

### **Pediatrická paliativní péče a role klinického logopeda**

Pediatrická paliativní péče je oblast zdravotní péče, která bývá často nesprávně chápána pouze jako péče o děti v závěrečné fázi života. Ve skutečnosti však zahrnuje mnohem širší spektrum pacientů a jejich rodin. Logopedi, zejména ti, kteří se specializují na alternativní a augmentativní komunikaci (AAC) nebo poruchy polykání (dysfagii), se stále častěji setkávají s dětmi, které mají život limitující nebo terminální diagnózy. Typicky jde o genetická onemocnění, onkologické diagnózy nebo neurodegenerativní poruchy. Někteří logopedi pracují přímo v týmech pediatrické paliativní péče, jiní se s těmito pacienty setkávají prostřednictvím doporučení z nemocnic, neonatologických oddělení nebo specializovaných center.

Pediatrická paliativní péče (PPC) je určena dětem s vážnými onemocněními, která mohou významně zkrátit délku života nebo zásadně ovlivnit jeho kvalitu. Nejde pouze o péči v okamžiku, kdy již není možná léčba. Mnoho dětí v paliativní péči stále podstupuje aktivní léčbu zaměřenou na uzdravení nebo alespoň na zlepšení kvality života. Péče může trvat měsíce, ale i mnoho let, a některé děti v ní pokračují dokonce až do dospělosti.

Mezi život limitující stavy se řadí několik hlavních skupin onemocnění. První skupinu tvoří nemoci, u nichž existuje možnost vyléčení, avšak léčba nemusí být úspěšná, například některé typy rakoviny. Druhou skupinou jsou onemocnění, u nichž je předčasná úmrtí nevyhnutelné, ale intenzivní léčba může prodloužit život a umožnit dítěti zapojení do běžných aktivit; typickým příkladem je cystická fibróza. Třetí kategorii představují progresivní onemocnění bez možnosti vyléčení, například neurodegenerativní nebo metabolické poruchy, kdy léčba může trvat řadu let. Poslední skupinou jsou nevratné, avšak stabilní stavy, jako je těžká forma dětské mozkové obrny.

Zásadním principem pediatrické paliativní péče je multidisciplinární přístup. Péče není zaměřena pouze na samotné dítě, ale také na celou rodinu. Důležitá je komplexní podpora fyzických, psychických, sociálních i komunikačních potřeb. Péče je orientovaná na cíle rodiny a dítěte, přičemž důraz je kladen na prevenci symptomů, zmírnění bolesti a zajištění co nejvyšší možné kvality života. Součástí tohoto přístupu je také podpora rodiny během celé nemoci i po úmrtí dítěte.

Výzkumy ukazují, že dobře nastavené protokoly pediatrické paliativní péče mohou zlepšit přechody mezi jednotlivými formami péče, omezit zbytečné invazivní zákroky a zlepšit kontrolu symptomů v závěru života. V mnoha zdravotnických zařízeních však stále chybí jednotné postupy. Proto vznikají standardizované rámce péče, které zdůrazňují význam multidisciplinárního týmu složeného z lékařů, sociálních pracovníků, psychologů, terapeutů a dalších odborníků. Důležité je také jasné vymezení cílů léčby a podpory rodiny a dostupnost psychosociální pomoci nejen pro rodiče a dítě, ale také pro samotné zdravotníky.

Role logopeda v pediatrické paliativní péči je velmi komplexní. Logoped zde není pouze odborníkem na komunikaci nebo polykání, ale často také významným zdrojem podpory pro rodiče. Poskytuje edukaci, pomáhá rodině porozumět změnám v komunikačních schopnostech dítěte a podporuje komfort dítěte prostřednictvím individuálně nastavených cílů. Péče musí být maximálně citlivá a orientovaná na potřeby dítěte i jeho rodiny.

Specifickou oblastí je diagnostika. Logopedi pracující v paliativní péči sice využívají standardní vyšetření, například vyšetření orofaciální motoriky, hlavových nervů nebo hlasových funkcí, avšak mnohem více spoléhají na pozorování dítěte a rozhovory s pečovateli. Cílem není detailní objektivní měření výkonu, ale

pochopení aktuálních možností dítěte a jeho každodenního fungování v oblasti komunikace a příjmu potravy.

Velmi důležitou součástí péče je management dysfagie. V paliativní péči nejde vždy primárně o odstranění poruchy polykání, ale o vyhodnocení rizik a hledání rovnováhy mezi bezpečností a kvalitou života. Instrumentální vyšetření polykání se používají hlavně k posouzení aktuálního rizika aspirace a funkčních schopností dítěte. Logoped následně pomáhá rodině rozhodovat se mezi různými úrovněmi rizika. Například u dítěte, které aspiruje při kojení, ale bezpečně přijímá zahuštěné mléko z lahve, může logoped rodičům vysvětlit, že plné kojení představuje vysoké riziko, omezené kojení střední riziko a krmení z lahve nejnižší riziko. Rodina si pak může zvolit přístup, který nejlépe odpovídá jejich prioritám a představě o kvalitě života dítěte.

Další klíčovou oblastí je komunikace. U dětí s progresivními onemocněními je vhodné zavádět alternativní a augmentativní komunikaci ještě před tím, než ji dítě akutně potřebuje. Díky tomu mají dítě i rodiče možnost se s komunikačními pomůckami seznámit dříve, než dojde k náhlému zhoršení stavu nebo například k nutnosti intubace. Logoped zároveň učí rodiče různé strategie podpory komunikace, například používání obrázků, nabízení jednoduchých voleb, poskytování dostatečného času na reakci nebo interpretaci neverbálních projevů dítěte. Tyto dovednosti jsou důležité zejména proto, že komunikační schopnosti dítěte se mohou měnit velmi rychle, někdy i ze dne na den.

Stanovování terapeutických cílů v pediatrické paliativní péči se výrazně liší od běžné rehabilitační praxe. Cíle nejsou zaměřeny primárně na zlepšení výkonu, ale na zachování co nejvyšší možné úrovně fungování a kvality života. Logoped se často ptá dítěte nebo rodiny na témata, která jsou pro ně osobně důležitá – například o čem dítě rádo mluví, s kým chce komunikovat nebo jaké aktivity mu přinášejí radost. Terapie pak směřuje k tomu, aby dítě mohlo vyjadřovat své potřeby, popsat bolest a udržovat smysluplný kontakt se svou rodinou.

Součástí práce logopeda je také podpora pečujících osob. Rodiče často procházejí extrémně náročným obdobím plným nejistoty, stresu a emocí. Citlivá komunikace, empatie a schopnost respektovat rozhodnutí rodiny jsou proto nezbytné. Logoped musí zároveň úzce spolupracovat s ostatními členy týmu a dbát také na vlastní psychickou pohodu, protože práce v paliativní péči může být emočně velmi zatěžující.

Přestože je práce s dětmi v pediatrické paliativní péči náročná, může být také mimořádně smysluplná a obohacující. Pokud zdravotníci dokážou poskytovat skutečně rodinně orientovanou péči, efektivně komunikovat v rámci týmu a podporovat důstojnost i komfort dítěte, mohou významně přispět ke kvalitě života celé rodiny během jedné z nejtěžších životních situací.

Dombrecht, L., Roets, E., Cools, F., Roelens, K., Van den Mooter, E., Goossens, L., Chambaere, K., & Beernaert, K. (2025). Supporting infants with severe perinatal diagnoses, their families and healthcare providers: development of a perinatal palliative care program. *BMC Palliative Care*. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01923-y> [open access]

Krikheli, L., Erickson, S., Carey, L. B., Carey-Sargeant, C. L., & Mathisen, B. A. (2021). Speech-language pathologists in pediatric palliative care: An international study of perceptions and experiences. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/2020\\_ajslp-20-00090](https://doi.org/10.1044/2020_ajslp-20-00090) [available to ASHA members]

## **Komunikační „ping-pong“: Jak vzniká jazyk a učení v interakci s dítětem**

V oblasti raného vývoje dítěte a logopedické intervence se často používá metafora „serve and return“, tedy „podání a odpověď“. Tento koncept popisuje základní princip rané komunikace mezi dítětem a dospělým – jeden člověk vyšle komunikační podnět a druhý na něj reaguje. Někteří odborníci tento proces přirovnávají ke hře na házení míče nebo ke „kruhům komunikace“. Jde o vzájemné naladění a střídání komunikačních tahů, které tvoří základ pro jazykový, sociální i kognitivní vývoj dítěte.

Výzkumníci Houen a kolegové však navrhují tento známý model rozšířit. Podle nich nestačí pouze jednoduché „podání a odpověď“. Tvrdí, že skutečné učení vzniká až tehdy, když se komunikace rozvine do delšího, živého a vzájemného dialogu. Proto přicházejí s novým konceptem „serve-return-rally-learn“, tedy „podání–odpověď–výměna–učení“.

Pojem „rally“ pochází z tenisu a označuje dlouhou výměnu míčků mezi hráči, kdy se míček stále drží ve hře a nespadne na zem. V jiných sportech bychom mohli mluvit o „voleji“ nebo „pinkání“. Fanoušci seriálu Bluey mohou tento princip znát pod názvem „keepy-uppy“, tedy snaha udržet balónek co nejdéle ve vzduchu. Právě tato metafora podle autorů mnohem lépe vystihuje, jak vzniká kvalitní komunikace a učení mezi dítětem a dospělým.

Autoři vycházejí z oblasti konverzační analýzy, která zkoumá, jak lidé společně vytvářejí rozhovor a význam během interakce. Nejde zde o experimentální studii s jasně testovanou hypotézou, ale spíše o teoretický návrh založený na dosavadních poznatcích. Houen a kolegové chtějí upozornit na to, že největší rozvoj dítěte nevzniká během jednoduchých dvoukrokových interakcí typu otázka–odpověď, ale v dynamických, postupně rozvíjených komunikačních výměnách, kde jsou dětské myšlenky, zájmy a perspektiva brány vážně.

Důležitou součástí této úvahy je také kulturní citlivost. Výzkumy rodičovských interakcí jsou totiž silně ovlivněny kulturními normami a hodnotami. To, co je v jedné kultuře považováno za „dobré rodičovství“ nebo vhodnou komunikaci s dítětem, může být jinde odlišné. Proto autoři zdůrazňují potřebu kulturní pokory a neustálého uvědomování si vlastních předsudků při interpretaci výzkumu i při práci s rodinami.

Houen a kolegové tvrdí, že největší příležitosti k učení vznikají právě během dlouhých vzájemných interakcí. Nejde jen o to, že dítě odpoví na otázku dospělého. Klíčové je, aby komunikace pokračovala dál a rozvíjela se. Dospělý reaguje na dítě, dítě reaguje zpět, oba se navzájem přizpůsobují a společně vytvářejí význam.

Tento princip platí už od kojeneckého věku. Miminko se zapojuje prostřednictvím úsměvů, mimiky, broukání, smíchu nebo jednoduchých pohybů. Později mohou mít interakce podobu slovních rozhovorů. Důležité však není samotné používání slov. Jeden „tah“ v komunikační výměně může tvořit gesto, pohled očí, hračka podaná druhému člověku, pohyb těla nebo herní akce. Podstatné je naladění na dítě a přizpůsobení komunikace jeho aktuální vývojové úrovni.

Výzkumy konverzační analýzy a dětského vývoje nabízejí řadu praktických doporučení, jak dlouhé a smysluplné komunikační výměny vytvářet a udržovat. Autoři rozdělují strategie do tří hlavních oblastí: zahájení interakce, reakce na dítě a vytvoření vhodného komunikačního prostředí.

### **1. Zahájení interakce („serves“)**

Nejběžnějším způsobem zahájení komunikace bývají otázky. Logopedie dlouhodobě zdůrazňuje význam otevřených otázek, protože podporují delší odpovědi a rozvoj konverzace. Houen a kolegové však upozorňují, že situace není tak jednoduchá.

Otevřené otázky mohou být pro některé děti velmi užitečné, ale ne vždy a ne v každém věku nebo vývojové fázi. Naopak uzavřené otázky mohou někdy vést k dlouhé a bohaté interakci, zatímco otevřená otázka může

komunikaci zastavit ještě předtím, než se vůbec rozvine. Proto je důležitější sledovat, co konkrétnímu dítěti pomáhá udržet komunikaci v chodu, než striktně rozlišovat mezi „správnými“ a „nesprávnými“ typy otázek.

Otázky navíc nejsou jediným způsobem, jak interakci začít. Dospělý může například něco pojmenovat, komentovat, vyjádřit zvědavost nebo dítě nasměrovat k určité aktivitě. Dokonce i přímé vedení dítěte může být někdy užitečné. Zároveň nemusí být iniciátorem komunikace vždy dospělý. Velmi důležité je sledovat, jak komunikaci zahajuje samotné dítě, a následovat jeho zájem a iniciativu.

## **2. Odpovědi a reakce („returns“)**

To, jak dospělý na dítě reaguje, zásadně ovlivňuje pokračování interakce. Klíčovým pojmem jsou tzv. kontingentní odpovědi, tedy reakce, které přímo navazují na předchozí sdělení dítěte a rozvíjejí ho dál.

To znamená, že dospělý skutečně naslouchá a sleduje, co dítě sděluje. Ptá se sám sebe: Má dítě zájem pokračovat? Co se snaží vyjádřit? Jaké myšlenky nebo pocity stojí za jeho reakcí? Následně reaguje způsobem, který komunikaci podporuje a rozvíjí.

Autoři zdůrazňují význam citlivé a flexibilní responsiveness, tedy schopnosti pružně reagovat na dítě a přizpůsobit se jeho myšlení. Dospělý by měl aktivně pracovat na tom, aby porozuměl dětskému uvažování a pomohl dítěti propojit nové zkušenosti s předchozími znalostmi. Pokud dítě vnímáme jako kompetentního partnera, umožňujeme mu sdílet vlastní nápady, vytvářet hypotézy a rozvíjet své myšlení.

Mezi strategie, které pomáhají udržet komunikaci a zároveň podporují učení, patří například:

- pojmenovávání,
- rozšiřování dětských výpovědí,
- přeformulování,
- vysvětlování,
- přidávání nových informací,
- opakování,
- poskytování nápovědy,
- úprava otázek,
- vyžádání dalších informací.

Ve skutečnosti většina logopedických strategií jazykové stimulace směřuje právě k tomuto cíli – prodloužit a obohatit vzájemnou komunikaci tak, aby vznikaly příležitosti k učení. Autoři navíc doporučují strategie střídat a kombinovat. Pokud dospělý používá stále stejný způsob komunikace, dítě může ztratit zájem. Pestrost a flexibilita pomáhají udržovat motivaci i zapojení dítěte.

## **3. Kontext a vztah**

Možná ještě důležitější než konkrétní strategie je samotná kvalita vztahu a atmosféra interakce. Dítě potřebuje emočně bezpečné prostředí, ve kterém se cítí respektované, přijímané a podporované.

Dospělý by měl vystupovat jako komunikační partner, nikoli pouze jako někdo, kdo dítě „učí“. Důležité je mluvit s dítětem, nikoli pouze na dítě. Komunikace by měla být spolupracující a respektující.

Houen a kolegové zdůrazňují, že právě takové „serve-return-rally“ interakce vytvářejí bezpečný prostor, ve kterém dítě může riskovat, experimentovat, zkoumat své nápady a učit se. Tyto interakce představují základ

responzivní péče, která má silný vliv na kognitivní i behaviorální vývoj dítěte nejen v přítomném okamžiku, ale i dlouhodobě.

### **Jak vytvořit bezpečný komunikační prostor?**

Autoři doporučují několik praktických principů:

- používat společné zájmeno „my“, které zdůrazňuje spolupráci („Nedaří se nám tu věž postavit, co?“),
- používat výroky typu „Zajímalo by mě...“, které vyjadřují zvědavost a otevřenost,
- reagovat na nečekané nebo „špatné“ odpovědi dítěte zvědavě místo opravování,
- aktivně naslouchat, být fyzicky na úrovni dítěte a udržovat oční kontakt,
- podporovat hravost, humor a radost,
- zpomalit tempo komunikace a poskytovat dítěti dostatek času na zpracování informací a odpověď.

Jedna matka například popsala, že když po otázce vědomě čeká a dopřeje dítěti čas na reakci, vnímá to jako projev respektu vůči svému dítěti. Tento pohled velmi dobře vystihuje podstatu responzivní komunikace.

### **Jak tento koncept vysvětlit rodičům?**

Pro rodiče může být užitečné jednoduché přirovnání ke hře s míčem nebo tenisové výměně. Jazykové učení vzniká během vzájemné komunikace, kdy jeden člověk něco „hodí“ a druhý to „vrátí“. Interakci může zahájit dospělý i dítě – otázkou, komentářem, ukázáním na předmět, pohledem nebo gestem.

Jakmile komunikace začne, nejdůležitější je udržet ji co nejdéle v chodu. Dospělý sleduje, jak dítě reaguje, a podle toho odpovídá – může opakovat, rozšiřovat, vysvětlovat nebo pojmenovávat. Zároveň vytváří bezpečné a podporující prostředí, ve kterém se dítě nebojí komunikovat.

Koncept „serve-return-rally-learn“ tak nabízí jednoduchý, ale velmi výstižný rámec pro pochopení toho, jak vzniká jazyk, vztah i učení. Místo soustředění na jednotlivé techniky nám připomíná, že podstatou je skutečná vzájemná komunikace – živá, citlivá a společně sdílená.

Houen, S., Staton, S., Mulvihill, A., & Thorpe, K. (2026). Serve-return-rally-learn: Extending the serve and return metaphor in adult-child interactions. *Child Development Perspectives*. <https://doi.org/10.1093/cdpers/aadaf005> [open access]

### **Vliv odstranění mandlí a nosní mandle na příjem potravy a polykání u dětí**

Tonzilektomie a adenotomie, tedy chirurgické odstranění krčních mandlí a nosní mandle, patří mezi nejčastější operační zákroky prováděné u dětí. Nejčastějším důvodem operace bývá obstrukční spánková apnoe nebo opakované záněty mandlí. Přestože problémy s příjmem potravy nebývají hlavním důvodem k operaci, odborníci z oblasti dětské dysfagie a pediatrických poruch krmení si často kladou otázku, jaký vliv mají zvětšené mandle a jejich odstranění na jedení a pití dítěte. Zajímá je, zda po operaci dochází ke zlepšení, zhoršení, nebo zda se příjem potravy nezmění vůbec, a také jakou roli v tomto procesu může sehrát logoped.

Zvětšené krční nebo nosní mandle, odborně adenotonzilární hypertrofie, mohou výrazně ovlivňovat mechaniku příjmu potravy i dýchání. Mnoho rodičů si přitom žádných větších obtíží nemusí všimnout a mají pocit, že jejich dítě jí normálně. Výzkumy však ukazují, že i u dětí, které podle rodičů jedí bez problémů, mohou odborní pozorovatelé zaznamenat rozdíly v kvalitě žvýkání, polykání nebo celkového způsobu příjmu potravy ve srovnání s dětmi bez zvětšených mandlí.

U dětí s adenotonzilární hypertrofií byly popsány různé charakteristické projevy při jídle a pití. Tyto děti často preferují kašovitou nebo měkkou stravu a vyhýbají se potravinám vyžadujícím intenzivnější žvýkání, například masu nebo tvrdším texturám. Často přijímají větší množství tekutin, buď proto, aby si usnadnily polykání, nebo proto, že tekutiny částečně nahrazují pevnou stravu. Typické bývá také ukusování menších soust, žvýkání s otevřenými ústy nebo zvýšený výskyt dávení a zakuckávání. Některé studie popsaly i změny pozorované při videofluoroskopickém vyšetření polykání, například prodloužené držení sousta v ústech, omezený pohyb kořene jazyka, zhoršené zvedání hrtanu nebo zbytky potravy zachycené kolem mandlí.

Tyto obtíže dávají smysl i z anatomického hlediska. Zvětšené mandle totiž zmenšují prostor v oblasti hltanu, kudy musí potrava procházet, a zároveň mohou částečně blokovat dýchací cesty. Dítě tak má méně prostoru pro bezpečné polykání a zároveň musí během jídla více bojovat o dostatek vzduchu. Není proto překvapivé, že měkké a hladké potraviny bývají snáze tolerovány než strukturovaná strava. Některé děti také během jídla nechávají otevřená ústa, protože potřebují snadněji dýchat. To vše může vést k únavě při jídle, delšímu trvání stolování a obtížnější koordinaci mezi dýcháním a polykáním.

Po operaci je důležité počítat s tím, že zotavení nějakou dobu trvá. Tonzilektomie bývá pro děti bolestivá a první dny po zákroku jsou často spojeny se sníženým příjmem potravy a tekutin. Výzkumy ukazují, že téměř polovina dětí potřebuje více než týden, aby se vrátila ke své běžné předoperační stravě. U některých dětí, zejména těch s dalšími zdravotními obtížemi nebo neurologickým postižením, může být pooperační průběh složitější.

Přesto většina dostupných studií přináší poměrně pozitivní výsledky. U mnoha dětí dochází po odstranění mandlí a nosní mandle ke zlepšení příjmu potravy i polykání. Rodiče často popisují, že dítě začne jíst větší množství jídla, lépe toleruje různé textury a přijímá pestřejší stravu. Některé děti začnou zvládat větší sousta a potřebují méně tekutin k zapíjení potravy. Zlepšuje se také koordinace mezi dýcháním a polykáním, děti se při jídle méně unaví a samotné stolování bývá kratší a klidnější. Rodiče rovněž často uvádějí menší výskyt dávení, zakuckávání nebo zvracení při jídle.

Pozitivní změny byly pozorovány i při objektivních vyšetřeních polykání. Po operaci se u některých dětí snížila penetrace a aspirace do dýchacích cest a zlepšily se pohyby důležité pro bezpečné polykání. Některé studie zaznamenaly také omezení slinění nebo zlepšení skóre v dotaznících hodnotících kvalitu příjmu potravy a kvalitu života související s polykáním.

Zajímavé je, že řada studií popisuje také zlepšení růstu a nárůst hmotnosti po operaci. Přesný mechanismus však není zcela jasný, protože vyšší kalorický příjem nebyl vždy jednoznačně prokázán. Pravděpodobně zde hraje roli kombinace lepšího spánku, menší únavy, snazšího dýchání a efektivnějšího příjmu potravy.

Pozitivní změny byly zaznamenány jak u dětí, jejichž dysfagie souvisela převážně se zvětšenými mandlemi, tak u dětí s neurologickými obtížemi, kde mandle představovaly pouze jednu z částí komplexního problému. To naznačuje, že odstranění mechanické překážky v oblasti hltanu může přinést úlevu i dětem s dalšími zdravotními komplikacemi.

Je však důležité zmínit, že u některých dětí může dojít také ke zhoršení. Vyšší riziko pooperačních komplikací bylo popsáno například u dětí s Downovým syndromem nebo Angelmanovým syndromem. Tyto děti častěji vyžadovaly delší hospitalizaci a objevovaly se u nich dechové komplikace, například pokles saturace kyslíku nebo potřeba kyslíkové podpory. U některých pacientů byly zaznamenány problémy s hromaděním sekretu, nízkým příjmem potravy nebo dokonce aspirační pneumonií.

Některé studie popsaly i vznik nových známek dysfagie po operaci. Například část dětí, které před zákrokem nevykazovaly obtíže při polykání, měla dva týdny po operaci známky dysfagie. U některých dětí s neurologickou dysfagií byla po operaci nově pozorována penetrace nebo aspirace při videofluoroskopii, přestože před operací přítomna nebyla. U části pacientů pak nedošlo k žádné významné změně v příjmu potravy ani několik měsíců po operaci.

Velmi málo výzkumů se zaměřuje na děti s psychosociálními poruchami příjmu potravy, například s ARFID (vyhýbavá/restriktivní porucha příjmu potravy). Některé práce naznačují, že samotné odstranění mandlí nebo nosní mandle nemusí vést ke zlepšení těchto obtíží. Byl popsán dokonce případ dívky, která po tonzilektomii rozvinula výrazný strach z polykání a těžké projevy ARFID vyžadující psychiatrickou léčbu. Podobné případy byly popsány i u dospělých pacientů.

Z pohledu logopeda a odborníka na dětské krmení je proto důležité vnímat adenotonzilární hypertrofii jako možnou příčinu nebo spolupodílející faktor dětských poruch příjmu potravy. Zvláštní pozornost je vhodné věnovat dětem, které výrazně preferují měkkou stravu, jedí malé kousky nebo mají při jídle otevřená ústa. Pokud existuje podezření, že problém souvisí se zvětšenými mandlemi nebo nosní mandlí, je vhodné doporučit vyšetření u otorinolaryngologa.

Logoped by měl zároveň rodičům i ostatním odborníkům poskytovat realistické informace o možných výsledcích operace. Mnoho dětí po zákroku zaznamená výrazné zlepšení příjmu potravy, některé děti se však nezmění a u malé části může dojít i ke zhoršení. Rozhodování o operaci by proto mělo být multidisciplinární a mělo by zohledňovat celkový zdravotní stav dítěte, kvalitu života i rizika případných komplikací.

Velmi důležitá je také podpora rodiny během pooperačního období. V prvních dnech a týdnech po operaci nelze očekávat okamžité zlepšení. Dítě potřebuje čas na odeznění bolesti a otoku a rodiče potřebují realistická očekávání a podporu při zvládnání náročného období rekonvalescence. U dětí s vyšším rizikem komplikací je zásadní úzká spolupráce mezi logopedem, lékaři, nutričními terapeuty a dalšími odborníky.

Celkově dostupné důkazy naznačují, že odstranění mandlí a nosní mandle může mít pro mnoho dětí pozitivní vliv na příjem potravy, polykání i kvalitu života. Výsledky však nejsou stejné u všech pacientů a vždy je nutné individuálně zvážit možné přínosy i rizika. A jak s nadsázkou poznamenávají autoři článku – kromě odborné péče po operaci často pomůže i něco velmi jednoduchého: nanuky.

Ahmed, G. K., Karim, A. A., Khedr, E. M., Elbeh, K., Moheb, A., Abokresha, M., & Haridy, N. A. (2024). Case report: Avoidant/restrictive food intake disorder after tonsillectomy. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1351056> [open access]

Cassano, M., Russo, G., Granieri, C., & Ciavarella, D. (2018). Modification of growth, immunologic and feeding parameters in children with OSAS after adenotonsillectomy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. <https://doi.org/10.14639/0392-100x-1380> [open access]

Castellano, P., Gámiz, M. J., Bracero, F., Santiago, F., Soldado, L., Solanellas, J., Ruiz-Mondéjar, A., & Esteban, F. (2001). Morbilidad "habitual" de la amigdalectomía pediátrica: Estudio de 126 casos. *Acta Otorrinolaringológica Española*. [https://doi.org/10.1016/S0001-6519\(01\)78225-8](https://doi.org/10.1016/S0001-6519(01)78225-8)

Çelik, R. Ç., Çelik, C., Uygan, U., Turgut, H., Akdağ, K., & Uyar, Y. (2025). The impact of adenotonsillectomy on dysphagia and growth in pediatric patients: A prospective study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. <https://doi.org/10.1007/s00405-025-09598-0>

Chopra, M., Siu, J. M., Sell, E., Summers, J., Chiang, J., Propst, E. J., Pankiv, E., & Wolter, N. E. (2025). Outcomes after tonsillectomy in children with Angelman Syndrome. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1177/19160216251364759> [open access]

Clayburgh, D., Milczuk, H., Gorsek, S., Sinden, N., Bowman, K., & MacArthur, C. (2011). Efficacy of tonsillectomy for pediatric patients with dysphagia and tonsillar hypertrophy. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1001/archoto.2011.196>

Conley, S. F., Beecher, R. B., Delaney, A. L., Norins, N. A., Simpson, P. M., & Li, S.-H. (2009). Outcomes of tonsillectomy in neurologically impaired children. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.20600>

Conley, S. F., Kodali, S., Beecher, R. B., Lacey, T., & McCauliffe, T. (1996). Changes in deglutition following tonsillectomy in neurologically impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. [https://doi.org/10.1016/0165-5876\(95\)01325-3](https://doi.org/10.1016/0165-5876(95)01325-3)

de Souza, J. F., Grechi, T. H., Anselmo-Lima, W. T., Trawitzki, L. V. V., & Valera, F. C. P. (2013). Mastication and deglutition changes in children with tonsillar hypertrophy. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130076> [open access]

Goldstein, N. A., Armfield, D. R., Kingsley, L. A., Borland, L. M., Allen, G. C., & Post, J. C. (1998). Postoperative complications after tonsillectomy and adenoidectomy in children with Down syndrome. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1001/archotol.124.2.171>

Inja, R. R., Paul, R. R., Varghese, L., Sebastian, T., & Mathews, S. S. (2020). Impact of tonsillectomy on dysphagia symptoms and body weight in children. *American Journal of Otolaryngology*. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102682>

Johansson, M., Hermansson, J., Linnsand, P., Gillberg, C., & Nygren, G. (2023). Avoidant/restrictive food intake disorder, other eating difficulties and compromised growth in 72 children: Background and associated factors. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/frcha.2023.1179775> [open access]

Mansour, A. A., Sabry, S. M., Elbeltagy, Y. M., Bassiouny, S. E., & Mahmoud, M. S. (2025). Evaluation of swallowing impairment after tonsillectomy. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*. <https://doi.org/10.1186/s43163-025-00866-8> [open access]

Valera, F. C. P., Travitzki, L. V. V., Mattar, S. E. M., Matsumoto, M. A. N., Elias, A. M., & Anselmo-Lima, W. T. (2003). Muscular, functional and orthodontic changes in pre school children with enlarged adenoids and tonsils. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. [https://doi.org/10.1016/s0165-5876\(03\)00095-8](https://doi.org/10.1016/s0165-5876(03)00095-8)

Walsh, M. E., Retzler, R., Huang, J., Daglish, A., Tweedie, D., & Pepper, C. (2024). A prospective cohort study exploring the impact of tonsillectomy on feeding difficulties in children. *Clinical Otolaryngology*. <https://doi.org/10.1111/coa.14148>

Wang, C., Hu, H., Sun, K., Ma, Y., Lu, Y., Liu, K., & Yu, Z. (2023). Dysphagia outcomes before and after adenotonsillectomy in children with obstructive sleep apnea. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.2145>

Wong, C. H., Ho, Y. Y., Chieng, G. E. A., Tang, C. L., & Mohamad Umbaik, N. A. (2025). Clinical conundrum: The post-tonsillectomy patient who refused to swallow. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-025-10894-4>

## Škály vnímaného úsilí v logopedii: Jak lépe porozumět zkušenosti pacienta

Škály vnímaného úsilí se dlouhodobě používají ve sportu a rehabilitaci k hodnocení toho, jak náročná je určitá aktivita z pohledu samotného člověka. V posledních letech se však začínají využívat také v logopedii, zejména při terapii poruch hlasu a polykání. Logopedům mohou pomoci lépe pochopit, jak pacient terapii skutečně prožívá, protože objektivní vyšetření často nezachytí subjektivní pocit námahy, únavy nebo zatížení.

Tyto škály umožňují jednoduše hodnotit například hlasové úsilí, náročnost polykání nebo únavu při cvičení. Mezi nejnámější patří Borgova škála nebo škála OMNI, která využívá čísla a obrázky znázorňující různé úrovně námahy. Výhodou je, že jejich používání je jednoduché, rychlé a nevyžaduje speciální vybavení.

Výzkumy ukazují, že zejména u hlasových a polykacích obtíží existuje poměrně silný vztah mezi tím, jak pacient subjektivně vnímá námahu, a tím, co lze objektivně změřit během vyšetření. Škály vnímaného úsilí tak mohou být užitečným doplňkem běžné diagnostiky a terapie.

V praxi lze tyto škály využít například u pacientů v hlasové terapii. Logoped může sledovat nejen změny hlasitosti nebo kvality hlasu, ale také to, zda pacient po terapii pociťuje menší námahu při mluvení. Podobně lze hodnotit i obtížnost polykacích cvičení nebo únavu během terapie dysfagie.

Škály mohou pomoci také při plánování samotné terapie. Pokud pacient například přichází unavený nebo popisuje cvičení jako příliš náročná, může logoped dočasně upravit intenzitu terapie, aby podpořil motivaci a zabránil přetížení.

Při používání těchto škál je důležité dávat jasné a jednoduché instrukce a zaměřit se skutečně pouze na hodnocení úsilí, nikoli bolesti nebo únavy. Stejně důležité je vysvětlit, co znamenají jednotlivé hodnoty škály. Například hodnota 0 může představovat úplně minimální námahu a hodnota 10 maximální možné úsilí.

Celkově představují škály vnímaného úsilí jednoduchý a praktický nástroj, který může logopedům pomoci lépe individualizovat terapii a více zohlednit subjektivní zkušenost pacienta.

Morishita, S., Tsubaki, A., Nakamura, M., Nashimoto, S., Fu, J. B., & Onishi, H. (2019). Rating of perceived exertion on resistance training in elderly subjects. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*. <https://doi.org/10.1080/14779072.2019.1561278>

Cantor-Cutiva, L. C., Ensar, B., Castillo-Allendes, A., Whitting, S., Searl, J., & Hunter, E. J. (2025). How is effort defined in communication sciences and disorders? A systematic review of literature. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. [https://doi.org/10.1044/2025\\_jslhr-25-00070](https://doi.org/10.1044/2025_jslhr-25-00070) [available to ASHA members]

### **Jak vybírat gramatické cíle v terapii dětí s vývojovou jazykovou poruchou**

Při terapii dětí s vývojovou jazykovou poruchou (DLD) bývá často obtížné rozhodnout, které gramatické struktury by měl logoped trénovat jako první. Mnoho dětí totiž chybí v několika různých gramatických oblastech současně. Některé tvary dítě téměř vůbec nepoužívá, zatímco jiné už zvládá alespoň částečně. Vystává tedy otázka, zda je efektivnější zaměřit terapii rovnou na nejvíce opožděné a nejobtížnější gramatické struktury, nebo nejprve posilovat ty, které dítě už začíná používat a je u nich lépe stimulovatelné.

Touto otázkou se zabývala studie Whitea a kolegů, kteří sledovali 34 předškolních dětí s DLD. Všechny děti absolvovaly terapii založenou na metodě Enhanced Conversational Recast, ale byly rozděleny do dvou skupin s odlišným postupem terapie.

První skupina, označovaná jako „Difficult Only“, pracovala po celou dobu pouze na velmi obtížných gramatických cílech. Šlo o gramatické tvary, které děti téměř vůbec spontánně nepoužívaly, většinou méně než v 7 % případů. Předpokládalo se, že bez cílené terapie se tyto struktury samy nerozvinou.

Druhá skupina, nazývaná „Easy First“, začínala terapii na jednodušších gramatických strukturách, které už byly částečně osvojené. Děti tyto tvary používaly přibližně v polovině případů. Jakmile však dosáhly asi 80% úspěšnosti, přešla terapie stejně jako u první skupiny na obtížnější gramatické cíle.

Výsledky studie byly zajímavé. Všechny děti nakonec udělaly pokrok i v obtížných gramatických strukturách, ale děti ze skupiny „Easy First“ dosáhly těchto výsledků rychleji a efektivněji. Na obtížných cílech potřebovaly strávit přibližně polovinu času oproti dětem, které pracovaly pouze na těžkých strukturách od začátku.

Autoři studie se domnívají, že jednodušší počáteční cíle pomohly dětem „naučit se učit“. Děti si během terapie osvojily samotný proces učení – pochopily, jak terapie probíhá, kdy mají věnovat pozornost, jak reagovat na nápovědy a co se od nich očekává. Když pak přešly na složitější gramatické struktury, byly na terapii lépe připravené a postupovaly rychleji.

Důležité však je, aby „jednodušší“ cíle nebyly příliš snadné. Pokud dítě určitou gramatickou strukturu už téměř zvládá, například ji používá správně v 85 % případů, nedochází už k významnému terapeutickému efektu. Cílem je proto vybírat struktury, které jsou pro dítě dosažitelné, ale stále vyžadují odbornou podporu – tedy pracovat v tzv. zóně nejbližšího vývoje.

Studie tak naznačuje, že při plánování gramatické terapie nemusí být vždy nejefektivnější začínat těmi nejtěžšími cíli. U některých dětí může být výhodnější nejprve posílit částečně osvojené gramatické struktury a teprve následně přejít k výrazně opožděným formám. Tento přístup může terapii zefektivnit a podpořit rychlejší pokrok dítěte.

White, M., Cretcher, S. R., Burton, R., Vance, R., & Plante, E. (2026). Learning to learn: Initial treatment of a partially acquired grammatical form speeds later learning of rarely used forms for children with developmental language disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. [https://doi.org/10.1044/2025\\_lshss-25-00098](https://doi.org/10.1044/2025_lshss-25-00098) [open access]

## **APROCSA: Hodnocení konverzační řeči u afázie bez nutnosti přepisu**

Výzkum afázie se v posledních letech stále více zaměřuje nejen na izolované pojmenovávání slov, ale také na skutečnou konverzaci a propojenou řeč, která je klíčová pro každodenní komunikaci. Jedním z novějších nástrojů v této oblasti je APROCSA (Auditory-Perceptual Rating of Conversational Speech in Aphasia), tedy auditivně-percepční hodnocení konverzační řeči u osob s afázií. Tento systém nabízí strukturovaný způsob hodnocení propojené řeči bez nutnosti časově náročného přepisování jazykových vzorků.

Princip APROCSA je poměrně jednoduchý. Logoped poslouchá přibližně pětiminutový vzorek spontánní řeči pacienta a následně hodnotí 27 různých řečových a jazykových charakteristik pomocí pětibodové škály. Hodnocené oblasti zahrnují například potíže s vybavováním slov, gramatické chyby, pauzy v řeči, projevy motorických poruch řeči nebo celkovou srozumitelnost sdělení.

Jednotlivé charakteristiky jsou následně seskupeny do čtyř hlavních dimenzí. Díky tomu lze lépe porozumět tomu, proč propojená řeč pacienta působí určitým způsobem a jaké mechanismy stojí za komunikačními obtížemi. Tento přístup pomáhá nejen při diagnostice, ale také při vysvětlování obtíží pacientům, rodinám i dalším odborníkům.

Výhodou APROCSA je také jeho praktické využití při plánování terapie. Pokud například převažují motorické obtíže nebo agramatismus, může být vhodné zaměřit terapii na opakovaný nácvik smysluplné řeči. Pokud jsou hlavním problémem chyby ve výběru slov, lze terapii orientovat na vybavování slov v rámci propojené řeči. U pacientů s obtížemi v organizaci myšlenek může být vhodné zaměřit se na strukturu vyprávění a podporu narativních schopností.

Velkou výhodou systému APROCSA je také dostupnost bezplatných tréninkových materiálů vytvořených přímo pro klinickou praxi. Školení trvá přibližně tři hodiny a lze jej rozdělit do více částí. Součástí je manuál popisující všech 27 hodnocených charakteristik, výukový webinar s ukázkami propojené řeči pacientů a praktické nácviky hodnocení. Logopedi si mohou své výsledky porovnat s hodnocením expertů a postupně kalibrovat vlastní posuzování.

Po zaškolení je možné vyhodnotit pětiminutový vzorek řeči přibližně za 15 minut, což z APROCSA činí poměrně rychlý a klinicky využitelný nástroj. Velkou předností je, že není potřeba detailní transkripce řeči, která bývá v běžné praxi velmi časově náročná.

Výzkumy ukazují, že mnoho logopedů po absolvování školení APROCSA skutečně začalo používat ve své klinické praxi a upravovalo si pracovní postupy tak, aby tento systém mohli dlouhodobě využívat.

Celkově APROCSA představuje moderní a praktický způsob hodnocení propojené řeči u afázie. Umožňuje zachytit nejen jednotlivé jazykové chyby, ale také celkovou komunikační efektivitu pacienta v reálné konverzaci. Díky tomu může logoped získat komplexnější pohled na komunikační schopnosti pacienta a lépe cílit terapii na oblasti, které mají největší dopad na každodenní komunikaci.

Casilio, M., Dutta, M., Bryan, K., Crouch, K., DeWall, Z., Feld, I., Kile, J., McMahan, K., Samora, J., Shibata, K., Steel, S., Kasdan, A. V., Walljasper, L., de Riesthal, M., & Wilson, S. M. (2026). A clinical training program for auditory-perceptual rating of connected speech in aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/2025\\_ajslp-24-00552](https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00552) [open access]

## Harmonizace FEES vyšetření: Proč je důležitý jednotný postup

Na rozdíl od videofluoroskopického vyšetření polykání (VFSS), které má poměrně dobře standardizovaný systém hodnocení, například pomocí MBSImP, nemá FEES (flexibilní endoskopické vyšetření polykání) jednotně zavedený standardizovaný postup. To může vést k výrazným rozdílům mezi jednotlivými logopedy a k nejednotné klinické praxi.

Právě tento problém identifikovali Kostura a kolegové ve své nemocnici. Zjistili, že každý logoped prováděl FEES trochu jinak. Jeden například provedl deset pokusů s tekutinou, zatímco jiný vyšetření ukončil už po dvou pokusech. Někteří logopedi používali standardizované hodnoticí škály, například Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale (YPRSRS) pro hodnocení zbytků potravy v hltanu, zatímco jiní se spoléhali pouze na vlastní klinický úsudek.

Tyto rozdíly komplikovaly sledování změn stavu pacientů v čase i komunikaci v rámci multidisciplinárního týmu. Autoři se proto rozhodli vytvořit harmonizovaný FEES protokol, který by sjednotil postupy napříč celým logopedickým týmem.

Cílem projektu bylo zavést praktický a systematický přístup založený na validovaných protokolech a standardizovaných hodnoticích nástrojích. Vývoj protokolu trval přibližně čtyři měsíce a zahrnoval studium odborné literatury, výběr vhodných hodnoticích škál a vytvoření dokumentačních formulářů. Následně byl nový systém během osmi měsíců zaveden mezi 17 logopedy akutní péče.

Součástí implementace byla odborná školení, individuální mentoring při provádění FEES a průběžné sledování dodržování nového postupu. Logopedi se učili používat jednotné outcome measures a sjednocenou dokumentaci.

Samotný harmonizovaný protokol zahrnoval několik klíčových oblastí. Před vlastním podáváním bolusů se hodnotila retrakce kořene jazyka, kontrakce hltanu a pohyblivost hlasivek. Podávání bolusů vycházelo z principů MBSImP – od malých objemů tenkých tekutin se postupně přecházelo k větším objemům, vyšší viskozitě a různým texturám potravy. U rizikovějších pacientů byla použita zkrácená varianta protokolu zahrnující ledové chipsy, tenkou tekutinu, mírně zahuštěnou tekutinu a pyré.

Pro hodnocení výsledků tým nakonec zvolil několik standardizovaných škál, konkrétně PAS (Penetration-Aspiration Scale), VASES, Murray Secretion Scale a YPRSRS. Součástí projektu byla také standardizace dokumentace pomocí jednotných formulářů a šablon.

Zpětná vazba od logopedů byla převážně pozitivní. Někteří navrhli drobné úpravy, například doplnění detailnějšího hodnocení dýchacích cest, ale celkově byl nový protokol hodnocen jako praktický a dobře použitelný. Dodržování sjednoceného postupu bylo vysoké.

Autoři přitom zdůrazňují, že nejde o to mechanicky kopírovat jejich konkrétní protokol. Každé pracoviště může preferovat jiné pořadí bolusů, jiné hodnoticí škály nebo jiné předpolykací úkoly podle potřeb své patientské populace. Klíčová je však konzistence. Pokud celý tým používá stejné postupy, stejné nástroje a stejný jazyk při popisu nálezů, zlepšuje to komunikaci, sledování pokroku pacientů i kvalitu péče.

Je důležité zmínit, že tento projekt nebyl klasickou výzkumnou studií zaměřenou na validaci protokolu, ale projektem zlepšování kvality péče. Přesto poskytuje velmi užitečný návod, jak lze změny v klinické praxi zavádět systematicky a způsobem, který podporuje spolupráci a zapojení celého týmu.

Kostura, C., Strickland, A., Brown, R., & Langton-Frost, N. (2025). Harmonization of flexible endoscopic evaluation of swallowing practice: Pragmatic implementation of outcomes-focused procedures in the acute hospital setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/2025\\_ajslp-25-00157](https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-25-00157) [available to ASHA members]

## **Elektronické cigarety a hlas: Jak vaping ovlivňuje hlasové zdraví**

Elektronické cigarety, známé také jako e-cigarety, vapy nebo ENDS (electronic nicotine delivery systems), jsou na trhu přibližně dvacet let. Mnoho lidí je považuje za bezpečnější alternativu klasických cigaret a uživatelé vapingu se často ani nevnímají jako běžní kuřáci. Elektronické cigarety jsou obzvláště populární mezi mladými lidmi – odhaduje se, že přibližně polovina uživatelů je mladší 35 let. Přesto se stále více ukazuje, že ani vaping není pro hlas a dýchací systém bez rizika.

Na rozdíl od klasických cigaret, které spalují tabák a vytvářejí kouř, elektronické cigarety zahřívají tekutou náplň a vytvářejí aerosol nebo páru, kterou uživatel inhaluje. Náplně obvykle obsahují propylenglykol, rostlinný glycerin, nikotin a různá aromata. Právě tyto chemické složky mohou mít negativní dopad na hlasový aparát a dýchací cesty.

Přehledová studie Monteiro a kolegů upozorňuje na několik oblastí, ve kterých může vaping ovlivňovat hlas a zdraví hrtanu. Jedním z hlavních problémů je vliv na plíce a dýchací systém. Dlouhodobé používání elektronických cigaret může poškozovat dýchací cesty, které jsou pro tvorbu hlasu zásadní. Například propylenglykol podporuje zánětlivé reakce podobné astmatu a může přispívat k chronickému kašli a podráždění dýchacích cest.

Další oblastí obav je možný karcinogenní potenciál. Přestože zatím neexistují jednoznačné důkazy o přímém zvýšení rizika nádorů hlavy a krku, některé chemické složky elektronických cigaret mohou ovlivňovat buněčné změny a potenciálně přispívat ke vzniku nádorových procesů v dutině ústní. Ve studiích na tkáňových modelech a zvířatech byly pozorovány změny sliznic, záněty a patologické přestavby tkání.

Významný je také přímý vliv vapingu na hlasivky. Propylenglykol i rostlinný glycerin mají vysušující účinek na sliznici hlasivek. Dochází ke změnám hydratace, tloušťky sliznice a její pružnosti, což může zvyšovat hlasovou námahu, měnit vibraci hlasivek a zvyšovat náchylnost k drobným poškozením sliznice.

Elektronické cigarety jsou navíc spojovány se zvýšeným výskytem refluxu, který může dále dráždit hrtan a negativně ovlivňovat kvalitu hlasu.

Studie McKenna a kolegů porovnávala uživatele elektronických cigaret a nekuřáky ve věku 18–45 let. Výzkumníci sledovali subjektivní potíže, aerodynamické parametry i pohyb hlasivek. Přestože většina výsledků stále spadala do normálních hodnot, uživatelé elektronických cigaret častěji udávali fyzické, emoční a kašlové obtíže související s hlasem. To naznačuje, že se mohou objevovat tzv. subklinické změny – tedy potíže, které ještě nejsou výrazně patrné při běžném vyšetření.

Zajímavé bylo, že některé dechové parametry se mezi skupinami výrazně nelišily. Vyšetření vysokorychlostní videoendoskopií však odhalilo změny na sliznici hlasivek a odlišnosti ve vibraci hlasivek u uživatelů elektronických cigaret. Tyto změny byly pravděpodobně způsobeny otokem a změnami vlastností sliznice hlasivek.

Současné výzkumy tedy ukazují, že elektronické cigarety nejsou z hlediska hlasového zdraví neškodné. Mohou negativně ovlivňovat hrtan, dýchací systém i dutinu ústní a přispívat ke změnám, které se mohou projevit zvýšenou hlasovou námahou, podrážděním nebo změnou kvality hlasu.

Přestože bude potřeba další výzkum k přesnějšímu pochopení dlouhodobých dopadů vapingu na hlas, již nyní lze říci, že elektronické cigarety nepředstavují pro hlasivky a hlasovou hygienu bezpečnou alternativu.

McKenna, V. S., Ling, C., Llico, A. F., & Patel, R. (2025). Effects of daily electronic cigarette use on the vocal mechanism: A multimodality study. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.32469>

## **Narativní jazyk u dětí: Proč příběhy zlepšují paměť i učení**

Pokud pracujete s dětmi s jazykovými obtížemi, význam narativního jazyka je pravděpodobně zřejmý sám o sobě. Schopnost rozumět a vyprávět příběhy je klíčová pro sociální fungování i školní úspěch. Navíc víme, že narativní dovednosti úzce souvisejí s celkovými jazykovými schopnostmi, které ovlivňují kognitivní i socioemoční vývoj dítěte. Intervence zaměřené na příběhy navíc prokazatelně fungují a mohou zlepšovat i další oblasti, jako je porozumění čtenému textu nebo slovní zásoba.

Novější výzkum Hill a kolegů navíc ukazuje ještě jeden důležitý aspekt: děti se silnějšími narativními dovednostmi si lépe pamatují události.

Ve studii sledovali typicky se vyvíjející děti ve věku 4–7 let, které se dívaly na krátké němé animované příběhy a následně je vyprávěly. Výzkumníci hodnotili jejich vyprávění podle tzv. příběhové gramatiky – tedy zda obsahovalo klíčové prvky jako postavy, prostředí, spouštěcí události, pokusy o řešení a výsledky. Nehodnotili například soudržnost textu, protože chtěli zachytit spíše schopnost porozumět struktuře příběhu než celkovou jazykovou vyspělost.

Když děti po týdnu příběhy znovu vyprávěly z paměti, jejich struktura příběhu byla velmi podobná jako při prvním vyprávění. To znamená, že si pamatovaly hlavní dějové celky. Děti, které měly lepší narativní strukturu už při prvním vyprávění, si zároveň lépe pamatovaly i detaily příběhů, lépe odpovídaly na otázky porozumění a jejich pozdější vyprávění byla detailnější a přesnější. Podobné efekty byly popsány i v jiných studiích, kde se ukázalo, že lepší struktura příběhu souvisí s lepší pamětí i po šesti měsících.

Výsledky naznačují, že organizace příběhu hraje zásadní roli v tom, jak děti informace ukládají a následně vybavují.

Zajímavé je, že tento vztah mezi strukturou příběhu a pamětí přetrvával i po zohlednění celkových jazykových schopností. To znamená, že narativní dovednosti mohou mít specifický vliv na paměť nezávisle na obecné jazykové úrovni. Pro terapii dětí s vývojovou jazykovou poruchou to otevírá důležitý prostor – práce na příbězích může být klíčová zejména u dětí, které mají zároveň obtíže s pamětí.

Zjednodušeně řečeno, příběhy pomáhají mozku vybírat, co je důležité. V každodenním světě jsme zahlceni obrovským množstvím informací, a proto se učíme zaměřovat jen na to podstatné. Narativní struktura učí děti vnímat události podle významných prvků – kdo byl přítomen, co se stalo, kde a proč. A protože tyto informace dávají smysl, lépe se také pamatují.

Z jiného pohledu lze říci, že učení je do značné míry schopnost rozpoznávat vzorce a aplikovat je v nových situacích. Podobně jako se nemusíme znovu učit řídit pokaždé v jiném autě, i porozumění struktuře příběhu pomáhá dětem lépe chápat a zpracovávat nové informace. Jakmile dítě rozumí tomu, jak příběhy fungují, snáze si vybavuje i obsah a lépe mu rozumí.

Autoři studie proto doporučují prezentovat nové informace v narativní formě, protože to může podpořit porozumění i paměť. Zároveň navazují na širší výzkum, který ukazuje, že opakované vyprávění příběhů má pozitivní vliv na jazykový rozvoj.

Z klinického hlediska je narativní jazyk jednou z klíčových oblastí intervence v logopedii. Práce s příběhy není jen cílem sama o sobě, ale zároveň nástrojem, který podporuje širší jazykový, kognitivní i akademický rozvoj dítěte.

Hill, K. A., Cohen, S. S., Olson, I. R., & Newcombe, N. S. (2025). The role of narrative structure in scaffolding children's recall. *Journal of Cognition and Development*. <https://doi.org/10.1080/15248372.2025.2571554>

## **Rodičovský stres v NICU a význam rodinně-centrované péče pro SLP**

Jednotky intenzivní neonatologické péče (JINP) představují velmi specifické klinické prostředí, které je charakteristické vysokou mírou akutní péče, úzkou spoluprací mnoha různých zdravotnických profesí a zároveň mimořádně emočně náročnou situací pro rodiny novorozenců. Pro logopedy je v tomto kontextu zásadní skutečnost, že úspěšnost intervence u dětí do značné míry závisí na zapojení rodičů do péče a na jejich schopnosti spolupracovat na terapeutickém plánu. Právě tato spolupráce však může být v JINP prostředí výrazně narušena, protože rodiče se často nacházejí ve stavu fyzického vyčerpání, emočního přetížení, psychického stresu a někdy i krátce po porodu, což komplikuje jejich schopnost aktivně se zapojit.

Jak uvádí Almalki a kol. (2025), komplexita prostředí JINP může zvyšovat stres a úzkost rodičů, což následně snižuje jejich schopnost smysluplně se zapojit do péče o vlastní dítě. I rodiče, kteří hodnotí pobyt v JINP relativně pozitivně, často procházejí řadou stresorů, které ovlivňují jejich vztah k dítěti i interakci se zdravotnickým týmem, a proto je nezbytné těmto faktorům porozumět, aby bylo možné je aktivně zmírňovat.

Výzkum identifikuje čtyři hlavní oblasti rodičovského stresu v JINP. První z nich je psychické a emoční prožívání rodičů, které je často velmi intenzivní a zahrnuje pocity strachu, bezmoci, odcizení od dítěte, viny, zmatení v rolích i smutek spojený se ztrátou očekávaného průběhu těhotenství a raného rodičovství. Rodiče mohou také potlačovat své emoce, což může dále zvyšovat jejich psychickou zátěž.

Druhou oblastí jsou vztahy mezi rodiči a zdravotnickým personálem, které jsou klíčové pro sdílené rozhodování o péči. Pokud rodiče vnímají, že jejich role je pasivní, že nejsou dostatečně zapojeni nebo že jejich otázky nejsou vítány, dochází ke zvýšení stresu a snížení důvěry. Negativně může působit také časté střídání personálu, nedostatečná kontinuita informací či nevědomé přehlížení kulturních nebo individuálních potřeb rodin.

Třetí oblastí jsou informační potřeby rodičů. V JINP často rodiče nevědí, jaké otázky klást, a mohou se obávat, že jejich dotazy negativně ovlivní péči o dítě. Nedostatek nebo nesoulad informací mezi jednotlivými odborníky může vést k nedorozuměním, snížení důvěry a dlouhodobému narušení schopnosti rodičů orientovat se v péči o dítě i po propuštění. Tento problém je zvláště výrazný u dětí s komplexními nebo život ohrožujícími diagnózami.

Čtvrtou oblastí je samotné prostředí JINP, které je pro rodiče často fyzicky i sensoricky zatěžující. Nedostatek prostoru pro základní potřeby, omezené možnosti kontaktu s dítětem, přísná návštěvní pravidla, časté změny personálu a silné sensorické podněty, jako je hluk přístrojů, světla a alarmy, mohou významně přispívat k celkové míře stresu.

Jako odpověď na tyto výzvy je v JINP klíčová implementace rodinně-centrované péče (family-centered care), která vnímá dítě i rodinu jako společné příjemce péče. Tento přístup stojí na čtyřech základních pilířích: spolupráci mezi rodinou a zdravotníky, systematické edukaci rodičů, podpoře ze strany vedení zdravotnického zařízení a vytváření prostředí, které podporuje vazbu mezi rodičem a dítětem. Výzkum ukazuje, že když se rodiče cítí respektováni a zapojeni, jsou lépe schopni aktivně pečovat o své dítě a pozitivně ovlivňovat jeho vývoj i vlastní psychickou pohodu.

Pro logopedy má tento přístup zásadní význam, protože většina rodičovského stresu v JINP souvisí s komunikací, informovaností a pocitem propojení s týmem. Logopedi mohou významně přispět k jeho snížení prostřednictvím aktivní komunikace s rodiči, jejich zapojování do vizit a rozhodování, jasného

vysvětlování postupů, poskytování srozumitelných materiálů a průběžného sdílení informací. Důležitá je také mezioborová spolupráce, vzdělávání ostatních členů týmu v oblasti krmení a vývoje, podpora konzistence péče a propojení s dalšími službami, jako jsou sociální pracovníci.

Neméně důležité je také posilování role rodičů samotných. To zahrnuje jejich aktivní zapojení do péče o dítě, podporu kontaktu formou klokánkování či krmení, poskytování zpětné vazby, vysvětlování signálů dítěte a podporu emočního propojení i v situacích, kdy fyzický kontakt není možný. Zároveň je důležité včasné plánování propuštění, aby se minimalizovala informační zátěž na jeho samotný den, a propojení rodičů s podpůrnými skupinami a zdroji.

Je třeba také zdůraznit, že stres z JINP zkušenosti nekončí propuštěním dítěte z nemocnice. Rodiče často prožívají ambivalentní emoce, včetně radosti z odchodu domů, ale také úzkosti, smutku a obav z převzetí plné péče bez nemocniční podpory. U dětí s komplexními potřebami se tato zátěž může dále zvyšovat v důsledku dlouhodobých zdravotních a sociálních nároků.

Celkově lze říci, že péče v JINP není pouze péčí o novorozence, ale vždy také péčí o jeho rodinu. Pro logopedy to znamená, že porozumění rodičovskému stresu a aktivní podpora rodinně-centrovaného přístupu nejsou doplňkovou součástí práce, ale jejím základním klinickým pilířem, který zásadně ovlivňuje kvalitu intervence i dlouhodobé výsledky dítěte.

Almalki, M., Gildea, A., & Boyle, B. (2025). Parents' experiences of family-centred care in neonatal intensive care units: A qualitative thematic synthesis. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101655> [open access]

Dombrecht, L., Roets, E., Cools, F., Roelens, K., Van den Mooter, E., Goossens, L., Chambaere, K., & Beernaert, K. (2025). Supporting infants with severe perinatal diagnoses, their families and healthcare providers: development of a perinatal palliative care program. *BMC Palliative Care*. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01923-y> [open access]

Hsu, J. Y., Shuman, C. J., & Vance, A. J. (2025). Parent satisfaction with neonatal care. *Advances in Neonatal Care*. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000001262>

Kawafha, M., Al Maghaireh, D., Al-saqer, K., Sheyab, H., Al kofahi, A., Khanfar, S., & Al-Mushasha, R. A. (2025). Stressors experienced by parents of hospitalized infants in the Neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101621>

Larocque, C., Peterson, W. E., Squires, J. E., Mason-Ward, M., Mayhew, K., & Harrison, D. (2021). Family-centred care in the Neonatal Intensive Care Unit: A concept analysis and literature review. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.06.014>

Lee, J. (2024). Neonatal family-centered care: Evidence and practice models. *Clinical and Experimental Pediatrics*. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00367> [open access]

Lund, M., Lunnay, M. L., & Evensen, E. K. (2025). Mothers' experience with transitions in the process towards neonatal digital homecare. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101663> [open access]

Lyon, J., McAndrew, N., Geich, A., AbuZahra, T., Leuthner, S. R., Lagatta, J., & Acharya, K. (2025). Voices of parents of children with major congenital anomalies admitted to the NICU: Initial diagnosis, hospitalization, and discharge home. *Journal of Perinatology*. <https://doi.org/10.1038/s41372-025-02255-8>

Taylor, B., & Hambridge, K. (2025). 'The transition home with a premature baby': How prepared are parents for discharge from NICU: A narrative review. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.12.004> [open access]

Webber, C., Foran, P., & Walker, K. (2025). Fathers in the neonatal unit: A narrative review. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101617> [open access]

Wegman, S., Juviler, P., Coffey, B., Schriefer, J., & Wakeman, D. (2025). Efficacy of peer support on caregiver well-being and patient outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000001273>

## **Coping u afázie: jak lidé zvládají stres po cévní mozkové příhodě**

Na otázku, jak se člověk vyrovnává s náročnou životní situací, není jednoduché odpovědět ani pro zdravého člověka. Pro osoby s afázií to ale může být výrazně obtížnější, protože samotné vyjádření takové zkušenosti je jazykově i kognitivně náročné. Přesto právě coping – tedy způsoby zvládání stresu – hraje v rehabilitaci po cévní mozkové příhodě zásadní roli. Ovlivňuje to, jak se člověk zapojuje do terapie, jak reaguje na frustraci, jak vytrvává při obtížných úkolech a jak celkově zvládá každodenní komunikaci.

V rehabilitaci se o zvládání zátěže často mluví, ale ne vždy je jasně definováno, co tím přesně myslíme. Obecně lze říci, že coping je soubor reakcí na situace, které jsou stresující, náročné nebo emočně zatěžující. Tyto reakce se obvykle dělí na adaptivní a maladaptivní, přičemž v praxi se často objevují současně. Adaptivní coping zahrnuje strategie, které pomáhají situaci lépe zvládat, například přijetí pomoci od rodiny, oporu v blízkých nebo postupné přijímání nové životní situace. Naopak maladaptivní coping může zahrnovat vyhýbání se komunikaci, rezignaci nebo sebeobviňování, tedy strategie, které mohou krátkodobě ulevit, ale dlouhodobě mohou zhoršovat fungování a participaci.

Důležité je, že coping není pevná osobnostní vlastnost. Nejde o to, „jaký člověk je“, ale spíše o proměnlivý soubor reakcí, který se mění podle míry stresu, dostupné podpory a kontextu. To je u afázie zásadní, protože coping se zde netýká jen obecného zvládání stresu, ale konkrétně zvládání komunikačních selhání, únavy, frustrace a ztráty nezávislosti. Dobrou zprávou je, že copingové strategie jsou plastické a mohou se měnit v čase, zejména s podporou, terapií, edukací a lepšími komunikačními možnostmi.

Na tuto oblast reaguje například upravený nástroj Brief COPE, který pro osoby s afázií adaptovali Laures-Gore a kolegové. Původní dotazník, běžně používaný k hodnocení zvládání stresu v různých životních situacích, byl upraven tak, aby byl pro lidi s afázií přístupný. Došlo ke zjednodušení jazyka, zvětšení písma, přidání většího vizuálního prostoru a především ke změně odpovědního formátu na jednoduché ano/ne. Otázky byly zároveň zaměřeny specificky na období po cévní mozkové příhodě, aby odpovídaly reálné zkušenosti respondentů.

Každá copingová strategie je v této verzi zastoupena dvěma výroky, které zachycují konkrétní způsoby chování nebo prožívání. Například adaptivní strategie jako přijetí může být vyjádřena tvrzením typu „učím se s tím žít“, zatímco maladaptivní strategie, jako je behaviorální stažení, může být zachycena větami typu „přestal jsem se snažit situaci zvládat“. Na základě odpovědí ano/ne lze identifikovat, zda člověk dané strategie používá, a sledovat celkový vzorec copingového chování, tedy zda převažují adaptivní nebo maladaptivní přístupy.

Tento nástroj má v klinické praxi několik důležitých využití. Umožňuje otevřít rozhovor o zvládání situace způsobem, který je pro člověka s afázií přístupnější než běžný rozhovor. Pomáhá identifikovat strategie, které podporují zapojení do terapie, ale také ty, které mohou bránit aktivní participaci, například vyhýbání se komunikaci nebo sebeobviňování. Zároveň může sloužit jako podklad pro plánování terapie, edukaci pacienta i rodiny nebo pro rozhodnutí o zapojení dalších odborníků, jako je psycholog či sociální pracovník. Důležitým aspektem je také možnost sledovat změny v copingových strategiích v čase společně s vývojem komunikačních schopností.

Autoři zároveň zdůrazňují, že tento nástroj není diagnostický a neměl by být používán k hodnocení copingových strategií jako „dobrých“ nebo „špatných“. Jeho hlavním smyslem je podpořit porozumění a otevřít prostor pro další klinickou diskusi. Upravená verze se navíc ukázala jako méně vhodná pro pečující osoby, u nichž může být ano/ne formát příliš omezující, a proto může být v jejich případě vhodnější původní verze dotazníku.

Závěry výzkumu také upozorňují na to, že coping je ovlivněn širšími sociálními a kontextovými faktory, včetně nerovností ve zdravotní péči a kumulovaného stresu, a nelze jej interpretovat izolovaně od životní situace

jednotlivce. Stejně tak je důležité vnímat coping jako dynamický proces, který se v čase mění, a proto by měl být hodnocen opakovaně a v kontextu.

Celkově tento přístup připomíná, že lidé s afázií jsou schopni reflektovat své vlastní způsoby zvládnání situace, pokud jim k tomu přizpůsobíme nástroje a komunikaci. A právě to nám umožňuje lépe porozumět jejich potřebám a poskytovat péči, která je citlivější, přesnější a dlouhodobě efektivnější.

Laures-Gore, J., Griffey, H. W., & Rice, K. G. (2025). The Aphasia Brief COPE. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/2025\\_ajslp-24-00486](https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00486) [available to ASHA members]