

Listina práv v komunikaci osob s významnými komunikačními potřebami

Listina práv v komunikaci (Communication Bill of Rights), vytvořená Národním společným výborem pro komunikační potřeby osob s těžkým zdravotním postižením (NJC), vymezuje 12 základních práv, která mají zajistit důstojnou, respektující a smysluplnou komunikaci. Patří mezi ně právo na respektující zacházení, kulturně a jazykově přiměřenou komunikaci, přímé oslovení, reakci na veškerá komunikační sdělení, plnohodnotné zapojení do komunikace v různých prostředích, navazování a udržování vztahů, přístup k informacím, možnost vyjádřit souhlas i nesouhlas, sdílet preference, pocity a názory, rozhodovat se na základě smysluplných možností a využívat komunikační podporu po celý život. Zvláštní důraz je kladen na právo mít kdykoli k dispozici individuálně přizpůsobené a funkční systémy augmentativní a alternativní komunikace (AAK) a další asistivní technologie. Historický vývoj těchto práv v USA ukazuje, že lidé s intelektovým postižením byli v minulosti často izolováni v institucích bez přístupu ke vzdělávání a terapeutické péči. Změny přinesla zejména organizovaná advokacie lidí s postižením a jejich rodin, která vedla k uznání práva na vzdělávání a postupnému rozvoji výzkumu a intervencí v oblasti AAK. Přestože byla Listina práv v komunikaci poprvé vydána již v roce 1992, diskriminační praktiky a nerovný přístup ke komunikačním službám a podpoře přetrvávají. Samotné deklarování práv proto nestačí; jejich naplňování vyžaduje dlouhodobé úsilí, systematické změny v organizacích a spolupráci odborníků, lidí s postižením a jejich blízkých. Kliničtí logopedi mohou přispívat například respektováním autonomie a individuálních potřeb pacientů, zajištěním jazykově a kulturně přiměřené podpory, rozpoznáváním komunikačních projevů i u nemluvivých osob, podporou jejich zapojení do rodinného, školního a společenského života a spoluprací s pečujícími osobami. Je nezbytné umožnit lidem s komunikačními obtížemi vyjadřovat vlastní vůli, rozhodovat o svém životě, vytvářet vztahy a využívat vhodné komunikační prostředky bez ohledu na věk či prostředí. Prosazování těchto práv je dlouhodobým úkolem, který vyžaduje nejen individuální přístup odborníků, ale také koordinovanou advokacii a strukturální změny odstraňující překážky v přístupu ke komunikaci a souvisejícím službám.

[Barton-Hulsey, A., Erickson, K., Sevcik, R. A., Ronski, M., & Paul, D. \(2025\). Current challenges and future directions with terminology: The impact of ableism and identity. American Journal of Speech-Language Pathology. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00536](https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00536) [available to ASHA Members]

[Bruce, S. M., Lyons, V., & Chen, Y. \(2025\). Applying the communication bill of rights to enact principles of diversity, equity, inclusion, and accessibility. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00442](https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00442) [available to ASHA members]

[Romski, M., Sevcik, R. A., Barton-Hulsey, A., & Paul, D. \(2025\). More than six decades of growth and development: Communication rights and needs for children and adults with severe disabilities. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00548](https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-24-00548) [available to ASHA members]

Využití generativní umělé inteligence v klinické logopedii a evidence-based practice

Generativní umělá inteligence (AI) založená na velkých jazykových modelech (LLM) nabízí klinickým logopedům nové možnosti při vyhledávání odborných studií, shrnování vědeckých článků a podpoře rozhodování založeného na důkazech (EBP). Její využití však vyžaduje kritický přístup a pochopení jejích omezení. Zásadním problémem je, že většina nástrojů určených pro výzkum a EBP pracuje převážně s abstrakty vědeckých článků a k plným textům má jen omezený přístup. Abstrakty přitom neposkytují dostatek informací pro důkladné posouzení metodologie, výsledků a klinických důsledků studií. Situaci komplikuje také specifická povaha klinické logopedie, která má ve srovnání s některými jinými obory méně rozsáhlou výzkumnou základnu, omezené financování a řadu metodologických obtíží, například heterogenitu pacientů, obtížnou standardizaci intervencí, malé soubory a nejednotné ukazatele výsledků. Nástroje AI navíc často upřednostňují hierarchie důkazů založené na velkých randomizovaných studiích, metaanalýzách a klinických doporučeních, a mohou proto přehlížet významné poznatky z jiných typů výzkumu. Jejich využití je vhodné rozlišovat podle konkrétního cíle: při vyhledávání literatury a rychlém shrnutí plných textů mohou být užitečné, avšak při převádění vědeckých poznatků do klinické praxe jsou podstatně méně spolehlivé. AI nedisponuje skutečnou klinickou zkušeností ani znalostí individuálního kontextu pacienta, pracoviště a dostupných zdrojů, které jsou pro správné rozhodování nezbytné. Přesto může vytvářet přesvědčivě formulované, sebejisté, ale nesprávné odpovědi, někdy doplněné citacemi, které mohou budit falešný dojem odborné správnosti. Výsledky také závisejí na způsobu formulace dotazu a odborných znalostech uživatele; v popsáném příkladu nástroj OpenEvidence poskytl zkušené klinické logopedce správné odpovědi, ale při změně způsobu dotazování na úroveň méně zkušeného odborníka opakovaně selhal a doporučoval nevhodné postupy. AI proto nelze považovat za náhradu klinického úsudku ani za samostatný zdroj spolehlivých terapeutických doporučení. Odpovědné používání vyžaduje ověřování informací v původních studiích, posuzování kvality a úplnosti dostupných důkazů, transparentnosti nástroje a možných důsledků případné chyby. Odborníci by měli zvážit, zda konkrétní úkol vyžaduje přístup k abstraktům, plným textům,

klinické expertize nebo znalosti individuálního kontextu, a předem si stanovit, jak budou správnost výstupů kontrolovat. K vyšší spolehlivosti AI v klinické logopedii by přispěl především širší přístup k relevantnímu výzkumu a zapojení klinických odborníků do vývoje a hodnocení těchto nástrojů. Výzkum jejich přesnosti a klinického dopadu v logopedii je však zatím nedostatečný. AI lze v současnosti nejlépe využívat jako podpůrný nástroj pro vyhledávání a organizaci informací, nikoli jako autoritu, která samostatně rozhoduje o klinickém postupu.

Smyslově informovaný přístup v klinické logopedii u autistických dětí

Vzhledem k častému výskytu obtíží ve smyslovém zpracování u autistických osob je důležité, aby klinický logoped uplatňoval neurodiverzitu respektující přístup, uvědomoval si vlastní předsudky a zohledňoval individuální smyslové potřeby dítěte. Daniel a kol. (2026) na základě výzkumných poznatků a klinických zkušeností popisují pět oblastí, které mohou pomoci omezit smyslové přetížení během terapie a podpořit pocit bezpečí, porozumění a přijetí. Prvním principem je vytvoření smyslově stabilního prostředí s omezením hluku, rušivých vizuálních podnětů, intenzivního osvětlení a výrazných vůní, přičemž je vhodné nabídnout různé hmatové materiály, možnosti sezení, pohybové pomůcky a bezpečné místo k odpočinku. Prostor je následně třeba přizpůsobovat individuálním reakcím a preferencím dítěte. Druhou oblastí je přizpůsobení komunikačního stylu logopeda, zejména hlasitosti a intonace hlasu, řeči těla, vzdálenosti a způsobu navazování kontaktu. Doporučuje se začínat klidným a neohrožujícím způsobem, poskytovat dítěti dostatek času na reakci, používat jasnou a srozumitelnou verbální i neverbální komunikaci a respektovat jeho tempo, zájmy a ochotu k interakci. Některým dětem může vyhovovat vyprávěcí intonace nebo zpěv, jiné mohou preferovat odlišný způsob komunikace. Třetí princip se týká vyjadřování empatie. Protože autistické děti nemusí přikládat stejný význam běžným neurotypickým označením emocí, je vhodné vycházet z pozorovatelného chování, gest, mimiky a tělesných projevů dítěte, místo abychom automaticky předpokládali jeho emoční stav. Emoce lze bezpečněji zkoumat také prostřednictvím hry a prožívání postav. Čtvrtou oblastí je hravé rozvíjení všímavosti k tělesným pocitům. Po vytvoření bezpečného terapeutického vztahu lze dítě prostřednictvím pohybu a různých aktivit vést k pozorování tělesných vjemů, jejich vyjadřování individuálně vhodným způsobem a postupnému propojování těchto vjemů s vnitřními stavy, například hladem, únavou nebo potřebou použít toaletu. Vhodné je využívat otevřené otázky typu „Zajímalo by mě, jak se teď cítí tvoje ruce“ a přijímat všechny odpovědi bez vnucování konkrétních označení. Pátým principem je individualizace slovníku pro vyjadřování pocitů a tělesných stavů. Dítě si může vytvářet vlastní soubor slov, obrázků, zvuků či gest, která pro něj mají srozumitelný význam, a postupně je propojovat se svými potřebami a strategiemi sebepéče a regulace. Všechny uvedené postupy zdůrazňují nutnost individualizace, respektování silných stránek dítěte

a poznávání jeho smyslového prožívání prostřednictvím pozorování, přímé komunikace a spolupráce s lidmi, kteří dítě dobře znají. Cílem není dítě přizpůsobit očekáváním okolí, ale vytvořit podmínky, ve kterých se může cítit bezpečně, být pochopeno a účastnit se terapie způsobem odpovídajícím jeho potřebám. Autoři zároveň připomínají, že vzájemné neporozumění a nesoulad v interakci jsou běžnou součástí lidské komunikace, a proto není možné vždy dokonale odhadnout potřeby druhého; důležité je průběžně reagovat, upravovat přístup a zachovávat respektující vztah.

[Daniel, S., Mahler, K., Ray, D. C., Sharp, K., Clair, K., Inderbitzen, S. M., Laurent, A. C., Fede, J. H., & Delafeld-Butt, J. T. \(2026\). Sensory-processing informed autism practice for child-centred therapists. *Research in Neurodiversity*. <https://doi.org/10.1016/j.rin.2026.100015> \[open access\]](https://doi.org/10.1016/j.rin.2026.100015)

Konfabulace po traumatickém poranění mozku: diagnostika a intervence v klinické logopedii

Konfabulace je nepravdivé tvrzení, kterému člověk sám věří a neuvědomuje si jeho nesprávnost. Nejde o záměrné lhaní ani o náhodné či nesmyslné výpovědi; konfabulace obvykle souvisejí se skutečným kontextem, avšak obsahují nepřesné nebo smyšlené informace. Mohou se vyskytovat u různých neurologických onemocnění, přičemž článek Cruse a kol. (2026) se zaměřuje zejména na pacienty po traumatickém poranění mozku (TBI). Konfabulace mohou negativně ovlivňovat kvalitu života, mezilidské vztahy i poskytovanou zdravotní péči, například pokud pacient nesprávně popisuje své příznaky, okolnosti úrazu nebo podmínky domácího prostředí. Jejich vznik se obvykle vysvětluje kombinací poruch paměti a exekutivních funkcí: při selhávání epizodické paměti mohou být využity informace ze sémantické paměti, zatímco narušené monitorování správnosti nedokáže nepřesnou vzpomínku rozpoznat a opravit. Konfabulace je třeba odlišovat od bludů a halucinací. Bludy bývají častěji spojeny s psychiatrickými poruchami, mohou vznikat spontánně a jejich obsah bývá relativně stabilní, zatímco konfabulace se často objevují v reakci na otázku, na kterou člověk nezná odpověď, a jejich obsah se může v čase měnit. Halucinace představují zkreslené smyslové prožitky. Správné rozlišení vyžaduje důkladné vyšetření a ověřování informací, například ve spolupráci s rodinou. Posouzení konfabulací může být součástí komplexního vyšetření kognitivně-komunikačních funkcí a zahrnovat cílený rozhovor s otázkami na málo pravděpodobně zapamatovatelné informace, analýzu narativního projevu, behaviorální pozorování a využití standardizovaných nástrojů, například Nijmegen-Venray Confabulation List (NVCL-R), který umožňuje hodnotit četnost, závažnost a typ konfabulací. Vhodné je také systematicky zaznamenávat jejich frekvenci, tematické okruhy a dopad na pacienta i jeho blízké. Intervence směřuje k rozvoji schopnosti pacienta rozpoznat vlastní nepřesnosti a ověřovat správnost informací. Základem je důvěryhodný terapeutický vztah, protože

práce s konfabulacemi zahrnuje upozorňování na chybné vzpomínky, kterým pacient pevně věří. Využívat lze externí paměťové pomůcky, například deníky, kalendáře, záznamy návštěv, jídel nebo každodenních událostí, které pacientovi umožňují informace zpětně ověřovat. Dalším přístupem je nácvik uvědomování si vlastních chyb prostřednictvím opakovaného vybavování informací, při němž je pacient veden k tomu, aby se před odpovědí zastavil a zvážil její správnost. Za známku pokroku lze považovat také častější použití odpovědi „nevím“ namísto nepodloženého odhadu. Významnou součástí intervence je edukace rodiny a dalších komunikačních partnerů. Je důležité vysvětlit, že konfabulace nejsou záměrné lži, ale projev kognitivně-komunikačního deficitu, který může u blízkých vyvolávat zmatek, frustraci či ztrátu důvěry. Přímé konfrontování a opakované opravování nepravdivých tvrzení nemusí být v daném okamžiku účinné; vhodnější může být přesměrování rozhovoru a citlivé vedení pacienta k ověření informací pomocí zavedených paměťových pomůcek. Účinná péče tak vyžaduje kombinaci klinického hodnocení, podpory metakognitivního uvědomování, praktických kompenzačních strategií a spolupráce s rodinou.

Cruse, N., Bogart, E., Snapper, J., Sabo, H., Diorio, M., & Steel, J. (2026). Stretching the truth: Identifying, defining, and measuring confabulation for speech-language pathologists working with the traumatic brain injury population. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2026_ajslp-25-00331 [available to ASHA members]

Sohlberg, M. M., & Ehrlhardt, L. (1998). Case report: Management of confabulation after subarachnoid hemorrhage. *ASHA Perspectives*. <https://doi.org/10.1044/nnsld8.2.9>

Inspiratorní svalový trénink jako doplněk terapie dysfagie po cévní mozkové příhodě

Randomizovaná kontrolovaná studie Liu et al. (2024) hodnotila přínos inspiratorního svalového tréninku (IMT) přidaného k tradiční terapii dysfagie u pacientů do jednoho měsíce od první cévní mozkové příhody. IMT probíhal pomocí dechového trenažéru POWERbreathe, přičemž pacienti se pevně přitiskli rty k náustku a co nejrychleji a nejhluběji se nadechli, následoval pomalý přirozený výdech. Odpor byl nastaven podle subjektivně vnímané lehké námahy hodnocené Borgovou škálou. Trénink trval 20 minut, probíhal dvakrát denně po dobu dvou týdnů a zahrnoval série po 4–5 nádeších s krátkými přestávkami. Obě skupiny současně absolvovaly intenzivní tradiční terapii zahrnující senzorický trénink dutiny ústní, oromotorická cvičení, nácvik supraglotického polykání a Mendelsohnova manévru a neuromuskulární elektrickou stimulaci (NMES) pomocí zařízení VitalStim. Samotná tradiční terapie vedla k významnému zlepšení výsledků polykání podle škály penetrace a aspirace (PAS), škály funkčního příjmu potravy (FOIS) a funkčního skóre dysfagie (FDS). Skupina, která navíc absolvovala IMT, dosáhla ve všech

těchto ukazatelích významně většího zlepšení než skupina s tradiční terapií samotnou. Zlepšila se také vitální kapacita (FVC) a vrcholový výdechový průtok (PEF). Ve skupině IMT byly vyšší hodnoty FVC a PEF po léčbě spojeny s nižším skóre PAS, což naznačuje, že zlepšení respiračních funkcí souviselo s menší závažností průniku materiálu do dýchacích cest. Výsledky tedy podporují potenciální přínos posilování dýchacích svalů jako doplňku terapie dysfagie po CMP. Není však jasné, zda je inspiratorní trénink účinnější než výdechový svalový trénink (EMST), protože studie tyto dvě metody přímo neporovnávala. Nelze proto uzavřít, že trénink nádechový je účinnější než trénink výdechový. Při zavádění IMT do klinické praxe je vhodné zohlednit výběr vhodného trenažéru, průběžné sledování pokroku pacienta a nastavení tréninkového odporu podle subjektivně vnímané námahy.

[Liu, S., Fan, Z., FU, M., Cheng, K., Zhang, X., Ni, J., & Wang, Z. \(2025\). Impact of inspiratory muscle training on aspiration symptoms in patients with dysphagia following ischemic stroke. *Brain Research*. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2024.149396>](https://doi.org/10.1016/j.brainres.2024.149396)

Ultrasonografie jako nástroj hodnocení polykání u pacientů s neurogení dysfagií

Přehled deseti studií publikovaných v letech 2002–2020 (Potente et al., 2022) naznačuje, že ultrasonografie může být užitečným nástrojem objektivního hodnocení funkce jazyka a hyolaryngeálního pohybu u pacientů s neurogení dysfagií. Umožňuje kvantitativně sledovat změny tvaru a tloušťky jazyka, které mohou poskytnout informace o efektivitě orální fáze polykání a odstraňování zbytků potravy z dutiny ústní. Dále umožňuje kvalitativní i kvantitativní hodnocení pohybu jazyky, přibližování jazyky k hrtanu a vzdálenosti mezi jazykou a štítnou chrupavkou během polykání. Ultrazvuk může zachytit také abnormality, které nejsou při zevním pozorování dobře patrné, například strukturální změny související se svalovou dystrofií či denervací nebo mimovolní pohyby. Mezi jeho výhody patří dostupnost, přenosnost, rychlost, relativně nízká invazivita a možnost opakovaného vyšetření, případně i při polykání skutečných potravin. Většina zdravotnických zařízení již navíc potřebné vybavení má. Ultrasonografie se využívá také v klinické logopedii jako prostředek vizuální zpětné vazby při terapii poruch výslovnosti, zejména při nácviu hlásky /r/ v angličtině. Její využití při hodnocení dysfagie však zatím omezuje absence jednoznačných anatomických orientačních bodů, proměnlivé umístění sondy a nedostatek normativních dat, která by umožnila spolehlivě odlišit fyziologické a patologické nálezy. Nevyřešenou otázkou zůstává také standardizace vyšetřovacího postupu a odborná příprava klinických logopedů. Přestože ultrasonografie představuje perspektivní, rychlou a neinvazivní metodu poskytující objektivní údaje o polykání, k jejímu rutinnímu zavedení do klinické praxe je zapotřebí další výzkum.

[Potente, P., Buoite Stella, A., Vidotto, M., Passerini, M., Furlanis, G., Naccarato, M., & Manganotti, P. \(2022\). Application of ultrasonography in neurogenic dysphagia: A](#)

Využití specifických zájmů autistických dětí a dospívajících k podpoře sociální komunikace

Přibližně 80 % autistických dětí a dospívajících má alespoň jeden výrazný či specifický zájem. Přehled výzkumů Jiang et al. (2026) ukazuje, že začlenění těchto zájmů do intervencí může představovat neurodiverzitu respektující způsob podpory sociálního propojení, komunikace a emoční pohody. Ve studiích byly využívány různé přístupy, například videomodelování, vizuální podněty, programovací a designové nástroje, stavebnice LEGO nebo běžné aktivity, jako jsou společné obědy, přestávky ve škole a volnočasové činnosti, jejichž témata vycházela ze zájmů dětí. Úspěšnější intervence vycházely z individuálních preferencí zjišťovaných prostřednictvím rozhovorů s dětmi, pozorování a informací od rodiny či pečujících osob. Důležitá byla rovnováha mezi strukturou a flexibilitou: předvídatelné prostředí a počáteční přímé vedení se postupně omezovaly, aby děti získaly prostor pro vlastní iniciativu a přirozené sociální interakce. Podstatnou roli hrálo zapojení rodiny, které podporovalo individualizaci intervencí a přenos dovedností do běžného života, i přítomnost podporujících vrstevníků. Začlenění specifických zájmů bylo spojeno s častějším zahajováním sociálních interakcí, větší iniciativou při zapojování vrstevníků do aktivit a delším trváním společných činností. V jedné ze studií byla průměrná doba interakce při hrách zaměřených na specifické zájmy čtyřikrát až pětkrát delší. Výzkumy dále zaznamenaly rozvoj komunikace, expresivního jazyka a slovní zásoby, přičemž některé z těchto přínosů se přenesly i do jiných prostředí. Děti a dospívající popisovali také větší pocit bezpečí, motivaci a sebejistotu. V některých případech přetrvávaly získané dovednosti i po skončení intervence a přátelství navázaná v rámci programů pokračovala i nadále, výsledky však nebyly ve všech studiích stejné. Autoři zároveň upozorňují na rizika ableistického přístupu, zejména pokud jsou neurotypičtí vrstevníci stavěni do role učitelů sociální komunikace a neurotypický způsob komunikace je považován za nadřazený. Komunikace je oboustranný proces a podpora by měla respektovat odlišné způsoby navazování kontaktu. Při zjišťování zájmů a míry zapojení dítěte se nelze spoléhat pouze na informace od druhých, zejména u minimálně mluvících dětí a uživatelů augmentativní a alternativní komunikace (AAK); výzkumné poznatky o účinnosti těchto přístupů u těchto skupin i o jejich souladu s různými kulturními hodnotami jsou zatím omezené. Intervence zaměřené na sociální propojení by se také měly vyvarovat nácviku strategií vedoucích k maskování autistických projevů. Vhodnější je podporovat smysluplné sociální vztahy než pouze osvojování konvenčních sociálních dovedností. Současně je nutné respektovat, že ne každý autistický člověk chce své specifické zájmy sdílet s ostatními; individualizovaná péče má respektovat jeho preference, autonomii a právo ponechat si některé zájmy pouze pro sebe.

[Jiang, X., Zhang, X., & Drani, S. \(2026\). The Effect of special interest intervention on the improvement of social skills in individuals with autism spectrum disorder: A scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40489-026-00544-2> \[open access\]](https://doi.org/10.1007/s40489-026-00544-2)

Doporučený postup při hospitalizaci pacientů s Parkinsonovou nemocí a rizikem dysfagie

Odborný konsenzus Safarpoura a kolegů zdůrazňuje význam systematického záchytu dysfagie u pacientů s Parkinsonovou nemocí (PD) během hospitalizace, a to i v případě plánovaných výkonů nebo přijetí z jiných důvodů, například pro úrazu. Vzhledem k vysokému riziku poruch polykání, tiché aspirace a sníženému uvědomování si vlastních obtíží se doporučuje screening všech těchto pacientů a následné odeslání ke klinickému logopedovi podle výsledků a klinického rizika. K screeningu lze využít specifické nástroje, například SDQ a SCAS-PD, které může provádět i jiný zdravotnický pracovník. Pozornost je třeba věnovat také dalším rizikovým faktorům aspirační pneumonie, jako jsou slinění, křehkost, nevhodné držení těla a dyskineze hlavy a krku; při jejich přítomnosti je vhodné logopedické vyšetření i při negativním výsledku screeningu. Včasné rozpoznání dysfagie je zásadní, protože její přehlédnutí může vést k aspirační pneumonii, prodloužení hospitalizace nebo úmrtí. Významnou roli hraje také správné načasování antiparkinsonské medikace: porucha polykání může zkomplikovat bezpečné podávání léků a narušení medikačního režimu může naopak zhoršit polykání i motorické a nemotorické příznaky, například bolest, dušnost či úzkost. Pokud je to možné, mělo by proto vyšetření polykání probíhat v době optimálního účinku medikace, aby bylo možné stanovit skutečnou výchozí úroveň funkcí a posoudit, zda obtíže přetrvávají i při dobré kontrole příznaků. Doporučena je mezioborová spolupráce zahrnující nutriční terapeutu, neurologu a podle potřeby gastroenterologu či specialistu ORL, zejména s ohledem na riziko malnutrice, refluxu a ezofageální dysfagie. I v nemocnicích s omezenou dostupností odborníků je důležité chybějící návaznou péči identifikovat. Hospitalizace zároveň představuje příležitost zajistit následnou ambulantní péči, protože dysfagie může s progresí Parkinsonovy nemoci postupovat a během akutního onemocnění se dále zhoršit. Klinický logoped se kromě polykání může podílet také na terapii hlasu, kognitivních funkcí a motorické řeči. Ačkoli zavedení všech doporučení může být vzhledem k personálním a organizačním omezením obtížné, jejich znalost podporuje mezioborovou spolupráci, prosazování vhodných postupů a argumentaci pro význam klinickologopedické péče.

[Safarpour, D., Brooks, A., Smiley, A., Katzka, D. A., Shprecher, D. R., Greene, J. G., Pahwa, R., Troche, M. S., Kriegel, Z., Peron, E. P., Bryant, A., Fasano, A., Ochoa, M., Ramirez-Zamora, A., Acevedo, M., Blackwell, G. M., Pfeiffer, R. F., Parkman, H. P., Quigley, E. M. M., & Cloud, L. \(2026\). Consensus expert recommendations for management of dysphagia](#)

during hospital admission in Parkinson's disease. *Journal of Parkinson's Disease*. <https://doi.org/10.1177/1877718x251410503> [open access]

Proměnlivé diagnostické označení u progresivních neurologických onemocnění

U pacientů s progresivními neurologickými onemocněními se mohou diagnostická označení mezi jednotlivými odborníky lišit, přestože popisují stejný klinický obraz. Například klinický logoped může diagnostikovat apraxii řeči, neurolog použít označení progresivní supranukleární obrna s postižením řeči a jazyka a praktický lékař hovořit o frontotemporální lobární degeneraci. Rozdíly vyplývají z toho, že jednotlivé obory vycházejí z různých diagnostických rámců – popisují konkrétní příznaky, klinické syndromy nebo základní neuropatologii. Diagnóza se navíc může v průběhu onemocnění měnit podle vývoje příznaků. V popsaném případě se během sedmi let původní apraxie řeči rozvinula do afázie a později se přidala dysfagie; po smrti pacienta byla potvrzena kortikobazální degenerace. Utianski a kolegové upozorňují, že nejednotná terminologie může pacienty a jejich rodiny mást, a doporučují při změně diagnostického označení otevřeně pojmenovat vzniklé nejasnosti a vysvětlit význam jednotlivých termínů. Nové označení je vhodné představovat v kontextu předchozího vývoje onemocnění, aby pacient rozuměl tomu, jak na sebe diagnózy navazují. Pokud se označení používaná jednotlivými odborníky rozcházejí, je důležité situaci komunikovat v rámci multidisciplinárního týmu, protože nesprávná diagnóza může vést k nevhodně zvolené terapii a omezit přístup k sociální podpoře, pracovním úpravám, výzkumným programům či specializované péči. Klinický logoped by proto měl průběžně sledovat vývoj příznaků, aktualizovat své diagnostické závěry podle aktuálních kritérií a vyšetřovacích nástrojů a především plánovat terapii podle funkčních potřeb pacienta, nikoli pouze podle názvu diagnózy. Otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a odborníky je zásadní pro zachování kontinuity a kvality péče.

Utianski, R. L., Meade, G., Duffy, J. R., & Botha, H. (2026). What is in a label? The importance of clinical specificity and challenges of diagnostic evolution in progressive speech-language disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2025_ajslp-25-00251 [available to ASHA members]

Mezioborová spolupráce klinických logopedů a sester na novorozenecké JIP

Studie Mostertové z roku 2026 se zabývá faktory, které podporují nebo komplikují spolupráci klinických logopedů a sester na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče (NICU). Výsledky dotazníkového šetření mezi sestrami ukázaly, že převažují faktory podporující spolupráci: více než 90 % sester považovalo přítomnost klinického logopeda na oddělení za zásadní, oceňovaly přínos logopedických vyšetření, dostupnost a srozumitelnost dokumentace i praktickou podporu při zajišťování bezpečného krmení a

rozvoje orálních dovedností novorozenců. Spolupráci posilují společné cíle, vzájemný respekt k odborným kompetencím, zohledňování pozorování sester, koordinace krmení a vyšetření i edukace rodičů. Přesto se objevují překážky, zejména pokud klinický logoped rozhoduje o plánu krmení bez zapojení sester. Ty pak mohou mít obtíže s průběžným hodnocením měnících se dovedností dítěte v době nepřítomnosti logopeda, odpovídáním na otázky rodičů nebo podporou společných cílů při rozvoji orálního příjmu a plánování propuštění. Spolupráci dále omezuje nepravidelná účast logopedů na vizitách a nedostatečné personální zajištění, které vede ke zpoždění vyšetření, aktualizací plánů krmení a omezení možností mezioborové komunikace. Autorka zdůrazňuje, že rozdílné pohledy odborníků často vycházejí ze společné snahy zajistit pacientovi co nejlepší péči, a neměly by proto být vnímány jako překážka, ale jako příležitost ke zlepšení spolupráce. Doporučuje jasně vymezit kompetence jednotlivých členů týmu, podporovat bezpečné prostředí pro sdílení názorů a vytvářet plány krmení společně, s využitím znalostí klinického logopeda o polykání a jeho poruchách i průběžných pozorování sester, které dítě sledují v různých situacích. Dalšími doporučeními jsou pravidelné vzdělávání, sdílení odborných poznatků, společné rozborů případů a začlenění klinického logopeda do týmu neurovývojové péče od časných fází hospitalizace. Upřednostňován je model pravidelné přítomnosti logopeda na oddělení před pouhým vyšetřováním na základě jednotlivých žádostí. Důležité je také zjednodušovat odbornou terminologii v dokumentaci, zajistit její dostupnost a podporovat každodenní neformální komunikaci prostřednictvím společných vizit, krátkých konzultací a kontaktu při střídání směn. Pro zajištění dostatečných personálních kapacit se doporučuje systematicky evidovat počet žádostí, skutečný čas věnovaný péči a rozsah poskytovaných služeb a při jednání s vedením nemocnice argumentovat odbornými doporučeními pro personální zajištění klinickologopedické péče na NICU. Efektivní spolupráce klinických logopedů, sester, lékařů a rodin je zásadní pro bezpečné krmení, podporu neurovývoje a dosažení společných cílů péče o novorozence.

Mostert, L. (2026). Interprofessional collaboration in the neonatal unit: An exploration of dynamics between speech and language therapy and nursing. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2026.101768> [open access]

Efektivní hodnocení a terapie hlasových poruch u dětí

Tři odborné studie přinášejí praktická doporučení pro hodnocení dětského hlasu a terapii hlasových poruch, zejména dysfonie a hlasivkových uzlíků. Reynolds a kolegové zjistili, že běžné postupy používané u dospělých, například otázka na vlastní hlas nebo čtení textu, často u dětí ve věku 5–11 let neposkytují dostatečně dlouhý a reprezentativní vzorek souvislé řeči. Téměř polovina dětí při otázce na hlas souvislou řeč nevytvořila a pouze polovina dokázala přečíst některý z předložených textů. Vhodnější se ukázaly narativní úlohy a převyprávění příběhu, které vedly k delším řečovým vzorkům, lepší spolupráci a

hlasovým charakteristikám odpovídajícím běžné konverzaci. Využit lze například obrázkové příběhy bez textu. Další studie se zaměřily na schopnost dětí rozpoznávat a popisovat dysfonii. Děti dokázaly v průměru rozlišit zdravý a dysfonický hlas přibližně v 70 % případů, individuální výsledky se však výrazně lišily. Vnímání hlasu souviselo také s věkem: děti ve věku 5–6 let si lépe uvědomovaly hlasitost než děti ve věku 3–4 let. Děti s dysfonií měly oproti vrstevníkům menší povědomí o své hlasitosti a hůře si uvědomovaly vlastní hlasové projevy, přesto byly mírně citlivější na chraplavost svého hlasu. Při rozhovoru o kvalitě hlasu se vyplatí používat otevřené otázky, například „Jak bys popsal/a hlas, který jsi právě slyšel/a?“. Děti mohou hlas popisovat výrazy jako „suchý“, „škrábavý“, ale také „divný“ nebo „pomačkaný“, případně se zaměřují spíše na obsah sdělení či související emoce. Využití jejich vlastních výrazů může usnadnit porozumění hlasovým charakteristikám a podpořit spolupráci v terapii. Pro strukturovanější hodnocení vlastního prožívání dysfonie lze využít zkrácenou verzi dotazníku Children's Voice Questionnaire (CVQ-10), která obsahuje 10 položek a vykazovala dobrou reliabilitu a validitu u dětí ve věku 6–17 let. Poslední studie, randomizovaná kontrolovaná studie Çildira a kolegů, porovnávala intenzivní terapii pomocí semiokludovaných vokálních traktů (iSOVT) s rezonanční hlasovou terapií (RVT) u dětí s mírnými a závažnými oboustrannými hlasivkovými uzlíky. Intenzivní terapie iSOVT probíhala ve skupinách po dvou až třech dětech po dobu 2–2,5 hodiny denně po dobu pěti po sobě jdoucích dnů, následovaných čtyřmi týdny krátkých týdenních kontrolních sezení. RVT byla realizována ve stejných malých skupinách formou hodinových týdenních sezení po dobu pěti týdnů, rovněž s následnými kontrolami. Obě metody zahrnovaly edukaci o anatomii a fyziologii hlasu, hlasovou hygienu, hydrataci a hlasovou rozcvičku, lišily se však přímými terapeutickými postupy. iSOVT využívala fonaci do brčka, retní a jazykové vibrace či fonaci do kelímku, zatímco RVT se zaměřovala na rezonanční broukání, slabiky, slova a přenos dovedností do běžné komunikace. Obě intervence vedly ke zlepšení perceptuálního hodnocení hlasu, akustických parametrů, aerodynamických funkcí i kvality života související s hlasem. U dětí s mírnými uzlíky nebyly mezi metodami zjištěny významné rozdíly, zatímco u dětí se závažnými uzlíky vedla intenzivní iSOVT k výraznějšímu zlepšení perceptuálně hodnoceného hlasu. Volba terapie a jejího časového uspořádání by proto měla zohledňovat závažnost hlasivkových uzlíků i možnosti dítěte a rodiny; pokud není intenzivní režim proveditelný, může být účinnou alternativou také pravidelná, rozložená terapie.

Amir, O., Kaufman, N. L., Primov-Fever, A., Lã, F. M. & Roziner, I. (2026). A shortened version of the Children's Voice Questionnaire (CVQ-10): Development and validation. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2026.05.029>

Çıldır, B., Eliküçük, Ç., Şen, M., & Tuna, E. E. (2026). Effects of intensive semioccluded vocal tract therapy on pediatric vocal nodules: A randomized controlled trial. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2026.03.005>

De Biasio, C., & Kenny, C. (2026). Children's ability to identify and describe dysphonia: A multimethod study. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70197> [open access]

Feinstein, H., Morini, G., Shaffer, A. D., Dohar, J. E. & Abbott, K. V. (2026). The development of perception and self-awareness of voice in children with and without voice disorders. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2026.02.017>

Reynolds, V., Scavo-Smith, K., Oteng-Bediako, K., & Scanlon, S. (2025). An observational study of discourse tasks and running speech sampling in the assessment of paediatric voice quality. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70132> [open access]

Volba terapie řečových poruch u dětí s rozštěpem podle typu a závažnosti chyb

Systematický přehled Alighieriho a kolegů ukazuje, že terapie řečových poruch souvisejících s rozštěpem by měla být volena individuálně podle typu chyb, jejich závažnosti a rozložení v řečovém systému. U dětí s méně závažnými chybami, při nichž dochází ke změně místa artikulace, ale artikulace zůstává v dutině ústní, mohou být vhodným výchozím přístupem lingvisticko-fonologické metody, například terapie minimálních párů, maximálních opozic nebo přístup Cycles. Výzkumy u těchto dětí popisují zlepšení přesnosti souhlásek, srozumitelnosti řeči i kvality života hodnocené rodiči. Naproti tomu u neorálních chyb, při nichž se artikulace přesouvá mimo dutinu ústní, například při glotálních závěrech, faryngeálních explozivách či frikativách nebo nazálních frikativách, se jako vhodnější jeví přímé fonetické a motoricko-fonetické postupy založené na explicitním nácviku správného místa a způsobu artikulace. Klinicky důležité je rozlišit izolované neorální chyby, které se týkají jednotlivých hlásek, od systematických chyb zasahujících celou skupinu hlásek, například glotálních závěrů nahrazujících různé explozivy nebo nazálních frikativ nahrazujících sykavky a další frikativy. V těchto případech může být účinné kombinovat motoricko-fonetické postupy s fonologickými strategiemi, aby se vedle nácviku správné artikulace podpořilo také zobecnění na další hlásky. Zvláštní kategorii představují pasivní rozštěpové chyby, například oslabené souhlásky, nazalizované souhlásky a nazální únik vzduchu, které často souvisejí se strukturální poruchou, zejména velofaryngeální insuficiencí. Tyto

projevy nelze odstranit samotnou logopedickou terapií a vyžadují posouzení možnosti chirurgického nebo protetického řešení s následnou logopedickou péčí podle potřeby. Hlavním klinickým doporučením je proto před zahájením terapie pečlivě analyzovat charakter a závažnost řečových chyb a podle toho zvolit odpovídající postup namísto automatického používání stejné metody u všech dětí s rozštěpem.

[Alighieri, C., Vandewiele, F., & Pereira, V. \(2025\). What works for whom? A systematic review on personalized speech intervention in children and adolescents with a cleft palate. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2025.112401>](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2025.112401)

DYMOND – dynamická diagnostika jazykových a čtenářských obtíží u dětí

DYMOND (Dynamic Measure of Oral Narrative Discourse) je standardizovaný dynamický diagnostický nástroj určený dětem od mateřské školy do 8. ročníku, přibližně ve věku 5–14,5 roku, který pomáhá identifikovat vývojové jazykové poruchy a dyslexii a lze jej využít také jako univerzální screening. Navazuje na dlouhodobý výzkum týmu Petersena a kolegů zaměřený na přesnější rozlišování jazykové poruchy od běžných rozdílů v jazykových zkušenostech, zejména u bilingvních a kulturně či jazykově různorodých dětí. Obsahuje čtyři subtesty: vyprávění příběhu a komplexitu vět, odvozování významu neznámých slov, dekodování a rychlé automatizované pojmenování, které souvisí s fonologickým zpracováním a plynulostí čtení. Klíčovým prvkem je dynamické hodnocení metodou test–výuka–retest: logoped nejprve posoudí aktuální výkon dítěte, následně mu podle standardizovaného postupu poskytne instrukce, modelování a nápovědu a poté znovu ověří jeho výkon. Hodnotí se nejen změna výsledku, ale také způsob učení, reakce na podporu a míra úsilí potřebná k osvojení dovednosti. Na rozdíl od statických testů, které zachycují především to, co dítě aktuálně umí, tak DYMOND zjišťuje také jeho schopnost učit se. To může pomoci omezit vliv předchozích zkušeností, kulturního prostředí či vícejazyčnosti a lépe rozlišit jazykovou odlišnost od skutečné poruchy. Přestože dynamické hodnocení může poskytovat klinicky cenné informace, jeho používání může být pro logopedy náročnější kvůli požadavkům na klinický úsudek a vedení výuky během testování. DYMOND se snaží tyto překážky zmírnit standardizovanými postupy a normativními údaji; jeho administrace trvá přibližně 15–20 minut a uvedená cena činí 498 USD. Při interpretaci výsledků je důležité zohlednit nejen výchozí výkon, ale i to, jak dítě reaguje na cílenou podporu: přetrvávající obtíže navzdory výuce mohou ukazovat na oslabený potenciál jazykového učení nebo dekodování.

[Petersen, D. B., Chanthongthip, H., Ukrainetz, T. A., Spencer, T. D., & Steeve, R. W. \(2017\). Dynamic assessment of narratives: Efficient, accurate identification of language impairment in bilingual students. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. \[https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0426\]\(https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0426\) \[available to ASHA members\]](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0426)

Petersen, D. B., Gragg, S. L., & Spencer, T. D. (2018). Predicting reading problems 6 years into the future: Dynamic assessment reduces bias and increases classification accuracy. *Language, Speech, and Hearing Services in the Schools*. https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-DYSLC-18-0021 [available to ASHA members]

Petersen, D. B., Spencer, T. D., & Konishi-Therkildsen, A. (2024). DYMOND™ (Dynamic Measures Of Narrative Language and Decoding). Language Dynamics Group.

Petersen, D. B., Tonn, P., Spencer, T. D., & Foster, M. E. (2019). The classification accuracy of a dynamic assessment of inferential word learning for bilingual English/Spanish-speaking school-age children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. https://www.doi.org/10.1044/2019_LSHSS-18-0129 [available to ASHA members]

Responzivní krmení: proč není cílem, aby dítě vždy dojídalo porci

Responzivní krmení vychází z respektování autonomie dítěte a jeho signálů hladu a sytosti. Výzkum Ruggiero a kolegů ukázal, že intervence zaměřená na responzivní rodičovství měla jen minimální vliv na změnu stravovacího chování a regulaci příjmu potravy u dětí, s výjimkou emočního přejídání. Schopnost dítěte přestat jíst při nasycení tedy nemusí být přístupem rodičů snadno ovlivnitelná. Studie Coxové a kolegů sledovala 185 zdravých kojenců ve věku 7–10 měsíců a jejich signály sytosti při krmení. Mezi nejčastější projevy patřilo odvrácení pohledu, ztráta zájmu o jídlo, hraní si s potravou a otáčení hlavy při nabídce lžičky. Děti, které se krmily samostatně metodou baby-led weaning (BLW), vykazovaly méně signálů sytosti než děti krmené převážně lžičkou, což může souviset s jejich větší kontrolou nad příjmem potravy a možností samostatně přestat jíst. Téměř všichni rodiče však pokračovali v nabízení jídla i poté, co dítě projevilo známky nasycení. Z dětí, kterým rodiče nabídli další jídlo navzdory těmto signálům, jich 97 % snědlo alespoň jedno další sousto, zejména pokud šlo o novou potravinu. Výsledky naznačují, že BLW může lépe odpovídat principům responzivního krmení než tradiční krmení lžičkou, nelze však na jejich základě doporučit tento přístup všem dětem. Studie zahrnovaly pouze zdravé, donošené kojence a měly další metodologická omezení; u dětí se specifickými potřebami je proto nutné zohlednit případné kontraindikace a individuální bezpečnost krmení. Pro klinickou praxi je podstatné učit rodiče rozpoznávat a respektovat signály hladu a sytosti a nevyvíjet na dítě tlak, aby dojídalo celou porci. Responzivní krmení nemusí zásadně měnit samotnou chuť k jídlu, může však podpořit pozitivnější

stravovací návyky a snížit stres při jídle. Při podpoře dítěte je zároveň důležité respektovat jeho individuální potřeby a neurodiverzitu.

Cox, A. M., Heath, A.-L. M., Haszard, J. J., Te Morenga, L. A., Beck, K. L., Conlon, C. A., Daniels, L., Katiforis, I., Rowan, M., McLean, N. H., Bruckner, B. R., & Taylor, R. W. (2026). Video-measured fullness cues in baby-led weaned and traditionally spoon-fed infants and subsequent intake. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108358> [open access]

Ruggiero, C. F., Hohman, E. E., Birch, L. L., Paul, I. M., & Savage, J. S. (2020). INSIGHT responsive parenting intervention effects on child appetite and maternal feeding practices through age 3 years. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105060>

Zapojení komunikačních partnerů do logopedické terapie u Parkinsonovy nemoci

Dvě studie zaměřené na zkušenosti lidí s Parkinsonovou nemocí (PN) a jejich blízkých zdůrazňují, že cílem logopedické terapie není pouze zlepšení komunikačních schopností pacienta, ale také podpora každodenní konverzace a vzájemného porozumění. Zapojení partnera či jiného blízkého člověka může významně přispět k přenosu terapeutických strategií do běžného života. Logoped by měl s oběma partnery probrat jejich očekávání, dohodnout se, kdy a jak má blízký člověk pomáhat, a společně vytvořit konkrétní komunikační postupy pro náročné situace. Důležité je zohledňovat progresivní charakter onemocnění: s narůstajícími motorickými, jazykovými a kognitivně-komunikačními obtížemi může být pro pacienta stále těžší samostatně používat dříve osvojené strategie. Terapie by se proto měla postupně více zaměřovat také na rodinu a společné způsoby komunikace. Při plánování podpory je vhodné respektovat, kolik informací o budoucím průběhu onemocnění si pacient a jeho blízcí přejí, a nezapomínat ani na jejich vlastní zdravotní obtíže, například nedoslýchavost, které mohou komunikaci rovněž ovlivňovat. Vedle dysartrie je nutné sledovat také kognitivně-komunikační obtíže, jako jsou problémy s vybavováním slov, udržením tématu, pozorností, pamětí a sebekontrolou; jejich projevy se mohou zhoršovat při únavě a stresu. Pomoci může zapisování důležitých informací, žádost o vysvětlení nebo kratší a jasnější sdělení. Terapii je vhodné propojit s konkrétními situacemi z každodenního života, například s rozhovory v autě, návštěvami lékaře nebo komunikací ve skupině. Doporučuje se omezovat hluk a rušivé podněty, volit vhodnou denní dobu s ohledem na únavu a účinek medikace, předem plánovat témata rozhovorů a domluvit si signál, kterým pacient požádá o pomoc nebo přestávku. Obecné seznamy komunikačních strategií nemusí být dostačující a mohou zvyšovat zátěž rodiny, pokud jejich používání závisí výhradně na paměti a sebekontrolě pacienta. Efektivnější je vytvářet individuální, společně dohodnuté postupy, například krátké slovní připomenutí

tématu nebo předem domluvené uspořádání při rozhovoru v hlučném prostředí. Logoped by se měl také zajímat o potřeby rodiny v oblasti podpůrných skupin, komunitních aktivit a dalších zdrojů pomoci, přičemž je třeba respektovat, že různí lidé preferují různé formy podpory. Hlavním doporučením je nabídnout pacientovi možnost zapojit blízkého člověka do terapie a zaměřit intervenci na společnou komunikaci, nikoli pouze na individuální výkon pacienta.

[Baylor, C., Cook, K. J., & McAuliffe, M. J. \(2023\). "Take us into account": Perspectives of family members of people with Parkinson's disease regarding speech-language pathology intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*. \[https://doi.org/10.1044/2023_ajslp-23-00273\]\(https://doi.org/10.1044/2023_ajslp-23-00273\) \[available to ASHA members\]](https://doi.org/10.1044/2023_ajslp-23-00273)

[Thilakaratne, R., Wylie, K., Loftus, A. M., & Cocks, N. \(2026\). Conversation barriers and strategies used by people with Parkinson's and their partners to support conversation. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70202> \[open access\]](https://doi.org/10.1111/1460-6984.70202)