

Respirace a polykání: jejich vzájemná souhra a vliv respiračních onemocnění na dysfagii

Respirace a polykání jsou úzce propojené funkce, které využívají společné anatomické struktury, především hltan a hrtan. Během fyziologického polykání dochází k krátkodobému přerušení dýchání, které zajišťuje ochranu dolních dýchacích cest. Polykání je nejčastěji zahájeno krátce po výdechu, následuje přibližně sekundová apnoická pauza s uzávěrem hlasivek a následný výdech. Výdech po polknutí napomáhá odstranění případných zbytků z oblasti hltanu. Pokud je polykání načasováno do fáze nádechu nebo je narušena koordinace mezi respirací a polykáním, zvyšuje se riziko penetrace a aspirace.

Respirační onemocnění mohou narušovat koordinaci respirace a polykání, svalovou sílu, citlivost i ochranu dýchacích cest. Současně může dysfagie negativně ovlivňovat respirační stav, například v důsledku aspirace. Poruchy proto často vznikají vzájemným působením změněného dechového vzorce, zvýšené dechové námahy, svalové slabosti, poruch senzitivity a zhoršené schopnosti účinně chránit dýchací cesty.

U CHOPN existuje obousměrný vztah mezi respiračním a polykacím systémem. Hyperinflace plic a obstrukce mohou zkracovat dobu dostupnou pro apnoickou fázi polykání a zvyšovat pravděpodobnost polykání během nádechu. Přítomná může být také snížená síla polykacích svalů, horší výdechová schopnost a snížená laryngofaryngeální senzitivita. Při instrumentálním vyšetření lze pozorovat poruchy kontroly a síly jazyka, opožděné zahájení polykání, nedostatečný uzávěr hrtanového vchodu, sníženou hyolaryngeální elevaci, nedostatečnou retrakci kořene jazyka, faryngeální rezidua a penetraci či aspiraci, včetně aspirace tiché. Terapie musí vycházet z konkrétního mechanismu poruchy a může zahrnovat rehabilitační i kompenzační postupy.

Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Při exacerbaci dochází ke zvýšení dechové práce, což může narušovat koordinaci respirace a polykání i schopnost bezpečně provést apnoickou fázi. Při vyšetření byly popsány například atypické pohyby jazyka, prodloužený orální tranzit a penetrace či aspirace. Terapie by měla být zaměřena na konkrétní mechanismus dysfagie.

OSA je charakterizována opakovaným zužováním nebo uzávěrem horních dýchacích cest během spánku. Typické jsou chrápání, lapání po dechu a denní spavost. OSA je spojována také s gastroezofageálním či laryngofaryngeálním refluxem a dalšími zdravotními komplikacemi. Vztah mezi OSA a dysfagií může souviset se změnami senzitivity, mechanickým působením chrápání, změnami tlaků v dýchacích cestách a narušenou koordinací respirace a polykání. Při instrumentálním vyšetření lze zaznamenat předčasný únik bolusu, opožděné zahájení polykání, vícečetná polknutí, rezidua či penetraci. Základní léčbou OSA je CPAP, případně lze využít orální aparáty, redukci hmotnosti nebo chirurgickou léčbu. Orofaryngeální cvičení a respirační trénink mohou ovlivnit některé projevy OSA, nelze je však zaměňovat za přímou terapii dysfagie.

Intersticiální plicní onemocnění a zejména idiopatická plicní fibróza vedou k postupnému zhoršování plicní compliance a výměny plynů. Rostoucí dechová náročnost může negativně ovlivňovat koordinaci dýchání a polykání. Pacienti mohou mít při jídle zvýšenou dechovou námahu, rychleji se unavovat, přijímat menší sousta, mít rezidua v dutině ústní a předčasně ukončovat jídlo. Důsledkem může být nedostatečný příjem potravy, úbytek hmotnosti a svalové hmoty. Úkolem logopeda je podporovat bezpečné a efektivní perorální přijímání s ohledem na respirační možnosti pacienta, upravovat konzistenci a vlhkost stravy a umožnit dostatečné přestávky.

Dysfagie u pacientů s COVID-19 může souviset s narušenou koordinací respirace a polykání, neurologickým postižením, celkovou svalovou slabostí a zejména s průběhem kritického onemocnění, intubací nebo

tracheostomií. Poruchy se však mohou objevit i u pacientů bez intubace. Popsány byly například předčasný únik bolusu, oslabení patra, nedostatečný uzávěr hrtanového vchodu, poruchy pohybu hlasivek, tichá aspirace a faryngeální rezidua. Část pacientů se postupně zotavuje, u některých mohou přetrvávat dlouhodobější obtíže s polykáním nebo funkcí hrtanu. Při terapii je nutné zohlednit také únavu a celkový zdravotní stav.

ARDS často vyžaduje dlouhodobou intubaci a mechanickou ventilaci. Endotracheální kanyla prochází oblastí hlasivek a může negativně ovlivňovat jejich funkci, senzitivitu a ochranu dýchacích cest. Dlouhodobá intubace může vést k poškození hlasivek, svalové atrofii, snížení laryngeální citlivosti a poruchám hyolaryngeálního pohybu. Po extubaci se proto může objevit dysfagie, glotická insuficience, tichá aspirace, oslabená faryngeální propulze a rezidua i narušená koordinace respirace a polykání. Riziko a závažnost poruch souvisejí také s délkou pobytu na JIP. Vzhledem k možnosti tiché aspirace je důležité instrumentální vyšetření, zejména FEES nebo VFSS, které umožní přesněji určit mechanismus poruchy a zvolit odpovídající rehabilitační či kompenzační postup.

Alamer, A., Jones, R., Drinnan, M., Simpson, A. J., Griffin, M., Patterson, J. M., Althwaybi, A., Ward, C., & Forrest, I. (2022). Oropharyngeal swallowing physiology and safety in patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A consecutive descriptive case series. *BMC Pulmonary Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-02232-3> [open access]

Brady, G. C., Roe, J. W. G., O'Brien, M., Boaz, A., & Shaw, C. (2017). An investigation of the prevalence of swallowing difficulties and impact on quality of life in patients with advanced lung cancer. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3858-6>

Brodsky, M. B., De, I., Chilukuri, K., Huang, M., Palmer, J. B., & Needham, D. M. (2018) Coordination of pharyngeal and laryngeal swallowing events during single liquid swallows after oral endotracheal intubation for patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9901-z>

Brodsky, M. B., Huang, M., Shanholtz, C., Mendez-Tellez, P. A., Palmer, J. B., Colantuoni, E., & Needham, D. M. (2017). Recovery from dysphagia symptoms after oral endotracheal intubation in Acute Respiratory Distress Syndrome survivors. A 5-Year longitudinal study. *Annals of the American Thoracic Society*. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201606-455oc>

Campanholo, M. de A. T., Caparroz, F. de A., Stefanini, R., Haddad, L., Bittencourt, L. R. A., Tufik, S., & Haddad, F. L. M. (2021). Dysphagia in patients with moderate and severe obstructive sleep apnea. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2019.10.004> [open access]

Çakmakçı, S., Özgen Alpaydın, A., Özalevli, S., Öztura, İ., & İtil, B. (2021). The effect of oropharyngeal exercise in patients with moderate and severe obstructive sleep apnea using CPAP: a randomized controlled study. *Sleep and Breathing*. <https://doi.org/10.1007/s11325-021-02423-y>

Childs, C., & Archer, S. (2019). Role of speech and language therapy in managing dysphagia and dysphonia in lung cancer. *BMJ Case Reports*. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-227629>

Clayton, N. A., Carnaby, G. D., Peters, M. J., & Ing, A. (2014). Impaired laryngopharyngeal sensitivity in patients with COPD: The association with swallow function. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.3109/17549507.2014.882987>

Diaferia, G., Badke, L., Santos-Silva, R., Bommarito, S., Tufik, S., & Bittencourt, L. (2013). Effect of speech therapy as adjunct treatment to continuous positive airway pressure on the quality of life of patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.03.016>

Diaféria, G., Santos-Silva, R., Truksinas, E., Haddad, F. L. M., Santos, R., Bommarito, S., Gregório, L. C., Tufik, S., & Bittencourt, L. (2016). Myofunctional therapy improves adherence to continuous positive airway pressure treatment. *Sleep and Breathing*. <https://doi.org/10.1007/s11325-016-1429-6>

Dotevall, H., Tuomi, L., Lindell, E., & Finizia, C. (2024). Long-term effects on swallowing and laryngeal function after treatment for severe COVID-19 disease in intensive care. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08648-3> [open access]

Estai, M., Walsh, J., Maddison, K., Shepherd, K., Hillman, D., McArdle, N., Baker, V., King, S., Al-Obaidi, Z., Bamagoos, A., Parry, R., Langdon, C., Trzaskowski, R., Harris, G., Brookes, K., Blacker, D., & Eastwood, P. R. (2020). Sleep-disordered breathing in patients with stroke-induced dysphagia. *Journal of Sleep Research*. <https://doi.org/10.1111/jsr.13179>

Guimarães, K. C., Drager, L. F., Genta, P. R., Marcondes, B. F., & Lorenzi-Filho, G. (2009). Effects of oropharyngeal exercises on patients with moderate obstructive sleep apnea syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. <https://doi.org/10.1164/rccm.200806-981oc>

Kuo, Y.-C., Song, T.-T., Bernard, J. R., & Liao, Y.-H. (2017). Short-term expiratory muscle strength training attenuates sleep apnea and improves sleep quality in patients with obstructive sleep apnea. *Respiratory Physiology & Neurobiology*. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2017.05.007>

Leuenberger, J. M. S., Hokschi, B., Luder, G., Schmid, R. A., Verra, M. L., & Dorn, P. (2019). Early assessment and management of dysphagia after lung resection: A randomized controlled trial. *The Annals of Thoracic Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.04.067>

Lin, T.-f., & Shune, S. (2020). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and dysphagia: A synergistic review. *Geriatrics*. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5030045> [open access]

Lin, T.-f., & Shune, S. (2023) The mind–body–breath link during oral intake in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A grounded theory analysis. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10473-x>

Ma, X., Zhu, Y., Zhao, Q., Li, D., Wang, W., & Zhao, H. (2026). The association between dysphagia and the risk of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD): a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Research*. <https://doi.org/10.1183/23120541.01328-2025>

Magliulo, G., Iannella, G., Polimeni, A., De Vincentiis, M., Meccariello, G., Gulotta, G., Pasquariello, B., Montevercchi, F., De Vito, A., D'Agostino, G., Gobbi, R., Cammaroto, G., & Vicini, C. (2018). Laryngopharyngeal reflux in obstructive sleep apnoea patients: Literature review and meta-analysis. *American Journal of Otolaryngology*. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.09.006>

Mancopes, R., Borowsky da Rosa, F., Tomasi, L. L., Pasqualoto, A. S., & Steele, C. M. (2021). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and dysphagia: What have we learned so far and what do we still need to investigate? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. https://doi.org/10.1044/2021_persp-20-00288 [available to ASHA members]

Marra, L., Cavallaro, G., Di Lecce, V., Castellana, G., Santomasi, C., Di Nicola, V., Quaranta, N. A. A., Carpagnano, G. E., Resta, O., & Fiorella, M. (2022). The association between dysphagia and OSA. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. <https://doi.org/10.14639/0392-100x-n1578> [open access]

Martin-Harris, B. (2008) Clinical implications of respiratory-swallowing interactions. *Current Opinion in Otolaryngology Head Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1097/moo.0b013e3282febd4b>

Lim, S., Kim, D.-c., Cho, K., Kim, M.-h., Moon, S., Cho, H., & Ki, S. (2020). Vocal cord paralysis following general anesthesia with endotracheal intubation: a clinical review on 43 cases. *Anesthesia and Pain Medicine*. <https://doi.org/10.17085/apm.2020.15.2.226> [open access]

Patchett, K. K., Hausenblas, H. A., & Sapienza, C. M. (2017) Expiratory muscle strength training or dysphagia in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Preventative Medicine and Healthcare*. <https://doi.org/10.47739/2576-0084/1013> [open access]

Qian, S., Zhang, X., Wang, T., Zhang, L., Hu, C., Jia, R., Zhang, L., Li, X., Yan, L., Zhang, Y., Zhang, J., & Yuan, P. (2022). Effects of comprehensive swallowing intervention on obstructive sleep apnea and dysphagia after stroke: A randomized controlled trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106521>

Ramar, K., & Guilleminault, C. (2008). Obstructive sleep apnea: A neurologic disease? *Sleep Medicine Clinics*. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2008.04.006>

Saboisky, J. P., Stashuk, D. W., Hamilton-Wright, A., Carusona, A. L., Campana, L. M., Trinder, J., Eckert, D. J., Jordan, A. S., McSharry, D. G., White, D. P., Nandedkar, S., David, W. S., & Malhotra, A. (2012). Neurogenic changes in the upper airway of patients with obstructive sleep apnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. <https://doi.org/10.1164/rccm.201106-1058OC>

Scarpel, R. S., Nóbrega, A. C., Pinho, P., Menezes, I. T. A., & Souza-Machado, A. (2021) Oropharyngeal swallowing dynamic findings in people with asthma. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10168-1>

Schar, M. S., Omari, T. I., Woods, C., M. Ferris, L. R., Doeltgen, S. H., Lushington, K., Kontos, A., Athanasiasdis, T., Cock, C., Coetzer, C.-L. C., Eckert, D. J., & Ooi, E. H. (2021) Altered swallowing biomechanics in people with moderate-severe obstructive sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9286>

Silva, D. N. M., Vicente, L. C. C., Glória, V. L. P., & de Lima Friche, A. A. (2023). Swallowing disorders and mortality in adults with advanced cancer outside the head and neck and upper gastrointestinal tract: A systematic review. *BMC Palliative Care*. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01268-4> [open access]

Sharma, P., Khaund, G., Agarwal, V., Barman, S., & Baruah, D. (2022). Dysphagia in post Covid-19 patients- a prospective cohort study. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s12070-022-03177-z> [open access]

Smaoui, S., Cummins, E., Mena, M., Scott, S., & Tobar-Fredes, R. (2024). The pathophysiology of dysphagia post-lung transplant: A systematic review. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*. <https://doi.org/10.1002/lio2.70022> [open access]

Su, Y., Liu, B., & Zhang, J. (2025). Efficacy of respiratory training in elderly patients with dysphagia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Otolaryngology*. <https://doi.org/10.1111/coa.70002> [open access]

Vasconcellos, P., Mafort, T. T., Ribeiro-Alves, M., & da Costa, C. H. (2024). Association between swallowing dynamics, tongue pressure and pulmonary function in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *BMC Pulmonary Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12890-024-03117-3> [open access]

Verma, R. K., Johnson J. R., Goyal, M., Banumathy, N., Goswami, U., & Panda, N. K. (2016). Oropharyngeal exercises in the treatment of obstructive sleep apnoea: Our experience. *Sleep and Breathing*. <https://doi.org/10.1007/s11325-016-1332-1>

Yoshimatsu Y., Tobino K., Nagami S., Yagi N., & Oku Y. (2020). Breathing–swallowing discoordination and inefficiency of an airway protective mechanism puts patients at risk of COPD exacerbation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. <https://doi.org/10.2147/COPD.S257622> [open access]

Zayed, A. M., Afsah, O., Elhadidy, T., & Abou-Elsaad, T. (2025). Swallowing evaluation in post-COVID-19 patients with oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-025-10810-w> [open access]

Mohou děti procvičovat výslovnost pomocí aplikace samostatně? Výzkum upozorňuje na význam zapojení rodičů

Při doporučování domácího procvičování hlásek se rodiče často ptají na vhodné aplikace, které by dětem umožnily procvičovat výslovnost zábavnější formou než prostřednictvím pracovních listů. Aplikace mohou být atraktivní zejména pro děti, které papírové materiály nemotivují, pro rodiče, kteří oceňují jednoduchost digitálního nástroje, nebo pro děti s výraznou potřebou samostatnosti, které chtějí cvičit bez přímého vedení dospělého. Nabízí se proto otázka, zda je samostatné používání aplikace skutečně dostačující pro domácí terapii poruch výslovnosti a jak velkou míru podpory by dítě při používání aplikace mělo mít. Strömbergsson et al. (2025) se v malé studii zabývali tím, zda děti ve věku 4–6 let dokážou pomocí aplikace Pop2TalkNordic zlepšit své chyby v produkci řečových zvuků. Děti v aplikaci hrály hru, při níž slyšely slova obsahující cílovou hlásku a následně je opakovaly nahlas. Aplikace jejich odpovědi zaznamenávala a poskytovala zpětnou vazbu týkající se přesnosti produkce. Na základě předchozích výzkumů zaměřených na intenzitu a dávku intervence výzkumníci doporučili procvičovat cílové hlásky prostřednictvím aplikace pětkrát týdně po dobu 15 minut denně po dobu tří týdnů. Rodiče přitom měli dítě k procvičování podporovat a povzbuzovat, nikoli ho do používání aplikace nutit. Významným rysem studie však bylo, že používání aplikace bylo ponecháno do značné míry na samotných dětech. Děti si mohly samy zvolit, kdy budou aplikaci používat a jak dlouho budou cvičit. Tento „self-supervised“ způsob procvičování nevedl k významnému zlepšení jejich chyb v produkci řečových zvuků. Výsledek může mít několik vysvětlení. Jedním z nich jsou individuální rozdíly mezi dětmi – lišily se například v množství skutečně provedeného procvičování i v tom, jak moc je hra bavila. Některé děti aplikaci hodnotily pozitivně a užívaly si ji, jiné ji příliš nezaujala. Dalším faktorem je skutečnost,

že použitá aplikace nebyla původně vytvořena jako terapeutický nástroj pro léčbu poruch výslovnosti, takže její možnosti nemusely odpovídat potřebám cílené intervence. Za zvlášť důležitý lze však považovat samotný způsob domácího procvičování. Většina dětí provedla během jednoho sezení pouze přibližně 7–14 pokusů o produkci cílových hlásek, což je podstatně méně, než jaká intenzita procvičování je obvykle doporučována ve výzkumu zaměřeném na efektivní terapii poruch produkce řečových zvuků. Ačkoli tedy aplikace může představovat praktický a motivující prostředek domácího procvičování, samotný přístup „nechme dítě, ať si s aplikací cvičí samo“ nemusí vést k dostatečné terapeutické dávce ani ke zlepšení výslovnosti. Autoři proto v souvislosti s poskytováním intervence doporučují větší zapojení rodičů a aktivní úsilí o dosažení vyšší dávky procvičování. Praktickým závěrem je, že při doporučení aplikace rodičům není vhodné chápat ji jako náhradu za společné procvičování dítěte s dospělým. Tablet nebo telefon může být užitečným nástrojem, ale jeho pouhé předání dítěti nemusí stačit. Efektivnější může být, když rodič při používání aplikace zůstává aktivně přítomen, dítě motivuje, pomáhá mu pokračovat v dostatečném počtu pokusů a společně s ním cíleně procvičuje výslovnost. Studie tak upozorňuje nejen na otázku, zda je konkrétní aplikace kvalitní, ale především na význam intenzity procvičování a aktivního zapojení dítěte a rodiče při domácí terapii.

Strömbergsson, S., Edlund, E., Pettersson, M., Phan, N., & Kurimo, M. (2025). Self-supervised app-based speech training for children with speech sound disorder—A single-case experimental design study. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70163> [open access]

Jak zavést program FEES a udržet jeho kvalitu v klinické praxi

Zavedení programu FEES (flexibilní endoskopické vyšetření polykání) může významně rozšířit možnosti instrumentální diagnostiky dysfagie v nemocnici nebo jiné zdravotnické organizaci. Zatímco VFSS bývá v nemocnicích relativně snadno dostupné díky existujícím pracovištím radiologie, FEES není vždy možné okamžitě zahájit, protože zdravotnické zařízení nemusí mít potřebné endoskopické vybavení ani dostupnou spolupráci s ORL. Studie DiStefano a Namasivayam-MacDonald ukázala, že zavedení FEES programu v roce 2022 v traumacentru úrovně I vedlo ke zvýšení celkového počtu instrumentálních vyšetření polykání nad rámec již poskytovaných VFSS. Počet konzilií pro dysfagii ani počet provedených VFSS se přitom výrazně nezměnil, ale FEES umožnilo vyšetřovat také nejzávažněji nemocné pacienty, kteří se nemohli dostat na skiaskopické pracoviště, zejména pacienty na jednotkách intenzivní péče. Současně se zkrátila čekací doba na instrumentální vyšetření. Dostupnost obou metod navíc umožnila flexibilněji volit mezi FEES a VFSS podle klinické situace pacienta a v případě potřeby také vhodně zvolit metodu pro kontrolní vyšetření. Pro systematické zavedení FEES lze využít strukturovaný postup publikovaný Gourley et al., který byl použit při zavádění FEES na Speech and Hearing Clinic Macquarie University. Autoři jej postavili na rámci SCOPE, což je pětikrokový model vycházející z principů implementační vědy a zaměřený na praktické zavádění nové služby. SCOPE znamená Service Planning, Competency Training, Obtaining Equipment, Policy and Procedure Development a Embedding and Evaluating, tedy plánování služby, získání kompetencí, pořízení vybavení, vytvoření pravidel a postupů a následné začlenění a hodnocení služby.

- 1. Plánování služby (Service Planning)** začíná zhodnocením současné infrastruktury a organizačního systému. Je třeba zjistit, zda už existuje ucelená cesta péče o pacienty s dysfagií, a stanovit, komu bude FEES určeno – zda všem vhodným pacientům, nebo například především pacientům, kteří nemohou absolvovat VFSS. Důležité je také včas zapojit klíčové spolupracovníky, například ORL lékaře, neurology a lékaře primární péče, aby byly jasně nastaveny indikace, způsob odesílání pacientů, kontraindikace, postupy při rizikových situacích a možnosti eskalace péče. Nemělo by se zapomínat ani na méně zjevné spolupracovníky, například pracovníky sterilizace, nemocniční hygieny, prevence infekcí, bezpečnosti a řízení rizik. Součástí plánování musí být rovněž dlouhodobě udržitelný finanční model, tedy náklady, úhrady, cenová struktura a případné příjmové zdroje.

2. Získání kompetencí (Competency Training) zahrnuje nejprve absolvování externího kurzu, který poskytne teoretické základy a praktické dovednosti potřebné k bezpečnému provádění FEES. Následovat by měl praktický nácvik, například zavádění endoskopu u zdravých dobrovolníků. Při pořizování přístroje je vhodné zjistit, zda dodavatel nabízí praktické zaškolení jako součást dodávky. Organizace musí také rozhodnout, jak bude vzdělávání personálu probíhat. Jednou možností je tzv. cascade model, kdy se nejprve vyškolí zkušenější pracovníci, kteří následně školí kolegy s menšími zkušenostmi. Druhou možností je sequential model, při němž se nejprve vyškolí jeden kliník, začne poskytovat FEES pacientům a následně předává kompetence dalším členům týmu.

3. Pořízení vybavení (Obtaining Equipment) vyžaduje před nákupem nejprve zhodnotit, co už má organizace k dispozici. Standardní FEES sestava obvykle zahrnuje flexibilní videoendoskop, procesor pro zpracování a záznam obrazu, světelný zdroj, monitor, mikrofon a reproduktor. Důležitá je také otázka mobility – zda bude FEES prováděno v jedné specializované místnosti, nebo zda bude možné zařízení přenášet mezi pokoji, například na JIP. Je třeba ověřit požadovanou kvalitu obrazu, zejména pokud má být vyšetření hrazeno z veřejného zdravotního systému, a současně ověřit kompatibilitu vybavení s požadavky na dezinfekci a kontrolu infekcí.

4. Vytvoření pravidel a postupů (Policy and Procedure Development) znamená vytvořit organizační rámec pro bezpečné a standardizované poskytování FEES. Je nutné zohlednit příslušné legislativní a odborné požadavky, pravidla úhrady a požadavky profesních organizací. Dokumentace by měla řešit zejména bezpečnost vyšetření, kompetence jednotlivých pracovníků, indikace a kontraindikace, hygienu a infekční kontrolu, zacházení s přístrojem, postup při komplikacích a způsob dokumentace výsledků

5. Začlenění a hodnocení služby (Embedding and Evaluating) představuje vlastní uvedení programu do běžného provozu. Klinický i podpůrný personál musí být informován o nové službě a je vhodné aktivně informovat také potenciální odesílající lékaře. FEES je tedy potřeba nejen technicky zavést, ale také zajistit, aby zdravotníci věděli, kdy a jak jej indikovat. Současně je třeba vytvořit dlouhodobě udržitelný model personálního zajištění a financování a plánovat další vzdělávání pracovníků. Program by měl systematicky sledovat bezpečnostní ukazatele a mít nastavený pravidelný proces hodnocení, díky němuž lze službu postupně rozšiřovat a zlepšovat. Praktickou pomůckou je také doplňkový materiál k uvedenému článku, který obsahuje stručnější verzi implementačního plánu vhodnou například pro tisk, zahrnutí do podnikatelského či organizačního plánu nebo předložení vedení zdravotnického zařízení. Obsahuje rovněž přehled faktorů, které je třeba zvažovat při výběru vybavení. Samotné zavedení FEES však není jediným problémem. Po spuštění programu je nutné zajistit také **standardizaci mezi jednotlivými kliniky**, aby výsledky byly dokumentovány konzistentně a byly mezi pracovníky vzájemně porovnatelné. Punjabi et al. zjistili, že ačkoli mezi různými pracovišti existuje určitá shoda ve způsobu dokumentace FEES v elektronických zdravotnických záznamech, existuje značná variabilita samotných FEES šablon a standardizované hodnotící škály jsou používány jen omezeně. To může ztěžovat spolehlivé porovnávání výsledků mezi jednotlivými kliniky. Proto je vhodné vytvořit jednotný minimální obsah FEES zprávy. Langmore navrhla seznam komponent, které by měly být součástí každého FEES protokolu, a k dispozici je také několik standardizovaných škál umožňujících hodnotit například množství sekretů, rezidua, penetraci a aspiraci nebo celkovou závažnost dysfagie. Jako praktický model standardizace lze využít také postup, při němž byl FEES sjednocen v týmu 17 logopedů a současně byly vytvořeny jednotné dokumentační šablony. Celkově tedy zavedení FEES není pouze otázkou zakoupení endoskopu. Úspěšný program vyžaduje současné plánování klinické služby, vzdělávání a ověření kompetencí pracovníků, vhodné technické vybavení, jasné definované organizační a bezpečnostní postupy, finanční a personální udržitelnost a následnou standardizaci dokumentace a pravidelné hodnocení kvality. Kombinace FEES a VFSS zároveň rozšiřuje možnosti instrumentální diagnostiky a umožňuje přizpůsobit volbu vyšetření konkrétním potřebám pacienta.

DiStefano, P., & Namasivayam-MacDonald, A. (2026). Outcomes of Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing implementation in acute care. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-25-00245 [available to ASHA members]

Gourley, P., Dragicevich, D., & Kim, J.-H. (2026). Establishing a speech pathology-led flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES) service: Insights from the SCOPE framework. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.1080/22000259.2026.2635974> [open access]

Punjabi, N., Ogrinc, N. J., Nahra, A., Cabrera, C., Howard, N. S., Maronian, N. C., & Zhao, N. W. (2026). Variability in Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing documentation templates: A cross-sectional database study. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-25-00392 [available to ASHA members]

Automatické rozpoznávání řeči (ASR) u dětí s dysartrií: mohou systémy AI nahradit lidský přepis?

Choi a kol. (2025) porovnávali přesnost pěti komerčně dostupných systémů automatického rozpoznávání řeči (ASR), které nejsou závislé na konkrétním mluvčím a jsou tedy určeny pro běžné uživatele, s přesností lidských posluchačů při přepisu řeči dětí s dysartrií. Hodnocenými systémy byly Google Cloud, Wav2Vec2, WhisperX-small, WhisperX-medium a WhisperX-large. Do studie bylo zapojeno také 168 dospělých osob bez specializovaného výcviku nebo předchozích zkušeností s přepisem dysartrické řeči. Všichni měli doslovně, tedy na úrovni jednotlivých slov a nikoli foneticky, přepsat 14 konkrétních frází a vět produkovanych dětmi s dysartrií. U lidí byla kromě přesnosti přepisu hodnocena také subjektivní míra úsilí potřebného k porozumění jednotlivým výpovědím, označená jako **ease of understanding (EoU)**, tedy snadnost porozumění. Výzkumníci následně porovnávali přesnost přepisu jednotlivých ASR systémů s přesností lidských posluchačů a zároveň zkoumali vztah mezi přesností automatického rozpoznávání a subjektivním hodnocením snadnosti porozumění u lidí. Předpokládali, že pokud bude mezi těmito hodnotami silná pozitivní korelace, mohl by systém ASR sloužit nejen k samotnému přepisu, ale také jako určitý objektivní odhad toho, jak srozumitelná je řeč pro člověka – tedy že vzorky, které systém přesněji rozpozná, budou lidé současně hodnotit jako snadněji srozumitelné. Výsledky ukázaly, že jednotlivé ASR systémy se mezi sebou výrazně lišily a nelze je chápat jako jednu homogenní skupinu. Některé systémy byly při přepisu méně přesné než lidské posluchače, některé dosahovaly srovnatelné přesnosti a některé, zejména **WhisperX-medium a WhisperX-large**, lidské posluchače dokonce překonaly. Jednotlivé systémy navíc vykazovaly odlišné charakteristiky, takže jejich vhodnost závisí na účelu, pro který mají být používány. **Lidské posluchače** dosahovali přesnosti srovnatelné s některými ASR systémy, a proto zůstávají relevantní zejména při hodnocení srozumitelnosti a sledování změn u dětí s dysartrií, stejně jako v situacích, kde není dostupná vhodná technologie. Výhodou člověka je samozřejmě také možnost klinicky interpretovat to, co skutečně slyší, nikoli pouze mechanicky přepisovat řeč. **Google Cloud** vykazoval velmi dobrou shodu mezi přesností automatického přepisu a tím, jak snadno lidským posluchačům daná řeč připadala srozumitelná. To naznačuje jeho potenciální využití při hodnocení srozumitelnosti a sledování jejího vývoje u dětí s dysartrií. **WhisperX-medium** vykazoval nejlepší korelaci s přesností lidských přepisovatelů a zároveň silnou souvislost s lidským hodnocením, takže může být užitečný jak pro hodnocení srozumitelnosti a sledování pokroku, tak pro převod řeči do textu. **WhisperX-small** rovněž vykazoval silnou korelaci s lidskou přesností a může být využit při hodnocení srozumitelnosti dysartrické řeči. **WhisperX-large** dosahoval vysoké celkové přesnosti a zároveň silné korelace s lidskou přesností, což podporuje jeho využití zejména pro přesný speech-to-text převod. Naopak **Wav2Vec2** vykazoval nejhorší vztah k lidské přesnosti přepisu a jeho celková přesnost byla slabá, takže autoři jej pro uvedené účely nedoporučují. Z praktického hlediska tedy výběr systému závisí na konkrétním cíli. Pokud je potřeba rychlý a relativně přesný způsob měření srozumitelnosti u dítěte s dysartrií, výsledky podporují zvážení Google Cloud nebo WhisperX-medium.

Pokud je prioritou co nejpřesnější převod dysartrické řeči do textu, například jako podpůrný nástroj při školní práci dítěte, je vhodnější uvažovat o WhisperX-medium nebo WhisperX-large. Výsledky však nelze automaticky přenášet na jiné typy řečových vzorků. Například pro analýzu narativního projevu existují předchozí údaje podporující využití Google speech-to-text u dětí bez popsaných řečových obtíží, zatímco tato studie pracovala pouze s krátkými frázemi a větami a s dětmi s dysartrií. Při použití ASR pro narativní vzorky dysartrické řeči je proto nutná opatrnost a nelze předpokládat stejnou úroveň přesnosti. Současně je třeba mít na paměti, že technologie ASR se rychle vyvíjí. Hodnocené modely se mohou průběžně aktualizovat a jejich přesnost se může zvyšovat, zatímco jsou vyvíjeny další systémy, takže výsledky jedné studie nelze chápat jako trvalé pořadí jednotlivých technologií. Významnou roli navíc hraje způsob pořízení zvukového záznamu. Při používání ASR je nutné věnovat pozornost technickým podmínkám nahrávání, protože například **vokální intenzita**, která bývá u některých forem dysartrie snižena, může významně ovlivnit srozumitelnost a tím i úspěšnost automatického rozpoznávání. Velmi důležitým omezením je také skutečnost, že systémy WhisperX ve studii vykazovaly tzv. **halucinace**, tedy situace, kdy systém do přepisu vložil slova, která ve skutečném řečovém vzorku vůbec nebyla. Výstup ASR proto nelze považovat za automaticky správný a jeho výsledky je vždy nutné kontrolovat člověkem. Celkově studie ukazuje, že ASR může být užitečným nástrojem při práci s řečí dětí s dysartrií, zejména pro objektivizaci a sledování srozumitelnosti nebo pro převod řeči do textu. Některé systémy již dosahují přesnosti srovnatelné s člověkem nebo ji v určitých podmínkách překonávají, ale mezi jednotlivými modely jsou významné rozdíly. ASR proto může část časově náročné práce převzít, neměl by však nahradit klinické rozhodování. Volba vhodného nástroje, interpretace výsledků, posouzení jejich validity a rozhodnutí, jak a kdy technologii v klinické praxi využít, zůstává odpovědností klinika. Zároveň studie ukazuje, že pokud není možné nebo žádoucí ASR používat, lidský přepis zůstává relevantní možností, protože jeho přesnost může být s některými technologiemi srovnatelná.

Choi, J., Moya-Galé, G., Hwang, K., Hirschberg, J., & Levy, E. S. (2026). Automatic speech recognition for intelligibility assessment in children with dysarthria. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. https://doi.org/10.1044/2025_jslhr-25-00562 [open access]

Ergonomie při FEES: fyzické obtíže logopedů a jak jim předcházet

Vyšetření FEES může být pro klinického logopeda fyzicky náročné, zejména při vyšetřování hospitalizovaných pacientů, kdy je často nutné stát nebo se naklánět nad lůžkem pacienta a současně manipulovat s endoskopem. Studie Keltz et al. (2024) se zaměřila na fyzické obtíže klinických logopedů během flexibilního endoskopického vyšetření polykání (FEES), mezi které patřily například únava, bolest, ztuhlost nebo necitlivost. Ukázalo se, že **73 % kliniků pocituje při provádění FEES alespoň někdy určitý fyzický diskomfort**. Nejčastěji se obtíže týkaly **ramen (54 %), horní části zad (49 %), dolní části zad (47 %), krku (41 %), zápěstí (23 %), kolen (13 %) a palce (13 %)**. Výzkumníci současně zkoumali, které faktory mohou výskyt výraznějších obtíží předvídat. Nepotvrdilo se, že by významnými prediktory byly věk, pohlaví, typ úchopu endoskopu, počet let zkušeností s prováděním FEES nebo počet FEES prováděných za týden. Naopak zásadním faktorem byla **dostupnost vhodných ergonomických podmínek**. Klinici, kteří uváděli obtíže s přístupem k dobrým ergonomickým podmínkám, měli přibližně **pětikrát vyšší pravděpodobnost častého fyzického diskomfortu**. Výsledky tedy naznačují, že problém nemusí spočívat jednoduše v tom, že člověk provádí FEES často, je starší nebo má mnoho let praxe, ale významně souvisí s tím, v jakých pracovních podmínkách vyšetření provádí a jak dobře je jeho poloha přizpůsobena konkrétní situaci. Z hlediska prevence je proto důležité zaměřit se především na **ergonomii celého vyšetření**. Jednou z možností je optimalizace způsobu držení endoskopu. Keltz et al. sice nezjistili, že by konkrétní typ úchopu byl významným prediktorem diskomfortu, ale novější studie Park et al. porovnávala pomocí metody **Rapid Upper Limb Assessment (RULA)** konvenční úchop endoskopu s tzv. **pistolovým úchopem**. Konvenční

úchop lze přirovnat k držení kornoutu zmrzlina, zatímco pistolový úchop připomíná polohu ruky při podání ruky. Pistolový úchop vykazoval z ergonomického hlediska příznivější charakteristiky, zejména díky lepší flexi lokte při ovládání endoskopu a menšímu torznímu zatížení zápěstí. Je však třeba zdůraznit, že ne všechny endoskopy jsou pro tento způsob držení stejně vhodné. Některé jsou přímo konstruovány pro pistolový úchop, zatímco u jiných může být nutná úprava vybavení nebo změna orientace obrazu, aby byl tento způsob manipulace prakticky použitelný. Ve zmíněných studiích navíc většina účastníků ovládala páčku endoskopu palcem a nebyly systematicky hodnoceny alternativy využívající například ukazovák nebo jiné prsty. Optimální úchop proto může být do určité míry individuální a může vyžadovat praktické vyzkoušení různých možností v závislosti na konkrétním endoskopu. Druhou zásadní oblastí je **nastavení pracovního prostoru a poloha pacienta**. Výšku nemocničního lůžka nebo vyšetřovacího křesla je vhodné upravit tak, aby klinik nemusel během vyšetření dlouhodobě ohýbat záda nebo se natahovat k pacientovi. Pacienta je vhodné přiblížit k vyšetřujícímu. Při používání nastavitelného křesla by měla být hlava pacienta přibližně ve výšce ramene klinika. Důležité je také správné umístění monitoru. Ten by měl být ve výšce neutrálního pohledu nebo mírně pod jeho úroveň, aby nebylo nutné dlouhodobě zaklánět krk. Současně je třeba uspořádat ostatní vybavení a kabely tak, aby klinik nemusel během vyšetření zbytečně rotovat trupem nebo se dostávat do nepřírodních poloh. Významné je také **celkové postavení těla samotného klinika**. Lokty je vhodné držet blízko těla, protože tak lze lépe stabilizovat ramena a horní končetiny. Při delším vyšetření je vhodné měnit polohu rukou nebo techniku úchopu, aby nedocházelo k jednostrannému přetěžování. Kolena by neměla být dlouhodobě zcela propnutá; vhodnější je jejich mírné pokrčení a průběžné změny postoje. Při delším FEES je užitečné měnit pozici a podle situace využít jako oporu například lůžko pacienta nebo stoličku. Význam mají také **přestávky mezi jednotlivými vyšetřeními a protažení**, zejména pokud je FEES prováděno opakovaně během pracovního dne. Ergonomická opatření tedy nejsou pouze otázkou pohodlí, ale mohou být důležitá pro dlouhodobou fyzickou zátěž, pracovní komfort a udržitelnost výkonu profese. Pokud již fyzické obtíže ovlivňují práci, je vhodné využít služby pracovnělékařské nebo occupational health péče, pokud jsou v daném zařízení dostupné, a požádat o individuální ergonomické posouzení pracovního místa a doporučení. Celkově studie upozorňuje, že fyzický diskomfort při FEES je mezi klinickými logopedy běžný a že jeho výskyt výrazně souvisí s možností pracovat v ergonomicky vhodných podmínkách. Při zavádění FEES programu by proto ergonomie neměla být opomenuta – měla by být součástí nastavení pracovního prostoru, výběru a umístění vybavení i praktického zaškolení pracovníků.

Keltz, A., Leydon, C., Vernarelli, J. A., Livecchi, D., & Lerner, M. Z. (2024). Work-related physical discomfort and ergonomics among speech-language pathologists performing flexible endoscopic evaluations of swallowing. *ASHA Journal of Speech Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-00258 [available to ASHA members]

Park, S., MacInnis, P., Nisenbaum, R., & Lin, R. J. (2025). Ergonomics of in-office nasolaryngoscopy: Comparison between conventional and pistol grip techniques. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.70126> [open access]

Watanabe, I., Miyamoto, M., Nakagawa, H., & Saito, K. (2021). Ergonomic advantage of pistol-grip endoscope in the ENT practice. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*. <https://doi.org/10.1002/lio2.542> [open access]

Etické rozhodování při managementu dysfagie: bezpečnost pacienta versus jeho autonomie a informované rozhodování

V klinické logopedii se při práci s pacienty s dysfagií tradičně klade velký důraz na **bezpečnost pacienta**. Bezpečnost je nepochybně jedním ze základních principů kvalitní zdravotní péče, sama o sobě však nepokrývá všechny aspekty kvalitní a eticky správné péče. Management dysfagie je specificky komplexní proto, že se týká **jídla a pití**, tedy aktivit hluboce propojených s osobními hodnotami, kulturou, společenskými zvyklostmi, životním stylem a kvalitou života. Pacienti proto mohou mít velmi pevné představy o tom, co chtějí jíst a pít a jakým způsobem. Úkolem klinického logopeda je identifikovat dysfagii

a minimalizovat její komplikace, ale současně je nutné **respektovat autonomii pacienta a jeho právo podílet se na rozhodování o vlastní zdravotní péči**. Cílem tedy není automaticky prosadit nejbezpečnější variantu podle klinika, ale společně s pacientem hledat řešení, které zohlední jeho zdravotní rizika i jeho vlastní hodnoty, preference a cíle. Tento přístup vychází ze základních principů biomedicínské etiky – **autonomie, neškodění (nonmaleficence), prospěšnosti (beneficence) a spravedlnosti (justice)**. Naudé a Kanji (2026) se zaměřili na otázku, proč se tyto obecně uznávané etické principy ne vždy promítají do každodenní klinické praxe při managementu dysfagie.

Ve scoping review využili **Restův čtyřkomponentový model morálního jednání**, který představuje rámec pro pochopení toho, jak člověk postupuje od rozpoznání etického problému až k samotnému etickému jednání. Model zahrnuje čtyři navazující oblasti. **1. Morální/etická senzitivita** znamená schopnost rozpoznat, že konkrétní situace obsahuje etický problém. V klinické praxi může například standardní doporučení týkající se konzistence stravy nebo tekutin zasahovat do osobních hodnot a preferencí pacienta, aniž by si to klinik dostatečně uvědomil. **2. Morální/etický úsudek** představuje schopnost rozhodnout, jaký postup je za daných okolností eticky nejvhodnější, pokud proti sobě stojí různé hodnoty a možné postupy. Typickým příkladem je pacient, který nechce přijímat zahuštěné tekutiny, přestože u něj při konzumaci běžných tekutin dochází k aspiraci. Klinická otázka tedy není pouze „co je bezpečnější“, ale také jak respektovat pacientovo rozhodnutí a současně s ním otevřeně pracovat s riziky. **3. Morální/etická motivace** znamená schopnost dát etickým hodnotám skutečnou prioritu před konkurenčními zájmy, například časovým tlakem, pracovní zátěží, organizačními pravidly nebo obavami z právních následků. Příkladem může být situace, kdy nemocnice vyžaduje dokončení všech nových vyšetření v určitém pořadí, ale konkrétní pacient, který je křehký a několik dní nic nepřijímal per os, potřebuje pozornost přednostně. **4. Morální odvaha neboli etické jednání** znamená schopnost skutečně jednat podle etických principů i tehdy, když tomu brání profesní neshody, organizační tlak nebo odpor ostatních pracovníků. V oblasti dysfagie to může znamenat například aktivně hájit přání pacienta i v situaci, kdy s doporučeným postupem nesouhlasí jiní členové týmu. Právě mezi prvními dvěma a posledními dvěma komponentami se podle autorů nachází významná mezera. Logopedi obecně dobře rozpoznávají etické problémy a dokážou o nich teoreticky uvažovat, tedy zvládají **etickou senzitivitu a etický úsudek**. Obtížnější je však převést toto porozumění do skutečného jednání. Problematická je zejména schopnost upřednostnit hodnoty pacienta před časovými a organizačními omezeními nebo obavami z právních důsledků a následně své stanovisko také prakticky prosadit. Klinický logoped tak může vědět, že pacientovo rozhodnutí má být respektováno, ale současně může mít obavu z konfliktu s nadřízeným, ostatními zdravotníky, z negativního hodnocení pracovního výkonu nebo z případné žaloby. Autoři proto upozorňují, že bez explicitní podpory **morální motivace a etického jednání** mohou zdravotníci zažívat tzv. **morální distres** nebo se uchýlovat k defenzivním postupům, přestože si etický problém dobře uvědomují. Posílení etické praxe proto vyžaduje více než pouze deklaraci, že respektujeme autonomii pacienta. Je nutné podporovat konkrétní etické jednání v praxi, vytvářet spolupráci s dalšími profesemi, které řeší obdobná etická dilemata, a otevřeně a respektujícím způsobem komunikovat s vedením o potřebě podpory při komplexních případech. Významnou součástí tohoto procesu může být také **informovaný souhlas**. Ten není pouze dokumentem, který pacient podepíše. Jde o průběžný **komunikační a rozhodovací proces**, jehož podstatou je umožnit pacientovi učinit informované a dobrovolné rozhodnutí o vlastní péči. Bice et al. (2026) dále upozorňují, že důsledné provedení procesu informovaného souhlasu může být jedním z prostředků, jak překlenout rozdíl mezi etickými principy a skutečným klinickým jednáním. Pokud jsou pacientovi srozumitelně vysvětleny jeho možnosti, rizika a alternativy a pokud je doloženo, že skutečně porozuměl důsledkům svého rozhodnutí, může být pro klinika snazší respektovat pacientovu autonomii i tehdy, když se jeho volba liší od doporučení klinického logopeda.

Autoři popisují **pět základních oblastí informovaného souhlasu**. **1. Disclosure – sdělení informací:** pacientovi je třeba srozumitelným a přístupným způsobem vysvětlit jeho stav, diagnózu, způsob, jakým stav ovlivňuje organismus, možné důsledky neléčení a prognózu. **2. Treatment – možnosti léčby:** je nutné

vysvětlit dostupné možnosti intervence, jejich odůvodnění, očekávané přínosy, pravděpodobnost úspěchu a možné nežádoucí účinky nebo rizika. **3. Alternatives – alternativy:** pacient má být informován také o dalších možných postupech, včetně možnosti léčbu nebo doporučený postup odmítnout, pokud zároveň rozumí možným důsledkům tohoto rozhodnutí. **4. Voluntary choice – dobrovolná volba:** rozhodnutí musí být skutečně svobodné a nemělo by být ovlivněno nátlakem, manipulací, skrytým tlakem, strachem z opuštění nebo jinými nepřiměřenými vlivy. **5. Understanding – porozumění:** klinik musí ověřit, zda pacient skutečně porozuměl předchozím informacím a jejich důsledkům. Tímto způsobem může informovaný souhlas současně podporovat důvěru mezi pacientem a zdravotníkem, chránit autonomii pacienta a pomoci klinikovi strukturovaně postupovat v eticky složitých situacích. Autoři zároveň upozorňují na problém **nedostatečné konzistence v provádění a zejména dokumentování informovaného souhlasu**. Klinický logoped může mít v elektronickém zdravotnickém systému k dispozici množství zaškrťovacích polí, která vytvářejí dojem, že byl proces souhlasu kompletně proveden, například jednoduché zaznamenání, že pacient byl informován o výsledcích vyšetření. Samotné zaškrtnutí políčka však nemusí zachytit skutečný obsah rozhovoru, pořadí informací, konkrétní rizika, alternativy ani pacientovo rozhodnutí. V eticky komplikovaných případech proto může být vhodné věnovat několik minut navíc **slovnímu, narativnímu popsání procesu informovaného souhlasu v dokumentaci**, místo spoléhání pouze na automatická políčka v elektronickém systému. Dokumentace by měla zachytit, co bylo pacientovi vysvětleno, jaké možnosti byly diskutovány, jaká rizika a alternativy byly uvedeny a že pacient měl možnost učinit dobrovolné rozhodnutí na základě těchto informací. Celkově tedy problematika dysfagie ukazuje, že **bezpečnost a autonomie pacienta nemusí být totožné hodnoty a někdy se mohou dostat do konfliktu**. Úkolem klinického logopeda není pouze maximalizovat bezpečnost za každou cenu, ale současně respektovat právo pacienta rozhodovat o svém těle a způsobu života. K eticky kvalitní péči nestačí etické dilema pouze rozpoznat a teoreticky určit správný postup; je třeba být schopen své etické hodnoty převést do skutečného jednání navzdory organizačním, časovým nebo profesním překážkám. **Informovaný souhlas představuje důležitý nástroj**, který umožňuje pacientovi učinit vlastní rozhodnutí na základě srozumitelných informací o diagnóze, možnostech léčby, rizicích a alternativách. Pokud se pacientovo rozhodnutí liší od doporučení klinického logopeda, neznamená to automaticky selhání péče – podstatné je, zda pacient obdržel relevantní informace, porozuměl jim a své rozhodnutí učinil svobodně. Z hlediska klinické praxe je proto důležité nejen respektovat autonomii pacienta, ale také **proces informovaného rozhodování pečlivě provádět a dokumentovat**, zejména v situacích, kdy se jeho preference dostávají do konfliktu s bezpečnostními doporučeními.

Bice, E. M., Tomitz, N. K., Baumrucker, S. J., & Galek, K. E. (2026). Informed consent in speech-language pathology documentation when recommending diet changes. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2026_ajslp-25-00381 [available to ASHA members]

Naudé, A., & Kanji, A. (2026). Ethical challenges and considerations in dysphagia management: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70214> [open access]

Odmítání AAC jako forma komunikace: proč bychom měli naslouchat tomu, co nám dítě sděluje svým chováním

Výzkum přináší stále více důkazů o přínosu zavádění augmentativní a alternativní komunikace (AAC) u dětí s minimální verbální komunikací, včetně dětí s autismem. Současně existují propracované postupy pro hodnocení potřeb dítěte, doporučení pro individualizované vzdělávání rodičů a pečujících osob a rostoucí množství důkazů podporujících neurodiverzitu respektující přístupy, například modelování jazyka prostřednictvím AAC. Přesto však AAC systém nemusí být vždy úspěšně přijímán a může docházet k jeho omezenému používání nebo úplnému opuštění. Zatímco příčiny opuštění AAC byly zkoumány především z pohledu rodičů, Gombar a Pejić Bach (2025) se zaměřili na perspektivu samotného dítěte a na konkrétní

situace, v nichž dítě zařízení odmítá nebo se od něj odpojuje. Autoři upozorňují na možnost, že **odmítání nebo nepoužívání AAC nemusí být pouze problémem v implementaci, nedostatečnou motivací nebo „nevhodným“ chováním dítěte, ale může samo o sobě představovat významný komunikační akt.** První autorka po dobu čtyř let zaznamenávala interakce mezi svým minimálně verbálně komunikujícím autistickým dítětem a jeho pečujícími osobami. Pozorování probíhalo v každodenních rutinách, při volné hře i při strukturovaných vzdělávacích aktivitách a někdy bylo AAC zařízení přítomno a jindy nikoli. Jedná se o **jednopřípadovou studii**, takže výsledky nelze automaticky zobecnit na všechny děti, mohou však přinést důležitou perspektivu pro porozumění tomu, co se může během používání AAC odehrávat.

Autoři identifikovali **tři charakteristické vzorce interakce související s používáním AAC**. **1. Nerozpoznané afektivní komunikační iniciace:** dítě zahajovalo komunikaci prostřednictvím neverbálních signálů, například očního kontaktu, vokalizací a gest. Pokud se dospělý pokoušel tyto projevy přesměrovat na AAC zařízení, mohlo dojít k narušení kontaktu a propojení mezi dítětem a komunikačním partnerem. Jinými slovy, způsob komunikace, který dítě spontánně používalo a prostřednictvím kterého se snažilo navázat kontakt, nebyl vždy rozpoznán jako plnohodnotná komunikace a byl nahrazován komunikací prostřednictvím zařízení. **2. Narušení afektivního rytmu interakce:** zaměření na základní slovní zásobu a používání AAC mohlo narušovat přirozenou reciprocitu interakce, například vzájemný oční kontakt, fyzické napodobování nebo vokální imitaci během společných her. Pokud dítě potřebovalo reagovat prostřednictvím AAC, přidání času nutného k výběru symbolu mohlo vytvořit větší komunikační odstup a narušit přirozený rytmus interakce. V některých situacích dítě jasně signalizovalo, že AAC není jeho preferovaným způsobem komunikace – například položilo ruku přes zařízení nebo jej odsunulo. Tyto projevy však byly terapeuty interpretovány jako **vyhýbání se** či odmítání účasti, nikoli jako potenciální sdělení dítěte o tom, jakým způsobem chce komunikovat. **3. Selektivní zapojení a afektivní odpor:** dítě projevovalo menší zájem o aktivity zaměřené na symbolový trénink a systematické osvojování používání AAC. Naproti tomu během nestrukturovaných herních aktivit, které nebyly zaměřené na trénink AAC, vykazovalo více spontánní a reciproční komunikace. Tento rozdíl naznačuje, že nízké zapojení nemuselo znamenat obecný nedostatek komunikačního zájmu, ale mohlo souviset konkrétně se způsobem, jakým byla AAC intervence strukturována. Autoři proto docházejí k interpretaci, že v daném případě **zavedení AAC a konkrétní intervenční přístup ne vždy rozšiřovaly existující komunikační možnosti dítěte, ale naopak se mohly stát překážkou jeho účasti na interakci.** Odstoupení dítěte od komunikace prostřednictvím zařízení pak může být chápáno jako způsob, jak vyjádřit nesouhlas. Důležitou otázkou tedy není pouze to, zda dítě používá AAC zařízení „správně“ nebo podle očekávaného postupu, ale také zda způsob používání AAC podporuje jeho přítomnost v interakci, pocit bezpečí, vzájemnost a skutečné komunikační propojení. Z tohoto pohledu je při zavádění AAC důležité **respektovat již existující komunikační strategie dítěte a nesnažit se je automaticky nahradit komunikací prostřednictvím zařízení.** AAC by měla existující komunikaci rozšiřovat, nikoli vytlačovat. To odpovídá principu **totální komunikace**, při níž jsou respektovány a využívány různé komunikační modalities podle individuálních potřeb dítěte – například gesta, vokalizace, mimika, pohled, tělesné projevy i AAC. Přístup by měl být vysoce individualizovaný a měl by zohledňovat nejen potřeby dítěte, ale také jeho preference a preference rodiny. Důležitá je také **volba slovní zásoby v AAC systému.** Nestačí automaticky vycházet z univerzálních seznamů rané slovní zásoby. Kong et al. zjistili, že slova, která minimálně verbálně komunikující autistické děti skutečně používají, nemusí být v těchto standardních nástrojích vždy dostatečně zastoupena, přestože například MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (MCDI) vykazoval v tomto ohledu poměrně dobrou shodu. Slovní zásoba by proto měla být přizpůsobena konkrétnímu dítěti, jeho zájmům, každodenním situacím a potřebám. **Rodiče a další blízcí lidé** přitom mohou poskytnout zásadní informace o tom, která slova, sdělení a komunikační funkce jsou pro dítě a rodinu skutečně důležité. Při výběru intervenčního přístupu je také vhodné zvažovat, zda používané **behaviorální strategie** odpovídají hodnotám a preferencím dítěte a rodiny. Neurodiverzitu respektující přístupy, například **aided language modeling**, mohou v některých situacích lépe podporovat autentickou komunikaci vedenou dítětem. Při modelování aided language terapeut nebo komunikační partner používá AAC zařízení současně s mluvenou komunikací, čímž dítěti

poskytuje jazykový model, aniž by nutně vyžadoval, aby samo okamžitě zařízení použilo. Při řešení komunikačních problémů v rámci implementace AAC může být užitečná také **konverzační analýza (Conversation Analysis)**. Přestože je časově náročná, umožňuje detailně analyzovat skutečný průběh interakcí a zjistit, kde přesně dochází k narušení komunikace, jak na sebe jednotlivé komunikační projevy navazují a jak reagují dítě i komunikační partner. Významnou roli zde hraje také koncept **souhlasu a nesouhlasu dítěte (assent a dissent)**. Autističtí dospělí opakovaně upozorňují, že perspektiva konkrétního dítěte by měla být při plánování cílů a intervencí zásadní a že je nutné respektovat jeho projevy souhlasu i nesouhlasu. U minimálně verbálně komunikujících dětí může být obtížné přesně určit, co konkrétní gesto, pohyb nebo odmítnutí znamená, přesto je důležité těmto reakcím věnovat pozornost a nesnažit se je automaticky interpretovat jako problémové chování. Celkovým poselstvím studie je proto změna perspektivy: **odmítnutí AAC zařízení nemusí znamenat, že dítě „neumí používat AAC“, „nemá motivaci“ nebo že intervence musí být intenzivnější. Může jít o způsob, kterým dítě komunikuje, že mu daný způsob interakce nevyhovuje.** Při klinickém rozhodování je proto vhodné sledovat, jak dítě komunikuje spontánně, co podporuje jeho zapojení, kdy se od interakce stahuje a jak reaguje na různé komunikační modalit. Cílem AAC by nemělo být pouze dosažení určitého počtu použitých symbolů nebo „správného“ používání zařízení, ale především vytvoření funkčního, smysluplného a pro dítě přijatelného způsobu komunikace, který rozšiřuje jeho možnosti vyjádřit vlastní potřeby, zájmy, postoje i nesouhlas.

Gombar, M., & Pejić Bach, M. (2025). Affective resistance in augmentative and alternative communication: A reflexive case study in autism. *International Journal of Developmental Disabilities*. <https://doi.org/10.1080/20473869.2025.2605577>

Free Water Protocol u dětí s dysfagií: možnost podpory návratu k tenkým tekutinám

U dítěte, které je NPO (non per os) nebo dostává zahuštěné tekutiny, může být obtížné dosáhnout dalšího pokroku, protože dítě zároveň prakticky nedostává příležitost procvičovat polykání nezahuštěných tekutin. Zahuštěné tekutiny mohou být navíc pro děti senzorycky i behaviorálně nepříjemné a jejich odmítání je pochopitelné. **Free Water Protocol (FWP) představuje možnost, jak za kontrolovaných podmínek umožnit pacientům s dysfagií konzumaci vody**, přestože jinak mají upravenou konzistenci tekutin nebo jsou NPO. Voda má neutrální pH a při aspiraci je považována za relativně nejbezpečnější tekutinu. FWP však neznamena volný přístup k jakýmkoli nezahuštěným tekutinám – jde o přesně definovaný režim zahrnující důslednou ústní hygienu, dohled, bezpečnostní strategie a správnou selekci pacientů.

Důkazy u dospělých: omezené, ale převážně příznivé. Přestože je FWP v klinické praxi poměrně rozšířený, existuje překvapivě málo kvalitních výzkumných důkazů. Dostupná literatura u vhodně vybraných dospělých pacientů s dysfagií však naznačuje, že umožnění pití vody podle protokolu zřejmě nezvyšuje riziko aspirační pneumonie. Klíčová je přitom právě správná selekce pacientů a dodržování bezpečnostních podmínek; nelze tedy předpokládat, že je FWP bezpečný pro každého pacienta s aspirací. **Důkazy u dětí: první pozitivní údaje o proveditelnosti a bezpečnosti.** Lu et al. (2026) retrospektivně sledovali tři malé děti ve věku 9–16 měsíců. Děti měly různé zdravotní komplikace, například laryngomalacii, chirurgicky řešený laryngeální rozštěp, Chiariho malformaci I. typu nebo chronický kašel s předchozími hospitalizacemi pro pneumonii. Použití FWP nebylo rozhodnutím pouze klinického logopeda; poměr rizika a potenciálního přínosu posuzoval **multidisciplinární tým**. Současně byly vyloučeny děti s nedostatečnou ústní hygienou, aspirací vlastních sekretů nebo významně narušeným respiračním stavem. Během intervence rodiče důsledně prováděli ústní hygienu, zejména čištění zubů na začátku dne a před podáním vody. Voda byla podávána pouze pod dohledem a rodiče byli písemně i prakticky instruováni, jak rozpoznat klinické známky aspirace. Začínalo se velmi malými objemy, například **1 ml vody podaným lžičkou**, a množství se postupně zvyšovalo podle tolerance dítěte. Během šesti měsíců všechny tři děti vykázaly zlepšení – zlepšila se jejich hmotnostní trajektorie, snížila se orální averze a zvýšila se jejich účast v terapii krmení. **Dvě ze tří dětí nakonec přešly na dietu s nezahuštěnými tekutinami** a nebyly zaznamenány žádné komplikace. Výsledky jsou však pouze předběžné, protože jde o velmi malý retrospektivní soubor tří dětí, a nelze je zobecnit na

pediatrickou populaci. **FWP je slibný, ale vyžaduje pečlivé zvážení.** U dětí je třeba současně chránit dýchací cesty a podporovat příležitosti k přirozenému nácviku příjmu potravy a tekutin. Pokud dítě může za vhodných podmínek bezpečně pít nezahuštěnou vodu, může být vhodné mu tuto zkušenost umožnit, místo dlouhodobého spoléhání pouze na kompenzační postupy, například zahušťování tekutin. Rozhodnutí by mělo být **multidisciplinární**, přičemž dítě a rodina musí být jeho aktivní součástí. **Základní bezpečnostní podmínky:** Nezahuštěná voda se může podávat nejdříve přibližně 30 minut po jídle; u dětí, které jsou NPO, může být podávána podle nastaveného režimu kdykoli. Je nezbytná důsledná ústní hygiena, zejména čištění zubů na začátku dne a před zkouškami vody. Během podávání vody je třeba používat vhodné strategie bezpečného polykání, například optimální polohu dítěte a vhodné pomůcky či způsob podání. U dítěte, které se tekutinu teprve učí přijímat nebo ji dlouho nepilo, je vhodné začínat malými objemy a postupně je zvyšovat. Pečující osoby musí být proškoleny v rozpoznávání klinických známek aspirace a musí vědět, kdy podávání vody přerušit. **Co do FWP nepatří:** FWP neznamená povolení všech nezahuštěných tekutin. Nezahuštěná voda se nepodává během jídla a protokol se nevztahuje na jiné jiné tekutiny, například džus. **FWP není vhodný pro děti, které** mohou být impulzivní, mají problém udržet dostatečnou bdělost, mají kompromitovaný respirační systém, například opakované aspirační pneumonie nebo neuromuskulární onemocnění spojené s oslabeným kašlem, nebo jsou medicínsky nestabilní. Celkově představuje FWP v pediatrické dysfagii **potenciální způsob, jak propojit bezpečnost s rehabilitačním přístupem.** Namísto dlouhodobého spoléhání pouze na kompenzaci může u vhodně vybraného dítěte vytvořit kontrolovanou příležitost k nácviku polykání nezahuštěné tekutiny. Současná pediatrická evidence je však velmi omezená a nelze z ní vyvodit, že je FWP obecně bezpečný pro děti s aspirací. Zásadní je proto individuální posouzení rizika, stav dýchacích cest, ústní hygiena, schopnost dítěte spolupracovat, dohled, postupné dávkování a multidisciplinární rozhodování.

Lu, R. J., Pereira, N., Maresh, A. M., & DiMattia, M. (2026). The Frazier Water Protocol for pediatric dysphagia. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.70489>

Gillman, A., Winkler, R., & Taylor, N. F. (2017). Implementing the free water protocol does not result in aspiration pneumonia in carefully selected patients with dysphagia: A systematic review. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9761-3>

Retrográdní krikofaryngeální porucha (RCPD) u dětí ovlivňuje příjem potravy a tekutin

Retrográdní krikofaryngeální porucha (retrograde cricopharyngeal disorder, RCPD) vzniká tehdy, když se faryngozofageální svěrač nedokáže dostatečně uvolnit, aby umožnil průchod plynu z jícnu směrem nahoru a jeho následné odříhnutí. Přestože byla RCPD dlouho spojována především s dospělými, novější výzkum ukazuje, že se může vyskytovat i u dětí a dospívajících (pRCPD). Wright et al. sledovali děti před a po aplikaci botulotoxinu do krikofaryngeálního svalu (cricopharyngeal botulinum toxin injection, CPBTI) a popsali řadu příznaků relevantních také pro klinickou logopedii. **Abelchie (neschopnost odříhnout):** 100 % sledovaných dětí nebylo schopno říhnout, přestože většina z nich tuto schopnost v kojeneckém období měla. **Dysfagie a respirační příznaky:** přibližně 10 % dětí nebo jejich rodičů uvádělo dysfagii, přičemž autoři ji odlišovali od ostatních obtíží spojených s příjmem potravy. **Averze nebo vyhýbání se jídlu:** přibližně 20 % dětí popisovalo narušení jídelního režimu a nepříjemné pocity při jídle. U dětí mladších pěti let rodiče uváděli také distenzi břicha a vyhýbání se některým potravinám, přičemž obtíže se během dne zhoršovaly. **Respirační příznaky:** téměř 90 % účastníků popisovalo slyšitelné „bublání“ či kručení vycházející z oblasti jícnu, více než čtvrtina trpěla častým nebo bolestivým škytáním a téměř 10 % uvádělo obtíže s dýcháním způsobené tlakem v oblasti hrdla. **Úzkost související s jídlem:** téměř polovina dětí nebo jejich rodičů uváděla sociální úzkost spojenou s příznaky pRCPD, která se mohla zhoršovat v souvislosti s jídlem a společným stolováním. Obtíže mohly negativně ovlivňovat kvalitu života, sociální vztahy a dokonce i docházku do školy. **Chirurgická léčba vede k výraznému ústupu příznaků, ale může mít přechodné nežádoucí účinky.** Předchozí konzervativní léčba, například úpravy jídelníčku nebo inhibitory protonové pumpy, podle této studie příznaky pRCPD neřešila. Po aplikaci botulotoxinu do krikofaryngeálního svalu

byla léčebná odpověď velmi výrazná: všechny děti byly krátce po zákroku schopny odříhnout a téměř všechny uváděly úplné vymizení příznaků pRCPD. Po zákroku se však u některých dětí objevily dočasné komplikace relevantní pro logopedii, zejména v oblasti dýchání a polykání. **Respirační obtíže** se objevily přibližně u 20 % dětí, například mírná dušnost při fyzické aktivitě; u jednoho dítěte byly nutné logopedické intervence kvůli krátkodobému laryngospasmu. **Dysfagii** po zákroku uvádělo až 84 % dětí, obtíže však spontánně ustoupily během 2–6 týdnů po úpravě stravy, bez potřeby specifické dysfagické terapie. Autoři vysvětlují, že nově uvolněný krikofaryngeální sval umožňuje pomalejší průchod sousta a dítě může mít dočasně pocit, že se potrava „zasekla“. Obvykle postačuje doporučit měkčí potraviny, menší sousta a doušky a případně zapíjení každého sousta tekutinou. Přibližně polovina dětí dále uváděla nově vzniklý nebo zhoršený **reflux či regurgitaci**, které však během 4–6 týdnů spontánně odezněly bez farmakologické léčby. Autoři předpokládají, že toto přechodné zhoršení může představovat určitý „efekt tréninkových koleček“ – děti a dospívající si potřebují postupně zvyknout na nový stav s nižším napětím krikofaryngeálního svěrače. Z tohoto důvodu zdůrazňují význam **sledování dětí po CPBTI**, protože počáteční zhoršení polykacích nebo respiračních obtíží nemusí znamenat selhání léčby, ale může být přechodnou adaptační fází. **Klinický logoped by měl být součástí multidisciplinárního týmu.** U dětí s obtížemi při krmení je vhodné myslet na možnost pRCPD již při vstupním vyšetření a příznaky sledovat také v rámci následných kontrol. Důležitá je přesná dokumentace příznaků a průběžná komunikace s rodiči i dalšími zdravotníky, například praktickým lékařem, gastroenterologem nebo ORL specialistou, aby bylo možné vhodně indikovat další vyšetření. Pokud je prováděno vyšetření polykání pomocí modifikovaného baryového sousta (MBS/VFSS), je vhodné věnovat pozornost také **faryngoezofageálnímu svěrači a provést esophageal sweep**, tedy orientační zobrazení jícnu. Současně je však důležité zdůraznit, že **pRCPD nelze diagnostikovat pouze pomocí zobrazovacích metod**. Úloha logopeda pokračuje také po léčbě, například při řešení respiračních obtíží pomocí respiračního retrainingu, u dospívajících prostřednictvím Behavioral Eructation Retraining Protocol (BERP), při edukaci dítěte a rodičů a při průběžném hodnocení příjmu potravy, polykání a kvality života. RCPD může být pro dítě nejen limitující, ale také bolestivá a může významně zasahovat do každodenního života, stravování a sociálního fungování. Pro klinického logopeda je proto důležité znát typické příznaky pRCPD a v rámci multidisciplinární spolupráce pomoci zajistit správnou diagnostiku, sledování po léčbě a podporu bezpečného a komfortního příjmu potravy.

Wright, A. P., Jin, V., Hunter, N. B., & Tritter, A. G. (2026). Outcomes in the management of pediatric retrograde cricopharyngeal dysfunction. *The Laryngoscope*. <https://doi.org/10.1002/lary.70509> [open access]

Vliv traumatu na vývoj jazyka u dětí

Jazykové schopnosti dětí, které zažily týrání nebo zanedbávání, bývají ve srovnání s vrstevníky horší. Současné děti však mohou být vystaveny mnohem širšímu spektru traumatických zkušeností, například vysídlení, válečným událostem, násilím v komunitě, nestabilnímu bydlení, bezdomovectví nebo přírodním katastrofám. Výzkum Hryciw et al. (2025) se proto zaměřil na to, jak různé typy traumatu souvisejí s vývojem jazyka a zda se jejich vliv liší.

Trauma v dětství souvisí mimo jiné s posttraumatickými stresovými příznaky, behaviorálními a emočními obtížemi, poruchami spánku, problémy ve škole, psychosomatickými obtížemi a vyšším zastoupením dětí v justičním systému. Pokud je dítě opakovaně vystaveno aktivované stresové reakci, může mít obtížnější přístup ke kognitivním procesům, včetně těch, které souvisejí s jazykem. Dlouhodobě aktivovaný systém stresové odpovědi se označuje jako **toxický stres** a předpokládá se, že může významně ovlivňovat vývoj dítěte. Pro klinického logopeda je důležité rozumět vztahu mezi traumatem a jazykovým vývojem, protože to pomáhá při odhadu rizika, klinickém rozhodování, stanovování priorit péče a spolupráci s dalšími odborníky. **Různé typy traumatu mohou souviset s různými vzorci jazykových obtíží.** Hryciw et al. rozdělili trauma do čtyř hlavních kategorií: **maltreatment** neboli týrání a zanedbávání, kam patří fyzické, sexuální a emoční týrání, zanedbávání nebo vystavení násilí mezi partnery; **zkušenost uprchlíka nebo**

války; institucionalizace, například pobyt v dětském domově nebo sirotčinci; a **další nepříznivé životní okolnosti**, například násilí v komunitě, bezdomovectví či vystěhování, používání tvrdých trestů nebo život dítěte ve vězení společně s uvězněnou matkou. Napříč jednotlivými studiemi se objevily tři obecné trendy: **samotná expozice traumatu souvisí s horšími jazykovými výsledky; závažnější trauma souvisí s horšími jazykovými výsledky; a nejhorší jazykové výsledky byly pozorovány u dětí s dlouhodobě vysokou expozicí traumatickým událostem nebo u dětí vystavených traumatu již v raném věku. Týrání a zanedbávání:** Zanedbávání bylo v řadě studií nejčastěji spojováno s horšími jazykovými výsledky ve srovnání s emočním, fyzickým a sexuálním týráním. Jedna studie zjistila nejsilnější souvislost mezi horším vývojem jazyka a **zanedbáváním v oblasti jídla** ve srovnání s ostatními typy zanedbávání a týrání. Jiná studie naopak zjistila silnější souvislost fyzického týrání a fyzického zanedbávání s jazykovými výsledky než u sexuálního či emočního týrání a opuštění. Výsledky tedy nenaznačují jednoduchý vztah „jedno trauma = jeden konkrétní jazykový profil“, ale spíše obecné zvýšení rizika při nepříznivých zkušenostech. **Uprchlíctví a válečné trauma:** Ve srovnání s neuprchlickými osobami učiteli se druhý jazyk měli uprchlíci častěji horší jazykové výsledky. Zároveň platilo, že děti s **závažnějšími traumatickými zkušenostmi** dosahovaly horších jazykových výsledků. **Institucionalizace:** U samotné institucionalizace nebyl nalezen jednoznačný specifický vzorec, výsledky však odpovídaly obecnému trendu, že **čím dříve a čím déle je dítě traumatu vystaveno, tím nepříznivější mohou být jeho jazykové výsledky. Další nepříznivé zkušenosti:** Časté vystavení tvrdým trestům bylo spojeno s horšími sociálními dovednostmi, nikoli však jednoznačně s horším celkovým jazykovým výkonem. U násilí v komunitě byla horší jazyková schopnost spojena s geografickou blízkostí násilí a s nedávnými vraždami v okolí. Více studií rovněž našlo souvislost mezi horšími jazykovými schopnostmi a **bezdomovectvím nebo vystěhováním. Výzkum traumatu má významná omezení.** Studie zohledňovaly řadu dalších faktorů, například zdravotní a vývojový profil dítěte, vzdělání rodičů, duševní zdraví rodiny, způsob utváření vazby, socioekonomický status a charakteristiky prostředí, ve kterém dítě žije. Z dostupných dat však zatím nelze dostatečně určit, **jak jednotlivé faktory samostatně ovlivňují vztah mezi traumatem a vývojem jazyka.** Proto autoři doporučují při hodnocení dítěte s traumatickou anamnézou používat **holistický přístup**, který nezahrnuje pouze jazykové schopnosti, ale také celkový vývoj dítěte, charakteristiky rodiny a dostupnost zdrojů a podpory. Významným omezením je také kulturní perspektiva dosavadního výzkumu. Znalosti o traumatu jsou z velké části založeny na zkušenostech bělošských, anglicky mluvících populací v Severní Americe a Evropě. Běžně používané screeniny **Adverse Childhood Experiences (ACE)** často sledují například týrání, užívání návykových látek v domácnosti, duševní onemocnění v rodině, rozvod nebo uvěznění člena rodiny, ale nemusí zachytit všechny formy traumatu, kterým mohou být vystaveny marginalizované skupiny. Patří mezi ně například **historické trauma, genderově podmíněné nepříznivé zkušenosti nebo rasová diskriminace.** Při klinické práci proto nelze vycházet pouze z předem definovaného seznamu traumatických událostí, ale je třeba zohledňovat individuální zkušenost konkrétního dítěte a jeho rodiny. **Trauma nemůžeme odstranit, ale můžeme zmírnit jeho dopad.** Klinická logopedie může využívat principy **trauma-informed care**, tedy péče zohledňující dopad traumatu. Ta zahrnuje porozumění tomu, jak trauma ovlivňuje chování a fungování dítěte, rozpoznávání jeho možných příznaků, zapojování těchto znalostí do klinické práce a aktivní předcházení **retraumatizaci**. Prakticky to znamená například budování bezpečného terapeutického vztahu, podporu autonomie a možnosti dítěte ovlivňovat průběh terapie, podporu jeho sebeobhajování, práci zaměřenou na silné stránky a vytváření předvídatelného a bezpečného prostředí. U dítěte v akutním distresu lze využít také strukturované postupy, například **PACE – Playfulness, Acceptance, Curiosity and Empathy**, tedy hravost, přijetí, zvědavost a empatii, nebo postupy zvané „Teacher’s Toolkit“ určené pro zvládání krizových situací. Úlohou klinického logopeda tedy není trauma léčit, ale **vytvářet bezpečné, citlivé a flexibilní podmínky pro komunikaci a učení** a současně chápat jazykové obtíže dítěte v širším kontextu jeho vývojové a životní zkušenosti. Trauma samo o sobě neznamená předem daný jazykový výsledek, ale představuje významný rizikový faktor, jehož dopad závisí na typu, závažnosti, načasování a délce expozice i na dalších individuálních a environmentálních faktorech.

Poruchy vybavování slov u traumatického poranění mozku (TBI): co víme a jak k nim přistupovat v terapii

Mnoho lidí po traumatickém poranění mozku (TBI) uvádí obtíže s vybavováním slov, přesto existuje výrazně více výzkumu anomie u afázie než u TBI. Z výzkumu afázie víme, že samotná anomie může významně omezovat komunikaci i emoční pohodu. U TBI je však situace složitější, protože obtíže s vybavováním slov mohou souviset nejen s jazykovým systémem, ale také s kognitivními funkcemi, zejména pozorností, pracovní pamětí, inhibicí, monitorováním vlastního výkonu a kognitivní flexibilitou. Neurověda ukazuje, že ačkoli je levá hemisféra hlavním centrem jazykového zpracování, vybavování slov využívá také pravostranné frontální oblasti zapojené do pracovní paměti a pozornosti, zejména pokud je úloha náročná. Kurland upozorňuje, že poruchy inhibice, udržení pozornosti, self-monitoringu a kognitivní flexibility mohou narušovat nejen vybavování slov, ale také syntaxi a diskurz. Vybavování slov tedy nezávisí pouze na specificky jazykových mechanismech, ale také na tzv. **doménově obecných kognitivních funkcích**.

Otázka, zda je anomie u TBI jazykovým, nebo kognitivním problémem, zůstává otevřená. Frey et al. zjistili u pacientů v akutní fázi TBI, že téměř 70 % splňovalo kritéria afázie podle WAB-R a většina z nich měla anomickou afázii. Naproti tomu McCurdy et al. interpretují obtíže s vybavováním slov u TBI více jako důsledek poruch pozornosti, například citlivosti na distrakci nebo dual-tasking, a deficitů sémantické paměti. Ve skutečnosti však může jít o propojený problém: narušení jazykových i kognitivních systémů se mohou vzájemně ovlivňovat a není vždy možné určit, který z nich je primární. Vybavování slov zapojuje velké množství mozkových oblastí a TBI navíc často způsobuje difúzní poškození, například **difúzní axonální poranění**, takže lokalizovat jediný zdroj anomie je obtížné. Klinicky proto může být užitečnější přijmout skutečnost, že hranice mezi jazykem a kognicí je u TBI částečně rozostřená, a při hodnocení i terapii posuzovat oba systémy současně. **Konfrontační pojmenování je užitečné zejména v akutní fázi.** Frey et al. uvádějí, že vyšetření konfrontačního pojmenování je v akutní fázi TBI v lůžkové rehabilitaci proveditelné a klinicky významné. Ve vzorku více než 300 pacientů mělo téměř **70 % poruchu výkonu v Boston Naming Test-2 (BNT-2)**. Vyšetření bylo vhodné především pro pacienty, kteří nebyli agitovaní a dokázali plnit základní instrukce, tedy přibližně od úrovně **RLAS V**. Autoři upozorňují, že jazykové hodnocení bývá v některých protokolech pro TBI opomíjeno, přestože může poskytnout důležité informace. Pokud je pojmenování narušeno, je vhodné během vyšetření i běžné komunikace využívat **psané a/nebo vizuální komunikační podpory**. Obtíže s pojmenováním mohou být totiž mylně interpretovány jako porucha pozornosti, paměti nebo jiné kognitivní funkce, například když pacient nedokáže správně pojmenovat osobu či objekt během orientačního vyšetření. Závažnost poruchy pojmenování také souvisela s delší délkou hospitalizace, což může souviset s obtížnější komunikací s dalšími členy zdravotnického týmu. Naopak úroveň TBI podle RLAS nepředpovídala závažnost poruchy pojmenování, což naznačuje, že vybavování slov je alespoň do určité míry nezávislé na faktorech, jako je bdělost, zmatenost nebo celková úroveň kognitivního fungování. Při propuštění přibližně **polovina deficitů v pojmenování vymizela**, měřeno opakovaným BNT-2. Proto je důležité anomii dokumentovat nejen kvůli aktuální terapii, ale také kvůli zajištění adekvátní péče po propuštění. Vhodné je rovněž **vzdělávání komunikačních partnerů**, aby dokázali podporovat úspěšnější komunikaci pacienta v domácím prostředí. **U chronického TBI však konfrontační pojmenování nemusí být dostatečně citlivé.** McCurdy et al. zjistili u osob s chronickým středně těžkým až těžkým TBI, které byly v průměru přibližně čtyři roky po úrazu, výrazný rozdíl mezi výsledkem standardizovaného testu a subjektivní zkušeností pacientů. Všichni účastníci dosáhli v **Philadelphia Naming Test (PNT)** alespoň 93% úspěšnosti a jejich výkon byl podobný, i když mírně horší než u demograficky odpovídajících kontrol. Přesto **60 % účastníků uvádělo obtíže s vybavováním slov v každodenním životě**. Standardní konfrontační pojmenování tedy může zachytit relativně dobrý výkon v kontrolované situaci, zatímco nedostatečně

zachytí problémy, které se objevují v reálné komunikaci. U chronického TBI mohou být pacienti zvláště citliví na **dynamické nároky konverzace**, například distrakci, časový tlak nebo současné provádění více úkolů. Autoři proto doporučují větší využití **analýzy diskurzu**, která může lépe zachytit obtíže s vybavováním slov v přirozenějších podmínkách a současně zatěžovat pozornost, paměť, exekutivní funkce nebo perspektivní uvažování. **Důsledky pro terapii:** Přestože jsou stížnosti na poruchu vybavování slov u TBI časté, současná evidence neposkytuje jasná doporučení pro konkrétní terapeutický postup. Nabízí se otázka, zda automaticky využívat postupy známé z terapie afázie, například **ORLA, VNEST, SFA nebo CILT**. Současná evidence spíše podporuje přístup, který vychází z **celého kognitivně-komunikačního profilu konkrétního pacienta**, jeho priorit a individuální hypotézy o mechanismu obtíží. Kompletní kognitivní vyšetření společně s vhodným testem pojmenování může pomoci určit, co anomii pravděpodobně udržuje. Například může být primárním problémem pozornost nebo exekutivní funkce, které následně ovlivňují další oblasti komunikace. V **akutní fázi** je důležité podporovat rodinu i zdravotnický tým při zavádění komunikačních podpor, například jednoduchého nízkotechnologického AAC. U pacientů se závažnějšími kognitivními deficity mohou být vhodné postupy **errorless learning**, tedy učení minimalizující vznik chyb, současně s nácvikem kompenzačních strategií a využitím AAC pro podporu smysluplného zapojení do konverzace. V pozdější fázi rehabilitace lze zvažovat intervence zaměřené současně na **vybavování slov i kognitivní funkce**, například Attentive Reading and Constrained Summarization (ARCS), který lze modifikovat podle cíle a zaměřit na word-finding, pozornost nebo paměť. Smysluplné může být také učení **kompenzačních strategií**, například opisného vyjádření (circumlocution), self-advocacy nebo metakognitivních strategií: pacient se učí položit si otázku „Co mohu udělat, když si příště nemohu vybavit slovo?“. Využít lze také externí kognitivní strategie, které podporují vybavování v konkrétních každodenních situacích, například nákupní seznam nebo předem připravené otázky k návštěvě lékaře. Celkově tedy platí, že **poruchy vybavování slov po TBI jsou reálné, funkčně významné a pravděpodobně často nedostatečně zachycené**. V akutní fázi může být standardizované konfrontační pojmenování užitečným a praktickým nástrojem, zatímco u chronického TBI může být pro zachycení obtíží v každodenní komunikaci vhodnější doplnit testování o analýzu diskurzu a hodnocení výkonu při vyšších kognitivních nárocích. Přestože zatím nemáme dostatek důkazů pro jeden specifický terapeutický postup, rozlišení toho, zda jsou obtíže více spojeny s jazykovým systémem, pozorností, pamětí, exekutivními funkcemi nebo jejich kombinací, může významně pomoci při tvorbě individuální terapeutické hypotézy a volbě intervence.

Frey, K. L., Gilmore, N., Arciniegas, D. B., Makley, M., Sevigny, M., Bogart, E., Steel, J., & Togher, L. (2026). Naming impairment and language disturbance during inpatient rehabilitation for Traumatic Brain Injury: Implications for assessment and intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-25-00241 [open access]

Lindsey, A., Guernon, A., Stika, M., & Bender Pape, T. (2022). The diagnostic intersection of cognitive–communication disorders and aphasia secondary to TBI. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12770>

McCurdy, R., Covington, N. V., & Duff, M. C. (2025). Naming ability in the chronic phase of moderate–severe traumatic brain injury. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2024_ajslp-23-00249 [available to ASHA members]

Riès, S. K., Dronkers, N. F., & Knight, R. T. (2016). Choosing words: left hemisphere, right hemisphere, or both? Perspective on the lateralization of word retrieval. *Annals of the New York Academy of Sciences*. <https://doi.org/10.1111/nyas.12993>

Vnější strategie pro podporu paměti u lidí s Parkinsonovou nemocí

Lidé s Parkinsonovou nemocí (PD) často vykazují široké spektrum komunikačních obtíží – od motorických poruch ovlivňujících produkci řeči až po kognitivně-komunikační obtíže v oblasti pozornosti, paměti, exekutivních funkcí a rychlosti zpracování informací. PD může navíc narušovat **senzorické uvědomování**, takže člověk nemusí přesně vnímat vlastní hlas, polykání nebo své kognitivní obtíže. Meta-analýza Coundouris et al., která zahrnula více než 15 studií, ukázala, že lidé s PD dosahují ve srovnání se zdravými

kontrolami horších výsledků v úlohách **prospektivní paměti**, a to jak v úlohách založených na čase (např. vzpomenout si vzít léky v 9 hodin), tak v úlohách založených na události (např. vzpomenout si vypnout sporák po vaření). Předchozí studie poskytovaly smíšené výsledky, takže meta-analýza poskytuje přesvědčivější podporu pro závěr, že PD skutečně ovlivňuje prospektivní paměť. Tyto obtíže mohou mít významné praktické důsledky: pacient může zapomínat léky nebo termíny, může vznikat bezpečnostní riziko doma, může docházet k omezení sociálních aktivit a ke zvýšení zátěže pečujících osob. **Vnější strategie mohou pomoci přesunout část kognitivní zátěže z člověka do prostředí.** Protože PD může negativně ovlivňovat také vlastní monitorování výkonu, je vhodné nespolehat pouze na vnitřní strategie typu „musím si to zapamatovat“, ale využívat **externí pomůcky a strukturované postupy**. Spencer et al. pilotně ověřovali individuální osobní program zaměřený na používání externích strategií a Balz na tuto práci navázal prostřednictvím programu **BrainFit**, který využíval stejný princip v rámci skupinové telehealth intervence.

1. Stanovení cílů, které jsou pro pacienta skutečně důležité: Cíle je vhodné vytvářet společně s pacientem a průběžně hodnotit jejich naplňování pomocí **Goal Attainment Scaling (GAS)**. GAS umožňuje předem definovat různé úrovně úspěchu konkrétního individuálního cíle, takže hodnocení není pouze binární „cíl splněn/nesplněn“. Obvykle se používá pětibodová škála od **-2 do +2**, přičemž 0 představuje očekávaný výsledek, -2 výrazně horší výsledek a +2 lepší výsledek, než se očekával. Například u cíle zapamatovat si všechny položky pomocí digitálního nákupního seznamu může -2 znamenat, že pacient seznam vůbec nepoužil a zapomněl několik potřebných položek; -1, že seznam použil, ale při placení jej nekontroloval a několik položek chybělo; 0, že seznam použil a zapomněl nejvýše dvě položky; +1, že zapomněl nejvýše jednu položku; a +2, že použil seznam a nezapomněl žádnou položku. Stejným způsobem lze nastavit například cíl pravidelně pracovat na osobním projektu. -2 může znamenat, že na projektu během týdne vůbec nepracoval, -1 práci provedl alespoň jednou, ale bez plánovaného času, 0 znamená jednu hodinu práce v jednom plánovaném dni týdně, +1 jednu hodinu ve dvou plánovaných dnech a +2 jednu hodinu ve třech až čtyřech plánovaných dnech týdně. Tento způsob hodnocení umožňuje zachytit **postupné změny funkčního výkonu**, které by jednoduché hodnocení splněno/nesplněno nezachytilo.

2. Systematicky učit používání externích strategií: Vhodné jsou strukturované instruktážní postupy, například **errorless learning** a **task analysis**. Task analysis znamená rozdělení komplexního úkolu na co nejmenší jednotlivé kroky a přesné zmapování toho, co jeho provedení vyžaduje. Errorless learning potom znamená jednotlivé kroky postupně učit tak, aby pacient nejprve dosáhl jejich zvládnutí, než se přidá další krok. Pokud se například pacient potřebuje naučit zadávat schůzky do kalendářové aplikace, nejprve se nacvičuje pouze otevření aplikace. Jakmile jej pacient zvládá samostatně, přidá se další krok – například stisknutí tlačítka „+“ pro vytvoření nové schůzky. Následně se jednotlivé kroky spojují do řetězce, až pacient zvládne celý postup samostatně. Nejde tedy pouze o doporučení „používejte kalendář“, ale o **systematický nácvik konkrétní funkční strategie**, dokud se její používání nestane samostatným. Výzkum Balz navíc naznačuje, že **skupinová a virtuální forma terapie** může být významnou součástí intervence. Účastníci si mezi sebou předávali strategie a poskytovali si vzájemnou podporu, přičemž virtuální forma byla hodnocena jako dostupnější a praktičtější.

3. Pokrok je potřeba sledovat dlouhodobě: Spencer et al. zjistili, že všichni tři účastníci po osmitýdenním programu splnili nebo překročili téměř všechny své cíle a většinu zlepšení si udrželi také o měsíc později. V programu BrainFit všichni tři účastníci splnili alespoň jeden cíl do konce terapie, ale přenos a udržení efektu se po 1, 3 a 6 měsících lišily. Balz zároveň upozorňuje, že účastníci měli větší pravděpodobnost dosažení cíle tehdy, když **měli náhled na vlastní problém**, kterého se cíl týkal, a když pro ně byl cíl **osobně významný**. To podporuje individuální a funkčně zaměřený přístup namísto univerzálního tréninku paměti. Celkově tedy výzkum podporuje využití **externích kognitivních strategií** u lidí s PD, zejména pokud jsou strategie propojené s konkrétními každodenními aktivitami, systematicky nacvičované a průběžně vyhodnocované. Pro klinického logopeda je důležité nejen trénovat samotnou paměť, ale především pomoci pacientovi vytvořit takové **komunikační a kognitivní podpory v prostředí**, které umožní bezpečnější a samostatnější fungování v reálném životě. K dispozici jsou také praktické materiály: Spencer et al. poskytují osnovu terapeutické jednotky a příklady funkčních cílů včetně jejich GAS škál a Balz nabízí rozsáhlý **11stránkový workbook strategií**, který účastníci obdrželi na konci intervence.

Balz, M. A. (2026). Did you care for the orchids this week? Outcomes of external strategy group treatment for people with Parkinson's disease. *ASHA Perspectives*. https://doi.org/10.1044/2025_persp-25-00133 [available to ASHA members]

Coundouris, S. P., Terrett, G., Laakso, L., Schweitzer, D., Kneebone, A., Rendell, P. G., & Henry, J. D. (2019). A meta-analytic review of prospection deficits in Parkinson's disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.10.016>

Spencer, K. A., Paul, J., Brown, K. A., Ellerbrock, T., & Sohlberg, M. M. (2019). Cognitive rehabilitation for individuals with Parkinson's disease: Developing and piloting an external aids treatment program. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-0078 [available to ASHA members]

Baby sign u batolat: omezené důkazy o přínosu

Baby sign, tedy používání jednoduchých znaků a gest pro podporu komunikace ještě před rozvojem nebo současně s rozvojem mluvené řeči, je často propagován v rodičovských kurzech a na sociálních sítích. Empirické důkazy o jeho účinnosti jsou však dosud omezené. **Bertussi et al. (2026)** provedli korelační studii na vzorku přibližně 1 300 francouzsky mluvících batolat a jejich rodičů. Výsledky neprokázaly souvislost mezi používáním baby sign a **uváděnou slovní zásobou dětí ani jejich chováním**. Současně nebyl zjištěn ani efekt na **rodičovskou jistotu či sebedůvěru při podpoře dítěte**. Zjištění tedy neposkytují důkaz, že by běžné používání baby sign vedlo u batolat k větší slovní zásobě, příznivějšímu chování nebo větší rodičovské jistotě. Proto je vhodné baby sign chápat spíše jako **jednu z možných forem podpory rané komunikace**, nikoli jako postup, u něhož je prokázáno, že urychluje vývoj řeči nebo přináší obecný vývojový benefit.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01427237251409434>