedení musia pridržať (Špalek, 2008). Oslabená schopnosť žutia môže viesť k vypadávaniu bolusu z úst a predĺženiu orálnej fázy prehĺtania. Slabosť svalov jazyka spôsobuje ťažkosti pri formovaní a posune bolusu.

V dôsledku narušenia pohybu jazyka ostávajú reziduá v ústnej dutine po prehĺtnutí. Oslabenie velofaryngeálneho uzáveru vedie k nazálnej regurgitácii. Izolované narušenie orálnej fázy prehĺtania je však zriedkavejšie (Juan et al., 2010).

Reziduá vo valekulách a piriformných recesochoch sú dôsledkom neefektívneho posunu bolusu cez faryngeálnu fázu. Pacienti s MG sú v riziku aspirácie bolusu do dolných dýchacích ciest. K aspirácii dochádza z dôvodu oneskorenej elevácie laryngu a preklopenia epiglottis počas prehĺtania a po ňom (Colton-Hudson et al., 2002). Štúdie udávajú, že 50–57 % aspirácie u pacientov s MG je tichá aspirácia (Koopman et al., 2004, Colton-Hudson et al., 2004, Higo, et al., 2005). Tichá aspirácia je prienik bolusu pod úroveň hlasoviek bez snahy o jeho vyčistenie. Relatívne vysoký výskyt tichej aspirácie zvyrazňuje dôležitosť komplexnej diagnostiky, ktorá slúži na zníženie rizika aspirácie a vývoja aspiračnej pneumónie.

Fáza prehĺtania	Symptómy
Orálna fáza	Formovanie a posun bolusu
	Reziduá v ústnej dutine po prehĺtnutí
	Nazálna regurgitácia
Faryngeálna fáza	Reziduá vo valekulách
	Neefektívny posun faryngeálnou fázou
	Oneskorená elevácia laryngu
	Oneskorené preklopenie epiglottis
	Reziduá v piriformných recesochoch
	Laryngeálna penetrácia
	Aspirácia počas prehĺtnutia a po prehĺtnutí
	Tichá aspirácia

Tabuľka 2: Prehľad najčastejších symptómov dysfágie u pacientov s MG

Špecifiká logopedickej diagnostiky pri MG

Keďže podstatou MG je narušenie inervácie svalstva zúčastňujúceho sa na hovorčení, v procese logopedickej diagnostiky je potrebné hodnotiť subsystémy tvorby reči, teda respiráciu, fonáciu, artikuláciu, rezonanciu, prozódium a zrozumiteľnosť reči. V zahraničnej literatúre sa popisuje hodnotenie čítania štandardného textu, diadochokinézy a maximálnych fonačných časov ako citlivý indikátor ťažkostí v reči u pacientov s MG (Nemr et al., 2013, Konstantopoulou et al., 2017). Keďže 3F Dysartrický profil (Roubíčková, Hedánek et al., 2011) je najkomplexnejší spôsob diagnostiky dysartrie v našich podmienkach, je vhodné využiť ho aj pri logopedickej diagnostike u pacientov s MG. Kvantitatívne hodnotenie v rámci 3F profilu umožňuje porovnávať výkony pacienta v rôznych časových intervaloch (Košťálová et al., 2013).

Nadmerná unaviteľnosť svalov sa prejavuje najmä pri záťažových testoch, ktoré sú komponentom základného neurologického vyšetrenia pri MG (Horáková, Vohánka, 2017). V logopedickej diagnostike je využiteľná Seemanova skúška počítania do 50 (Špalek, 2008). Pri počítaní od 1 do 50 sa zaznamenáva, pri akom čísle sa začína prejavovať nadmerná unaviteľnosť reči.

Základné hodnotenie hlasu je zahrnuté v diagnostike 3F. Pre špecifickjšie hodnotenie hlasu u pacientov s MG považujeme za adekvátne tiež použitie sluchovo-percepčného hodnotenia prostredníctvom GRBAS škály (Hirano a McCormick, 1986). Súčasťou komplexného hodnotenia hlasu by malo byť subjektívne posúdenie vplyvu hlasu na kvalitu života pacienta (Dejonckere et al., 2001). Je vhodné využitie dotazníka Index hlasového hendikepu (Voice Handicap Index-VHI), ktorý je validovaný v Česku aj na Slovensku (Švec et al., 2009, Frajková et al., 2020).

Poruchy prehĺtania pri myastenii gravis môžu mať kolísavý charakter, preto je monitorovanie aktuálneho stavu dysfágie dôležitou zložkou logopedickej intervencie u týchto pacientov. Okrem toho, dysfágia môže u pacientov s myasteniou gravis pretrvávajúť ako jediný symptóm aj potom, ako zvyšné symptómy vďaka medikácii ustúpia do pozadia (Juan et al., 2010).

Zahraničné zdroje uvádzajú pri kvantifikácii MG využitie testu prehĺtania vody. Pacient prehltá cca 120 ml vody (4 oz). Pri

testovaní sa môže prejaviť ľahké prečistenie hrdla/zakašľanie, závažný kašeľ/nazálna regurgitácia alebo neschopnosť prehĺtnutia (Blissit et al., 2013). Skriningové testy prehĺtania môže administrovať sestra, pri pozitívite skriningu je potrebné konzultovať klinického logopéda za účelom hodnotenia rizika aspirácie a komplexného hodnotenia prehĺtacieho aktu. Hodnotenie prehĺtania logopedom sa skladá z vyšetrenia senzorickej a motorickej integrity štruktúr prehĺtania a klinického vyšetrenia prehĺtania. Posudzuje sa hlavne manažment sekrétov, elevácia mäkkého podnebia, vôľový kašeľ a dávivý reflex. Súčasťou klinického vyšetrenia je tiež hodnotenie prehĺtania viacerých konzistencií jedál. Pacientovi sú spravidla podávané tri rôzne konzistencie, a to tekutá (voda, čaj), zahustená (jogurt, výživa) a tuhá (piškóta, chlieb) strava. Vyšetrenie začíname podávaním zahustenej konzistencie. Pri prehĺtaní zahustenej konzistencie jedla je riziko aspirácie najnižšie (Warnecke et al., 2017, Clavé et al., 2006). Následne pacientovi podávame vodu a nakoniec tuhú stravu. Počas celého vyšetrenia sledujeme schopnosť pacienta otvoriť ústa a prijať sústo, zatvoriť ústa a žuť bolus. Je potrebné dokumentovať, či sa orálna a faryngeálna fáza prehĺtania javí ako koordinovaná. Zameriavame sa na prítomnosť príznakov aspirácie, ako sú kašeľ počas prehĺtania a po prehĺtnutí, zmeny hlasu po prehĺtnutí (vlhká, kloktavá fonácia) a zmena koordinácie dýchania (zrýchlené dýchanie). Po ukončení prehĺtania overujeme prítomnosť rezíduí bolusu v ústnej dutine a bukálnych záľivoch (Cichero, 2006, Pongpipatpaiboon et al., 2017, Warnecke et al., 2017). Považujeme za vhodné sledovať proces jedenia a prehĺtania pacienta pri bežnom stravovaní, pretože unaviteľnosť svalstva sa môže prejaviť až po výraznejšej námahe. Patologické nálezy, ktoré je možné objektivizovať inštrumentálnym vyšetrením prehĺtania pri objektivizácii dysfágie, sú uvedené v tabuľke 2. V diagnostike dysfágie je potrebné realizovať inštrumentálne vyšetrenie (videofluoroskopiu alebo videoendoskopické vyšetrenie prehĺtania) za účelom hodnotenia bezpečnosti a efektivity prehĺtania. Objektívne hodnotenie

dysfágie a aspirácie je nevyhnutné práve pre identifikované riziko tichej aspirácie potvrdené viacerými realizovanými štúdiami (Koopman et al., 2004, Colton-Hudson et al., 2004, Higo et al., 2005).

Špecifickým typom flexibilného endoskopického vyšetrenia prehĺtania u pacientov s MG je aplikácia intravenózneho tenzilonu a sledovania jeho efektu na prehĺtací akt (Kim et al., 2017, Im et al., 2018). Podľa štúdie Warnecke a kolektívu (2021) toto vyšetrenie je vhodné u pacientov s náhlym narušením prehĺtania vo faryngeálnej fáze pri diferenciálnej diagnostike myastenie gravis. V Českej a Slovenskej republike však tenzilón nie je registrovaný (Špalek, 2009), v procese diagnostiky MG využívajú neurologické pracoviská iné metódy.

Špecifiká logopedickej terapie pri MG

Pacientom s MG je podávaná medikamentózna liečba, ktorá inhibuje produkciu protilátok proti ACh receptorom, čím sa znižuje unaviteľnosť svalov a obnovuje sa ich aktivita (Špalek, 2008). Motorická aktivita môže zmierniť bulbárne symptómy a zvýšiť kvalitu života pacienta s MG (Trouth et al., 2012). Štúdie tiež preukázali pozitívny vplyv tréningu bráničného dýchania, ktorý zlepšuje vytrvalosť respiračného svalstva, maximálne časy inšpiria a expiria a pohyblivosť hrudníka (Fregonezi, 2005). V čase zvýraznenia únavy pacienta by sa nemala realizovať fyzická aktivita a rehabilitácia. U pacientov v myastenickej kríze je častá dysfágia, metódou prvej voľby je zavedenie nazogastrickej sondy pre zabezpečenie podávania medikamentózne liečby (Farrugia a Goodfellow, 2020).

Keďže aktívne posilňovanie orofaryngeálneho svalstva je značne limitované, v terapii je hlavnou modalitou terapie modifikácia stravy a kompenzačné posturálne alebo behaviorálne techniky na zvýšenie efektivity a bezpečnosti prehĺtania (Juan et al., 2010).

V rámci modifikácie stravy sa pacientom odporúča:

- vyhýbať sa tuhým konzistenciám jedla, pretože vyžadujú zvýšené úsilie pri žutí, čo vedie k slabosti svalov. Je potrebné uprednostňovať mäkké, vláčne konzistencie jedla;
- sústa jedla strieďať s vodou, tuhú stravu dôkladne zapíjať;
- pred jedlom oddychovať a počas jedenia sa vyhýbať hovoreniu;
- konzumovať jedlo v menších porciách viackrát za deň;
- ak je to možné, konzumovať aj studené jedlá a nápoje, pretože chlad pôsobí priaznivo, zmiernuje svalovú únavu / slabosť;
- konzumáciu jedla naplánovať na čas, kedy je účinok medikamentov najvýraznejší, aby boli svaly dostatočne silné na efektívne prehĺtanie (MG org, Blissit et al., 2013).

Zo súčasnej literatúry neexistujú jasné dôkazy o efektivite logopedickej terapie dysartrie, dysfónie a dysfágie. Predpokladáme, že to môže byť spôsobené malým počtom štúdií skúmajúcich terapeutické aspekty pri MG. Taktiež ako bolo opísané vyššie, vhodná liečba MG zmiernuje symptómy v reči a prehĺtaní, preto väčšina pacientov nevyžaduje systematickú intervenciu. Klinický logopéd by mal poznať symptómy tohto ochorenia. Cieľom logopedickej intervencie je včas rozpoznať riziko narušenia reči, hlasu a prehĺtania a poskytnúť pacientovi okamžitú starostlivosť.

Záver

Myastenia gravis je ochorenie sprevádzané symptómami, ako sú flacidná dysartria, dysfónia a orofaryngeálna dysfágia. Klinický logopéd je súčasťou tímu odborníkov, ktorí sa starajú o pacienta s myasteniou gravis. Pri diagnostike ochorenia alebo zhoršení klinického stavu zabezpečuje a určuje klinický logopéd vhodné možnosti komunikácie a bezpečného príjmu výživy a tekutín. Cieľom tohto prehľadového článku bolo zhrnúť špecifiká starostlivosti o týchto pacientov a zhodnotiť aktuálne diagnostické a terapeutické možnosti z hľadiska logopéda.

Literatúra

FRAJKOVA, Z., KRIZEKOVA, A., MISSIKOVA, V., TEDLA, M., 2020. Translation, Cross-Cultural Validation of the Voice Handicap Index (VHI-30) in Slovak Language. *Journal of Voice* [online]. Published online: 10. 5. 2020 [cit. 20. 10. 2021]. DOI: 10.1016/j.jvoice.2020.04.003.

- BLISSITT, P. A., FOWLER, S. B., HERRINGTON, J. B., KOOPMAN, W. J., RICCI, M., 2013. Care of the Patient with Myasthenia Gravis: AANN Clinical Practice Guideline Series. [online]. Chicago: Myasthenia Gravis Foundation of America, Inc., 2013, 32 s. [cit. 20. 10. 2021]. Dostupné z: <http://myasthenia.org/LinkClick.aspx?fileticket=I2Imja5gU4s%3D&tabid=101>
- CIAFALONI, E., 2019. Myasthenia gravis and congenital myasthenic syndromes. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology* [online]. 25(6), s. 1767-1784 [cit. 19. 9. 2021]. DOI: 10.1212/CON.0000000000000800.
- CICHERO, J. A. Y.; MURDOCH, B. E. (ed.), 2006. *Dysphagia: foundation, theory and practice* [online]. John Wiley & Sons, 582 s. [cit. 8. 11. 2021]. ISBN 978-0-470-02917-6. Dostupné z: <https://www.wiley.com/en-sr/Dysphagia:+Foundation,+Theory+and+Practice-p-9780470029176>
- CLAVÉ, P., et al., 2006. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary pharmacology & therapeutics* [online]. 24(9), s. 1385-1394. [cit. 8. 11. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17059520/>
- CONTI-FINE, B. M., MILANI, M., KAMINSKI, H. J., 2006. Myasthenia gravis: past, present, and future. *The Journal of clinical investigation* [online]. 116(11), s. 2843-2854 [cit. 17. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1626141/>
- COLTON-HUDSON, A., KOOPMAN, W. J., MOOSA, T., SMITH, D., BACH, D., NICOLLE, M., 2002. A prospective assessment of the characteristics of dysphagia in myasthenia gravis. *Dysphagia* [online]. 17(2), s. 147-151 [cit. 23. 9. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11956840/>
- CHANDRA, A., PANT, B., 2019. Hypophonia as only presenting symptom in myasthenia gravis—a diagnostic dilemma in poor countries: A case report. *Journal of medical case reports* [online]. 13(1), s. 1-4 [cit. 20. 9. 2021]. Dostupné z: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13256-019-1970-6>
- DEJONCKERE, P. H., BRADLEY P., CLEMENTE P., CORNUT G., CREVIER-BUCHMAN L., FRIEDRICH G., VAN DE HEYNING P., REMACLE M., WOISARD V., 2001. A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. *European Archives of Oto-rhino-laryngology* [online]. 258(2), s. 77-82 [cit. 16. 9. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11307610/>
- FARRUGIA, M. E., GOODFELLOW, J. A., 2020. A practical approach to managing patients with Myasthenia Gravis—Opinions and a review of the literature. *Frontiers in Neurology* [online]. 11, s. 604 [cit. 23. 9. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32733360/>
- FREGONEZI, G. A., RESQUETI, V. R., GUELL, R., PRADAS, J., CASAN, P., 2005. Effects of 8-week, interval-based inspiratory muscle training and breathing retraining in patients with generalized myasthenia gravis. *Chest* [online]. 128(3), s. 1524 [cit. 19. 10. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16162753/>
- GILHUS, N. E., VERSCHUUREN, J. J., 2015. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. *The Lancet Neurology* [online]. 14(10), 1023-1036 [cit. 15. 9. 2021]. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00145-3.
- HIGO, R., NITO, T., TAYAMA, N., 2005. Videofluoroscopic assessment of swallowing function in patients with myasthenia gravis. *Journal of the neurological sciences* [online]. 231(1-2), s. 45-48 [cit. 29. 9. 2021]. DOI: 10.1016/j.jns.2004.12.007.
- HIRANO, M., MCCORMICK, K. R., 1986. Clinical examination of voice by Minoru Hirano. *The Journal of the Acoustical Society of America* [online]. 80, s. 1273 [cit. 20. 10. 2021]. Dostupné z: <https://asa.scitation.org/doi/10.1121/1.393788>
- HOFFMANN, S., RAMM, J., GRITTNER, U., KOHLER, S., SIEDLER, J., MEISEL, A., 2016. Fatigue in myasthenia gravis: risk factors and impact on quality of life. *Brain and behavior* [online]. 6(10), e00538 [cit. 19. 9. 2021]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/brb3.538>
- HORÁKOVÁ, M., VOHÁŇKA, S., 2017. Škály a dotazníky používané u myasthenia gravis. *Neurologie pro praxi* [online]. 18(5), s. 301-304 [cit. 20. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/05/03.pdf>
- HUANG, M. H., KING, K. L., CHIEN, K. Y., 1988. Esophageal manometric studies in patients with myasthenia gravis. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* [online], 95(2), s. 281-285 [cit. 12. 9. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3339894/>
- IM, S., SUNTRUP- KRUEGER, S., COLBOW, S., SAUER, S., CLAUS, I., MEUTH, S. G., DZIEWAS, R., WARNECKE, T., 2018. Reliability and main findings of the flexible endoscopic evaluation of swallowing-Tensilon test in patients with myasthenia gravis and dysphagia. *European journal of neurology* [online]. 25(10), s. 1235-1242 [cit. 19. 10. 2021]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ene.13688>
- JIANU, C., JIANU, S., BARSAN, C., 2019. Clinical Presentation of Myasthenia Gravis. *Thymus* [online]. IntechOpen [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/chapters/67324>
- JUAN, H.-C., TOU, I., LO, S. CH., WU, I. H., 2010. Efficacy of postural techniques assessed by videofluoroscopy for myasthenia gravis with dysphagia as the presenting symptom: a case report. *Journal of Medical Case Reports* [online]. 4(1), s. 1-4 [cit. 19. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3009659/>

- KIM, S. J., PARK, G. Y., CHOI, Y., SOHN, D. G., KANG, S. R., IM, S., 2017. Bulbar myasthenia gravis superimposed in a medullary infarction diagnosed by a fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing with simultaneous tensilon application. *Annals of rehabilitation medicine* [online]. 41(6), s. 1082- 1087 [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/322383222_Bulbar_Myasthenia_Gravis_Superimposed_in_a_Medullary_Infarction_Diagnosed_by_a_Fiberoptic_Endoscopic_Evaluation_of_Swallowing_With_Simultaneous_Tensilon_Application
- KONSTANTOPOULOS, K., CHRISTOU, Y. P., VOGAZIANOS, P., PAPANICOLAOU, E. Z., KLEOPA, K. A., 2017. A quantitative method for the assessment of dysarthrophonia in myasthenia gravis. *Journal of the neurological sciences* [online]. 377, s. 42-46 [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.academia.edu/36139300/A_quantitative_method_for_the_assessment_of_dysarthrophonia_in_myasthenia_gravis
- KOŠTÁLOVÁ, M., MRAČKOVÁ, M., MAREČEK, R., BERÁNKOVÁ, D., ELIÁŠOVÁ, I., JANOUŠOVÁ, E., ROUBÍČKOVÁ, J., BEDNAŘÍK, J., REKTOROVÁ, I., 2013. Test 3F Dysartrický profil–normativní hodnoty řeči v češtině. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. 76/109(5) [cit. 20. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-5/test-3f-dysartricky-profil-normativni-hodnoty-rci-v-cestine-41400>
- KOOPMAN, W. J., WIEBE, S., COLTON- HUDSON, A., MOOSA, T., SMITH, D., BACH, D., NICOLLE, M. W., 2004. Prediction of aspiration in myasthenia gravis. *Muscle & Nerve: Official Journal of the American Association of Electrodiagnostic Medicine* [online]. 29(2), s. 256-260 [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/8893369_Prediction_of_aspiration_in_myasthenia_gravis
- MAO, V. H., ABAZA, M., SPIEGEL, J. R., MANDEL, S., HAWKSHAW, M., HEUER, R. J., SATALOFF, R. T., 2001. Laryngeal myasthenia gravis: report of 40 cases. *Journal of Voice* [online]. 15(1), s. 122-130 [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12269627/>
- MONTERO-ODASSO, M., 2006. Dysphonia as First Symptom of Late-Onset Myasthenia Gravis. *Journal of general internal medicine* [online]. 21(6), C4-C6 [cit. 18. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/6975502_Dysphonia_as_First_Symptom_of_Late-Onset_Myasthenia_Gravis
- MYASTHENIA GRAVIS FOUNDATION OF AMERICA, 2020. Effects of Myasthenia Gravis on Voice, Speech, and Swallowing. *Myasthenia.org* [online]. Dostupné z: <https://myasthenia.org/What-is-MG/MG-Materials-Webinars/Brochures-Learn-More-About-MG>
- NEMR, N. K., SIMOES- ZENARI, M., FERREIRA, T. S., FERNANDES, H. R., MANSUR, L., 2013. Dysphonia as the primary complaint in a case of myasthenia gravis: diagnosis and speech therapy. *Codas* [online]. 25(3), s. 297-300 [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/259652567_Dysphonia_as_the_primary_complaint_in_a_case_of_myasthenia_gravis_diagnosis_and_speech_therapy
- PONGPIPATPAIBOON, K. et al., 2018. Clinical evaluation of dysphagia. In: *Dysphagia Evaluation and Treatment*. Springer, Singapore [online]. S 35-98. [cit. 8. 11. 2021]. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-10-5032-9_5
- ROUBÍČKOVÁ, J., HEDÁNEK, J. et al., 2011. *Test 3F. Dysartrický profil*. 3. vyd. Praha: Galén, ISBN 9788072627141.
- SHRUBSOLE, K. DAVIES, CH. WILLIAMS, K. L., 2021. Do people with Myasthenia Gravis need speech-language pathology services? A national survey of consumers' experiences and perspectives. *International Journal of Speech-Language Pathology* [online]. S. 1-12 [cit. 27. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17549507.2021.1961862?journalCode=iasl20>
- ŠPALEK, P., 2008. Myasténia gravis v ambulancii praktického lékaře. *Via pract* [online]. 5(6), s. 256-261 [cit. 17. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/a442a760271d1412a91ff0d83e10f0e4.pdf>
- ŠPALEK, P., 2009. Myasténia gravis. *Cesk Slov Neurol N* [online]. 71/104(1), s. 7-24 [cit. 21. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2008-1-1/myasthenia-gravis-37483>
- ŠVEC, J., LEJSKA, M., FROSTOVÁ, J., ZÁBRODSKÝ, M., DRŠATA, J., KRÁL, P., 2009. Česká verze dotazníku Voice Handicap Index pro kvantitativní hodnocení hlasových potíží vnímaných pacientem. *Otorinolaringologie a foniatrie* [online]. 3, s. 132-139 [cit. 21. 10. 2021]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/otorinolaryngologie-foniatrie/2009-3/ceska-verze-dotazniku-voice-handicap-index-pro-quantitativni-hodnoceni-hlasovych-potizi-vnimanych-pacientem-7605>
- TROUTH, A. J., DABI, A., SOLIEMAN, N., KURUKUMBI, M., KALYANAM, J., 2012. Myasthenia gravis: a review. *Autoimmune diseases* [online]. 2012:874680 [cit. 29. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3501798/>
- WARNECKE, T. et al., 2017. Aspiration and dysphagia screening in acute stroke—the Gugging Swallowing Screen revisited. *European journal of neurology* [online]. 24(4), s. 594-601. [cit. 8.11. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28322006/>
- WARNECKE, T., IM, S., LABEIT, B., ZWOLINSKAYA, O., SUNTRUP- KRUGER, S., OELENBERG, S., AHRING, S., SCHILLING, M., MEUTH, S., MELZER, N., WEINDL, H., RUCK, T., DZIEWAS, R., 2021 Detecting myasthenia gravis as a cause of unclear dysphagia with an endoscopic tensilon test. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* [online]. 14 [cit. 27. 9. 2021]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17562864211035544>
- WENDELL, L. C., LEVINE, J. M., 2011. Myasthenic crisis. *The Neurohospitalist* [online]. 1(1), s. 16-22 [cit. 17. 9. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726100/>

RECENZE PUBLIKACE

PSYCHOSOMATIKA KOKTÁNÍ

Jan Dezort¹



Jan Dezort

O poruchách plynulosti řeči bylo již popsáno mnoho stran a bylo jim věnováno hodně prostoru. I přes nemalé úsilí, které této problematice věnují logopedi, psychologové a další profese, se nedaří najít jednoduchý a vždy účinný postup, jak problém řešit. Shoda panuje v tom, že máme ověřenou vysokou účinnost některých terapeutických programů pro děti, u dospělých je situace složitější a k tradičně užívaným metodám se přidává celá řada dalších pomocných alternativních konceptů.

Svůj pohled na problematiku vycházející z neurolingvistického programování (neurolinguistic programming; dále jen NLP) nám v českém kontextu představuje Ing. Jindřich Pokora v knize *Psychosomatika koktání*.

Na základě vlastní zkušenosti s koktáním a po absolvování zahraničních kurzů nám představuje knihu, která má pomoci ostatním jedincům s poruchou plynulosti řeči. Kniha na 184 stranách a v 9 kapitolách popisuje představu autora o postupu terapie. Kapitoly jsou doplněny o praktická cvičení, příklady z vlastní praxe autora a předpokládám i vlastní autorovy ilustrace.

Ing. Pokora představuje jednu z variant terapie koktavosti. Je škoda, že nenabízí

alternativu k předkládaným informacím a spíše opisuje koncept daný svým zaměřením. To v mnoha ohledech může čtenáře mást, že pouze tento konkrétní směr je ten správný. V praxi tomu tak není, v kontextu ostatních terapeutických proudů se jedná o směr využívaný méně a je vnímán spíše jako doplňkový. Jedná se konkrétně o NLP, jehož představitelem je teolog Bob Bodenhamer, ze kterého Ing. Pokora nejvíce čerpá. Tato terapeutická metoda vznikla v 70. letech minulého století, a právě Bodenhamer společně s dalšími stáli za její implementací do oblasti poruch plynulosti řeči. V zahraničí není koncept NLP přijímán jednoznačně. Nicméně funkčně ověřit jakýkoliv psychoterapeutický koncept je proces značně kontroverzní a obtížný. Autorovi pomohl, proto mu věří, a to je pro něj podstatné.

Není snadné knihu zařadit, protože na jedné straně působí jako učebnice, která nám říká, jak a co se děje, na druhé straně se jedná o popis autorových subjektivních zkušeností, případně to, jak vnímá zkušenosti svých klientů s podobným problémem. Pro odbornou veřejnost je nutné přijmout autorovu osobitou terminologii, která se neshoduje s odbornou, a přenést se přes mnohé nepodložené výroky – nepotvrzené či vyvrácené jinou odborností, nicméně přijímané v rámci NLP. Jedná se o autorovu prvotinu a 184 stran není málo. Snaží se zde být co možná nejvíce nápomocný a uvádí značné množství příkladů. Nejčastěji předestře teoretický problém, na dvou příkladech jej uvede do praxe a následně jej opět vysvětlí. Je to často hodně vyčerpávající a zdoluhavé, nicméně pro laika pravděpodobně potřebné.

Jako nejkontroverznější je možné vnímat prezentovaný koncept vzniku koktavosti, který není v současné době ve shodě s vědeckými poznatky, a i Bob

Bodenhamer od něj pod tlakem odborné veřejnosti ustupuje. Interpretace je zavádějící a může negativně ovlivnit rodiče, narušit vztah rodič/dítě a následně zhoršit plynulost řeči u dětí i dospívajících. Dospělý má možnost volby a svobodnou vůli se rozhodnout, čemu věří a co mu vyhovuje. A například i další předkládaná teze, která představuje koktavost jako blokování, kdy si za bloky může sám balbutik, je opět platná pouze v konceptu Boba Bodenhamera a v praxi může mít na řeč balbutika opačný efekt.

Pokud se čtenář přenesení přes autorovo obvyklé vysvětlení různých problémů, a sice že za to prostě a jednoduše může naše podvědomí, a přes autorovi vyhovující zevšeobecnující, a tedy manipulativní pohled na to, jak se má balbutik cítit a jak má situaci vnímat, pak především v druhé části knihy nalezne zajímavé a přínosné postupy. Autorovým vkladem a zároveň limitem je jeho vlastní zkušenost s problémem a to, že se na něj dívá pouze jedním pohledem, protože má schopnost věci popsat a dát jim vlastní perspektivu. To je obohacující. Škoda jen, že ten rozměr je pouze jeden. Dá se říci, že zkušenosti mají svou váhu, přesto je ucelené teoretické vzdělání nenahraditelným základem.

Pokud se čtenář dokáže v problematice orientovat, pravděpodobně mu budou techniky v knize popsané často povědomé, protože se již dlouho dobu v terapii koktavosti užívají. Každá dobrá logopedická terapie využívá principy CBT, SBT, případně jiné, a integruje je do procesu reedukace řeči. Autor tedy nepopisuje z tohoto pohledu nic až tak nového, ale je přínosné si tyto postupy zopakovat, oprášit si ty zapomenuté a méně užívané a vidět je očima autora, tedy z perspektivy člověka se zkušeností s koktavostí.

Literatura

POKORA, J., 2019. *Psychosomatika koktání: jak transformovat koktání na plynulou řeč*. Příbram: MVDr. Helena Pokorová. ISBN 978-80-270-6608-7.

¹ PhDr. Jan Dezort, Ph.D., ORL a LOGOPEDIE s.r.o., Josefská 425/27, 602 00 Brno-střed, Česká republika. E-mail: jandez@post.cz.

RECENZE KNIHY

WAT JE MOND MOET DOEN ALS JE NIET PRAAT

Martina Tumová¹

Martina Tumová

Kniha *Wat je mond moet doen als je niet praat* (volně přeloženo do češtiny jako *Co dělají tvá ústa, když nemluvíš*) je útlá brožurka vlámských autorek Carry De Clercq a Siony Houthuys zabývající se prevencí špatných orálních návyků a vysvětlením jejich případných dopadů. Toto téma je důležité a aktuální, protože nesprávné orální návyky mohou způsobovat např. otevřený skus, častější nemocnost a další obtíže. Kniha je v nizozemštině a vyšla v mladém belgickém nakladatelství Gompel & Svacina, které se zaměřuje na odbornou literaturu v oblasti společenských věd.

Formátem a zpracováním je kniha přístupná široké veřejnosti. Má pouze 67 stran, text je přehledně členěný a doplněný fotografiemi, ilustracemi a poznámkami navíc (Víte, že..., Terapeutický tip, Vyzkoušej si, Z praxe, Dávej pozor, Souhrn). Jedná se o popularizační text bez odborných termínů, který problematiku přibližuje snadno srozumitelnou formou. Brožura je určena komukoli, kdo se o téma zajímá. Vhodná je pro jedince,

kteří se v práci věnují dětem, mladým lidem a dospělým. Zvláště užitečná může být pro všechny rodiče, učitele či studenty učitelství, studenty uměleckých škol, herce, osoby vystupující v médiích, ale také pro logopedy, pediatry, lékaře, ortodontisty, stomatology a jejich pacienty.

Navzdory malému formátu pokrývá brožura pestrou paletu témat. Sám název prozrazuje, že kniha pojednává o aktivitě úst, když člověk nemluví. Nepopisuje tudíž primárně artikulaci, i když místy zmiňuje, jaký dopad na ni mohou mít špatné orální návyky. Kniha je pro lepší orientaci rozdělena na dvě části. V první části je popsáno, jak se můžeme poučit z fyziologického dýchání a z polykání u nejmenších dětí. Najdeme zde také to, jakým způsobem tyto děti tvoří různé zvuky (např. pláč). Druhá (obsáhlejší) část knihy řeší situace, kdy v ústech něco není tak, jak by mělo. Jednotlivé podkapitoly se věnují dýchání ústy, zatínání zubů, bruxismu (skřípání zubů), nesprávné poloze jazyka, nezralému způsobu polykání a sání palce či prstů. Nejvíce prostoru je věnováno právě dýchání ústy a jeho důsledkům ovlivňujícím např. výslovnost, náchylnost k nemocem, vzhled tváře, zdraví zubů, růst čelisti.

Kniha na první pohled zaujme svojí elegantní přitažlivou obálkou. Jako kvalitně zpracovaný osvětový materiál je jasně členěná, v adekvátním rozsahu, s ilustracemi a fotografiemi, které přibližují popisovaná témata. Styl odpovídá předpokládaným čtenářům, je srozumitelný, místy klade čtenářům otázky a vyzývá je, aby sledovali, zda se některý z popisovaných fenoménů netýká i jich samých. Téma knihy je aktuální a z hlediska (nejen) logopedické prevence

a osvěty je velmi dobře zvolené. V českém prostředí se tématu ústního dýchání věnovala ve své diplomové práci např. Mgr. Eliška Šlesingrová na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Všímalas si negativních dopadů ústního dýchání a nazální respiraci doporučovala jako součást prevence adenotomie (Šlesingrová, 2019).

Kniha *Wat je mond moet doen als je niet praat* není primárně zamýšlena jako odborný vzdělávací materiál, je popularizační. Odborníci si musejí hlubší souvislosti nastudovat z jiných zdrojů. V některých případech může text působit jako příliš zjednodušující, ale pro základní orientaci a s ohledem na očekávané čtenáře je tato forma vhodná. Jedinou skutečnou nevýhodou brožurky je to, že je zatím pouze v nizozemštině, čímž je pro mnoho českých zájemců značně zhoršena její dostupnost.

Knížku vřele doporučuji k přečtení či alespoň k prolistování pro inspiraci, jak může vypadat podařený osvětový logopedický materiál pro širokou veřejnost. Líbí se mi i to, že se na publikaci podílely autorky, které se na danou problematiku dívají z různých úhlů pohledu. Carry De Clercq je logopedka, která se zaměřuje na hlasovou výchovu a učí logopedy i budoucí herce. Siona Houthuys je její bývalá studentka, která se v současné době věnuje rádiu a divadelní tvorbě. Jejich spoluprací vznikla brožura, která je kvalitní po faktické stránce a přitažlivá pro čtenáře. Společně napsaly také knihu věnovanou správnému dýchání při řeči, *De ademrevolutie* (Adem & Stem – Publicaties, 2021).

Literatura

Adem & Stem – Publicaties, 2021 [online]. Dienst voor Stemtraining nv. [cit. 14. 8. 2021]. Dostupné z: <https://ademenstem.be/publicaties/>

DE CLERCQ, C., HOUTHUYS, S., 2018. *Wat je mond moet doen als je niet praat*. Oud-Turnhout / 's-Hertogenbosch: Gompel&Svacina. 67 s. ISBN 978-94-6371-038-1.

ŠLESINGROVÁ, E., 2019. *Význam nazální respirace v logopedické péči se zaměřením na prevenci adenotomie* [online]. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. [cit. 14. 8. 2021] Dostupné z: <https://theses.cz/id/4uqp7j/>

¹ Mgr. Martina Tumová, Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo nám. 5, 779 00 Olomouc, Česká republika.
E-mail: Mar.tumova@seznam.cz.

RECENZE KNIHY

ZÁKLADY PALIATIVNÍ PÉČE V NEUROLOGII

Táňa Jakubcová¹ 



Táňa Jakubcová

„Budeme dělat vše nejen proto, abychom pacientovi pomohli ke klidnému a důstojnému umírání, ale také abychom mu pomohli žít až do smrti.“

Cecilie Saundersová

Poměrně rozsáhlý autorský kolektiv předkládá velmi praktickou knihu, která se z mnoha úhlů věnuje paliativní péči v neurologii. Kniha je členěna do 5 částí, z nichž každá je doplněna o zajímavé kazuistiky. Velmi okrajově je zmíněna i dětská problematika.

První část publikace je věnována úvodu do problematiky, historii a mapování současné situace v České republice i ve světě. I když se toto našeho oboru zdánlivě netýká, je např. jedním z kritérií pro přijetí do hospicové péče zjištěná porucha polykání, jejíž diagnostika a terapie je v kompetenci klinického logopeda.

Druhá část knihy je věnována jednotlivým neurologickým onemocněním a jejich specifickým. Kapitoly jsou členěny přehledně a věnují se např. tématům únavy, bolesti, spasticity, sexuálních dysfunkcí, dysfagie a dalším – z pohledu jednotlivých neurologických onemocnění. Problematika je podána velmi

čtivě, strukturovaně a pro nás, nelékaře, srozumitelně. Kniha neobsahuje strohé definice, ale spíše praktické informace; například o tom, jak může vypadat pacient s roztroušenou sklerózou v širším úhlu pohledu, než je ten logopedický. Za zmínku stojí i část, která je věnována prognóze po CMP dle škály NIHSS a dalších škál, což souvisí se zařazením pacienta do paliativní péče.

Třetí část se věnuje jednotlivým symptomům daných onemocnění. Podrobně jsou zde popsány problémy se svaly a pohybem, dysfagie, poruchy řeči, sialorea, bolest v neurologii, gastrointestinální symptomy, respirační symptomy, urologické symptomy, neuropsychiatrické symptomy a další. U jednotlivých symptomů je řešena také otázka medikace a povětšinou srozumitelně vysvětleny její účinky, které mohou například ovlivnit výsledky či průběh vyšetření klinickým logopedem. Velmi aktuální je etická otázka zavádění nasogastrické sondy (NGS) či perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), vyživování cestou PEG a rozhodnutí o postupném ukončení či změně poměru ve prospěch tekutin. Kolegové, kteří pracují s neurologickými pacienty, jistě ocení zajímavé poznatky fyzioterapeutů nebo lékařů, které se týkají například možností ovlivnění neefektivní expektorace či zajímavých tipů pro odeznění singultu, např. dráždění faryngu studenou vodou. Naopak pro kolegy, kteří pracují v ambulancích, může být velmi přínosná zejména část Mgr. Lasotové, která velmi přehledně shrnuje problematiku poruch polykání v praxi a přidává i některá užitečná doporučení.

Předposlední část je věnována psychosociálním aspektům péče. Mezi tématy této kapitoly patří například sdělování závažných zpráv. I nás, klinických

logopedů, se rodinní příslušníci či pacienti ptají, kdy budou komunikovat nebo polykat jako dříve, a je v naší kompetenci o tomto s rodinou citlivě promlouvat. V knize jsou prezentovány protokoly, které nás takovými situacemi mohou provést. Dále se lze dozvědět, jaké dotazníky k měření kvality života pacientů s neurologickým onemocněním existují, či se lépe zorientovat ve formách pomoci pacientům i pečujícím osobám. Přehledně je zde zpracována problematika sociálního zabezpečení, v jehož rámci je řešeno např. dlouhodobé ošetrovné, invalidní důchod, kritéria pro přiznání nároku na příspěvek na péči a další.

Poslední část je věnována etickým a právním aspektům péče, kterých se v této problematice objevuje celá řada. Důležitá je otázka autonomie pacienta a jejího omezení v pokročilé fázi nemoci. Je zde nastíněna problematika eutanazie, dříve vyslovených přání, poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta či vytvoření plánu péče na konci života, který se může týkat rozsahu péče, výživy a hydratace. Autorka zmiňuje terapeutické privilegium, kdy pacientovi nejsou – za určitých zákonem stanovených podmínek – sděleny např. informace o nepříznivé prognóze. Poměrně velký prostor je věnován tématu paliativní sedace.

Ač to z názvu zcela nevyplývá, tato publikace nám může být velmi užitečná a určitě ji doporučuji všem, kteří se ve své praxi potkávají s pacienty s neurologickým deficitem, a to nejenom v terminální fázi onemocnění. Kniha obsahuje mnohé důležité informace a pojmy, které známe pasivně z lékařských zpráv či vizit, a ty jsou zde srozumitelně a v kontextu dalších souvislostí vysvětleny.

Literatura

BUŽGOVÁ, R., KOZÁKOVÁ, R. et al., 2020. *Základy paliativní péče v neurologii*. Praha: Galén. ISBN:978-80-7492-502-3.

¹ Mgr. Táňa Jakubcová, DiS., Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, I. neurologická klinika FN u sv. Anny a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika. E-mail: tanajakubcova@seznam.cz.

PŘÍLEŽITOST KE ZMĚNĚ MI DÁVÁ NOVOU CHUŤ DO PRÁCE

ROZHOVOR S KOORDINÁTKOU ODBORNÉ KOMISE AKL ČR LENKOU DZIDOVOU

Markéta Trtílková¹ 



Markéta Trtílková



Lenka Dzidová

PhDr. Mgr. Lenka Dzidová, Ph.D., vystudovala speciální pedagogiku na Univerzitě Palackého v Olomouci. Její původní specializací je tyflopédie. V letech 2006–2008 pracovala v Saúdské Arábii na oddělení vědy a výzkumu PAS, kde se zabývala problematikou diagnostiky PAS a speciálního vzdělávání těchto osob. V současné době působí jako vedoucí oddělení klinické logopedie a psychologie v Sanatoriích Klimkovice a zároveň je také vedoucí Odborné komise AKL ČR. Aktuálně se specializuje na zrakovou terapii u dospělých osob po CMP a kraniotraumatech.

Lenko, ty se klinické logopedii věnuješ již řadu let. Co bys ve svojí dosavadní kariéře vyzdvihla?

Pracuji v oboru od roku 1994. V minulosti jsem se hodně věnovala problematice PAS. V letech 2006 až 2008 jsem pracovala v Saúdské Arábii pro oddělení vědy a výzkumu PAS, kde jsem se zabývala diagnostikou a speciálním vzděláváním těchto osob. V tomto období vznikla diagnostická baterie a tři metodiky speciálního vzdělávání dle věku dětí s PAS v anglicko-arabské verzi.

PAS ale nejsou jedinou oblastí, kterou ses ve své klinické logopedické praxi zabývala. Jaká další problematika ti je blízká?

Jelikož jsem byla tématem PAS „nasyce-na“, vrhla jsem se ve své klinické logopedické praxi opět na dospělé klienty a získané neurogenní poruchy řeči a polykání. Příležitost ke změně zaměření mi dává novou chuť do práce, nabíjí mě energií a dodává mi nové nápady. Nově mě zaujala elektroterapie u získaných neurogenních dysfagií se zaměřením na poruchy horního jícnového svěrače. Spolupracuji tudíž také s Dysphagia and Electrotherapy Consultancy².

Čemu se věnuješ v poslední době?

Jelikož jsem svým původním zaměřením speciální pedagog – tyflopedit, uplatňuji svou tyflopeditickou praxi v rámci zrakové rehabilitace. Zaměřuji se na získané neurogenní okulomotorické poruchy, diplopie, poruchy zrakového pole a zrakové agnózie u dospělých osob.

Jsi také koordinátorkou Odborné komise AKL ČR. Kdy tato komise vznikla a za jakým účelem?

Zřízení Odborné komise bylo schváleno členským shromážděním v roce 2015. Komise má fungovat jako poradní orgán Rady AKL ČR. Původně ale měla jiné členy, v současném složení funguje Komise od března 2020.

Co tě motivovalo k přijetí funkce koordinátora Odborné komise?

Na posledním členském shromáždění, které se konalo v roce 2019, mě oslovila PaedDr. Cudlínová s tím, jestli bych se s ohledem na moje zkušenosti v oboru nechtěla stát členkou Odborné komise. Já jsem v té době skončila doktorské studium, takže jsem věděla, že budu mít více času, a také jsem si říkala, že by bylo dobré

¹ Mgr. Markéta Trtílková, Rehabilitační ústav Kladruhy, Rehabilitační ústav Kladruhy, Kladruhy 30, 257 62 Kladruhy u Vlašimi; Centrum duševního zdraví Kutná Hora, Jiřího z Poděbrad 290, 284 01 Kutná Hora, Česká republika. E-mail: marketa.trtilkova@rehabilitace.cz.

² Dysphagia and Electrotherapy Consultants jsou v USA vyškolení profesionálové s certifikátem pro odborné vedení a lektorství dalších odborníků, kteří absolvovali základní certifikované kurzy polykání a využití nMES u poruch polykání.

udělat něco pro náš obor, protože můj záběr je široký. Takže jsem nabídku na členství přijala. Jak jsem říkala, složení členů bylo původně jiné. V době, kdy jsem přijala členství, se složení kompletně vyměnilo a já jsem se stala koordinátorkou s tím, že jsem vybírala členy nové.

Podle čeho jsi jednotlivé členy komise vybírala?

Všichni členové Odborné komise mají zkušenosti z akademické půdy a vedle klinické logopedické práce pracují také jako odborní asistenti či přednášející. Všichni se zapojili při řešení grantů, vedli diplomové práce, absolvovali stáže v zahraničí, mají bohatou publikační činnost. Tři členové mají kvalifikaci K3, někteří pořádají akreditované kurzy. Složení členů Odborné komise a jejich specializace pokrývá velkou část logopedických diagnóz, tj. každý se zabývá něčím jiným.

Můžeš tedy vyjmenovat jednotlivé členy a jejich specializace?

Mgr. Barbora Červenková se specializuje na ranou péči v poruchách příjmu potravy a na raný rozvoj řeči, Mgr. Lucie Kytnarová, Ph.D., se zabývá afáziemi z pohledu neurokognitivní rehabilitace, PhDr. Jan Dezort, Ph.D., je odborníkem na balbuties a tumultus dětského i dospělého věku a PhDr. Radka Horáková, Ph.D., na sluchové vady.

V čem konkrétně spočívá tvoje práce koordinátora?

Jako koordinátorka komunikuji především s dr. Cudlínovou, předsedkyní AKL ČR, nebo Gabrielou Solnou, které mi za Radu AKL sdělí témata, která je potřeba probrat. Já pak koordinuji jednotlivé schůze – zvolím téma, kterým se budeme zabývat, a předám tuto informaci ostatním členům, aby se mohli připravit. Určím termín a místo setkání, i když teď kvůli koronaviru setkání probíhají on-line.

Jak často se Odborná komise schází?

Komise se schází jednou za měsíc, obvykle v sobotu. Určitě ale nestihneme během jedné schůze probrat celé téma. Takže jedním tématem se zabýváme několik schůzí.

Co se aktuálně v rámci Odborné komise projednává a jaké jsou plány do budoucna?

Aktuálně jsme dokončili nové informace k jednotlivým logopedickým diagnózám, které budou vloženy na web AKL do konce května. Dále postupně pracujeme

na standardech logopedické péče pro jednotlivé diagnózy, připravuje se standard pro balbuties, afázie a sluchové vady. Teď nám hodně času zabralo vypracování standardu pro distanční logopedickou péči, který se ale nakonec kvůli chybějící legislativě zatím nepodařilo prosadit. Chceme také navázat spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci, kdy máme nachystaná nějaká témata pro závěrečné práce studentů.

Děkuji ti za rozhovor a přeji energii do další práce!

Redakční rada /Editorial Board:

- doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D. - *koordinátor redakční rady/Head of Editorial Board*, Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00, Praha 2; Klinická logopedie, Nám. Osvobození 451, 47001, Česká Lípa
- MUDr. Libor Černý, Ph.D., Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN, Žitná 24, 120 00 Praha 2
- prof. dr hab. Jacek Bleszyński, Katedra Podstaw Pedagogiki, Instytut Nauk Pedagogicznych, ul. Lwowska 1, 87 100 Toruń, Polsko
- PaedDr. Adelaida Fabiánová, Ambulancia klinickej logopedie – ADELI s. r. o., Hlboká 45, 921 01 Piešťany, Slovenská republika
- MUDr. Ondřej Fiala, Ph.D., Institut neuropsychiatrické péče, Křižíkova 264/22, 180 00 Praha 8
- doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, Ph.D., Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, Ul. 17. novembra č. 15, 080 01 Prešov, Slovenská republika
- PhDr. Anna Hrnčiarová, CSC., Annfutura, s. r. o., Klinická logopédia, Malokarpatské námestie 2, 841 03 Bratislava, Slovenská republika
- prof. Dr. Henriette W. Langdon, Ed.D., F-CCC_SPL Communicative Disorders and Sciences at San José State University, San José, CA 95192, USA
- PhDr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D., Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, U Kříže 8, 158 00 Praha 5
- Mgr. Zuzana Moškurjaková, Klinická logopédia, Banská Bystrica, Kyjevské námestie 7, 974 04 Banská Bystrica, Slovenská republika
- doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D., Oddělení klinické psychologie, Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany
- Isabella Reichel, Ed.D., assoc. professor, Graduate Program in Speech Pathology, School of Health Sciences, Touro College, 320 W 31st St, New York, NY 10001, USA
- Hazel Roddam, PhD., MA, University of Central Lancashire, Allied Health Research Unit, School of Health Sciences, Preston, Lancashire PR1 2HE, Velká Británie
- doc. Mgr. Radek Skarnitzl, Ph.D., Fonetický ústav Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, Náměstí Jana Palacha 2, 116 38 Praha
- prof. dr hab. n. hum. Zbigniew Tarkowski, Department of Pathology and Rehabilitation of Speech, Medical University of Lublin, ul. Staszica 4-6, 20-400 Lublin, Polsko
- prof. Dr. paed. Sarmite Tübele, Faculty of Education, Psychology and Art, University of Latvia, Jūrmalas gatve 76-k1, Rīga, LV-1083, Lotyšsko
- PhDr. Mgr. Lenka Vacková, Ambulance klinické logopedie, Wellnerova 1322/3C, 779 00 Olomouc
- prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 779 00 Olomouc
- dr hab. Katarzyna Węsierska, Ph.D. Institute of Linguistics, Faculty of Humanities, University of Silesia in Katowice, Bankowa 12, 40-007 Katowice, Polsko

Šéfredaktorka /Editor-in-Chief:

Mgr. Zuzana Lebedová, Zuzana.lebedova@email.cz

Asistentka redakce / Editorial Assistant:

Mgr. Helena Blažková, hel.gajdosikova@gmail.com

Redakce / Editorial Staff:

Mgr. Barbora Červenková, barbora.cervenkova@post.cz
 Mgr. Naděžda Lasotová, nlasotova@gmail.com
 Mgr. Barbora Lichorobiec, baralich@seznam.cz
 PhDr. Radka Horáková, Ph.D., horakova.radka@gmail.com
 Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová, barbora.richtrova@gmail.com
 Mgr. Petr Šmíd, DiS., smid@hamzova-lecebna.cz
 Mgr. Markéta Trtílková, marketa.trtilkova@rehabilitace.cz

Technická editorka/Technical Editor: Mgr. Lucie Peláková, www.pelakova.cz

České korektury/Czech proofreading: Mgr. et Mgr. Veronika Rákocý, rozaarka@seznam.cz

Anglické korektury/English proofreading: Pearl Harris, harrispearl@hotmail.com

Vydává jako e-časopis Asociace klinických logopedů ČR / Published by the Association of Speech-Language

Pathologists of the Czech Republic: AKL ČR, Rumunská 1, 120 00 Praha 2, IČO: 41192303

Číslo/Volume: 2/2021, prosinec 2021 / December 2021

Periodicita/Periodicity: 2× ročně, vždy 14. června a 14. prosince, <https://casopis.aklcr.cz/>

Published biannually electronically – 14 June and 14 December, <https://casopis.aklcr.cz/>

ISSN 2570-6179

Grafický design/Graphic Design: Flashstudio, s.r.o., www.flashstudio.cz

Ilustrace u editoriaľu/Editorial photo: Barbora Lichorobiec

Časopis dodržíje citační normu ISO 690. / The journal complies with the ISO 690 citation standard.

Webarchivováno Národní knihovnou České republiky. / Journal website is archived by [National Library of the Czech Republic](#).

Časopis je indexován v databázích [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#) a [ERIH PLUS](#). / The Journal is indexed in the [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#) and [ERIH PLUS](#).