

POSKYTOVÁNÍ TELEPRACTICE V LOGOPEDII

Tereza Hrudová
Adéla Hanáková
Kristina Šimůnková



Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

Poskytování telepractice v logopedii

Tereza Hrudová, Adéla Hanáková, Kristina Šimůnková

Olomouc 2021

Oponenti:

Mgr. et Mgr. Petra Křížkovská, Ph.D.

Mgr. Monika Voralová, Ph.D.

Kolektiv autorek:

Mgr. Tereza Hrudová

Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Mgr. Kristina Šimůnková

Tato odborná publikace byla financována z prostředků grantového specifického výzkumu (IGA) Přístupnost v kontextu osob se zdravotním postižením, PdF UP, 2021/2022, PdF_2021_006.

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv
a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Tereza Hrudová, Adéla Hanáková, Kristina Šimůnková, 2021

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2021

DOI: 10.5507/pdf.21.24460567

ISBN 978-80-244-6056-7 (print)

ISBN 978-80-244-6057-4 (online: iPDF)

Obsah

Předmluva	9
Úvod	13
1 Terminologický aparát	15
2 Telemedicína	18
2.1 Historie telemedicíny	20
2.2 Systém telemedicíny	22
2.2.1 Rozdělení podle možností využití	22
2.2.2 Rozdělení podle zpracovávaných informací	23
2.2.3 Rozdělení podle způsobu přenosu	24
2.3 Nástroje telemedicíny	26
2.4 Cíle telemedicíny	28
2.5 Telemedicína a e-Health	29
3 Telepractice	34
3.1 Definice pojmu telepractice	34
3.2 Historie telepractice	36
3.3 Komparace se zahraničím	37
3.4 Telepractice v logopedii	41
3.5 Modely telepractice	42
3.5.1 Asynchronní model	43
3.5.2 Synchronní model	44

3.5.3	Hybridní model	45
3.5.4	Vlastní sledování	45
3.6	Cíle telepractice	45
3.7	Poskytovatelé služeb	46
3.7.1	Standardy, kompetence a etické postupy	47
3.8	Jak k vývoji telepractice přispěla pandemie covid-19?	49
4	Technické vybavení a videokonferenční platformy	56
4.1	Videokonferenční hovor	56
4.2	Hardware	57
4.2.1	Počítač	57
4.2.2	Webkamera	58
4.2.3	Mikrofon a reproduktory	58
4.3	Software	59
4.3.1	Zoom	60
4.3.2	Microsoft Teams	61
4.3.3	Skype	62
4.3.4	Google Meet	63
4.3.5	Facebook Messenger	64
4.3.6	WhatsApp	65
4.3.7	Whereby	66
4.4	Připojení	67
4.4.1	Možnosti datového přenosu	68
4.5	Bezpečnost a ochrana soukromí	69
4.5.1	Legislativní důvody ochrany dat	70
4.5.2	Bezpečnost při používání internetového softwaru	72
5	Metodický materiál – jak postupovat při telepractice	74
5.1	Uchazeči o terapii	74
5.1.1	Kritéria pro výběr vhodných kandidátů	75
5.2	Začínáme s telepractice	76
5.3	Výběr videokonferenční platformy	80
5.3.1	Práce s platformou Zoom	82
5.4	Příprava před telepractice	88

5.5	Průběh telepractice	90
5.5.1	Materiály a pomůcky	92
5.5.2	Dynamika online terapie a motivace klientů	105
5.5.3	Práce s různými věkovými skupinami	107
5.6	Ukázky výstavby online logopedické lekce	108
5.6.1	Kazuistika z online logopedické praxe 1	109
5.6.2	Kazuistika z online logopedické praxe 2	115
5.6.3	Kazuistika z online logopedické praxe 3	116
5.6.4	Kazuistika z online logopedické praxe 4	117
5.6.5	Kazuistika z online logopedické praxe 5	121
5.6.6	Kazuistika z online logopedické praxe 6	122
6	Tvorba materiálu s názvem Průvodce telepractice	124
6.1	Cíl materiálu	124
6.2	Inspirace pro tvorbu	124
6.3	Tvorba materiálu	125
6.4	Využití materiálu	125
6.5	Popis materiálu	126
7	Poskytování telepractice v logopedii	135
7.1	Uvedení do problematiky	135
7.2	Hlavní a dílčí cíle výzkumu	137
7.3	Metoda sběru dat	139
7.4	Charakteristika zkoumaného souboru a organizace výzkumu	141
7.5	Analýza výsledků získaných výzkumným šetřením	142
7.6	Analýza a interpretace	184
7.6.1	Hypotéza č. 1	184
7.6.2	Hypotéza č. 2	186
7.6.3	Hypotéza č. 3	189
7.6.4	Hypotéza č. 4	191
7.6.5	Hypotéza č. 5	192
8	Diskuze	194
8.1	Limity výzkumu	199
8.2	Doporučení pro praxi a výzkum	199

9	Závěr	203
10	Seznam použitých zdrojů	205
11	Seznam zkratk a symbolů	215
	Přílohy	217
	Původní dotazník ke studii Fong, Tsai a Yiu (2020) – „ <i>Survey on telepractice in speech language pathology in Hong Kong</i> “	218
	Dotazník o využití telepractice u logopedů v ČR	220

Předmluva

*„Technika překonala všechny vzdálenosti,
avšak nevytvořila žádnou blízkost.“*

Martin Heidegger

Výzva napsat předmluvu k této publikaci by se dala přirovnat k divadelní protirolí. Téma je logopedické – pro mne tedy dosti vzdálené, remote-teaching v době pandemie mne příliš nenadchl a na začátek nového, snad již „svobodného“ semestru jsem se opravdu těšil. Moc mi nepomohla ani moje téměř dvouletá zkušenost práce logopeda ve zdravotnictví, kterou jsem přijal před mnoha lety z mladické nerozváženosti, ani postupné zvykání si na práci v online prostoru, přednášky, semináře, konzultace, a dokonce i zkoušky. Dosti překážek a důvodů, proč nalézt dobrý důvod takovou nabídku odmítnout. Každá změna, zejména ta vnější, přináší potřebu obměny postojů, zvyků, narušených stereotypů v oblasti, které se vývoj dotkl. V jednom českém filmu je reakce na vnější změnu nostalgicky poetická: Kam vede to zkracování? Ustříhla si vlasy a sukni taky. „Tato kašna a vlasy paní sládkové jsou ozdobou města.“ Naším tématem je ale prodlužování. Prodlužování vzdálenosti mezi klientem a terapeutem. Pro tento text je to prodlužování vzdálenosti v logopedii. A tak i tady se můžeme ptát, kam povede to prodlužování.

Jako východisko si zvolme definici logopedie. Logopedie je speciálněpedagogický vědní obor, který se zabývá komunikační schopností, jejím narušením a prevencí tohoto narušení (Lechta, 1990). Trojčlenění tohoto oboru umožňuje zaměřit se na jednu z oblastí aktivit – praktickou logopedii, jejímž cílem je založit a co nejvíce rozvinout komunikační kompetence klienta.

Publikace, kterou máte před sebou, je zaměřena na aktuální problematiku, a protože často slycháváme, že stav před covidem se již nikdy nevrátí, ani v tomto případě nelze počítat s tím, že výuka či terapie na dálku budou založeny pro případ, že bude zase nutno je oprášit.

Tento přístup k terapiím je zkrátka zde a je třeba s ním seznámit, aby se stal dobrým sluhou, a ne zlým pánem.

Autorky publikace popisují telemedicínu jako odrazový bod pro další uvažování. Následuje přesun do oblasti logopedie. Postupně přes technické parametry se autorky dostávají k vlastnímu šetření a prezentují výsledky.

Po přečtení celého textu se objevily poznámky nebo připomínky, které se zde pokusím prezentovat. V zásadě je můžeme členit do dvou skupin. Přínosy a obtíže.

Nejprve tedy pozitivně k výhodám. Online terapie nabízí přístup k terapii zaměřené na osoby ve vzdálených oblastech. Ti, kteří žijí v takových oblastech, jednoduše nemusí mít přístup k žádné jiné formě terapie. Časová, finanční a energetická úspora na obou zúčastněných stranách je neoddiskutovatelná. Vysoká náročnost všech prve zmíněných parametrů jako zdroje zátěže může být i častým důvodem pro odmítnutí nebo nezájem o logopedickou intervenci. Technicky nepříliš náročné vybavení a možnost časového sladění na obou stranách vlastně stačí k tomu, aby terapie na dálku mohla být realizována. Tím se otevírá v současné době prosazovaný požadavek přístupnosti, při které lze překonat překážky dané vzdáleností, zdravotním nebo psychickým stavem. Lze předpokládat, že klient v domácím prostředí bude mít pocit většího bezpečí než v pracovně logopeda. Také možné potřebné úpravy formální i obsahové mohou svojí relativní dostupností lépe individualizovat prostředí, metody a celý proces. Do jisté míry lze uvažovat také o dalším pohledu na online přístup, který reflektuje současné, až příliš silné zaměření na ochranu osobních informací. V některých poradenských či terapeutických službách může být anonymita klienta před veřejností výhodou. Nejsem si jist, zda návštěva logopedického pracoviště musí být nutně důvodem k utajení kvůli případné stigmatizaci klienta. Online terapie sebou přináší také určité nevýhody nebo dokonce i rizika. Pokusím se o některých zmínit. Peníze jsou vždy až na prvním místě, a tím tedy i otázka, zda je tato forma terapie hrazena zdravotními pojišťovnami. Pro samoplátce se potom financování objevuje jako poměr-

ně silná bariéra. Jedním z požadavků na individuální intervenci či terapii je jistota soukromí a ovzduší důvěrnosti. Online přístup tyto jistoty nemusí zajistit – rozhovory mohou být účastníky nahrávány bez oznámení. Důvěrnost některých sdělení není také zcela zajištěna – a to opět oboustranně. Tradiční pojetí logopedické intervence při osobním setkání oba uvedené požadavky naplňuje ve velmi vysoké míře. Kontakt na dálku neumožňuje pro účastníky, a v tomto případě zejména pro logopeda, zhodnotit přímý kontakt a možnost uplatnit pozorování jako zdroj „podprahových“ informací. Zejména tam, kde s dětským klientem dochází některý z rodičů nebo jiných, dospělých členů domácnosti. Veškerá nonverbální komunikace se v tomto prostředí dostává do pozadí a odborníci z praxe potvrdí, jak důležité zprávy mohou z této složky komunikačního komplexu vyčíst. Dalším zdrojem obtíží může být technická stránka věci. Jednak se může jednat o nedostatečné vybavení na jedné nebo obou stranách. Také kvalita připojení se může stát zdrojem potíží nebo i neúspěchu. V neposlední řadě se může jednat o nízkou úroveň technických znalostí a dovedností, které jsou nutnou podmínkou k úspěšné realizaci. Asi by bylo vhodné upozornit také na možnost odmítavého postoje k technickým „vymoženostem“, a to opět s platností pro obě zúčastněné strany. Riziko využití mobilního telefonu jako dostatečného pojítka na straně klienta může celý úspěch akce také negativně ovlivnit. Snad posledním nedostatkem je z mého pohledu nedostatek času na reakce na krizové, neúspěšné situace. Také v těchto případech je osobní setkání mnohem přínosnější a intervence může být postavena na komplexním pohledu logopeda.

Závěr budiž hledáním kompromisu. Lze konstatovat, že online přístup k logopedické intervenci je současnou realitou a bude vyžadovat specifické podmínky a dovednosti na obou zúčastněných stranách. Z možných zdrojů obtíží plyne návrh, aby tento způsob byl jen komplementární složkou terapie a byl využíván jen v těch situacích, ve kterých nebude zdrojem rizik či potíží a bude zajišťovat kvalitu, efektivitu a oboustranně komfortní pocit.

Na začátku byla logopedie popsána jako obor s „trojčleněním“. Praktické složce bylo zde věnováno dosti pozornosti. Na závěr je třeba se zmínit o zbývajících dvou složkách a jejich vztahu k telepraxi. Logopedie jako vědní obor bude z pochopitelných důvodů vyžadovat vážné badatelské zaměření na telepraxi z hlediska logopeda, klienta a metodiky práce. Stranou

nesmí zůstat ani vývoj technické podpory a prostředků, případně programů a aplikací k vlastní realizaci intervence. Třetí složkou je logopedie jako studijní obor, připravující odborníky do praxe. Také v této oblasti bude třeba připravit inovaci studijních předmětů tak, aby nová generace odborníků byla nejen pro věc motivována, ale aby také dokázala v hybridních podmínkách pracovat a efektivitu své práce udržet na požadovaných standardech.

V Olomouci, září 2021

prof. PhDr. PaedDr. Miloň Potměšil, Ph.D.

Úvod

Každou oblast lidského života je nutné vnímat z pohledu duality. Na jednu stranu je to pohled Martina Heideggera „*Technika překonala všechny vzdálenosti, avšak nevytvořila žádnou blízkost*“, který byl v předmluvě citován prof. Potměšilem, a na straně druhé pohled Miyamota Musašiho „*Ve strategii je důležité vidět vzdálené věci, jako by byly blízko, a podívat se vzdáleně na blízké věci*“. S tímto záměrem vznikala i naše publikace.

V pandemické situaci způsobené onemocněním covid-19, která omezila či zcela zastavila mnoho specialistů při pravidelném poskytování intervence, se poskytování logopedické péče na dálku stalo nezbytností. Logopedi se museli pružně přizpůsobit nově vzniklému stavu a věnovat veškerou pozornost poskytování distančních služeb s využitím moderních technologií, aby jejich klienti/pacienti nebyli ochuzeni o běžné logopedické služby.

Každým dnem se rozvíjí možnosti poskytování intervence, která je podle našeho názoru charakterizována právě samotným rozvojem novodobého způsobu myšlení a chování, který spočívá převážně v ulehčování si úkonů každodenního života s využitím informačních a komunikačních technologií (dále jako IKT nebo ICT). Moderní technologie v současné době čítají nespočet různých využití, ke kterým je můžeme upotřebit. Jsou klíčové pro každodenní mezilidskou komunikaci i při poskytování zdravotnických služeb. V dnešním světě si bez nich nedokážeme představit jediný den a v podstatě tvoří majoritní součást našich životů.

Prostřednictvím tohoto textu chceme seznámit čtenáře s poskytováním distanční medicíny, jejími nástroji i možnostmi využití, zpracování informací a přenosu. Hlavní důraz však bude kladen na poskytování logopedické in-

tervence skrze videokonferenční platformy a odkrytí výhod i limitů práce na dálku.

Cílem této publikace je prověřit skutečnost, do jaké míry mají logopedi v České republice zkušenosti s poskytováním telepractice a s jakou efektivitou se při praktickém použití setkávají. Autorky si kladly za cíl zjistit, jak využívání telepractice v České republice souviselo s pandemií covid-19 a zda jsou logopedi spokojeni s dostupností materiálů a podkladů k poskytování distančně vedené logopedické péče.

V rámci teoretické části jsou definovány klíčové pojmy vztahující se k dané problematice. Výzkumná část kvantitativně ověřuje zájem a přístup logopedů v České republice k poskytování logopedických distančních služeb. Pro sběr dat je zvolena forma dotazníkového šetření, která je následně porovnávána s výsledky výzkumu autorů Fong, Tsai, Yiu (2020).

V závěru publikace najdou čtenáři edukační materiál, jehož záměrem je prezentovat základní informace k tématu telepractice. Účelem tohoto výsledného materiálu je vyrovnat nedostatek přístupných českých podkladů k vybranému tématu a odpovědět tak na otázky pokládané v souvislosti s poskytováním logopedických služeb na dálku.

Základem této publikace je diplomová práce Terezy Hrudové, kterou jsme výrazně rozšířily a obohatily o další poznatky, praktické ukázky a doporučení pro praxi. V době, kdy začala klíčit myšlenka vzniku tohoto tématu, jsme absolutně netušily, s jakou situací se bude svět za pár měsíců potýkat.

Tak, jak šel čas a případy lidí s nákazou covid-19 přibývaly, vznikala i potřeba zařazovat další kapitoly do monografie, které by odrážely stav současného poznání. I přesto cítíme, že téma nebylo zdaleka nasyceno tak, jak bychom si představovaly. Snad nám to odpustíte a budete se těšit na náš další počín ve formě článku či další publikace.

Autorky

1 Terminologický aparát

Vzhledem k zaměření tohoto textu považujeme za důležité vyhradit prostor termínům, se kterými se čtenář v této publikaci setká, či termínům, které jsou v souvislosti s poskytováním péče na dálku používány. Pořadí zařazených pojmů je dle abecedy, aby nevznikl dojem, že je nějaký termín nadřazenější či důležitější.

Distanční terapie = terapie na dálku

E-terapie = „online terapie; internetová forma terapie na dálku užívaná s cílem umožnit širší přístup ke klinickým službám tradičně poskytovaným tváří v tvář; může probíhat formou výměny zpráv v reálném čase nebo prostřednictvím elektronické pošty.“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 133)

ICT/IKT = Information and Communication Technologies / informační a komunikační technologie; služby, jež jsou primárně určeny ke zpracování, komunikaci a distribuci informací elektronickou cestou, včetně jejich zachycení, ukládání, přenosu a zobrazení. (Potáček, 2003)

Tele- = „na dálku“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 589)

Teleinformatika = „Informatika, která využívá telekomunikace, aby umožnila vzdáleným systémům nebo účastníkům spolupracovat.“ (Zielinski, Duplaga, Ingram, 2007, s. 226)

Telekomunikace = „Jakýkoli přenos, vysílání nebo příjem znaků, signálů, písemnosti, obrazy a zvuky nebo inteligence jakékoli povahy prostřednictvím drátu, rádia, optiky, nebo jiné elektromagnetické systémy.“ (ITU, 2012, s. 7)

Telematika = „Telematika je systémově inženýrský obor, zabývající se tvorbou a účelným využitím informačního prostředí pro homeostatické procesy

(kompenzace rušivých vlivů pro zachování silných procesů dle definovaných kritérií, např. komfort, ekonomika, atd.) územních celků, až po globální síťová odvětví. Telematika je výsledek konvergence a následné postupné syntézy telekomunikačních technologií a informatiky za podpory manažerské ekonomiky a matematických metod tvorby a řízení komplexních systémů. Efekty telematiky jsou založeny na synergismu všech výchozích oborů a projevují se v širokém spektru uživatelských oblastí, od multimediální komunikace jednotlivců až po inteligentní využívání a řízení globálních síťových odvětví, jako jsou např. doprava, spoje a veřejná správa. Pokročilá telematika je ve svých aplikacích jednou z důležitých podmínek vzniku znalostní společnosti, konstituuje pro ni inteligentní prostředí a umožňuje na bázi získaných informací extrahovat znalostní popisy složitých systémů.“ (ČVUT, 2001, s. 3)

Telemedicína = „spojení lékařské informatiky a telekomunikace umožňující zejména dálkový přenos dat, konzultační činnost a vzdálené poskytování zdravotnických a příbuzných služeb, např. z oblasti psychologie vzdělávání apod.“ (Středa, Hána, 2016, s. 15)

Telepractice = „aplikace telekomunikačních technologií za účelem poskytnutí profesionální služby prostřednictvím vazby logoped–klient nebo logoped–logoped, z důvodu zhodnocení stavu, intervence a/nebo konzultace. Kvalita nabízené služby musí odpovídat kvalitě přímé terapie.“ (ASHA, 2015, s. 4)

Telerehabilitace = také eRehabilitation (e-rehabilitace). „Poskytuje terapii pro pacienty, kteří nemohou z různých důvodů cestovat do zdravotnického zařízení (např. kvůli zdravotnímu postižení, nebo bydlí příliš daleko). Telerehabilitace také umožňuje rehabilitačním pracovníkům a lékařům zapojení do dálkových klinických konzultací či do e-learningu. Telerehabilitace je široký pojem. Stejně jako rehabilitace zahrnuje několik specializací, od léčebné rehabilitace, fyzioterapie, ergoterapie až po společenskou a sociální rehabilitaci. Nejčastěji se pod ním skrývá dálková léčebná rehabilitace, ale někdy přibývají obory jako dálková kognitivní rehabilitace a v rámci e-learningu i vzdělávání pacientů v oboru protetiky. Nejčastěji dochází k přenosu obrazu pomocí webové kamery, videokonference, telefonní linky, video-telefonu a webových stránek. Je také často využívána virtuální realita, např. simulace trojrozměrného prostoru počítačem nebo stereoskopické trenažery.“ (Středa, Hána, 2014, s. 92)

Televzdělávání= „aplikace informačních a komunikačních technologií při poskytování distančního vzdělávání“ (Curran, 2006, s. 57)

Terapie na dálku= distanční terapie; terapie neprobíhá tváří v tvář, protože to není možné kvůli problémům s mobilitou, geografické odlehlosti nebo jiným omezujícím faktorům; patří sem intervence po telefonu, audiokonference či videokonference a terapie přes internet. (Hartl, Hartlová, 2010)

2 Telemedicína

Pojem *telemedicína* je počestěným ekvivalentem anglického slova *telehealth*. Kvůli změně charakteru přenášených informací nahrazuje *telehealth* v angličtině zastaralý a nepřesný termín *telemedicine*. Zřídka kdy můžeme vidět i spojení *telematika pro zdravotnictví* nebo také synonymum *distanční medicína*. Slovo *telematika* vzniklo kombinací slov telekomunikace a informatika. Jedná se o obor zabývající se kombinací přenosu a zpracování dat se zobrazovacími a jinými sdělovacími systémy nebo prostředky. Kořeny slova *telemedicína* sahají do řečtiny a latiny, kdy první část slova „tele“ má původ právě v řečtině a znamená „na dálku“. Druhá část slova pochází z latinského „medeor“, což je překládáno jako léčení. (Středa, Panýrek, 2011)

Tento výraz byl poprvé použit už v sedmdesátých letech minulého století Thomasem Birdem, který psal o lékařské péči, v níž lékaři byli schopni vyšetřit své pacienty pomocí telekomunikační technologie. (Appiah-Adu, Buwumia, 2006)

Nejčastěji je přijímána definice Světové zdravotnické organizace – World Health Organisation (dále jako WHO) vycházející z Birdova popisu, který je nyní doplněn podstatnou kontinuitou s prevencí a vzděláváním. (Bartůňková, 2010)

WHO definuje telemedicínu jako „*souhrnné označení pro zdravotnické aktivity, služby a systémy, provozované na dálku cestou informačních a komunikačních technologií za účelem podpory prevence a zdravotní péče, stejně jako vzdělávání, řízení zdravotnictví a zdravotnického výzkumu.*“ (Středa, Panýrek, 2011, s. 35)

Podle jiné definice WHO (1998, s. 10), kterou uvádí Vejvalka (1999), se telemedicína vymezuje jako „*poskytování zdravotnických služeb tam, kde*

vzdálenost je kritickým faktorem při použití informačních a komunikačních technologií pro výměnu validních informací pro diagnostiku, léčení, prevenci nemocí a úrazů, pro výzkum a hodnocení a pro kontinuální vzdělávání poskytovatelů zdravotní péče v zájmu zlepšení jednotlivců a společnosti.“

Bakala a kolektiv (2002, s. 70) obecně definují telemedicínu jako „přenos hlasové, slovní, textové, grafické nebo obrazové informace, kterou lze provádět mezi:

- ⇒ lékařem a pacientem,
- ⇒ lékaři,
- ⇒ jednotlivými zdravotnickými pracovišti,
- ⇒ jednotlivými zobrazovacími odděleními,
- ⇒ jinými pracovišti (např. orgány státní správy).“

Podobná definice se objevuje i v literatuře z ghanské univerzity, kde se telemedicína označuje jako „...poskytování zdravotní péče a výměna zdravotnických informací na dálku pomocí telekomunikačních služeb“. (Appiah-Adu, Buwumia, 2006, s. 239)

Bakalově definici se podobá i formulace Americké asociace telemedicíny – American Telemedicine Association (ATA, 2012), která popisuje telemedicínu jako používání a výměnu lékařských informací z jednoho místa na druhé, probíhající prostřednictvím elektronických komunikací, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Bakala (2002) tuto definici zpřesnil tak, že se vztahuje k jakémukoliv medicínskému oboru.

Poslední zde zmíněnou definici telemedicíny uveřejnil na webových stránkách Úřad pro publikace Evropské unie¹ (dále jako EU) a operuje s ní i Program telematické zdravotní péče EU: „Rychlý přístup ke sdíleným a vzdáleným lékařským odborným posudkům prostřednictvím telekomunikačních a informačních technologií bez ohledu na to, kde se pacient nebo příslušná informace nachází.“ (Černý, Penhaker, 2007, s. 6)

Obecně lze tedy říct, že se jedná o spojení lékařské informatiky a telekomunikace. Telemedicína umožňuje zejména dálkový přenos dat, konzultační

¹ Publication Office of the European Union. *EU Vocabularies*. [online]. 2020. Dostupné z WWW: <https://op.europa.eu/en/web/eu-vocabularies/th-concept/-/resource/eurovoc/6929/lang-cs>

činnost a vzdálené poskytování zdravotnických a psychologických služeb. (Středa, Panýrek, 2011)

2.1 Historie telemedicíny

Pojem telemedicína a využití dálkové medicíny lze najít už v počátcích historie lidstva, a to ještě před samotnou elektronizací společnosti. Za první milník prehistorie telemedicíny lze považovat už kouřové signály varující poutníky, aby se včas vyhnuli vesnicím s možnou infekcí. Komunikace prostřednictvím ohně se prokazatelně používala i mezi australskými Aboriginci nebo v dobách starověkého Řecka, kdy signály pomocí ohně patřily k nejnámějším spouštěčům Trojské války. Nejen využití přírodních živlů předcházelo současným technologiím, ale stačila i lidská síla, kdy byl například za doktorem vyslán člen rodiny, aby lékaři popsal závažnost situace a přinesl od něj rady, jak při léčení postupovat, nebo doručil samotný lék. Obdobná situace byla využívána i během války, kdy byl postižený mimo oblast snadno dostupné péče. (Středa, Hána, 2016)

Podle WHO, ATA a dalších z výše uvedených definic je telemedicína spojena hlavně s technologickou složkou využívající přenos dat, do které už signály pomocí ohně nespadají. Bezpochyby a zcela jistě historie medicíny vyrůstala vedle historie informačních a komunikačních technologií. Začátek telemedicíny se datuje od konce 19. století do roku 1920, kdy ho můžeme spojit s prvními pokusy teleradiologie, která byla klíčovou pro řešení zdravotních problémů v odlehlých oblastech. (Vejvalka, 1999)

Kolébkou těchto prvních teleradiologických pokusů je Austrálie, což je kontinent s velkými distancemi mezi jednotlivými sídly, kde se snažili zajistit urgentní lékařský servis i v odlehlých místech. V Evropě patří k prvním telemedicínským krokům zavedení možnosti norské medicínské podpory právě pomocí rádiových vln pro všechny posádky lodí. Rádiové vysílání tedy datujeme do let 1920–1950. (Středa, Hána, 2016)

Značně pozitivní vliv pro dálkovou medicínu přineslo i sestrojení telefonu. Konzultace pomocí telefonu snižovala riziko přenosu infekčních onemocnění a zrychlila komunikaci při konzultaci zdravotního stavu nemocného. Vznik prvního telefonního a radiokomunikačního centra je spojen s Francií

a rokem 1960. Vývoj mobilních telefonů přinesl telemedicině spoustu dalších zjednodušení, a to hlavně dnes, formou různých aplikací, které jsou kromě konzultací a přivolání lékaře schopné zajišťovat i kontrolu důležitých životních funkcí, sledovat denní příjem potravy a tekutin nebo poskytovat uživatelům tipy pro každodenní pohybové činnosti. (Středa, Hána, 2016)

Monitoring životně důležitých funkcí na dálku, který dnes znají hlavně uživatelé kardiostimulátorů s cílem zjišťovat srdeční arytmie, se začal poprvé používat při letech do vesmíru. V polovině šedesátých let byly první ruské a americké posádky vybaveny dálkovým zajišťováním kontroly tělesných funkcí jako EKG (elektrokardiografie – monitoring srdečního rytmu), EEG (elektroencefalografie – záznam aktivity mozku) nebo EMG (elektromyografie – změření aktivity svalů). Právě úspěch tohoto programu vedl ostatní k investování do rozvoje technologie telemedicíny a vytvořil základ pro řešení, která používáme dnes. (Cipolat, Geises, 2003)

Šedesátá léta jsou klíčová nejen pro kosmonautiku, ale také pro vznik černobílé televize a zvyšující se zájem konzultovat zdravotní stav na dálku. Zmínku o prvním případě telepsychiatrie máme z roku 1965, kdy došlo k rozhovoru mezi psychiatrem a jeho pacientem prostřednictvím černobílé televize, která posunula telediagnostiku² o několik úrovní výš. Najednou se lékař nespolehl pouze na slovní popis, ale mohl si všimnout i jiných symptomů, které by po telefonu těžko zaznamenal. V roce 1968 se začaly objevovat i telekonzultace³ s praktickým lékařem a v roce 1975 se uskutečňují už za použití satelitu. (Wootton, Craig, Patterson, 2006)

Před rokem 1980 se většina výzkumů v oblasti dálkového lékařství rozvíjela prakticky jen v Severní Americe. Změna situace nastala až během devadesátých let, kdy se do výzkumu postupně začaly zapojovat státy Evropy, Asie a Austrálie napříč obory (Wootton, Craig, Patterson, 2006). Dle Allena a Grigsbyho (1998) do roku 1998 číslo absolvovaných telekonzultací dosáhlo 40 000, a to ve více než 35 medicínských oborech.

S rozvojem internetu tak, jak ho známe dnes (jehož součástí je nyní nespočet prostředků a platforem pro komunikaci mezi lidmi, u kterých je možné využít přenosu obrazu a zvuku), je více než jisté, že možnost poskytovat

² Telediagnostika umožňuje za pomoci dálkové komunikace určení diagnózy pacienta.

³ Nejčastější forma telemedicíny, která umožňuje nahrazení přímého osobního vyšetření.

telemedicínské služby nemá hranice. Internet vymýtil i všechny nedostatky, které dělaly telemedicínu v minulých etapách nedosažitelnou, a to zejména z hlediska nedostatečné rychlosti přenosu a vysoké ceny. Dnes je pouze otázkou času, kdy se tato forma stane běžnější než osobní návštěva lékaře.

2.2 Systém telemedicíny

Telemedicína je velký celek a existuje nespočet kritérií, podle kterých můžeme při dělení postupovat.

Většina zahraničních medicínských serverů dělí telemedicínu jen jako jednotlivé typy technologie, se kterými se dá pracovat při konkrétních úkonech. Podle Bakaly (2002) je telemedicína dělitelná především na dvě velké hlavní části z hlediska využití, a to na:

- ⇒ Telemedicínu jako službu pro širokou veřejnost;
- ⇒ Telemedicínu, telematiku, přenos medicínské informace pomocí internetu, intranetu nebo jakéhokoliv síťového prostředí.

2.2.1 Rozdělení podle možností využití

Podle toho, kdo a jak telemedicínu využívá, je možné vytvořit dvě kategorie. Středa a Panýrek (2011) rozdělují telemedicínu podle využití na domácí distanční medicínu a profesní distanční medicínu. Podobné dělení se objevuje v práci Vlasáka (2006) a Bakaly (2002). Rozhodli jsme se pro kombinaci předcházejících a rozdělení byla pojmenována následovně:

- ⇒ Telemedicína jako služba pro širokou veřejnost;
- ⇒ Telemedicína pro specializované profese.

Telemedicína jako služba pro širokou veřejnost

Tato oblast telemedicíny se zaměřuje na dostupné zdroje a technologie, které jsou využívány širokou veřejností nebo lékaři, kteří k výkonům své profese nepotřebují náročné a špičkové technologie. Služby jsou zpravidla dostupné pro všechny, obvykle stačí ovládat a vlastnit pomůcky, jako je počítač či mobilní telefon. (Vlasák, 2006)

Jsou vyvinuty k účelům umožňujícím pacientům lékařské konzultace (telekonzultace), zajišťují podporu při dlouhodobé domácí péči (telepéče), jako platforma vzdělávání lékařů a pacientů (televzdělávání) i pro samotnou komunikaci mezi lékaři, kteří si mohou posílat informace mezi jednotlivými pracovišti v rámci nemocnice nebo i v rámci konzultace mezi odborníky z celého světa. (Bakala, 2002)

Existují i studie popisující zvyšující se popularitu návštěvnosti webových stránek a jejich poraden týkajících se témat problematiky zdraví, které dokonce předčily očekávání odborníků. Tyto studie svědčí o tom, že člověk rád využije současné možnosti techniky. Můžeme se díky široké internetové nabídce samostatně dozvědět, nechat si zodpovědět otázky reálnými pacienty, kteří například dané onemocnění či zákrok prodělali, nebo si velmi diskrétně až anonymně nechat poradit v citlivých věcech ohledně našeho trápení. (Hartvigsen, Pedersen, 2015)

Telemedicína pro specializované profese

Pro tuto oblast jsou typickými uživateli služeb především lékaři, specializovaní odborníci, armáda nebo vědecké instituce. Tedy všichni, kteří k dobře odvedené práci, záchraně životů a čelení nebezpečným situacím potřebují technologie nejvyšší kvality, spolehlivosti snímání a následného přenosu informací. Využívají nejmodernějších informačních technologií, kde vysoké finanční náklady odpovídají požadavkům a nárokům uživatelů. V tomto případě můžeme tuto oblast označovat jako Hightech Telemedicína, protože využívá špičkových technologií. (Vlasák, 2006)

2.2.2 Rozdělení podle zpracovávaných informací

Středa a Hána (2016) ve své publikaci dělí telemedicínskou komunikaci využívající datového přenosu podle toho, jaké informace zpracováváme. Dělí se na:

- ⇒ **verbální komunikaci** – verbální komunikace probíhá v tomto případě za použití slov, je umožněna lidským mluveným jazykem, někdy je označena jako komunikace slovní (Janoušek, 2007). To znamená, že při využití tohoto druhu komunikace probíhá například telefonicky, což je

obecně nejjednodušší a nejrozšířenější způsob spojení mezi lidmi. Mezi lékaři mohou probíhat tzv. telefonické konference, tedy specializované diskuze odborníků. (Středa, Hána, 2016)

- ⇒ **vizuální komunikaci** – vizuální komunikace se zaměřuje na zrakové vjemy a děje se prostřednictvím multimediálních prostředků, kdy kromě zvukových efektů jsou přidány i obrazy (Štikar, 1992). Jedná se například o videokonferenční hovor nebo spojení prostřednictvím interaktivních televizí. (Středa, Hána, 2016)
- ⇒ **datovou komunikaci** – datovou komunikací je myšlen přenos datových (tzn. souborů), hlasových i obrazových informací na dálku, jejich výměna i přístup k databázím. (Šimíček, Drápalová, Ilčík, 2015)

2.2.3 Rozdělení podle způsobu přenosu

Všechny výše zmíněné typy telemedicínské komunikace využívají přenos, který probíhá na dálku. Prostřednictvím přenosu jsou realizovány lékařské konzultace, vyšetřování pomocí videohovorů, rehabilitace probíhající pod dohledem specialistů, sledování životních funkcí a jejich online monitorování či objednávání na vyšetření. Kromě jiného se obecně do telemedicíny řadí televzdělávání (teleedukace/e-learning), telemedicina, telematika pro zdravotnický výzkum a telematika pro řízení zdravotnických služeb. (Vejvalka, 1999)

Další dělení související s typy tohoto druhu komunikace (tj. na dálku), a hlavně s jejich přenosem, je podle toho, jak jsou jednotlivé informace uchovávány, zpracovávány a poté vysílány. Vlasák (2006) je rozděluje následovně:

- ⇒ Telemedicina v reálném čase;
- ⇒ Vzdálené monitorování pacientů;
- ⇒ „Store and forward“ telemedicina;
- ⇒ Telemedicínský e-learning.

Telemedicína v reálném čase (synchronní komunikace)

Anglický ekvivalent zní „real-time telemedicine“ nebo „live telemedicine“. Jedná se o obousměrnou komunikaci, která umožňuje poskytovatelům a jejich pacientům komunikovat tady a teď. (Vlasák, 2006)

Podle Středy a Hány (2016) mluvíme o synchronním provozování telemedicíny, kdy jsou všichni účastníci ve stanovenou dobu online a vzájemně spolupracují. Data se tedy odesílají druhé straně okamžitě, v průběhu jejich pořizování. Jejich kvalita je odvozena od kvality připojení a přenosu. (ibid.)

Hartvigsen a Pedersen (2015) uvádí, že se může jednat o posouzení zdravotní anamnézy, psychiatrická vyšetření, lze tak vykonat i základní vyšetření, dokonce i oftalmické testy. Vlasák (2006) doplňuje, že v rámci tohoto jednání můžeme dokonce i navádět robotická zařízení při výkonu operace.

Vzdálené monitorování pacientů

Jedná se o typ telemedicíny, který umožňuje poskytovatelům zdravotní péče sledovat zdravotní údaje pacientů na dálku. Toto dálkové monitorování využíváme především u pacientů s chronickými onemocněními, jako jsou například srdeční choroby, diabetes mellitus nebo astma. (Komárová, 2014)

Technologie sdílí potřebné údaje s lékaři, kterým umožňuje poskytovat mnohem lepší úroveň péče, mohou také dlouhodobě pacienty sledovat a zároveň na ně dávat větší pozor. Jedná se například o monitoring srdce pomocí kardiostimulátorů. (ibid.)

„Store and forward“ telemedicína (asynchronní komunikace)

V případě „store and forward“ telemedicíny se jedná o ukládání a dálkové předávání záznamů mezi pacienty a zdravotníky. Lékařská data jsou hned po jejich pořízení uložena a jsou odeslána podle potřeby na další místa. (Vlasák, 2006)

Velkou výhodou tohoto druhu komunikace je, že nevyžaduje souběžnou pozornost odesílacích a přijímacích stran. Mohou tak probíhat různé druhy poradenského servisu, konzultací, diagnostiky a mohou je využívat odborníci napříč různými obory (od patologie, dermatologie, přes radiologii,

psychiatrii aj.) Spousta odborníků denně na tento způsob komunikace spoléhá. (ibid.)

Podle Středy a Hány (2016) mluvíme o asynchronním provozování telemedicíny, která může využívat např. e-mail, SMS, diskuzní fóra apod.

Telemedicínský e-learning

Tento způsob telemedicíny se nevztahuje k samotným terapiím, ale slouží především lékařským pracovníkům k jejich podpoře a dalšímu vzdělávání. (Skalický, 2009)

Barešová (2003, s. 174) definuje e-learning jako „...vzdělávací proces, využívající informační a komunikační technologie.“

2.3 Nástroje telemedicíny

Telemedicina používá celou škálu digitálních informačních a komunikačních technologií pro vzdálený přístup ke službám a správě zdravotní péče. Mohou to být technologie, které běžně používáme z domova, nebo které sám lékař používá ke zlepšení nebo podpoře zdravotnických služeb. (Skalický, 2009)

Mezi nástroje telemedicíny podle Vlasáka (2006) patří:

- ⇒ telefon (hlavní komunikační prostředek dnešní doby);
- ⇒ osobní počítač/notebook vyžadující připojení k internetu;
- ⇒ bezpečné a spolehlivé připojení k internetu;
- ⇒ digitální webová kamera (sloužící ke zprostředkování videokonferenčních hovorů);
- ⇒ audiosystém s mikrofonom;
- ⇒ tablet (mobilní technologie s výkonem osobních počítačů);
- ⇒ hardware;
- ⇒ specializovaný software (upravený software poskytuje záznamy o pacientech, který lze podle potřeb předat dalším zdravotníkům a zaří-

zením, požadavky jsou přizpůsobeny tak, aby vyhovoval potřebám jednotlivých poskytovatelů telemedicíny);

- ⇒ specializované nástroje a přístroje (různé druhy lékařského vybavení, které poskytují zpracování dalším zařízením – např. EKG, EEG, měřiče tlaku, které jsou pak následně vybaveny specializovaným programem ke zpracování).

Kontakt s pacienty tedy probíhá převážně prostřednictvím SMS, e-mailu nebo na webovém rozhraní. Z hlediska funkčnosti komunikace je potřeba, aby byla dobře zajištěna koncová zařízení, to znamená služby mobilních operátorů. (Středa, Panýrek, 2011)

Skalický (2009) při telekonzultaci klade důraz na vyšetření pomocí vizuální kontroly, proto byly běžné verze diagnostických lékařských přístrojů upraveny a modifikovány tak, abych jejich výstup mohl být připojen přímo k videokonferenčnímu systému. Zmiňuje se, že „...z pohledu telechirurgie jsou nejpoužívanějšími přídatnými zařízeními obrazové výstupy endoskopické věže (laparoskopie⁴, gastroskopie⁵, kolonoskopie⁶) a pomocných zobrazovacích metod (sonografie⁷, RTG⁸ aj.).“ (Skalický, 2009, s. 28)

Důležité tedy je, které služby (týkající se přenosu medicínských dat) umožňuje telemedicina provádět, které konkrétní úkony nám nabízí. Bakala a kol. (2002) uvádí příklady:

- ⇒ konzultace jednotlivých specialistů v rámci České republiky, ale i celého světa;
- ⇒ možnost práce z domova;
- ⇒ archivace a přenos obrazové informace, která umožňuje jednotu zobrazovacích metod;
- ⇒ možnost e-learningu.

⁴ Operační metoda v břišní dutině.

⁵ Vyšetřovací operační metoda v oblasti zažívacího traktu.

⁶ Vyšetřovací operační metoda střev.

⁷ Diagnostická metoda známá spíše jako ultrazvuk.

⁸ RTG – rentgen, zobrazovací metoda.

2.4 Cíle telemedicíny

Podle Adama a Petrželky (2009) je hlavním cílem telemedicíny větší spokojenost pacientů, vysoká kvalita poskytované péče a efektivita všech komunikačních způsobů. Toho všeho dosáhneme právě díky elektronizaci a automatizaci informačních postupů ve zdravotnictví.

Stejně tak i Vejvalka (1999) spatřuje velký benefit v lepší dostupnosti odborných lékařů a tím i zvyšující se a zlepšující se kvalitu poskytované péče. Díky novému technickému zázemí je práce zdravotníků účinně rozdělena a restrukturalizována tak, aby se zefektivnily všechny systémy poskytování péče.

Středa a Panýrek (2011) ve své publikaci uvádí hned několik možností modernizace medicíny pomocí technologie:

- ⇒ vytvoření stabilní komunikační struktury mezi lékaři, jejich pacienty, zdravotním pracovištěm, zdravotními pojišťovnami a informativním zdravotnickým portálem;
- ⇒ tvorba striktně definovaných standardů pro měřitelné a využitelné hodnoty domácího monitoringu zdravotnických hodnot;
- ⇒ zapojení seniorů do problematiky v oblasti distanční medicíny;
- ⇒ zřízení certifikačního procesu pro domácí telemedicínské přístroje;
- ⇒ zajištění maximální osvěty o přínosech preventivního monitoringu vlastního zdraví;
- ⇒ urychlená podpora legislativních změn a úprav pro tuto oblast;
- ⇒ zapojení komerčních a vývojových subjektů do této problematiky.

V zahraničí se o cílech medicínských služeb zmiňuje velmi přehledně „National Health Service“ – „Vize Národní zdravotní služby Skotska“ (NHS Scotland, 2014) ve svém přehledu z let 2011–2017. Cílem tohoto přehledu je:

- ⇒ zvýšit a zlepšit dostupnost vhodných informací pro zdravotnické pracovníky a nástroje pro jejich efektivní komunikaci;
- ⇒ podporovat lidi v aktivitě v rámci poskytovaných služeb;

- ⇒ včasné poskytovat klinickým a jiným manažerům v celém spektru zdravotnictví a sociální péči potřebné informace;
- ⇒ maximalizovat efektivní pracovní postupy, minimalizovat zbytečné variace, které přinášejí.

2.5 Telemedicína a e-Health

Telemedicína a *e-Health* jsou dva velmi podobné výrazy, které se vzájemně doplňují, ale zároveň i liší. Z hlediska významu těchto dvou slov je velmi těžké najít odlišnost. Anglické slovo „medicine“ překládáme jako lékařství, které v češtině používáme ve stejném smyslu jako zdravotnictví (v angličtině „health“). Angličtina však označuje slovem „health“ celkový zdravotní stav člověka a teprve slovem „medicine“ myslí lékařství (Středa, Hána, 2016). Z tohoto pohledu je právě možné použít český ekvivalent telemedicína i na náplň spadající do telehealth, které nahradilo v anglickém originále slovo telemedicine.

Na 7. Mezinárodní konferenci o telemedicině a telecare (7th International Congress on Telemedicine and Telecare), která se konala v Londýně v roce 1999, při prezentaci studie přehodnocující stav australské telemedicíny poprvé použil termín *e-Health* John Mitchell (Mea, 2001). Díky tomu, že se jedná o vcelku nový termín, vymezení a chápání slova *e-Health* dodnes prodělává změny (Kolín, 2014).

Mitchell (1999) považuje *e-Health* za nový a zastřešující termín, který popisuje jako kombinaci využívání přenosu, ukládání a získávání digitálních dat s informačními technologiemi v sektoru zdravotnictví.

WHO (2016, s. 1), jako jedna z významných institucí pro rozvoj konceptu *e-Health*, vymezuje jeho definici jako „*použití elektronických prostředků k podání informace, zdroje a služby týkající se zdraví. (...) E-Health může dát informace na správném místě ve správný čas, poskytující služby pro širší obyvatelstvo a s osobním přístupem.*“

Další a nejobsáhlejší definice, tentokrát od Eysenbacha (2001, s. 1) – německého protagonisty *e-Health*, přináší trochu jiný pohled na koncept *e-Health* a říká, že: „*e-Health je rozvíjející se obor v oblastech zdravotnické informatiky, veřejného zdraví a podnikání, s odkazem na zdravotní služby a informace*

získané nebo zesílené prostřednictvím internetu a souvisejících technologií. V širším slova smyslu tento termín charakterizuje nejen technický vývoj, ale také rozpořádání, způsob myšlení, postoj a závazek k síti, globálnímu myšlení, zlepšení zdravotní péče na místní, regionální a celosvětové úrovni prostřednictvím informačních a komunikačních technologií.“

Definici e-Health od Evropské komise převzalo České národní fórum pro e-Health (dále jako ČNFeH), které spolupracuje s ministerstvem zdravotnictví. E-Health popisuje jako „souhrnný název pro řadu nástrojů založených na informačních a komunikačních technologiích, které podporují a zlepšují prevenci, diagnostiku, léčbu, sledování a řízení zdraví a životního stylu.“ (ICTU eHealth, ČNFeH, 2010, s. 4)

Mitchellova studie, kterou přednesl na výše zmíněné konferenci, se kromě prezentace výsledků týkala i vymezení samotného konceptu e-Health, který je tvořen z telemedicíny a telehealth s využitím IKT (Mitchell, 2000). Telemedicina je využití IKT pro poskytování služeb zdravotní péče, diagnostiky a samotného léčení. Telehealth (tj. telezdravotnictví) je rozšíření telemedicíny, zahrnuje preventivní, podpůrně-propagační, ale i léčebná hlediska.

Nejlépe propojení slov telemedicina a e-Health vysvětluje ve své publikaci Středa a Hána (2016, s. 33): „Okolo roku 2000 byl výraz e-Health chápán především jako poskytování zdravotní péče přes internet. (...) Telemedicina zahrnuje hlavně aplikace soustředěné kolem lékařských a zdravotnických profesionálů, zatímco e-Health je širší pojem, který kolem zdravotnických profesionálů nemusí být nutně soustředěn. Podle WHO je telemedicina jedna z podmnožin e-Health.“

Válek (2009, s. 23) porovnává termíny e-Health a telehealth a definuje je jako: „Termíny e-health (tj. e-zdravotnictví) a telehealth (tj. telezdravotnictví) jsou někdy chybně zaměňovány s telemedicínou. Stejně jako termíny „medicina“ a „zdravotní péče“, telemedicina se týká pouze poskytování klinických služeb, zatímco termín telehealth (telezdravotnictví) se může týkat jak klinických, tak neklinických služeb jako medicínské vzdělávání, administrativa a výzkum. Termín e-health (e-zdravotnictví) je často, zvláště ve Velké Británii a Evropě, užíváno jako souhrnný zastřešovací termín, který zahrnuje telezdravotnictví, elektronické zdravotní záznamy a další složky zdravotnických informačních technologií.“

Obecně lze tedy konstatovat, že e-Health je množinou, celkem zastřešujícím danou problematiku. Do této množiny řadíme telemedicínu, která poskytuje jednotlivé telekomunikační služby a je nedílnou součástí e-Health. Samotná telemedicína je pak tvořena dalšími již specializovanými službami, které jsou poskytovány jednotlivými odborníky, cíl jejich služeb ale zůstává stejný. (Středa, Hána, 2016)

Překotný rozvoj techniky a samotná digitalizace dat pomohly telemedicině udělat obrovský krok vpřed a ovlivnit zdravotnictví ve všech koutech světa, protože se mohla vyčlenit jako samostatný medicínský obor. (Harvánek, 2008)

Jako ve většině jiných odvětví i tady investují Spojené státy americké několikanásobně více než Evropa. I Rusko ve velké míře vkládá finance i naděje do využívání konzultací a vzdělávání zdravotníků a pacientů na dálku. V Africe je situace rozvoje telemedicíny ztěžována pomalým šířením sítí IKT, proto je většina projektů e-Health ve vizionářském stádiu. Naopak velký rozmach zažívá telemedicína v Indii, Thajsku, Indonésii a v Saúdské Arábii. Popularizátorem tohoto typu medicíny je i Čína, která v rozvoji technologií vyniká. (Středa, Hána, 2016)

Podle dostupných statistik Globálního výzkumu e-Health z roku 2015 má 70 % členských států vybudovanou strategii pro rozvoj používání principů e-Health včetně financování, etických zásad a vzdělávání uživatelů. Od roku 2009 narostl zájem o poskytování telemedicínských služeb o 30 %. (WHO, 2016)

V rámci EU je vymezováno značné množství financí pro samotný rozvoj e-Health, které Česká republika (dále ČR) čerpá minimálně. EU si stanovila za cíl v rámci elektronického zdravotnictví zlepšit podmínky pro pacienty a dosáhnout maximálního rozšíření služeb. Už na začátku vzniku e-Health na konci devadesátých let začaly v EU vznikat projekty podporující rozvoj IKT v lékařství. (Středa, Hána, 2016)

Už od roku 2000, kdy se pojem telemedicína objevil v souvislosti s akčním plánem české vlády, vznikají u nás pilotní projekty, které ale většinou končí jako liché, bez praktického provedení. V porovnání se světem ale ČR značně zaostává, protože koncept e-Health byl poprvé představen až v roce 2008. Většina přidělených financí z EU se nevyčerpala a problematice se tak ne-

dostává potřebné pozornosti. V současné době, i přes dokumentaci vedenou v elektronické podobě, se některá zařízení vracejí k dokumentaci psané rukou, protože ani u elektronických dat nelze zaručit jejich stoprocentní bezpečnost a nezneužitelnost. V praxi je pak velmi těžké udržet kvalitu spojení, aby vše probíhalo čistě a bez prodlev. Pro budoucnost e-Health v České republice je tedy v první řadě klíčové zajistit problematiku bezpečnosti a techniky a až pak se věnovat jejímu rozvoji. (Středa, Hána, 2016)

I přesto, že Česká republika začala s praktikováním konceptu e-Health později, byla schopna vytvořit projekty, na které můžeme být náležitě pyšní. Jedná se například o projekt Nádory.cz, který má informovat a pomáhat s nádorovou léčbou všech variací. Dalším významným projektem u nás je i e-Recept, který se za poměrně krátkou dobu stal velmi populárním a je díky němu možné vynechat čekání před dveřmi ordinací. E-Recept umožnil elektronizaci předpisů. (Harvánek, 2008)

Jak uvádí Ptáček, Bartůňek a kol. (2014, s. 189), „*technologie se neustále zdokonalují a jejich uplatnění v intenzivní péči mohutní; přístroje jsou odolné, miniaturizované, vysoce sofistikované. Do telemedicíny se připojují i distanční telekonzultace mezi pracovišti intenzivní medicíny i vůči pacientům v domácí intenzivní péči, na umělé domácí ventilaci, po uvážnutí v nepříznivých podmínkách, u málo stabilních pacientů propuštěných z následné intenzivní péče*“.

Telehealth dle ATA (2020) efektivně propojuje klienta a zdravotní systém (poskytovatele zdravotní péče) v okamžiku, kdy není možná nebo není nutná osobní péče. Díky službám telehealth mohou klienti získat péči, radu či informace o svém zdravotním stavu a možnostech léčby, taktéž získají recepty na léky. Model zdravotní péče poskytovaný prostřednictvím telehealth se ukazuje jako velmi bezpečný a zároveň kvalitní. (ATA, 2020)

Virtuální péče zefektivňuje systém zdravotnictví, umožňuje zdravotní péči aplikovat tam, kde to není možné, např. na odlehlých místech či na venkově. Zajišťuje odbornou péči kdykoliv a kdekoliv ji potřebujeme. V praktickém životě to můžeme vidět u velmi starých lidí, kteří díky telehealth mohou stárnout v prostředí svých domovů se svou rodinou. Prostřednictvím virtuální zdravotnické péče zvyšujeme efektivitu péče, snižujeme náklady a umožňujeme poskytovatelům zdravotní péče obstarávat více klientů, tedy „*více dobrého pro více lidí*“. (ATA, 2020)

Dále ATA definuje benefity, které vidí v poskytování zdravotní péče prostřednictvím telehealth:

- ⇒ lepší přístup – telehealth rozšiřuje geografický dosah zdravotnických služeb,
- ⇒ ekonomická efektivita – telehealth snižuje náklady na zdravotní péči a zvyšuje její efektivitu,
- ⇒ vyšší kvalita péče – studie dokazují, že kvalita služeb poskytovaných na dálku je stejně kvalitní jako péče tradiční (osobní),
- ⇒ poptávka spotřebitelů/klientů – telehealth snižuje dobu cestování klientů pro zdravotní péči, celkově jsou spotřebitelé velice spokojeni se službou a podporují ji. (ATA, 2021)

3

Telepractice

Telemedicína se stává velmi populární oblastí v rámci poskytování zdravotní péče. Díky jejímu rozvoji na poli vědy a výzkumu, taktéž v klinické praxi v reakci na celosvětovou pandemickou situaci, se jednotlivé obory snaží svým klientům více dopřát služby z pohodlí domova. Služby, pro které by už nemuseli cestovat za specialisty do jejich ordinací, ale stačilo by se pouze připojit k požadovanému serveru. Následující kapitola je zaměřena na poskytování logopedických služeb distanční formou, které mají, dle našeho názoru, velký potenciál stát se nedílnou součástí klinické praxe.

3.1 Definice pojmu telepractice

Pojem *telepractice* je vymezen jako terapie zprostředkovaná skrze telekomunikační technologie, ale v české terminologii stále nemáme ukotvený ekvivalent originálního pojmu (Durdilová, 2014). V anglické literatuře se můžeme setkat s termíny *telepractice* i *telerehabilitation* (Zatloukalová, 2019). Poprvé se s tímto pojmem setkáváme na konci 20. století, zkušenosti s touto metodou jsou tedy poměrně mladé a závisí zejména na rozvoji telemedicínské politiky jednotlivých států, v české literatuře je používáno anglické slovo *telepractice* (Durdilová, 2014). Součástí telemedicíny je poskytování medicínských informací široké veřejnosti formou osvětové aktivity lékařů, taktéž využívání informačně-komunikačních technologií (IKT) k přenosu medicínských dat, např. sdílení výsledků různých vyšetření napříč odbornostmi. Zároveň lze IKT aplikovat i v oblasti terapie a diagnostiky, tato část telemedicíny je nazývána telepractice. (Harvánek, 2008)

Definice WHO, na kterou odkazuje Vitásková (2012, s. 69), říká, že se jedná o „rozšířenou aplikaci telemedicíny (v rámci telematiky či teleinformatiky) ve zdravotnictví za využití moderních informačních a komunikačních technologií pro poskytování zdravotnické péče na dálku, jejíž využití je i v oblasti vzdělávání (tzv. televzdělávání), a to jak pregraduálního, tak kontinuálního, v oblasti rozvoje výzkumu a hodnocení správnosti, adekvátnosti a kvality poskytované péče“. Durdilová (2014, s. 125) uvádí, že „telepractice terapie znamená terapie zprostředkovaná skrze telekomunikační technologie“, a zároveň se zmiňuje, že opakem je přímá práce s klientem, která je v zahraniční literatuře označována jako „face-to-face“ terapie (tedy terapie jeden na jednoho).

Definice telepractice v České republice je ve srovnání se zahraničím nejednotná. Pojem je vnímán různě, dle různých typologií a obsáhlosti využití. Domníváme se, že je to i z důvodu malé aplikace tohoto přístupu v české klinické praxi. Pro zahraniční literaturu se terapie formou telepractice vymezuje především z pohledu telemedicíny (viz kapitola 2 Telemedicína), což pro naše podmínky znamená, že se týká především pozice logopeda v resortu zdravotnictví. Domníváme se však, že oblast práce s touto metodou není rozhodující, distanční intervenční metody jsou dostupné a vhodné i pro logopedy v resortu školství nebo resortu sociálním (ibid.). Intervenční postupy telepractice jsou jednotné ve všech oblastech logopedické péče v České republice, není nutné rozlišovat a umožňovat logopedii formou telepractice pouze logopedům ve zdravotnictví. Více než na resortním zařazení odborníka záleží na výběru klienta, který musí mít pro telepractice předpoklady. (Durdilová, 2014)

Edwards a kolektiv (2012) uvádí: Americká asociace logopedů (ASHA) oficiálně přijala termín telepractice pro služby poskytované logopedy a audiology na dálku, její definice zní: „Telepractice může být použita k překonání bariér týkajících se přístupu ke službám způsobených vzdáleností, nedostupností specialistů a/nebo subspecialistů a omezenou možností pohybu. Telepractice nabízí potenciál k rozšíření klinických služeb do vzdálených či venkovských oblastí nebo ke strádající populaci a také ke kulturně a jazykově odlišným populacím“ (Edwards a kol., 2012, s. 228). ASHA přijala termín telepractice, aby se vyhnula nadřazeným pojmům telemedicine a telehealth, které se využívají primárně ve zdravotnictví. V praxi můžeme vidět i další

termíny, např.: *teleaudiologie*, *telespeech* nebo *řečová teleterapie*. Souhrnně je užívaný termín *telerehabilitace*. (Brennan et al., 2010)

Uvědomujeme si, že zmíněná definice vychází z amerického prostředí. Demografické a kulturní podmínky jsou zcela rozličné od podmínek v České republice. Také financování logopedické intervence je odlišné. Jiná definice ASHA považuje *telepractice* za „*aplikaci telekomunikačních technologií za účelem poskytnutí profesionální služby prostřednictvím vazby logoped–klient nebo logoped–logoped, z důvodu zhodnocení stavu, intervence a/nebo konzultace. Kvalita nabízené služby musí odpovídat kvalitě přímé terapie*“ (ASHA, 2015, s. 4). Souhlasíme s tím, že by služby poskytované vzdáleně měly kvalitativně odpovídat přímé intervenci, avšak je na místě uvědomit si specifika distanční intervence a nabízet ji vhodné klientele, která z distanční terapie bude profitovat.

3.2 Historie telepractice

Vzhledem k tomu, že samotná *telepractice* je už specializovanějším odvětvím a vlastně i podoborem samotné telemedicíny, celá její historie se odvíjí od dějin informačních a komunikačních technologií a jejich služeb ve zdravotnictví. Každá událost, která byla přínosná pro telemedicínu, přispěla i k poskytování samotných logopedických služeb na dálku. Nutno podotknout, že i přes vysokou efektivitu historických projektů byla jejich udržitelnost kvůli vysokým nákladům velmi složitá. (Houston, 2014)

První myšlenkou k využívání technologií pro terapie byla možnost nabídnout služby lidem, kteří je nemají běžně dostupné, žijí na odlehlých místech a zdravotnická zařízení jsou pro ně špatně dostupná. První dokumentace a myšlenka o poskytování *telepractice* se objevuje v polovině sedmdesátých let. Byla zřízena logopedická telefonní služba při americké nemocnici (Birmingham VA Hospital, USA), která sloužila pro klienty z odlehlých oblastí. Služba byla doplněna o pracovní listy, filmové a zvukové nahrávky, které pomáhaly při terapii na dálku (Durdilová, 2014). V roce 1983 J. L. Fitch popsal případovou studii o použití *telepractice* v rámci logopedické intervence. Pracoval vzdáleně s klientkou (54 let), která měla diagnózu získané narušené komunikační schopnosti, afázie. (Hall, Boisvert, Steele, 2013)

V následujících letech se tato forma terapie příliš nevyvíjela. Až v roce 2002 ASHA výrazně přispěla ke zvýšení popularity telepraxe spuštěním programu, který zajistil vzdělávání v oblasti telepraxe u logopedických pracovníků. Program byl spuštěn na základě výzkumu zjišťujícího povědomí a možnosti telepraxe v oboru logopedie. Bylo zjištěno, že pouhých 11 % z 1667 dotázaných logopedů má povědomí a zkušenosti s telepraxí. Současně byla podpořena tvorba nových materiálů zaměřených právě na klienty ve vzdálené logopedické intervenci. (Durdilová, 2014)

3.3 Komparace se zahraničím

Telemedicínou se do detailů zabývá předcházející kapitola, zde si ale dovolíme vsuvku v podobě komparace jednotlivých telemedicínských modelů napříč Evropou a dalšími státy. Telemedicínská politika a na ní závislé modely telepraxe a telerehabilitace jsou rozmanité, v Evropě je všeobecná snaha o e-Health systémy zdravotnické péče, což chápeme jako digitalizaci zdravotnického systému a možnost dohledání zdravotnických záznamů v digitálním prostředí. Taktéž je všeobecná snaha o zavádění telemedicíny v podobě vzdáleného řešení administrativních úkonů, jako jsou recepty na léky a léčiva, také vyřizování pracovní neschopnosti a další administrativní úkony. Úspěšná integrace e-Health a konceptů telemedicíny je závislá na neustálé evaluaci a přizpůsobování odborníků i pacientů.

Ve Finsku byl již roku 2011 testován národní zdravotní registr. Elektronické záznamy pacientů, e-doporučení, e-žádanky, e-propouštěcí dopisy se prokazují jako velmi efektivní v primární zdravotnické péči. Zamezily několika opakovaným a zbytečným vyšetřením. Finský E-Archive by měl být přístupný všem lékařům, lékařské záznamy o pacientech by tak měly být přístupné a zdravotní péče by získala na efektivitě. Vzdálené konzultace jsou zde nabízeny ve všech nemocničních obvodech, avšak telemedicínské služby jsou vzácností, Finsko plánuje rozšíření zdravotnické péče právě o tyto služby. (Khatri, Peterson, Kyriazokos, Prasad, 2011)

V Itálii proběhla dlouhodobá studie o možnostech telemedicíny, která se zaměřovala hlavně na chronické a geriatrické pacienty v reakci na zvyšující se věk seniorů. Na základě této studie byl vytvořen model telemonitoringu,

který by mohl pomáhat mnohem více seniorům, než obsáhnou nemocnice. Za významné jsou považovány procesy zápisu, následného hodnocení a požadované asistence pro cílového pacienta. Autoři studie pokračují ve studii a navrhují místní i národní model kompletní a efektivní zdravotnické péče „Care&Cure“. (Rosati, Zema, Castagneri, Marchetti, Balestr, 2017)

Wynn (2020) přichází s informacemi z Norska, kde dle krajského zdravotnického úřadu videokonzultace vykazují 350% nárůst od března roku 2020. Až 90 % praktických lékařů v Norsku je schopno poskytovat videokonzultace (v březnu roku 2020). Právě pandemie covid-19 přispěla k rozvoji telemedicíny, v Norsku byl v počáteční fázi vzdálený přístup vítán, avšak v současné době je vyjadřována obava o jisté skupiny pacientů, kteří z osobního kontaktu profitují. Významným počinem byla v Norsku aplikace „Smittestopp“ (zastavte infekci), která byla vyvinuta za účelem pomáhat zdravotnickým úřadům s omezením přenosu koronaviru.

V USA se systémy telemedicíny a e-health staly zásadními pro zajištění veřejného zdraví, jsou připraveny stát se spolehlivou alternativou k tradičním lékařským metodám u mnoha diagnóz (Hyder, Razzak, 2020). Ve Spojených státech amerických bylo zaznamenáno několik tendencí v rámci telemedicíny v průběhu pandemie covid-19, v New Yorku (NYU Langone Health) osobní schůzky a návštěvy u lékaře klesly o 80 %, oproti tomu nárůst telemedicínských návštěv byl o 683 % (v období mezi 2. 3. 2020 a 14. 4. 2020). Bylo dokázáno, že většinu rutinních lékařských návštěv lze provádět telefonicky, což bylo výhodné pro lékaře i pacienty v karanténě. Postupuje i vývoj domácích telemedicínských stanic, které umožňují efektivně a bezpečně monitorovat pacienty propuštěné z nemocnic. Jeden lékař obsluží najednou více pacientů a dokáže je v domácím ošetřování sledovat a zajistit jejich zdraví. Například Kolumbijská univerzita v New Yorku konstruovala domácí telemedicínský systém určený pacientům s diabetem. Systém umožňuje videokonference, získávání lékařských dat, sdílení získaných dat s odborníky, webový přístup ke klinickým informacím a adekvátní informace pro rozšíření znalostí v oblasti diabetu. Systém je aplikován prostřednictvím telefonních linek, obsahuje monitoring glukózy a krevního tlaku, který upozorní na abnormální hodnoty a vysílá požadavek pro kontaktování lékaře. (Hyder, Razzak, 2020)

Podle dostupných statistických dat⁹ o využití telemedicínských přístupů v Polsku mezi roky 2016–2020 je nejčastěji využíváno vyhledávání online informací o lékařích a zdravotnických zařízeních i službách. V souvislosti s tím je možnost zarezervovat si lékařskou preventivní prohlídku nebo akutní vyšetření prostřednictvím webových stránek. Vzrůstá využívání e-receptů a konzultace s lékaři přes internet (e-mail, chat, video chat).

Ve Vídni proběhl výzkum hodnotící postoj zdravotníků a studentů lékařské fakulty k telemedicině, z 905 účastníků bylo 8,4 % zaměstnanců nemocnic a 51,6 % studentů lékařských fakult. Prokázala se střední znalost konceptů telemedicíny a eHealth. Zaměstnanci měli vyšší znalosti, studenti prokazovali nižší přesvědčení o efektivnosti těchto konceptů. Byla vyjádřena obava o bezpečnost dat sdílených v prostoru internetu. Zjištění zvyšují povědomí o potřebě překlenutí propasti mezi digitálními možnostmi a také věkovými skupinami odborníků. (Wernhart, Gahbauer, Haluza, 2019)

Poskytování distančních logopedických služeb je obecně určeno pro široký okruh klientů. Jak ale vyplývá z přehledu mezinárodní literatury a dostupných studií, hlavními klienty distančních služeb jsou převážně osoby s afázií. Manicki (2020) nabízí přehled těchto studií zaměřujících se na možnou aplikaci distančních logopedických služeb u klientů s afázií v různých zemích světa, který uvedeme i zde.

V Austrálii probíhalo diagnostické rozřazení 32 klientů po cévní mozkové příhodě. Klienti s afázií byli současně hodnoceni dvěma metodami – telepractice a zároveň diagnostikou probíhající přímo v jedné místnosti. Výsledky ukázaly, že stupeň pokročilosti afázie významně neovlivnil přesnost hodnocení telerehabilitace, ale některé jazykové parametry (pokusy o pojmenování a vyhodnocení parafázie) přeci jen byly výjimkou. (Hill, Theodoros, Russell et al., 2009)

V Itálii byla v roce 2014 porovnávána efektivita tradiční a distanční logopedické terapie u klientů s deficitem pojmenování. Každý typ terapeutického programu zahrnoval 8 stejně dlouhých sezení. V každém sezení pacienti plnili úkoly založené na pojmenování předmětů nebo činností zobrazených na obrázcích. Během studie nebyly zjištěny významné rozdíly s ohledem na typ poskytované terapie. Telerehabilitace u klientů po cévní mozkové

⁹ <https://www.statista.com/statistics/1171842/poland-use-of-telemedicine/>

příhodě s afázií je autory považována za stejně účinnou jako konvenční terapie prováděná tváří v tvář. Žádný z účastníků neuvedl při používání videokonferenčních platforem větší potíže. (Agostini et al., 2014)

V roce 2016 odborníci v Jižní Koreji vypracovali telerehabilitační program na mobilních zařízeních pro klienty s chronickými komunikačními následky po cévní mozkové příhodě. Pacienti během 4 týdnů využívali mobilní aplikaci iAphasia na tabletu a využívali ji pro zlepšení se v oblasti poslechu a čtení s porozuměním, opakování, pojmenování, psaní i verbální fluence. Po porovnání výsledků WAB před a po 4 týdnech využívání aplikace byly výsledky signifikantně vyšší než před programem. (Choi, Park, Ahn, 2016)

V Kanadě bylo provedeno hodnocení účinnosti telerehabilitace za účelem zlepšení funkční komunikace u afázie. Pomocí telerehabilitační platformy a softwaru založeného na PACE přístupu absolvovali účastníci distančně vedená logopedická sezení, která vyžadovala přítomnost pečující osoby. Prováděné aktivity vycházely z principů synchronního modelu. Studie zahrnovala pouze anomické klienty, kteří byli kritičtí vůči vlastním omezením v řeči. Několikatýdenní telerehabilitace vedla ke zlepšení funkční komunikace projevující se vyšší efektivitou komunikace, kratší dobou výměny informací mezi mluvčími a zvýšeným využíváním komunikačních kanálů. (Macoir, Sauvageau, Boissy et al., 2017)

V roce 2019 proběhlo ve Švýcarsku hodnocení efektivity a přehlednosti aplikace Bern Aphasia pro tablet. Ta byla posuzována jak z pohledu afatického pacienta, tak i samotného logopeda. Z hlediska užitečnosti hodnotili pacienti aplikaci jako perfektní a terapeuti jako dobrou. Pacienti zdůrazňovali, že se jim úkoly líbí, a obě skupiny zdůraznily, že aplikace je uživatelsky přívětivá. Aplikace byla koncipována tak, aby umožnila pracovat na různých úrovních pokročilosti v domácím prostředí nebo jako samotný doplněk tradiční logopedické terapie. (Gerber, Schütz, Uslu et al., 2019)

Radikální změny v oblasti poskytování zdravotnických služeb na dálku formou telerehabilitací vyvolala pandemie covid-19. Tato situace způsobila omezení v poskytování služeb zdravotní péče, některé zdravotní služby byly pozastaveny a bylo tedy nutné najít další způsoby a formy komunikace pro terapeutické postupy, a to nejen zdravotních zařízení po celém světě. V mnoha zemích proto proběhla analýza názorů a snaha objektivně

zmapovat názory odborníků přímo v logopedickém prostředí o změnách, které přinesla pandemie covid-19.

Příkladem může být průzkum názorů italských logopedů, kteří se anonymně vyjadřovali k proveditelnosti telepraxe a rehabilitačním metodám během plošného lockdownu v Itálii během roku 2020. 136 logopedů se vyjádřilo, že před pandemií neznalo postupy telepraxe a vyjádřili také nespokojenost s poskytováním nekonvenčních logopedických postupů. (Cacciante, Ciešlik, Rutkowski, Rutkowska, Kacperak, Kuligowski, Kiper, 2021)

Naše výsledky i zkušenosti jsou v souladu s uvedenými závěry nejen o využívání distančních logopedických technik vztahujících se ke klientům s afázií. Využití principů telehealth skutečně představuje výhody, jakými může být eliminace nepříjemností spojených s dopravou, úspora času i výdajů. Je však třeba vyřešit určité překážky a problémy související s technologiemi, nedostatek školení a přijetí distanční intervence i ze strany samotných odborníků. Je zapotřebí pracovat na dalších výzkumech pro vývoj nových zařízení a systémů vhodných pro různé druhy pacientů, použitelných pro většinu terapeutů a udržitelných i ze strany zdravotnických služeb.

3.4 Telepractice v logopedii

Dvacet milionů obyvatel Evropy tvoří jedinci s narušenou komunikační schopností, kteří vyžadují odbornou logopedickou intervenci. Z hlediska věku se nejedná pouze o dětskou populaci, narůstá klientů seniorů a také klientů v produktivním věku, kteří potřebují odpovídající podporu v oblasti komunikace (Kalf, 2012). Theodorosová (2012) zaznamenala velké proměny logopedické intervence v obsahu i způsobu. Jako důvod definuje stárnutí populace a velmi výrazné pokroky v oblasti medicíny. Taktéž rozvoj technologií má vliv na logopedickou intervenci. Odborníci v oblasti logopedie by měli být na změny připraveni, měli by je akceptovat a naučit se je aplikovat v klinické praxi.

Stárnoucí populace je jistě zásadní problém, který by odborníci v oblasti logopedie neměli podceňovat. Zvyšující se průměrný věk a vyšší počty jedinců seniorského věku (nad 65 let) zvyšují potřebu logopedické intervence v této věkové kategorii. Většina osob seniorského věku s narušenou

komunikační schopností dochází k logopedovi v rámci pobytových služeb v nemocnicích, rehabilitačních ústavech či lázních. Přejít do ambulantní logopedické péče je pro většinu seniorů obtížný a pravidelná účast na logopedických sezeních je obtížně realizovatelná z mnoha důvodů. Proto i my se přikláníme k možnosti využití vzdálené terapie jako efektivního přístupu v logopedické intervenci.

Z výzkumů je známo, že telepractice v oblasti logopedické péče je účinným prostředkem ke kvalitním službám. Snodgrass et al. (2017) přišli s obecným postupem, který uplatňují v logopedické intervenci u dětí a jejich rodičů. Jedním z řešení logopedické intervence na dálku by měla být kvalitní péče o rodiče a jejich vzdělávání, tedy trénink a koučování rodičů. Prostřednictvím telepractice jsou předávány zkušenosti rodičům, kteří je aplikují doma u svých dětí. Řečový specialista má tedy možnost kombinovat přímá sezení s dítětem a telepractice využívá ke vzdělávání rodičů, kteří doma zlepšují komunikační dovednosti svých dětí (Snodgrass et al., 2017). Celý článek s efektivním přístupem, kde je rodič v aktivní roli koterapeuta, najdete zde: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1525740116680424>

Grillo (2021) a její kolegyně v USA se zabývají návrhy aplikací, které mohou pozitivně ovlivnit telepractice v oboru poruch hlasu. Pro podporu synchronní i asynchronní telepractice v tomto odvětví vytvořili aplikaci Voice-EvaLU8, která má svůj vlastní server a webový portál. Při užití této aplikace může poskytovatel logopedické péče definovat kvality hlasu z pohledu anatomie hlasových orgánů i fyziologie produkce hlasu. Na West Chester University představují i případové studie zdůrazňující aplikaci funkčního přístupu k poruchám hlasu prostřednictvím této aplikace. (Grillo, 2021)

3.5 Modely telepractice

Modely telepractice vycházejí z možností způsobů přenosu, které byly vyjmenovány v souvislosti s předcházející kapitolou (viz kapitola 2.2.3). V souvislosti s telepractice jsou podle různých autorů (Soyars et al., 2009, Houston, 2014, Durdilová, 2014) uváděny modely spojené se základními formami, ve kterých může být logopedická terapie poskytována. Dělí se na:

- ⇒ asynchronní model,
- ⇒ synchronní model,
- ⇒ hybridní model,
- ⇒ vlastní sledování.

Pro distančně vedenou logopedickou intervenci se doporučuje vycházet z asynchronního a synchronního modelu, který je vždy volen podle odpovídající fáze terapie. Pokud se jedná o první zkušenosti s virtuálním prostředím a klient potřebuje praktické rady, kdy je potřeba dbát na důkladnost a metodiku jejich provádění, vychází se z modelu synchronního. V dalších, navazujících fázích terapie, kdy je jedinec dostatečně poučen a je jistota, že zadávané úkoly zvládá provádět samostatně, je možné přistoupit k modelu asynchronnímu. (Durdilová, 2014)

3.5.1 Asynchronní model

Soyars (2009) uvádí, že se jedná o nejběžnější formu telepractice, protože se nevyžaduje, aby byl k dispozici současně logoped a jeho klient. Středa a Hána (2016) mluví o prodlevách, které se v tomto modelu vyskytují, ale díky nim je nabízená služba mnohem propracovanější a komplexnější. Durdilová (2014) popisuje, že tento model zahrnuje možnosti jako například zprostředkování videoklipů nebo pouze zvukových souborů přes internet. Tyto materiály zahrnují popis jednotlivých postupů a doporučené materiály pro terapii.

+	-
Neprobíhá v reálném čase, postup plnění zadaných úkolů vlastním tempem	Ztráta motivace
Vedení klienta k samostatnosti	Sociální izolace, ztráta okamžité zpětné vazby
Multimediálnost	Časová náročnost pro logopeda (příprava a zpracování materiálů)

PŘÍKLADY Z PRAXE

„Funkčnost asynchronního modelu potvrzuje zkušenost s afatiky, kteří nevyžadují přímou práci s logopedem, ale upřednostňují samostatnou práci, vlastním tempem a v čase, kdy se cítí sami nejlépe připraveni na plnění zadaných úloh.

Můžeme při zadávání práce využít i asynchronně fungujících podpůrných platforem, jako je například afaslovník. Zde může být práce upravována podle individuálních požadavků našich klientů. Jako logopedi můžeme v takové webové aplikaci vidět i výsledky, kterých náš klient při práci dosahoval, a připravit další úlohy pro rozvoj komunikačních schopností.

Převážně u dětských klientů můžeme využít asynchronní platformy včelka.cz, která funguje prakticky stejně jako afaslovník – tedy lze každému klientovi na míru vybrat cvičení, která má vypracovat bez nutné asistence logopeda. Nebo v aplikaci wordwall.net vybereme cvičení a pomocí tlačítka ‚Set Assignment‘ vytvoříme odkaz k asynchronnímu vypracování úlohy a dosažený klientův výsledek zkontrolujeme v záložce ‚My Results‘.“

3.5.2 Synchronní model

Jedná se o přímou interakci mezi logopedem a jeho klientem (Durdilová, 2014). Probíhá teď a tady, bez prodlev a jako obrovskou výhodou tohoto modelu můžeme uvést možnost okamžitého reagování nebo doptávání se, které eliminuje bariéry vzniklé vzdáleností mezi komunikujícími stranami (Středa, Hána, 2016). Tento model je podobný přímé terapii, tedy terapii prováděné „face-to-face“, dochází k setkání logopeda a klienta v reálném čase a prostředí. (Houston, 2014)

+	-
Probíhá v reálném čase, klienti jsou v přímém kontaktu, mají větší motivaci	Náročnost technického vybavení
Prostor pro okamžité dotazy, okamžitá zpětná vazba	Sociální izolace
Vzdělávání se a zdokonalování se v práci s informačními technologiemi	Rozptylující prostředí
Přehled rodiče/pečujícího o způsobu a technikách logopedické intervence	Nutná asistence rodiče/pečující osoby zejména u mladších klientů
Multimediálnost	Časová náročnost pro logopeda (příprava materiálů)

3.5.3 Hybridní model

Jde o kombinaci výše popsaných modelů spolu s přímou intervencí, která probíhá jako osobní setkání (ASHA, 2019). Durdilová (2014) mluví o tomto modelu jako o ideálním procesu intervence, doporučuje tento model aplikovat hlavně při intervenci s dětskou klientelou, kde je vhodné zařazovat osobní setkání hlavně z důvodu kvalitnější a efektivnější diagnostické části logopedické intervence. Zároveň se přikláníme k názoru, že u dětských a závažnějších neurovývojových diagnóz je vhodné nejprve kvalitně navázat s klientem vztah založený na důvěře. Až poté plynule přecházíme do terapeutické fáze logopedické intervence, která může z části probíhat i vzdáleně.

PŘÍKLADY Z PRAXE

„Během online logopedické praxe jsme došli k závěru, že existují konkrétní terapeutické přístupy, kdy se nevyhneme kontrolním setkáním s klienty tváří v tvář. Při vyvozování hlásek je totiž potřeba dbát na přesné artikulační pohyby, které naše technické vybavení (jako kamera nebo mikrofon) není schopné zaznamenat. V tomto případě lze využít možnosti hybridního modelu, který pomáhá udržet kvalitu poskytované logopedické terapie zaměřené nejen na artikulační poruchy, kdy je potřeba detailně rozlišovat například všechny jemné nuance u ostrých sykavek, které jsou mikrofonem prakticky nezaznamatelné, ale během osobní schůzky je lehce diferencujeme.“

3.5.4 Vlastní sledování

Model vlastního sledování se využívá nejčastěji pro sledování terapie ve spojitosti například s progresí určitého druhu chronického onemocnění, které doprovází aktuální zdravotní stav klienta a vyžaduje pečlivé sledování jeho vitálních funkcí (Soyars et al., 2009). Data poskytují srovnání výsledků a výkonů v průběhu intervence. (Durdilová, 2014)

3.6 Cíle telepractice

V průběhu času zaznamenaly technologie svůj růst a pokrok. Pokud srovnáme naše telefony, které jsme používali v roce 2010, s dnešními „smartphony“, uvědomíme si, jak obrovský technologický růst opravdu je.

S technologickým pokrokem se změnily i možnosti logopedické intervence, jejímž hlavním cílem je v co nejvyšší míře rozvinout komunikační schopnosti klienta. (Lechta, 2003)

Kvality poskytování terapie se pozvedly, dostupnost materiálů vzrostla, zvýšil se počet diagnóz s narušenou komunikační schopností. Určitou transformaci prodělali i samotní logopedi, kteří díky moderním technologiím čelí těmto změnám. Mohou je přijmout a naučit se je efektivně využívat ve své práci (Durdilová, 2014). Weidner a Lowman (2020) vyzdvihují rozvoj telepraxe zejména v souvislosti s poskytováním logopedické péče u osob dospělých.

Cílem telerehabilitačních postupů je zlepšení přístupů zdravotní péče, ta by měla být přístupná pro každého klienta. Dále možnost zprostředkovat alternativní nebo doplňkovou službu (v tomto případě logopedickou) (Romanow, 2002). Janatová a Holubová (2018) zmiňují fakt, že vzdálená forma intervencí může značně ulehčit celému zdravotnímu systému, který je přetížený.

Cílem telepraxe je vhodně přizpůsobit intervenci a na ni navazující materiály pro poskytování dálkových služeb. Důraz je kladen na kompetentní výběr klientů vhodných pro služby telepraxe. (ASHA, 2019)

Záměrem telepraxe je překonávání bariér, kterou je například vzdálenost, nedostatek poskytovatelů nebo problémy s mobilitou pacientů. Telepraxe nabízí možnost poskytování jedinečných příležitostí k navázání spojení s klienty v jejich přirozeném prostředí nebo během cestování. (Weidner, Lowman, 2020)

3.7 Poskytovatelé služeb

Dnešní doba nabízí i alternativní řešení při poskytování logopedické péče. Logopedi jsou schopni poskytovat logopedickou péči „na dálku“, tedy tzv. distanční vzdálenou formou. Tato služba je realizována pro všechny věkové kategorie logopedické klientely, a to hlavně díky moderním technologiím, které jsou dostupné, pomalu každá domácnost vlastní počítač nebo minimálně chytrý telefon (Kocábková, 2020). Poskytování distančních intervenčních služeb v rámci logopedické péče je v současné době již ne-

nahraditelnou součástí logopedické péče, která se šíří mezi odborníky. Tato služba by měla sloužit hlavně imobilním klientům, kteří nemohou cestovat do vzdálených nemocnic či specializovaných ambulancí. Taktéž klientům ze vzdálených a odlehlých oblastí, v neposlední řadě cizincům, kteří pobývají na území České republiky, či Čechům žijícím v jiných státech.

Profesionální nastavení, online přístup, správná licence a certifikace může rozsah pracovních příležitostí logopedů značně rozšířit. Telepractice umožňuje poskytovat služby jednotlivým klientům i skupinám v různých částech světa během jednoho dne. Technologický růst rozšířil „teritorium“ logopedů a zlepšil tak i jejich potenciál poskytovat klientům služby virtuální cestou (Edwards-Gaither, 2018). Otázkou stále zůstává financování těchto vzdálených logopedických služeb, což je podstatný artikl.

3.7.1 Standardy, kompetence a etické postupy

V České republice je telepractice na rozdíl od Spojených států amerických stále rozvíjejícím se oborem a nedosahuje takové popularity a rozsahu poskytování služeb (Zatloukalová, 2019). Spojené státy americké vytvořily pro zdravotnické profese zásady a standardy zajišťující kvalitu, odbornost, ochranu uživatelů profesionálních služeb a pokyny pro poskytování tele-rehabilitačních služeb. Na vytvoření pravidel a jejich vymáhání má právo každý stát. (ASHA, 2005)

Dokument asociace ASHA (2005) potvrzuje, že služby telepractice dodržují stejnou úroveň a standardy jako při obvyklém jednání tvář v tvář. Zvolení telepractice jako výchozího typu poskytování logopedické péče nevyvrací žádnou etickou odpovědnost na straně poskytovatele, u kterého se očekává, že bude kompetentní pro poskytování služeb i pro manipulaci s technologií používanou pro setkání. Klinické standardy se podle ASHA (2005) vztahují ke znalosti typů a použití technologie, schopnosti dedukce pro indikaci telepractice jako výchozí terapie, přizpůsobení diagnostických a terapeutických postupů dálkové terapie a zajištění její efektivity. Také dbají na uvědomění si skutečnosti, že osvojení si telepractice intervenčních technik může ovlivnit platnost standardizovaných testů.

Ačkoli se používání telepractice řídí standardy ASHA, existují i státní a federální zákony, které také řídí její používání. Tyto zákony jsou důležité,

protože například vyžadují šifrování elektronických informací k zachování soukromí pacientů nebo konkrétní certifikaci a licenci. Logopedi musí být tedy plně certifikováni v každém státě, ve kterém jsou jejich služby poskytovány. (Soyars et al., 2009)

ASHA vytvořila dokument „Code of Ethics“ (Etický kodex), který obsahuje preambuli a čtyři části kodexu. Profesionálové v oblasti logopedie jsou odpovědní za zachování kvalitních životních podmínek svých klientů, taktéž mají odpovědnost za své vzdělání a jeho udržení. Kodex uvádí povinnost osvětové aktivity v oblasti komunikace a poruch polykání, zároveň jsou povinni udržovat harmonické meziprofesioní vztahy (ASHA, 2016). Podle Etického kodexu vytvořeného organizací ASHA jsou certifikovaní jedinci v oblasti logopedie odpovědní za profesionalitu a kompetentnost během praktického poskytování služeb, včetně telepractice (ASHA, 2005). Také jsou odpovědní dodržovat zákony a předpisy příslušných jurisdikcí, mít příslušné vzdělání a chránit soukromí a důvěru svých klientů (ibid.). Etický kodex (ASHA, 2015) dovoluje poskytování telepractice všude tam, kde to není zakázáno zákonem.

Brennan et al. (2010) vydali článek, který definuje klíčové principy a postupy v oblasti poskytování telerehabilitačních služeb, kam spadá i logopedická péče. Článek koreluje se základními principy ATA (American Telemedicine Association). Služba telerehabilitace musí splňovat národní i státní požadavky k aplikaci telerehabilitace, službu je nutné řádně evidovat, kódovat či fakturovat, taktéž by měl být zaveden systém pro dokumentaci dat, aby nedocházelo k porušování ochrany soukromí. ATA doporučuje kvalitní edukaci profesionálů poskytujících péči vzdáleně, důraz by měl být kladen především na důkladné seznámení se s programem/platformou. Odborníci musí být technicky vybaveni, aby mohl diagnostický i terapeutický proces plně probíhat vzdáleně. Při vzdálených setkáních platí veškeré kodexy, které musí odborníci splňovat a aplikovat při osobních setkáních. V oblasti etiky musí každý profesionál zvážit etické zásady a vytvořit potřebné dokumenty pro rozvoj této oblasti. Veškeré etické kodexy uplatňované v terapii tváří v tvář aplikujeme i v telepractice. Vždy dobře a srozumitelně seznamujeme klienty s technologií vzdálené terapie a jejich právy a povinnostmi. Snažíme se pečlivě chránit veškerá data, která jsou k telepractice potřebná (Brennan et al., 2010). Je tedy žádoucí, aby každý logoped zachovával stejná

pravidla, kvalitu a bezpečnost terapie na dálku, jako tomu bylo v přímé terapii. Domníváme se, že v oblasti telerehabilitace či telepractice v České republice budou v současné době vznikat nástroje pro podporu této formy logopedické péče. Je tedy nutností efektivně na tyto nástroje reagovat a aplikovat je v klinické praxi tak, aby pomáhaly klientům s narušenou komunikační schopností.

Organizace či odborníci poskytující služby telepractice se musí řídit národními předpisy pro ochranu informací o zdravotním stavu klientů a také zajistit fyzickou bezpečnost zařízení pro telepractice, což obsahuje elektronické ukládání a vyhledávání dat a jejich přenos. Tyto metody obsahují šifrovací technologie a omezený přístup pouze pro zvané, vyžádané. (Brennan et al., 2010)

3.8 Jak k vývoji telepractice přispěla pandemie covid-19?

Pandemie covid-19 přinesla dramatické změny v mnoha aspektech našeho života. Naše životy se jakoby zastavily a proměnily. V této době se významně proměnilo i poskytování logopedických služeb nejen v České republice. Díky pandemii si mnoho logopedů uvědomilo potenciál logopedických služeb poskytovaných vzdáleně, na dálku. Služby telepractice se staly jedinou možností, jak zachovat kontinuum nejen logopedických služeb a zároveň respektovat omezení styku zavedené pro snížení pravděpodobnosti nákazy. (Fong, Tsai, Yiu, 2020)

V Kanadě proběhl průzkum mezi logopedy mapující průběh logopedických služeb v pandemii covid-19, která vedla ke změně poskytování zdravotnických i vzdělávacích služeb. Cílem průzkumu byla dokumentace aplikace telepractice systémů v praxi a subjektivní hodnocení těchto systémů ze strany logopedů. Otázky z průzkumu zodpovědělo celkem 83 logopedů v Québecu. Bylo zjištěno, že většina logopedů systémy telepractice hodnotila pozitivně a chtěli v jejich aplikaci pokračovat i po skončení pandemie. Mezi překážky byly řazeny technické problémy a nedostatek klinických materiálů pro online aplikaci. Logopedi flexibilně přešli do práce v telepractice systémech, navíc se začali v této oblasti vzdělávat a tvořit dal-

ší logopedické materiály. Jako nutnost vnímají vznik odborné literatury a praktických průvodců, které by napomohly vzdělávat se v této oblasti (Macoir et al., 2021). Celý článek ukazuje přehledná data, která byla zjištěna v Québecu v Kanadě. Dohleďte jej zde: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1460-6984.12669>

V České republice došlo kromě dočasných změn v logopedické intervenci i ke změnám u českých pojišťoven, které se celému nouzovému stavu republiky přizpůsobily a změnily tak systém vyplacení kompenzací za poskytované vzdálené služby. VZP (Všeobecná zdravotní pojišťovna) zavedla **kód 09614** pro výkon distanční konzultace zdravotního stavu ambulantním specialistou a stanovila podmínku, že lze vykazovat u pacientů pouze při přítomnosti respiračního onemocnění nebo z důvodu nařízené karantény (VZP ČR, 2020). SZP (Svaz zdravotních pojišťoven) ČR vydal univerzální výkon pro klinické logopedy, psychology a lékaře s označením **09557 – Video-konzultace**. Jedinou podmínkou pro vykazování terapie prostřednictvím videohovoru stejně jako tradičního setkání v ambulanci je využívat tento úkon pouze u pacientů, které ambulantní specialista zná a má je ve své dlouhodobé péči již registrované. (SZP ČR, 2020)

Ve druhé podzimní vlně koronavirové pandemie poskytovatelé zdravotních služeb, kam spadají ambulantní specialisté jako kliničtí logopedi, poskytovali terapie převážně prezenční formou za dodržování přísných hygienických pravidel, mezi které patřilo patřičné zakrytí dýchacích cest rouškou či respirátorem. To se v logopedické praxi jevílo jako značně komplikované a neefektivní, proto logopedi začali využívat průhledné ochranné štíty. Obecně ale došlo k velmi příznivé změně ohledně možnosti poskytování telepractice, protože řada logopedů ji začala zařazovat jako náhradní formu přímé intervence. Ovšem již bez možnosti úhrady péče zdravotní pojišťovnou. (AKL ČR, 2020)

ZP MV ČR zveřejnila informace k vykazování distanční péče u logopedů (72211, 72215) a umožnila jim tak s účinností od 16. 3. 2020 do odvolání provádět distanční logopedickou péči u klientů, u kterých není možné nebo vhodné realizovat z důvodu epidemiologického rizika v rámci vyhlášení nouzového stavu státu logopedickou intervenci. „Podmínkou je, že:

- ⇒ v případě terapeutických kontaktů bude léčba prokazatelně provedena jako videohovor přes Skype, webovou aplikaci Videodoktor, Zoom, apod.,
 - ⇒ v dokumentaci bude řádný záznam, specifikována forma a obsah komunikace (videohovor, e-mail, apod.), telefonní číslo, popř. vytištěná e-mailová korespondence, délka komunikace, použité materiály pro výuku online. Práce s materiály by měla být téměř totožná jako v ambulanci, včetně času na poskytnutou terapii (30 nebo 45 minut),
 - ⇒ jde o pacienty, kteří se do ordinace z důvodu karantény nemohou dostavit, nebo
 - ⇒ jde o ordinaci s omezenou činností z důvodu karantény, nebo
 - ⇒ jde o ordinaci, která není dostatečně vybavena respirátory pro bezpečný fyzický kontakt zaměstnanců ambulance s pacienty.“
- (<https://www.klinickalogopedie.cz/res/f/distancni-komunikace-logopedi-zsk.pdf>)

Kromě detailních informací o vykazování a samotné úhradě výkonů prováděných na dálku, které najdeme na webových stránkách jednotlivých zdravotních pojišťoven, proběhly ještě změny ve Sbírce zákonů, kde byly zohledněny dopady související s onemocněním covid-19. Konkrétně se jedná o zákon č. 301/2020 Sb. pojednávající o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby a kompenzační vyhlášku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 305/2020 Sb. (ZPMN ČR, 2020). Zmíněný zákon č. 301/2020 Sb. říká: „Zdravotní pojišťovny vyplatí poskytovatelům zdravotních služeb, s nimiž mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a poskytovatelům sociálních služeb, s nimiž mají uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, (dále jen „poskytovatel“) kompenzaci zohledňující náklady a výpadky v poskytování hrazených služeb vzniklé v důsledku epidemie onemocnění covid-19 způsobené novým koronavirem označovaným jako SARS CoV-2 (dále jen „epidemie covid-19“) v roce 2020 (dále jen „kompenzace“). Kompenzaci zdravotní pojišťovna poskytovateli vyplatí v rámci vyúčtování zdravotních služeb hrazených zdravotní pojišťovnou z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“) poskytnutých v roce 2020 nebo formou záloh na kompenzaci před provedením tohoto vyúčtování.“ (zákon č. 301/2020, <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-301>). Tedy

i obor klinické logopedie mohl po dobu pandemie čerpat jisté kompenzační finance, na které se musel každý poskytovatel přímo a jednotlivě dotazovat. Jednalo se však pouze o poskytovatele mající smlouvy se zdravotními pojišťovnami. (zákon č. 301/2020)

Na následujících řádcích si dovolíme citovat otevřený dopis odborné komise k novému standardu distanční logopedické péče: „Koncem roku 2020 jsme my – členové odborné komise AKL – vypracovali nový Standard distanční logopedické péče. Toto téma považujeme vzhledem k dnešní epidemiologické situaci (covid-19 a jeho mutace) a s výhledem do budoucna za velmi aktuální – za prioritní. Pokládáme za důležité vypracovat normy právě pro výkony, které jsou v naší české klinické logopedické praxi takřka novinkou. Vycházíme ze zahraničních zkušeností, kde je telepractice v logopedii využívána již dlouhodobě bez ohledu na epidemiologickou situaci a její efekt je podložen výzkumy (viz příloha standardu). Standard pro online logopedickou péči umožňuje klinikům pracovat kvalitně, pacientům poskytuje další možnosti logopedické intervence a kontrolním orgánům slouží jako nástroj k posouzení či měření úrovně této služby. Zpočátku jsme se potýkali s různorodostí výkladů online péče a její důležitosti v klinické logopedické praxi. Poté jsme došli k závěru (nejen na základě vlastních zkušeností s poskytováním online logopedické péče), že se jedná o službu, která je rovnocenná, nikoli stejná jako logopedická intervence poskytovaná ambulantně (face to face), a to tím způsobem, že je možno u vybraných pacientů (výběr pacienta vhodného pro online péči je zcela na zvážení logopedem ve zdravotnictví či klinickým logopedem) online způsobem zmírnit či eliminovat symptomy související s logopedickými diagnózami. I přes nevýhody poskytování online logopedické péče, jako je: seznámení se s novými technologiemi při navázání online spojení s pacientem, nutnost klást důraz na kvalitu internetového připojení (obrazu a zvuku při přenosu) a delší doba přípravy na jednotlivé logopedické intervence (na straně logopeda) a větší zapojení rodinných příslušníků či ošetřovatelů formou asistence při terapii (na straně pacienta), považujeme za žádoucí tuto formu online služby prosadit i mimo současný nouzový stav. Pro zajištění kvality a kontinuity logopedické intervence by tato forma poskytování služby měla být k dispozici i nadále těm pacientům, kterým umožňuje dostupnost a pravidelnost logopedické péče (jež by mohla být narušena z různých důvodů, např. vzdálenosti a nemožnosti dojezdu či závažnosti diagnózy), a kteří z ní mohou profitovat více než z ambulantní péče face to face. Mějme na mysli, že každý člověk má

právo na svobodný výběr klinického logopeda bez ohledu na místo bydliště a také, že by logopedická péče měla být pacientům poskytována v pravidelných intervalech. Online logopedická péče umožňuje poskytovateli této služby (logopedovi ve zdravotnictví či klinickému logopedovi) nejen flexibilně využívat pracovní dobu, ale také mu nabízí možnost nediskriminovat pacienty, kteří se nemohou dostavit na jeho pracoviště. Prosazujeme, aby tato služba, kterou nelze považovat za primární a jedinou službu prováděnou logopedem ve zdravotnictví či klinickým logopedem, byla poskytována jedincům bez omezení na určité logopedické diagnózy (v Informovaném souhlasu s touto službou je uveden důvod k poskytování této služby). Jelikož se u online logopedické péče jedná o novinku, která nemá legislativní ukotvení, sestavili jsme po konzultaci s právníkem AKL, JUDr. J. Machem Informovaný souhlas s touto službou (viz výše), která je v příloze Standardu. Tento nový Standard jsme opakovaně upravovali dle připomínek MZ ČR, a poté obhajovali na přelomu února a března 2021 u pracovní skupiny ministerstva zdravotnictví ČR. Předseda pracovní skupiny byl MUDr. Petr Pokorný, ostatní zástupci byli z řad ministerstva zdravotnictví a odborných organizací. Výsledkem řízení byl souhlas 8 zástupců odb. org. a ministerstva zdravotnictví, 1 se zdržel hlasování (pravděpodobně se jednalo o zástupce ÚZIS – statistika), 2 zástupci byli proti – tj. zástupci poj. VZP a druhý hlas náležel Svazu zdravotních pojišťoven. Pokud jsou při hlasování 2 zástupci proti, výkon není schválen (obecně řečeno – pokud výkon neschválí zdravotní pojišťovny, výkon stejně nebude proplacen; mysleme na to, že v současné době pojišťovny hradí testy na covid, vakcinace atd.). Nejdůležitějšími důvody proti výkonu distanční logopedické péče dle pracovní skupiny MZ bylo to, že neexistuje legislativní ukotvení online péče (jen pro informaci: je připravená novela zákona o zdrav. službách č. 372/2011 Sb. a zákon o elektronizaci zdravotnictví již schválilo MZČR a bude mít 3 fáze – 1. vyjde k 1. 7. 2021, 2. má dle plánu vyjít v r. 2023, a třetí část pravděpodobně 2031 – zdroj informací: JUDr. Mgr. Vladimíra Těšitelová, statutární zástupce ředitele, ÚZIS). Dalším důvodem neschválení bylo, že i když máme vytvořený Informovaný souhlas s touto službou, tak diskriminujeme ty pacienty, kteří nemají PC („ne všichni pacienti mají podmínky k tomu, aby si koupili kvalitní PC, a je to tudíž diskriminace – upřednostňujeme ty, co na to mají“). S tímto tvrzením pracovní skupiny nelze na základě námi předloženého dokumentu souhlasit. Smyslem online logopedické péče není nahradit standardní logopedickou péči. Cílem je rozšířit služby nabízené klinickým logopedem a tím umožnit přístup

k této péči všem pacientům bez rozdílu. Náš návrh je naopak vysoce inkluzivní, a proto budeme jako odborná komise dále usilovat o uznání tohoto výkonu a učiníme potřebné kroky, abychom mohli tyto výkony uvedené ve Standardu v pozmeněné podobě znovu obhájit před pracovní skupinou MZ ČR.

Těmito kroky jsou:

- ⇒ prosadit nejdříve kód pro videokonzultaci (jako je to u psychologů) ve spolupráci se SAS,
- ⇒ na podzim dále prosadit kód online logopedické intervence (dříve navržený název – videokonference nebyl úplně srozumitelný, co do obsahu) – po shromáždění požadovaných podkladů:
 - ▶ shromáždit dopisy pacientů, absolvujících online logopedickou intervenci (mailem, adresovat své ZP a v kopii pak naší profesní organizaci AKL: sekretariat@akl.cz, obsahem dopisu by mělo být: v čem byla pro klienty online přínosná + žádost, aby pojišťovna nebránila využívat této online intervenci i nadále, mimo nouzový stav)
 - ▶ shromáždit dopisy od zástupců svět. organizací, kde probíhá online logopedická intervence i mimo nouzový stav
 - ▶ jelikož nevidíme rozdíly mezi pacientem českým a např. německým – předložíme statistická data z výzkumů provedených ve světě – srovnávající efektivnost péče online a ambulantní péče
 - ▶ zjistíme možnosti jejího publikování v časopise Listy klinické logopedie
 - ▶ budeme se zabývat úvahou nad novým kódem a jeho časovou dotací, kdy navrhujeme 45 min. á 600,- bez ohledu na kvalifikaci logoped ve zdravotnictví či klinický logoped (záznam online je zachován)
 - ▶ dále znovu zvážíme navrženou frekvenci online intervencí za den, týden a počet dní v roce + počet poskytovatelů této služby.“

Oblast videokonferenčního přenosu a její specifika z hlediska edukace během pandemické situace přinesla také čerstvé poznatky ohledně žáků s vývojovými poruchami učení, kdy pro zlepšení příjmu informací a samotného sluchového vnímání Kkese (2020) upozornil na benefity využívání sluchátek. Vitásková (2020) v souvislosti s poznatky o audio-verbální percepci a využívání distančních logopedických služeb upozorňuje na omezení neverbální komunikace a s ní provázané ztížení percepcie řeči u specifické

populace, jako jsou jedinci s poruchami autistického spektra, ADHD, CAPD nebo APD.

Vitásková (2020) také popisuje možné projevy, které se mohou dostavit jako součást dopadů nošení roušek či alternativně poskytované audiovizuální výuky či terapie. Takové projevy se mohou manifestovat v lokalizaci zvuku a řeči, v problematickém rozpoznávání prozodických faktorů řeči, porozumění významům lexikálně-sémantickým či ztížené identifikaci vizuálních nebo vokálních komplexních či částečných znaků.

4 Technické vybavení a videokonferenční platformy

Definice ASHA (2015, s. 4) popisuje telepractice jako „*aplikaci telekomunikačních technologií za účelem poskytnutí profesionální služby prostřednictvím vazby logoped-klient nebo logoped-logoped*“. Tato kapitola se věnuje samotným telekomunikačním technologiím, se kterými se v rámci poskytování telepractice můžeme setkat, nebo které jsou pro samotné poskytování nezbytné.

Technologické vybavení je klíčovým bodem, bez něhož bychom nebyli schopni logopedii na dálku vůbec praktikovat, a je tedy nedílnou součástí praxe. Jeho specifikace a výběr se ale liší podle požadovaných výstupů z intervence (ASHA, 2005). Pro dosažení požadovaných výsledků je důležité se vzdělávat a školit, protože technologie se proměňují a aktualizují každým dnem (ASHA, 2019)

4.1 Videokonferenční hovor

Na základě tradičních intervenčních postupů a praktik při osobním setkání s pacienty víme, že nejdůležitější informace jsou ty vizuální. Proto je důležité, aby během telepractice docházelo nejen k přenosu zvuku, ale také obrazu. Nejčastěji pro přenos obrazu využíváme videokonferenční hovory. (Středa, Hána, 2016)

Přenos textových a zvukových souborů lze realizovat využitím běžně vybaveného PC. Jedná se z technického pohledu o minimálně náročný přenos. (Skalický, 2006)

„Videokonference je způsob multimediální komunikace. To znamená, že je umožněn současný přenos zvuku, obrazu a dat mezi dvěma nebo více účastníky.“ (Krieglerová, 2015, s. 2)

Díky tomuto komunikačnímu systému lze pokořit vzdálenost, která dělí účastníky, a spojit je ve stejném čase i přesto, že se nenachází zároveň na stejném místě. Je možno komunikovat bez čekání na odpověď. Prakticky rozhovor vypadá, jako kdyby probíhal ve stejné místnosti. (ibid.)

Překotný vývoj v technologické oblasti přináší nové možnosti a služby v podobě zvyšujícího se výkonu systému, jeho technické spolehlivosti a stability, ale také klesající pořizovací ceny počítačového vybavení. (Skalický, 2006)

Videokonference může být zdárně uskutečňována díky vhodně zvolenému hardwaru, softwaru a zabezpečovacím webovým programům (ASHA, 2019).

4.2 Hardware

„Pojmem hardware označujeme souhrnné technické vybavení počítače a příslušenství, které lze k počítači připojit. (...) Zjednodušeně řečeno je hardware v počítačovém světě vše, co fyzicky existuje a můžeme si na to sáhnout.“ (Zíkl, 2011, s. 112)

Základním vybavením pro úspěšný videokonenční přenos je počítač, webkamera, mikrofon, reproduktory a vysokorychlostní internetové připojení. (Krieglerová, 2015)

4.2.1 Počítač



Osobní počítače pokrývají dvě velké skupiny – stolní počítače a notebooky. Stolní počítače patří k nejrozšířenějšímu typu a jejich obrovskou výhodou je možnost přizpůsobivosti jednotlivých částí, kterou si lze podle svých potřeb patřičně měnit a vylepšovat. Ke stolnímu počítači je potřeba pořídit ještě další vybavení jako monitor, klávesnici nebo myš. (Zíkl, 2011)

Notebooky jsou svým výkonem srovnatelné se stolními počítači. Jejich nespornou výhodou je praktická skladnost a jednoduchá manipulace. Také jsou notebooky schopny určitou dobu pracovat bez potřeby napájecího adaptéru, ale je nezbytné zajistit včasné a dostatečné dobíjení baterie. (ibid.)

Garcia (2013) doporučuje pro pohodlné a vzájemné vizuální propojení zvolit větší monitor u počítače, popřípadě promítnutí počítačové obrazovky na televizní obrazovku. Fleming a kol. (2013) doplňuje, že zvětšení obrazu má využít především terapeut, aby hlavně z diagnostického hlediska na pacienta lépe viděl.

4.2.2 Webkamera



Nezbytným vybavením je také webová kamera, která zajišťuje přenos obrazu. Na trhu dnes máme široké množství kamer s různými technickými parametry, takže každý uživatel si může vybrat podle svých potřeb. (Krieglerová, 2015)

Díky kameře jsou logopedi schopni zaznamenávat pohyby klientů, včetně detailních záběrů na jejich tvář. Nebo ji také mohou využívat k asynchronnímu přenosu materiálů s popisem postupu při cvičení určených k terapii. (Garcia, 2013)

Pro přenos obrazu mezi terapeutem a jeho klientem postačí i webkamera, která je přímo součástí notebooku. Tato kamera nedisponuje vysokou kvalitou a velkým záběrem obrazu, nicméně při dostatečném osvětlení a pro práci s jednou osobou je vyhovující. Ti, kdo nevlastní notebook nebo chtějí lepší kvalitu videa, si musí dokoupit kameru externí. V kvalitě produktů však existují velké rozdíly a je potřeba se poradit s odborníky. (Krieglerová, 2015)

4.2.3 Mikrofon a reproduktory



Klíčovým příslušenstvím videokonferenčního hovoru je mikrofon. Ten se stará o zachycení a přenos hlasu a zvuku. Dnes už jsou mikrofony zabudovány ve většině webových kamer. (Garcia, 2013)

Reproduktory fungují jako výstupní zařízení pro zvuk. Jsou připojené přímo na výstup počítače. U notebooků jsou také zabudovány, ale jejich kvalita je poměrně nízká (Šimková, 2007). Kvalita obrazu a zvuku by měla být dostatečně kvalitní pro klinické použití. (ASHA, 2005)

V malém počtu uživatelů stačí použít sluchátka s mikrofonom. Sluchátka minimalizují vznik zpětné vazby, která se objevuje zejména při použití klasického mikrofону s reproduktory. Mikrofon totiž snímá i všechny okolní zvuky (například zvuk mačkání tlačítek, šumy z okolí nebo hlas vycházející z reproduktorů) a ty způsobují zpětnou vazbu, tedy to, že bychom slyšeli náš hlas u protější strany. (Krieglerová, 2015)

4.3 Software

„Software je programové vybavení počítače. Software jsou programy, které jsou nainstalovány na počítači a dělí se na dvě základní skupiny. První skupina zajišťuje činnost počítače (tzv. systémový software), druhá skupina (tzv. aplikační software) umožňuje uživateli určité činnosti například psát texty, kreslit obrázky.“ (Zíkl, 2011, s. 148)

Videokonferenční software umožňuje přenášet zvukové a obrazové informace mezi dvěma a více uživateli přes jednotlivé složky hardwaru. Software vždy musí být volen podle specifických potřeb a schopností pacienta. (Fleming a kol., 2013)

Jedním ze základních požadavků jsou mimo jiné i dodatečné funkce, které ještě více prospívají interakci probíhající v reálném čase. Podle ASHA (2005) to mohou být možnosti jako sdílení obrazovky, prvek bílé tabule (kam můžeme malovat nebo vkládat textová pole i obrázky), textový chat, nahrávání hovoru a doplňující interaktivní aktivity ve formě her.

Existuje nespočet programů a aplikací, které mohou odborníkům pomoci interaktivně zapojit klienty a dosahovat s nimi terapeutických výsledků novými způsoby. Towey (2012) ve svém článku publikoval pravidlo Seana Sweeneyho, který vybral pět důležitých bodů pro zjednodušení výběru mezi nepřehledným množstvím těchto aplikací. Pravidlo se jmenuje FIVES a je akronymem složeným z počátečních písmen jednotlivých kritérií, která by měla vhodná aplikace splňovat:

- ⇒ **Free/fairly priced** – upřednostnění programů, které jsou zdarma nebo je jejich cena zcela přiměřená výkonu a nabídce služeb;
- ⇒ **Interactive** – umožňuje vzájemnou komunikaci mezi logopedem a klientem v přímém přenosu;
- ⇒ **Visual** – umožňuje vizuální přenos a například možnost zobrazení obrázků a jiných didaktických materiálů;
- ⇒ **Educationally relevant** – zaručení odpovídajícího potenciálu pro vzdělávání a terapii;
- ⇒ **Speechie** – lze samotnou aplikaci doplnit ještě o programy bohaté na řeč a jazyk, které posílí použití daného softwaru v terapii. (Towey, 2012)

4.3.1 Zoom

Služba Zoom je celosvětově využívaným nástrojem ať už pro videokonferenční hovory firem nebo pro zajištění distanční výuky. Cílem této platformy je podporovat a zvyšovat prosperitu práce na dálku, aby mohla být spolupráce z různých lokalit, ale v reálném čase, co nejefektivnější. Pozvání ke schůzce lze poslat přes aplikaci vytvořený odkaz a uživatel na druhé straně nepotřebuje být přímo vlastníkem aplikace, aby došlo ke spojení. V základním vybavení aplikace, která je dostupná zdarma, lze plánovat schůzky, využít možnosti bílé tabule, sdílet obrazovku i soubory všech velikostí, vytvářet záznam hovorů, chatovat a při práci jeden na jednoho není omezen časový limit videohovoru. Pro práci ve skupinách se hodí využít placeného upgradu, který neomezuje časový limit videohovorů (jinak je omezen na 40 minut) a poskytuje možnost rozdělování účastníků do skupin po menších počtech. (Zoom Video Communications, 2020)



Obr. 1 Logo ZOOM, zdroj: zoom.us

výrobce	Zoom Video Communications	sdílení obrazovky	ANO
cena	zdarma	audio	ANO
placený upgrade	ANO	kvalita videa	HD
kompatibilita s Windows	ANO	sdílení souborů	ANO
kompatibilita s iOS	ANO	chat	ANO
kompatibilita s Android	ANO	možnost bílé tabule	ANO
kompatibilita jiné	Linux částečně, webové prohlížeče ANO	nahrávání videohovoru	ANO

4.3.2 Microsoft Teams

Jedná se o videokonferenční službu dostupnou pouze pro předplatitele balíčku Office 365. Umožňuje neomezené chatování, schůzky až pro 10 000 účastníků, hlasové hovory i videohovory. Kromě sdílení obrazovky můžeme využít i možnosti nekonečné bílé tabule, kam lze zapisovat různé poznámky nebo ji využít jako prostor pro malování. Pro uživatele s postižením zraku disponuje asistivní čtečkou, která uživateli čte text z konverzací a chatu. Schůzky si tu lze plánovat, hovory ukládat a zpětně prohlížet. Kromě používání obsahu všech aplikací Office (např. Word, Excel, PowerPoint, OneNote) nabízí využívání dalších více než 250 firemních aplikací (např. Trello, Adobe, Evernote). (Microsoft, 2020)

MICROSOFT TEAMS



Microsoft Teams

Obr. 2 Logo MS Teams, zdroj: microsoft.com

výrobce	Microsoft	sdílení obrazovky	ANO
cena	v rámci předplatného Office 365	audio	ANO
placený upgrade	ANO	kvalita videa	VGA, HQ, HD
kompatibilita s Windows	ANO	sdílení souborů	ANO (do 500 MB)
kompatibilita s iOS	ANO	chat	ANO
kompatibilita s Android	ANO	možnost bílé tabule	ANO
kompatibilita jiné	ANO (Linux, webové prohlížeče)	nahrávání videohovoru	ANO

4.3.3 Skype

Mezi jedny z nejznámějších a nejvyužívanějších videokonferenčních programů patří Skype. Ten umožňuje párové i skupinové konverzace, videohovory, posílání textových zpráv, přenos souborů prostřednictvím internetu. Funguje prakticky kdekoliv, kam dosáhne internet, na různých zařízeních a používání je zdarma. Skype umožňuje vytvářet adresáře kontaktů, díky kterým můžeme vidět, kdo z uživatelů je online a připraven k zahájení hovoru. Do videokonference je možné zapojit až 50 lidí, také je možné si celý hovor nahrát i vybavit ho živými titulky. Sdílet mezi sebou lze soubory do 300 MB, můžou se vzájemně posílat fotografie, videa, audionahrávky nebo textové dokumenty. Za poplatek, který je různý podle lokality, kde voláme, si můžeme zařídit Skype kredit a volat i posílat SMS (Služba krátkých textových zpráv – zkratka SMS z anglického Short Message Service) zprávy do telefonních sítí. Skype lze využívat i bez nutnosti stahování a instalace aplikace, a to prostřednictvím webového prohlížeče. (Microsoft, 2020)



Obr. 3 Logo Skype, zdroj: skype.com

výrobce	Microsoft	sdílení obrazovky	ANO
cena	zdarma	audio	ANO
placený upgrade	NE	kvalita videa	VGA, HQ, HD
kompatibilita s Windows	ANO	sdílení souborů	ANO (do 500 MB)
kompatibilita s iOS	ANO	chat	ANO
kompatibilita s Android	ANO	možnost bílé tabule	NE
kompatibilita jiné	ANO (Linux, webové prohlížeče)	nahrávání videohovoru	ANO

4.3.4 Google Meet

Google Meet, dříve videokonferenční platforma známá jako Hangouts Meet, je zahrnutá ve službě Google Workspace, kde jsou všechny nástroje pro zvýšení efektivity schůzek dostupné na jednom místě. Na jednom místě jsou sjednoceny možnosti jako Gmail, kalendář, Chat, možnost sdílení dokumentů a Google Meet. Svými možnostmi se Google Meet neliší od platformy Zoom nebo Microsoft Teams, i tady lze sdílet obrazovku, zapojit více uživatelů, zapnout živé titulky nebo nahrávat celou schůzku. Pozvaní hosté nemusí tento software instalovat ani nemusí mít založený účet, ale přihlásit se lze i pomocí webového prohlížeče a zaslání odkazu na schůzku. Zvuk i kvalita přenosu videa se přizpůsobují rychlosti sítě, nová vylepšení se ale starají o vylepšení zvuku v rušném prostředí nebo obrazu při slabém osvětlení. Zdarma se může připojit na 60 minut až 100 účastníků, tyto limity je možné navýšit placeným upgradem. (Google, 2020)

GOOGLE MEET

Obr. 4 Logo Google Meet,
zdroj: meet.google.com



Google Meet

výrobce	Google	sdílení obrazovky	ANO
cena	zdarma	audio	ANO
placený upgrade	ANO	kvalita videa	VGA, HQ, HD
kompatibilita s Windows	ANO	sdílení souborů	ANO (do 500 MB)
kompatibilita s iOS	ANO	chat	ANO
kompatibilita s Android	ANO	možnost bílé tabule	NE
kompatibilita jiné	ANO (Linux, webové prohlížeče)	nahrávání videohovoru	ANO

4.3.5 Facebook Messenger

Facebook Messenger je komunikační platforma oblíbené sociální sítě Facebook. Slouží ke každodenním konverzacím a spolehlivě udržuje spojení mezi lidmi. Kromě chatu a zasílání fotografií, dokumentů, audionahrávek nebo krátkých videí nabízí i možnost hovorů. Hovory mohou probíhat jen prostřednictvím zvuku, nebo lze vytvářet místnosti určené pro videohovory. Do této komunikační místnosti můžeme pozvat sdílením odkazu další účastníky, kteří nemusí mít vytvořený Facebook účet. Až 50 účastníků může komunikovat bez časových limitů hovoru, společně si můžou prohlížet videa, fotografie, sdílet obrazovku i vzdělávat se. (Facebook, 2020)

FACEBOOK MESSENGER ROOMS

Obr. 5 Facebook Messenger Rooms,
zdroj: facebook.com



výrobce	Facebook	sdílení obrazovky	ANO
cena	zdarma	audio	ANO
placený upgrade	NE	kvalita videa	záleží na kvalitě Internetu
kompatibilita s Windows	funguje přes webový prohlížeč	sdílení souborů	ANO (do 25 MB)
kompatibilita s iOS	ANO (jako aplikace)	chat	ANO
kompatibilita s Android	ANO (jako aplikace)	možnost bílé tabule	NE
kompatibilita jiné	funguje přes webový prohlížeč	nahrávání videohovoru	NE

4.3.6 WhatsApp

Aplikace WhatsApp Messenger je určená pro vlastníky smartphonů. Za použití internetu lze přes aplikaci komunikovat a přeposílat vybrané multimediální soubory. Videohovory tedy nelze poskytovat přes počítač, ale tablet tuto nabídku umožňuje. Také je možné komunikovat s větším množstvím lidí, dokonce až 256 účastníků. Ve skupinových chatech můžete sdílet kromě zpráv i fotografie, videa nebo lze zasílat hlasové zprávy. (WhatsApp, 2021)

WHATSAPP MESSENGER



Obr. 6 WhatsApp, zdroj: whatsapp.com

výrobce	WhatsApp Inc. Facebook Inc.	sdílení obrazovky	NE
cena	zdarma	audio	ANO
placený upgrade	NE	kvalita videa	závislé na kvalitě Internetu
kompatibilita s Windows	funguje přes webový prohlížeč	sdílení souborů	ANO (do 100 MB)
kompatibilita s iOS	ANO (jako aplikace)	chat	ANO
kompatibilita s Android	ANO (jako aplikace)	možnost bílé tabule	NE
kompatibilita jiné	omezené funkce přes webový prohlížeč	nahrávání videohovoru	NE

4.3.7 Whereby

Whereby je možnou alternativou již zmíněné platformy Zoom. Stejně jako Zoom je to nástroj pro spolupráci pro profesionály, kteří chtějí využívat ve své práci možnosti videokonference. Zoom byl vytvořen ve Spojených státech, zatímco Whereby byl vyvíjen norskou firmou. To znamená, že funguje také podle norských zákonů na ochranu soukromí, které jsou notoricky přísnější než v mnoha jiných zemích. Bezplatnou verzi Whereby lze využít i u schůzek, které sdružují až čtyři účastníky (pro větší skupiny je potřeba připlatit). Poskytuje i integrované nástroje jako využití možnosti sdílení z Google Disku. Pokud nejste fanouškem stahování a instalování platforem nebo pokud se často potřebujete setkávat s lidmi, kteří videokonference ve skutečnosti nepoužívají, bude se vám Whereby líbit. (Whereby, 2021)

WHEREBY



Obr. 7 Whereby, zdroj: whereby.com

výrobce	Whereby	sdílení obrazovky	ANO
cena	zdarma	audio	ANO
placený upgrade	ANO	kvalita videa	závislé na kvalitě Internetu
kompatibilita s Windows	funguje přes webový prohlížeč	sdílení souborů	ANO
kompatibilita s iOS	ANO (jako aplikace)	chat	ANO
kompatibilita s Android	ANO (jako aplikace)	možnost bílé tabule	ANO
kompatibilita jiné	funguje přes webový prohlížeč	nahrávání videohovoru	NE

4.4 Připojení

„Internet je celosvětová síť počítačových sítí, ale také společenství lidí, kteří ho vytváří, využívají a kteří spolu, jeho prostřednictvím, komunikují.“ (Král, 2014, s. 30)

Počítače mezi sebou komunikují a sdílí data na jakékoli vzdálenosti díky počítačovým sítím. Tou největší počítačovou sítí je Wide Area Network (WAN) – známější jako Internet. Internet vznikl propojením několika malých sítí majících určitou strukturu a rozdělení. Abychom mohli vzájemně komunikovat prostřednictvím Internetu a vyměňovat si potřebné informace, musí být počítače vzájemně propojeny (buď drátově, nebo bezdrátově). (Krieglerová, 2015)

„Internet je celosvětová počítačová síť, ve které mezi sebou počítače komunikují prostřednictvím rodiny protokolů TCP/IP (Transmission Control Protocol/Internet Protocol).“ (Krieglerová, 2015, s. 7)

Aby si počítače vzájemně rozuměly, je potřeba, aby mezi sebou využívaly i stejný jazyk nebo pravidla, která slouží jako základní prostředek počítačové komunikace. Těmto sadám pravidel se říká protokoly. TCP vytváří kontrolované spojení mezi programy pro přenos dat mezi počítači. IP je

protokolem internetu, kde není potřeba ověření (Král, 2014). Pro přenos datových informací u videokonference je také nutné využít TCP/IP protokolu. (Krieglerová, 2015)

K základním službám internetu patří například systém webových stránek zobrazovaný díky webovému prohlížeči, přenos různých typů dat, online komunikace mezi uživateli a mnoho dalších možností (ibid.).

Připojení, jeho dostupnost a spolehlivost jsou důležitou součástí pro přenos telerehabilitačních informací. (ASHA, 2005)

4.4.1 Možnosti datového přenosu

Přenos internetového signálu a samotné připojení k internetu je umožněno několika způsoby. Telefonní linkou využívající modem, kabelovou přípojkou, integrovanými digitálními sítěmi, satelitem, optickými kabely, mobilním připojením nebo bezdrátově. Každé připojení je ovlivňováno a rozlišováno mnoha parametry, jako je rychlost připojení, rychlost stahování a odesílání dat, cena, doba odezvy nebo možnost využívání dalších služeb. (Krieglerová, 2015)

Připojení pomocí kabelů se obecně nazývá jako drátové. Benefitem těchto drátových sítí je vysoká rychlost pro stahování a odesílání dat, silná stabilita signálu a nízká hodnota odezvy, která je časovým údajem přenosu signálu z jednoho zařízení na další. (dsl.cz, 2018)

V našich podmínkách je nejpoužívanějším drátovým připojením technologie asymetrického drátového připojení (dále jako ADSL – Asymmetric Digital Subscriber Line) nebo rychlejší VDSL (Very High Speed DSL). S drátovým připojením se můžeme setkat také ve formě Internetu přes kabelovou televizi (dostupné hlavně ve větších městech a na sídlištích) nebo optických či ethernetových přípojek. ADSL a VDSL využívají připojení skrze telefonní vedení, jejich výhodou je široké územní pokrytí. Jejich rychlost záleží na vzdálenosti od telefonní ústředny, čím dále jsme vzdáleni, tím více je reálná rychlost připojení nižší. (cz.nic, 2012)

Velmi rozšířenou možností datového spojení, a to i v České republice, jsou bezdrátové datové sítě, u kterých ale musíme počítat s kolísavou kvalitou

připojení a problémem se zajištěním bezpečnosti přenášených dat. (Skalický, 2009)

Bezdrátové připojení (lidově může být označováno jako Wi-Fi) není odkázáno na kabelová vedení a může být poskytnuto všude tam, kde kabelové připojení není. Při jeho výběru je potřeba dbát na některá doporučení, aby nedocházelo ke zbytečnému zhoršování kvality přenosu. Je ideální, pokud z místa bydliště máme v dohledu anténu poskytovatele. Jakákoliv překážka mezi námi a touto anténou zapříčiňuje nižší stabilitu signálu. Kvalitu připojení mohou zhoršovat i venkovní vlivy jako například silný déšť nebo vítr. (cz.nic, 2012)

Využití frekvenčních pásem, na kterých je spojení realizováno, má zásadní vliv na kvalitu spojení. Čím větší šířka pásma je pro přenos povolena, tím více je zaručena ostrost, plynulost i stabilita obrazu při videokonferenčních hovorech. (ASHA, 2005)

Výběr připojení záleží na podmínkách jednotlivých poskytovatelů internetového připojení. Než učiníme rozhodnutí o výběru vhodného kandidáta, je důležité si ověřit, zda se v námi vybrané lokalitě nachází možnost služby onoho poskytovatele. Všechny služby jsou poskytovány za určitých podmínek v různém cenovém rozmezí. Cena je ovlivňována zejména volbou rychlosti připojení, proto musíme zvážit, zda se nám vybraný tarif vůbec vyplatí. (Král, 2014)

4.5 Bezpečnost a ochrana soukromí

Elektronické systémy virtuálního světa odkrývají mnoho citlivých informací o jednotlivých klientech/pacientech. Abychom se na telemedicínskou budoucnost mohli s jistotou spolehnout, je potřeba zajistit vyřešení otázek bezpečnostních, technických i personálních. (Středa, Hána, 2016)

Odpovědnost za zachování ochrany soukromí svých klientů mají hlavně lékaři, i když samotné elektronické lékařství připravují celé týmy inženýrů, techniků a IT specialistů (ibid.). Pro zajištění soukromí existuje mnoho dostupných elektronických prostředků (např. šifrování dat, bezpečnostní certifikáty i virtuální soukromé sítě), do budoucna je ale potřeba vyžadovat vyšší úroveň zabezpečení. (ASHA, 2005)

V zájmu předcházení rizika zneužití soukromí a důvěryhodnosti se doporučuje získat informovaný souhlas od klientů o použití elektronické dokumentace, který může zahrnovat i popis vybavení a charakteristiku poskytovaných služeb prostřednictvím telepraxe. V tomto souhlasu může být upřesněno, kdo může být přítomen při probíhající terapii, zda může být pro přenos použita kamera i s jakým typem vybavení bude přenos probíhat, upřesnění o odlišení terapie poskytované osobně a telepraxí, a také využití práva klientů se kdykoli navrátit k tradičním postupům. (ibid.)

Veřejný prostor internetu přestává být s rozvojem technologií bezpečný, může se tedy stát, že dojde k narušení osobních dat vytvářených při terapii. Je tedy nutné pracovat v prostředí veřejného internetu bezpečně a s vědomím možnosti zneužití osobních údajů. „V roce 2010 vznikla na Univerzitě Palackého v Olomouci specializovaná online poradna pro oblast rizikového chování na internetu – zejména pro případy kyberšikany, sextingu, kybergroomingu, rizik sociálních sítí, zneužití osobních údajů, blokaci ilegálního nežádoucího internetového obsahu atd. Poradnu formálně zaštitilo odborné pracoviště Centrum prevence rizikové virtuální komunikace (PRVoK), které je také odborným garantem a realizátorem projektu E-Bezpečí. Poradna je v tuto chvíli uznávaným článkem v boji proti internetové kriminalitě (včetně preventivní složky). Za prvních 10 let existence zaznamenala poradna více než 3800 případů spojených se zneužitím internetu (zletilí i nezletilí klienti), cca 15–20 % případů bylo předáno k šetření Policii ČR. V systému poradny aktuálně funguje psychologické, sociálně-patologické, pedagogické a právní poradenství. Jedná se o propracovaný a funkční systém, který zajistí, aby byly všechny případy řešeny kvalitně, rychle a efektivně. Díky spolupráci dalších odborných pracovišť je možné zpracovat předložené kauzy komplexně z pohledu různých odborníků.“ (<https://www.e-bezpeci.cz/index.php/poradna/statistika-poradny>)

4.5.1 Legislativní důvody ochrany dat

Právo na ochranu dat vychází jak z legislativních, tak i z etických a morálních regulí. Ochrana elektronických dat pacientů vychází z Etického kodexu práva pacientů v ČR (Česká republika), kde je na něj odkazováno v bodě 6: „Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být

zajištěna i v případech počítačového zpracování.“ (Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky, 1992)

Listina základních práv a svobod (1992) se o ochraně osobních údajů zmiňuje v článku 10, v bodě 3: „Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.“

Nestátní zdravotnická zařízení, kam řadíme i ambulance klinické logopedie, se při poskytování zdravotních služeb řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ten definuje právo na respektování soukromí pacienta a také požaduje samotný souhlas pacienta při poskytování jednotlivých zdravotních služeb. Věnuje se (§ 53 – § 69c) i vedení zdravotnické dokumentace v elektronické i klasické papírové podobě, nakládáním s touto zdravotnickou dokumentací a využíváním údajů.

Zákon č. 110/2019 Sb. pojednává o samotném zpracování osobních údajů, upravuje práva a povinnosti pro jejich zpracování tak, aby došlo u všech k naplnění práv ochrany soukromí. Tento zákon je zpracován na základě příslušných předpisů Evropské unie a navazuje přímo na nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016.

Evropská legislativa v souvislosti se zpracováním a volným pohybem osobních údajů i ochraně fyzických osob vytvořila směrnici Evropského parlamentu a Rady (EU) s označením 2016/679.

Legislativní akty dokumentu 2016/679 v odstavci 2 jako důvod k ochraně soukromí udávají, že: „Zásady a pravidla ochrany fyzických osob v souvislosti se zpracováním jejich osobních údajů by bez ohledu na jejich státní příslušnost nebo bydliště měly respektovat jejich základní práva a svobody, zejména právo na ochranu osobních údajů. Cílem tohoto nařízení je přispět k dotvoření prostoru svobody, bezpečnosti a práva a hospodářské unie, k hospodářskému a sociálnímu pokroku, k posílení a sblížení ekonomik v rámci vnitřního trhu a k dobrým životním podmínkám fyzických osob.“

Odstavec 78 v úvodní části dokumentu 2016/679 se věnuje zodpovědnosti správce a bezpečnosti zpracování údajů a výběru technických prostředků: „Pro ochranu práv a svobod fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů je třeba přijmout vhodná technická a organizační opatření, aby se zajistilo splnění požadavků vyplývajících z tohoto nařízení. Aby správce mohl doložit soulad s tímto nařízením, měl by přijmout vnitřní koncepce a za-

vést opatření, která dodržují zejména zásady záměrné a standardní ochrany osobních údajů. Tato opatření by mohla mimo jiné spočívat v minimalizaci zpracování osobních údajů, co nejrychlejší pseudonymizaci osobních údajů, transparentnosti s ohledem na funkce a zpracování osobních údajů, umožnění subjektům údajů monitorovat zpracování osobních údajů a umožnění správcům vytvářet a zlepšovat bezpečnostní prvky. Pokud jde o vývoj, koncepci, výběr a používání aplikací, služeb a produktů, které jsou založeny na zpracování osobních údajů nebo osobní údaje za účelem plnění svých funkcí zpracovávají, je třeba zhotovitele těchto produktů, služeb a aplikací vybízet k tomu, aby při vývoji a koncipování těchto produktů, služeb a aplikací zohledňovali právo na ochranu údajů a brali náležitý ohled na stav techniky s cílem zajistit, aby správci a zpracovatelé mohli plnit své povinnosti v oblasti ochrany údajů. Zásady záměrné a standardní ochrany osobních údajů by rovněž měly být zohledněny v souvislosti s veřejnými zakázkami.“

Pokud nedojde ke správnému a oprávněnému nakládání s osobními údaji, podle zákona č. 40/2009 Sb., přesněji paragrafu § 180 – Neoprávněné nakládání s osobními údaji, hrozí pachatelům trest odnětí svobody až do výše pěti let, peněžitý trest nebo zákaz činnosti.

4.5.2 Bezpečnost při používání internetového softwaru

Služby telepractice musí být poskytovány v souladu se zachováním důvěrnosti mezi klientem a logopedem. Při jejich poskytování je potřeba dodržet všechny bezpečnostní prvky, postupovat diskrétně a dostát ochraně klientových osobních údajů. (Fleming a kol., 2013)

Logoped při využívání softwarů fungujících přes internet může využít některých zabezpečovacích kroků, které tyto softwary mají k dispozici. Jedná se například o výběr spolehlivého a bezpečného poskytovatele a zašifrování systémů heslem. (Towey, 2012)

Fleming a kol. (2013) doporučují zainvestovat do videokonferenčního systému, aby terapeuti i jejich klienti měli jistotu v bezpečnosti, diskrétnosti a šifrování. Většina softwarů pořízených za nízkou cenu nebo zcela zdarma není schopna poskytnout dostatečnou ochranu proti sbírání dat nebo proti nechtěnému odposlouchávání třetí strany.

Logoped musí být velmi podrobně seznámen s tím, jak se na webu i jednotlivých platformách s informacemi zachází, jak jsou zpracovávány a hlavně, jak dobře jsou chráněny. Také terapeut musí znát zásady pro ochranu i zacházení s osobními údaji klientů a zajistit dodržování všech standardů, na které mají klienti právo. (Towey, 2012)

5 Metodický materiál – jak postupovat při telepractice

Tato kapitola vznikla se záměrem představit telepractice v praxi a ukázat, s jakými nedokonalostmi se při telepractice lze obecně potkávat, na které skutečnosti je potřeba si dát pozor a čím se inspirovat, aby telepractice probíhala v přibližně stejně efektivní míře jako běžně probíhající logopedická péče.

Jednotlivé podkapitoly popisují determinující skutečnosti pro správný výběr a zařazení klienta do distančních služeb i ukázkou práce se specifickými nástroji, které poskytují nejen softwarové platformy a u telepractice je lze aktivně využívat pro zvýšení pozornosti u klientů a jejich interaktivní zapojení.

5.1 Uchazeči o terapii

Vnímáme-li telepractice jako jeden z dalších intervenčních postupů v logopedické praxi, musíme si uvědomit, že každý intervenční postup je vhodný pouze pro určitou cílovou skupinu klientů. Stejně jako ostatní intervenční postupy, i telepractice má své charakteristiky, nevýhody a výzvy pro příjemce služeb. Poskytování logopedické péče na dálku klade na klienty vysoké nároky a nemusí tak být za všech okolností vhodná pro všechny. (ASHA, 2019)

Z prezentace dat, která poskytla ASHA, vychází, že nejčastějšími uživateli telepractice je dospělá klientela (Durdilová, 2014). *„Jedná se především o osoby po cévní mozkové příhodě, s neurologickými a neurodegenerativními onemocněními či neurosvalovými dysfunkcemi, o jedince s poruchami hlasu,*

dysfagiemi, s onkologickým onemocněním (často po operacích karcinomu)“ (Durdilová, 2014, s. 129). Zatloukalová (2019) potvrzuje, že řada studií popisuje hojně využití telepraxe právě u klientů s afázií, dále při terapii poruch polykání a poruch hlasu, ale i u jedinců s kórtavostí a s Parkinsonovou chorobou.

Zatloukalová (2019) vysvětluje, že popularita telepraxe u dospělých klientů je způsobena vysokým nárůstem klientů s afázií a taktéž jejich zvyšující se potřebou efektivní a intenzivní logopedické intervence. Z důvodu velké vyčíženosti logopedů, vzdálenosti od ambulancí a důsledkem časté imobility, kdy jsou klienti odkázáni na pomoc rodinných příslušníků, je logopedická intervence poskytována průměrně jedenkrát měsíčně a v některých případech není v místě bydliště poskytnuta vůbec. Díky tomu se varianta telepraxe nabízí jako možná alternativa tradiční formy.

V rámci aplikace telepraxe u dětské klientely uvádí Soyars et al. (2009) příklady, kdy americké školy poskytovaly logopedické programy prostřednictvím telepraxe. Samotná terapie na dálku se zasloužila o vzrůst množství ošetřených dětí na těchto školách. Durdilová (2014) uvádí, že v posledních letech se pozornost zaměřuje i na dětskou klientelu.

5.1.1 Kritéria pro výběr vhodných kandidátů

Je velmi důležité, aby všichni možní zájemci o telepraxe byli posouzeni a včas došlo k rozhodnutí, zda je vhodné u nich tuto metodu práce aplikovat. Je popsáno několik faktorů, které ovlivňují možnosti provádění logopedické intervence distančním způsobem. Pokud klient vykazuje předpoklady pro komplikace v distanční formě logopedické péče, není vhodné terapii tímto způsobem zahajovat (Soyars et al., 2009). Logopedi si musí uvědomovat výše zmíněné aspekty standardů logopedické péče, které se promítají právě i do výběru formy a platformy logopedické intervence.

Durdilová (2014, s. 129) uvádí několik velmi významných předpokladů, které by podle Soyars et al. (2009) měl uživatel telepraxe splňovat. K hlavním z nich řadí především:

- ⇒ „odpovídající úroveň pozornosti,
- ⇒ odpovídající úroveň porozumění,
- ⇒ gramotnost (u dětských klientů nutná asistence při práci),

- ⇒ *kognitivní schopnosti,*
- ⇒ *percepční vnímání (zrak, sluch),*
- ⇒ *řeč je srozumitelná,*
- ⇒ *nenarušené chování,*
- ⇒ *fyzická odolnost (např. není výrazně zvýšena unavitelnost),*
- ⇒ *manuální obratnost (lze s pomocí asistenta),*
- ⇒ *určitá schopnost práce s informačními technologiemi (znalost práce s PC nebo jiným prostředkem, jenž se k terapii používá),*
- ⇒ *ochota klienta (popřípadě i pečovatele) spolupracovat,*
- ⇒ *kulturní a jazykové podmínky odpovídající těm, které nabízí logoped,*
- ⇒ *dostupnost „síťového připojení“ (internetu nebo jiného prostoru využívajícího ICT).“*

ASHA (2019) představuje čtyři skupiny požadavků, které by měl budoucí klient telepractice splňovat. Na jejich základě může být telepractice vyloučena z výčtu možných forem péče u daného klienta. Jednotlivými skupinami jsou:

- ⇒ fyzické a smyslové vlastnosti;
- ⇒ kognitivní a behaviorální vlastnosti, motivace;
- ⇒ komunikační charakteristiky (rozumění a srozumitelná produkce řeči, gramotnost, popřípadě dostupnost tlumočníka);
- ⇒ zajištění vhodného prostředí a dostupnost technologických zdrojů. (ASHA, 2019)

5.2 Začínáme s telepractice

Než se pustíte do distančních logopedických služeb, je potřeba počítat s nákladem za nezbytné technické příslušenství, bez kterého se nelze obejít. Ceny za jednotlivé komponenty se pohybují v různorodých škálách, u pořízení pak záleží na našem úsudku a profesionalitě, které se chceme věnovat. Pro shrnutí, přehlednost a ukázkou průměrného rozmezí, v jakém se ceny jednotlivého vybavení pohybují, slouží následující tabulka.

vybavení	cena*	konkrétní příklad
počítač	12 000 až 14 000 Kč	Fujitsu ESPRIMO P5010  13 658,- Kč
notebook	13 000 až 15 000 Kč	ASUS X415JA-EB1069T Transparent Silver  14 391,- Kč
tablet	4000 až 6000 Kč	Samsung Galaxy Tab A7 10.4  5 817,- Kč

doplňkové vybavení:**

videokamera	cca 1000 Kč	Niceboy STREAM PRO  799,- Kč
sluchátka s mikrofonom	cca 500 Kč	Sennheiser PC 5 chat  549,- Kč

monitor	2500 až 3000 Kč	24" BenQ GL2480E  2 690,- Kč
klávesnice	cca 100–500 Kč	C-TECH KB-102 PS/2 slim  129,- Kč
myš	cca 100 Kč	Genius DX-110 Calm black – PS/2  99,- Kč

* cena se samozřejmě může vyšplhat do řádu desetitisíců korun, zde je uvedena cena za odpovídající příslušenství s výkonem, který bez problému zvládne požadované funkce

** toto vybavení není potřeba při koupi notebooku, který může samostatně zastat požadované úlohy

celkové náklady za vybavení při poskytování distanční logopedické péče – pokud si vybereme možnost stolního počítače

počítač	13 658,- Kč
obrazovka	2 690,- Kč
videokamera	799,- Kč
sluchátka	549,- Kč
klávesnice	129,- Kč
myš	99,- Kč
CELKEM:	17 924,- Kč
dostačující internetové připojení za 1 měsíc	cca 500–1000 Kč

K nákladům je nezbytné připočítat náklady za poskytování standardní logopedické péče v ambulanci, které se mění od lokality či vlastních preferencí:

- ⇒ nájemné;
- ⇒ náklady za tisk materiálů;
- ⇒ cestovní náklady.

Dalším důležitým krokem je zjistit úroveň technického vybavení klientů. Je potřeba se ubezpečit, jestli se i v jejich domácnostech nachází dostatečně výkonné videokonferenční příslušenství. Vhodným technickým vybavením je zcela jistě počítač (popřípadě notebook či tablet). Výhodou počítačů je, že se s obrazovkou nemusí nijak manipulovat či přidržovat v průběhu terapie.

Poté je nezbytné se postarat o prostředí, ve kterém má hovor probíhat – na straně poskytovatele i příjemce služeb. Prostor by měl minimalizovat hluchnost a být stranou od hlavního dění v domácnostech, a také disponovat dostatečným množstvím světla, aby nebyla narušena kvalita přenášeného obrazu.

Videokonferenční hovor může být narušen také kolísavým internetovým připojením, které pak působí i na kvalitu zvuku a zpracovávaného obrazu. Špatné internetové připojení má za následek nesouvislý projev, přerušování a zrnitost obrazu až výpadek celého spojení. Dostačující hodnota odesílaných dat se pohybuje v rozmezí 20 Mb/s až 50 Mb/s.

Mezi minimální technické požadavky tedy patří:

- ⇒ počítač, notebook nebo tablet (popřípadě mobilní telefon);
- ⇒ doplňkové příslušenství (pokud už není obsaženo ve vybavení) – sluchátka, mikrofon, videokamera;
- ⇒ kvalitní internetové připojení.

5.3 Výběr videokonferenční platformy

Současný trh představuje nepřehledné množství videokonferenčních platform. Každá z nich má vlastní výhody i nevýhody a budoucí uživatelé se mohou dost často v takové kvantitě ztrácet. Existují ale weby, které pomáhají jednak utříbit všechny platformy do různých kategorií a jednak dávají samotným uživatelům možnost hodnotit funkčnost softwarů.

Pokud se tedy nacházíte na rozcestí a nevíte, jakou zvolit výchozí videokonferenční platformu, můžete zkusit porovnat vybrané softwary na stránce **g2.com**. Ta sice nejlépe poslouží primárně anglicky mluvícím uživatelům, ale dokáže srovnat, kategorizovat a evaluovat. Lze tady najít i kategorii platform sloužících pro telemedicínské obory i ty, které podporují mateřský jazyk poskytovatele distančních služeb.

Výběr videokonferenční platformy je věc převážně subjektivní. Doporučujeme si zvolit takovou variantu, která se pro naše použití zdá být nejprehlednější, je jednoduché se v ní vyznat, musí mít plnohodnotnou škálu možností k připraveným aktivitám, a hlavně u ní předpokládáme, že se s ní bude dobře pracovat i našim klientům.

Musíme dobře zvážit, jestli i naši klienti zvládnou samostatně porozumět anglickým instrukcím doprovázejícím připojení k hovoru, a zda si dokážou sami poradit v krizových situacích, které mohou rychle zkomplikovat každý plynule probíhající hovor.

Důležitými kritérii jsou hlavně nabízené funkce aplikace. Pro videokonferenční přenos sledujeme za nejdůležitější možnost přenosu obrazu pro vzájemnou vizuální kontrolu mezi poskytovatelem a příjemcem.

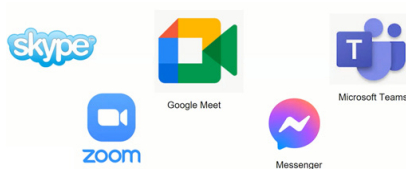
Dalším kritériem je možnost sdílení obrazovky, která by promítala plochu logopedova počítače a umožnila celou terapii obohatit o interaktivní prvky. Ty by pak sloužily klientům jako podpůrný materiál celé terapie, pomohly by lepší představě o jednotlivých cvičeních a vykompenzovaly tak minimalizovaný fyzický kontakt.

The screenshot shows the G2 website's 'Best Video Conferencing Software' page. At the top, there's a search bar and navigation links like 'Write Review', 'Software', 'Services', 'For Sellers', 'My List', and 'Join or Sign In'. The main header includes 'Home / Video Conferencing Software' and a sub-header with 'Overview', 'Highest Rated', 'Easiest To Use', 'Free', and 'Resources'. A 'View Grid*' button is visible. The page features a 'Find the Right Fit for You' section with a 'Market Segments' filter (All Segments, Small Business, Mid Market, Enterprise) and a 'Star Rating' filter (5 stars). The main content area is titled 'Best Video Conferencing Software' and includes a 'What is Video Conferencing Software?' section. Below this, there's a 'Top 10 Video Conferencing Software' list featuring Zoom, Microsoft Teams, Skype, Webex Meetings, GoToMeeting, BlueJeans Meetings, Google Workspace, Jabber, Join.me, and Dialpad Meetings. A 'Compare Video Conferencing Software' section is also present, mentioning G2's unbiased reviews and scoring methodologies.

Obr. 3 Ukázka webových stránek g2.com

The screenshot shows the G2 website's 'Best Telemedicine Software' page. The main header is 'Best Telemedicine Software'. The text explains that telemedicine, also known as telehealth, enables health care practitioners to effectively evaluate, diagnose, and treat patients remotely. It leverages smart devices and electronic technologies (such as web conferencing and mobile applications) to provide an alternative mode of treatment to in-person clinic visits. With telemedicine, health care professionals can provide real-time treatment and care to their patients around the clock, in addition to offering their patients convenience, bettering patient follow-up and engagement, and reducing the number of missed appointments and cancellations. Telemedicine software can be utilized by any health care professional in any health care specialty. A section titled 'To qualify for inclusion in the Telemedicine category, a product must:' lists requirements: 'Encrypt patient data to remain in compliance with HIPAA regulation', 'Utilize telecommunications-based technology', and 'Adhere to state-specific laws regarding telemedicine and telehealth'. Below this is a 'Show Less' link. The 'Top 7 Telemedicine Software' list includes Doxy.me, Updox, Whereby, Mend, SimplePractice, OnCall Health, and Klara. A 'Compare Telemedicine Software' section at the bottom mentions G2's unbiased reviews and scoring methodologies.

Obr. 4 Přehled telemedicínských platformem z webu g2.com



Obr. 5 Možnosti platformem pro videokonferenční hovory



Obr. 6 QR kód k zobrazení open-source tabulky pro porovnání videokonferenčních platform

5.3.1 Práce s platformou Zoom

Přehled platform, které můžeme pro poskytování distanční logopedické péče zapojit, lze najít v kapitole 3.3 Software. Jako ukázkou konkrétního použití komunikačního kanálu, který lze využít ke komunikaci s klienty, jsme si vybrali platformu Zoom, která splňuje hledané požadavky pro poskytování distanční logopedické intervence. Kromě relativně snadného použití je její další výhodou bezplatně neomezená doba použití při dvou účastnících (logoped a klient), což je počet ideální pro plnohodnotnou logopedickou terapii.

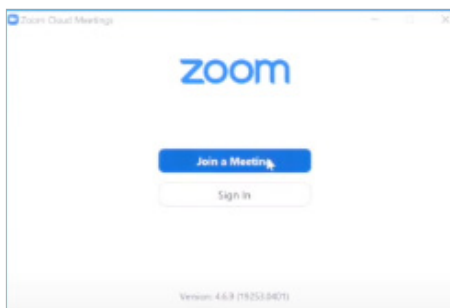
V případě skupinových terapií – jednalo by se o hovor probíhající mezi více než dvěma uživateli – je potřeba zainvestovat do upgradované verze této platformy, nebo nastavit více setkání za sebou, mezi kterými by se uživatelé museli přepojit. Nicméně obsáhlost funkcí není nijak limitována počtem komunikujících osob.

INSTALACE A PŘIPOJENÍ DO HOVORU

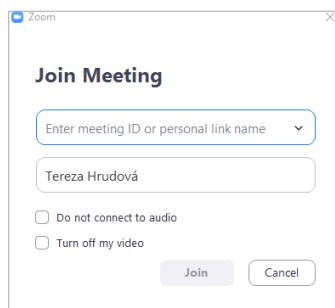
Pro zahájení práce s platformou Zoom je důležité začít se samotnou instalací aplikace (ZOOM CLIENT FOR MEETINGS: <https://zoom.us/download>). Ta se ale netýká našich klientů, ti mohou využívat Zoom bez samotného stažení. Klienti otevrou aplikaci pouze kliknutím na vygenerovaný odkaz, který se zobrazí v jejich internetových prohlížečích.

V případě, že je i klient vlastníkem aplikace a byl mu zaslán kód, přes který se připojí, lze pro jeho ověření v aplikaci využít kolonku „JOIN THE MEETING“, kde je potřeba zadat náležitosti, jako je jméno, a následně se

může přidat. Pokud je potřeba se do aplikace přihlásit, využijeme kolonky „SIGN IN“.

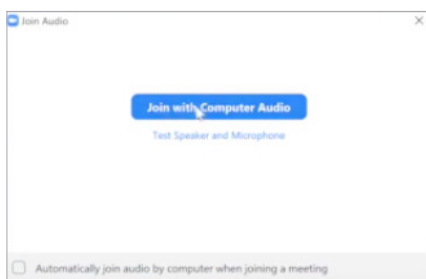
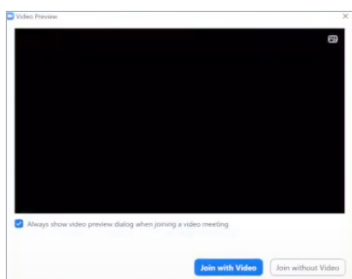


Obr. 7 Zobrazení aplikace při jejím spuštění



Obr. 8 Po zvolení varianty JOIN THE MEETING ze základního zobrazení

Pokud klient vloží do aplikace zasláný kód, dále se mu zobrazí velké okno, ve kterém je mu položena otázka, zda chce připojit k hovoru video (lze pouze pokud vlastní videokameru). Zjednodušeně můžeme klienta instruovat, aby potvrdzoval při spuštění všechny možnosti modré barvy. Poté už je připojen do samotné místnosti, kde ještě dostane poslední otázku o tom, zda chce připojit i audio.

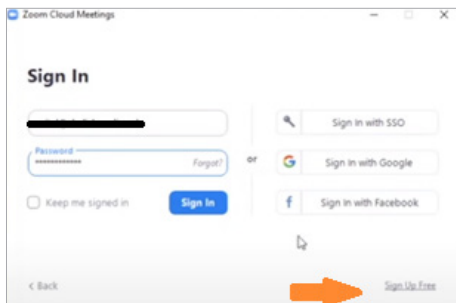


Obr. 9 Zobrazení dotazu pro spuštění videa

PŘIHLÁŠENÍ DO APLIKACE S VLASTNÍM ÚČTEM

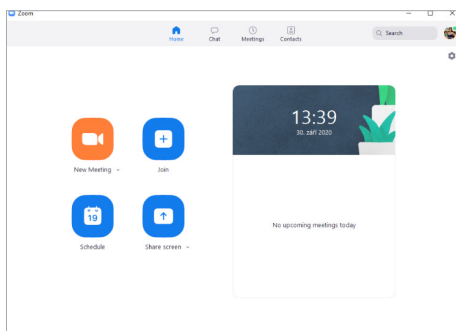
(pro poskytovatele služeb)

Pokud chceme být pořadateli jednotlivých setkání v aplikaci ZOOM, musíme se do aplikace zaregistrovat. Registraci provedeme zvolením možnosti „SIGN UP FREE“. Pokud ale už disponujeme e-mailovým účtem u společnosti GOOGLE, zvolíme si variantu „SIGN IN WITH GOOGLE“.



Obr. 10 Obrazovka po zvolení si možnosti SIGN IN

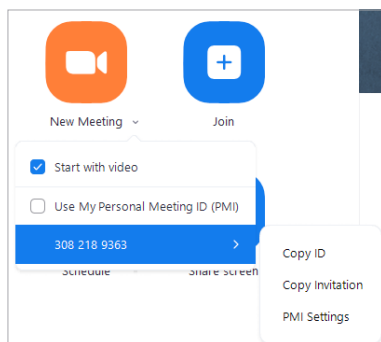
Po registraci se nám konečně zobrazí hlavní obrazovka, kde už si libovolně můžeme plánovat jednotlivá setkání a vygenerovat odkazy. Klienti se registrovat nemusí, protože ti se budou přihlašovat do námi vytvořené konference buď přes kód, nebo přes odkaz.



Obr. 11 Hlavní obrazovka aplikace ZOOM

Při úvodním otevření aplikace doporučujeme začít nastavením vlastního ID, které potom zůstane neměnné, a klienti se pokaždé připojí do hovoru přes stejný kód.

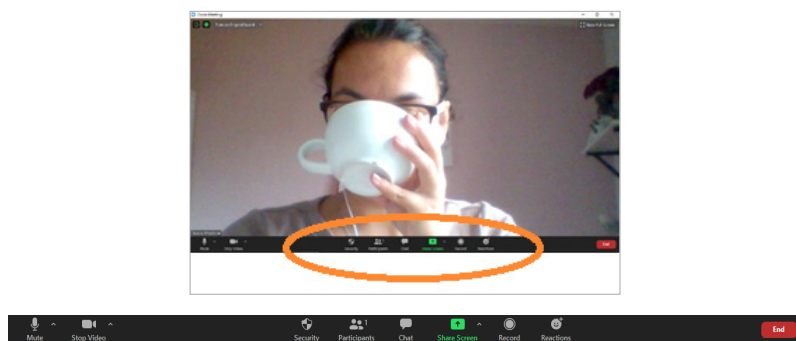
Stejně ID zajistíme při zvolení malé šipky otočené směrem dolů u nápisu New Meeting a následném zaškrtnutí kolonky „Use My Personal ID“. Při kliknutí na ID (na obrázku modře zaznačené číslo) jej můžeme zkopírovat, poslat ho klientům a po kliknutí na New Meeting už jen počkat, až se klienti připojí.



Obr. 12 ID

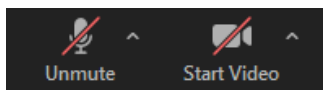
SPODNÍ LIŠTA A JEJÍ MOŽNOSTI

V momentě, kdy se dostaneme k samotnému hovoru, je nám při něm k dispozici spodní lišta s rozšiřujícími možnostmi ZOOM aplikace. I ty nabízí bezplatný základní balíček, a pokud si nezvolíme jinak, ovládá je pouze terapeut, takže nepatrné zásahy našeho klienta se neobjeví.



Obr. 13 Zobrazení aplikace terapeuta při samotném hovoru
a spodní lišty při zahájení videohovoru

Na liště doprovodných možností je nejdůležitější ikonkou pro nás mikrofon a video. Při kliknutí na ikonku mikrofonu (MUTE) vybereme, jestli chceme sdílet zvuk i s ostatními uživateli přítomnými při hovoru. Když je mikrofon červeně přeškrtnutý, zvuk se nepřenáší a ostatní nás tedy neslyší. Pokud na ikonku klikneme znovu, přeškrtnutí zmizí a bude nás zase slyšet. Na stejném principu funguje i ikonka kamery zobrazující přenos videa.



Obr. 14 Ikonky videa a mikrofonu

V rámci hovoru je možné psát si s ostatními účastníky prostřednictvím chatu, a to kliknutím na ikonku „CHAT“. Tu lze užít v případě, že se například objeví nějaké problémy se zvukem, nebo třeba i přímo pro terapeutické účely. Jednotlivé odpovědi můžeme adresovat všem (v případě většího počtu účastníků), nebo jen konkrétní osobě (na to si dávejte pozor, protože při jisté nepozornosti může vzniknout zcela nežádoucí faux pas).

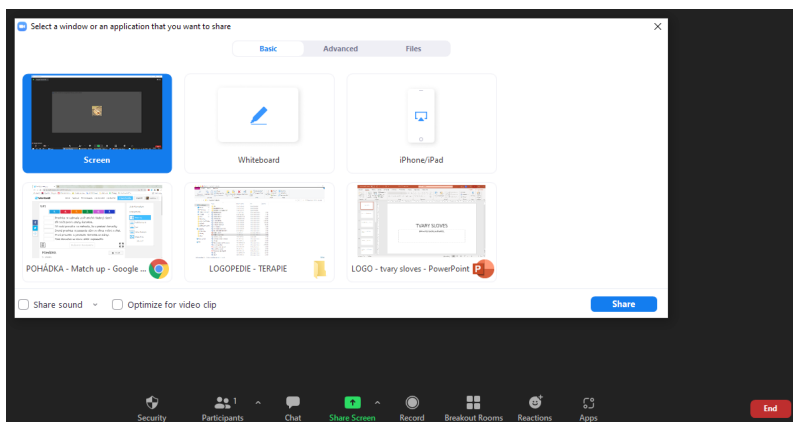
Po kliknutí na ikonku „PARTICIPANTS“ uvidíme jednotlivé klienty, kteří se nám připojili do místnosti, nebo ty, kteří potřebují schválit přidání do míst-

nosti. Další ikonka „RECORD“ slouží pro zahájení nahrávání, které lze přerušit i v průběhu schůzky. Záznam se pak uloží až po ukončení celého Zoomu do zvláštní složky.

Další velmi důležitou funkcí zejména pro udržení pozornosti našich klientů je sdílení obrazovky. To znamená, že klientovi přeneseme přímo obraz z naší obrazovky, kde jsou námi nachystané různé terapeutické aktivity.

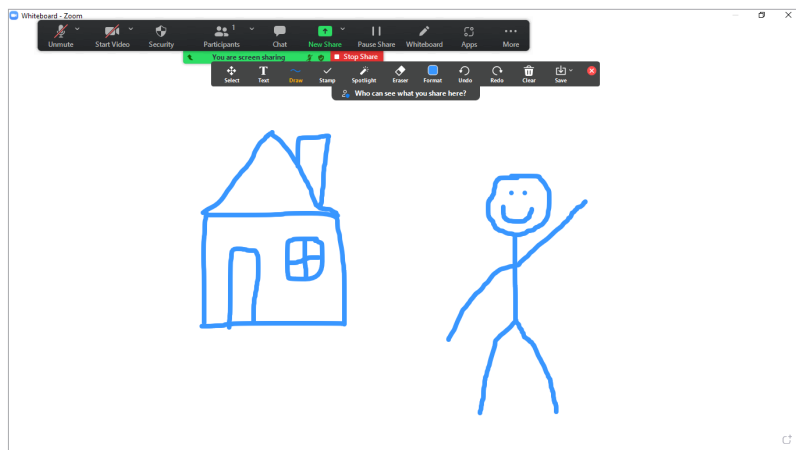
Funkce „SHARE SCREEN“ při rozkliknutí nabízí ještě další možnosti sdílení obrazovky – buď přeneseme klientovi obraz například z webového prohlížeče, nebo spustíme funkci whiteboard, což je možnost bílé tabule. Výběr se opět potvrdí zakliknutím modrého políčka „SHARE“.

Bílá tabule funguje obdobně jako ve škole. Slouží pro malování, vpisování různých příkladů, vkládání obrázků a zkrátka se jedná o multifunkční interaktivní funkci, kterou lze při logopedii vhodně využít.



Obr. 15 Výběr možnosti SHARE SCREEN

Doprovodným příslušenstvím při vybrání možnosti sdílení obrazovky je funkce ANOTATE, díky které můžeme vpisovat textové poznámky, malovat, podtrhávat důležité pasáže nebo používat funkci samolepek, které rychle zareagují na práci našeho klienta.



Obr. 16 Možnost bílé tabule a funkce Anotate

5.4 Příprava před telepractice

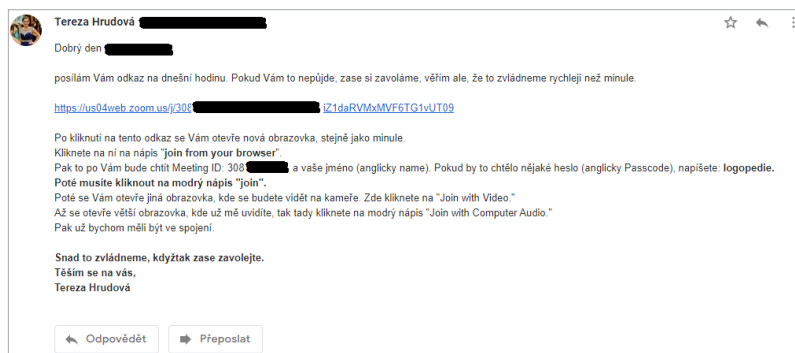
Než zahájíme poskytování distanční logopedické terapie, je potřeba se dobře připravit. Ze všeho nejdříve zapracujte na prostředí, ze kterého budete hovor vykonávat. Najděte co nejdlejší místo od hluku domácího prostředí, pokud můžete, využijte sluchátek, které minimalizují hluk z okolí a nechají vyniknout vašemu hlasu. Pro posílení kontaktu s klientem udržujte zapnutou kameru. Je nezbytné se se všemi funkcemi vybrané aplikace dostatečně seznámit a také otestovat internetové připojení při větší zátěži.

Stejným způsobem je dobré instruovat i klienty. Pokud klient není schopen sám spolupracovat, proberte pravidla použití a zásady zkvalitňující podmínky přenosu s rodiči nebo jinými rodinnými příslušníky či pečujícími. Vysvětlíte jim účel doplňkových nástrojů vybrané videokonferenční platformy, popřípadě nastavte přesné podmínky jejich použití.

Po zkontrolování všech technických parametrů na straně poskytovatele i příjemce služeb můžeme přejít k naplánování schůzky a samotné realizaci. Tu zahájí zaslání linku pro online setkání. Během komunikace s klientem dbejte na co nejpřesnější instrukce a informace k připojení do schůzky,

někteří nemají žádnou podobnou zkušenost a napoprvé je potřeba počítat i s časovou rezervou pro případ, že by nastaly komplikace.

Telepractice není vždy spolehlivou metodou, má zcela jistě své vady, ale v kombinaci s klasickou metodou logopedické péče může být velmi přínosná. Pokud jsou známy všechny možnosti klientových schopností, na základě kterých pak lze usoudit, že aplikace distanční metody bude vyhovující, dojde k naplnění efektivity práce na obou stranách. Klient ušetří cestu do ambulance a logoped si na dálku ověří, zda se terapie odvíjí tím směrem, jakým má.



Obr. 17 Příklad e-mailu s instrukcemi pro připojení

Díky distančnímu poskytnutí schůzky opadá potřeba zajištění hmatatelných materiálů. Není tedy nutné zajistit tisk, laminaci a kopírování podkladů pro práci s klientem. Všechny materiály lze vyhledávat nebo tvořit v online prostředí (více viz kapitola 5.5.1 Materiály a pomůcky).

PŘÍKLADY Z PRAXE

„V praxi se nám osvědčilo klást důraz na úvodní setkání s klientem a jeho rodinnými příslušníky. Úvodní organizační a orientační setkání je významným determinantem dalšího vývoje logopedické diagnostiky a následné terapie. Během prvního setkání dojde k prvnímu kontaktu s novými klienty rovnou v distančním virtuálním prostředí, anebo dojde k opětovnému setkání v jiné, distanční podobě. Z vlastní zkušenosti jsem toto první setkání začala věnovat primárně seznámení, technickým a organizačním záležitostem. Je vhodné klienta a jeho rodinu seznámit s užívanou platformou, vysvětlit, jak mohou v platformě pracovat a co znamenají jednotlivé symboly hlavního ovládacího panelu. U dětských klientů se mi osvědčila taktika „rodič po ruce“, kdy je vhodné, aby rodič nebo jiná dospělá osoba byla v dosahu počítače či tabletu. Zachrání tak situace, kdy vypadne obraz, je slabé připojení nebo dítě omylem zapne/vypne aplikaci, ve které logopedická intervence probíhá. Zároveň může rodič vhodným způsobem dítě motivovat a podporovat plynulý průběh celé intervence, taktéž poté není třeba dlouhého vysvětlování pro domácí práci. Osobně mohu říci, že se mi osvědčilo pracovat s klientem 20–40 minut (dle typu narušené komunikační schopnosti), poté je vhodné zakončit sezení a promluvit s rodičem či jinou osobou, individuálně a bez klienta. Jasně stanovení pravidel má svůj smysl při přímé práci s klientem v osobním setkání. Nejinak je tomu při distanční logopedické péči. Osobně se mi osvědčilo pravidlo připojení 5 minut před začátkem terapie, aby byl případně prostor pro vyřešení technických problémů. Asynchronní komunikace probíhá ve většině případů přes aplikaci WhatsApp a v den proběhlého sezení zasílám materiály pro domácí práci, která je vysvětlována v závěru setkání.“

5.5 Průběh telepraxe

Začátek terapie skrze videokonferenční média může být v počátcích velmi hektický. Je potřeba vždy poladit jednotlivé komponenty, aby kamera zabírala správný obraz, aby zvolené prostředí bylo na klidném místě, s dostatečně silným internetem a podmínkami, které nezhorší parametry přenášeného obrazu. Několikrát se stalo, že některé z podmínek nešly splnit, a proto musela být domluvená schůzka v den samotného konání zrušena.

V průběhu telepraxe je potřeba myslet také na další okolnosti, které mohou chod terapie zcela narušit a nelze je nijak ovlivnit. Například dostatečná úroveň internetového signálu je pro přenos klíčová, a pokud je jeho síla jakýmkoliv způsobem oslabena, dochází k nekvalitnímu přenosu obrazu i zvuku. Pro tyto chvíle je potřeba počítat s možným zdržením.

Než se vše vrátí do původního stavu, může to trvat i několik minut. Při plánování jednotlivých terapií je proto potřeba počítat i s časovou rezervou pro tyto případy.

Pro řadu klientů může být poskytování logopedické péče ve své domácnosti uvolněnější, protože se nachází v prostředí, které znají nejlépe a cítí se v něm nejbezpečněji. U dětí se lze setkat se situací, kdy pro ně najednou neexistují zábrany a nerespektují autoritu tak, jak tomu bylo při běžném setkání v ambulanci.

Při distanční komunikaci je důležité co nejlépe udržovat klientovu pozornost. Právě tím, že se pohybuje v dobře známém prostředí, je roztržitější a snadno vyrušitelný. Díky možnosti sdílení materiálů na obrazovce můžeme rušné vlivy potlačit a pomoci klientovi lépe spolupracovat.

V závěru terapie je pak potřeba doptat se na případné nejasnosti, organizační otázky či kvalitu přenosu a naplánovat další setkání. I přes časovou náročnost doporučujeme pomocí e-mailu zaslat úkoly, kterým se bude klient věnovat během volných chvil do dalšího setkání, a podrobně se věnovat vysvětlení, jak při plnění zadaných povinností postupovat.

PŘÍKLADY Z PRAXE

„Osoby s narušenou artikulací jsou nejčastější klientelou logopedů v ambulancích klinického logopeda, ale i školních logopedů v mateřských či základních školách. Klientů s narušenou artikulací je opravdu mnoho, proto jsem se rozhodla napsat shrnující informace právě o této klientele. Pro tento typ narušené komunikační schopnosti volím velmi rychlé a efektivní spojení přes aplikaci WhatsApp, kde se s klientem spojím za pomoci videohovoru přímo přes mobilní telefon. Setkání trvá většinou 15 až 20 minut ve frekvenci jednou za týden či 14 dní. Setkání má vždy stejnou strukturu a klienti na ni velmi dobře reagují. Po úvodním rozhovoru následuje cvičení pro rozvoj svalstva orofaciální oblasti, následují přípravná a artikulační cvičení a poté samotné vyvozování hlásek. Závěr věnuji grafomotorice, rytmu či pracovním listům, které rodiče dětem tisknou před setkáním, aby je měly děti u sebe (jedná se spíše o doplňkovou aktivitu, která děti baví, rozvíjí a motivuje, zároveň je odměnou po dobré práci v průběhu setkání).“

5.5.1 Materiály a pomůcky

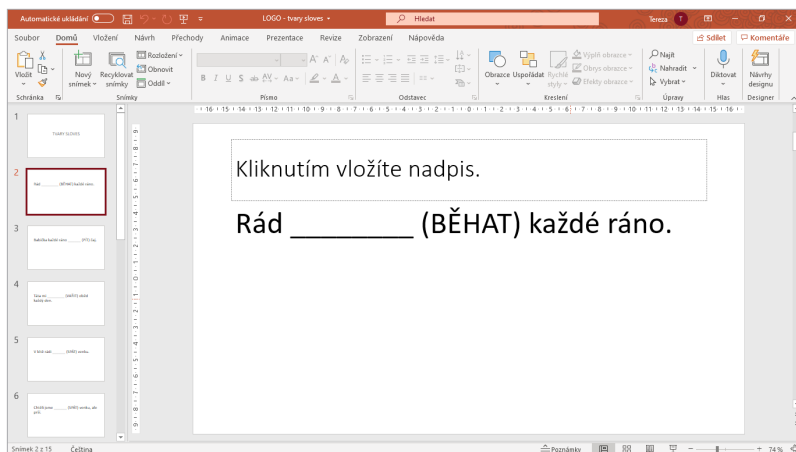
Průběh klasické logopedické terapie v ambulanci probíhá za využití mnoha materiálů a hmatatelných pomůcek. V případě distanční péče je potřeba se přizpůsobit vzdálenosti a poskytnout klientovi variantu, která alespoň částečně nahradí taktilní podněty. Proto distanční materiály musí zaujmout hlavně zrakovou cestou a být poutavé natolik, aby přitáhly pozornost po celou dobu distanční terapie.

Při tvorbě lze využít různé online aplikace, připlatit si za výukové programy a pro zpestření zapojit i zábavné a hravé aktivity. Vybrané možnosti takových materiálů, se kterými se během telepraxe můžeme setkat a které hlavně můžeme využít, naleznete v následujících řádcích.

BALÍČEK MICROSOFT OFFICE

Pokud disponujeme kancelářským balíčkem od společnosti Microsoft Office, lze jednoduše využít aplikací, které jsou zde obsaženy. Za nevýhodu můžeme označit zpoplatnění jednotlivých funkcí tohoto balíčku. Bezplatná možnost spočívá ve využití aplikace od společnosti Google, který svým uživatelům pak nabízí využití aplikace Disk, kde lze stejným způsobem tvořit, ale dostupnost takových dokumentů je pouze online.

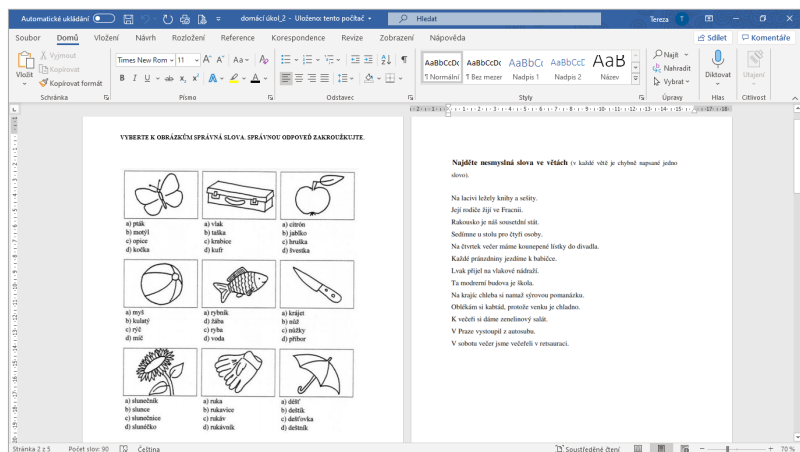
Součástí Microsoft Office balíčku je PowerPoint, který může posloužit jako pracovní podklad pro celé sezení. Prezentace jsou tvořeny podle toho, na co je potřeba se během intervence soustředit, co chceme individuálně rozvíjet. Materiály si lze připravovat dopředu a ukládat, takže mohou být použity pro další klienty. Díky možnosti anotace lze do jednotlivých snímků vpisovat příklady, pomocné poznámky či čáry.



Obr. 18 Jednoduché vytvoření materiálů při použití PowerPointu

Stejným způsobem pak může posloužit textový editor Word, kde podle potřeby, tematických okruhů, druhu narušené komunikační schopnosti lze vytvořit materiály, které pak lze zaslat klientovi i na e-mail pro procvičování v domácím prostředí.

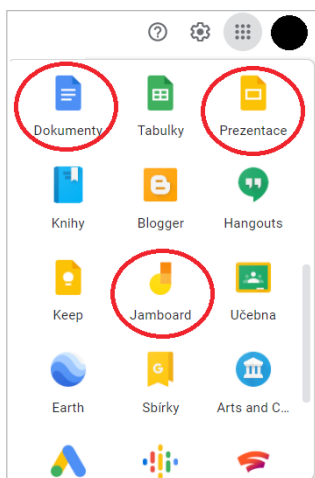
Takové dokumenty klientovi promítáme během videohovoru za využití sdílení obrazovky, které je neoddělitelnou funkcí pro využití telepraxe. Klient má představu o jednotlivých intervenčních technikách, které jsou na něj aplikovány. Má dané cvičení před sebou, pokud mluví, a je na jeho odpověď reagováno například tím, že zapisujeme přesné odpovědi, lépe si uvědomí a správně opraví vytvořené chyby.



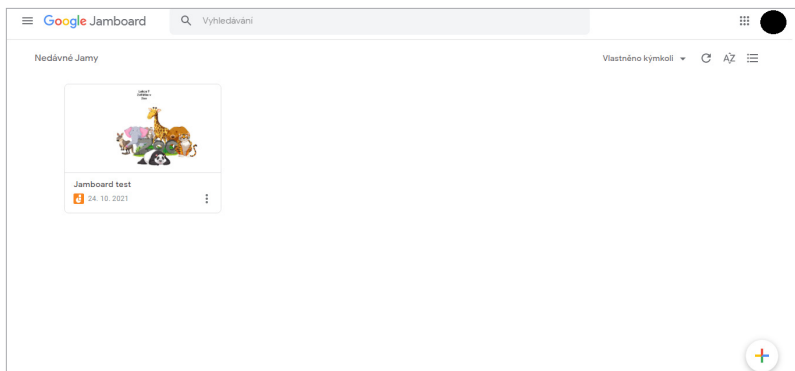
Obr. 19 Práce v textovém editoru

JAMBOARD

Společnost Google při založení e-mailového účtu zpřístupňuje i další aplikace, do kterých lze vstupovat pouze z webového prohlížeče a jsou tedy dostupné pouze online. Pokud tedy vlastníme e-mailový účet, jednoduše se z něj můžeme přepnout do dalších aplikací pomocí devíti teček v pravém rohu.

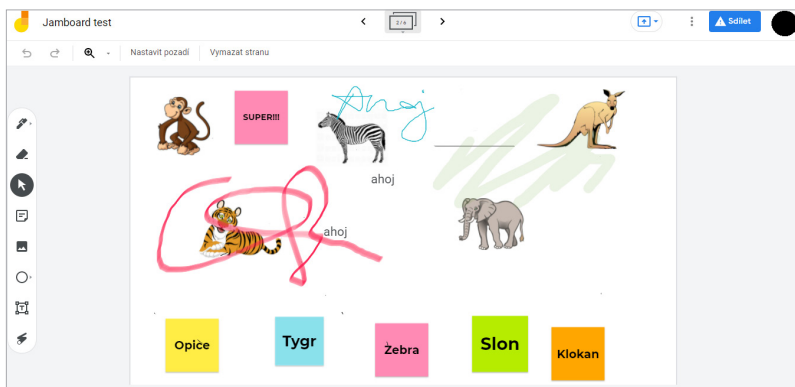


Kromě textového editoru a tvorby prezentací, které jsme zmiňovali v souvislosti s balíčkem Microsoft Office, existuje Jamboard. Ta funguje jako interaktivní prostředí, kde sdílíme vytvořené materiály, na kterých může klient za doprovodu terapeuta pracovat.



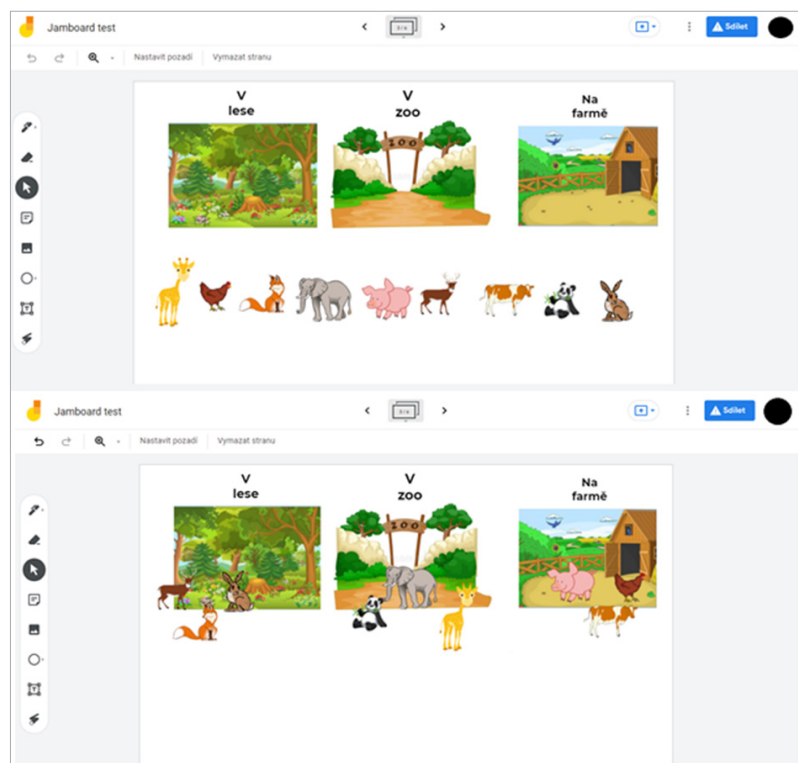
Obr. 20 Prostředí aplikace Jamboard

Pokud například budeme chtít při terapii pojmenovávat exotická zvířata, můžeme si jednoduše do Jamboardu vložit obrázky vybraných zvířat a za použití štítků vytvořit jejich názvy. Ty lze pak jednoduše přesouvat k obrázkům nebo je spojovat pomocí anotačních funkcí.



Obr. 21 Jamboard a práce se štítky a anotačními nástroji

Lze samozřejmě hýbat i s jednotlivými obrázky. V uvedeném příkladě šlo o přesouvání zvířat k místům, kde je můžeme najít.



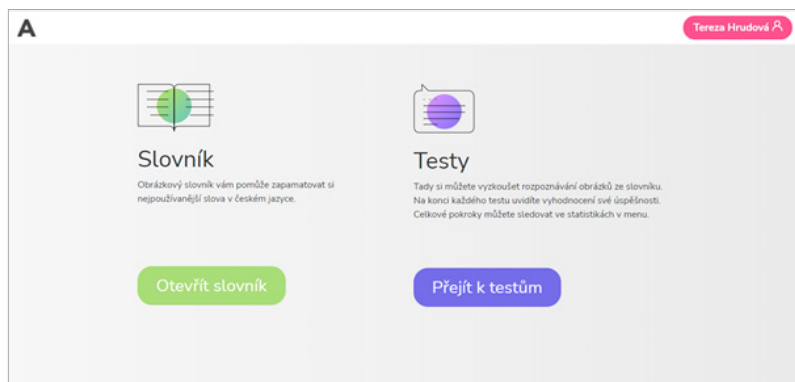
Obr. 22 Cvičení na Jamboardu – před a po

AFASLOVNÍK

Pro klienty s afázií vznikla webová aplikace dostupná na webové stránce www.afaslovník.cz. Slouží pro rozšiřování a procvičování slovní zásoby, lze si podle potřeby nastavit úroveň obtížnosti cvičení a zvolit tematický okruh procvičování.

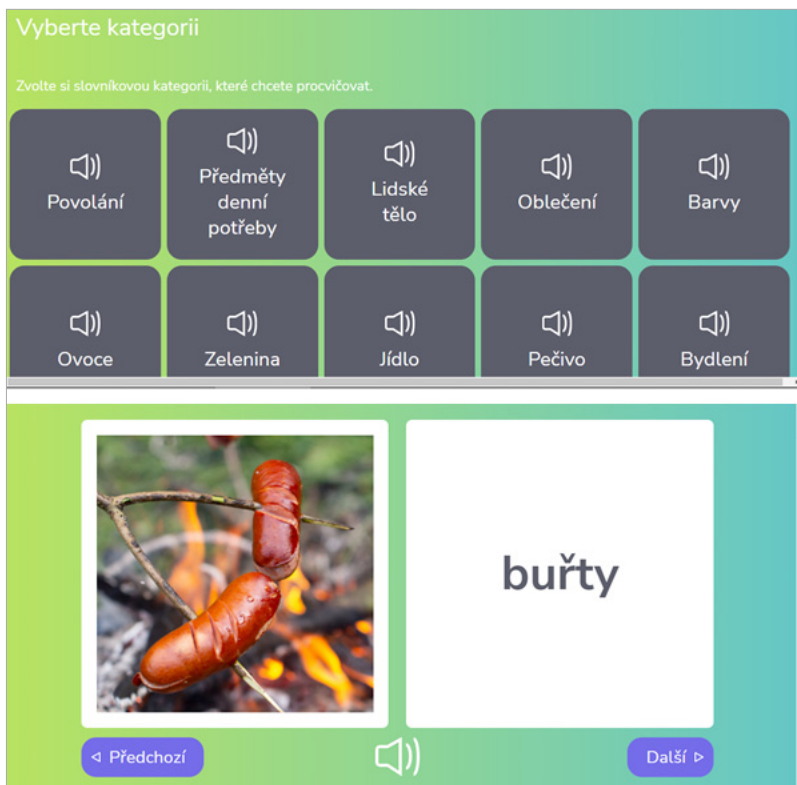
Během nouzového stavu způsobeného pandemií covid-19 byla aplikace dostupná zdarma, jinak je pro zvýšení možností aplikace potřeba zaplatit měsíční poplatek.

Aplikace je jinak rozdělena na dvě části – slovní a testy. Testy nejsou obsaženy v neplacené verzi a slouží ke statistickému posuzování úspěšnosti v daných okruzích či schopnostech.

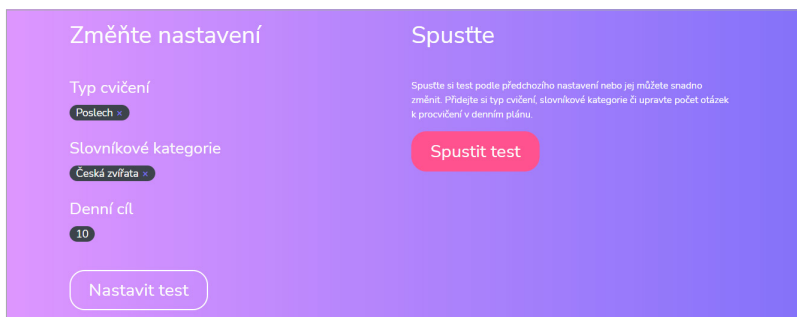


Obr. 23 Základní obrazovka AfaSlovníku

Pokud si zvolíme slovník, dostaneme se do výběru kategorií, které lze procvičovat. Když spustíme testy, můžeme si nastavit kromě procvičované kategorie ještě typ cvičení. Typ cvičení znamená, jestli se při terapii chceme zaměřovat na psaní, poslech, čtení a pojmenovávání.



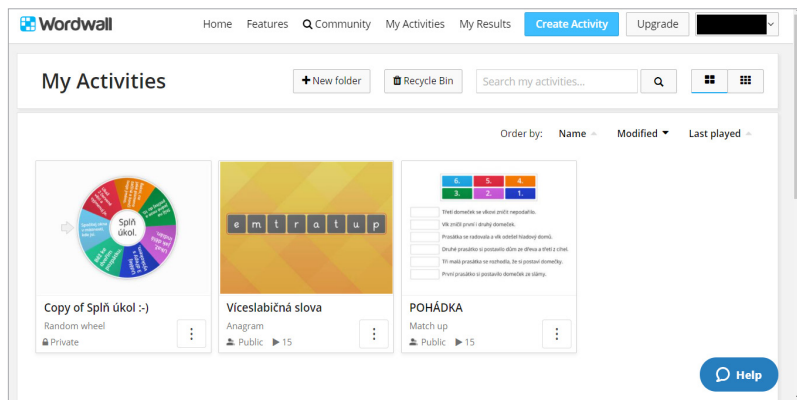
Obr. 24 Slovník a výběr kategorie Jídlo



Obr. 25 Zobrazení testové varianty

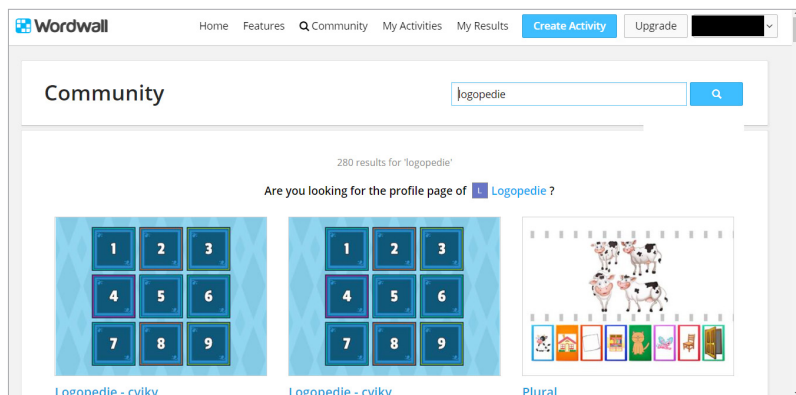
WORDWALL

Jedná se opět o webovou aplikaci, která se zaměřuje na tvorbu interaktivních materiálů pro distanční výuku. Jejich využitelnost je přínosná pro samostatné procvičování, ale i pro plnění úkolů během distanční intervence. Aplikace je dostupná na webové stránce www.wordwall.net.



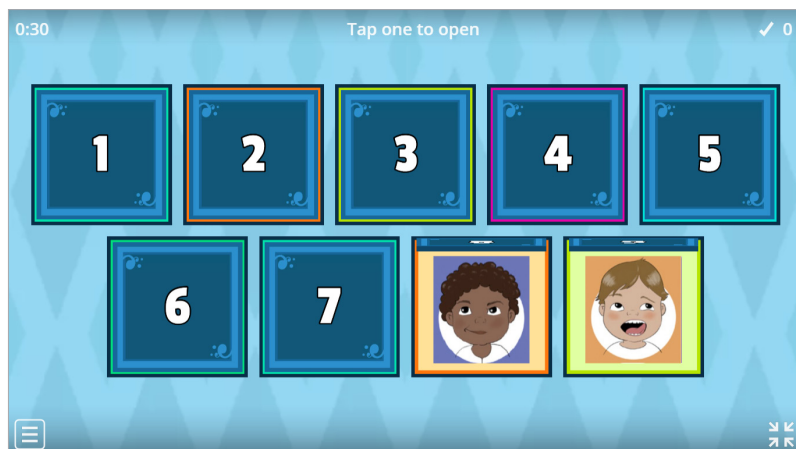
Obr. 26 Úvodní stránka aplikace Wordwall – vlastní aktivity

Pokud máme neplacenou verzi, je počet aktivit, které si můžeme sami vytvořit, značně omezený. Velkým pozitivem ale je, že aplikace obsahuje možnost Community, kde při zadání správně formulovaného pojmu nalezneme již vytvořené cvičení, které můžeme neomezeně používat. Například při zadání pojmu Logopedie nám Wordwall najde 280 výsledků, které můžeme volně použít. Nezbytné je ale zaregistrovat se do aplikace.



Obr. 27 Zadání pojmu logopedie do vyhledávání ve Wordwall

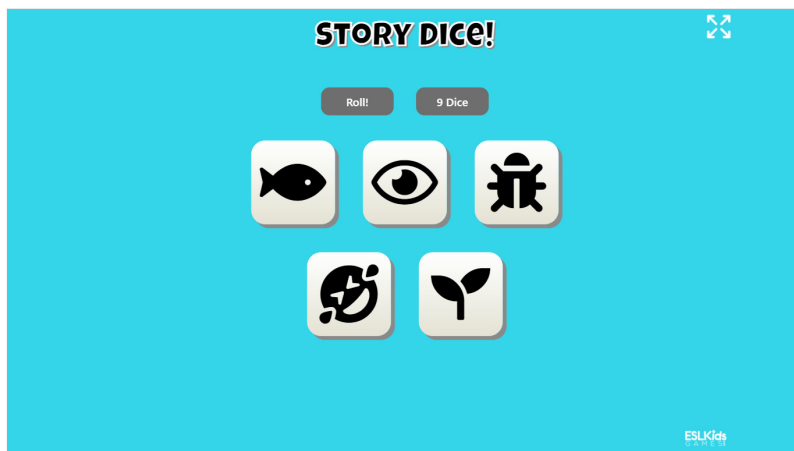
Wordwall nabízí nepřeberné množství forem, ve kterých můžeme jednotlivá cvičení koncipovat. Pokud dobře hledáme, vždycky nalezneme něco, co splní naše očekávání.



Obr. 28 Výběr jednoho cvičení pro oromotoriku

STORY CUBES

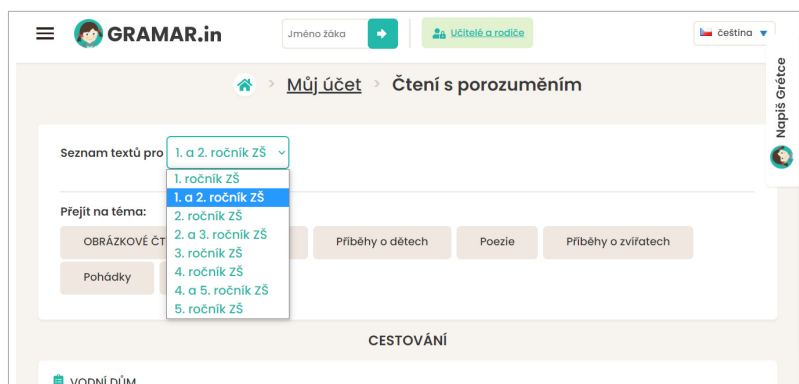
Oblíbenou pomůckou v logopedických ambulancích je využití příběhových kostek, kdy mají klienti za úkol rozhodit kostky s obrázky. Ikonky, které se objeví, se pak následně musí zakomponovat do příběhu. Jejich využití nelze opomenout ani při distanční terapii. K bezplatnému dostání jsou na webové stránce <https://eslkidsgames.com/esl-story-dice-online>. Rozhodit můžeme buď 5, nebo 9 kostek.



Obr. 29 Vzhled online příběhových kostek

GRAMMAR.IN

Dalším dobrým pomocníkem do distančně poskytované terapie může být webová stránka zaměřená na čtení s porozuměním. Je plně dostupná bez poplatků. Všechny vložené texty můžeme volit podle studijní úrovně a jsou doplněné otázkami a hádkami podle daného textu.



Obr. 30 Vzhled webové stránky GRAMAR.in

VODNÍ DŮM

VODNÍ DŮM JE SPECIÁLNÍ MUZEUM O VODĚ. NACHÁZÍ SE U VODNÍ PŘEHRADY ŠVIHOV. VE VODNÍM DOMĚ ZAŽIJES MNOHO ZÁBAVY. DOZVÍŠ SE ZDE NOVÉ INFORMACE O ŽIVOTĚ POD VODOU. NAUČÍŠ SE, JAK CHRÁNIT VODU A ŽIVOČICHY V NÍ. URČITĚ SE POŘÁDNĚ NAMOČÍŠ, VODA BUDE VŠUDE KOLEM TEBE. DOPORUČUJI TI VZÍT SI S SEBOU NÁHRADNÍ OBLEČENÍ.

1. OZNAČ V TEXTU, JAK SE JMENUJE PŘEHRADA.
Označ slova touto barvou

2. OZNAČ, CO JE PRAVDA:

VE VODNÍM DOMĚ ZAŽIJES NUDU.

☐ ANO
 ☐ NE

BUDEŠ ÚPLNĚ SUCHÝ.

☐ ANO
 ☐ NE

Obr. 31 Práce s GRAMAR.in

LOGOTRON

Webová aplikace určená pro děti od 3,5 do 7 let. Je přímo určená pro logopedy a speciální pedagogy i pečující o děti s narušením komunikační

schopnosti. Jejím cílem je systematické zlepšování komunikačních schopností dítěte.

Aplikace je rozdělena do šesti kategorií: řeč, sluch, myšlení, grafomotorika, paměť a zrak. Tyto části se ještě dělí do dalších podkategorií, kde můžeme najít třeba výslovnost, gramatiku apod. Do této aplikace se dostaneme přes webové stránky <https://logotron.cz/>.



Obr. 32 Náhled do webové aplikace LOGOTRON

VČELKA

Pro žáky se specifickými poruchami učení (SPU) existuje webová aplikace s názvem VČELKA. Interaktivní úlohy pro nácvik čtení se mohou hodit i pro intervenci bilingvních žáků nebo pro nácvik čtení v cizích jazycích. Včelka je na jeden týden zdarma, pokud budete chtít pokračovat, je nutné zaplatit předplatné. Najdeme ji na stránce www.vcelka.cz.

Jednotlivá cvičení lze filtrovat podle ročníku, obtížnosti nebo typu cvičení. Díky Včelce lze procvičovat samotnou techniku čtení, ale i čtenářskou gramotnost. Pokud si zvolíme nějaké cvičení, máme možnost upravovat ještě jeho samotné detaily.



Obr. 33 Náhled do webové aplikace Včelka

Analogickou podobu webových aplikací mají ještě další stránky/aplikace, například:

- ⇒ <https://skolakov.eu/> (bilingvní klientela, SPU)
- ⇒ <https://www.umimecesky.cz/> (lze využít i pro dospělé klienty)
- ⇒ <https://miro.com/> (Miro – dodatečné příslušenství k videokonferenční platformě, umožňuje společnou bílou plochu mezi účastníky a její využití ke psaní či kreslení v reálném čase)
- ⇒ <https://explaineverything.com/> (Explain Everything – příslušenství umožňující tvorbu videa, při kterém lze psát či kreslit na bílou plochu či námi vybraný obrázek, a také doplnit celou nahrávku o vysvětlení hlasovými instrukcemi)
- ⇒ <https://quizlet.com/en-gb> (Quizlet – online procvičování nových slovíček, termínů, jednotlivé pojmy lze podrobněji vysvětlovat, možnost stáhnout jako aplikaci)
- ⇒ <http://www.pexeso.net/> (tvorba vlastního online pexesa nebo využití podkladů jiných uživatelů a zároveň možnost jeho přímé hry)

Možné inspirativní webové stránky primárně určené pro učitele:

⇒ <https://www.ucimeonline.cz/>

⇒ www.skolanadalku.cz

⇒ <https://nadalku.msmt.cz/cs>

PŘÍKLADY Z PRAXE

„Významným objevem pro mě byla webová stránka, která umožňuje hrát pexeso ve virtuálním prostředí. Jedná se o tuto webovou stránku: <http://www.pexeso.net/>, na které lze vyrobit vlastní pexeso přímo na míru v dané tematické oblasti, anebo lze využívat pexesa vytvořená jinými uživateli. Pexeso se pro mě stalo malým zázrakem při motivaci, odměňování a terapii dětských klientů. Pexeso má rád zpravidla každý, a pokud lze hrát takto vzdáleně, a navíc je udělané v oblíbeném tématu, je to opravdu zaručený pohon ke spolupráci klienta. Zároveň jsem jej začala využívat pro rozvoj slovní zásoby pojmů vpravo, vlevo, nahoře, dole a všeobecné podpoře orientace ve čtvercové síti. Zároveň můžeme procvičit pojmy, jako je řada nebo sloupec. Vývoj těchto pojmů a jejich pomalé automatické užívání při hře se u klientů vyvíjel a zdokonaloval. Finální odměnou je výměna rolí, předání kontroly nad hrou dítěti a pomocí instrukcí jej dovést k políčku, které chce otočit.“

5.5.2 Dynamika online terapie a motivace klientů

Důležitou součástí pro zvýšení efektivity online logopedické intervence je schopnost dynamiky, záměrné změny aktivit pro udržení pozornosti účastníků hovoru. I přesto, že většina odborníků v logopedické praxi se snaží dynamičnost uplatňovat během klasicky vedené logopedické terapie, během distančního vedení se její důležitost zvětšuje dvojnásob. Pokud se naši klienti pohybují v dobře známém prostředí, hrozí, že jejich tenacita a kapacita jejich pozornosti bude kolísající.

Upoutat klienty na dálku je mnohem složitější, jsme omezeni jen na zvuk a obraz, nelze klienta zaujmout dotykem nebo hračkou a zaměstnat jej motorickým cvičením. V některých případech, hlavně v případě dětské klientely, je potřeba odhadnout, jestli klient bude vůbec schopen pracovat pouze na základě hlasových instrukcí, nebo jestli jsme v případě jeho spolupráce odkázáni na pomocné aktivity a pomůcky, které stimulují třeba i jemnou motoriku.

Stěžejním kamenem zábavné, a přesto edukativní cesty distanční intervence, je odklonit se od tradiční cesty, pohrát si se všemi možnostmi, které dnešní webové aplikace nabízejí, a využít všech možných nástrojů, které nám pomohou jakkoliv ozvláštnit jednotlivé prvky intervence. Zaměřte se tedy na zábavné, a zároveň výukově pomocné hry a aktivity, využijte momentu překvapení a zařaďte zajímavé a nečekané prvky. Může se jednat o zahrnutí pohybových aktivit, přenesení aktivity z ordinace do online prostředí, využití videí i písniček. Vytvářejte vlastní aktivity a hry například pomocí webových aplikací jako JamBoard nebo WordWall.

Jednoduše improvizujte, hrajte si, zkoušejte nové věci a pokuste se přenastavit vaši obvyklou konfiguraci. Změňte svůj styl práce a přizpůsobte ho novému prostředí, ve kterém pracujete. Věnujte čas prozkoumání všech nabízených aktivit i videokonferenčních softwarů, upravte zavedené pořádky a rituály a snažte se už předem zamezit možným výpadkům a vlivům, které mohou zcela zbytečně narušit chod distančně vedené intervence. Dobře se také ujistěte, že poskytovatel internetu nabízí dostatečný signál pro přenos, zvuk nevypadává a obraz je zřetelný.

Poslední a velmi důležitou připomínkou je postarat se o uvolněnou atmosféru. Tento bod vlastně vychází ze zkušeností s klienty při prezenčních terapiích. Pokud se klient v přítomnosti specialisty cítí bezpečně a je si jistý, že jsou respektovány všechny jeho potřeby a cíle, pak se dokáže maximálně soustředit na zadávanou práci a důvěřovat všem zvoleným postupům.



Dynamika lekce a motivace klientů

5.5.3 Práce s různými věkovými skupinami

Obrovský vliv na kvalitu poskytované distanční logopedické terapie mají specifika spojená s jednotlivými vývojovými etapami člověka. Přístupy během intervence jsou voleny na základě ontogenetických charakteristik věkových kategorií klientů, které ovlivňují i samotné zařazení klientů do distančně vedených logopedických služeb.

Distanční přístupy u nejmladších žáků jsou založeny primárně na komunikaci logopeda s rodiči nebo dalšími zákonnými zástupci. Výkonnost klienta v útlém věku koresponduje s osvojováním si své role žáka a celkovým postavením ke vzdělávacímu procesu. To znamená, že logoped se musí zaměřit na to, jak klient zvládá časově vymezený úsek, jaký má vztah k autoritám a do jaké míry se dokáže plnohodnotně soustředit na vykonávanou práci. Podmínky práce na dálku jsou celkově omezené, chybí osobní kontakt, dotek a plnohodnotná odměna za vynaloženou námahu při plnění úkolů.

Nejtypičtější diagnóza, se kterou se setkáváme u klientů v dětském věku, jsou poruchy artikulace. V takových případech, pokud dítě nepotřebuje zvláštní přístup z hlediska jeho specifických potřeb, můžeme počítat s prakticky hladkým průběhem distančně vedené terapie. Dítě je ale odkázáno ještě na kooperaci rodiče nebo zákonného zástupce, který se stará o technické vybavení a o případné problémy, které mohou nastat.

Celkově se lze spolehnout, že pokud si pohrajeme s naší kreativitou a využijeme různých aplikací či her, které se dostatečně starají o dynamičnost terapie, lze dítě zaměstnat, zaujmout a efektivně se postarat o zapamatování terapeutických strategií. Může se ale stát, že náš klient v dětském věku potřebuje multispektrální přístup, nestačí mu hlasová a zraková stimulace, očekává náš přímý kontakt, vynucuje si větší volnost a pohyb. Proto se vždy musíme dobře rozhodnout a uvědomit si, jestli pro splnění všech vytyčených výstupů terapie stačí zapojení distančního setkávání, nebo je potřeba zvolit si tradiční formu intervence (popřípadě kombinaci obojího).

Co se týče věkové kategorie dospělých osob nebo osob seniorského věku, lze se setkat s tím, že mnohdy chybí zkušenost se složitější prací v rámci informačních a komunikačních technologií. Takoví klienti nemají stěžejní problémy s udržením pozornosti, není potřeba lpět na nápaditosti a častých změnách jednotlivých aktivit. Zde je potřeba spíše vyzorovat

aktuální zdravotní stav, který může omezovat i další fyzické schopnosti a nevztahuje se pouze na poruchy řečové komunikace. Klienti pak nemusí být schopni manipulovat ani s technickým vybavením, které je pro poskytování distanční intervence stěžejní.

Musíme počítat s tím, že v některých případech může být distanční intervence zcela neefektivní, a proto je důležité zvážit rozsah psychických vlastností, tak jak je již zmiňováno v kapitole o plnohodnotném výběru klienta. Je důležité vyzdvihnout i důležitost předání instrukcí rodičům nebo dalším pečujícím osobám. Porozumění pro dostatečné odvádění zadaných terapeutických postupů v domácím prostředí může být limitováno v důsledku nedostatečné propracovanosti při předávání informací. Doporučujeme potřebné informace dodatečně zaslat ještě pomocí e-mailu nebo jiných komunikačních kanálů.

ZKUŠENOST Z PRAXE

„Distanční intervence poruch artikulace je náročná z hlediska vzdálenosti klienta, je složité rodičům popisovat správné postavení mluvidel. V přímé terapii jednoduše předvedeme, dotkneme se nebo pomůžeme logopedickými pomůckami. V terapii na dálku je toto nemožné, a tak musím hledat správná slova, aby rodič mohl být dobrým koterapeutem a svému dítěti pomoci. V tomto případě vidím jako velké pozitivum přítomnost rodiče v přímé logopedické intervenci. Rodič koterapeut je nezbytnou pomocí v celém intervenčním procesu poruch artikulace.“

5.6 Ukázky výstavby online logopedické lekce

V následujících řádcích sdílíme vlastní zkušenosti s poskytováním distanční logopedické terapie. Presentujeme práci s klienty s afázií a konkrétní příklady uplatnění jednotlivých materiálů, specifika spojená s poskytováním distanční skupinové terapie nebo zhodnocení charakteristických vlastností pro výběr vhodných či naopak zcela nevyhovujících klientů.

5.6.1 Kazuistika z online logopedické praxe 1

Naší klientce je 59 let, žije v jedné domácnosti se svými rodiči, kteří se o ni starají, pomáhají a podporují ji. Má vysokoškolské vzdělání a nyní je v invalidním důchodu. Tato klientka má k dispozici stolní počítač se samostatnou videokamerou. Využívá těchto přístrojů ke komunikaci se vzdálenou rodinou, proto nestrádají ani její základní znalosti práce s informačními technologiemi.

Následkem cévní mozkové příhody v roce 2017 je poskytována logopedická terapie k rehabilitaci alexie, agrafie a apraxie. Logopedická péče se zaměřuje převážně na artikulační cvičení samostatných hlásek, slabik a dvojslabičných slov, také terapii nomie a grafie, rozvoj jednoduchých vět a celkový transfer terapie do běžné komunikace.

Kromě gramotnosti práce s informačními technologiemi k výběru klientky přispěl i fakt, že fyzické i smyslové vlastnosti nijak nestěžují chod klasické přímé logopedické práce a očekávali jsme, že ani pro distanční terapii se nenaskytne problém. Klientka má odpovídající úroveň sluchu i zraku, pokud by měla nějaký problém, vždy má po ruce brýle a ochotného spolupracujícího pečovatele (jednoho z rodičů).

V tomto případě celková komunikační kondice klientky nehrála žádnou roli pro zařazení do možnosti poskytování distanční péče. Řeč pacientky je nesrozumitelná, zvládne se dorozumět za použití jednoduchých vět nebo jednoho slova, má ale odpovídající úroveň porozumění. Její motivace pro zlepšení svého celkového stavu je velmi vysoká, ke všem zadaným úkolům přistupuje velmi zodpovědně, dochází i na skupinové terapie pro trénink kognitivních funkcí, kde se aktivně zapojuje a spolupracuje.

Celkově lze tedy říct, že výběr klientky pro poskytování distanční logopedické služby byl založen na předchozí zkušenosti z přímých setkání, kde byly jednotlivá kritéria výběru ověřena. Pandemie covid-19 přispěla k přechodu na telepractice, který byl v tomto případě velmi plynulý, současná dálková péče neztratila svou efektivitu a je výhodou i pro samotnou klientku, která tak minimalizovala kontakt s cizími lidmi ve své domácnosti. Logopedická péče touto cestou u klientky funguje tedy už od dubna 2020 dodnes.

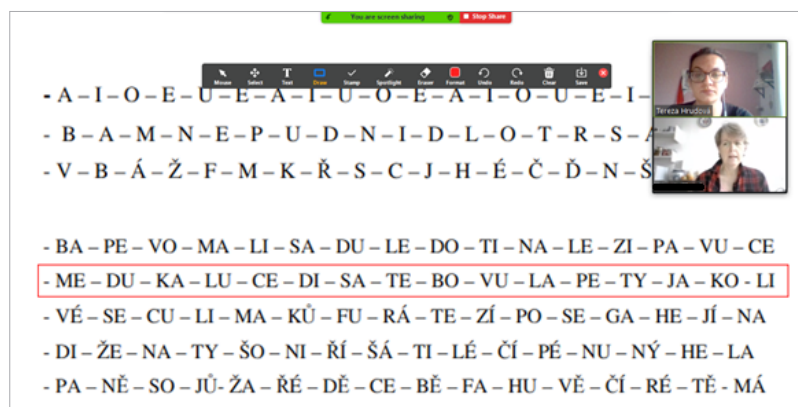
Cílem zavedení distanční logopedické péče u naší klientky bylo zajištění přibližně stejných podmínek a stejné efektivity jako při přímé logopedické

intervenci. Telepractice byla alternativní možností poskytování logopedických služeb, aby i v době pandemických nařízení klientka nepřicházela o pravidelnou intervenci a hlavně neztratila dosažené výsledky během roku.

Den před domluveným termínem byl zaslán klientce e-mail s podrobným vysvětlením o přihlášení do vybrané softwarové platformy Zoom. Tyto zasláné informace byly ještě zkontrolovány po telefonu, abychom si ověřili, zda klientka a její pečovatelé všemu rozumí, aby nedošlo ke zbytečné prodávě v den spojení.

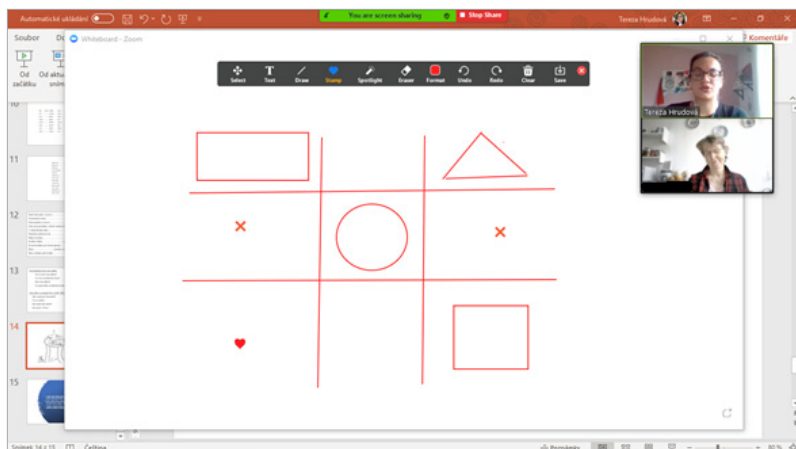
Úvod setkání vždy probíhá stejně jako v mnoha ambulancích. S klientkou se po kontrole spojení, zvuku a obrazu přivítáme, shrneme si novinky, které se udály během týdne, aby trochu opadla počáteční nervozita, atmosféra se uvolnila a klientka byla naladěna pro dobrou spolupráci.

Pro první cvičení jsme využili možnosti bílé tabule, které platforma Zoom nabízí. Využívali jsme ji pro artikulační cvičení s jednotlivými hláskami a slabikami.



Obr. 34 Artikulační cvičení s využitím možnosti bílé tabule

Pro rozvoj porozumění bylo pro klientku nachystáno cvičení, kdy byla požádána o tužku a papír. Na papíře měla za úkol namalovat mřížku a poslouchat jednotlivé instrukce o tom, do jakého políčka a jaký obrazec namaluje. Pro kontrolu je opět použit nástroj bílá tabule.



Obr. 35 Porozumění instrukcí

Dále klientka pracovala s vytvořenou prezentací v programu PowerPoint. Daný snímek se zaměřoval na terapii nomie, kdy měla klientka na základě věty opisující předmět říct, o jaký předmět se jedná.

OPAKOVÁNÍ SLOVNÍ ZÁSoby – POZNEJTE, CO JE TO?

Nádoba s uchem, ze které pijeme kávu.

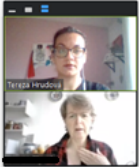
Živočich, který žije ve vodě a má ploutve.

Nábytek, do kterého ukládáme oblečení.

Místnost, kde si myjeme ruce a čistíme si zuby.

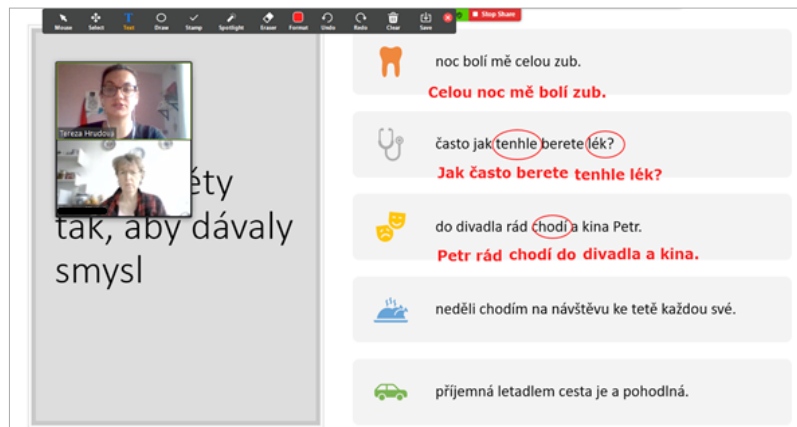
Kyselé ovoce, kterým ochucujeme čaj.

Školní pomůcka, podle které rýsujeme.



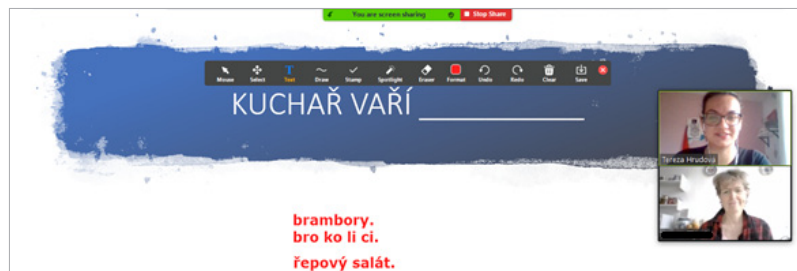
Obr. 36 Terapie nomie

Na dalším snímku pracujeme se slovy, které se snažíme řadit do věty tak, aby dávaly smysl. Klientka byla vyzvána, aby si nejdříve do svých poznámek zkusila danou větu zaznamenat, a společně jsme pak pracovali na jejím správném uspořádání. Pokud nastal nějaký problém či nedorozumění, slovo bylo zvýrazněno kroužkem pomocí anotace.



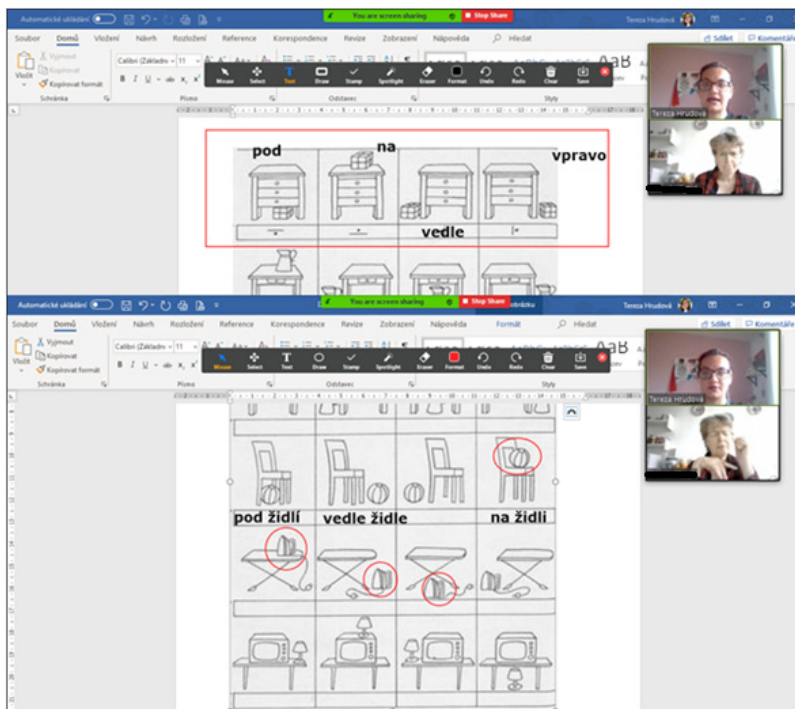
Obr. 37 Určování pořadí slov ve větě

V následujícím cvičení bylo potřeba rozvíjet větu a soustředit se, aby vyjmenovaná slova byla gramaticky správně skloňována. U delších slov měla klientka problém s jejich vyslovením, proto bylo delší slovo rozděleno do slabik. Všechna slova byla zapisována do bílého místa, aby klientka měla vizuální vazbu své odpovědi.



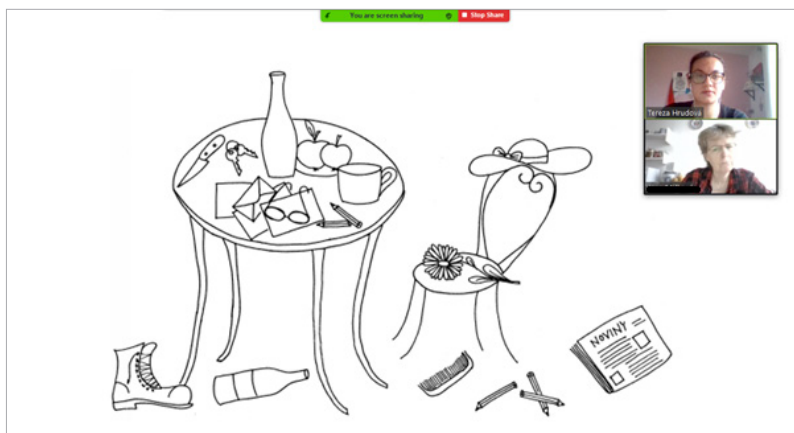
Obr. 38 Rozvíjení jednoduchých vět

Kromě prezentací v PowerPointu lze využít i běžného dokumentu pro psaní, kam si lze stejně jako do prezentace nachystat jednotlivá cvičení, nebo využít ta, která se při běžné terapii klientům tisknou. V našem případě se využilo vložení obrázku do prázdného dokumentu a do něj byly pomocí anotačních nástrojů doplněny správné předločky.



Obr. 39 Doplnění předložek

Lze samozřejmě sdílet i pouze uložený obrázek, se kterým je potřeba pracovat tak, jak je vyobrazeno na následujícím obrázku.



Obr. 40 Sdílení obrázku, vlastní snímek obrazovky

Za velmi pozitivní stránku telepractice u této konkrétní klientky vnímáme zboření vzdálenostních bariér a možnost poskytování logopedické péče i během nařízení omezujících fyzický kontakt. V průběhu této terapie probíhal přenos bez výrazného snížení efektivity, naopak pomocné nástroje videokonferenční platformy pomáhaly lépe udržovat pozornost a vysvětlovat například agramatické chyby, ke kterým u klientky docházelo.

Sama klientka označuje tuto možnost terapie za přínosnou a také jako elegantní řešení situace, která v průběhu roku nastala. Mohla tak i nadále pokračovat v terapii a nebylo ohrožováno zdraví její i rodičů tím, že by do jejich domácnosti v pravidelných intervalech docházela další osoba. I přesto, že klientka poprvé v životě manipulovala se softwarovou platformou Zoom, po podrobném vysvětlení pro ni manipulace s videokonferenčním nástrojem není překážkou a uvítala možnost naučení se nové dovednosti.

Naopak nepříliš spolehlivá stabilita internetového připojení komplikuje průběh telepractice. Některé zadávané úkony je potřeba několikrát opakovat nebo se neustále klienta doptávat, zda je všechno v pořádku, jestli je zvuk i obraz stále kvalitní. Bohužel nelze u klientů zaručit ani dostatečnou technickou výbavu, v tomto případě jde o nepříjemný jev zpětné vazby,

protože klientka nevlastní sluchátka s mikrofonom, ale pouze reproduktory. Na straně klienta to sice problém není, ale logoped je tímto efektem velmi vyrušován.

5.6.2 Kazuistika z online logopedické praxe 2

Klientovi je 60 let, nyní je v invalidním důchodu a žije společně s rodinou v malebné odlehle vesnici na Šumavě. V minulém roce u něj byla stanovena diagnóza MSA – tedy multisystémové atrofie. Nejvýrazněji se u něj projevují motorické deficity, porucha chůze a stability. Během posledních měsíců roku 2020 se začaly problémy objevovat špatnou koordinací řečového mechanismu a deficity v prozódii. Lze pozorovat nepřesnou až smazanou artikulaci vokálů, lehce zpomalené tempo řeči, stejný důraz na každou vyslovenou slabiku a deficity v respiraci.

Klient využil nabídky poskytování distanční logopedické terapie, protože si chce ušetřit cestu za odborníky a zároveň čas, který chce trávit společně s rodinou. Přál si, aby terapeutická sezení byla uzpůsobena jako hlavně konzultační. Každý den zkouší pracovat na zadáných terapeutických úkolech sám, má vyčleněné místo i čas, kdy se těmto logopedickým cvičením věnuje. Jednou za měsíc si však přeje své úsilí zkontrolovat. Kromě toho je klientovi nabídnuto bezpečné místo k prodiskutování svých zdravotních problémů.

Veškerá náplň samotné distančně vedené logopedické terapie v tomto případě není pouze o využití základních strategií pro terapii dysartrie, ale hlavně o podpůrném rozhovoru s pacientem, navození stavu pohody a klidu. Jsou probírána každodenní témata a nenápadně uplatňovány prvky logopedické intervence zaměřené například na intonační profil i tradiční artikulační cvičení.

Co se týče technického vybavení, klient vlastní tablet, ale během terapie neuplatňujeme žádné dodatečné prvky, které nabízí již mnohokrát zmíněné videokonferenční platformy. Tato terapie probíhá jako přátelský videohovor – což přesně odpovídá požadavkům terapie ze strany klienta, který všechna zadaná cvičení zkouší raději sám než před dalším člověkem. A proto je dobré vždy vyjít vstříc představám klientů a na prvním místě být vždy v dobrém psychickém rozpoložení, protože bez něj nikdy nejsou viditelné pokroky.

5.6.3 Kazuistika z online logopedické praxe 3

Po cévní mozkové příhodě v červnu roku 2020 byla navázána spolupráce s klientkou, která po traumatickém zážitku v nemocnici hledala odborníka pro zlepšení psychického rozpoložení, ale zároveň i komunikačních dovedností, a kognitivní trénink. Klientce je v současné době 67 let, žije ve společné domácnosti s velmi starostlivým a milujícím manželem.

Klientka byla hospitalizována na poměrně dlouhou dobu, bez možnosti návštěvy rodinných příslušníků kvůli protiepidemickým nařízením. První setkání s klientkou probíhalo tedy pouze jako konzultační, podpůrné, motivační. Po několika setkáních se klientka uvolnila a začaly jsme pracovat na terapeutických postupech pro zmírnění symptomů afázie, ale i agrafie. Tato spojení probíhala 1× až 2× týdně a došlo během nich k rapidnímu postupu. Klientka jednak nabývala na sebevědomí, ale zlepšovaly se její komunikační dovednosti, vybavnost slov a velmi si pochvalovala možnost poskytování terapie až do postele, protože byla v úplném začátku prakticky imobilní a upoutána na lůžko.

V současné době klientka zvládá samostatnou chůzi bez pomoci berlí, ale i většinu samoobslužných aktivit. Kromě občasné anómie u některých slov je její řeč plynulá, srozumitelná a bez žádných dalších následků. Zvládla si osvojit všechny grafické znaky písma, je schopná převyprávět příběh, přečíst knížku.

Terapie probíhala pouze za využití platformy Zoom a přídatného příslušenství, které ozvláštňovalo celou logopedickou intervenci. Většinou byla terapie nastavena tak, že první půl hodinu jsme se věnovaly komunikačním dovednostem, vybavování si určitých prvků a celkově kognitivním cvičením a druhá část byla realizována jako nácvik psaní a učení uvolňovacích cviků pro ruce.

Protože klientka si ráda stanovuje vysoké cíle, posledním přáním pro logopedickou intervenci bylo navrátit dovednosti pro zvládnutí znovuosvojení anglického jazyka, kdy nám velkou oporou byla webová aplikace wordwall.net, která zajistila spoustu interaktivních cvičení na obnovení slovní zásoby a gramatických pravidel anglického jazyka.

Se začátkem roku 2021 je již logopedická terapie úspěšně ukončena. Klientka si pochvaluje plnohodnotnou efektivitu a hlavně flexibilitu celé distančně

vedené logopedie. Možnost poskytovat terapii s větší četností přineslo dobré výsledky během velice krátké doby, což koresponduje s přáním všech specializovaných odborníků, aby jejich klienti dostali možnost vysoce frekventované péče a jejich výsledky se dostavily v nejkratším možném období.



Obr. 41 Využití webové aplikace wordwall.net, trénink anglické slovní zásoby, vlastní snímek obrazovky

5.6.4 Kazuistika z online logopedické praxe 4

Další možností práce, se kterou máme zkušenosti a kterou v rámci kazuistik online logopedické péče chceme vyzdvihnout, je využití skupinové terapie, a to zejména co se týče klientely ve školním věku. Klienti, kteří jsou ve věku začátku školní docházky, jsou motivováni k nejlepším výkonům skrze různé soutěže, hravé materiály a pomůcky. I přesto, že v distanční verzi intervence je využití takových pomůcek značně omezené, v českém jazyce lze najít odpovídající interaktivní platformy. Uplatnění takových příkladů uvedeme na bilingvních klientech ve věku kolem 8 let.

Konkrétně se jedná o klienty pocházející z anglicko-českého a švédsko-českého prostředí. Během setkání pracujeme primárně s platformou Zoom a dalšími podpůrnými interaktivními aplikacemi, které pomáhají udržovat

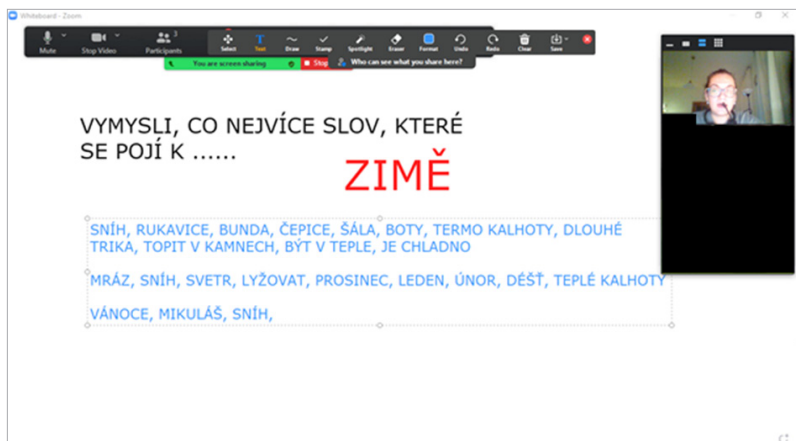
dynamiku lekce a pozornost klientů. Věnujeme se rozvoji lexikálně-sémantické roviny, pracujeme na rozšíření aktivní i pasivní slovní zásoby. Také se snažíme osvojovat gramatická pravidla, především při používání předložek, skloňování a vytváření správného tvaru podstatných jmen i sloves v jednotném i množném čísle.

U jednotlivých cvičení lze propojovat i pohybové aktivity – například při osvojování si slovní zásoby na téma tělo si ukazujeme jednotlivé části těla, zpíváme písničku „Hlava, ramena, kolena...“. Děti velmi dobře znají vlastní prostředí, proto je můžeme zapojovat i do složitějších pohybových úkolů propojených s trénováním porozumění, například „přines mi něco červeného“, „ukaz nejdrív na okno, potom na dveře“, „máš 30 vteřin na to, aby sis zapamatoval pět předmětů, které jsou v lednici“ apod.

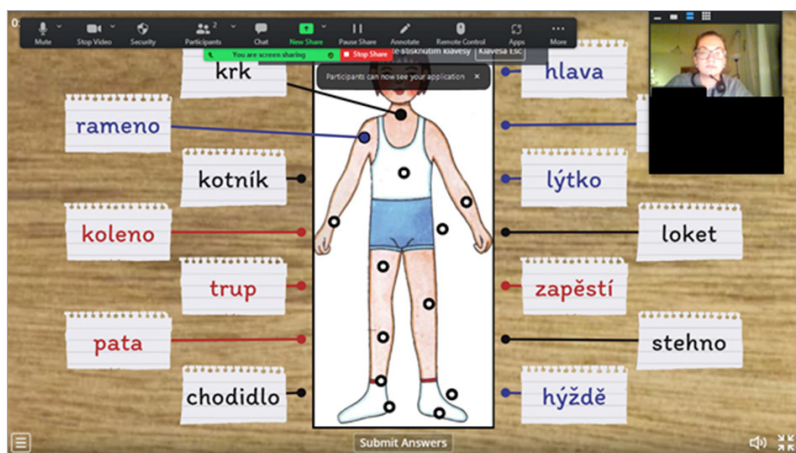
Při větším počtu účastníků je komplikovanější vyhnout se rušivým podnětům, zvukům, nedorozumění, výpadkům zvuku, obrazu či signálu úplně, a zároveň zaručit určitou úroveň poskytované logopedické terapie. Ale díky většímu počtu účastníků je celá lekce ještě ozvláštněna o budování komunity, mezi klienty dochází k interakci, vytváření nových vazeb, které mohou mít v mnoha ohledech pozitivní vliv na jejich komunikaci.



Obr. 42 Cvičení zaměřené na syntézu hlásek, hádání a vysvětlování si významu slov, snímek vlastní obrazovky



Obr. 43 Cvičení asociací, co všechno se pojí k tématu zimy, snímek vlastní obrazovky



Obr. 44 Pojmenovávání částí těla, cvičení pro tvorbu slovní zásoby, snímek vlastní obrazovky



Obr. 45 Rozšiřování slovní zásoby, snímek vlastní obrazovky



Obr. 46 Skloňování a ukazování si na podstatná jména, snímek vlastní obrazovky

5.6.5 Kazuistika z online logopedické praxe 5

Další příklad online logopedické intervence je z doby rané fáze pandemie covid-19. Jedná se o chlapce (v době provádění logopedické intervence 4letého) s dětským autismem. V době před pandemií navštěvoval logopedickou intervenci 1× týdně.

Chlapec je klientem s narušenou komunikační schopností v oblasti percepce i recepce, nejvýznamnější je narušení v oblasti pragmatické jazykové roviny komunikace, což se u chlapce projevuje jako neuvědomování si základního principu a funkce komunikace. Ve frontální logopedické intervenci byla tedy pozornost zaměřena především na neverbální aktivity, získání důvěry a navození pozitivního vztahu s cílem podpory pozitivního vztahu ke komunikaci a uvědomění si funkce komunikace.

Chlapec není v rámci frontální logopedické intervence schopen setrvat na jednom místě, intervence probíhá v rámci všech zákoutí pracovny a je charakteristická pestrou a heterogenní podobou. Chlapec potřebuje svůj čas a prostor, který mu byl v rámci přímé (frontální) hodinové logopedické intervence poskytnut, vždy dobře spolupracoval a pomalu přistupoval na pravidla komunikačního partnera. To se změnilo distanční terapií. I když má chlapec zálibu v technologiích, nabízené činnosti pro něj nejsou dostačující. Je schopen před monitorem tabletu setrvat maximálně 5 minut, ve kterých se věnujeme pozdravu a návrhu první aktivity. Tato distanční logopedická intervence vyžadovala 100% přítomnost jednoho z rodičů a jejich maximální zapojení s cílem motivovat chlapce (v přímých setkáních přítomnost rodičů nebyla nutná, chlapec byl na terapii zpravidla samostatně bez rodičů).

Domníváme se, že v případě uvedeného chlapce měla pandemie negativní vliv na již započatou frontální logopedickou intervenci. Budovat pozitivní vztah k logopedické intervenci vedené distančním způsobem u klienta s výše uvedenými symptomy v neverbální komunikaci se ukazuje jako velmi nevhodné. Po konzultaci s rodiči jsme usoudili, že v intervenci budeme pokračovat až v době, kdy bude možné vykonávat přímou (frontální) logopedickou intervenci.

Výše uvedeným příkladem jsme chtěli demonstrovat potřebu zvážení vhodnosti a efektivnosti každé terapie, kterou se rozhodneme provádět

distanční formou. Před každou takto vedenou intervencí bychom si měli položit základní otázku:

Je klient pro distanční logopedickou intervenci vhodným adeptem?

Nezbytné je průběžné vyhodnocování efektivity prováděné terapie a flexibilní reakce na aktuální potřeby klienta i samotného logopeda.

5.6.6 Kazuistika z online logopedické praxe 6

Dalším příkladem distančně vedené praxe je realizace logopedické intervence u dívky (6 let) pocházející z bilingvního prostředí. Jednalo se o logopedickou intervenci v české rodině žijící dlouhodobě v Kanadě. Spolupráce s rodinou byla navázána na podzim roku 2020. Hlavním požadavkem rodičů byla komunikace vedená výhradně v českém jazyce. Rodina v té době pobývala v Kanadě již 10 let a dívka od raného věku navštěvovala kanadské školy, ve kterých probíhala komunikace zpravidla v anglickém nebo jiném jazyce (docházela i do školy pro čínské děti). Doma rodiče komunikují česky nebo anglicky (uvádí, že prostředí domova je jediným místem kontaktu dívky s českým jazykem).

Dívka českému jazyku dobře rozumí a je schopna jednoduchých odpovědí a adekvátních reakcí. Problematické je pro ni aplikování gramatických pravidel českého jazyka, dále skloňování a časování. Slovní zásobu hodnotíme jako dostatečnou věku. Obtížné je pro ni navázání blízkého vztahu. Distanční péče probíhala 2× za týden po dobu 45 minut. K intervenci byla využita platforma Zoom, výjimečně Skype.

Jako klíčová se ukázala potřeba delší doby k získávání důvěry klientky a navázání pozitivního vztahu k takto vedené terapii. Až po 2 měsících od počátku intervence dokážeme hovořit o efektivní logopedické intervenci, ve které se osvědčilo používání motivačních karet, které dívku bavily, vyhovovaly jí, protože schematicky znázorňovaly, co ji ještě čeká a kdy přichází odměny v podobě hry či ze strany dívky velmi oblíbených pracovních listů.

Prvních 10 minut je věnováno rozhovoru nad předem připraveným tématem, které umožňuje rozvoj komunikačních a konverzačních dovedností. Následuje rozvoj slovní zásoby (každý týden se věnujeme různým kategoriím). Následuje osvojování gramatických pravidel – užívání předložek

a předložkových vazeb, skloňování, časování, aplikace správných tvarů podstatných jmen v singuláru a plurálu. V syntaxi tvoříme věty jednoduché i složené, přidáváme tvoření adjektiv. Finální fáze intervence je zaměřena na artikulaci jednotlivých hlásek českého jazyka, ve kterých je narušena výslovnost (jednalo se především o korekci měkkých hlásek Ě, Ď, Ň, sykavek ostrých i tupých a hlásek R a Ř). Významnou část intervence věnujeme sluchovému tréninku, sluchové diferenciaci a sluchové paměti.

Celková doba pravidelných setkávání byla 14 měsíců, pozorujeme zvýšení aktivní slovní zásoby, která vede k užívání souvětí v běžné konverzaci v českém jazyce. Řeč se stává srozumitelnější, pomalejší. Ve finální fázi logopedické intervence jsou všechny hlásky českého jazyka vyslovovány korektně. Rodině je doporučena komunikace v domácím prostředí výhradně česky a je doporučen intenzivnější styk s českým jazykem (například v rámci zájmových aktivit či telefonátů s rodinou, která žije v České republice – prostřednictvím Skype).

6 Tvorba materiálu s názvem Průvodce telepractice

Výchozím bodem pro vytvoření edukačního materiálu bylo uvědomění si nedostatku v přístupnosti české literatury zabývající se tématem distančně vedené logopedické terapie. Mnoho oslovených respondentů naznačilo, že v českém prostředí neexistuje dokument, který by poskytl základní informace o možnostech videokonferenčních platforem či samotné koncepci distančních služeb. Zahraniční webové stránky a portály poskytují větší množství odkazů na telepractice, ale z hlediska kulturní, jazykové a legislativní rozdílnosti pro nás informace ze zahraničí nejsou postačující.

6.1 Cíl materiálu

Cílem dokumentu je poskytovat dostatečně přehledné a ucelené informace odborníkům, studentům i zájemcům o telepractice z řad široké veřejnosti a také ukázat, jakým způsobem lze využívat techniku ve prospěch logopedie a jak najít řešení pro poskytování logopedických služeb i při ztížených vzdálenostních podmínkách.

6.2 Inspirace pro tvorbu

Při tvorbě materiálu bylo vycházeno z dokumentu představujícího telepractice jako možnost při poskytování logopedických služeb ve školách, který vytvořila Cristina Garcia. Původní název dokumentu je „*Online Manual for the Telepractice Paraprofessional*“ a je dostupný na adrese:

<https://csd.wp.uncg.edu/wp-content/uploads/2012/12/OnlineTelepractice-Manual-for-Paraprofessionals.pdf>

Tato americká verze je poměrně zastaralá, popisuje už celkem neaktuální technické vybavení a věnuje se především logopedické praxi v pedagogickém sektoru. Koncept je ale nedocenitelný, podrobně seznamuje s telepractice, provádí potřebným vybavením, odkazuje na pomocné materiály. Impulsem pro vytvoření průvodce byly výsledky výzkumu (Hrudová, 2020), které hovořily o potřebě školení se o problematice telepractice. Dotazovaní logopedi postrádají základní informace o technickém vybavení, platformách i koncepci přenosu dat.

6.3 Tvorba materiálu

Materiál byl tvořen současně s teoretickou částí, která se stala podstatným pilířem celé brožury. Všechny informace jsou přebírány z ní a materiál se stal jakousi poutavou rešerší. Obrázky, které se objevují v brožuře, jsou zvolené tak, aby se hodily k jednotlivým otázkám, a jsou vytvořené pomocí digitálního malování. Formát brožury byl vytvořen tak, aby odpovídal rozměrům A5.

6.4 Využití materiálu

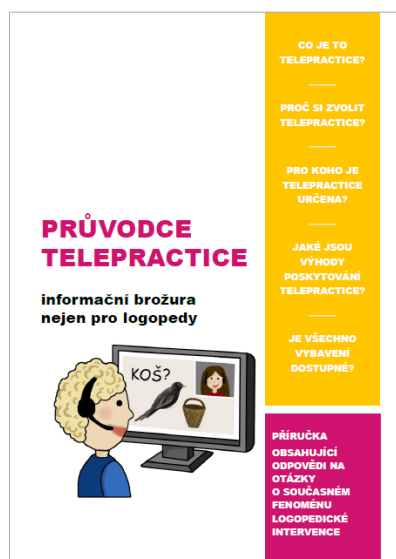
Tento materiál neslouží pro diagnostické nebo terapeutické účely. Primárně se jedná o zdroj hodnotných informací a jednoduché shrnutí týkající se tématu telepractice. Jeho obsah mohou využít studenti hledající ucelený přehled i logopedi, kteří nemají žádné zkušenosti s terapií na dálku a váhají nad jejím poskytováním. Může však pomoci i pacientům získat náhled do problematiky dálkové terapie a zjistit, zda by telepractice umožnila nalézt řešení jejich situace s nemožností dopravy do místa ambulance.

6.5 Popis materiálu

Cílem bylo vytvoření takového materiálu, který by poskytoval odpovědi na základní otázky týkající se problematiky telepractice. Materiál má ryze edukativní charakter. Pomáhá vysvětlit termín telepractice, poskytuje tipy do praxe, argumenty pro a proti. Snaží se také aktualizovat zastaralé informace a hravým námětem jednoduše provází samotnou problematiku.

Materiál obsahuje 15 kapitol, které jsou nazývány formou otázky, kterou si logopedi či jejich klienti mohou položit. Každá kapitola má svůj specifický design, který má čtenáře zaujmout svou přehledností, jednoduchostí, nápaditostí a formátem. Některé kapitoly jsou ozvláštněny obrázky, opět digitálně malovanými, doplňujícími témata jednotlivých otázek.

Obsah je vytvořen tak, aby na prvních stranách čtenáře obecně seznámil s problematikou a postupně pak specifikoval podrobnosti týkající se tématu. Jednotlivé kapitoly vypadají následovně:



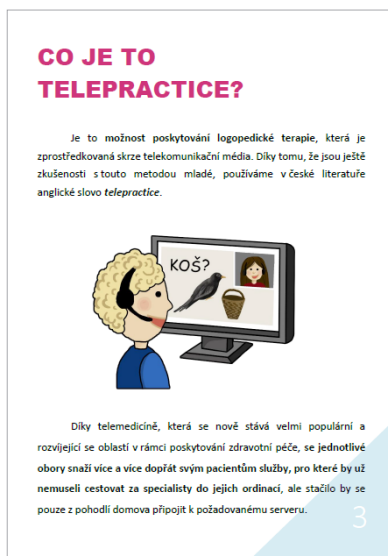
Obr. 47 Titulní strana

OBSAH	
PRŮVODCE TELEPRACTICE	
Co je to telepractice?	3
Jak telepractice může probíhat?	4
Proč si vybrat telepractice?	6
Jaké jsou benefity a limity telepractice?	7
Jaká jsou kritéria pro výběr vhodného kandidáta?	8
Pro jaké konkrétní diagnózy lze aplikovat?	9
Jaké vhodné vybavení je potřeba?	10
Jak správně vybrat videokonferenční software?	11
Na co se softwaru zaměřit?	12
Jaké platformy například využít?	13
Jakých zásad je potřeba se držet?	14
Jak taková terapie ideálně probíhá?	15
Jak zajistit vhodné prostředí?	16
Jak telepractice ovlivnila pandemii COVID-19?	17
Shrnutí	18
Zdroje	19

Obr. 48 Obsah

1. Co je to telepractice?

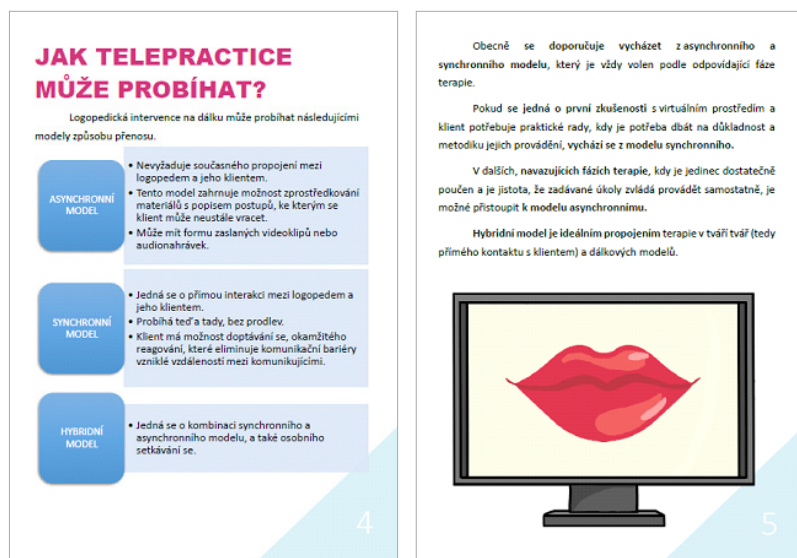
Úvodní téma seznamující velmi stručně se samotným pojmem. Vytýčuje hlavní cíl telepractice a poskytuje čtenáři prvotní představu o tématu, kterého se celá brožura týká.



Obr. 49 Kapitola první

2. Jak může telepractice probíhat?

V tomto oddílu se čtenář podrobně dozvídá, jaké způsoby přenosu informací můžeme zvolit. Je zde zmíněno, jaké modely přenosu můžeme využít, jak konkrétně tyto modely vypadají a že je lze vzájemně kombinovat.



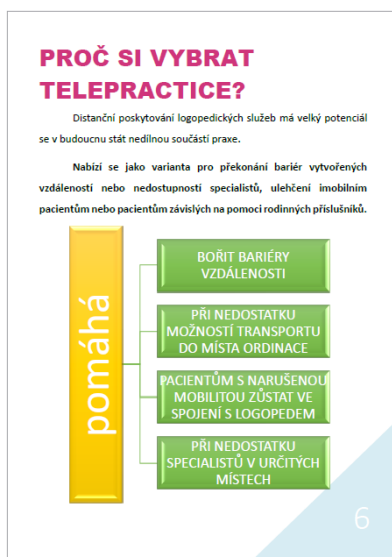
Obr. 50 Kapitola druhá

3. Proč si vybrat telepractice?

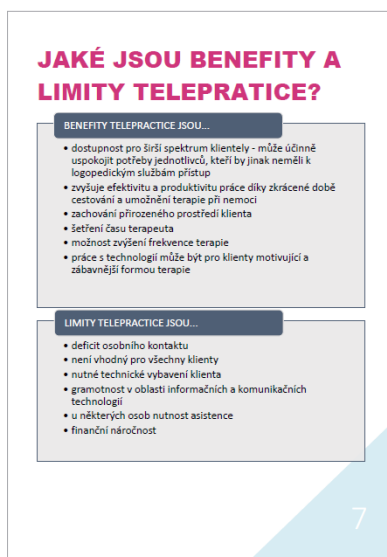
Vzhledem k tomu, že dnešní technologický pokrok nahrazá užívání telepractice, tato kapitola představuje některé důvody, které mohou hrát klíčovou roli při zvolení telepractice jako výchozí varianty pro logopedickou interakci.

4. Jaké jsou benefity a limity telepractice?

Čtvrtá kapitola se věnuje stručnému popisu argumentů pro a proti poskytování telepractice. Jedná se tedy o přehled výhod a nevýhod, které tato metoda přináší a které mohou samotnou distanční intervenci zkomplikovat.



Obr. 51 Kapitola třetí



Obr. 52 Kapitola čtvrtá

5. Jaká jsou kritéria pro výběr vhodného kandidáta?

Tato kapitola slouží především pro představu logopedů, aby brali na vědomí i přídatné těžkosti pacientů, které mohou znemožňovat přenos. Jsou rozděleny do čtyř skupin, čtyř odstavců a heslovitě specifikují zmíněná kritéria.

6. Pro jaké konkrétní diagnózy lze telepractice aplikovat?

Tato kapitola doplňuje kapitulu předcházející. Konkrétně uvádí diagnózy, se kterými se jako logopedi můžeme v telepractice setkat.

7. Jaké vhodné vybavení je potřeba?

Poměrně důležitá kapitola, která formou obrázku představuje vybavení, které by nám při telepractice rozhodně nemělo chybět. Utváří představu finančních nákladů a stručně každé hardwarové zařízení popisuje.

JAKÁ JSOU KRITÉRIA PRO VÝBĚR VHDNÉHO KANDIDÁTA?

FYZICKÉ A SMYSLOVÉ VLASTNOSTI

- odpovídající úroveň pozornosti
- odpovídající kognitivní schopnosti
- nenarušené percepční vnímání (zrak, sluch)

KOGNITIVNÍ A BEHAVIORÁLNÍ VLASTNOSTI

- nenarušené chování
- fyzická odolnost (např. není výrazně zvýšena unavitelnost)
- manuální obratnost (lze s pomocí asistenta)
- ochota klienta (popřípadě i pečovatele) spolupracovat

KOMUNIKAČNÍ VLASTNOSTI

- odpovídající úroveň porozumění
- gramotnost (u dětských klientů nutná asistence při práci)
- řeč je srozumitelná (popřípadě dostupnost tlumočnicka)

JINÉ

- určitá schopnost práce s informačními technologiemi (znalost práce s PC nebo jiným prostředkem, jenž se k terapii používá)
- kulturní a jazykové podmínky odpovídající tým, které nabízí logoped
- dostupnost „síťového připojení“ (internetu nebo jiného prostoru využívajícího ICT)
- možnost zajištění vhodného prostředí pro průběh terapie

8

PRO JAKÉ KONKRÉTNÍ DIAGNÓZY LZE APLIKOVAT?

Telepractice lze uplatnit pro diagnostikování a terapii široké škály poruch komunikace, napříč všemi věkovými kategoriemi, etnickými i jazykovými skupinami, včetně následujících:

AFÁZIE	ARTIKULAČNÍ PORUCHY
PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	DYSARTRIE
DYSFAGIE	PORUCHY PLYNULOSTI
JAZYKOVÉ A KOGNITIVNÍ PORUCHY	PORUCHY HLASU
VÝVOJOVÉ PORUCHY ŘEČI	REHABILITACE SLUCHU

9

Obr. 53 Kapitola pátá

Obr. 54 Kapitola šestá

JAKÉ VYBAVENÍ JE POTŘEBA?

Stolní počítače či notebooky jsou nutným a finančně nejnáročnějším vybavením pro zajištění videokonferenčního přenosu. Jsou pohodlné pro vzájemné vizuální spojení a manipulaci. Mohou být nahrazeny třeba mobilním telefonem nebo tabletem.



Videokonferenční platformy zajišťují samotný přenos. Jsou to aplikace, které slouží pro samotné spojení mezi terapeutem a jeho klientem. V dnešní době jich máme nepřeberné množství, důležité je ale vybírat podle doplňujících nástrojů.



Nezbytným vybavením je také webová kamera, která zajišťuje přenos obrazu. Díky kameře jsou logopedi schopni zaznamenávat pohyby klientů, včetně detailních záběrů tváře. Na trhu jsou dostupné kamery prodávané samostatně, ty bývají mnohem kvalitnější, nicméně v dnešní době notebooky obsahují kamery, které kvalitou postačí.

Sluchátka s mikrofonom jsou důležitým příslušenstvím pro čistší přenos zvuku. Díky nim je redukována zpětná vazba.



10

Obr. 55 Kapitola sedmá

8. Jak správně vybrat videokonferenční software?

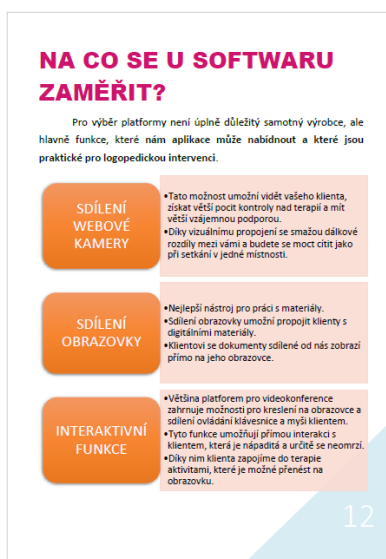
9. Na co se u softwaru zaměřit?

10. Jaké platformy například využít?

Osmá otázka v bodech navrhuje logopedy ke správnému výběru softwaru pro videokonferenční přenos a je úzce spojena s kapitolami následujícími. V deváté kapitole už najdeme konkrétně tři podstatná kritéria, která je potřeba při výběru videokonferenční platformy zohlednit. Díky nim dosáhne telepraxe kýženého efektu jak na straně logopeda, tak i na straně druhé u pacienta. Desátá otázka pak nabízí přehled funkcí čtyř vybraných softwarových platform.



Obr. 56 Kapitola osmá



Obr. 57 Kapitola devátá

11. Jakých zásad je potřeba se držet?

Každá práce vyžaduje zásady pro dosažení očekávaných výsledků. I tady existuje řada principů, které zvyšují pravděpodobnost podařeného video-konferenčního přenosu. Zásady jsou vypsané heslovitě, aby jejich význam byl jednoznačný a nepotřebovaly dalšího vysvětlení.

12. Jak taková terapie ideálně probíhá?

Pro ukotvení představy o tom, jak vypadá průběh terapie formou telepractice. Nachází se tu sedm kroků, které je potřeba uskutečnit před, během a po přenosu.

JAKÉ PLATFORMY NAPŘÍKLAD VYUŽÍT?				
SOFTWARE	ZOOM	Microsoft Teams	SKYPE	GOOGLE MEET
vývojce	Zoom Video Communications	Microsoft	Microsoft	Google
cena	zdarma	zdarma	v rámci předplatného Office 365	zdarma
možnost stáhnout aplikace	ANO	ANO	ANO	ANO
spojení z webového prohlížeče	ANO	ANO	ANO	ANO
sdílení obrazovky	ANO	ANO	ANO	ANO
audio	ANO	ANO	ANO	ANO
kvalita videa	HD	VGA, HD, HD	VGA, HD, HD	HD
sdílení souborů	ANO	ANO (do 500 MB)	ANO (do 300 MB)	ANO (do 200 MB)
možnost bílé tabule	ANO	ANO	NE	NE
nahrávání videopřenosu	ANO	ANO	ANO	ANO

13

Obr. 58 Kapitola desátá

JAKÝCH ZÁSAD JE POTŘEBA SE DRŽET?
Správné fungování telepractice se neobejde principů, které jsou důležitými pilíři terapie na dálku. Bez nich nikdy nedosáhneme očekávaných výsledků.
Zásadami telepractice jsou:
VÝBĚR VHDNÉHO KANDIDÁTA PRO TELEPRACTICE
MÍT VHDNÉ VYBAVENÍ
ZAJISTIT BEZPEČNOST ZÍSKANÝCH INFORMACÍ A OCHRANU SOUKROMÍ (např. vytvoření formuláře k souhlasu využívání telepractice)
ZAJISTIT EFEKTIVITU A SPOLEHLIVOST
ZAJISTIT, ABY FORMA DÁLKOVÉ TERAPIE BYLA NA STEJNÉ ÚROVNI, JAKO SLUŽBY POSKYTOVANÉ TRADIČNÍMI ZPŮSOBY

14

Obr. 59 Kapitola jedenáctá

13. Jak zajistit vhodné prostředí?

Aby přenos nepodléhal nepříznivým vlivům, je potřeba se pokusit vyvarovat faktorům, které jasně popisuje tato dvanáctá kapitola.

JAK TAKOVÁ TERAPIE IDEÁLNĚ PROBÍHÁ?

Průběh terapie v ideálním případě vypadá následovně:

- 1 VHOVNĚ SI ZVOLÍME PROSTŘEDÍ PRO TERAPII A VIDEOKONFERENČNÍ PLATFORMU
- 2 PŘIPRAVÍME SI MATERIÁLY ODPOVÍDAJÍCÍ POTŘEBÁM PACIENTA
- 3 PŘI PROPOJENÍ ZJIŠTÍME, ZDA SE OBE STRANY VZÁJEMNĚ VIDÍ A SLÝŠÍ
- 4 PŘI PRVNÍM KONTAKTU SE PŘIVÍTÁME A POLOŽÍME NEPRVY NĚJAKÉ OBECNÉ OTÁZKY
- 5 CELOU DOBU SE SNAŽÍME UDRŽOVAT OČNÍ KONTAKT A INTERAKTIVNĚ ZAPOJOVAT KLIENTA DO SETKÁNÍ
- 6 POTÉ SE ROZLOUČÍME, UPŘESNÍME DATELÝ PRO PŘÍŠTÍ SETKÁNÍ A ZADÁME ÚKOLY
- 7 POSLEDNÍM BODEM JE ZASLÁNÍ MATERIÁLŮ A INFORMACÍ O PRŮBĚHU TERAPIE NA E-MAIL

15

Obr. 60 Kapitola dvanáctá

JAK ZAJISTIT VHDNÉ PROSTŘEDÍ?

Kromě dostatečně výkonného vybavení je důležité zajistit i prostředí, ve které celá terapie bude probíhat a vyvarovat se rušivým faktorům, které mohou přispívat ke zhoršení kvality celého přenosu. A to jak na straně logopeda, tak i na straně klientů.

- 

HLUK

 - Pro videokonferenční spojení je důležité vyvarovat se zvukům vnějšího okolí.
 - Zvuk je v podstatě nejdůležitějším elementem celého přenosu, proto je vhodné vyhledat odlehlejší místnost nebo místo na málo frekventovaném místě.
- 

ŠPATNÉ OSVĚTLENÍ

 - Zhoršené podmínky osvětlení mají velký vliv na kvalitu obrazu.
 - Pokud osvětlení není dostatečné, obraz je pak velmi temný a osoba na něm není vidět.
- 

ŠPATNÉ INTERNETOVÉ SPOJENÍ

 - Nedostatečné rychlost síťového připojení negativně ovlivňuje kvalitu přenosu.
 - Může docházet k nesouvisitému zvukovému projevu, sekání a zmrtnosti obrazu, a také k výpadkům celého spojení.

16

Obr. 61 Kapitola třináctá

14. Jak telepractice ovlivnila pandemie covid-19?

Pandemie se pro mnohé logopedy stala odrazovým můstkem a hlavním důvodem, proč telepractice začít praktikovat.

15. Shrnutí

Závěrečná kapitola je finální sumarizací všech předcházejících kapitol. Funguje jako výtah podstatných věcí, které by si měl každý čtenář uchovat v paměti, anebo je rychlým způsobem, jak zjistit, o čem celá brožura pojednává.

JAK K VÝVOJI TELEPRACTICE PŘÍSPĚLA PANDEMIE COVID-19?

Pandemie COVID-19 přinesla dramatické změny v mnoha aspektech našeho života. Významně to ovlivnilo poskytování logopedických služeb nejen v České republice, ale i všude po světě.

Díky pandemii si mnoho logopedů uvědomilo potenciál, které služby telepraxe přináší. Ty se staly jedinou možností, jež dokázala vyřešit omezení styku zavedené pro snížení pravděpodobnosti nákazy.

Kromě změn v logopedické intervenci došlo i ke změnám u českých pojišťoven, které se celému nouzovému stavu republiky přizpůsobily a změnily tak systém vyplácení kompenzací za poskytované služby.

Jedinou podmínkou pro klinické logopedy, aby mohli vykázt videokonzultace stejně jako tradiční setkání v ambulanci, je využívat tento výkon pouze u pacientů, které zná a má je ve své dlouhodobé péči již registrované.



17

Obr. 62 Kapitola čtrnáctá

SHRNUTÍ

- ▼ Je to možnost poskytování logopedické terapie prostřednictvím videokonferenčního hovoru.
- ▼ Díky telepraxi se daří bořit vzdálenostní bariéry a ulehčit tak pacientům cestu do ambulance.
- ▼ Limitem telepraxe ale je povinnost hardwarového vybavení, které je náročné na financování, ale i chybějící lidský kontakt.
- ▼ U všech kandidátů pro poskytování telepraxe je potřeba zvážit zda mají dostatečné fyzické, smyslové, komunikační i behaviorální schopnosti.
- ▼ Nutným vybavením pro přenos jsou počítač, webová kamera, sluchátka s mikrofonem, internet a vybraná videokonferenční platforma.
- ▼ Aby přenos nepodléhal nepříznivým vlivům, musíme se pokusit vyvarovat hluchým a špatně osvětleným místům, nebo těm se špatnými internetovými signály.
- ▼ Díky coronavirové pandemii došlo u telepraxe k příznivé změně v její možnosti vykazování u klinických logopedů a hlavně si řada z nich uvědomila potenciál, které telepraxe má.



18

Obr. 63 Shrnutí



Obr. 64 QR kód
kompletním průvodcem telepraxe

7 Poskytování telepractice v logopedii

7.1 Uvedení do problematiky

Nedílnou součástí života se staly různorodé moderní technologie. Jejich mnohdy dechberoucí funkce byly podrobeny největší zkouškou během pandemické situace (covid-19), která velmi významně ovlivnila a pozastavila stereotyp lidské existence napříč kontinenty. Tyto technologie zastaly úlohu mnoha nenahraditelných institucí a jejich využití se objevilo i v dalších oblastech, včetně oblasti logopedické intervence.

Na základě výzkumu čínských autorů Fong, Tsai a Yiu (2020), kteří zmapovali detaily poskytování distanční logopedické péče v Hongkongu, a téměř totožné analýzy přístupu odborníků k dálkové logopedické péči v českých podmínkách (Hrudová, 2020) je možné dokázat vzrůstající zájem a zkušenosti se službami telepractice. Primárním cílem dotazníků (Fong, Tsai a Yiu, 2020 a Hrudová, 2020) bylo prověření postojů a vlastního zájmu logopedů o problematiku distančního poskytování logopedické intervence a dále spokojenost s nastavenými podmínkami a využitím do budoucí praxe.

Towey (2012) mezi prvními popsal trend poskytování logopedických služeb, který se začal objevovat jako standard péče, a začal uvažovat o telepractice jako relevantním způsobu intervence. Towey (2012) také vyvrátil, že by se jednalo o poslední východisko péče v případě, že nic jiného není k dispozici, a uvedl, že webová technologie přináší vysoce personalizované a poutavé aktivity, takže interakce klientů s těmito úkoly se zájmem často pokračuje i nad rámec terapeutických sezení. Durdilová (2014) upozornila na potenciál tohoto novodobého fenoménu v českých podmínkách, jehož využití je potřeba neustále doladovat a uzpůsobovat nejen pro jeho vyšší efektivitu, ale i zachování etické a morální odpovědnosti ze strany poskytovatele.

Důvodem obrovského zájmu jak ze strany odborníků, tak i samotných pacientů či klientů, byla právě krizová situace vyvolaná pandemií covid-19. Opatření byla nastavena tak, aby docházelo k co nejmenšímu osobnímu kontaktu a lidé z vlastní iniciativy přecházeli k využití informačních a komunikačních technologií. „Koleje, do kterých se zdravotnictví po epidemii covid-19 vrátí, nebudou stejné jako ty, ze kterých bylo vykolejeno.“ (Medical Tribune, 2020)

Ještě před samotnou pandemií se tento trend logopedické péče na dálku pomalu začal využívat při intervenci pacientů s afázií. Weidner a Lowman (2020) provedli rešerši literatury z let 2014 až 2019 s cílem nalézt důkazy o proveditelnosti a účinnosti poskytování distančních služeb u pacientů s afázií. Zatloukalová (2019) uvedla přehled současných alternativních možností logopedické intervence na dálku, kdy za cílovou skupinu označila také jedince s difúzním poškozením mozku a komunikační patologií s ním související.

Hall, Boisvert a Steele (2014) zhodnotili na základě dostupných výsledků provedených studií, že efektivita a proveditelnost telepractice ve srovnání s intervencemi uskutečněnými osobně není nijak signifikantně vyšší než služby prováděné skrze informační a komunikační technologie. Podle nich se nejčastěji jednalo o průzkumy spokojenosti a případové studie.

Veverková (2020) svůj zájem zaměřila trochu jiným směrem, a to na bilingvní klientelu, která se z důvodu bydliště v zahraničí nemohla účastnit intervence v ambulanci česky mluvícího logopeda, a porovnávala tak efektivnost a možnosti zmiňované metody po návratu těchto žáků do českého prostředí. V tomto případě šlo o využití distančních služeb na základě vzdálenosti od odborníka, které jsou častým důvodem pro zvolení si intervence formou telepractice.

Z výše uvedeného výčtu dostupných výzkumů v oblasti logopedie lze konstatovat, že nejčastěji se jednalo o využití hodnoticích nástrojů pro subjektivní porovnání intervenčních a konzultačních služeb poskytovaných jednotlivcům prostřednictvím distančních technologií, před nimi a během nich. Obecně ale chybí snaha o vytvoření funkčního konceptu distanční logopedické intervence u jedinců s narušenou komunikační schopností, který by byl plnohodnotně a účelně využíván v logopedické praxi v České

republiky, a tento fakt se stal naším záměrem a východiskem pro vytvoření plnohodnotného výzkumu v této oblasti.

Během příprav výzkumného šetření jsme se rozhodli provádět metody výzkumu kvantitativně a zaměřit se na dané téma objektivně, za podpory názoru přizvaných účastníků výzkumu. A priori jsme vycházeli z výsledků výzkumu čínských autorů Fong, Tsai a Yiu (2020), kteří se zajímali o detaily poskytování distančních logopedických služeb v Hongkongu, a rozhodli jsme se zmapovat zájem o telepractice v českých podmínkách.

Naše dotazníkové šetření pomohlo zanalyzovat služby dálkové logopedické péče v České republice a poskytnout náhled odborníků na poskytování služeb telepractice.

Domníváme se, že zvolené téma je velmi aktuální, živé a umožňuje tak hloubkovou analýzu v dané oblasti. Chceme tak touto publikací poskytnout ucelené informace z oblasti poskytování logopedické péče na dálku jak studentům, pacientům, klientům se speciálními vzdělávacími potřebami, tak i samotným logopedům a dalším zájemcům o tuto problematiku.

7.2 Hlavní a dílčí cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu byla analýza poskytování telepractice v logopedii v České republice. Jak jsme uvedli v úvodních částech textu, v českém prostředí se nejedná o standardně poskytovanou formu logopedické intervence. Zájem telepractice se rapidně zvýšil až v souvislosti s pandemií covid-19, kdy nebylo možné poskytovat logopedickou intervenci klasickou formou.

Hlavní cíl výzkumu jsme operacionalizovali na následující konkrétní dílčí cíle:

- ⇒ Zjistit, jestli logopedi používali telepractice pouze v souvislosti s pandemií covid-19.
- ⇒ Ověřit, zda je anglický ekvivalent „telepractice“ mezi českými logopedy rozšířený.
- ⇒ Zjistit, zda jsou logopedi spokojeni s množstvím podkladů pro telepractice, a následně ověřit jejich další zájem o podrobnější proškolení se v rámci této problematiky.

- ⇒ Analyzovat, do jaké míry je poskytování logopedické péče na dálku pro logopedy srovnatelné s poskytováním běžné logopedické péče.
- ⇒ Analyzovat, s jakými diagnózami (narušenou komunikační schopností) se logopedi při telepractice nejvíce setkávají.

Na základě výše uvedeného hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu jsme stanovili věcné hypotézy, které jsme pro potřeby statistického ověření formulovali na statistické (nulové a alternativní):

H1: Předpokládáme, že již v minulosti (tj. před vypuknutím pandemie covid-19) čeští logopedi měli zkušenost a pracovali prostřednictvím videokonferenčního hovoru.

- ⇒ $H1_0$: Poskytování telepractice v souvislosti s pandemií covid-19 **bylo stejně frekventované** jako před ní.
- ⇒ $H1_A$: Poskytování telepractice v souvislosti s pandemií covid-19 **nebylo stejně frekventované** jako před ní.

H2: Telepractice se vyrovná poskytování přímé logopedické péče.

- ⇒ $H2_0$: Účinnost poskytování telepractice a přímé logopedické péče **je stejně velká**.
- ⇒ $H2_A$: Účinnost poskytování telepractice a přímé logopedické péče **je rozdílná**.

H3: Předpokládáme, že čínští logopedi mají signifikantně vyšší zkušenosti s poskytováním telepractice než logopedi v českých podmínkách.

- ⇒ $H3_0$: Mezi využitím telepractice v čínském¹⁰ a v českém prostředí **není statisticky významný rozdíl**.
- ⇒ $H3_A$: Mezi využitím telepractice v čínském a v českém prostředí **je statisticky významný rozdíl**.

¹⁰ Týká se logopedů-obyvatel města Hongkongu, nikoliv logopedů v celé Číně.

H4: Předpokládáme, že podíl klientů s dyslálií, kterým je poskytována forma telepractice, je signifikantně vyšší než podíl klientů s afázií, kterým je poskytována forma telepractice.

- ⇒ H_{4₀}: Četnost poskytování distančních logopedických služeb **je stejný** u klientů s dyslálií jako u klientů s afázií.
- ⇒ H_{4_A}: Četnost poskytování distančních logopedických služeb **je rozdílný** u klientů s dyslálií a u klientů s afázií.

H5: Předpokládáme, že zájem českých logopedů o školení k problematice telepractice je stejný jako u čínských logopedů.

- ⇒ H_{5₀}: Zájem o školení **je u českých i čínských logopedů stejný.**
- ⇒ H_{5_A}: Zájem o školení **je u českých i čínských logopedů rozdílný.**

7.3 Metoda sběru dat

Pro účely sběru kvantitativních dat jsme zvolili dotazník, který byl distribuován logopedům a zjišťoval jejich postoje a názory na problematiku telepractice.

I přesto, že jsou si autorky publikace vědomy nevýhod, které má dotazníkové šetření (respondentovo subjektivní vnímání účelnosti každé ze zvolených otázek bez možnosti autorova zpřesňujícího dovysvětlení), důvodem realizovaného výzkumu formou dotazníku byla možnost oslovovat širokou škálu respondentů z různých logopedických sektorů, s různou délkou praxe a s různými praktickými zkušenostmi.

Jak bylo uvedeno výše, výchozím dotazníkem pro sběr dat v České republice se stal nestandardizovaný dotazník (dostupný na <https://www.researchgate.net/publication/>) autorů Fong, Tsai a Yiu (2020). Ti se zajímali o detaily poskytování distančních logopedických služeb v Hongkongu a analyzovali, do jaké míry byla telepractice ovlivněna celosvětovou pandemií covid-19. Studie čínských autorů (Raymond Fong, Chun Fung Tsai a Oi Zan Yiu; dále jen studie FTY) byla publikována v červencovém čísle 2020 odborného časopisu *Telemedicine and e-Health*. Cílem této studie bylo prozkoumat zrychlující se rozvoj telepractice v logopedické péči v Hongkongu.

Jejich výzkum probíhal v únoru a březnu 2020. Průvodní dotazník tohoto výzkumu uvádíme v přílohách této publikace.

Zmiňovaný dotazník čínských autorů byl pro potřeby českého prostředí modifikován. Konkrétně se jednalo o položky obsahující terminologii jednotlivých typů narušené komunikační schopnosti. Modifikována byla i položka pracovního zařazení v systému poskytované logopedické intervence.

Dotazník je strukturován do několika na sebe navazujících částí. Logicky vytvořenou strukturu považujeme za podstatnou jak z hlediska interakce s respondentem, tak z hlediska hierarchie dotazníku. Všechny části obsahují 24 nestandardizovaných otázek. Dotazník byl konstruován s ohledem na zkušenost s poskytováním telepractice. To znamená, že žádný z účastníků neměl možnost vyplnit všechny položky.

Iniční část dotazníku oslovuje respondenta, osvětluje podstatu výzkumu a informuje ho o nakládání s daty. Otázky v dotazníku jsou řazeny s ohledem na udržení pozornosti respondentů dle složitosti od těžších k lehčím. Rozhodli jsme se vypustit otázky zjišťující pohlaví a věk respondentů, domníváme se totiž, že by tyto informace neovlivnily výsledky prováděného výzkumu.

První část dotazníku obsahuje otázky demografického typu, skládá se ze 2 polouzavřených otázek a 3 uzavřených. V otázkách zjišťujeme prostředí logopedů pro poskytování logopedické intervence, jejich konkrétní klientelu a také délku jejich praxe. Na rozdíl od původního dotazníku čínských autorů jsme dotazník doplnili o otázku znalostní. Dotazovali jsme se na znalost termínu telepractice. Předpokládali jsme totiž, že někteří odborníci poskytující logopedickou intervenci se s tímto zahraničním pojmem ještě neselekali. Poslední otázkou této části zjišťujeme údaje o tom, jestli respondent poskytoval telepractice. Výběrem odpovědi na tuto otázku respondent určoval směr – pokračování v dotazníku.

Pokud respondent zvolil variantu *ano*, pokračoval do druhé části týkající se samotného poskytování služeb telepractice. Druhá část dotazníku byla tedy určena pouze poskytovatelům služeb telepractice. Tato část obsahovala 7 položek – 4 uzavřené otázky a 3 polouzavřené. Tyto položky byly voleny s cílem charakterizovat poskytované služby danému respondentovi.

V případě, že respondent zvolil u páté otázky variantu *ne*, druhou část zcela přeskočil a byl přepojen do třetí části dotazníku. Třetí část zjišťovala postoje k poskytování distančních logopedických služeb i přesto, že dotazující nikdy nevyzkoušel jejich možnosti. V této části respondent absolvoval 4 otázky – 1 uzavřenou, 2 polouzavřené a 1 otevřenou. Čtvrtá i pátá část dotazníku byla pro všechny respondenty společná.

Čtvrtá část se zaměřovala na možnosti školení, které bylo logopedům v minulosti nabídnuto nebo jimi přímo absolvováno, a také na školení, kterého by se se případně v budoucnu rádi zúčastnili. Tato část měla 2 otevřené otázky.

Poslední, pátá část byla vytvořena za účelem zhodnocení tvrzení týkající se problematiky telepractice. Skládala se z 6 otázek – 4 otázky byly hodnoceny pomocí Likertovy škály, 1 otázka byla uzavřená a 1 otevřená.

Všechny otázky byly zvoleny tak, aby byly jasně strukturované a poskytovaly každému možnost co nejpresnějšího vyjádření. Důvodem zařazení polouzavřených otázek byla potřeba poskytnout respondentům prostor pro sdělení přímé představy o telepractice, zkušeností a myšlenek.

Dotazník byl vytvořen pomocí Google Formuláře a byl distribuován online cestou – nasdílením odkazu mezi facebookové uživatele ve skupinách, které spojuje logopedická problematika. Dále byly dotazníky distribuovány prostřednictvím e-mailů a telefonu. Respondenty jsme zároveň poprosili o rozšíření dotazníku mezi kolegy, kteří logopedickou intervenci poskytují.

7.4 Charakteristika zkoumaného souboru a organizace výzkumu

Za účelem realizace kvantitativního šetření byli osloveni logopedi České republiky. S ohledem na potřebu získat co největší vzorek respondentů jsme se rozhodli oslovit logopedy napříč všemi sektory, ve kterých je logopedická intervence poskytována. Oslovili jsme logopedy v resortu ministerstva zdravotnictví, ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstva práce a sociálních věcí. Konkrétně se jednalo o klinické logopedy v nemocnicích, lázních, soukromých ambulancích, dále logopedy ve školských

poradenských zařízeních a dále logopedy pracující ve střediscích rané péče a stacionářích.

Sběr dat probíhal v listopadu 2020 a zapojilo se do něj 153 respondentů.

7.5 Analýza výsledků získaných výzkumným šetřením

Přehledné grafické zpracování získaných dat poskytly tabulky, grafy výšečové, prstencové, pruhové a grafy stupňové. Z hlediska autenticity jsme se rozhodli odpovědi u otevřených otázek zaznamenat jednotlivě a bez úpravy pravopisu – přesně tak, jak nám byly zaslány.

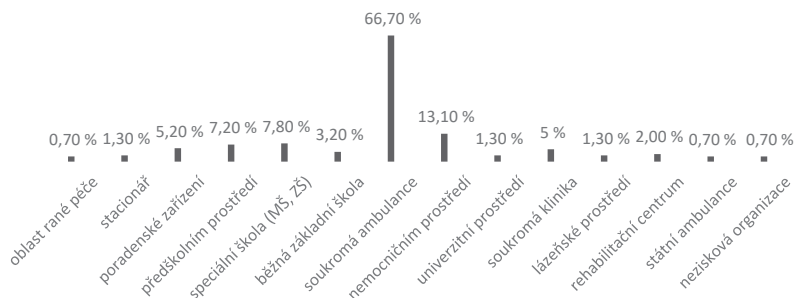
Výsledky studie Fong, Tsai, Yiu (2020) komparujeme se sebranými daty v České republice. Cílem této komparace bylo docílit představy o diferencích poskytování služeb v těchto dvou velmi odlišných kulturách a poskytnout informace o proměně poskytování telepraxe s odstupem několika měsíců téhož roku.

Dotazník našeho výzkumu vyplnilo celkem 153 respondentů. Dotazník autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) vyplnilo celkem 135 logopedů.

Otázka č. 1 analyzovala prostředí, ve kterém respondenti poskytují svoje služby. Výběr možností v dotazníku našeho výzkumu se lišil od původního nabídkou prostředí, ve kterém je v českých podmínkách poskytována logopedická intervence.

První položka dotazníku tedy zahrnovala 11 možností výběru prostředí, kde logopedi poskytují své služby. Každý respondent měl možnost zaškrtnout více než jednu odpověď.

V jakém prostředí momentálně pracujete? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)



Graf 1 Procentuální zastoupení zvoleného prostředí z celkového počtu respondentů

V otázce č. 1 tedy z celkového počtu 153 respondentů tvořili nejpočetnější skupinu logopedi pracující v soukromé ambulanci – 102 (66,7 %) a v nemocničním prostředí – 20 (13,1%).

V grafu č. 1 je uvedeno celkové zastoupení jednotlivých pozic z celkového počtu respondentů vyjádřené v procentech (tj. nejčetnější odpověď si zvolilo 66,7 % respondentů ze všech 153 apod.). Tabulka č. 1 vyjadřuje četnost jednotlivých odpovědí a k nim přiřazenou procentuální hodnotu.

Tab. 1 Prostředí, ve kterém logopedi poskytují své služby

Možnost odpovědi	Četnost odpovědi	Relativní četnost odpovědi v %
v oblasti rané péče	1	0,6 %
ve stacionáři	2	1,1 %
v poradenském zařízení	8	4,5 %
v předškolním prostředí	11	6,2 %
ve speciální škole (MŠ, ZŠ)	12	6,8 %
v běžné základní škole	5	2,8 %
v soukromé ambulanci	102	57,6 %
v nemocničním prostředí	20	11,3 %
v univerzitním prostředí	2	1,1 %
na soukromé klinice	7	4 %
jiné (lázeňské prostředí, rehabilitační centra či ústavy, státní ambulance klinické logopedie, neziskové organizace)	7	4 %
	$\Sigma = 177^*$	$\Sigma = 100 \%$

* Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (153), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

V **otázce č. 2** respondenti vybírali typ narušené komunikační schopnosti u klientů, se kterými se nejvíce setkávají. Nabídka typů narušené komunikační schopnosti byla modifikována v souladu s českou terminologií. Respondenti vybírali z 12 možností a zároveň byla tato otázka polouzavřená, a tím poskytovala možnost doplnění vlastní odpovědi. Tabulka č. 2 znázorňuje četnosti odpovědí v zastoupení jednotlivých typů narušené komunikační schopnosti (včetně výběru specifické možnosti práce s multimodální komunikací).

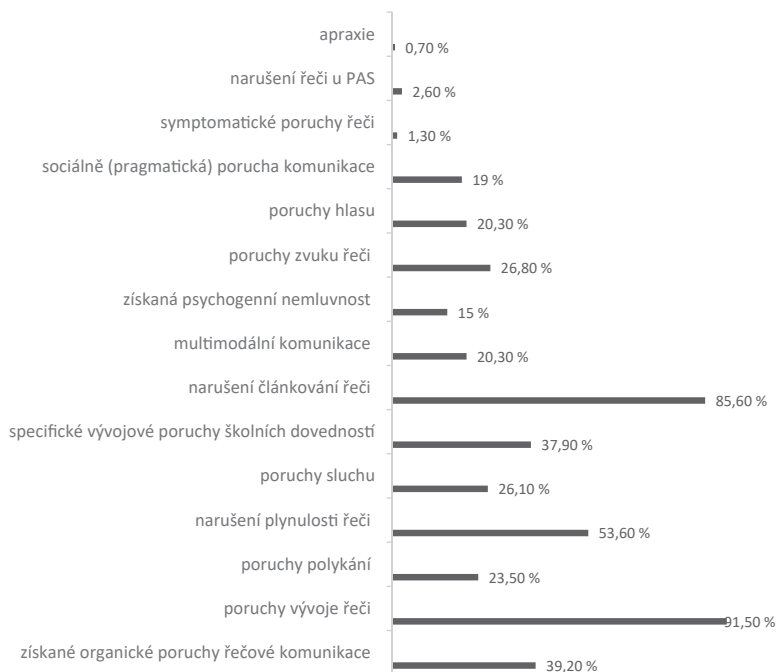
Tab. 2 Přehled typů případů, se kterým se respondenti ve své praxi nejčastěji potýkají

Možnost odpovědi	Četnosti odpovědi	Relativní četnost odpovědi v %
získané organické poruchy řečové komunikace (afázie, syndrom demence a poruch komunikace)	60	8,4 %
poruchy vývoje řeči (opožděný vývoj řeči, dysfázie)	140	19,7 %
poruchy polykání (dysfagie)	36	5,1 %
narušení plynulosti řeči (koktavost, breptavost)	82	11,5 %
poruchy polykání (dysfagie)	40	5,6 %
specifické vývojové poruchy školních dovedností	58	8,2 %
narušení článkování řeči (dysartrie, dyslálie)	133	18,7 %
multimodální komunikace (AAK)	31	4,4 %
získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)	23	3,2 %
poruchy zvuku řeči (rinolálie, palatolálie)	41	5,8 %
poruchy hlasu	31	4,4 %
sociálně (pragmatická) porucha komunikace	29	4,1 %
jiné (symptomatické poruchy řeči, narušení řeči u poruch autistického spektra /PAS/, verbální, orální a fonační apraxie)	7	0,9 %
	Σ = 711*	Σ = 100 %

* Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (153), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi

Z grafu č. 2 vyplývá, že 91,5 % účastníků dotazníku se ve své praxi setkává s poruchami vývoje řeči. Druhým, nejčastěji voleným okruhem narušené komunikační schopnosti (v 85,6 % případů) bylo narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie).

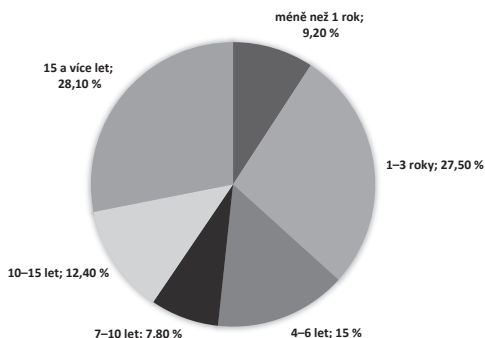
S jakými typy případů se ve své praxi nejčastěji setkáváte?
(Lze vybrat více než jednu odpověď.)



Graf 2 Procentuální zastoupení typů případů z celkového počtu respondentů

Otázka č. 3 analyzovala délku praxe zapojených logopedů. Studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) označila průměrnou délku praxe respondentů jako $8,11 \pm 7,12$ let. Námi získaná data o délce praxe byla převedena do výsečového grafu a zpracována do tabulky, která prezentuje četnost odpovědí a relativní četnost odpovědí v %.

Jaká je délka vaší logopedické praxe?



Graf 3 Délka logopedické praxe respondentů

Tab. 3 Tabulka četnosti odpovědí respondentů o délce jejich praxe

Možnost odpovědi	Četnosti odpovědi	Relativní četnost odpovědi v %	Sloučené kategorie – relativní četnost v %
méně než 1 rok	14	9,2 %	36,7 %
1-3 roky	42	27,5 %	
4-6 let	23	15 %	35,2 %
7-10 let	12	7,8 %	
10-15 let	19	12,4 %	
15 a více let	43	28,1 %	28,1 %
	$\Sigma=153$	$\Sigma=100\%$	$\Sigma=100\%$

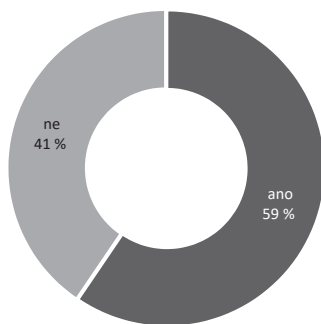
Na základě výše uvedených odpovědí jsme respondenty rozdělili do tří skupin, přičemž 36,7 % uvedlo délku praxe 3 a méně let, 28,1 % uvedlo délku v oboru déle než 15 let a 35,2 % respondentů uvedlo délku praxe 4–15 let.

Čtvrtá otázka našeho dotazníku mapovala znalost termínu telepraxe jako termínu označujícího poskytování dálkových logopedických služeb. V dotazníku studie Fong, Tsai, Yiu (2020) nebyla tato otázka zařazena.

Důvodem zařazení otázky v české modifikaci byla snaha prověřit povědomí anglického ekvivalentu „telepractice“ v českém prostředí.

Graf č. 4 prezentuje počet respondentů, kteří se v minulosti s tímto označením setkali. Ze 153 odpovědí respondentů můžeme usuzovat, že o termínu „telepractice“ nikdy neslyšelo 40,5 %, což odpovídá počtu 62 responzí. 91 respondentů (59,5 %) se už s termínem „telepractice“ setkala.

Už jste někdy slyšel/a o termínu telepractice
jako o názvu poskytování distanční logopedické péče?

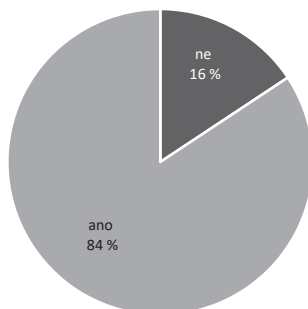


Graf 4 Povědomí o termínu telepractice

Pátá otázka dotazníku analyzovala přímou zkušenost s poskytováním distanční logopedické péče. Výsledky této položky shrnují následující grafy obou studií.

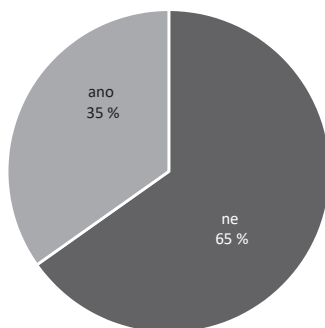
V tabulce č. 4 jsme zachytili srovnání výsledků našeho výzkumu a studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020). Domníváme se, že zajímavou skutečností je také proměna v čase (v poskytování telepractice). Při porovnání odpovědí z obou dotazníků můžeme vyčíst, že ve studii autorů Fong, Tsai, Yiu (2020), která probíhala v měsících březnu a dubnu roku 2020, většina respondentů (88 – 65,2%) odpověděla, že **ještě nikdy telepractice neposkytovala**. V dotazníku našeho výzkumu, který sbíral data během měsíce listopadu téhož roku, většina respondentů (129 – 84,3%) odpověděla, že **už někdy telepractice poskytovala**.

Už jste někdy poskytoval/a logopedickou péči na dálku
(tj. prostřednictvím technického vybavení)?



Graf 5 Zkušenost s poskytováním telepraxe
v českých podmínkách

Výsledky ze studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020)
vztahující se ke stejné otázce o zkušenosti s telepraxí.



Graf 6 Zkušenost s poskytováním telepraxe
v rámci odpovědí v čínské studii

Tab. 4 Porovnání zkušenosti s poskytováním telepraxe

Výsledky dotazníků	ANO	NE	ANO v %	NE v %
Studie čínských autorů	47 ze 135	88 ze 135	34,8%	65,2%
Český výzkum	129 ze 153	24 ze 153	84,3%	15,7%

129 respondentů (v případě studie Fong, Tsai, Yiu 47 respondentů), kteří v otázce č. 5 odpověděli „ano“, (tj., že v minulosti poskytovali distanční logopedické služby), pokračovali vyplňováním do následující části dotazníku se sedmi otázkami k upřesnění poskytování telepraxe.

Šestá otázka analyzovala odpovědi respondentů o době, po kterou se věnují poskytování telepraxe. Nejčtenější odpovědí našeho výzkumu bylo 3–12 měsíců, kterou zvolilo 78 respondentů (60,5 %). Druhou odpovědí v pořadí bylo poskytování telepraxe v délce méně než 3 měsíců, kterou si zvolilo 45 respondentů (34,9 %).

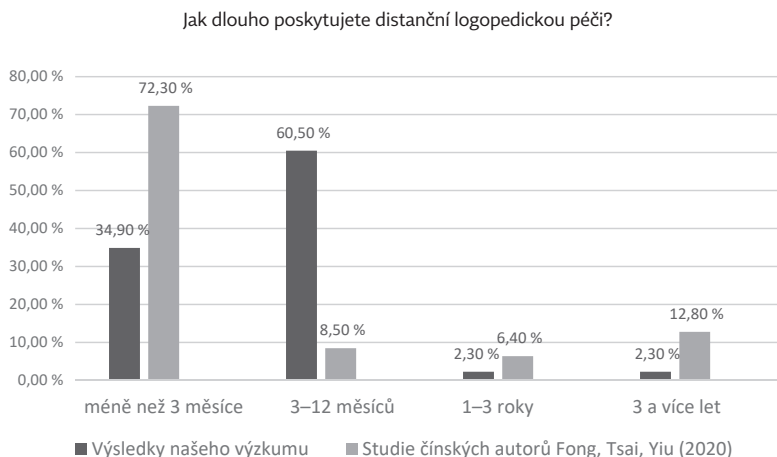
Nejčtenější odpovědí studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) byla odpověď méně než 3 měsíců zvolená 34 respondenty (72,3 %). Domníváme se, že pokud by byl dotazník distribuován čínskými autory ve stejném měsíci, kdy probíhala distribuce českého dotazníku, délka poskytování služeb telepraxe a četnost odpovědí by se proměnila. Svoji roli na poskytování telepraxe totiž bezesporu sehrála na začátku roku 2020 první vlna pandemie covid-19.

Druhou nejčastější odpovědí této otázky byla u studie Fong, Tsai, Yiu volena odpověď déle než 3 roky, a to 6 respondenty (12,8 %). Další konkrétní četnosti jsou zobrazeny v tabulce č. 5, a to jak z dostupných výsledků studie Fong, Tsai, Yiu, tak i z výsledků našeho výzkumu.

Tab. 5 Délka poskytování telepraxe

Délka poskytování telepraxe	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
méně než 3 měsíce	34	72,3 %	78	34,9 %
3–12 měsíců	4	8,5 %	45	60,5 %
1–3 roky	3	6,4 %	3	2,3 %
3 a více let	6	12,8 %	3	2,3 %
	$\Sigma = 47$	$\Sigma = 100 \%$	$\Sigma = 129$	$\Sigma = 100 \%$

Graf č. 7 porovnává výsledky obou výzkumů na otázku „Jak dlouho poskytujete distanční logopedickou péči?“

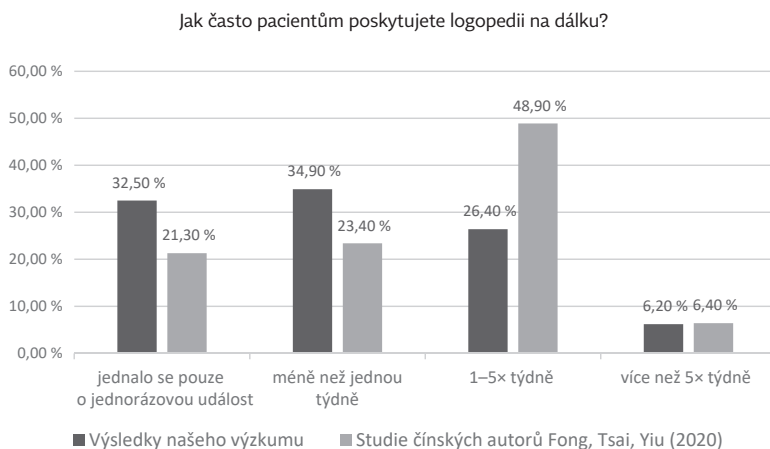


Graf 7 Porovnání délky poskytování telepraxe

Otázka č. 7 se zaměřovala na četnost poskytování telepraxe jednotlivým klientům během jednoho týdne. 45 respondentů (34,9%) uvedlo, že poskytují telepraxe svým klientům/pacientům méně než jednou týdně. U 42 respondentů (32,6%) se jednalo pouze o jednorázovou událost.

Graf č. 8 ukazuje výsledky šetření našeho výzkumu v porovnání s výsledky studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020). Nejvyšší četnosti u studie Fong, Tsai, Yiu (2020) dosahuje poskytování distanční logopedické péče 1–5× týdně (tuto odpověď volilo 23 respondentů ze 47 – 48,9% dotázaných).

Poskytování telepraxe méně než jednou týdně a poskytování telepraxe jako „jednorázovou záležitost“ mělo u studie Fong, Tsai, Yiu (2020) velmi vyrovnaných výsledků – 21,3% (jednorázová záležitost zvolena 10 respondenty ze 47) a 23,5% (poskytování telepraxe „méně než jednou týdně“ si zvolilo 11 respondentů ze 47). Takto vyrovnané výsledky vyšly i u našeho výzkumu (42 ze 129 pro jednorázovou záležitost a 45 ze 129 pro méně než jednou týdně).



Graf 8 Porovnání frekvence poskytování telepraxe

Tabulka č. 6 obsahuje konkrétní četnosti frekvencí poskytování telepraxe studie Fong, Tsai, Yiu (2020) i z výsledků našeho výzkumu.

Tab. 6 Frekvence poskytování telepraxe

Frekvence poskytování telepraxe	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
jednalo se o jednorázovou událost	10	21,3 %	42	32,5 %
méně než jednou týdně	11	23,4 %	45	34,9 %
1–5× týdně	23	48,9 %	34	26,4 %
více než 5× týdně	3	6,4 %	8	6,2 %
	Σ = 47	Σ = 100 %	Σ = 129	Σ = 100 %

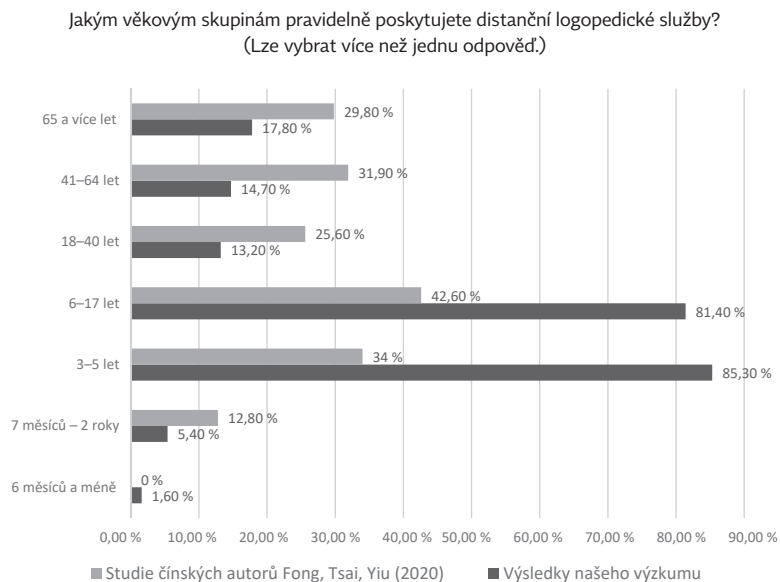
Otázka č. 8 se dotazovala respondentů na konkrétní věk pacientů/klientů, kterým telepraxe poskytují. Respondenti měli možnost mnohočetného

výběru. Čeští logopedi nejčastěji poskytují telepraxice věkové skupině 3–5 let, kterou zvolilo 110 respondentů ze 129. Následovala pak starší věková skupina 6–17 let, kdy si tuto možnost zvolilo 105 respondentů ze 129.

V našem výzkumu respondenti využili všech nabízených možností, tedy že telepraxice poskytují všem zmíněným věkovým skupinám – od těch úplně nejmladších (6 měsíců a méně) po ty přesahující věkovou hranici 65 let.

Výzkum čínských autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) v této otázce dosáhnul velmi podobných výsledků jako u studie české. Kategorie 6–17 let se stala nejčetnější skupinou (ta byla vybrána 20 respondenty ze 47). Druhou pak byla věková skupina 3–5 let (tu volilo 16 respondentů ze 47). Žádný respondent čínské studie Fong, Tsai, Yiu (2020) nevybral možnost poskytování péče věkové skupině mladší 6 měsíců.

Graf č. 9 poskytuje srovnání výsledků odpovědí obou studií na otázku „Jakým věkovým skupinám pravidelně poskytujete distanční logopedické služby?“. Respondenti mohli vybrat více než jednu odpověď. Tabulka č. 9 obsahuje výsledky četností obou studií včetně jejich relativních četností.



Graf 9 Porovnání věku klientů/pacientů, kterým je telepraxice poskytována

Tab. 7 Věkové skupiny, kterým je poskytována telepractice

Věkové kategorie	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
6 měsíců a méně	0	0 %	2	0,7 %
7 měsíců – 2 roky	6	7,2 %	7	2,5 %
3–5 let	16	19,3 %	110	38,9 %
6–17 let	20	24,1 %	105	37,1 %
18–40 let	12	14,4 %	17	6 %
41–64 let	15	18,1 %	19	6,7 %
65 a více let	14	16,9 %	23	8,1 %
	$\Sigma = 83^*$	$\Sigma = 100 \%$	$\Sigma = 283^{**}$	$\Sigma = 100 \%$

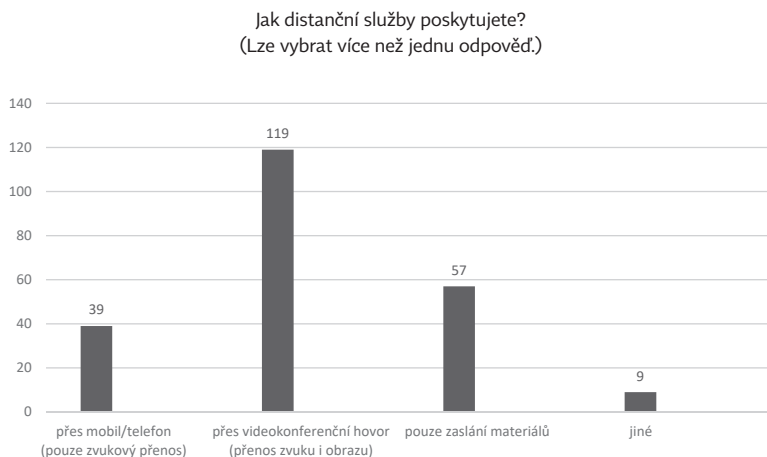
* Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (47), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

** Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (129), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

Devátá otázka se zaměřovala na to, jakým způsobem je telepractice poskytována. Na výběr měli respondenti 3 možnosti, přičemž mohli vybrat jejich libovolný počet. Respondentům byl dán prostor pro vlastní odpovědi v případě, že se ani s jednou z odpovědí neztotožňovali.

Z analýzy dat českého výzkumu vyplynulo, že nejvíce logopedi využívají možnosti přenosu přes videokonferenční hovor (92,2 % respondentů), kde je kromě zvuku dostupný i přenos obrazu. Druhým způsobem telepractice bylo zvoleno zasílání materiálů e-mailem (44,2 % respondentů), někteří z respondentů pak doplnili, že šlo o audionahrávky či instruktážní videa. Pouze zvukový přenos vybralo 30,2 % respondentů a poslední možnost „jiné“ 7,2 %.

Graf č. 10 ukazuje zastoupení jednotlivých odpovědí. Tabulka č. 8 přibližuje jednotlivé odpovědi, které respondenti vyplnili v rámci možnosti „jiné“. Tabulka č. 9 vyjadřuje četnost jednotlivých odpovědí a k nim přiřazenou procentuální hodnotu.



Graf 10 Způsoby poskytování telepraxe

Odpovědi 8 respondentů, kteří vybrali možnost „jiné“ a blíže ji specifikovalo, uvádíme v následující tabulce:

Tab. 8 Konkrétní odpovědi respondentů, kteří vybrali možnost „jiné“ u otázky č. 9

respondent 1	„V podstatě vše co je dostupné, i ve videohovorech používám různé programy ...“
respondent 2	„vždy k výše uvedeným přidávám i zasílání materiálů“
respondent 3	„Distanční terapii neposkytujeme pravidelně“
respondent 4	„popis terapeutických postupů v emailu“
respondent 5	„Poskytování materiálů mailem k doplnění videoterapie“
respondent 6	„videohovor následně doplněn zasláním materiálů, či videotréninků“
respondent 7	„Email, zasílání materiálu a informací“
respondent 8	„Posouzení nahrávek dítěte“

Tab. 9 Způsoby poskytování telepractice

Věkové kategorie	Četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí
přes mobil/telefon	39	17,4 %
přes videokonferenční hovor	119	53,1%
pouze zaslání materiálů	57	25,5 %
jiné	9	4 %
	$\Sigma = 224^*$	$\Sigma = 100\%$

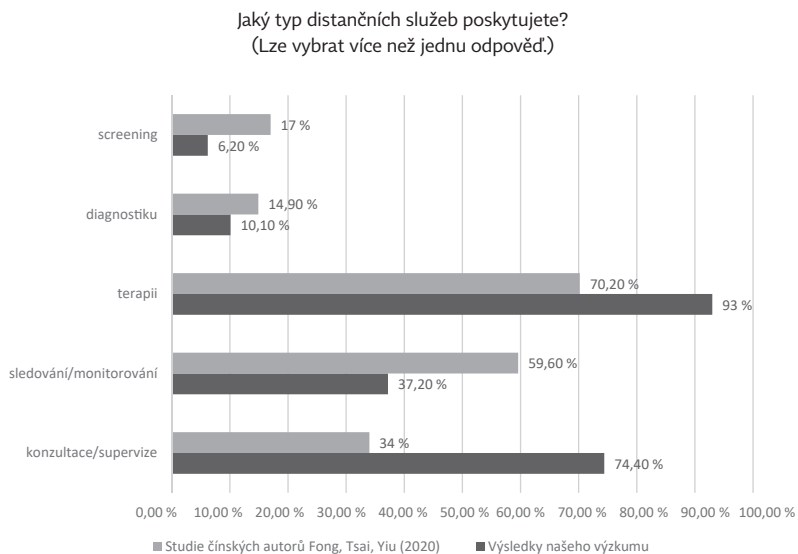
* Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (129), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

Desátá otázka byla koncipována tak, aby analyzovala způsob zprostředkovávání telepractice. Respondenti měli na výběr z pěti možností a šlo označit více než jednu odpověď. 93 % logopedů v českém prostředí se hlásí ke zprostředkovávání telepractice za primárním účelem terapie. Následuje využívání telepractice pro konzultace nebo supervize, což označilo 74,4 % dotázaných logopedů. Dále se 37,2 % respondentů hlásilo k možnosti pouhého sledování či monitorování klientů/pacientů.

Výsledky studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) prokázaly, že nejvyšší zájem v souvislosti s poskytováním telepractice je o terapii (zvoleno 70,2 % respondenty) a následně o monitoring klientů/pacientů (zvoleno 59,6 % respondenty).

Graf č. 11 porovnává výsledky obou studií. Největší zastoupení v obou studiích měla služba terapie. Nejmarkantnější rozdíl byl v možnosti nabízených konzultačních služeb ve prospěch českých logopedů, kteří tuto odpověď zvolili jako druhou nejčtetnější. Nejméně využívanou odpovědí v obou studiích byla služba screeningu a diagnostiky. Respondenti pro tuto úroveň logopedické intervence pravděpodobně upřednostňují osobní setkání.

Jednotlivé výsledky odpovědí zároveň vypovídají (v resortu ministerstva zdravotnictví) o možnostech proplácení vykonaných dálkových služeb pojistovkami v České republice. Finanční ohodnocení je možno uplatnit na konzultační a terapeutické služby.



Graf 11 Porovnání poskytovaných služeb v rámci telepraxe

Tabulka č. 10 porovnává četnosti odpovědí studie Fong, Tsai, Yiu a našeho výzkumu včetně jejich procentuálního zobrazení. Poskytování možnosti screeningu zaznačil v obou dvou výzkumech stejný počet respondentů (tj. 8).

Tab. 10 Poskytované služby v rámci telepractice

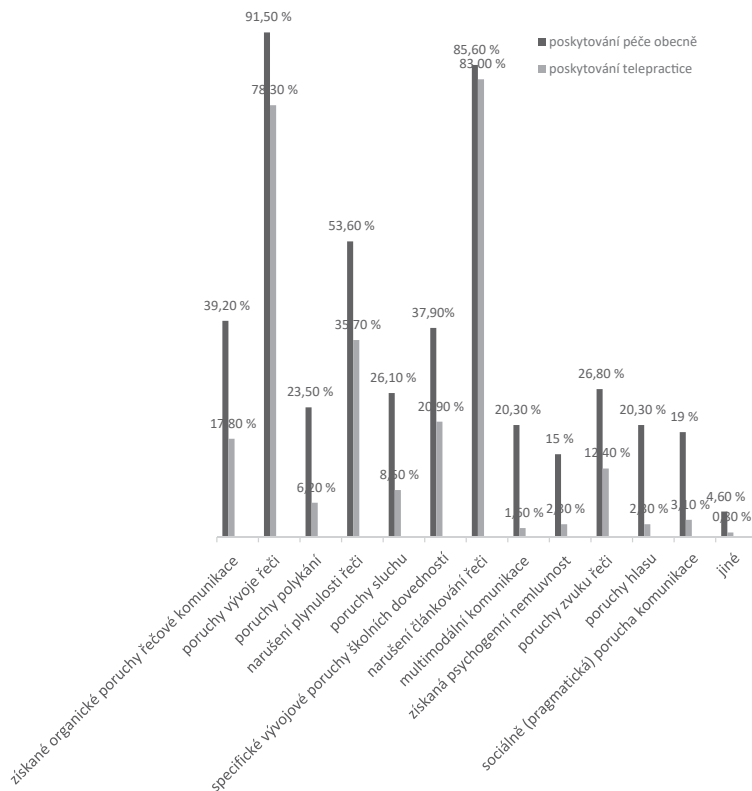
Služba	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
screening	8	8,7%	8	2,8%
diagnostika	7	7,6%	13	4,6%
terapie	33	35,9%	120	42,1%
sledování/ monitorování	28	30,4%	48	16,8%
konzultace/ supervize	16	17,4%	96	33,7%
	$\Sigma = 92^*$	$\Sigma = 100\%$	$\Sigma = 285^{**}$	$\Sigma = 100\%$

* Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (47), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

** Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (129), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

Jedenáctá otázka sbírala data o jednotlivých klientech s narušenou komunikační schopností, kterým je telepractice poskytována. Výběr odpovědí nebyl omezen pouze na jednu, respondenti mohli volit více položek. Nejčastější zastoupení měly poruchy vývoje řeči (78,3%) a narušení článkování řeči (83%). Graf č. 12 zobrazuje proměnu četnosti případů, se kterými logopedi pracují během své přímé práce a během telepractice. Výskyt konkrétních typů narušené komunikační schopnosti zůstal zpravidla stejný, snížila se jen četnost obecně (více viz graf 12). Telepractice je v českých podmínkách poskytována stejnému zastoupení klientů s narušenou komunikační schopností jako v běžné praxi.

S jakými typy případů se ve své praxi nejčastěji setkáváte?
(Lze vybrat více než jednu odpověď.)



Graf 12 Porovnání typů případů s výsledky otázky č. 2

Tabulka č. 11 sumarizuje data z jedenácté otázky a poskytuje přehled četnosti zastoupení jednotlivých typů narušené komunikační schopnosti.

Tab. 11 Přehled četnosti typů případu pro poskytování telepraxe v českých podmínkách

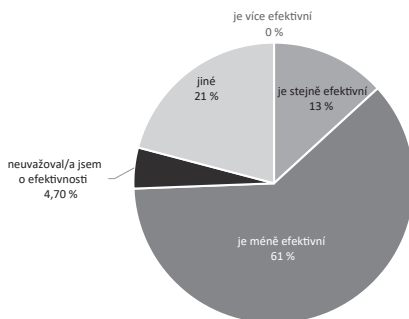
Možnost odpovědi	Četnosti odpovědí	Relativní četnost odpovědí v %
získané organické poruchy řečové komunikace (afázie, syndrom demence a poruch komunikace)	23	6,5 %
poruchy vývoje řeči (opožděný vývoj řeči, dysfázie)	101	28,7 %
poruchy polykání (dysfagie)	8	2,3 %
narušení plynulosti řeči (koktavost, breptavost)	46	13 %
poruchy polykání (dysfagie)	11	3,1 %
specifické vývojové poruchy školních dovedností	27	7,7 %
narušení článkování řeči (dysartrie, dyslálie)	107	30,4 %
multimodální komunikace (AAK)	2	0,6 %
získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)	3	0,9 %
poruchy zvuku řeči (rinolálie, palatolálie)	16	4,5 %
poruchy hlasu	3	0,9 %
sociálně (pragmatická) porucha komunikace	4	1,1 %
jiné*	1	0,3 %
	Σ = 352**	Σ = 100 %

* Videokonzultace s rodiči potřebných dětí – dispensární péče.

** Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (129), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

Otázka č. 12 se zabývala postojem dotazovaných logopedů na efektivnost telepraxe. Konkrétně jsme zjišťovali, zda logopedi považují poskytování telepraxe za více efektivní, stejně efektivní či méně efektivní, než je standardní přímá práce s klientem. Respondenti měli možnost vybrat variantu „neuvažoval/a jsem o efektivnosti“ nebo možnost „jiné“.

Co si obecně myslíte o účinnosti poskytování telepractice
ve srovnání se standardní přímou prací?



Graf 13 Účinnost poskytování telepractice

Graf č. 13 vyobrazuje zvolené odpovědi na otázku „Co si myslíte o účinnosti poskytování telepractice ve srovnání se standardní přímou prací?“. Nejčtenější odpovědí byla „menší efektivnost“. Tuto variantu konkrétně volilo 79 respondentů (61,2 %). 27 respondentů vybralo možnost „jiné“ (20,9 %). Odpovědi z položky „jiné“ jsme zapracovali do tabulky č. 12.

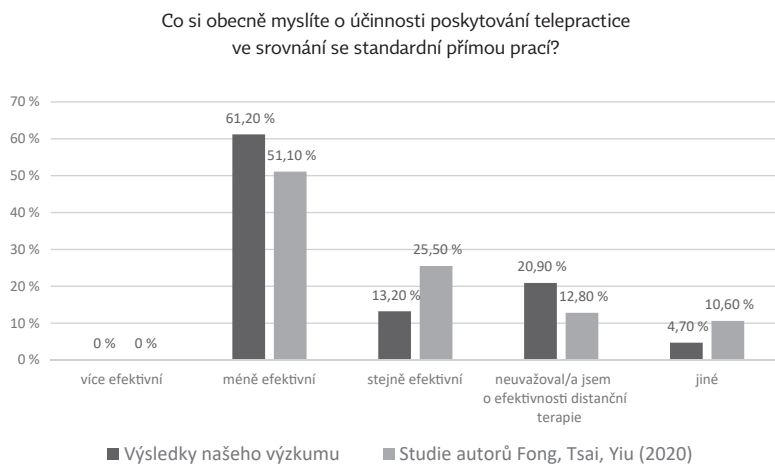
Tab. 12 Konkrétní odpovědi respondentů, kteří vybrali možnost „jiné“ u otázky č. 12

respondent 1	„Je doplňkem prezenční formy terapie, pokud není tato z nějakého důvodu možná“
respondent 2	„kvalitně nelze v našem oboru takto pracovat, zejména u těžších dg.“
respondent 3	„pouze jako doplněk přímé ILP – flexibilní konzultace v reálném čase“
respondent 4	„myslím, že je stejně efektivní jako doplněk přímé práce. Pokud by byla jen online terapie bez kombinace s přímým kontaktem, byla by spíše méně efektivní.“
respondent 5	„Zcela nenahradí přímou práci, ale v jistých situacích může nesmírně pomoci.“
respondent 6	„Je stejně efektivní pouze u některých diagnóz – lehčí typy afázie. U apraxie, těžké dysartrie je efektivita menší.“

respondent 7	„Může být stejně efektivní, ale příprava se liší. Je třeba přemýšlet v souvislostech s technickým vybavením.“
respondent 8	„Je k ničemu“
respondent 9	„záleží na konkrétním klientovi“
respondent 10	„jen doplňkově, nelze jí nahradit přímou terapií v ambulanci“
respondent 11	„Logopedickým ambulancím byla povolena na jaře v nouzovém stavu. Dle mého názoru je neefektivní. Pozornost dítěte je lehce odklonitelná; přes běžné technické vybavení (notebook) chybně slyšíte sykavky, tudíž dle mého názoru je osobní setkání nenahraditelné.“
respondent 12	„Je stejně efektivní pro určité děti, někomu teleterapie prostě nesedí, nesoustředí se, záleží na každém dítěti. U dospělých může být zcela stejně efektivní.“
respondent 13	„Případ od případu“
respondent 14	„je více efektivní než práce logopeda v roušce se štítem a za zástěnou...“
respondent 15	„Záleží na konkrétním případě, u některých se velmi osvědčila, u některých bez většího efektu.“
respondent 16	„Nelze říci obecně, u někoho je stejně efektivní, u někoho méně“
respondent 17	„je méně efektivní, ale je výborný prostředek jako doplňková terapie“
respondent 18	„Jediné úskalí distanční terapie je dle mého názoru a zkušenosti nekvalitní přenos zvuku, to je v mé práci klíčové – např. při zpětné vazbě při výslovnosti sykavek jde o nuance, které technika nezvládala... Jinak po obsahové stránce jsme zvládli vše :-“
respondent 19	„Je to nouzové řešení v čase pandemie. Nemůže se jednat o plnohodnotný nástroj Diagnostiky a terapie narušené komunikační schopnosti.“
respondent 20	„Efektivita záleží na schopnosti dítěte spolupracovat, pokud pracuje hezky v přímé péči v ambulanci, pak většinou není problém ani s prací distanční. S nespolupracujícími dětmi je distanční péče spíše konzultace pro rodiče.“
respondent 21	„záleží na prostředcích, které můžeme k online terapii využít a také na věku dítěte a spolupráci rodičů. Pro některé děti s dyslálií mohou být ve fázi fixace a automatizace stejně efektivní zatímco u dítěte s OVŘ méně efektivní. Také hraje roli, zda rodiče u terapie online asistují dětem s materiály.“
respondent 22	„vzhledem ke krátkodobosti poskytování nelze zatím porovnávat účinnost“
respondent 23	„Záleží na jedinci, nelze zobecnit“

respondent 24	„Mně osobně to nevyhovuje. Chybí mi kontakt. Možná kdyby byla zajištěna větší kvalita obrazu z klientovy strany, dalo by se o pravidelnosti více uvažovat. Ale pro mě to prostě není vhodný styl práce.“
respondent 25	„Záleží na jedinci, ale obě strany jsou většinou spokojené“
respondent 26	„Záleží na pacientovi“
respondent 27	„Je doplňkem prezenční formy terapie, pokud není z nějakého důvodu možná“

Pro srovnání náhledu na efektivnost telepraxe mezi účastníky našeho výzkumu a výzkumu čínských autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) jsme výsledky přenesli a porovnali do grafu č. 14. Nikdo z dotazovaných nepovažuje distanční terapii za efektivnější ve srovnání se standardním poskytováním logopedické péče. Naopak nejvyšší podíl v obou případech tvoří skupina, která považuje telepraxe za méně efektivní.



Graf 14 Porovnání odpovědí respondentů obou studií o efektivitě telepraxe

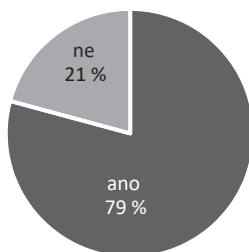
Tab. 13 Porovnání odpovědí respondentů obou studií o efektivitě telepractice

Efektivita telepractice ve srovnání s přímou prací	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
více efektivní	0	0 %	0	0 %
stejně efektivní	12	25,5 %	17	13,2 %
méně efektivní	24	51,1 %	79	61,2 %
neuvažoval/a jsem o efektivnosti distanční terapie	6	12,8 %	6	4,7 %
jiné	5	10,6 %	27	20,9 %
	$\Sigma = 47$	$\Sigma = 100 \%$	$\Sigma = 129$	$\Sigma = 100 \%$

Otázky č. 13–16 vyplňovali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 5 zvolili odpověď „ne“ – tedy nikdy neměli možnost si vyzkoušet poskytování dálkové logopedické péče. Tyto otázky byly zaměřeny tak, aby prošetřily jejich současný postoj k telepractice, proč se případně jeho poskytování vyhýbají, čeho se nejvíce obávají nebo co jim nevyhovuje.

Na otázku č. 13 „Máte povědomí o možnosti distančního poskytování logopedické péče?“ odpovědělo kladně 79,2 % respondentů (19/24). Zbýlých 20,8 % (5/24) o této možnosti ještě neslyšelo. Odpovědi na tuto otázku vizualizujeme v grafu č. 15.

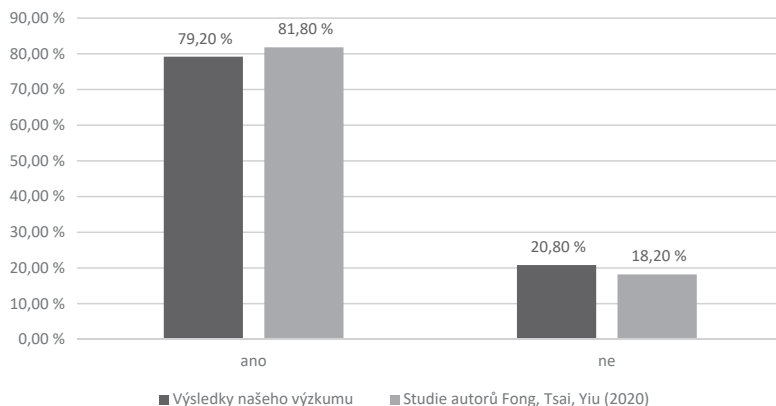
Máte povědomí o možnosti distančního poskytování logopedické péče?



Graf 15 Povědomí o poskytování telepraxe

Povědomí o možnostech poskytování distanční logopedické péče ve studii Fong, Tsai, Yiu (2020) je podobné jako u našeho výzkumu. Ve studii Fong, Tsai, Yiu (2020) na otázku odpovídalo 88 respondentů a 72 z nich (81,8 %) odpovědělo kladně, zbylých 16 respondentů (18,2 %) záporně. Porovnání četností obou studií poskytuje graf č. 16.

Máte povědomí o možnosti distančního poskytování logopedické péče?



Graf 16 Porovnání povědomí o poskytování telepraxe u obou studií

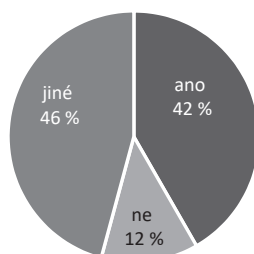
Tabulka č. 14 přehledně zobrazuje uvedená data obou studií i s jejich relativní četností.

Tab. 14 Uvědomování si poskytování dálkové péče v logopedii

Uvědomování si poskytování dálkové péče v logopedii	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
ano	72	81,8 %	19	79,2 %
ne	16	18,2 %	5	20,8 %
	$\Sigma = 88$	$\Sigma = 100 \%$	$\Sigma = 24$	$\Sigma = 100 \%$

Otázkou č. 14 jsme se logopedů dotazovali, jestli si myslí, že distanční péče může být aplikována v oblasti logopedie. Konkrétně byla tato otázka položena jen těm logopedům, kteří zodpověděli, že nikdy telepractice neposkytovali. Přehled jednotlivých odpovědí sumarizuje graf č. 17 a tabulka č. 16. Možnost „ano“, tedy že si respondenti myslí, že je možné distanční služby v logopedii aplikovat, vybralo 10 dotazovaných z 24 (41,7%). Možnost „ne“ si zvolili 3 respondenti, kteří tvořili 12,5 % ze všech dotazovaných. Možnost „jiné“ zvolilo nejvíce respondentů, a to 11 ze 24. Tvořili tak majoritní část odpovědí této otázky (45,8 %).

Myslíte si, že distanční péče může být aplikována v oblasti logopedie?



Graf 17 Aplikování distanční péče v oblasti logopedie

Jednotlivé specifické odpovědi k otázce č. 14 jsme vepsali do tabulky č. 15, kde je přehled všech respondentů, kteří vybrali možnost „jiné“.

Tab. 15 Konkrétní odpovědi respondentů, kteří vybrali možnost „jiné“ u otázky č. 14

respondent 1	„Spis sociální podpora než faktická terapie funkce“
respondent 2	„záleží na diagnóze a na dítěti“
respondent 3	„V některých případech“
respondent 4	„velmi individuální otázka, záleží, komu je péče poskytována a o jakou diagnózu se jedná“
respondent 5	„Preferuji osobní setkání, pokud to není možné, je lepší aplikovat alespoň distanční formu logopedie“
respondent 6	„Částečně“
respondent 7	„pouze v některých konkrétních případech“
respondent 8	„záleží na dítěti“
respondent 9	„Záleží na druhu NKS“
respondent 10	„s velkými obtížemi, z vlastní zkušenosti“
respondent 11	„Ano, ale pouze ve výjimečných případech (viz současná situace).“

Tab. 16 Aplikace distančních služeb v logopedii

Možnost odpovědi	Četnosti odpovědi	Relativní četnost odpovědi v %
ano	10	41,7 %
ne	3	12,5 %
jiné	11	45,8 %
	$\Sigma = 24$	$\Sigma = 100 \%$

Otázkou č. 15 jsme se dotazovali na konkrétní vybavení, materiály či podmínky, kterých je potřeba k poskytování distančních logopedických služeb. Tato otázka byla otevřená, takže každý z respondentů měl možnost odpovědět podle svých představ a postojů. Nedostatek této otázky vidíme v tom, že nebylo možné se na jednotlivé názory respondentů doptat, aby mohly být přesněji specifikovány. Přehled všech odpovědí poskytuje tabulka č. 17.

Tab. 17 Konkrétní odpovědi respondentů v otevřené otázce č. 15

respondent 1	„Kvalitní připojení, počítač s kamerou, místnost, ve které bude logoped, aby v ní nebylo příliš mnoho věcí, co by odváděly pozornost, osvětlení místnosti“
respondent 2	„Nic nenahradí osobní kontakt, pokud není možný, určitě je důležité vhodné vybavení – výkonný pc s web kamerou, připojení k internetu, pečlivý příprava a přístup logopeda“
respondent 3	„Mikrofon“
respondent 4	„počítač/tablet, telefon, dobré Wi-Fi připojení, tiskárna pro vytisknutí materiálů na logopedii, klid v místnosti“
respondent 5	„Kvalitní připojení, spolupráce také s rodiči“
respondent 6	„Počítač“
respondent 7	„kvalitní internetové připojení a vybavení PC“
respondent 8	„internet, webkamera“
respondent 9	„Záleží na vadě řeči, to by bylo na slohovou práci.“
respondent 10	„Nedokáži zodpovědět“
respondent 11	„Webkamera, dobrý přenos zvuku“
respondent 12	„Nemám zkušenost, netuším“
respondent 13	„zvážit efektivnost pro daného klienta“
respondent 14	„Internet, IT vybavení, vhodné prostředí“
respondent 15	„–“
respondent 16	„kvalitní PC“
respondent 17	„kvalitní pc a rychlý internet“
respondent 18	„Důležité je, aby obě strany měly technické zázemí, možnosti a především chuť pracovat skrz online prostředí“
respondent 19	„Na kvalitu komunikace s rodiči, kteří jsou schopni dopředu zajistit požadovaný materiál. Dále na kvalitní spolupráci s rodičem během terapie. Stabilní internetové připojení.“
respondent 20	„technické vybavení a spolupráce rodiče“
respondent 21	„Kvalitní technické vybavení, přítomnost rodiče“
respondent 22	„Určitě mikrofon, kvalitní kamera, stabilní internetové připojení“
respondent 23	„počítač, kamera, dobré připojení“
respondent 24	„Technická vybavenost“

Nejfrekvencovanější volnou odpovědí respondentů na **otázku č. 15** byla potřeba technického vybavení (respondenti zmiňovali počítač, webkameru

a mikrofon). Důležitým faktorem pro logopedy je stabilita internetového připojení, která má velký vliv na samotný přenos obrazu i zvuku. Kromě toho považovali logopedi za důležitou součást terapie i spolupráci a přítomnost rodiče (popřípadě jiné pečující osoby), který v případě jakýchkoliv problémů či nejasností může pomoci.

Otázka č. 16 mapovala důvody logopedů, kteří ještě neposkytovali logopedické služby na dálku. Vybírat šlo z více než jedné odpovědi včetně možnosti vysvětlení vlastní odpovědi při výběru „jiné“. Nejvíce respondentů ($n=14$) vypovědělo, že hlavním důvodem pro neposkytování telepraxe je absence fyzického kontaktu, který považují při logopedické intervenci za klíčový. Druhou nejčastější odpovědí ($n=9$) byl nevhodný věk pro poskytování logopedické intervence na dálku či typ pacienta/klienta. Tabulka č. 18 poskytuje jednotlivé odpovědi respondentů, kteří zvolili možnost „jiné“.

Tab. 18 Konkrétní odpovědi respondentů, kteří vybrali možnost „jiné“ u otázky č. 16

respondent 1	„Pokyny zaměstnavatele“
respondent 2	„Ambulance je otevřená, všichni dodržují zavedená opatření. Proto nemám důvod.“
respondent 3	„Problematika ze stran pojišťoven – neumožňují poskytování online terapií v běžném režimu, terapie nejsou také dostatečně propláceny“
respondent 4	„U pacientů s těžkou poruchou jazyka pracuji často pomocí neverbálních úloh, ke kterým potřebuji konkrétní pomůcky – nelze tedy pracovat přes internet, dále potřebuju reagovat a upravovat přístup k terapii dle aktuálního stavu klienta, nelze vždy postupovat podle předem vytvořeného planu“
respondent 5	„v mém zaměstnání to není potřeba, děti jsou zde na pobytu“
respondent 6	„Přenos zvuku není tak dobrý, abych si mohla být jistá, že dítě (v případě dyslálie) vyslovuje danou hlásku skutečně správně, nepoznám, kam směřuje výdechový proud, nevidím, co přesně dělá s mluvidly atd. U ostatních diagnóz musí člověk mít velký herecký talent, aby dokázal dítě zaujmout a udržet u obrazovky, přimět ho ke spolupráci do té míry, že logopedie bude mít nějaký efekt.“
respondent 7	„Zatím nebylo potřeba logopedii na dálku s nikým praktikovat, ordinace je stále otevřená a klienti chodí.“

V případě studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) byla nejčastěji volena odpověď odpovídající věku nebo typu diagnózy / narušené komunikační schopnosti pacienta/klienta, a to konkrétně v případě 83 % z respondentů, tedy 73 z 88. Dalším faktorem pro vyhýbání se poskytování telepraxe byl nedostatek podpůrných zdrojů či školení – a to v 55,7 % dotazovaných (49 respondentů z 88).

Z porovnání, které můžeme vidět v tabulce č. 19 a grafu č. 18, můžeme vyvodit velké rozdíly mezi naším výzkumem a studií Fong, Tsai, Yiu (2020). Nejvíce se liší četnost odpovědi zmiňující nedostatek zdrojů a školení, které bylo v případě studie Fong, Tsai, Yiu (2020) druhé nejčetnější, v případě našeho výzkumu se jednalo až o šestý vybraný faktor proti poskytování telepraxe. Respondenti obou studií se ale shodli na tom, že je pro ně poskytování telepraxe neosobní a chybí jim fyzický kontakt s pacienty.

Tab. 19 Faktory proti poskytování telepraxe

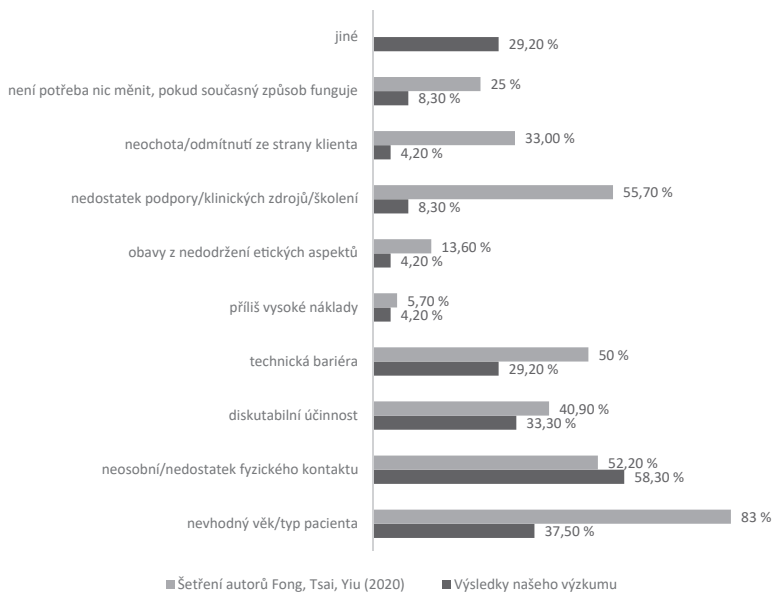
Faktory proti poskytování telepraxe	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
nevhodný věk / typ pacienta	73	23,1 %	9	16,9 %
neosobní / nedostatek fyzického kontaktu	46	14,6 %	14	26,4 %
diskutabilní účinnost	36	11,4 %	8	15,1 %
technická bariéra	44	13,9 %	7	13,2 %
příliš vysoké náklady	5	1,6 %	1	1,9 %
obavy z nedodržení etických aspektů	12	3,8 %	1	1,9 %
nedostatek podpory / klinických zdrojů / školení	49	15,5 %	2	3,8 %

Faktory proti poskytování telepraxe	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
neochota/odmítnutí ze strany klienta	29	9,2 %	2	3,8 %
není potřeba nic měnit, pokud současný způsob funguje	22	6,9 %	2	3,8 %
jiné	0	0 %	7	13,2 %
	$\Sigma = 316^*$	$\Sigma = 100 \%$	$\Sigma = 53^{**}$	$\Sigma = 100 \%$

* Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (88), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

** Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (24), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

Jaký je váš (prozatímní) důvod pro neposkytování logopedické péče na dálku?
(Lze vybrat více než jednu odpověď.)

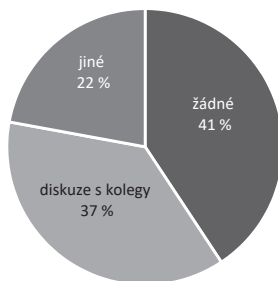


Graf 18 Porovnání ve výběru faktorů proti poskytování telepraxe u obou šetření

Od otázky č. 17 byli dotazováni všichni respondenti – bez ohledu na to, jestli mají nebo nemají zkušenosti s poskytováním telepraxe.

Otázka č. 17 analyzovala možnosti školení v rámci profesního rozvoje, zkušenosti z mezioborových výměn či diskuzí s kolegy o tom, jakým způsobem, komu a s jakým vybavením poskytovat telepraxe. Tato otázka byla otevřená, a vzhledem k počtu podobných odpovědí jsme je roztřídili do tří nejčtenějších kategorií a zanesli je do grafu č. 19. Vybrané odpovědi jsou pak vypsány v tabulce č. 20.

Jaké školení jste ohledně distanční logopedické péče v minulosti absolvoval/a
(např. profesní rozvoj, mezioborové výměny a diskuse s kolegy, literatura apod.)



Graf 19 Absolvované školení v minulosti

Respondentů, kteří nikdy neabsolvovali žádné školení a uvádí nulovou zkušenost vztahující se k dané problematice, bylo 62 ze 153 (tedy 41%). Těch, kteří nastalou situaci konzultovali se supervizory či kolegy, bylo 56 ze 153 (tedy 37%). Ostatní (35 ze 153, tedy 22%) se školili v rámci samostudia, prostřednictvím webinářů, literatury, zahraničních přednášek apod.

Tab. 20 Vybrané odpovědi respondentů k otázce č. 17

respondent 84	„Pouze diskuze se zkušenějšími kolegy a vedením školy.“
respondent 85	„Žádné. Prostě jsem spadla do vody a musela plavat.“
respondent 86	„Rozhovory s kolegyněmi a vzdělávací video na YT“
respondent 87	„diskuse s kolegy“
respondent 88	„diskuse s kolegy, VLASTNÍ ZKUŠENOST“
respondent 89	„Diskuse s kolegy, webináře“
respondent 90	„Ohledně distanční péče to byly konzultace s kolegy a doporučení AKL“
respondent 91	„Vlastní praxe výměna zkušenosti s kolegy“
respondent 92	„Žádné, pouze konzultace s kolegy,“
respondent 93	„Žádné, ambulance klinické logopedie normálně funguje i v současné situaci.“
respondent 94	„Inspirace Martinou Kolmanovou“
respondent 95	„Multidisciplinární diskuze“
respondent 96	„Porady s kolegy, zahraniční články“
respondent 97	„Žádné školení, pouze seznámení s prostředím Google meet, konzultace s kolegy. Nic oficiálního.“
respondent 98	„samostudium“
respondent 99	„Literatura, diskuse s kolegy“
respondent 100	„Diskuze s kolegy, profesní rozvoj“
respondent 101	„Pouze sebevzdělávání – videa Martiny Kolmanové“
respondent 102	„Školení žádné, diskuse s kolegy“
respondent 103	„mezioborové výměny, literatura, školení IPVZ“
respondent 104	„diskuze s kolegy, samostudium“
respondent 105	„Diskuze s kolegy, videa online, profesní rozvoj“
respondent 106	„Školení v programu Google meet,“

Otázka č. 18 získávala informace o tom, zda by respondenti v budoucnosti měli zájem o absolvování nějakého školení, aby měli lepší přehled v oblasti technologií, klinických aspektů telepraxe či programů, pomocí kterých lze poskytovat distanční logopedické služby. Tato otázka byla opět otevřená a shromažďovala jednotlivé názory všech respondentů.

Graf č. 20 prezentuje jednotlivé odpovědi zájmu o školení k problematice telepraxe. Přesně 100 respondentů ze 153 (65 %) uvedlo přímo školení,

kterého by se chtěli v případě jeho uskutečnění účastnit. Nejčastěji jsme se setkávali s odpovědí zájmu o přehledu a funkčnosti jednotlivých videokonferenčních softwarů, které umožňují distanční přenos videa i zvuku. Respondenti by také rádi uvítali možnost praktického semináře zaměřeného na metodiku a vedení samotné terapie na dálku. 30 respondentů z celkového počtu 153 (20 %) zmínilo, že o žádné školení v rámci telepraxe by zájem nemělo nebo by ho nevyužilo. Zbylých 23 respondentů (15 %) se nad danou možností školení nezamýšlelo a neví, zda by se ho účastnili.

Zájem o školení k problematice telepraxe?



Graf 20 Zájem o školení k problematice telepraxe

V tabulce č. 21 jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů.

Tab. 21 Vybrané odpovědi respondentů k otázce č. 18

respondent 35–36	„školení jako vhodná forma doplnění logopedických kurzů zaměřené prakticky na úskalí a zkušenosti z praxe“
respondent 37	„programy, konkrétní platforma a její možnosti využití a funkce. Sdílení nápadů na aktivity“
respondent 38	„Jak efektivně využívat techniku, případně ovládat program určený pro poskytování distanční péče, jaké jsou podmínky poskytování péče, naše práva a kompetence.“
respondent 39	„Využití technologií a programů“
respondent 40	„Žádné, preferuji prezenční formu“

respondent 41	„Nevím, nepřemýšlela jsem o tom, možná nějaké sdílené programy – terapeut i klient pracují zároveň“
respondent 42	„asi žádné nepotřebuji“
respondent 43	„bylo by přínosné dozvědět se více o možnostech jednotlivých technologií, co vše lze dělat (např. různé aktivity s využitím sdílení obrazovky aj.)“
respondent 44	„Programy, aplikace“
respondent 45	„Konkrétní technologie“
respondent 46	„nemám zájem zaměřovat se tímto směrem“
respondent 47	„Spíše nějaké metodické, které by poradily jak správně fungovat“
respondent 48	„Metodiku práce“
respondent 49	„spíše by byly vhodnější přímé programy ke stažení, v nichž by mohla probíhat distanční péče, než školení na samotné poskytování“
respondent 50	„Práce v pc programech, vytváření materiálů pro online práci, aby byla atraktivní pro klienty.“
respondent 51	„Proškolení v možnostech technologií – orientace v programech, jistota ve sdílení obrazovky/materiálu alod“
respondent 52	„zajímaly by mě zkušenosti kolegů z praxe, dále bych potřebovala naučit pracovat s technikou a v neposlední řadě by mě zajímaly metodiky, jak logopedickou peci poskytovat distančně“
respondent 53	„Žádné“
respondent 54	„Technické zabezpečení“
respondent 55	„školení, které by komplexně nastínilo danou problematiku“
respondent 56	„zkušenosti z jiných terapeutických oborů, technické možnosti, metodiky“
respondent 57	„právní aspekty teleterapie, její archivace“

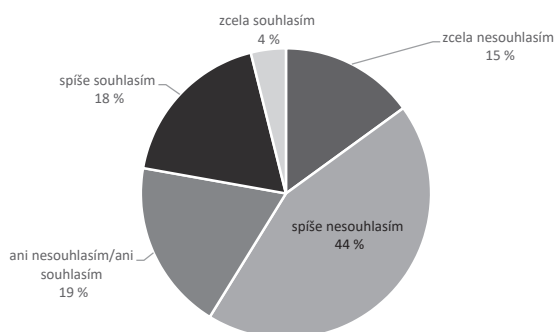
V poslední fázi tohoto dotazníkového šetření jsme vybrali několik tvrzení, které měli respondenti ohodnotit Likertovou škálou. Každý z výroků mohl být ohodnocen: zcela nesouhlasím, spíše nesouhlasím, ani nesouhlasím / ani souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím.

Položka č. 19 zjišťovala, do jaké míry dotazovaní logopedi souhlasí s výrokem: *„Telepractice vychází ze současného přístupu založeného na důkazech a je přinejmenším stejně efektivní jako standardní poskytování logopedické*

péče.“ S tímto tvrzením zcela nesouhlasilo 15 % respondentů (n=23), spíše nesouhlasilo 43,8 % (n=67), ani nesouhlasilo / ani souhlasilo 19 % (n=29), spíše souhlasilo 18,3 % (n=28), zcela souhlasilo 3,9 % (n=6).

Graf č. 21 zobrazuje odpovědi na toto tvrzení. Porovnání odpovědí se studií FTY (2020) jsme zpracovali do tabulky č. 22.

Telepractice vychází ze současného přístupu založeného na důkazech a je přinejmenším stejně efektivní jako standardní poskytování logopedické péče.



Graf 21 Odpovědi k výroku otázky č. 19

Tab. 22 Porovnání studií při hodnocení výroku otázky č. 19

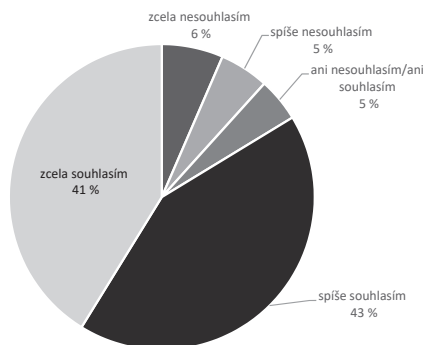
Hodnocení výroku otázky č. 19	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
zcela nesouhlasím	3	2,2 %	23	15 %
spíše nesouhlasím	32	23,7 %	67	43,8 %
ani nesouhlasím / ani souhlasím	64	47,4 %	29	19 %
spíše souhlasím	36	26,7 %	28	18,3 %
zcela souhlasím	0	0 %	6	3,9 %
	Σ = 135	Σ = 100 %	Σ = 153	Σ = 100 %

Nejčtenější odpovědí u výše uvedeného výroku byla u studie Fong, Tsai, Yiu (2020) „ani nesouhlasím / ani souhlasím“, kterou zvolilo 47,4 % (n=64) respondentů. U českého výzkumu bylo nejčastější odpovědí „spíše nesouhlasím“, kterou zaznačilo 43,8 % (n=67) respondentů. Ve studii FTY (2020) nikdo nevybral možnost „zcela souhlasím“. V českém výzkumu si ji vybralo 3,9 % (n=6) respondentů.

Položka č. 20 ověřovala souhlas s tvrzením: „*To, zda lze aplikovat distanční logopedickou péči, záleží na stavu pacientů s narušenou komunikační schopností.*“ S tímto tvrzením zcela nesouhlasilo 6,5 % respondentů (n=10), spíše nesouhlasilo 5,2 % (n=8), ani nesouhlasilo / ani souhlasilo 4,6 % (n=7), spíše souhlasilo 42,5 % (n=65), zcela souhlasilo 41,2 % (n=63).

Graf č. 22 znázorňuje odpovědi na výše uvedené tvrzení a tabulka č. 23 opět údaje porovnává s druhou studií.

To, zda lze aplikovat distanční logopedickou péči,
záleží na stavu pacientů s narušenou komunikační schopností.



Graf 22 Odpovědi k výroku otázky č. 20

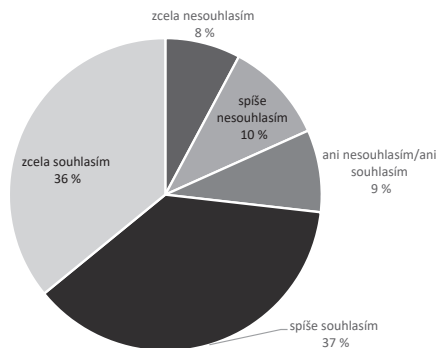
Tab. 23 Porovnání studií při hodnocení výroku otázky č. 20

Hodnocení výroku otázky č. 20	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
zcela nesouhlasím	6	4,4 %	10	6,5 %
spíše nesouhlasím	4	3 %	8	5,2 %
ani nesouhlasím / ani souhlasím	4	3 %	7	4,6 %
spíše souhlasím	52	38,5 %	65	42,5 %
zcela souhlasím	69	51,1 %	63	41,2 %
	$\Sigma = 135$	$\Sigma = 100 \%$	$\Sigma = 153$	$\Sigma = 100 \%$

U obou výzkumů jsme zaznamenali nejčastější odpovědi na výrok „spíše souhlasím“ a „zcela souhlasím“. Tento výrok a názor na něj byl u respondentů velmi jasný, nejmenší počet odpovědí získala u obou šetření neutrální odpověď „ani nesouhlasím/ani souhlasím“.

Položka č. 21 mapovala názor respondentů na tvrzení: „*Telepractice by měla být vždy poskytována v reálném čase (tedy jako přímá interakce mezi logopedem a jeho pacientem).*“ S tímto tvrzením zcela nesouhlasilo 7,8 % respondentů ($n=12$), spíše nesouhlasilo 10,5 % ($n=16$), ani nesouhlasilo/ani souhlasilo 8,5 % ($n=13$), spíše souhlasilo 37,3 % ($n=57$), zcela souhlasilo 35,9 % ($n=55$).

Telepractice by měla být vždy poskytována v reálném čase
(tedy jako přímá interakce mezi logopedem a jeho pacientem).



Graf 23 Odpovědi k výroku otázky č. 21

Graf č. 23 znázorňuje jednotlivé odpovědi podle reakce respondentů na zadaný výrok. Tabulka č. 24 porovnává získané výsledky našeho výzkumu s výsledky studie Fong, Tsai, Yiu (2020).

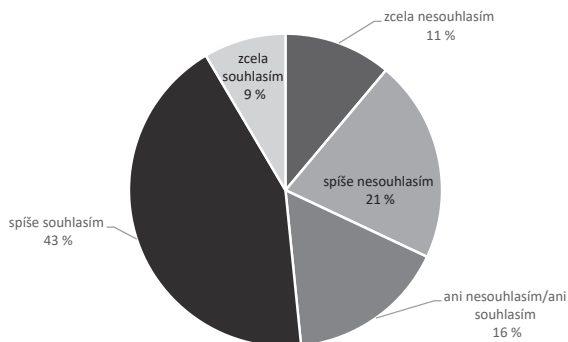
Nejčastější odpovědi u obou šetření byla odpověď „spíše souhlasím“ s poskytováním telepractice vždy v reálném čase. U studie FTY (2020) pro odpověď hlasovalo 45,9 % (n=62) a u českého výzkumu hlasovalo pro stejnou možnost 37,3 % (n=57). Nejmenší počet responzí sesbírala u obou studií odpověď „zcela nesouhlasím“, pro kterou v případě studie FTY (2020) hlasovalo 3,7 % (n=5) a v případě českého výzkumu 7,8 % (n=12).

Tab. 24 Porovnání studií při hodnocení výroku otázky č. 21

Hodnocení výroku otázky č. 21	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
zcela nesouhlasím	5	3,7 %	12	7,8 %
spíše nesouhlasím	24	17,8 %	16	10,5 %
ani nesouhlasím / ani souhlasím	22	16,3 %	13	8,5 %
spíše souhlasím	62	45,9 %	57	37,3 %
zcela souhlasím	22	16,3 %	55	35,9 %
	$\Sigma = 135$	$\Sigma = 100 \%$	$\Sigma = 153$	$\Sigma = 100 \%$

Položka č. 22 „Distanční logopedickou péči lze provádět jak pro jednotlivce, tak i pro skupiny, odborné konzultace i pro samotný klinický výcvik.“ přinesla nejrozporuplnější výsledky. S tímto tvrzením zcela nesouhlasilo 11,1% respondentů ($n=17$), spíše nesouhlasilo 20,9 % ($n=32$), ani nesouhlasilo / ani souhlasilo 16,4 % ($n=25$), spíše souhlasilo 43,1% ($n=66$), zcela souhlasilo 8,5 % ($n=13$). Výsledek hodnocení tohoto výroku zobrazuje graf č. 24.

Distanční logopedickou péči lze provádět jak pro jednotlivce, tak i pro skupiny, odborné konzultace i pro samotný klinický výcvik.



Graf 24 Odpovědi k výroku otázky č. 22

Tabulka č. 25 srovnává výsledky hodnocení výroku u otázky č. 22 našeho výzkumu a studie Fong, Tsai, Yiu (2020). V obou studiích je nejčastější odpovědí možnost „spíše souhlasím“, která získala v případě studie FTY (2020) 46 % respondentů (n=62) a v případě našeho výzkumu 43,1% respondentů (n=66), což považujeme za velmi vyrovnaný výsledek. Velmi vyrovnané odpovědi byly v kategorii „spíše nesouhlasím“, čínští respondenti hlasovali procentuální hodnotou 20,7% (n=28) a čeští respondenti 20,9% (n=32).

Tab. 25 Porovnání studií při hodnocení výroku otázky č. 22

Hodnocení výroku otázky č. 22	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
zcela nesouhlasím	3	2,2 %	17	11,1 %
spíše nesouhlasím	28	20,7 %	32	20,9 %
ani nesouhlasím / ani souhlasím	29	21,5 %	25	16,4 %
spíše souhlasím	62	46 %	66	43,1 %
zcela souhlasím	13	9,6 %	13	8,5 %
	Σ=135	Σ=100 %	Σ=153	Σ=100 %

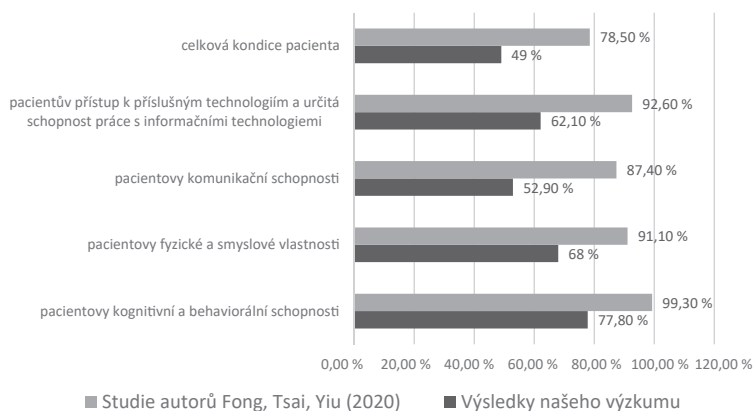
Otázka č. 23 analyzovala názor jednotlivých respondentů na faktory, které zohledňují při výběru pacientů nebo které by u nich případně hrály roli, kdyby u pacientů chtěli poskytovat telepractice. U této otázky se dotazovaní logopedi měli rozhodnout, jaká z nabízených možností je z jejich úhlu pohledu pro telepractice podstatná, a měli možnost mnohočetného výběru. V případě našeho výzkumu se nejdůležitější podmínkou pro výběr kandidátů staly pacientovy kognitivní a behaviorální schopnosti a tuto odpověď zvolilo 119 respondentů ze 153 (77,8 %). Nejmenší počet hlasů (75 ze 153, 49 %) od respondentů dostala odpověď odkazující na důležitost celkové kondice pacientů.

V případě studie Fong, Tsai, Yiu (2020) byla všechna čísla grafů vyšší, což znamená, že každý z respondentů zvolil vyšší počet odpovědí než v případě našeho výzkumu. Poukazuje to také na skutečnost, že logopedi z Hongkongu raději zvažují všechny zmíněné faktory při výběru kandidátů a jejich zařazení do terapie distanční formou, kdežto logopedi v českých podmínkách berou ohled pouze na jednotlivé kategorie (nejvíce na kognitivní a behaviorální schopnosti, nejméně na celkovou kondici). Čínští logopedi tedy výrazně neupřednostňují žádný z faktorů.

V obou šetřeních byla nejméně volenou odpovědí celková kondice pacientů, což se podle nás může vykládat i tak, že logopedi nepřikládají důležitost celkovému stavu pacienta, ale spíše jednotlivým faktorům, které podle nich spíše narušují chod telepraxe.

Výsledky těchto dvou šetření porovnává graf č. 25 a zastoupení četností i s jejich relativní hodnotou jsou uvedeny v tabulce č. 26.

Které faktory pro posouzení vhodnosti zařazení pacienta pro dálkovou terapii zvažujete nejvíce?
(Lze vybrat více než jednu odpověď.)



Graf 25 Faktory pro vhodnost kandidátů k poskytování telepraxe

Faktory pro zařazení kandidátů do telepraxe	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Relativní četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí této našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
pacientovy kognitivní a behaviorální schopnosti	134	22,1 %	119	25,1 %
pacientovy fyzické a smyslové vlastnosti	123	20,3 %	104	21,9 %
pacientovy komunikační schopnosti	118	19,5 %	81	17,1 %
pacientův přístup k příslušným technologiím a schopnost práce s IT	125	20,6 %	95	20 %
celková kondice pacienta	106	17,5 %	75	15,9 %
	$\Sigma = 606^*$	$\Sigma = 100\%$	$\Sigma = 474^{**}$	$\Sigma = 100\%$

* Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (135), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

** Celkový počet odpovědí je vyšší než celkový počet respondentů (153), protože účastníci dotazníku měli možnost výběru více než jedné odpovědi.

Poslední **položka č. 24** byla vyhrazena pro případné doplnění poznámek k samotnému dotazníku, ke sdílení postřehů a zkušeností respondentů k dané problematice či pro jakýkoliv komentář vztahující se k tématu. Tohoto prostoru využilo 44 respondentů, jejichž poznámky sloužily k doplnění odpovědí, ke kterým se vyjádřili.

7.6 Analýza a interpretace

V následující podkapitole se zaměříme na zformulované hypotézy a jejich ověření.

7.6.1 Hypotéza č. 1

H1: Předpokládáme, že již v minulosti (tj. před vypuknutím pandemie covid-19) čeští logopedi měli zkušenost a pracovali prostřednictvím videokonferenčního hovoru.

- ⇒ H1_o: Poskytování telepraxe v souvislosti s pandemií covid-19 **bylo stejně frekventované** jako před ní.
- ⇒ H1_A: Poskytování telepraxe v souvislosti s pandemií covid-19 **nebylo stejně frekventované** jako před ní.

Pro český výzkum jsme stanovili období před vypuknutím pandemie covid-19 jako období delší než 12 měsíců. Z výsledků otázky č. 6, které lze vidět v tabulce č. 26, jsme vytvořili tabulku, která spojila data z odpovědi „méně než 3 měsíce“ a „3–12“ měsíců do „covidového období“ a zbylé dvě odpovědi do „předcovidového období“.

Tab. 26 Výsledky z otázky č. 6

Délka poskytování telepraxe	Četnost odpovědí našeho výzkumu	Relativní četnost odpovědí našeho výzkumu
méně než 3 měsíce	78	34,9 %
3–12 měsíců	45	60,5 %
1–3 roky	3	2,3 %
3 a více let	3	2,3 %
	$\Sigma = 129$	$\Sigma = 100 \%$

Pro statistické zpracování této hypotézy (včetně následujících) byl vybrán chí-kvadrát, který slouží k porovnání četnosti určitého jevu, v tomto případě jde o výskyt možnosti poskytování telepraxe před vypuknutím pandemie covid-19.

Stanovená období byla zaznamenána do tabulky č. 27, kde jsou výsledky našeho výzkumu rozděleny do dvou sloupců podle toho, zda v dané době byla logopedická distanční činnost vykonávána či nevykonávána. Využili jsme programu Milana Kábrta Test chí-kvadrát nezávislost v kontingenční tabulce.

Tab. 27 Hypotéza č. 1

Období	Poskytovalo n logopedů	Neposkytovalo n logopedů
covidové	123	6
předcovidové	6	123
	$\Sigma = 129$	$\Sigma = 129$

Skutečná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	123	6	129
znak2 – 2. sk.	6	123	129
ní•	129	129	258

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

Očekávaná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	64,5	64,5	129
znak2 – 2. sk.	64,5	64,5	129
ní•	129	129	258

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

testové kritérium:
$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti = 3.841

po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 212.233**

G = 212.233 > kritická hodnota 3.841

V případě, že výsledné G je větší než kritická hodnota, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. V tomto případě došlo ke zjištění, že výsledek není náhodný, mezi zjištěnými hodnotami existuje určitá závislost a je vyzkoumán rozdíl, proto neuvažujeme o nulové hypotéze.

Rozhodnutí: přijímáme alternativní hypotézu, odmítáme hypotézu nulovou.

H_{1A}: Poskytování telepractice v souvislosti s pandemií covid-19 nebylo stejně frekventované jako před ní.

7.6.2 Hypotéza č. 2

H2: Telepractice se vyrovná poskytování přímé logopedické péče.

- ⇒ H₂₀: Účinnost poskytování telepractice a přímé logopedické péče je stejně velká.
- ⇒ H_{2A}: Účinnost poskytování telepractice a přímé logopedické péče je rozdílná.

Tab. 28 Hypotéza č. 2

Účinnost poskytování telepractice a přímé logopedické péče je stejně velká	Četnost odpovědí studie FTY (2020)	Četnost odpovědí našeho výzkumu
zcela nesouhlasím	3	23
spíše nesouhlasím	32	67
ani nesouhlasím / ani souhlasím	64	29
spíše souhlasím	36	28
zcela souhlasím	0	6
	$\Sigma = 135$	$\Sigma = 153$

Skutečná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	znak1 – 3. sk.	znak1 – 4. sk.	znak1 – 5. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	3	32	64	36	0	135
znak2 – 2. sk.	23	67	29	28	6	153
ni•	26	99	93	64	6	288

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

Očekávaná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	znak1 – 3. sk.	znak1 – 4. sk.	znak1 – 5. sk.	n·j
znak2 – 1. sk.	12,19	46,41	43,59	30	2,81	135
znak2 – 2. sk.	13,81	52,59	49,41	34	3,19	153
n _i ·	26	99	93	64	6	288

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

$$\text{testové kritérium: } G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti = 9,488

po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: **G=46.998**

G=46.998 > kritická hodnota 9,488

V případě, že výsledné G je větší než kritická hodnota, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. V tomto případě došlo ke zjištění, že výsledek není náhodný, mezi zjištěnými hodnotami existuje určitá závislost a je vyzkoumán rozdíl, proto neuvažujeme o nulové hypotéze.

Rozhodnutí: přijímáme alternativní hypotézu, odmítáme hypotézu nulovou.

H2_A: Účinnost poskytování telepraxe a přímé logopedické péče je rozdílná.

Podle Gavory (2010) lze u Likertových škál využít pro vyhodnocení i jejich vzájemné porovnání. V případě této hypotézy to znamená, že můžeme srovnat jednotlivé odpovědi toho, jak čeští a cizí respondenti rozdílně reagovali na daný výrok.

Ve studii autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) se respondenti k výroku „*Telepraxe vychází ze současného přístupu založeného na důkazech a je přinejmenším stejně efektivní jako standardní poskytování logopedické péče.*“ vyjádřili následovně:

Tab. 29 Hypotéza č. 2 – čínští respondenti

zcela nesouhlasím (1)	spíše nesouhlasím (2)	ani nesouhlasím / ani souhlasím (3)	spíše souhlasím (4)	zcela souhlasím (5)
3	32	64	36	0

Při součtu jednotlivých odpovědí z druhého řádku je zjevné, že se k danému výroku vyjádřilo celkem 135 respondentů. V prvním řádku jsme k jednotlivým slovním odpovědím přiřadili číselnou hodnotu od 1 do 5. Nejvyšší hodnota byla přiřazena „zcela souhlasím“ (5) a nejnižší „zcela nesouhlasím“ (1). Jednotlivé četnosti odpovědí vynásobíme číselnou hodnotou (koeficientem k danému slovnímu výroku). Po jejich vynásobení dostaneme tyto výsledky:

Tab. 30 Hypotéza č. 2 – čínští respondenti

zcela nesouhlasím (1)	spíše nesouhlasím (2)	ani nesouhlasím / ani souhlasím (3)	spíše souhlasím (4)	zcela souhlasím (5)
3	64	192	144	0

Nyní je součet všech násobků 403. Pro získání číselné hodnoty je potřeba získaný součet vydělit počtem respondentů.

$$403/135 = 2,98$$

2,98 je hodnota nacházející se na vytvořené škále od 1 do 5 nejbližší odpovědi „ani nesouhlasím / ani souhlasím“.

Respondenti se v rámci našeho výzkumu vyjadřovali k výroku „*Telepractice vychází ze současného přístupu založeného na důkazech a je přinejmenším stejně efektivní jako standardní poskytování logopedické péče.*“ vyjádřili následovně:

Tab. 31 Hypotéza č. 2 – čeští respondenti

zcela nesouhlasím (1)	spíše nesouhlasím (2)	ani nesouhlasím / ani souhlasím (3)	spíše souhlasím (4)	zcela souhlasím (5)
23	67	29	28	6

Dotazník vyplnilo 153 českých logopedů a vynásobením koeficientů s četnostmi odpovědí dojdeme k těmto výsledným násobkům:

Tab. 32 Hypotéza č. 2 – čeští respondenti

zcela nesouhlasím (1)	spíše nesouhlasím (2)	ani nesouhlasím / ani souhlasím (3)	spíše souhlasím (4)	zcela souhlasím (5)
23	134	87	112	30

Součet všech násobků je nyní 386. A opět celé číslo vydělíme počtem respondentů.

$$386/153 = 2,5$$

Nyní se vypočtená hodnota nachází na rozmezí odpovědi „spíše nesouhlasím“ a „ani nesouhlasím / ani souhlasím“.

7.6.3 Hypotéza č. 3

H3: Předpokládáme, že čínští logopedi mají signifikantně vyšší zkušenosti s poskytováním telepraxe než logopedi v českých podmínkách.

- ⇒ H_{3o}: Mezi využitím telepraxe v čínském a v českém prostředí **není statisticky významný rozdíl.**
- ⇒ H_{3A}: Mezi využitím telepraxe v čínském a v českém prostředí **je statisticky významný rozdíl.**

Tab. 33 Hypotéza č. 3

zkušenost s telepractice	ANO	NE
studie čínských autorů Fong, Tsai, Yiu (2020)	47 ze 135	88 ze 135
Český výzkum	129 ze 153	24 z 153

Skutečná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	47	88	112
znak2 – 2. sk.	129	24	176
ni•	176	112	288

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

Očekávaná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	82,5	52,5	112
znak2 – 2. sk.	93,5	59,5	176
ni•	176	112	288

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

$$\text{testové kritérium: } G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti = 3.841

po dosažení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 73.94**

G = 73.94 > kritická hodnota 3.841

V případě, že výsledné G je větší než kritická hodnota, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. V tomto případě došlo ke zjištění, že výsledek není náhodný, mezi zjištěnými hodnotami existuje určitá závislost a je vyzkoumán rozdíl, proto neuvažujeme o nulové hypotéze.

Rozhodnutí: přijímáme alternativní hypotézu, odmítáme hypotézu nulovou.

H3_A: Mezi využitím telepractice v čínském a v českém prostředí je statisticky významný rozdíl.

7.6.4 Hypotéza č. 4

H4: Předpokládáme, že podíl českých klientů s dyslálií, kterým je poskytována forma telepractice, je signifikantně vyšší než podíl klientů s afázií, kterým je poskytována forma telepractice.

- ⇒ H4₀: Četnost poskytování distančních logopedických služeb je stejná u klientů s dyslálií jako u klientů s afázií.
- ⇒ H4_A: Četnost poskytování distančních logopedických služeb je rozdílná u klientů s dyslálií a u klientů s afázií.

Tab. 34 Hypotéza č. 4

Diagnóza	Afázie	Dyslálie
poskytovalo n logopedů	23	107
neposkytovalo n logopedů	107	23

Skutečná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	23	107	130
znak2 – 2. sk.	107	23	130
n•	130	130	160

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

Očekávaná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	65	65	130
znak2 – 2. sk.	65	65	130
n•	130	130	160

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

$$\text{testové kritérium: } G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti = 3.841

po dosažení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 108.554**

G = 108.554 > kritická hodnota 3.841

V případě, že výsledné G je větší než kritická hodnota, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. V tomto případě došlo ke zjištění, že výsledek není náhodný, mezi zjištěnými hodnotami existuje určitá závislost a je vyzkoumán rozdíl, proto neuvažujeme o nulové hypotéze.

Rozhodnutí: přijímáme alternativní hypotézu, odmítáme hypotézu nulovou.

H_{4A}: Četnost poskytování distančních logopedických služeb je rozdílný u klientů s dyslálií a u klientů s afázií.

7.6.5 Hypotéza č. 5

H5: Předpokládáme, že zájem českých logopedů o školení k problematice telepractice je stejný jako u čínských logopedů.

- ⇒ H_{5o}: Zájem o školení je u českých logopedů a logopedů Fong, Tsai, Yiu stejný.
- ⇒ H_{5A}: Zájem o školení je u českých logopedů a logopedů Fong, Tsai, Yiu rozdílný.

Tab. 35 Hypotéza č. 5

Logopedi	Mají zájem	Nemají zájem
čínské	119	16
české	100	53

Skutečná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	119	16	135
znak2 – 2. sk.	100	53	153
ni•	219	69	288

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

Očekávaná četnost:

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n•j
znak2 – 1. sk.	102,66	32,34	135
znak2 – 2. sk.	116,34	36,66	153
ni•	219	69	288

Zdroj: Aplikovaná statistika, Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce, Kábrt

testové kritérium:
$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti = 3.841

po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 20.435**

G = **20.435** > kritická hodnota 3.841

V případě, že výsledné G je větší než kritická hodnota, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. V tomto případě došlo ke zjištění, že výsledek není náhodný, mezi zjištěnými hodnotami existuje určitá závislost a je vyzkoumán rozdíl, proto neuvažujeme o nulové hypotéze.

Rozhodnutí: přijímáme alternativní hypotézu, odmítáme hypotézu nulovou.

H5_A: Zájem o školení je u českých logopedů a logopedů Fong, Tsai, Yiu rozdílný.

8 Diskuze

Zpracování tohoto tématu předcházela důkladná rešerše všech dostupných zdrojů vztahujících se k problematice telepractice. Majoritní část práce byla založena na analýze zahraničních zdrojů a výzkumu mezinárodních autorů zabývajících se problematikou.

Hlavním cílem výzkumné části bylo prověřit zájem a přístup českých logopedů k tématu telepractice. Dílčím cílem výzkumu bylo najít souvislosti protipandemických nařízení a rozvoje telepractice jako náhradního řešení terapie v případě omezeného fyzického kontaktu. Dále jsme si kladli za cíl ověřit postoje logopedů k samotnému termínu telepractice a zjistit rozšířenost užívání tohoto anglického ekvivalentu mezi českými logopeďy. Dále jsme zjišťovali spokojenost s materiály a podklady k telepractice. Analyzovali jsme frekvenci zařazení klientů s jednotlivými typy narušené komunikační schopnosti do poskytování distančních služeb.

V návaznosti na hlavní a dílčí cíle, které byly definovány v úvodu výzkumné části, bylo sestaveno pět hypotéz, na jejichž výsledky se v diskusi zaměříme, a zhodnotíme výsledky celého výzkumu.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že již v minulosti (tj. před vypuknutím pandemie covid-19) čeští logopedi měli zkušenost a pracovali prostřednictvím videokonferenčního hovoru.

Na základě získaných výsledků našeho výzkumu jsme dospěli k závěru, že pouze 4,6 % respondentů poskytovalo distanční péči ještě před vypuknutím pandemie. Stanovený předpoklad, že již v minulosti (tedy před vypuknutím

pandemie covid-19) měli čeští logopedi stejnou zkušenost s poskytováním distanční terapie, **byl vyvrácen**.

Bylo ověřeno, že opatření nařízená v souvislosti s bojem proti onemocnění covid-19 pomohla vzrůstu uvědomění si možnosti telepraxe. Díky distančnímu poskytování logopedické služby jednotliví klienti/pacienti nepřerušili pravidelné docházení do ambulancí a jejich logopedická péče díky této možnosti nijak nestagnovala.

Hypotéza č. 2: Telepraxe se vyrovná poskytování přímé logopedické práce.

Mnoho respondentů našeho výzkumu vyjádřilo svou největší obavu právě ze snížené efektivity poskytované distanční logopedické služby. Naš předpoklad, že se telepraxe vyrovná poskytování přímých logopedických služeb, **byl vyvrácen**. Při analyzování výsledků jsme došli k závěru, že 15 % respondentů zcela nesouhlasí a 43,8 % spíše nesouhlasí s výrokem potvrzujícím stejnou účinnost telepraxe jako běžného osobního logopedického setkání. Z toho vyplývá, že více než polovina respondentů nevnímá efektivitu poskytování telepraxe jako dostačující kvůli okolnostem, které přispívají negativnímu charakteru telepraxe. Mezi tyto skutečnosti, které dotazovaní logopedi označili jako nepříznivé, patří jednoznačně nespolehlivost internetového připojení, nepřesná diagnostická kritéria kvůli nekvalitnímu přenosu zvuku či obrazu, a hlavně absence osobního kontaktu.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že čínští logopedi mají signifikantně větší zkušenosti s poskytováním telepraxe než logopedi v českých podmínkách.

Hypotéza předpokládající signifikantně větší zkušenosti čínských logopedů s poskytováním telepraxe než u logopedů pracujících v českém prostředí **byla vyvrácena**.

Z výsledků vyplynulo, že v českém prostředí telepraxe už někdy poskytovalo 84 % logopedů. Výsledky studie Fong, Tsai, Yiu ukázaly, že telepraxe poskytovalo 34 % dotazovaných logopedů. To nás utvrdilo ve velmi dobrém postoji českých logopedů k náhradnímu řešení terapie během pandemické

situace, kdy i přes minimální zkušenosti tuto možnost svým klientům či pacientům nabízeli.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že v telepractice v ČR je signifikantně vyšší podíl klientů s dyslálií než podíl klientů s afázií.

Potvrdil se předpoklad, že nejčetnější skupinou klientů s narušenou komunikační schopností jsou, nejen v dálkové logopedické intervenci, klienti s poruchami artikulace (dyslálií). Respondenti uvedli, že v běžné logopedické praxi poskytují intervenci klientům s narušením článkování řeči téměř se stejnou frekvencí jako při telepractice (v přepočtu na procentuální zastoupení se ukázalo, že v běžné praxi poskytuje logopedickou intervenci osobám s narušením článkování řeči 85,6 % respondentů; při telepractice to bylo 83 % respondentů).

Zároveň se ukázalo, že dětem s poruchami artikulace pomohli při poskytování distanční péče v mnoha ohledech rodiče nebo jiní pečovatelé. Konkrétně se jednalo o pomoc s technickým vybavením a s informačními a komunikačními technologiemi.

Respondenti na začátku dotazníkového šetření uvedli, že v běžné praxi tvoří klienti se získanými organickými poruchami 39,2 %. Telepractice prováděná u klientů s afázií byla výrazně nižší než zastoupení u výše zmíněných poruch artikulace, a to konkrétně v 17,8 %.

Domníváme se, že u dospělých osob nebo osob seniorského věku mnohdy chybí zkušenost se složitější prací v rámci informačních a komunikačních technologií. Dalším důvodem může být nedostatečné vybavení, díky kterému by mohl bezproblémový videokonferenční přenos probíhat. Při zhoršení jejich zdravotního stavu, jehož součástí můžou být diagnostikovány i získané organické poruchy řečové komunikace, nejsou v mnoha případech schopni vykonávat aktivity denní potřeby a už vůbec ne manipulovat s technickým vybavením, proto lze chápat skutečnost, že procentuální zastoupení klientů s afázií je nižší než u klientů s dyslálií. V tomto případě **byla hypotéza potvrzena.**

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že zájem českých logopedů o školení k problematice telepractice je stejný jako u logopedů Fong, Tsai, Yiu.

Předpoklad, že zájem českých logopedů o školení k problematice telepractice je stejný jako u čínských logopedů Fong, Tsai, Yiu (2020), se ani v tomto případě nepotvrdil a **hypotéza byla vyvrácena**. Podle výsledků studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) je zřejmé, že 88 % logopedů by se rádo dál vzdělávalo a informovalo o možnostech distančního poskytování logopedických služeb. Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že zájem českých logopedů o školení k telepractice je výrazně nižší (konkrétně 65 % českých logopedů by rádo této možnosti v budoucnu využilo).

Důvodem nižšího zájmu o školení v oblasti telepractice jsou, dle sdělení respondentů, podmínky pojišťoven, které proplácují distanční služby logopedů. V závěrečné fázi dotazníku byla respondentům poskytnuta možnost otevřené odpovědi. Mnoho respondentů tuto možnost využilo:

- ⇒ „Distanční terapie není ze strany pojišťoven podporována, jedná se pouze o distanční konzultace.“
- ⇒ „Z mého pohledu a pohledu mých kolegyně byla distanční (online) terapie vyčerpávající. Na terapii musíte být připraven, tudíž večerní čas, každý den, mimo pracovní dobu strávíte scanováním materiálů. Zákonné zástupce musíte zkontaktovat, nabídnout jim možnosti (které jejich zdravotní pojišťovna nabízí – videohovor + videozáznam, email, telefonicky rozhovor – každá má jiné podmínky a nabídky). Dále si rodič musí vybrat, jakou možnost chce využít, pokud vůbec. Většinou videohovor zvládl jen předškoláci a děti staršího věku. Pokud se jedná o úpravu výslovnosti sykavek, rodič i terapeut musí mít lepší vybavení (mikrofon), aby byl zvuk dobře slyšet. Následně přichází ještě čas na posílání emailu. Pracovní doba v ambulanci je cca 8 hodin. Při nouzovém stavu s posíláním emailu (individuální výběr materiálů každému pacientovi + podrobný popis nových cvičení a úkolů) byla pracovní doba prodloužena o další 4–5 hod. Takto každý den + scanování materiálů. Volný víkend prakticky nebyl. O financování od zdravotních pojišťoven raději nemluvit. Takto má zkušenost z praxe. Myslím si, že by si zdravotní pojišťovny měly více vážit naší práce!“
- ⇒ „Jako velký problém a ztížení práce na dálku vidím problematiku vykazování výkonů pojišťovnám (výkony ohodnocené méně body s nutností dokazovat kontakt s pacientem například fotkou, dokládat jeho informo-

vaný souhlas, zaznamenávat přesný čas a délku spojení případně přepis komunikace...). S tím je spojena i menší časová dotace výkonu (klienti nechápali, proč na ně mám méně času než v ambulanci). Do času výkonu samozřejmě nelze započítat například skenování materiálů a psaní instruktážních e-mailů k nim po skončení on-line terapie. Zkrátka více práce za menší ohodnocení.“

- ⇒ „Distanční terapii jsme prováděli pouze v době nouzového stavu na jaře 2020. Cca 8–10 klientů denně. Bohužel problém byl s proplacením od pojišťoven. Panovala nejednoznačnost, jak často klienty můžeme vykazovat a jaké kódy u nich vykazovat (např. u 1 klienta mohla distanční terapie proběhnout 2x za 3 měsíce – častější terapii by pojišťovny nebyly ochotné proplatit). Každá pojišťovna si stanovila jiné podmínky pro tento způsob terapie a umožnila nám vykazovat pouze kódy, které se finančně nevyrovnaly prezenční terapii. Dlouhodobě by tento stav nebyl udržitelný.“
- ⇒ „V současné situaci mě nejvíc trápí, ze zdravotní pojišťovny tuto práci neuznávají jako plnohodnotnou terapii a proto není možné ji proplatit. Vzdělání (kurzy, workshopy) by nám daly aspoň šanci u pojišťoven dokázat, že práce je efektivní. Samozřejmě je nutné zvážit stav a schopnosti klienta, ale u většiny to možné je. Často terapie na dálku zabere větší čas na přípravu i následné zhodnocení. Také vyžaduje dobré technické vybavení ideálně na obou stranách.“
- ⇒ „V současné chvíli prakticky není možné kvůli přístupu pojišťoven poskytovat online péči klientům (pracuji v ambulanci „na pojišťovnu“). Proto jako základní bod rozvoje telepraxe v českém prostředí vidím právě změnu přístupu z jejich strany. Ochota nás logopedů by byla...“
- ⇒ „Distanční terapii neposkytujeme pravidelně, ani to ze zákona nelze. Každá pojišťovna na jaře vyžadovala jinou formu péče i administrativy a v současné době legislativa vyžaduje k distančním výkonům žádost a registrační listy, které dosud nejsou odhlasovány.“
- ⇒ „Bohužel distanční logopedie zatím není příliš podporována českými pojišťovnami, jejich ohodnocení této formy terapie není příliš adekvátní, některé pojišťovny tuto možnost momentálně ani neproplácí.“

V závěru si dovolíme doplnit, že výzkum byl zpracován na základě faktů a nezakreslených dat. Při psaní jsme se řídili etickými aspekty, všechny pou-

žité zdroje jsou ocitovány. Byla zachována ochrana autorských práv i ochrana osobních údajů, která garantovala všem respondentům anonymitu.

8.1 Limity výzkumu

V průběhu realizace výzkumu se vynořily možné limity, které mohly mít potenciální vliv na sběr dat a následné výsledky.

Tyto limity lze najít **na straně výzkumníků**. Pro sběr dat byl využit dotazník, který ve srovnání s rozhovory neumožňuje respondentům plnou možnost vyjádření se k dané problematice, a může se stát, že některé odpovědi nesplňují přesnou představu a názor vyplňujících respondentů.

Ze strany zkoumaných osob je určitým limitem převažující množství respondentů pracujících v soukromých ambulancích, kteří mohli mít větší zkušenosti s poskytováním telepraxe než logopedi pracující v sektoru školství nebo v sektoru sociálním. Nebylo tak rovnoměrně osloveno prostředí, kde jednotliví respondenti poskytují logopedickou intervenci. Domníváme se, že každý sektor má svá specifika, zvláštnosti a požadavky, které mohly do jisté míry ovlivnit i získaná data (problémy s proplácením distančních úkonů pojišťoven neřeší logopedi v sektoru školství apod.).

Limit **na straně prostředí** byl jednoznačně nejvlivnějším ze všech. Jednalo se o sběr dat v době pandemických nařízení, která právě motivovala logopedy najít náhradní řešení pro poskytování logopedické péče. Objektivnost dat by proto byla lepší s odstupem času, kdy telepraxe pro logopedy nebude povinností, nýbrž jen další možností logopedických služeb. Svou roli sehrálo i zmíněné finanční proplácení úkonů od pojišťoven, které podle respondentů nezajistily adekvátní odměny.

8.2 Doporučení pro praxi a výzkum

Vzhledem k tomu, že je téma telepraxe nepochybně novodobým fenoménem, který je potřeba dále formovat, aby jeho využití bylo čím dál efektivnější a začalo být i přirozenou součástí běžného poskytování logopedické péče.

pedické péče, dovolujeme si v následující části textu prezentovat návrhy a doporučení pro další výzkum a praxi.

Tab. 36 Doporučení pro praxi a další výzkum v oblasti telepractice v logopedii

Doporučení pro praxi a další výzkum v oblasti telepractice v logopedii		
Vytvoření funkčního konceptu distanční logopedické intervence		
Identifikace rizik v oblasti telepractice v logopedii		
Vytvoření teoretické základny problematiky telepractice		
Analýza intervenčních situací v logopedii		
Standardsy distanční logopedické intervence	propáčení pojšťovnamí	
	legislativní normy	
Osvěta odborníků		
Návrhy přístupu k dálkové logopedické intervenci	software či webové stránky	
	průvodce telepractice	
resorty, ve kterých se realizuje logopedická intervence		
Aplikovaný výzkum	analýza spokojenosti klientů	Do jaké míry telepractice vyhovuje klientům?
		Považují ji za efektivnější, či nikoli?
		Jsou odborníci dostatečně informováni o této možnosti?
		Přáli by si mít tuto možnost dostupnou pravidelně, nebo naopak dávají přednost fyzickému kontaktu?

Z výčtu dostupných výzkumů v oblasti logopedie lze konstatovat, že nejčastěji se jednalo o využití hodnoticích nástrojů pro subjektivní porovnání intervenčních a konzultačních služeb poskytovaných jednotlivcům prostřednictvím distančních technologií. Obecně ale chybí snaha o **vytvoření funkčního konceptu** distanční logopedické intervence u jedinců s narušenou komunikační schopností, který by byl plnohodnotně a účelně využíván v logopedické praxi v České republice, a tento fakt se stal naším záměrem a východiskem pro vytvoření plnohodnotného výzkumu v této oblasti.

Dalším záměrem je **vytvořit teoretickou základnu** problematiky telepractice nejen pro samotné odborníky, ale i širokou veřejnost, protože existuje nepřeborné množství výkladů a s nimi spojených negativ, které snižují rovnocennost distanční terapie proti terapii prováděné v ambulan-cích. Chceme vyzdvihnout přínos na straně klienta, jenž může být v rodin-ném prostředí demotivován a chybí mu zajištění kvalitního a kontinuálního styku s odborníkem. Ale i na straně logopeda, kdy distanční intervence

zajišťuje flexibilitu pracovní doby, práci z domova a ponechání si v péči klienty, kteří mají do ambulance daleko.

Cílem dalšího plánovaného výzkumu je navázat na získané poznatky s akcentem na samotnou aplikaci telepraxe u jedinců s narušenou komunikační schopností. Právě výše zmíněné pozitivní zkušenosti zahraničních autorů jsou inspirací vedoucí ke snaze **standardizovat využití principů** distanční logopedické intervence i v našich podmínkách.

Realizovaný výzkum otevřel mezi logopedy diskuzi na téma **proplácení jednotlivých distančních logopedických úkonů pojišťovnami**, které v současné době nenabízí odpovídající finanční podmínky pro klinické logopedy a které jsou jedním z důvodů zdrženlivého přístupu k distanční péči. Výsledky tohoto výzkumu by mohly přispět ke změně u českých pojišťoven a jejich ochotě vyrovnat úhradu za telepraxe stejně jako za běžnou logopedickou intervenci.

V české logopedii je potřeba zpracovat **legislativní normy**, aby i takto vedená intervence mohla rozšířit standardní logopedické služby a zpřístupnila tak terapii jedincům bez omezení diagnózy narušení komunikační schopnosti, a také pomoci uchopit koncept intervence telepraxe odborníkům, kteří ji nepovažují za plnohodnotnou.

Všechny tyto získané poznatky pak mohou zásadně přispět k **osvětě odborníků**, kteří se s telepraxí ještě přímo nesetkali nebo nemají dostatek pozitivních zkušeností s poskytováním telepraxe ve své praxi. Pro ně pak poslouží jako podklad do logopedické praxe vytvoření metodického materiálu, který by podpořil koncepci distanční logopedické péče jako plnohodnotného intervenčního přístupu s důrazem na správný výběr kandidátů, videokonferenčních platform a elektronizaci využívaných podkladů.

Cílem dalšího výzkumu nebude odkrývání chyb nebo nedostatků, které tato metoda poskytování logopedické intervence přináší, ale **poskytnutí návrhu**, jak v takové intervenci přistupovat k jedincům s vybranými druhy narušené komunikační schopnosti. Díky tomu, že telepraxe byla již v minulosti předmětem několika výzkumů, které přinesly jednoznačné důkazy o její rovnocenné účinnosti v porovnání s přímou terapií, je vhodné na základě těchto zkušeností upustit od hodnocení spokojenosti klientů a přinést konkrétní doporučení pro praxi.

Účelnou pomůckou by mohl být do budoucna **software (například webové stránky)** orientovaný pouze pro logopedy a jejich klienty či pacienty, který by sdružoval potřebné materiály pro všechny věkové kategorie a typy narušené komunikační schopnosti a nabízel by tak virtuální platformu či úložiště potřebného.

Součástí této publikace je vytvořený materiál „Průvodce telepractice“. Cílovou skupinou tohoto průvodce mohou být nejen odborníci či studenti oboru logopedie, ale také návštěvníci logopedických ambulancí, kteří k problematice telepractice postrádají základní informace a nejsou si jisti, jaká rizika či benefity tato možnost přináší. V pokračujícím výzkumu bychom chtěli ověřit efektivitu vytvořeného materiálu.

Dalším cílem zamýšleného výzkumu je **analýza postupů, intervenčních situací i identifikace rizik**, které se vážou ke specifickým jednotlivých druhů narušené komunikační schopnosti. Jedním z východisek je také soustředění se na spodní věkovou hranici, sociální připravenost, úroveň motoriky a neverbální komunikace, vyspělost kognitivních funkcí a další klíčové dovednosti, které mohou mít velmi významný vliv na zahájení tohoto druhu poskytování logopedické intervence u jedinců s narušenou komunikační schopností.

Domníváme se, že provedený výzkum otevírá prostor pro **aplikovaný výzkum**, který může být v návaznosti na tuto problematiku uskutečňován. Pozornost by mohla být (v rámci dalších výzkumů v oblasti telepractice) věnována jednotlivým resortům, ve kterých se realizuje logopedická intervence, a tím i specifickému vzorku logopedů v konkrétním prostředí.

Cílem našeho výzkumu bylo provedení iniciální analýzy v oblasti postojů logopedů k distanční logopedické péči v České republice. Toto uskutečněné šetření nebylo specifikováno na konkrétní resort poskytování logopedické péče, ale pouze na **aktuální stav** personální konstelace odborníků ve vztahu k telepractice.

Aplikovaný výzkum bychom chtěli zaměřit také na **analýzu spokojenosti klientů či pacientů, kterým je telepractice poskytována**. Do jaké míry telepractice vyhovuje klientům? Považují ji za efektivnější, či nikoli? Jsou odborníky dostatečně informováni o této možnosti? Přáli by si mít tuto možnost dostupnou pravidelně, nebo naopak dávají přednost fyzickému kontaktu?

9 Závěr

Cílem předložené publikace je poskytnout ucelený náhled na moderní technologie, které zejména v době celosvětové pandemie covid-19 hrály velmi důležitou roli v poskytování logopedické intervence. Hlavním cílem výzkumné části práce byla analýza subjektivního zájmu a postoje logopedů v České republice k poskytování telepractice. Dílčím cílem bylo poukázat na význam techniky při poskytování logopedických služeb.

Teoretická část publikace se věnuje klíčovým tématům – terminologicky vymezuje termíny telemedicína, e-Health, telepractice a dává nahlédnout do přehledu potřebného technického vybavení a videokonferenčních platforem. Pozornost je obrácena i k historickým milníkům, cílům a možnostem poskytování podle různých aspektů. Nezapomínáme ani na výčet legislativních důvodů pro ochranu dat a soukromí.

Výzkumná část je analýzou přístupu logopedů k problematice telepractice, jejich zájmu o získání dalších zkušeností s poskytováním dálkových logopedických služeb. Komparujeme získané poznatky s provedeným výzkumem autorů Fong, Tsai, Yiu.

Díky získaným výsledkům z dotazníkového šetření byl vyvrácen předpoklad, že již v minulosti (tedy před vypuknutím pandemie covid-19) měli čeští logopedi stejnou zkušenost s poskytováním terapie distanční formou. Vliv pandemie covid-19 je zřejmý, velmi podpořil vývoj telepractice, změnil představu o jeho poskytování a donutil tak odborníky v českém prostředí otestovat jeho možnosti informačně-komunikačních technologií v jejich oboru.

Předpoklad, že se telepractice vyrovná poskytování přímých logopedických služeb, byl také vyvrácen. I přesto, že technologie přinášejí spoustu

benefitů, řada respondentů se shodla na charakteristických jevech, které distančnímu poskytování přitěžují. Příčinou nepříznivých podmínek v telepractice je především nestálé internetové připojení, nekvalitní přenos zvuku a obrazu. Klíčová je, dle respondentů, potřeba fyzického kontaktu.

Na základě výsledků studie autorů Fong, Tsai, Yiu (2020) jsme předpokládali, že zájem českých logopedů o další proškolení se v problematice telepractice bude stejný. Čeští logopedi uvedli, že nemají zájem o školení hlavně z důvodu časové náročnosti a nevýhodnosti zvolené terapie při vykazování úkonů pojišťovnám a raději tak dávají přednost běžnému poskytování logopedických služeb.

Problematika poskytování distanční logopedické péče je na poli české logopedie prakticky mladým a nedotčeným trendem, který byl rozšířen vlivem opatření týkajících se pandemie covid-19. Díky tomu si velké množství odborníků vyzkoušelo práci prostřednictvím moderních technologií, které byly vždy upozaděné a vnímané jako poslední východisko pro intervenci jedinců s narušenou komunikační schopností.

Věříme, že se dalším zamýšleným výzkumem podaří vytvořit funkční koncept distanční logopedické intervence u jedinců s narušenou komunikační schopností, který by byl plnohodnotně a účelně využíván v logopedické praxi v České republice.

10

Seznam použitých zdrojů

ADAM, M., V. PETRŽELKA, 2009. E-health jako cesta ke kvalitnější zdravotní péči. *IT Systems*, 2009, roč. 11, č. 12, s. 12–13. ISSN: 1802-002X.

AGOSTINI M., GARZON M., BENAVIDES-VARELA S. et al. (2014),
Telerehabilitation in Poststroke Anomia. *BioMed Research International*, 1, pp. 1–6.
DOI: 10.1155/2014/706909

ALLEN A., J. GRIGSBY. Fifth annual programme survey, part 2: Consultation activity in 35 specialties. *Telemedicine Today*, 6(5), s. 18–19. 1998.

American Speech-Language-Hearing Association. *Code of ethics*. [online]. 2016 [cit. 2021-12-30]. DOI: 10.1044/policy.ET2016-00342.
Available from www.asha.org/policy/.

American Speech-Language-Hearing Association. *Code of ethics* [online]. 2015 [cit. 2020-08-02]. Dostupné z WWW: <https://www.asha.org/siteassets/uploadedFiles/ET2016-00342.pdf>

American Speech-Language-Hearing Association. *Speech-Language Pathologists Providing Clinical Services via Telepractice: Technical Report* [online]. 2005 [cit. 2020-08-06]. DOI: 10.1044/policy.TR2005-00152.
Dostupné z WWW: <https://www.asha.org/policy>

American Speech-Language-Hearing Association. *Telepractice: Overview* [online]. 2019 [cit. 2020-08-03]. Dostupné z WWW: https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice#collapse_0

American telemedicine association. *Telehealth: Defining 21st Century Care*. [online]. 2020 [cit. 2021-12-21]. Dostupné z: https://marketing.americantelemed.org/hubfs/Files/Resources/ATA_Telehealth_Taxonomy_9-11-20.pdf

American telemedicine association. *Telehealth: Defining 21st Century Care*. [online]. 2021 [cit. 2021-12-21]. Dostupné z: <https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine/>

- American telemedicine association. *What is Telemedicine?* [online]. 2012 [cit. 2020-09-02]. Dostupné z WWW: <https://web.archive.org/web/20130508215350/http://www.americantelemed.org/learn/what-is-telemedicine>
- APIAH-ADU, K., M. BAWUMIA. *Key determinants of national development: historical perspectives and implications for developing economies*. Farnham, Surrey: Gower, 2015. ISBN 9781472462831.
- ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vyjádření Rady AKL ČR k současné situaci a informace v možnosti vykazování zdrav. péče v době nouzového stavu* [online]. Praha: AKL ČR, 2020 [cit. 2020-10-30]. Dostupné z WWW: <<https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--novinky-zajimavosti&aid=1759>>
- BAKALA, J. et al. *Telemedicína a informační společnost. SANQUIS: odborný a společenský časopis pro lékaře* [online]. 2002 [cit. 2020-04-10], č. 22, s. 70. Dostupný z WWW: <https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art706>. ISSN 1212-6535.
- BAREŠOVÁ, A. *E-Learning ve vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: VOX, 2003. ISBN 80-86324-27-3.
- BARTŮŇEK, P., R. PTÁČEK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.
- BARTŮŇKOVÁ, L. *EHealth: nová média ve zdravotnictví*. Praha, 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Ústav informačních studií a knihovnictví. Vedoucí práce Ing. arch. Petr Štěpánek, Ph.D.
- BRENNAN, D., TINDALL, L., THEODOROS, D., BROWN, J., CAMPBELL, M., CHRISTIANA, D., SMITH, D., CASON, J., & LEE, A. (2010). A Blueprint for Telerehabilitation Guidelines. *International Journal of Telerehabilitation*, 2(2), pp. 31–34. <https://doi.org/10.5195/ijt.2010.6063>
- CACCIANTE, L., CIEŚLIK, B., RUTKOWSKI, S., RUTKOWSKA, A., KACPERAK, K., KULIGOWSKI, T., & KIPER, P. (2021). Feasibility, Acceptability and Limitations of Speech and Language Telerehabilitation during COVID-19 Lockdown: A Qualitative Research Study on Clinicians' Perspectives. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1503. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111503>
- Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Práva pacientů ČR* [online]. 1992 [cit. 2020-10-10]. Dostupné z WWW: https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr?fbclid=IwAR0H_TX-6_IU0ozxytpg1tSoYB0dvD3GwKZqe5hQfKrvXPkMTzJH95Bc
- CIPOLAT, C., M. GEISES. The history of telemedicine. In: BURG, G. *Telemedicine and tele dermatology*. 2003. Curich: Karger, pp. 6–11. ISBN 3-8055-7463-0.

- CURRAN V. R. Tele-education. *J Telemed Telecare*. 2006, 12(2), pp. 57–63.
<https://doi.org/10.1258/135763306776084400>
- CZ.NIC. *Jak na Internet: Jak si vybrat připojení* [online]. 2012 [cit. 2020-10-03].
 Dostupné z WWW: <https://www.jaknainternet.cz/page/1223/jak-si-vybrat-pripojeni/>
- ČERNÝ, M., M. PENHAKER. *Biotelemetrie*. Ostrava: VŠB – Technická univerzita Ostrava, 2007. ISBN 978-80-248-1605-0.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 1992 [cit. 2020-10-20], roč. 1993, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17–23. Dostupný také z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426> ISSN 1211-1244
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 2020-10-20].
 Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-110#f6449365>
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 2020-10-20].
 Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 2020-10-20]. Dostupné z WWW:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
- ČESKÉ NÁRODNÍ FÓRUM PRO EHEALTH a ICT UNIE. *Národní plán rozvoje eHealth* [online]. Praha: ICT UNIE, České národní fórum pro eHealth, 2010 [cit. 2020-04-10].
 Dostupné z WWW: http://www.ictu.cz/fileadmin/user_upload/documents/Pozicni_dokumenty/Narodni_plan_rozvoje_eHealth.pdf
- ČVUT. Základní definice dopravní telematiky [online]. 2001 [cit. 2020-12-8]. Dostupné z WWW: http://www.lt.fd.cvut.cz/its/rok_2001/pdf/Priloha-3-6-l-format.pdf
- DSL.CZ. *Jak se připojit k internetu aneb Jaké typy připojení jsou na výběr?* [online]. 2018 [cit. 2020-10-03]. Dostupné z WWW: https://www.dsl.cz/jak-na-to/jak-se-pripojit-k-internetu?fbclid=IwAR0hICHYatsrpVCapbOqn99FWBUcjZjM7-2-Sgs5_uaga5jp6bYZN6Y8bOI
- DURDILOVÁ, L. Telepractice terapie a její využití v logopedické praxi. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2014, roč. 24, č. 2, s. 125–132, ISSN 1211-2720.
- EDWARDS, M., A. STREDLER-BROWN, K. T. HOUSTON. Expanding use of telepractice in speech-language pathology and audiology. *The Volta Review* [online]. 2012, 112(3), pp. 227–242. ISSN 00428639.
- EDWARDS-GAITHER, L. *Cultural Considerations for Telepractice: An Introduction for Speech-Language Pathologists*. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 3. 13. 10.1044/persp3.SIG18.13. 2018. Dostupné z WWW: <https://www.researchgate>.

net/publication/323822172_Cultural_Considerations_for_Telepractice_An_Introduction_for_Speech-Language_Pathologists

EVROPSKÝ PARLAMENT A RADA EVROPSKÉ UNIE. Nařízení *Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679* ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) [online]. 2016 [cit. 2020-10-23]. Dostupné z WWW: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:32016R0679>

EYSENBACH, G. What is e-health?. *Journal of Medical Internet Research Publications* [online]. 2001 [cit. 2020-06-03], vol. 3, Issue 2, E20, pp. 1–2. ISSN 1438-8871. Dostupný z WWW: <https://www.jmir.org/2001/2/e20/pdf>

Facebook Messenger [online]. Facebook, 2020 [cit. 2020-10-02]. Dostupné z WWW: <https://www.messenger.com/features>

FLEMING, A. a kol. Putting the “Tele-” in Telepractice. *Perspectives on Telepractice* [online]. 2013 [cit. 2020-08-28], vol. 3, n. 1. Dostupné z WWW: <http://journals.pubs.asha.org/journals.aspx>

FONG, R., Ch. F. TSAI, O. Y. YIU. The Implementation of Telepractice in Speech Language Pathology in Hong Kong During the COVID-19 Pandemic. *Telemedicine and e-Health* [online]. 2020 [cit. 2020-10-28]. ISSN 1530-5627. doi: 10.1089/tmj.2020.0223.

GARCIA, C. *Online Manual for the Telepractice Paraprofessional* [online]. 2013 [cit. 2020-10-22]. The University of North Carolina at Greensboro. Dostupné z WWW: <https://csd.wp.uncg.edu/wp-content/uploads/2012/12/OnlineTelepractice-Manual-for-Paraprofessionals.pdf>

GERBER S., SCHÜTZ N., USLU A. et al. (2019) Therapist-Guided Tablet-Based Telerehabilitation for Patients With Aphasia: Proof-of-Concept and Usability Study. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, 6(1), e13163. <https://doi.org/10.2196/13163>

Google Workspace [online]. Google, 2020 [cit. 2020-10-08]. Dostupné z WWW: <https://workspace.google.cz/intl/cs/products/meet/>

GRILLO, E. U. Functional voice assessment and therapy methods supported by telepractice, VoiceEvalU8, and estill voice training. *Seminars in Speech and Language*, 2021, 42(1), pp. 41–53.

HALL, N., M. BOISVERT, R. STEELE. Telepractice in the Assessment and Treatment of Individuals with Aphasia: A Systematic Review. *International Journal of Telerehabilitation* [online]. 2013 [cit. 2020-08-28]. DOI: 10.5195/ijt.2013.6119. ISSN 19452020. Dostupné na WWW: <http://telerehab.pitt.edu/ojs/index.php/Telerehab/article/view/6119/6435>

HARTL, P., H. HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

- HARTVIGSEN, G., S. PEDERSEN. *Lessons learned from 25 years with telemedicine in Northern Norway*. Norsko, 2015. ISBN 978-82-8242-053-2.
- HARVÁNEK, M. *Telemedicína v ČR a nové trendy v soustředování a zpracování obrazových informací v medicíně*. Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filosofická fakulta, Ústav české literatury a knihovnictví. Vedoucí práce prim. MUDr. Jiří Bakala.
- HILL A.J., THEODOROS D.G., RUSSELL T.G. et al. The effects of aphasia severity on the ability to assess language disorders via Telerehabilitation. *Aphasiology*, 2009, 23(5), pp. 627–642. Dostupné z WWW: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687030801909659>>
- HOUSTON, K. Todd. *Telepractice in speech-language pathology*. San Diego, California: Plural Publishing, 2014. ISBN 978-1-59756-605-6.
- HYDER, M. A., RAZZAK, J. Telemedicine in the United States: An Introduction for Students and Residents. *Journal of Medical Internet Research*, 2020, 22 (11), e20839. doi: 10.2196/20839
- CHOI Y.H., PARK H.K., AHN K. (2016), A Telerehabilitation Approach for Chronic Aphasia Following Stroke. *Telemedicine and e-Health*, 22(5), pp. 434–440. PMID: 26544535. DOI: 10.1089/tmj.2015.0138
- ITU. *Radio Regulations Articles* [online]. Article 1.3, 2012 [cit. 2020-12-08]. Dostupné z WWW: https://web.archive.org/web/20150319031957/https://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/02/S02020000244501PDFE.PDF
- JANATOVÁ, M. a A. HOLUBOVÁ. Využití digitálních technologií v terapii pacientů po cévní mozkové příhodě. *Listy klinické logopedie*. 2018(2), s. 32–36. ISSN 2570-6179
- JANOUEŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1594-0.
- KÁBRT, M. *Test chí kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce*. Aplikovaná statistika [online]. 2011 [cit. 2020-12-5]. Dostupné z WWW: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>
- KALF, H. *Causes and solutions for drooling in Parkinson's disease*. Přednáška 26. 5. 2012, 8. kongres CPLOL, Hague.
- KHATRI V., PETERSON C. B., KYRIAZOKOS S., PRASAD N.R. A Review of Telemedicine Services in Finland. In: Dremstrup K., Rees S., Jensen M. Ø. (eds) *15th Nordic-Baltic Conference on Biomedical Engineering and Medical Physics* (NBC 2011). IFMBE Proceedings, vol. 34. Springer, Berlin, Heidelberg, 2011. https://doi.org/10.1007/978-3-642-21683-1_1
- KKESE, E. *McGurk effect and audiovisual speech perception in students with learning disabilities exposed to online teaching during the COVID-19 pandemic* [online]. 2020 [cit. 2021-05-23] Medical Hypotheses, 144, 110233. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110233>

- KOCÁBKOVÁ, E. Logopedie „na dálku“. Hradečák. Hradec Králové: Garamon s.r.o., 2020 [cit. 2020-08-28], (7). Dostupné z WWW: http://www.garamon.cz/hradecak/Hradecak%2007_IN_2020.pdf
- KOLÍN, A. *Informační společnost a koncept eHealth*. Praha, 2014. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Ústav informačních studií a knihovnictví. Vedoucí práce doc. PhDr. Richard Papík, Ph.D.
- KOMÁŘOVÁ, K. Vzdálené monitorování srdce – přínos pro pacienta, úspora pro zdravotnický systém. *ZAM – Zdravotnictví a medicína* [online]. 2014 [cit. 2020-07-20]. Dostupné z WWW: <https://zdravi.euro.cz/clanek/vzdalene-monitorovani-srdce-prinos-pro-pacienta-uspورا-pro-zdravotnický-system-475297>
- KRÁL, M. *První kroky s internetem*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Snadno a rychle (Grada). ISBN 978-80-247-5245-7.
- KRIEGLEROVÁ, N. *Videokonferenční systémy*. Ostrava, 2015. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA. Vedoucí práce Ing. Pavel Staša, Ph.D.
- LECHTA, V. et al, 1990. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V. et al, 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- MACOIR J., SAUVAGEAU V., BOISSY P. et al. (2017), In-Home Synchronous Telespeech Therapy to Improve Functional Communication in Chronic Poststroke Aphasia: Results from a Quasi-Experimental Study. *Telemedicine and e-Health*, 23(8), pp. 630–639. PMID: 28112589. DOI: 10.1089/tmj.2016.0235
- MACOIR, J., DESMARAIS, C., MARTEL-SAUVAGEAU, V., & MONETTA, L. Proactive changes in clinical practice as a result of the COVID-19 pandemic: Survey on use of telepractice by Quebec speech-language pathologists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2021, 56(5), pp. 1086–1096. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12669>
- MANICKI K. Telerehabilitation in speech-language therapy as exemplified by aphasic patients. A research review. *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, no. 31, Poznań 2020, pp. 379–390. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. e-ISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2020.31.18>
- MEA, V. Della. What Is eHealth (2): The death of telemedicine?. *Journal of Medical Internet Research Publications* [online]. 2001 [cit. 2020-05-05], vol. 3, no. 2. ISSN: 1438-8871. Dostupný z WWW: <https://www.jmir.org/2001/2/e22/>
- Microsoft Teams* [online]. Microsoft, 2020 [cit. 2020-10-20]. Dostupné z WWW: <https://www.microsoft.com/cs-cz/microsoft-365/microsoft-teams/group-chat-software>

MITCHELL, J. *From telehealth to e-health: the unstoppable rise of e-health*. Canberra, Australia: National Office for the Information Technology, 1999 [cit. 2020-05-23]. Dostupné z WWW: <https://webarchive.nla.gov.au/awa/20131205112142/http://pandora.nla.gov.au/pan/12789/20131205-1637/www.archive.dcita.gov.au/1999/09/rise.html>

MITCHELL, J. Increasing the cost-effectiveness of telemedicine by embracing ehealth. *Journal of Telemedicine and Telecare* [online]. 2000 [cit. 2020-09-20], vol. 6, Supplement 1, pp. 16–19. ISSN: 1357-633X. eISSN: 1758-1109. Dostupný z WWW: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/1357633001934500>

NHS Scotland – eHealth. *EHealth Annual Review 2014-15* [online]. 2014 [cit. 2020-06-20]. Dostupné z WWW: <https://www.ehealth.scot/resources/ehealth-annual-reviews/>

OTEVŘENÝ DOPIS ODBORNÉ KOMISE K NOVÉMU STANDARDU DISTANČNÍ LOGOPEDICKÉ PÉČE <https://www.klinickalogopedie.cz/res/file/2021/zprava-ok-k-standardu-distancni-logo-01042021.docx>

Pandemie COVID-19 může být průlomem v online konzultacích, 2020. *Medical tribune* [online]. 16(5), A8 [cit. 2021-05-23]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/45468-pandemie-covid-muze-byt-prulodem-v-online-konzultacich>

POSLEANECKÁ SMĚROVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. Předpis 301/2020 Sb. [online]. Praha: 2020 [cit. 2020-10-30]. Dostupné z WWW: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=301&r=2020>

POTÁČEK, J. Informační a komunikační technologie. In: KTD: Česká terminologická databáze knihovnictví a informační vědy (TDKIV) [online]. Praha: Národní knihovna ČR, 2003– [cit. 2021-12-22].

PUBLICATION OFFICE OF THE EUROPEAN UNION. *EU Vocabularies*. [online]. 2020 [cit. 2020-08-20]. Dostupné z WWW: <https://op.europa.eu/en/web/eu-vocabularies/th-concept/-/resource/eurovoc/6929/lang-cs>

PUSTĚJOVSKÁ, I. Pedagogická fakulta odhaluje, jak pracují Prevít na síti. *Žurnál Online zpravodajství z univerzity* [online]. 2021, 24. 11. 2021, 1 [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://www.zurnal.upol.cz/nc/fr/zprava/clanek/pedagogicka-fakulta-odhaluje-jak-pracuji-previti-na-siti/>

ROMANOW, R. Guidé par nos valeurs: L'Avenir des soins de santé au Canada. 2002 [cit. 2020-07-28] Dostupné z: <https://www.francotnl.ca/FichiersUpload/Documents/20070926CommissionRomanow.pdf>

ROSATI, S., ZEMA, M., CASTAGNERI, C., MARCHETTI, F., & BALESTRA, G. Modelling and analysis of four telemedicine Italian experiences. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine*

and Biology Society. *Annual International Conference*, 2017, pp. 2634–2637.
<https://doi.org/10.1109/EMBC.2017.8037398>

SKALICKÝ, P. *Využití telemedicíny v chirurgii* [online]. 2009 [cit. 2020-06-29].
 Disertační práce. Univerzita Palackého, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miloslav Duda. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/wj5gg1/>

Skype [online]. Microsoft, 2020 [cit. 2020-10-20].
 Dostupné také z WWW: <https://www.skype.com/cs/features/>

SNODGRASS, M. R., CHUNG, M. Y., BILLER, M. F., APPEL, K. E., MEADAN, H., & HALLE, J. W. Telepractice in speech–language therapy: The use of online technologies for parent training and coaching. *Communication Disorders Quarterly*, 2017, 38(4), pp. 242–254. <https://doi.org/10.1177/1525740116680424>

SOYARS, L. a kol. *Tomorrow's service delivery model: Telepractice and you* [online]. 2009 [cit. 2020-09-19]. Dostupné z WWW: https://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/2200_O_Rourke_Colleen/

Statistika poradny – E-Bezpečí. Projekt E-bezpečí – E-Bezpečí [online].
 Dostupné z: <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/poradna/statistika-poradny>

STŘEDA, L., K. HÁNA. *EHealth a telemedicina: učebnice pro vysoké školy*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5764-3.

STŘEDA, L., P. PANÝŘEK. *EHealth a telemedicina*. Praha: High Tech Park, 2011. ISBN 978-80-254-9508-7.

SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČESKÉ REPUBLIKY. *Výkony distanční terapie* [online]. SZP ČR, 2020 [cit. 2020-10-30]. Dostupné z WWW: <https://szpcr.cz/>

ŠIMÍČEK, V., J. DRÁPALOVÁ, V. ILČÍK. *Spojovací technika* [online]. Code Creator, 2015 [cit. 2020-07-09]. ISBN 978-80-88058-14-4. Dostupné z WWW: <https://publi.cz/books/86/05.html>

ŠIMKOVÁ, D. *Hardware pro začátečníky: průvodce nitrem počítače na první pokus*. Praha: Grada, 2007. Snadno a rychle (Grada). ISBN 978-80-247-2029-6.

ŠTIKAR, J. *Obrazová komunikace*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1992. ISSN 0567-8307.

THEODOROS, D. *Telepractice and technology for speech and language therapy: The future service delivery*. Přednáška 25. 5. 2012, 8. kongres CPLOL, Hague.

TOWEY, M. *Speech telepractice: Installing a speech therapy upgrade for the 21ST century*. International journal of telerehabilitation [online]. 2012 [cit. 2020-10-18], vol. 4, n. 2. Dostupné z WWW: <http://telerehab.pitt.edu/ojs/index.php/Telerehab/article/view/6112/6414>

VÁLEK, J. *Elektronizace zdravotnictví (e-Health), o co se vlastně jedná?*. Telekomunikace, 2009, roč. 46, č. 1, s. 22–24. ISSN: 0040-2591.

- VEJVALKA, Jan. *Telemedicína – přehled zahraničních zkušeností* [online]. 1999 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z WWW: <https://www.inforum.cz/archiv/inforum1999/prednasky/vejvalka.htm>
- VEVERKOVÁ, Eva. *Logopedické terapie online*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 88 s. Bakalářská práce.
- VITÁSKOVÁ, K. et al. *Vybrané otázky logopedického výzkumu ve vývojovém náhledu: výzkum poruch verbální a neverbální komunikace, hlasu, řeči a orofaciálních funkcí v kontextu moderní logopedické diagnostiky a terapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5882-3.
- VITÁSKOVÁ, K. *Využití logopedických pomůcek a přístrojů u jedinců s narušenou komunikační schopností k rozvoji jejich komunikace*. In: LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3094-2.
- VLASÁK, M. *Telemedicína a eHealth v EU*. 2006. Diplomová práce. Univerzita Karlova.
- VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Jak vykazovat distanční kontakt s pacientem?* [online]. VZP ČR, 2020 [cit. 2020-10-30]. Dostupné z WWW: <https://www.vzp.cz/o-nas/nejcasteji-resite/otazka/jak-vykazovat-distančni-kontakt-s-pacientem>
- WEIDNER, K., J. LOWMAN. *Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review*. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups [online]. 2020 [cit. 2020-07-20], 5(1), 326-338. DOI: 10.1044/2019_PERSP-19-00146. ISSN 2381473X. Dostupné z WWW: https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/2019_PERSP-19-00146
- WERNHART, A., GAHBAUER, S., & HALUZA, D. eHealth and telemedicine: Practices and beliefs among healthcare professionals and medical students at a medical university. *PloS One*, 2019, 14(2), e0213067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213067>
- WhatsApp [online]. WhatsApp, 2021 [cit. 2021-12-02]. Dostupné z WWW: <https://www.whatsapp.com>
- Whereby [online]. Whereby, 2021 [cit. 2021-12-02]. Dostupné z WWW: <https://whereby.com/>
- WHO. *A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11-16 December, Geneva, 1997*. Geneva, World Health Organization, 1998 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z WWW: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63857/WHO_DGO_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO. *Status of eHealth in the WHO European Region*. WHO – Fact sheet [online]. 2016 [cit. 2020-04-22]. Based on the results of the 2015 Global eHealth Survey.

Dostupné z WWW: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/303322/fact-sheet-status-of-ehealth-in-who-european-region.pdf?ua=1

WOOTTON, R., J. CRAIG, V. PATTERSON. *Introduction to telemedicine*. 2nd ed. Ashland, Ohio: Distribution in the USA and Canada, Royal Society of Medicine Press c/o Book Masters, c2006. Telemedicine and e-health. ISBN 1853156779.

WYNN, R. E-Health in Norway Before and During the Initial Phase of the Covid-19 Pandemic. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2020, 272, pp. 9–12. <https://doi.org/10.3233/SHTI200480>

Zákon č. 301/2020 Sb. Zákon o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby zohledňujících dopady epidemie onemocnění COVID-19 v roce 2020, 2020 §. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-301>

ZATLOUKALOVÁ, M. Current telerehabilitation options in aphasia. *Listy klinické logopedie*. 2019 (3), s. 8–12. DOI: 10.36833/lkl.2019.024. ISSN 2570-6179

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Informace ZPko MV ČR, REALIZACE „KOMPENZAČNÍ VYHLÁŠKY“* [online]. 2020 [cit. 2020-10-30]. Dostupné z WWW: https://www.zpmvcr.cz/sites/www.zpmvcr.cz/files/dokumenty/2020-09/Kompenza%C4%8Dn%C3%AD%20vyhl%C3%A1%C5%A1ka_PZS_web.DEF_akt1.pdf

ZIELINSKI K., DUPLAGA M., INGRAM D. *Information Technology Solutions for Healthcare*. Springer Science & Business Media, 2007, 356 s. ISBN 1846281415.

ZIKL, P. *Využití ICT u dětí se speciálními potřebami*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3852-9.

Zoom [online]. Zoom Video Communications, 2020 [cit. 2020-10-22]. Dostupné z WWW: <https://zoom.us>

11

Seznam zkratek a symbolů

ADSL – Asymmetric Digital Subscriber Line

AKL – Asociace klinických logopedů

apod. – a podobně

ASHA – American Speech–Language–Hearing Association

ATA – American Telemedicine Association

ČNFeH – České národní fórum pro e-Health

č. – číslo

ČR – Česká republika

EEG – elektroencefalografie

EKG – elektrokardiografie

EMG – elektromyografie

EU – Evropská unie

H – hypotéza

ibid. – ibidem – tamtéž

ICT/IKT – informační a komunikační technologie

IT – informační technologie

NHS – National Health Service

PAS – poruchy autistického centra

PC – Personal Computer (osobní počítač)

RTG – rentgen

SMS – Služba krátkých textových zpráv (Short message service)

SZP – Svaz zdravotních pojišťoven

TCP/IP – Transmission Control Protocol/Internet Protocol

tj. – to je

VDSL – Very High Speed DSL

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WAN – Wide Area Network

WHO – World Health Organization

ZPMN – Zdravotní pojišťovna Ministerstva Vnitra

Přílohy

Původní dotazník ke studii Fong, Tsai a Yiu (2020) – „Survey on telepractice in speech language pathology in Hong Kong“

FONG ET AL.

Appendix A1. Survey on telepractice in speech language pathology in Hong Kong

A. Demographics

1. In what setting(s) you are now working in? (Can select more than one)

- ☐ Preschool
- ☐ Special school
- ☐ Mainstream school
- ☐ Residential care home for the elderly
- ☐ Hospital
- ☐ University
- ☐ Private clinic
- ☐ Other: _____

2. What case type(s) are on your current caseload? (Can select more than one)

- ☐ Aphasia/cognitive communication disorders
- ☐ Developmental language disorder
- ☐ Dysphagia/feeding disorder
- ☐ Fluency disorder
- ☐ Hearing impairment
- ☐ Literacy
- ☐ Motor speech disorders
- ☐ Multimodal communication (AAC)
- ☐ Social communication disorders
- ☐ Speech sound disorders
- ☐ Voice and laryngeal disorders
- ☐ Other: _____

3. How many years of experience do you have in speech language pathology practice?

- ☐ Yes (To part B)
- ☐ No (To part C)

B. Existing service delivery in telepractice

5. How long have you been doing telepractice?

- ☐ <3 months
- ☐ 3–12 months
- ☐ 1–3 years
- ☐ 3 years or more

6. How often do you do telepractice (for all patients) per week?

- ☐ One-off scenario
- ☐ Less than once per week
- ☐ About 1–5 times per week
- ☐ Over 5 times per week

7. What age group(s) do you regularly serve through telepractice? (can select more than one)

- ☐ 6 months or younger
- ☐ 7 months–2 years of age
- ☐ 3–5 years of age
- ☐ 6–17 years of age
- ☐ 18–40 years of age
- ☐ 41–64 years of age
- ☐ 65 years or older

8. How do you deliver your telepractice? (can select more than one)

- ☐ Over telephone/audio-only communication
- ☐ Over videoconferencing
- ☐ Store-and-forward
- ☐ Other: _____

9. What type of service(s) do you deliver through telepractice? (can select more than one)

- ☐ Screening
- ☐ Assessment
- ☐ Treatment
- ☐ Follow-up/monitoring
- ☐ Consultation/supervision

10. In what area(s) do you provide service through telepractice? (can select more than one)

- ☐ Aphasia/cognitive communication disorders
- ☐ Developmental language disorder
- ☐ Dysphagia/feeding disorder
- ☐ Hearing impairment
- ☐ Fluency disorder
- ☐ Literacy
- ☐ Motor speech disorders
- ☐ Multimodal communication (AAC)
- ☐ Social communication disorders
- ☐ Speech sound disorders
- ☐ Voice and laryngeal disorders
- ☐ Other: _____

11. In general, what do you think about the clinical effectiveness of telepractice as compared with standard face-to-face service?

- ☐ More effective
- ☐ Similarly effective
- ☐ Less effective
- ☐ Have not considered the clinical effectiveness
- ☐ Other: _____

(Appendix continues →)

TELEPRACTICE IN SPEECH LANGUAGE PATHOLOGY DURING COVID-19

C. Perception toward telepractice

12. Are you aware of telepractice in speech language pathology?

- ☐ Yes
☐ No

13. Do you feel telepractice can be applied in speech language pathology service delivery?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Other: _____

14. In your view, what additional hardware/clinical materials are needed to set up an effective telepractice (if any)?

15. What is/are your reason(s) of not using telepractice (yet)? (can select more than one)

- ☐ Patient type/age unsuitable
☐ Impersonal/lack of physical contact
☐ Questionable effectiveness
☐ Technological barrier
☐ Cost too high
☐ Ethical concerns
☐ Lack of support/clinical resources/training
☐ Client/caregivers' reluctance/refusal
☐ No need for a change if the current way works
☐ Other: _____

D. Training

16. What prior training did you have about telepractice (e.g. professional development, interprofessional exchanges, and discussion on literature with colleagues)?

17. What additional training would you desire (e.g. specific technology, clinical aspects, and specific program) for telepractice?

E. Knowledge about telepractice

18. Rate your level of agreement to the following statements: (strongly disagree, disagree, neutral, agree, strongly agree)

- i. Telepractice is based on current evidence-based practice and is at least equivalent to standard clinical care
ii. The appropriateness of using telepractice depends on the clinical population
iii. Telepractice should always be a real-time interaction between a clinician and the patient
iv. Telepractice can be done for an individual, group sessions, specialist clinical consultation, and even clinical training/supervision

19. What factors would you consider when selecting patients for telepractice? (can select more than one)

- ☐ Patients' cognitive/behavioral ability (e.g. cognitive functioning, multitasking, attention, etc.)
☐ Patients' physical/sensory ability (hearing, vision, manual dexterity, sitting tolerance, etc.)
☐ Patients' communication ability (auditory comprehension, literacy, speech intelligibility, etc.)
☐ Patients' access to support services (hardware, network, support person, etc.)
☐ Patients' clinical condition

Downloaded by 61.24.232.91 from www.liebertpub.com at 07/19/20. For personal use only.

Dotazník o využití telepraxe u logopedů v ČR

A. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. V jakém prostředí momentálně pracujete? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ v oblasti rané péče
- ⇒ ve stacionáři
- ⇒ v poradenském zařízení
- ⇒ v předškolním
- ⇒ ve speciální škole (MŠ, ZŠ)
- ⇒ v běžné základní škole
- ⇒ v soukromé ambulanci
- ⇒ v nemocničním
- ⇒ v univerzitním
- ⇒ na soukromé klinice
- ⇒ jiné _____

2. S jakými typy případů se ve své praxi nejčastěji setkáváte? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ získané organické poruchy řečové komunikace (afázie, syndrom demence a poruch komunikace)
- ⇒ poruchy vývoje řeči (opožděný vývoj řeči, dysfázie)
- ⇒ poruchy polykání (dysfagie)
- ⇒ narušení plynulosti řeči (koktavost, breptavost)
- ⇒ poruchy sluchu
- ⇒ specifické vývojové poruchy školních dovedností
- ⇒ narušení článkování řeči (dysartrie, dyslálie)
- ⇒ multimodální komunikace (AAK)
- ⇒ získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- ⇒ poruchy zvuku řeči (rinolálie, palatolálie)
- ⇒ poruchy hlasu
- ⇒ sociálně (pragmatická) porucha komunikace
- ⇒ jiné _____

3. Jaká je délka vaší logopedické praxe?

- ⇒ méně než 1 rok
- ⇒ 1–3 roky
- ⇒ 4–6 let
- ⇒ 7–10 let
- ⇒ 10–15 let
- ⇒ 15 a více let

4. Už jste někdy slyšel/a o termínu telepractice jako o názvu poskytování distanční logopedické péče?

- ⇒ ano
- ⇒ ne

5. Už jste někdy poskytoval/a logopedickou péči na dálku (tj. prostřednictvím technického vybavení)?

- ⇒ ano (pokračování do části B)
- ⇒ ne (pokračování do části C)

B. POSKYTOVÁNÍ TELEPRACTICE SLUŽEB

6. Jak dlouho poskytujete distanční logopedickou péči?

- ⇒ méně než 3 měsíce
- ⇒ 3–12 měsíců
- ⇒ 1–3 roky
- ⇒ 3 a více let

7. Jak často pacientům poskytujete logopedii na dálku?

- ⇒ jednalo se pouze o jednorázovou záležitost
- ⇒ méně než jednou týdně
- ⇒ 1–5× týdně
- ⇒ více než 5× týdně

8. Jakým věkovým skupinám pravidelně poskytujete distanční logopedické služby? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ 6 měsíců a mladší
- ⇒ 7 měsíců – 2 roky
- ⇒ 3–5 let
- ⇒ 6–17 let
- ⇒ 18–40 let
- ⇒ 41–64 let
- ⇒ 65 a více let

9. Jak distanční služby poskytujete? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ přes mobil/telefon (pouze přenos zvuku)
- ⇒ přes videokonferenční hovor (přenos zvuku i obrazu)
- ⇒ pouze zasílání materiálů, ilustračních videí apod.
- ⇒ jiné _____

10. Jaký typ distančních služeb poskytujete? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ screening
- ⇒ diagnostiku
- ⇒ terapii
- ⇒ sledování/monitorování
- ⇒ konzultace/supervize

11. S jakými typy případů nejčastěji distančně pracujete? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ získané organické poruchy řečové komunikace (afázie, syndrom demence a poruch komunikace)
- ⇒ poruchy vývoje řeči (opožděný vývoj řeči, dysfázie)
- ⇒ poruchy polykání (dysfagie)
- ⇒ narušení plynulosti řeči (kockavost, breptavost)
- ⇒ poruchy sluchu

- ⇒ specifické vývojové poruchy školních dovedností
- ⇒ narušení článkování řeči (dysartrie, dyslálie)
- ⇒ multimodální komunikace (AAK)
- ⇒ získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- ⇒ poruchy zvuku řeči (rinolálie, palatolálie)
- ⇒ poruchy hlasu
- ⇒ sociální (pragmatická) porucha komunikace
- ⇒ jiné _____

C. POSTOJ K DISTANČNÍ LOGOPEDICKÉ PÉČI

13. Máte povědomí o možnosti distančního poskytování logopedické péče?

- ⇒ ano
- ⇒ ne

14. Myslíte si, že distanční péče může být aplikována v oblasti logopedie?

- ⇒ ano
- ⇒ ne
- ⇒ jiné _____

15. Na jaké vybavení/materiály/podmínky je podle vás potřeba klást velký důraz, aby poskytování distančních služeb bylo co nejefektivnější?

- ⇒ otevřená otázka

16. Jaký je váš (prozatímní) důvod pro neposkytování logopedické péče na dálku? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ nevhodný věk/typ pacienta
- ⇒ neosobní/nedostatek fyzického kontaktu
- ⇒ diskutabilní účinnost
- ⇒ technická bariéra
- ⇒ příliš vysoké náklady

- ⇒ obavy z nedodržení etických aspektů
- ⇒ nedostatek podpory/klinických zdrojů/školení
- ⇒ neochota/odmítnutí ze strany klienta (popř. jeho zákonných zástupců, opatrovníků, pečovatелů)
- ⇒ není potřeba nic měnit, pokud současný způsob funguje
- ⇒ jiné _____

D. ŠKOLENÍ, MOŽNOST DOSTUPNÝCH ZDROJŮ

17. Jaké školení jste ohledně distanční logopedické péče v minulosti absolvoval/a (např. profesní rozvoj, mezioborové výměny a diskuse s kolegy, literatura apod.)?

- ⇒ otevřená otázka

18. Jaké školení byste si ohledně distanční logopedické péče přáli absolvovat (např. školení na konkrétní technologie, klinické aspekty, programy aj.)?

- ⇒ otevřená otázka

E. TELEPRACTICE

19. Telepractice vychází ze současného přístupu založeného na důkazech a je přinejmenším stejně efektivní jako standardní poskytování logopedické péče.

- ⇒ zcela nesouhlasím
- ⇒ spíše nesouhlasím
- ⇒ ani nesouhlasím/ani souhlasím
- ⇒ spíše souhlasím
- ⇒ zcela souhlasím

20. To, zda lze aplikovat distanční logopedickou péči, záleží na stavu pacientů s narušenou komunikační schopností.

- ⇒ zcela nesouhlasím
- ⇒ spíše nesouhlasím

- ⇒ ani nesouhlasím / ani souhlasím
- ⇒ spíše souhlasím
- ⇒ zcela souhlasím

21. Telepractice by měla být vždy poskytována v reálném čase (tedy jako přímá interakce mezi logopedem a jeho pacientem).

- ⇒ zcela nesouhlasím
- ⇒ spíše nesouhlasím
- ⇒ ani nesouhlasím / ani souhlasím
- ⇒ spíše souhlasím
- ⇒ zcela souhlasím

22. Distanční logopedickou péči lze provádět jak pro jednotlivce, tak i pro skupiny, odborné konzultace i pro samotný klinický výcvik.

- ⇒ zcela nesouhlasím
- ⇒ spíše nesouhlasím
- ⇒ ani nesouhlasím / ani souhlasím
- ⇒ spíše souhlasím
- ⇒ zcela souhlasím

23. Které faktory pro posouzení vhodnosti zařazení pacienta pro dálkovou terapii zvažujete nejvíce? (Lze vybrat více než jednu odpověď.)

- ⇒ pacientovy kognitivní a behaviorální schopnosti (např. kognitivní funkce, pozornost)
- ⇒ pacientovy fyzické a smyslové vlastnosti (nenarušené percepční vnímání, manuální obratnost, fyzická odolnost, ochota spolupracovat)
- ⇒ pacientovy komunikační schopnosti (nenarušené porozumění, gramotnost, srozumitelnost řeči)
- ⇒ pacientův přístup k příslušným technologiím a určitá schopnost práce s informačními technologiemi
- ⇒ celková kondice pacienta

24. Pokud mi chcete sdělit nějakou vaši konkrétní zkušenost s danou problematikou, nebo máte nějaký komentář či doplnění k samotnému dotazníku, využijte prosím tento prostor.

⇒ otevřená otázka

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Hrudová, Tereza

Poskytování telepraxe v logopedii / Tereza Hrudová, Adéla Hanáková, Kristina Šimůnková. -- 1. vydání. -- Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 2021. -- 1 online zdroj

Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta -- Terminologický slovník. -- Obsahuje bibliografii

ISBN 978-80-244-6057-4 (online ; pdf)

* 61:004.7 * 376-056.264-021.67 * 004+621.39 * (049.5) * (437.3) * (048.8:082)

- telemedicína
- logopedická prevence
- informační a komunikační technologie
- dotazníky -- Česko
- distanční terapie
- kolektivní monografie

376 – Výchova a vzdělávání zvláštních skupin osob [22]

Poskytování telepractice v logopedii

Tereza Hrudová, Adéla Hanáková, Kristina Šimůnková

Odpovědný redaktor Jiří Slavík

Jazyková korektura Jiří Slavík

Layout a sazba Jitka Bednaříková

Návrh obálky Lenka Wünschová

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
vydavatelstvi.upol.cz

1. vydání

Olomouc, 2021

Neprodejná publikace

DOI: 10.5507/pdf.21.24460567

ISBN 978-80-244-6056-7 (print)

ISBN 978-80-244-6057-4 (online: iPDF)

VUP 2021/0344 (print)

VUP 2021/0345 (online: iPDF)

V pandemické situaci způsobené COVID-19, která omezila či zcela zastavila mnoho specialistů při pravidelném poskytování intervence, se nepochybně stalo živým fenoménem poskytování logopedické péče na dálku. Cílem předložené publikace je poskytnout ucelený náhled na moderní technologie, které zejména v době celosvětové pandemie COVID-19 hrály velmi důležitou roli v poskytování logopedické intervence. Hlavním cílem výzkumné části práce byla analýza subjektivního zájmu a postoje logopedů v České republice k poskytování telepractice.



Vydavatelství
Univerzity
Palackého



9 788024 460567