

Vícekové instrukce v terapii dětí s jazykovými obtížemi

Autoři rozebírají otázky, které se týkají vytváření cílů spojených s následováním vícevkových instrukcí u dětí, které mají řečové a jazykové potíže a kladou si otázky, proč jsou tyto cíle tak běžné, i když v praxi často nepřinášejí očekávané výsledky. Důvody pro psaní těchto cílů mohou zahrnovat standardizované testování, tradice, požadavky rodičů a učitelů, snadnost jejich sledování a modely behaviorální terapie. Přestože se zdají být jednoduché na realizaci, mohou být problematické z hlediska měření pokroku a správnosti zvoleného přístupu.

Je třeba upozornit na to, že sledování vícevkových instrukcí vyžaduje širokou škálu dovedností, včetně motivace, výkonných funkcí a porozumění jazyku. Tyto dovednosti nejsou přímočaré a jejich měření v rámci cílů často není dostatečně přesné, protože není zcela jasné, co vlastně měříme – zda dítě instrukci nerozumí, nevěnuje pozornost, nebo ji prostě nechce následovat. Dále se zpochybňuje myšlenka, že zlepšení v jednom kroku automaticky vede ke zlepšení ve složitějších instrukcích. Místo toho se klade důraz na celkovou syntaktickou a sémantickou složitost, která ovlivňuje schopnost dítěte sledovat vícevkové instrukce.

Pokud jde o intervenci, autoři přiznávají, že neexistuje dostatečně silný vědecký základ pro specifické postupy zlepšování těchto dovedností. Vzhledem k tomu se navrhuje spoléhat na ověřené podpůrné strategie, zaměřené na motivaci, výkonné funkce a porozumění jazyku. Důraz je kladen na přizpůsobení intervencí individuálním potřebám dítěte, nikoli na drilování konkrétních úkolů. Článek také varuje před přílišným zaměřením na poslušnost, což může vést k tomu, že děti se naučí slepě poslouchat instrukce, což může být v některých situacích rizikové.

Závěrem autoři vyzývají k přehodnocení tradičních cílů zaměřených na vícevkové instrukce a doporučují se soustředit na jazykové schopnosti, motivaci a výkonné funkce, které jsou pro dítě funkčnější a lépe měřitelné.

Gill, C., Moorer-Cook, L., Armstrong, E. S., Gill, K. (2012). The ability to follow verbal directions: Identifying skill levels and measuring progress. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. [open access]

Malone, E. J., & Zimmerman, K. N. (2023). Noncompliance assessments, interventions, and ethical considerations for young children: A systematic review. *Topics in Early Childhood Special Education*. <https://doi.org/10.1177/02711214231193323>

Tarvainen, S., Launonen, K., & Stolt, S. (2021). Oral language comprehension interventions in school-age children and adolescents with developmental language disorder: A systematic scoping review. *Autism & Developmental Language Impairments*. <https://doi.org/10.1177/23969415211010423> [open access]

Wallach, G. P. (2014). Improving clinical practice: A school-age and school-based perspective. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. <https://doi.org/10.1044/2014.lshss-14-0016> [available to ASHA members]

Sběr dat o rodičích

Autorka Harrington zdůrazňuje, že monitorování pokroku rodičů při aplikaci strategií, které jim byly předány, může poskytnout cenné informace a zapojit rodiče do procesu. Hlavní myšlenkou rodičovského koučinku je učit rodiče strategie, které zlepšují jejich interakci s dětmi, a tím podporují rozvoj komunikace. Sběr dat o rodičích může pomoci lépe vybírat cíle a strategie a sledovat pokroky rodičů v průběhu času, například jak často popisují předměty během každodenních aktivit.

Na druhou stranu sběr dat o rodičích přináší určité výzvy, například riziko, že rodiče mohou vnímat sběr dat jako kritiku. Aby se předešlo negativním pocitům, je nutné přistupovat ke sběru dat s důrazem na silné stránky rodičů a podporovat spolupráci. Harrington nabízí pět praktických tipů, jak tyto potenciální problémy překonat. Klíčovými body jsou navázání důvěry s rodiči, pomoci jim vidět souvislost mezi jejich cíli a pokrokem jejich dětí, zdůrazňování úspěchů, podpora reflexe nad vlastními daty a upřednostňování intervence před samotným sběrem dat.

Cílem těchto strategií je posílit rodiče, podpořit spolupráci s logopedy a přinést lepší výsledky pro děti. Každá rodina je však jiná, takže je důležité přistupovat k této praxi flexibilně a v souladu s individuálními potřebami a hodnotami každé rodiny.

Harrington, E. K. (2024). *Caregiver progress in early intervention: A collaborative approach to goal writing and data collection. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. https://doi.org/10.1044/2024_persp-23-00300 [available to ASHA SIG members]

Užívání léků u dysfagických dětí

Děti s poruchami příjmu potravy nebo jinými zdravotními problémy často potřebují léky, ale právě tyto děti mají často největší problém s jejich užíváním. Téma se dotýká širokého okruhu odborníků, včetně farmaceutů, lékařů a zdravotních sester, protože špatné podávání léků může mít negativní dopad na zdravotní výsledky. Jednoduché řešení, jako je "rozmačkat to do džemu", není vždy možné, a proto se pracuje na vývoji přijatelnějších forem léků pro děti (například mini-tablety nebo vylepšené chutě tekutých léků). Dokud však tyto možnosti nebudou široce dostupné, je důležité znát různé strategie, jak dětem s užíváním léků pomoci.

Prvním krokem je zamyslet se nad tím, kdy by měly děti být schopny úspěšně polykat léky. Schopnost polykat tablety lze pozorovat a učit již u dětí ve věku dvou let, a většina dětí zvládá tuto dovednost mezi 4–8 lety. Téměř všechny děti jsou schopny tuto techniku ovládnout do věku 9–12 let. Výzkumy ukazují, že děti často dokážou spolknout pilulky dříve, než si jejich rodiče myslí, a rodičovské obavy bývají často neopodstatněné. Je také důležité věnovat pozornost tomu, že trénink polykání pilulek je u mladších dětí obvykle účinnější, což znamená, že by se na tuto dovednost mělo zaměřit již v předškolním věku, pokud je to možné.

Existuje mnoho technik, které mohou pomoci dětem zvládnout polykání léků, ale vzhledem k nedostatku důkazů o tom, která technika funguje nejlépe, je přístup spíše experimentální. Strategie lze rozdělit do dvou hlavních kategorií: změna léku nebo způsobu jeho podání a výuka dětí technik a sebedůvěry při užívání léků.

1. Změna léku nebo způsobu podání

Zásadní je konzultovat jakoukoli modifikaci léku s farmaceutem, protože ne všechny léky mohou být upraveny bez ovlivnění jejich účinnosti. Některé léky nelze užívat s určitými druhy potravin nebo v určitých teplotách tekutin. Logopedi by měli pracovat v týmu s farmaceuty a lékaři, aby zajistili bezpečné podávání léků.

Pokud dítě nedokáže spolknout pilulky, je jednou z prvních otázek, zda je lék k dispozici v jiné formě, například v tekuté podobě, jako žvýkáci tableta, rozpustná waferová forma nebo dokonce jako "gumička". Pokud není jiná forma k dispozici, farmaceut může doporučit úpravu léku – například roztření tablet a smíchání s tekutinou nebo jídlem, otevření kapslí a smíchání jejich obsahu nebo použití kapslí pro zlepšení chuti hořkých léků.

Pro děti, které nemohou bezpečně polykat tekuté léky, může být možností jejich zahuštění. Ale opět, některé léky nesmí být zahušťovány, protože to mění jejich účinek, a jiné léky, jako například některá laxativa, nejsou snadno zahušťovatelné.

Lubrikace pilulek a jiné techniky

Pomocí komerčních lubrikantů pro polykání pilulek, jako je například Pill Glide, lze usnadnit spolknutí léku. Existují také populární techniky využívající přírodní husté tekutiny, jako je jogurt nebo ovocné pyré, které mohou sloužit jako "nositelé" pilulek.

Smyslové pomůcky, chasery a rozptýlení

Pro děti, které mají problémy s chutí léků, lze zkusit silně aromatické potraviny, které mohou maskovat chuť léku, nebo podání chutného "chaseru" (něčeho dobrého, co se podá ihned po léku). Další techniky zahrnují znecitlivění chuťových pohárků pomocí ledu nebo zmrazených potravin před podáním léku, snížení vnímání chuti chlazením léků nebo snížení čichového vnímání pomocí ucpání nosu.

Speciální pomůcky a polohování hlavy

Speciální šálky na polykání pilulek nebo brčka, která umožňují plynulé podání pilulky spolu s tekutinou, mohou být užitečné, i když nejsou běžně využívány v pediatrii. Další technikou je "pop bottle" metoda, kdy dítě pomocí láhve s rychlým průtokem tekutiny spolkne pilulku během tří po sobě jdoucích polknutí.

2. Výuka dovedností a budování sebedůvěry

Základní výukové strategie zahrnují pozitivní odměny, uklidnění a vzdělávání o důležitosti léků. Nabízení volby, jak dítě lék dostane (lžička vs. pohárek vs. injekční stříkačka) nebo kde v ústech má být lék umístěn, může zvýšit jejich sebedůvěru.

Techniky tvarování

Jednou z běžných behaviorálních technik je tvarování, kdy děti trénují polykání s velmi malými předměty (jako jsou cukrové ozdoby na dorty) a postupně zvyšují jejich velikost, až se dostanou na velikost léku. Tento přístup může být velmi rychlý, u některých dětí vede k úspěchu již během jedné hodinové intervence, ale u dětí s vývojovými obtížemi může být potřeba více času.

Další technikou je polohování hlavy při polykání, kdy děti zkouší různé polohy hlavy (uprostřed, natočení doleva/doprava, brada dolů/vzhůru), aby našly optimální pozici pro polykání.

Psychoterapie a další přístupy

Pro děti s vysokou úzkostí nebo traumatem spojeným s lékařskými zásahy může být vhodná psychoterapie zaměřená na zvládání úzkosti související s užíváním léků. Tento přístup je mimo kompetenci logopedů, ale měl by být zvážen v případech, kdy to může pomoci dětem překonat strach z užívání léků.

Specifika pro klinickou populaci

Zatímco mnoho studií je zaměřeno na zdravé děti nebo děti s vážnými zdravotními stavy, které nemají vývojové problémy, většina klientů logopedů jsou děti s neurovývojovými poruchami, dysfagií nebo jinými obtížemi. U těchto dětí mohou intervence trvat déle nebo mohou vyžadovat přizpůsobení. Některé techniky, například tvarování nebo polohování hlavy, mohou být méně účinné nebo nevhodné pro děti s dysfagií, u kterých je bezpečnost polykání kompromitována.

Existuje řada strategií, které mohou pomoci dětem, jež mají potíže s polykáním léků, a je důležité konzultovat možnosti s farmaceuty a lékaři. Učení dětí, jak bezpečně užívat léky, může přinést významné zdravotní benefity, snížit stres pro děti i jejich rodiny a usnadnit celkovou léčbu. Pokud se problematika podávání léků u dětí jeví jako obtížná, je důležité využít všechny dostupné nástroje a spolupracovat s dalšími odborníky.

Al-Obaidi, I., Krome, A. K., Wagner, K. G., Pfarr, K., Kuesel, A. C., & Batchelor, H. K. (2022). Drugs for neglected tropical diseases: Availability of age-appropriate oral formulations for young children. *Parasites & Vectors*. <https://doi.org/10.1186/s13071-022-05546-7> [open access]

Alessandrini, E., Walsh, J., Hermans, E., & Salunke, S. (2023). Putting children first: Understanding caregivers' and children's perspectives on the usability of oral and respiratory administration devices for paediatric medication. *European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics*. <https://doi.org/10.1016/j.ejpb.2023.07.006> [open access]

Babbitt, R. L., Parrish, J. M., Brierley, P. E., & Kohr, M. A. (1991). Teaching developmentally disabled children with chronic illness to swallow prescribed capsules. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. <https://doi.org/10.1097/00004703-199108000-00003>

Bailey Jr, D. B., Raspa, M., Bishop, E., Olmsted, M., Mallya, U. G., & Berry-Kravis, E. (2012). Medication utilization for targeted symptoms in children and adults with Fragile X syndrome: US survey. *Behavioral Pediatrics*. [10.1097/DBP.0b013e318236c0e1](https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318236c0e1)

Bekele, E., Thornburg, C. D., Brandow, A. M., Sharma, M., Smaldone, A. M., Jin, Z., & Green, N. S. (2014). Do difficulties in swallowing medication impede the use of hydroxyurea in children? *Pediatric Blood & Cancer*. <https://doi.org/10.1002/pbc.25073> [open access]

Blaszczyk, A., Brandt, N., Ashley, J., Tuders, N., Doles, H., & Stefanacci, R. G. (2023). Crushed tablet administration for patients with dysphagia and enteral feeding: Challenges and considerations. *Drugs & Aging*. <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01056-y> [open access]

Blount, R. L., Dahlquist, L. M., Baer, R. A., & Wuori, D. (1984). A brief, effective method for teaching children to swallow pills. *Behavior Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80006-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80006-4)

Bracken, L., McDonough, E., Ashleigh, S., Wilson, F., Shakeshaft, J., Ohia, U., Mistry, P., Jones, H., Kanji, N., Liu, F., & Peak, M. (2020). Can children swallow tablets? Outcome data from a feasibility study to assess the acceptability of different-sized placebo tablets in children (creating acceptable tablets (CAT)). *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036508> [open access]

Cruz-Arrieta, E. (2008). Pill-swallowing training: A brief pediatric oncology report. *Primary Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/1043454220958636>

Dersch-Mills, D., & Kaplan, B. J. (2020). Giving oral medicines and supplements to children. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3550>

Diamond, S., & Lavalley, D. C. (2010). Experience with a pill-swallowing enhancement aid. *Clinical Pediatrics*. <https://doi.org/10.1177/0009922809355313>

Duncan, C. L., Mentrikoski, J. M., Wu, Y. P., & Fredericks, E. M. (2014). Practice-based approach to assessing and treating nonadherence in pediatric regimens. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cpp0000066> [open access]

Garvie, P. A., Lensing, S., & Rai, S. N. (2007). Efficacy of a pill-swallowing training intervention to improve antiretroviral medication adherence in pediatric patients with HIV/AIDS. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1488>

Harman, J. L., Scott, A., & Jurbergs, N. (2021). Pill-swallowing training in very young children with cancer: A case series and developmental considerations. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1043454220958636> [open access]

Jacobsen, L., Patel, A., Fox, M., Miller, S., Bradford, K., & Jhaveri, R. (2015). A pilot study of the pediatric oral medications screener (POMS). *Hospital Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0027>

Jagani, M., Legay, H., Ranmal, S. R., Bertrand, J., Ooi, K., & Tuleu, C. (2016). Can a flavored spray (Pill Glide) help children swallow their medicines? A pilot study. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0680>

Kaplan, B. J., Steiger, R. A., Pope, J., Marsh, A., Sharp, M., & Crawford, S. G. (2010). Successful treatment of pill-swallowing difficulties with head posture practice. *Paediatrics & Child Health*. <https://doi.org/10.1093/pch/15.5.e1> [open access]

Kernell, J. W., DePaola, R. V., Maglione, A. M., Ahern, L. N., Penney, N. G., & Addiss, D. G. (2018). Risk of adverse swallowing events and choking during deworming for preschool-aged children. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006578> [open access]

Lopez, F. L., Ernest, T. B., Tuleu, C., & Gul, M. O. (2015). Formulation approaches to pediatric oral drug delivery: Benefits and limitations of current platforms. *Expert Opinion on Drug Delivery*. <https://doi.org/10.1517/17425247.2015.1060218> [open access]

Malouh, M. A., Cichero, J. A. Y., Manrique, Y. J., Crino, L., Lau, E. T. L., Nissen, L. M., & Steadman, K. J. (2020). Are medication swallowing lubricants suitable for use in dysphagia? Consistency, viscosity, texture, and application of the International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI) framework. *Pharmaceutics*. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12100924> [open access]

Meltzer, E. O., Welch, M. J., & Ostrom, N. K. (2006). Pill swallowing ability and training in children 6 to 11 years of age. *Clinical Pediatrics*. <https://doi.org/10.1177/0009922806292786>

Mitsui, N., Hida, N., Kamiya, T., Yamazaki, T., Miyazaki, K., Saito, K., Saito, J., Yamatani, A., Ishikawa, Y., Nakamura, H., Nakamura, A., & Harada, T. (2022). Swallowability of minitables among children aged 6–23 months: An exploratory, randomized crossover study. *Pharmaceutics*. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14010198> [open access]

Patel, A., Jacobsen, L., Jhaveri, R., & Bradford, K. K. (2015). Effectiveness of pediatric pill swallowing interventions: A systematic review. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2114>

Pelco, L. E., Kissel, R. C., Parrish, J. M., & Miltenberger, R. G. (1987). Behavioral management of oral medication administration difficulties among children: A review of literature with case illustrations. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. <https://doi.org/10.1097/00004703-198704000-00005>

Rashed, A. N., Terry, D., Fox, A., Christiansen, N., & Tomlin, S. (2021). Feasibility of developing children's Pill School within a UK hospital. *Archives of Disease in Childhood*. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319154> [open access]

Reynolds, S., & Tucker, M. E. (2019). Multifaceted approach to enhance pill-swallowing ability in children and adults with Barth Syndrome. *The American Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.033134>

Royal Children's Hospital. (n.d.). *Teaching children how to swallow tablets and capsules*. Retrieved May 23, 2024, from <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/pharmacy/teach-children-to-swallow-tablets-and-capsules-brochure.pdf>

Taylor, T. (2022). Development of medication administration protocols for in-home pediatric feeding cases. *Behavior Modification*. <https://doi.org/10.1177/01454455221113558>

Tse, Y., Vasey, N., Dua, D., Oliver, S., Emmet, V., Pickering, A., & Lim, E. (2020). The KidzMed project: Teaching children to swallow tablet medication. *Archives of Disease in Childhood*. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317512>

UK Medicines Information (UKMi) team for NHS healthcare professionals. (n.d.). *Thickening agents and thickened fluids: Do they interact with medicines?* Retrieved May 23, 2024, from <https://www.valeofyorkccg.nhs.uk/seecmsfile/?id=5074>

Vallet, T., Elhamdaoui, O., Berraho, A., Cherkaoui, L. O., Kriouile, Y., Mahraoui, C., Mouane, N., Pense-Lheritier, A.-M., Ruiz, F., & Bensouda, Y. (2020). Medicines acceptability in hospitalized children: An ongoing need for age-appropriate formulations. *Pharmaceutics*. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12080766> [open access]

VandenBerg, C. J., Adams, A., Bockrath, R., Kim, S., Rodriguez, G., Fawcett, A., & Jhaveri, R. (2023). Hard to swallow: A review of interventions to improve swallowing solid medication. *Hospital Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-006497>

Walco, G. A. (1986). A behavioral treatment for difficulty in swallowing pills. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(86\)90050-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(86)90050-9)

Wright, L., Woodcock, J. M., & Scott, R. (1969). Conditioning children when refusal of oral medication is life threatening. *Pediatrics*.

Trénink komunikačních partnerů při užívání AAK

Logopedi často vysvětlují a demonstrují strategie podporující komunikaci rodinám, ale někdy to může být zdlouhavé a opakující se. Proto se klade otázka, zda by nebylo efektivnější trénovat komunikační partnery hromadně, zatímco by se zachoval osobní přístup k rodinám a přizpůsobilo se jejich potřebám.

Studie od Tönsinga a Dady nabízí řešení: hromadný trénink komunikačních partnerů. Autoři provedli výzkum v Jižní Africe se 29 dospělými pečovateli z pečovatelských center. Ti prošli pětidenním workshopem, kde se učili používat vizuální rozvrh, modelovat symboly na komunikační tabuli, pracovat s přístroji generujícími řeč, používat klíčová slova ve znakování a nabízet dětem volby. Po školení pečovatelé zlepšili používání těchto strategií při hraní rolí a cítili se kompetentnější při jejich používání. Někteří si dokonce osvojili tyto dovednosti v reálných interakcích s dětmi.

Autoři navrhli tento trénink podle modelu instruktáže komunikačních partnerů, který se zaměřuje na postupné učení konkrétních strategií. Využili principy vzdělávání dospělých, aby vytvořili bezpečné a respektující prostředí, což pečovatelé vnímali jako pozitivní. Materiály byly navrženy tak, aby byly snadno srozumitelné, obsahovaly jednoduchý jazyk a vizuální pomůcky. Použili také škálu pro hodnocení dosažených cílů (GAS), aby měřili pokrok pečovatelů před a po tréninku.

Tato studie přispívá k důkazům, že skupinový trénink komunikačních partnerů je efektivní způsob, jak rozvíjet jejich dovednosti. Autoři také zdůraznili, že tento typ školení může pečovatelům umožnit vzájemné učení a vytváření podpůrných sítí, které přesahují rámec samotného tréninku.

VFSS u kojenců krmených z lahve

Studie Pados a kolegů zkoumala průtok bária a zahuštěných báriových směsí přes savičky lahví. Zjistili, že přestože báriové směsi měly stejnou hustotu jako běžné formule podle testu IDDSI, jejich tok byl pomalejší. Tato nerovnost se zvyšovala se zahuštěním směsi. Hernandez a kolegové měřili viskozitu mateřského mléka a kojeneckých formulí a zjistili, že přidání bária vedlo ke zvýšení viskozity, což ovlivnilo polykání. Různé formule reagovaly odlišně na přidání stejného bária, což přidává další vrstvu složitosti.

Význam těchto zjištění spočívá v tom, že tekutiny testované během VFSS mohou mít jinou konzistenci než ty, které děti běžně dostávají, což by mohlo vést k falešným závěrům o jejich schopnosti polykat. Proto je důležité zajistit, aby hodnocení pomocí VFSS vedlo k lepším rozhodnutím o péči o kojence v každodenním životě.

Doporučuje se používat protokol během VFSS pro zvýšení konzistence výsledků, využívat objektivní měření polykací fyziologie a sledovat více než jen několik počátečních polknutí. Dále je důležité kombinovat výsledky VFSS s klinickým hodnocením a informacemi od rodiny, aby byla zajištěna celistvost hodnocení.

Hernandez, A. M., Berto, M. I. & Bianchini, E.. (2024). Rheological assessment of liquids offered in paediatric Videofluoroscopy Swallowing Study. *International Journal of Food Studies*. <https://doi.org/10.7455/ijfs/13.1.2024.a1> [open access]

Pados, B. F., Engstler, K., & Hernandez, K. (2024). Flow rates of bottle nipples/teats with different thicknesses of barium and infant formula. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. https://doi.org/doi:10.1044/2024_PERSP-24-00031 [available to ASHA SIG members]

Sdílené čtení

Studie zdůrazňuje široké přínosy sdíleného čtení pro děti s vícečetným postižením (PMLD) a vysokými podpůrnými potřebami, které přesahují běžné vzdělávací a literární cíle. Sdílené čtení může například pomoci dětem regulovat emoce, budovat očekávání a porozumění prostřednictvím opakování stejných knih po mnoho let, což je zásadní pro jejich rozvoj a pohodu. Děti v této studii měly problémy s komunikací a jejich rodiny se zapojily do tvorby personalizovaných příběhů pomocí aplikace Pictello, která zahrnovala fotografie, videa a zvukové nahrávky, aby byly příběhy smysluplné a přístupné pro děti.

Studie ukázala, že knihy s opakováním, rýmy a písněmi byly úspěšné, protože pomáhaly dětem regulovat emoce a mohly být užitečné v náročných situacích. Personalizované příběhy navíc pomáhaly připravit děti na nové události nebo jim umožnily vzpomínat na významné okamžiky. Sdílené čtení poskytovalo i příležitosti k fyzické blízkosti s rodinou, což bylo pro děti důležité.

Další výzkumy ukazují, že sdílené čtení může zlepšit poslechové dovednosti dětí s intelektuálním postižením bez ohledu na to, zda používají verbální komunikaci nebo alternativní a augmentativní komunikaci. Úpravy textů, jako je zkrácení, přidání obrázků nebo opakujech se řádků, výrazně zlepšily schopnost dětí odpovídat na otázky.

Doak, L. (2024). Exploring the value of family shared reading with young people who have Profound and Multiple Learning Disabilities (PMLD). *Journal of Early Childhood Literacy*. <http://doi.org/10.1177/14687984241235124> [open access]

Orriëns, L. B., de Groot, S. A. F., van der Burg, J. J. W., van den Hoogen, F. J. A., van Hulst, K., & Erasmus, C. E. (2024). Interdisciplinary assessment and treatment of paediatric drooling: Two decades of experience by the Nijmegen saliva control team reflected in a stepwise algorithm. *European Journal of Pediatrics*, <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05658-5> [open access]

Toews, S. G., Zimmerman, K. N., Kurth, J. A., & Crump, N. (2024). Comparison of using modified and nonmodified books on comprehension of students with extensive support needs. *Remedial and Special Education*. <https://doi.org/10.1177/07419325241234079>

..

OMNI-VES

Vokální námaha je běžnou stížností spojenou s dysfonií, ale je obtížně definovatelná, protože zahrnuje vnímané fyziologické, fyzické a kognitivní úsilí při používání hlasu. Na rozdíl od vokální únavy, která znamená zhoršení hlasu v průběhu času, vokální námaha představuje okamžitou míru vynaloženého úsilí při mluvení. I když existuje řada pacientem hodnocených nástrojů (např. Voice Handicap Index – VHI) pro identifikaci symptomů dysfonie, žádný z nich zcela nezachycuje právě vokální námahu.

Zde přichází do hry OMNI Vocal Effort Scale (OMNI-VES), která byla původně adaptována z OMNI škál používaných k měření vnímaného úsilí při cvičení, jako je běh nebo cyklistika. OMNI-VES je jedenáctibodová vizuální analogová škála, která zjišťuje, jaké úsilí člověk vnímá při každodenním používání hlasu, s hodnotami od 0 (extrémně snadné) po 10 (extrémně těžké).

Nedávná studie Morton-Jones et al. zkoumala normální hodnoty OMNI-VES u dospělých bez poruch hlasu, kde většina (92 %) hodnotila námahu mezi 0 (snadné) a 3 (mírné), bez výrazných rozdílů mezi věkem nebo pohlavím. Tento kontext umožňuje lépe interpretovat výsledky pacientů s poruchami hlasu. Například hodnota 5 u pacienta nyní může být interpretována jako nadprůměrná v porovnání s běžnou populací.

OMNI-VES je také rychlým a intuitivním nástrojem, který zachycuje námahu při používání hlasu, což je důležitý aspekt, který jiné dotazníky nedokáží plně zachytit.

Morton-Jones, M. E., Timmons Sund, L., Castro, M. E., Hapner, E. R. (2024). Adult normative data for the OMNI-vocal effort scale (VES). *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.31464>

Intervence pro dospělé s intelektuálním postižením a demencí

Pro lidi s intelektuálním postižením je vyšší riziko rozvoje demence, a proto je potřeba zvýšit počet odborníků s dovednostmi pracovat s touto populací. Studie od Muralidhara a kolegů se zaměřuje na přehled psychosociálních intervencí určených přímo pro dospělé s intelektuálním postižením a demencí. I když nejsou důkazy ve smyslu přísných klinických zkoušek příliš silné, existují pozitivní výsledky v oblasti nálady, pohody, nezávislosti a kognice, které si zaslouží pozornost.

Efektivní intervence často zahrnují hudbu, zvířata, vzpomínky, umění, kognitivní stimulaci nebo technologii a jsou nejúčinnější, když jsou instrukce zjednodušeny, úkoly rozděleny na malé části, jsou poskytnuty smyslové podpory (např. pro zrak a sluch) a když je použit augmentativní nebo alternativní způsob komunikace. Zásadní je také individuální přístup a dostatek času na splnění úkolu.

Jeden z příkladů terapie může být reminiscenční terapie, která pomáhá zlepšovat komunikaci a kvalitu života. Při ní se využívají osobně významné fotografie a předměty, na které se kladou jednoduché otázky, a klient je podporován v sdílení vzpomínek. Výsledky se mohou měřit pomocí grafů zaznamenávajících zapojení a emocionální reakce klienta.

I když klienti nemusí mít mnoho vzpomínkových materiálů, lze přizpůsobit aktivity podle jejich zájmů, jako je například hudba, a sledovat jejich reakce. Tyto přístupy mohou významně přispět ke zlepšení kvality života lidí s intelektuálním postižením a demencí.

Muralidhar, M., Spector, A., Hui, E. K., Liu, L., & Ali, A. (2024). A systematic review of psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and dementia. *Aging & Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2265322> [open access]

Emoce a afázie

V praxi logopedie se terapeuti často setkávají s emocionálními výzvami, které jsou úzce spjaty s poruchami komunikace jejich klientů, například s afázií. Mnoho logopedů se však cítí nepřipraveno zvládat tyto momenty a mohou ukončit sezení předčasně nebo klienty odesílat k odborníkům na duševní zdraví častěji, než je nutné. I když jsou doporučení důležitá, logopedi mají svou roli i v oblasti poradenství, zejména když jsou emoce přímo spojeny s komunikační poruchou.

Logopedi jsou vyškoleni poskytovat „informační poradenství“, které zahrnuje vzdělávání klientů a jejich rodin o poruchách, a také „poradenství pro zlepšení kvality života“, které pomáhá klientům zvládat emoce spojené s jejich stavem (např. smutek ztráty schopností kvůli afázii). Studie ukazují, že řešení emocionálního stavu je zásadní pro pozitivní výsledky terapie, protože neléčená úzkost nebo deprese může bránit pokroku a sociálnímu zapojení.

Účinné poradenství v logopedii zahrnuje „aktivní naslouchání“, „přeformulování situací“ a „posilování sociální podpory“. Aktivní naslouchání znamená porozumění emocím klienta bez spěchu na reakci. Přeformulování situací pomáhá klientům vnímat své výzvy méně emocionálně intenzivně, často prostřednictvím narativní terapie, kde se klienti mohou od své poruchy oddělit. Posilování sociální podpory, například prostřednictvím tréninku komunikačních partnerů nebo podpůrných skupin, zlepšuje emocionální pohodu.

Integraci poradenství do léčby mohou logopedi podpořit jak emocionální, tak komunikační potřeby klientů, jako je například Bill, a zajistit, aby terapie zohledňovala celou osobu, nejen poruchu.

AlFraihi, S. S., Patchwood, E., & Conroy, P. (2024). A scoping review of therapies targeting confidence in stroke survivors. *Aphasiology*. <https://doi.org/10.1080/02687038.2024.2340804> [open access]

Harmon, T. G. (2023). Understanding and addressing the individualized emotional impact of aphasia: A framework for speech-language pathologists. *Seminars in Speech and Language*. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1776418>

Hoepner, J. K., & Townsend, A. K. (2023). Counseling practices of speech-language pathologists working with aphasia: "I did not have adequate training in actual counseling strategies." *Aphasiology*. <https://doi.org/10.1080/02687038.2023.2262682>

Lavergne, N., Azios, J. H., Azios, M., & Saar, K. W. (2024). In the driver's seat: Narrative-based counseling in aphasia. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. https://doi.org/10.1044/2024_PERSP-23-00179 [available to ASHA SIG members]

Behaviorální varianta frontotemporální demence

Behaviorální varianta frontotemporální demence (bvFTD) je forma demence, která se typicky vyskytuje u lidí ve věku 40 až 60 let. Je charakterizována progresivními změnami v chování a osobnosti. Mezi hlavní příznaky patří disinhibice (nedostatek zábrán), apatie, ztráta empatie a soucitnosti, kompulzivní chování a další. Na rozdíl od jiných forem demence si osoby s bvFTD často zachovávají epizodickou paměť a vizuoprostorové schopnosti, ale čelí významným

problémům s výkonnými funkcemi a závažnými behaviorálními obtížemi, jako jsou nevhodné chování, hromadění věcí a impulzivní jednání.

Výzkum zaměřený na léčbu bvFTD je omezený, ale existuje několik přístupů, které se soustředí spíše na zvládání problémového chování a podporu pečovatелů než na obnovu jazykových dovedností. Mezi efektivní strategie patří:

- Úprava prostředí ke snížení rizika problémového chování (například volba tiššího prostředí k prevenci výbuchů emocí na veřejnosti).
- Vzdělávání pečovatелů a používání nástrojů, jako jsou informační karty, které mohou pomoci zvládat sociální interakce.
- Vizuální připomínky ke zvládání stravovacích návyků a bezpečnosti.
- Předem připravená konverzační témata, která usnadní komunikaci.
- Použití augmentativní a alternativní komunikace (AAK) ke snížení frustrace způsobené jazykovými obtížemi.
- Zajištění bezpečnosti, například pomocí alarmů u dveří, aby se snížilo riziko nehod.
- Spolupráce s multidisciplinárním týmem, například k prozkoumání farmakologických možností pro zvládání chování, a doporučení podpůrných skupin pro rodiny.

Celkově se léčba bvFTD zaměřuje spíše na zlepšení kvality života prostřednictvím řízení chování a podpory pečovatелů než na pokusy obnovit ztracené jazykové nebo kognitivní schopnosti.

[Meade, G., Machulda, M. M., Clark, H. M., Duffy, J. R., Botha, H., Whitwell, J. L., Josephs, K. A., & Utianski, R. L. \(2024\). Identifying and addressing functional communication challenges in patients with behavioral variant frontotemporal dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*. \[https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00013\]\(https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00013\) \[available to ASHA members\]](https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00013)

FEES v terapii kašle a polykání

James Curtis nedávno představil systematický přístup k využití FEES (flexibilní endoskopie) jako biofeedbacku pro terapii kašle a polykání. Tento přístup zahrnuje cvičení jako zadržení sousta, zadržení dechu a Mendelsohnův manévr, které jsou vhodné pro biofeedback pomocí endoskopie.

Kroky, které Curtis navrhuje:

1. Před-trénink: Pacient cvičí cílovou úlohu bez sledování monitoru (např. zadržení sousta). Poté se hodnotí přesnost a vlastní vnímání výkonu pacienta.
2. Vzdělávání: Pacient je otočen k monitoru, kde je mu vysvětleno, jak funguje jeho polykání/kašel a co je cílem cvičení.
3. Biofeedback trénink: Pacient provádí cvičení, sleduje monitor a dostává zpětnou vazbu o svém výkonu.
4. Postupné odstranění biofeedbacku: Když pacient dosáhne určité úrovně přesnosti, pokračuje v cvičení bez sledování monitoru, ale klinik stále monitoruje výkon.
5. Post-tréninkové hodnocení: Pacient znovu provádí cvičení bez sledování monitoru a hodnotí se jeho pokrok a povědomí o výkonu.

Curtis také ukazuje praktické videa pro trénink zadržení dechu a Mendelsohnova manévru. Přístup využívá biofeedback k zlepšení motorického učení a výkonu při terapii polykání a kašle, a přestože je potřeba více výzkumu, má tento přístup velký potenciál pro logopedy.

Curtis, J. A. (2023). Endoscopic biofeedback training for cough and swallow: The what, why, and how. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. https://doi.org/10.1044/2023_PERSP-23-00190 [available to ASHA SIG members]

Reflexe klinických předpokladů

Čelili jste někdy pacientovi, který vás překvapil? Například osteofyty na vyšetření s modifikovaným baryovým polykáním nebo pacient s pokročilým neurodegenerativním onemocněním, který bez problémů vypil limonádu a snědl sendvič? Někdy se realita liší od našich očekávání.

Gunasekaran a jeho kolegové potvrzují, že to patří k procesu. Zjistili, že logopedi se zapojují do cyklů induktivního a deduktivního uvažování při klinických rozhodnutích. Tvoříme hypotézy a testujeme je sběrem dat, přičemž tento cyklus opakujeme během hospitalizace pacienta, která se neustále vyvíjí.

Příklad klinického případu:

Pacient je 33letý muž s cervikálním chordomem. Předpokládáte, že by mohl být vhodný pro Passy Muir ventil a potřebuje instrumentální vyšetření. Po shromáždění informací od neurochirurga zjišťujete, že ventil je kontraindikován. Pacient komunikuje pomocí zápisníku a možná by mu prospěly pokročilejší AAK možnosti.

Další vyšetření potvrdilo těžké poruchy v polykání a tichou aspiraci. Pacient souhlasí s účastí na terapii polykání.

Reflexe:

- Bylo to, co jsem předpokládal, pravdivé? Ne, očekával jsem, že symptomy dysfagie budou dočasné.
- Jak mi to pomůže vytvořit celkový obrázek? Pacient pravděpodobně potřebuje dlouhodobější management dysfagie.
- Jaké další informace potřebuji? Odpověď pacienta na terapii a zda se jeho polykání zlepší s optimalizací výživy.

Intenzivní zaměření na naše klinické uvažování je prospěšné, protože:

- Snižuje potvrzovací zkreslení: Udržuje naše myšlenky od ovlivnění sběru informací.
- Zvyšuje efektivitu: Tento cyklický proces nám pomáhá vyvíjet plán a být otevřen změnám.
- Poskytuje rámec pro školení studentů a nových zaměstnanců: Pomáhá nám v syntéze všech informací, což je obtížné naučit.

Gunasekaran, S., Murray, J., & Doeltgen, S. (2024). Clinical reasoning during dysphagia assessment and management in acute care: A longitudinal qualitative study. International Journal of Language & Communication Disorders. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.13005> [open access]

Suzuki, M., Nagano, A., Ueshima, J., Saino, Y., Kawase, F., Kobayashi, H., Murotani, K., Inoue, T., Nagami, S., & Maeda, K. (2024). Prevalence of dysphagia in patients after orthopedic surgery. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105312>

Yu, A. C., Ko, M., Han, A. Y., St. John, M., & Chhetri, D. K. (2024). Speech and swallowing outcomes of surgically managed cervical chordoma: A case series. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.31418>

Děti s kraniostenózou

Děti s kraniostenózou podstupují v raném věku náročné operace hlavy, takže byste se mohli obávat, jak to může ovlivnit jejich jazykový vývoj. Zatímco bychom se mohli zaměřit na děti se syndromy jako součást kraniostenózy, nezapomínejte ani na děti bez syndromu. Aksoğan a kolegové zjistili, že tyto děti mají téměř šestkrát vyšší pravděpodobnost, že budou mít opoždění vývoje jazyka podle Bayley-III ve srovnání se svými vrstevníky bez kraniostenózy, takže se ujistěte, že hodnotíte jejich jazyk i poté, co jsou operace úspěšně dokončeny.

<https://doi.org/10.1007/s00381-024-06303-0>

Multiple Oppositions Intervention

Víme, že lingvisticko-fonologické přístupy mohou být účinné při léčbě poruch výslovnosti (SDD) u dětí s rozštěpem patra a/nebo rtu (CP $\pm$ L). Co ale přístup Multiple Oppositions Intervention (MOI)? Andersen a kol. uvádějí zlepšení hodnocení závažnosti SDD z „těžké“ na „mírnou“ a rozšíření zlepšení na necílové fonémy a srozumitelnost dvanáct měsíců po intervenci u obou účastníků jejich případové studie. Autoři zdůrazňují tyto tři faktory jako přispívající k účinnosti přístupu MOI u svých subjektů: vysokou intenzitu dávkování (140 produkcí na sezení), integraci artikulačního přístupu, kde je to vhodné, a zahrnutí intervence řízené rodiči po vhodném školení. Stejně jako u jakéhokoli designu případové studie může být aplikace těchto zjištění na širší populaci CP $\pm$ L omezená. Ale s tím, jak přístupy LPI získávají oblibu ve světě terapie SDD pro děti s CP $\pm$ L, může být užitečné zvážit MOI jako součást vašeho léčebného plánu.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02699206.2024.2339308>

Fragilní X

Klusek a kol. zkoumali sociální komunikační dovednosti dětí ve věku 2–4 let, u kterých byla identifikována genetická varianta pro Fragilní X (buď při narození, nebo prostřednictvím testování poté, co byl identifikován rodinný příslušník), ve srovnání s dětmi s typickým vývojem. Na základě kombinovaných výsledků standardizovaných hodnocení, zpráv od rodičů a observačních měření vykazovaly děti s Fragilním X významně zpožděný rozvoj sociální komunikace (např. méně zapojení a používání gest, mimiky, očního kontaktu a vokalizací směřovaných k jiným), přičemž jejich receptivní a expresivní jazykové dovednosti byly průměrné. Tyto výsledky dále podporují zpoždění v pragmatické komunikaci jako časný identifikační znak Fragilního X a potřebu identifikace a intervence co nejdříve. Bohužel, mnoho dětí s Fragilním X není identifikováno včas, aby mohly získat služby rané intervence, a není jasné, zda standardní screeniny v ordinaci pediatra jsou dostatečné k odhalení těchto časných zpoždění. V populaci s Fragilním X je zvýšená pravděpodobnost autismu, a proto by měly být tyto děti sledovány, aby zajistily, že dostanou potřebnou podporu, a všichni poskytovatelé by měli být informováni o spojení mezi Fragilním X a (časnými a často dlouhotrvajícími) zpožděními v sociální komunikaci.

Krmení a polykání dětí, které dlouhodobě podstupují invazivní ventilaci nebo neinvazivní ventilaci

Lee a kolegové zkoumali výsledky krmení a polykání dětí, které dlouhodobě podstupují invazivní ventilaci (tj. přes tracheostomii) nebo neinvazivní ventilaci (tj. přes nosní kanylu nebo obličejovou masku) – jejich definice nezahrnovala děti používající terapii s vysokým průtokem kyslíku. Zde je to, co víme o těchto dětech:

- Byly převážně krmeny enterálně, bez ohledu na to, zda byla jejich ventilace invazivní nebo ne.
- Bylo hlášeno řada problémů s krmením a polykáním, včetně:
 - Obtíží s managementem orálních sekrecí;
 - Obtíží s polykáním;
 - Klinických příznaků aspirace; a
 - Orální averze.
- Špatné orální krmení nebylo spojeno pouze s ventilací samotnou, ale také s:
 - Zpožděnými nebo sníženými orálními motorickými dovednostmi pro zpracování tekutin a pevných potravin;
 - Orální citlivostí;
 - Špatnou kontrolou hlavy; a
 - Sníženou silou kašle.

Ještě nevíme dost o intervencích pro děti s dlouhodobou ventilací a problémy s krmením. Přesto, vzhledem k výše uvedenému profilu, můžeme se pokusit podpořit bezpečné a pozitivní orální zkušenosti tím, že jim pomůžeme naučit se orální motorické dovednosti pro kousání a žvýkání, podpoříme jejich přechod na texturované pevné potraviny, spolupracujeme s fyzioterapeuty a ergoterapeuty na optimalizaci polohování pro kontrolu hlavy a management sekrecí, sledujeme jejich bezpečnost při polykání a intervenujeme, když je to potřeba, a vždy hájíme jejich autonomii a schopnost při orálním krmení a péči o ústní dutinu (přičemž si pamatujeme, že být reagující bude vypadat pro každé dítě jinak).

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-023-10648-0>

Vodní intervence

Hooft a kol. přezkoumali důkazy o vodních intervencích u autistických dětí v 19 intervenčních studiích. Zjistili celkové zlepšení motorických dovedností a omezenou podporu pro změny v sociálních dovednostech. Literatura ukazuje, že vodní terapie podporuje přizpůsobení autistických dětí bazénu, plavecké dovednosti a rovnováhu. Může také podpořit jejich sociální interakci a zapojení do aktivit. Nicméně, její využití pro terapii sociální komunikace v současnosti nemá silné důkazy.

Transtracheální tlak

Děti, které podstupují tracheostomie, žijí s čím dál složitějšími a komorbidními zdravotními stavy. Vzhledem k této složitosti, jak mohou týmy předpovědět, které děti mohou úspěšně projít dekanylací? Young a kol. zkoumali, zda existují klinické ukazatele, které by nám to řekly. Takový je například transtracheální tlak (TTP).

Podle Younga a jeho kolegů TTP může objektivně říci:

- Zda dítě potřebuje spánkovou studii a/nebo chirurgii dýchacích cest, jako je mikrolaryngoskopie/bronchoskopie, před dekanylací (což je indikováno zvýšeným TTP >10 cm H₂O).
- Obecně, jak jsou dýchací cesty průchodné.

V této studii TTP nepředpověděl:

- Zda dítě bude schopno být úspěšně dekanylováno, bez ohledu na to, zda je TTP vysoké nebo nízké.
- Nezávisle, zda dítě toleruje svůj mluvící ventil (protože tolerance je multifaktoriální).

Takže pokud měření TTP nepomáhá při dekanylaci, máme TTP zahodit? Ne! TTP je stále klíčovou součástí nástrojů logopedů, když pracujeme s týmem tracheostomie na přípravě na dekanylaci, zejména protože nám poskytuje klinické informace o průchodnosti dýchacích cest a potřebě dalšího vyšetření horních dýchacích cest. Tento výzkum jednoduše zdůrazňuje, že TTP by nemělo být používáno k rozhodování v izolaci, stejně jako mnoho našich dalších nástrojů pro augmentaci. Pokračujte ve skvělých manometrických měřeních!

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lary.31280>