



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Distanční forma logopedické intervence u předškolních dětí v době pandemie Covid-19

Vypracoval: Eliška Gabriela Korešová
Vedoucí práce: PaedDr. Alena Váchová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Eliška Gabriela Korešová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce PaedDr. Aleně Váchové za veškerou pomoc, ochotu, trpělivost a cenné rady. Dále děkuji všem zúčastněným rodičům a klinické logopedce, kteří se podíleli na mém výzkumu. Děkuji také mé rodině a Davidovi za podporu.

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je analyzovat distanční formu logopedické intervence u dětí předškolního věku v době pandemie covid-19, rozkrýt problémy a pozitiva, které se během jejího užívání objevily. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část vymezuje obor logopedie, vývoj řeči, narušenou komunikační schopnost u dítěte předškolního věku. Dále je v této části popsána telemedicína v době pandemie Covid-19, distanční logopedická intervence a komunikační kanály k její realizaci. Praktická část obsahuje výsledky smíšeného výzkumného šetření. Tvoří ji část kvantitativní, která byla realizována za pomoci online dotazníku, a část kvalitativní, uskutečněná prostřednictvím rozhovoru s klinickou logopedkou. V době pandemie nabízela terapeutka distanční logopedickou intervenci za pomoci videokonzultace.

Klíčová slova: narušená komunikační schopnost; logopedie; logopedická intervence; telemedicína; telerehabilitace; Covid-19; předškolní věk

Abstrakt

The objective of this bachelor thesis is to analyze a distance form of the speech therapy intervention by preschool age children during the COVID-19 pandemic, reveal the problems and benefits appeared during its use.

The text is composed the theoretical and practical part. The theoretical part defines the field of speech therapy, the speech development, communication disorder in preschool child. This section also describes a telemedicine during the COVID-19 pandemic, a distance speech therapy intervention and a communication channels for its implementation.

The practical part contains the results of research investigation. It consists of quantitative research, implemented using an online questionnaire and the qualitative research implemented using an interview with clinical speech therapist. During the pandemic, the therapist offered a distance speech therapy intervention using the videoconferencing.

Key words: communication disorder; speech therapy; speech therapy intervention; telemedicine; telerehabilitation; COVID-19; preschool age

Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ŘEČ A KOMUNIKACE	11
1.1 Vývoj řeči.....	11
2 LOGOPEDIE.....	14
2.1 Narušená komunikační schopnost.....	14
2.2 Vybrané narušené komunikační schopnosti.....	15
2.2.1 Opožděný vývoj řeči	15
2.2.2 Vývojová dyslalie	16
2.2.3 Vývojová dysfázie	16
2.2.4 Balbuties	16
2.2.5 Tumultus	17
3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE.....	18
3.1 Logopedická prevence	19
3.2 Logopedická diagnostika.....	20
3.3 Logopedická terapie.....	20
3.4 Organizace logopedické intervence v ČR.....	21
4 DISTANČNÍ LOGOPEDICKÁ INTERVENCE.....	24
4.1 Terminologické vymezení	24
4.2 Formy telepractice	25
4.3 Historie telepractice v logopedii.....	27
4.4 Aplikace online terapie	27
4.5 Prostředky k realizaci online terapií	28
4.6 Pandemie Covid-19.....	29

4.6.1 Telepractice v době pandemie Covid-19	29
4.6.2 Výkon 09557	31
PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 CÍL A METODY EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE	33
5.1 Cíl práce, výzkumné otázky.....	33
5.2 Metody výzkumného šetření	34
5.2.1 Dotazník	34
5.2.2 Rozhovor	35
5.3 Charakteristika výzkumného souboru pro kvantitativní část	35
6 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍ ČÁST	41
6.1 Podnět k distanční logopedické intervence.....	41
6.1.1 Nabídka či vyžádání distanční logopedické intervence	41
6.1.2 Možnosti logopedické intervence při nabídnutí klinickým logopedem ..	41
6.1.3 Informovanost rodičů při zažádání o distanční formu	42
6.1.4 Důvod využití distanční logopedické intervence	43
6.2 Časový interval a časová dotace logopedické intervence	44
6.2.1 Časový interval logopedické intervence před pandemií	44
6.2.2 Časová dotace osobního setkání	45
6.2.3 Časový interval distanční logopedické intervence	45
6.2.4 Časová dotace videokonzultací	46
6.2.5 Počet setkání logopedické intervence distanční formou	47
6.2.6 Distanční logopedická intervence probíhala od/do	48
6.3 Moderní technologie a komunikační kanály	50
6.3.1 Využívané moderní technologie k distanční logopedické intervenci	50
6.3.2 Dítětem využívané moderní technologie mimo videokonzultace.....	51
6.3.3 Využívané komunikační kanály k distanční logopedické intervenci.....	52

6.3.4	Komunikace s klinickým logopedem mimo videokonzultace.....	53
6.3.5	Hodnocení komunikace s klinickým logopedem	54
6.4	Soustředěnost a spolupráce dítěte s klinickým logopedem.....	54
6.4.1	Soustředěnost dítěte při videokonzultaci	54
6.4.2	Co dítě při videokonzultacích bavilo.....	55
6.4.3	Co dítě při videokonzultacích nebavilo.....	56
6.5	Podpora distanční logopedické intervence pro domácí přípravu	57
6.5.1	Nabídnutá podpora	57
6.5.2	Využití podpory.....	58
6.5.3	Hodnocení této podpory	58
6.5.4	Domácí logopedická příprava před pandemií Covid-19	59
6.5.5	Domácí logopedická příprava v době pandemie Covid-19.....	60
6.6	Hodnocení distanční logopedické intervence a návrhy pro zkvalitnění.....	61
6.6.1	Hodnocení logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace... ..	61
6.6.2	Vyhovování videokonzultací dítěti	62
6.6.3	Klady distanční formy logopedické intervence	62
6.6.4	Zápory distanční formy logopedické intervence	63
6.6.5	Návrhy pro zkvalitnění distanční logopedické intervence	64
6.7	Distanční logopedická intervence v běžné době	65
6.7.1	Využití distanční logopedické intervence v běžné době	65
6.7.2	Hrazení distanční logopedické intervence v běžné době	66
7	KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	68
7.1	Charakteristika komunikačního partnera	68
7.2	Vlastní šetření	68
8	SHRNUTÍ A DISKUZE	71
	ZÁVĚR.....	75

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	76
SEZNAM TABULEK.....	83
SEZNAM GRAFŮ	85
SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila distanční formu logopedické intervence u dětí předškolního věku v době pandemie Covid-19. Období pandemie Covid-19 spolu s vládními opatřeními a zákazy zasáhly jistě jakýmkoliv způsobem každého občana České republiky. Tyto restriktce, které byly vydány za účelem snížení možné nákazy, měly dopad také na provádění logopedické intervence v ambulancích klinických logopedů. Právě tato problematika mě zaujala, neboť jsem v oné době vykonávala logopedickou praxi u klinického logopeda v rámci akreditovaného kurzu pro logopedické asistenty. Setkala jsem se tehdy poprvé i s logopedickou intervencí za pomoci videokonzultace. Rozhodla jsem se proto ve své bakalářské práci zabývat případnou novou možností spolupráce logopeda a dítěte s narušenou komunikační schopností spolu s jeho rodiči.

Cílem bakalářské práce je analyzovat distanční formu logopedické intervence u dětí předškolního věku v době pandemie Covid-19. Rozkrýt problémy a případná pozitiva, která se během jejího užívání objevila. Dílčím cílem je zjištění, zda by rodiče i odborník, zastoupený oslovenou klinickou logopedkou, využívali či využívají videokonzultaci k logopedické intervenci i po skončení pandemie Covid-19.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, první teoretickou část a druhou část praktickou. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, které jsou dále děleny na podkapitoly. V první kapitole je popsána řeč a komunikace, jako specifická lidská vlastnost, a vývoj řeči dítěte. Následuje kapitola druhá, jenž pojednává o oboru logopedie a o narušené komunikační schopnosti včetně vybraných diagnóz. Třetí kapitola se zabývá logopedickou intervencí. Čtvrtá kapitola pojednává o distanční logopedické intervenci a jsou zde vysvětleny pojmy telemedicína a telepractice. Je zde nastíněno i období pandemie Covid-19. Praktická část bakalářské práce definuje v úvodu cíl práce a výzkumné otázky, které na cíl navazují. Je zde také popsána využitá metodologie, konkrétně smíšené výzkumné šetření – kvantitativní metoda dotazníku i kvalitativní metoda rozhovoru. Výsledky jsou popsány dle výzkumných otázek. Nedílnou součástí práce je i závěrečné shrnutí a zhodnocení dosažení cíle.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ŘEČ A KOMUNIKACE

Řeč je považována za specificky lidskou vlastnost. Díky ní je možné sdělovat pocity, přání a myšlenky. Řeč nepatří mezi vrozené dovednosti, ale člověk se rodí s určitými predispozicemi, které jsou rozvíjeny při verbálním styku s okolím. Není záležitostí pouze mluvních orgánů. Úzce souvisí s myšlením a dalšími kognitivními procesy (Klenková, 2006). Ke správnému vývoji mluvené řeči je nutná správná funkce procesu dýchání, tvorby hlasu, artikulace, smyslového vnímání, motoriky a pohybové koordinace.

Termín komunikace pochází dle Klenkové (2006) z latinského slova „communication“, kterému lze porozumět ve významu společenství či spojování. Komunikační schopnost je považována za jednu z nejdůležitějších lidských schopností (Klenková, 2006). Miloš Sovák (1984) hovoří o komunikaci jako o výměně či přijímání a zpracování, popřípadě vydávání informací.

Základ komunikace tvoří čtyři prvky. Patří mezi ně komunikátor, osoba sdělující informaci, dále komunikant, osoba přijímající informaci, dalším prvkem je komuniké, představující obsah sdělení, a komunikační kanál, představující předem dohodnutý kód, který osoby používají k vzájemnému dorozumění. Komunikaci lze dělit na verbální a neverbální. K verbální komunikaci slouží mluvená i psaná řeč. Za neverbální komunikaci je možné považovat všechny dorozumívací prostředky bez slovní podstaty (Sovák, 1984). Do neverbální komunikace lze zařadit gesta, mimiku obličeje, pohyby hlavy, těla a končetin, tón hlasu atd. (Klenková, 2006)

1.1 Vývoj řeči

Vývoj řeči nelze chápat jako samostatný proces, jelikož jej ovlivňuje senzomotorické vnímání, myšlení a socializace (Sovák, 1978). Škodová, Jedlička a kol. (2003) upřesňují, že správný ontogenetický vývoj řeči jedince je podmíněn nepoškozenou centrální nervovou soustavou, intelektem v normě, nevyskytující se sluchovým postižením a podněcujícím prostředím.

Ontogeneze řeči je realizována ve stádiích, která mohou trvat různě dlouho, avšak žádné by nemělo být vynecháno. K hodnocení vývoje řeči je nutné přistupovat individuálně a s časovou variabilitou (Sovák, 1978). Vývoj řeči je možné rozdělit na tzv. preverbální období, trvající přibližně do prvního roku života, při němž dochází zpravidla k tréninku mluvidel, a na období vlastního vývoje řeči (Býtešnicková, 2012).

Pro preverbální období jsou typické první hlasové projevy, které představuje například křik a broukání. Dochází k postupnému vymizení těchto projevů a k následnému nahrazení verbálními projevy (Klenková, 2006). Prvním typickým projevem novorozence je křik s tvrdým hlasovým začátkem, který následně přechází do měkkého hlasového počátku (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Od přibližně šestého týdne křik získává citové zabarvení, čímž se mění jeho charakter, zprvu byl jen reflexní činností a poté se stává projevem vůle (Ohnesorg, 1991). Stádium křiku a broukání nahrazuje pudové žvatlání, které je považováno za hru s mluvidly. Toto stádium není ještě spojováno se zpětnou sluchovou vazbou. Období napodobivého žvatlání se u dítěte vyskytuje mezi šestým až osmým měsícem života a je považováno za první kritický moment ve vývoji mluvného projevu, jelikož dítě vědomě zapojuje sluchovou a zrakovou kontrolu. Za počátek dalšího období, období rozumění řeči, je považováno rozmezí mezi desátým a dvanáctým měsícem věku dítěte (Býtešnicková, 2012). Dítě se učí chápat jednoduché pokyny a slovní spojení, na které dokáže reagovat za pomoci gest či zvuků (Kutálková, 1996). Neverbální komunikace nejen v tomto období je považována za velmi důležitou součást vývoje. Díky ní je realizována interakce mezi dítětem a jeho okolím (Doherty-Sneddon, 2005).

Kolem prvního roku dítěte se začínají vyskytovat první slova a z nich následně první jednoslovné věty. Toto období je již považováno za období vlastního vývoje řeči (Sovák, 1978; Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Období vlastního vývoje řeči lze dělit do stádií. V prvním stádiu, emocionálně volním, dítě tvoří první krátká slova nesoucí pro dítě velký význam. Slova vyjadřují celé věty, pomocí nichž dítě sděluje své pocity, touhy a přání (Kutálková, 1996). Na toto stádium navazuje egocentrické stádium, v němž se dítě pokouší napodobit prostřednictvím mluvy dospělé osoby. Pro třetí stádium, stádium asociálně reproduktivní, je typický transfer pojmenování určitého jevu jevem podobným či jiným (Klenková, 2006). Stádium rozvoje komunikační řeči nastupuje mezi druhým

a třetím rokem, kdy se dítě za pomoci řečového projevu snaží usměrňovat dospělé a dosahovat svých cílů. V navazujícím stádiu logických pojmů se slova začínají stávat abstraktními a přeměňují se na všeobecné pojmy. Poslední stádium vlastního vývoje řeči je nazýváno stádiem intelektualizace řeči, neboť při něm dochází k prudkému rozvoji inteligence (Býtešnicková, 2012). Dle Lechty toto stadium trvá až do dospělosti; stále dochází k rozvoji slovní zásoby a chápání dalších pojmů, zkvalitňuje se jejich používání (Lechta, 1990).

Mezi třetím a čtvrtým rokem dítě aktivně využívá kolem jednoho tisíce slov, vyjadřuje myšlenky v souvislých větách a vypráví příběhy (Dubé, 2009). Ukončení řečového vývoje není jednotné, neboť je k němu řazena i správná výslovnost, čímž se hranice ukončení řečového projevu mohou posunout až k šestému roku (Klenková, 2006, Škodová, Jedlička a kol., 2003).

2 LOGOPEDIE

Logopedie je vědní disciplínou, jejíž název pochází z řeckých slov „logos“ znamenající slovo a „paideia“ označující výchovu. Tomuto spojení lze tedy porozumět jako výchova ke slovu či k řeči (Lechta a kol., 2005).

Asi nejpoužívanější definicí v dnešní době je ta Lechtova (2003), podle níž je logopedie „interdisciplinární vědní obor zkoumající zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Zkoumá narušení komunikační schopnosti u člověka z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy“ (Lechta, V. 2003, s. 22). Dále lze logopedii definovat jako „vědní obor speciální pedagogiky, zabývající se rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s řečovým a jazykovým postižením. Zjišťuje příčiny řečových poruch zvl. u dětí předškolního a školního věku a určuje léčebné postupy k jejich odstranění“ (Průcha, Walterová & Mareš, 2003, s. 115). Je třeba dodat, že logopedie se zabývá všemi věkovými kategoriemi (Klenková, 2006).

2.1 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost je primárním předmětem logopedie. Lechta (1990) uvádí následující definici narušené komunikační schopnosti: „Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“ (Lechta, V. 1990, s. 19) Dle Lechty je dále důležité vnímat narušenou komunikační schopnost v celém rozsahu, tedy ve všech čtyřech jazykových rovinách řeči.

- **Morfologicko-syntetická rovina řeči**

Morfologicko-syntetickou rovinu řeči lze chápat jako gramatickou rovinu řeči, která se zaměřuje na gramatické jevy v mluveném projevu, tedy na správnost použitých slov, vět, slovosledu vět, rodů, čísel a pádů podstatných jmen (Býtešnicková, 2012).

- **Lexikálně-sématická jazyková rovina řeči**

Pro tuto rovinu řeči je charakteristická slovní zásoba, a to slovní zásoba aktivní i pasivní. Spadají pod i definice pojmů a úrovně zobecňování. Slova, jež jsou aktivně při komunikaci používána, tvoří aktivní slovní zásobu. Slova, která jedinec zná, ale nepoužívá je, pak tvoří celek nazývaný pasivní slovní zásoba. Pasivní zásoba zaujímá větší část (Býtešnicková, 2012).

- **Foneticko-fonologická jazyková rovina řeči**

Foneticko-fonologická rovina označuje zvukovou stránku řeči. Základním stavebním prvkem jsou hlásky neboli také fonémy. Narušení této jazykové roviny se projevuje jako nesprávná výslovnost (Klenková, 2006).

- **Pragmatická jazyková rovina řeči**

Jako rovina sociální aplikace komunikačních schopností je charakterizována pragmatická jazyková rovina řeči (Lechta, 2003). Jedinec v široké veřejnosti uplatňuje získané řečové a jazykové dovednosti. Užívání jazykových schopností ve společnosti je předpokladem pro integraci jedince, tu ovlivňují i jazykové normy dané společností (Býtešnicková, 2012).

2.2 Vybrané narušené komunikační schopnosti

2.2.1 Opožděný vývoj řeči

O opožděném vývoji řeči se hovoří tehdy, pokud dítě ve věku tří let nemluví či mluví méně (Klenková, 2006). Příčin vzniku opožděného vývoje řeči může být poměrně hodně. Můžeme hovořit např. o poruše nebo ztrátě sluchu, poškození mluvidel, opoždění duševního vývoje dítěte, mentálním postižení, nedostatečnosti podnětů pro rozvoj řeči, přetěžování dítěte dvoj či vícejazyčností atp. (Beranová, 2002; Kejklíčková, 2016) Je potřeba ale upozornit na to, že takto charakterizovaný opožděný vývoj řeči zahrnuje i narušení vývoje řeči, způsobené jiným postižením. Tím může být např. sluchové či mentální postižení, vývojová dysfázie apod. Jedná-li se o opožděný vývoj řeči prostý, řeč později dosáhne normy (Klenková, Bočková, Býtešnicková, 20012).

2.2.2 Vývojová dyslalie

Vývojovou dyslalií je možné definovat jako funkční poruchu typickou pro předškolní věk. Samotná dyslalie lze popsat takto: „Dyslalie neboli patlavost je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny hlásek v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem. Hlávka je tvořena na nesprávném místě“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 328). K tvoření hlásek může docházet chybným způsobem či mohou být tvořeny na jiném místě, proto působí rušivě (Bendová, 2011). Mezi nejčastější příčiny vzniku patří vlivy dědičnosti, projevující se artikulační neobratností nebo vrozenou řečovou slabostí, vliv prostředí (např. nesprávný řečový stereotyp), poruchy zraku a sluchu, poškození centrální nervové soustavy atd. Do pěti, popř. sedmi let lze nesprávnou výslovnost označit za fyziologický jev, jedná se o vývojovou dyslalií. (Škodová, Jedlička, 2003)

2.2.3 Vývojová dysfázie

Mikulajová, Rafajdusová definují vývojovou dysfázii jako „narušený vývoj jazykových schopností, který se nedá vysvětlit ani mentální retardací, ani fyzickým handicapem, ani poruchou sluchu, ani citovou deprivací, ani nepříznivými vlivy výchovy a prostředí.“ (Mikulajová, Rafajdusová, 1993, s. 30) Dle klasifikace 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je možné vývojovou dysfázii dělit na receptivní a expresivní. Často se také vyskytuje ve formě kombinované (Vításková, Peutelschmitová, 2005). Obtíže jsou patrné ve všech jazykových rovinách i v neverbální oblasti, postihuje nejen výslovnost, ale i gramatiku, slovní zásobu, pozornost, paměť a jemnou motoriku. U jedinců s vývojovou dysfází je velmi důležitá časná logopedická intervence (Vrbová, 2020). Jelikož je tato porucha považována za komplikovaný diagnostický problém, podílí se na jeho řešení tým odborníků, mezi které patří mimo logopeda např. foniatr, neurolog či psycholog (Vításková, Peutelschmitová, 2005).

2.2.4 Balbuties

Balbuties, neboli koktavost, je narušení plynulosti řeči a je považováno za jedno z nejtěžších komunikačních schopností. Nedobrovolné dysfluence při mluveném projevu jsou často doprovázeny námahou při artikulaci a psychickou tenzí (Neubauer, 2010). Nedobrovolným tonickým či klonickým přerušováním plynulosti řeči, jenž je pro koktavost charakteristické, se projevuje syndrom komplexního narušení koordinace

orgánů, které se podílejí na mluvení (Pipeková, 2010). Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 popisuje koktavost jako: „časté opakování nebo prodlužování zvuků či slabik a slov anebo časté váhání a přestávky narušující rytmický tok řeči.“ (Lechta, 2004, s. 15) Příčina vzniku je zpravidla podmíněna nejedním faktorem, např. psychickou fobií, somatickými nebo dynamickými faktory. Podílet na vzniku se může však i dědičnost (Lechta, 2010). Negativní dopad koktavosti se může projevit na osobnosti člověka a dále zejména u navazování kontaktů (Neubauer, 2010).

2.2.5 Tumultus

Tumultus je termín označující breptavost či tachyfemii, vývojovou odchylku plynulosti řeči. Hlavní charakteristikou breptavosti je překotné tempo řeči, což má za důsledek vynechávání slabik, přeříkávání se, opakování slabik či i samotná deformace obsahu, tedy vybočení od tématu, vynechání podstatných informací nebo absence sémantické soudržnosti. Tuto poruchu plynulosti řeči si jedinec neuvědomuje (Dvořák, 2007). Pipeková (2010) udává, že řeč je dále často plně nesrozumitelná, dochází k narušení artikulace a dýchání. Objevují se i hlasové poruchy, dysprozódie a porucha koverbálního chování.

3 LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

Logopedickou intervenci lze definovat jako veškeré aktivity prováděné logopedem a logopedickým asistentem, jejichž cílem je u klientů identifikovat narušenou komunikační schopnost eliminovat či ji zmírnit. Dále je jejich snahou, aby klient překonal narušení komunikační schopnosti. Mezi termíny spojené s prací logopedických pracovníků, a které logopedická intervence zahrnuje, patří: logopedická péče, logopedická terapie, rozvoj řeči, náprava řeči atp. (Klenková, Bočková, Býtešnicková, 2012). Logoped uskutečňuje logopedickou intervenci na třech úrovních s třemi základními cíli – prevence, diagnostika a terapie. Tyto úrovně by se měly v logopedické praxi vzájemně propojovat a kombinovat.

Cílovou skupinou logopedické intervence tvoří osoby s narušenou komunikační schopností všech věkových kategorií (Klenková, 2006).

- **Logoped**

Logopedem se stává absolvent magisterského studia speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Absolvent akreditovaného magisterského studijního oboru speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie s návazností na absolvování akreditovaného bakalářského studijního oboru speciální pedagogika se státní zkouškou z logopedie a surdopedie a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu logoped ve zdravotnictví, může pak vykonávat funkci klinického logopeda (Michalík a kol, 2015).

- **Logopedický asistent**

Logopedickým asistentem se stává absolvent bakalářského studijního programu speciální pedagogiky ukončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie, popřípadě absolvent celoživotního vzdělání zaměřeného na speciální pedagogiku – logopedii či absolvent, který nabyl příslušné kvalifikace v kurzu logopedické prevence akreditovaného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Logopedický asistent se zaměřuje na podporu přirozeného vývoje komunikačních schopností a dovedností, prevenci poruch řeči a prevenci vzniku čtenářských obtíží. Dalším úkolem logopedického asistenta je poskytovat zákonným zástupcům dítěte informace o dostupnosti logopedické péče. Uvedení absolventi bakalářského studia či celoživotního vzdělávání

mohou provádět depistáže a přímou logopedickou intervenci u dětí s prostou vadou výslovnosti pod vedením klinického logopeda (Metodické doporučení č.j. 14712/2009-61, 2009).

3.1 Logopedická prevence

Pojem prevence je dle pedagogického slovníku definován jako soubor opatření zaměřujících se na předcházení nežádoucích jevů. V případě logopedie se tedy jedná o předcházení poruch komunikace (Průcha, Walterová, Mareš, 2009). Logopedickou prevenci lze rozdělit na tři úrovně.

- **Primární prevence**

Cílem primární prevence je předcházet vzniku narušené komunikační schopnosti. Dle Neubauera (2018) se dále primární prevence rozlišuje na formu specifickou a nespecifickou. Specifická primární prevence se zaměřuje na odchylky ve vývoji artikulačních schopností a možného vzniku specifických poruch učení u předškolních dětí. Nespecifická prevence primární je cílená na celou populaci a zabývá se projevem opožděného vývoje řeči, odchylkami a odchylkami ve vývoji artikulačních schopností (Neubauer a kol., 2018).

- **Sekundární prevence**

Zaměření sekundární prevence se ubírá přímo k rizikové skupině nebo samotnému rizikovému jedinci s cílem odhalit poruchu řeči a zamezit jejímu vývoji. Součástí sekundární prevence je i komplexní diagnostický proces a následné zpracování intervenujícího programu dle individuálních potřeb jedince. Aktivity sekundární prevence jsou prováděny klinickými logopedy a jsou považovány za nejvýznamnější činnosti (Neubauer a kol., 2018).

- **Terciální prevence**

Snahou metod terciální prevence je snížit dopady narušené komunikační schopnosti u jedinců v komunikaci s okolím, v uplatnění jedince ve společnosti i pracovním procesu atp. (Klenková, Bočková, Bytešnicková, 2012) Předchází také zhoršování narušené komunikační schopnosti (Škodová, Jedlička, 2003).

3.2 Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika je prováděna klinickým logopedem či speciálním pedagogem – logopedem. Cílem diagnostického procesu je zjištění přítomnosti poruch v řečové komunikaci, její závažnost a stupeň v souvislosti se zhodnocením úrovně ontogeneze řečového projevu pacienta. Výsledkem je pak stanovení diagnózy (Klenková, 2006).

Součástí je diferenciální diagnostika poruch řečové komunikace a následné vytvoření plánu logopedické intervence. Diagnostický proces vždy probíhá v rámci týmu více odborníků – psychologa, foniatra, otorinolaryngologa nebo neurologa. Úkolem těchto specialistů je zhodnocení stavu všech funkcí vzhledem ke stanovení diagnózy a příčin narušené komunikační schopnosti a také, zda opoždění vývoje řečových i jazykových schopností dětského pacienta vyplývá z poruchy motorických řečových funkcí, ze specifických poruch vývoje jazykových schopností, z poruch sluchové percepce, z opoždění kognitivních funkcí.

Stanovené závěry a terapeutické plány mají vliv na zvolení náležitého postupu při intervenci či na zařazení dítěte do vhodného typu školského zařízení (Neubauer a kol., 2018).

3.3 Logopedická terapie

Za logopedickou terapii lze označit specifické aktivity využívající specifické metody během procesu záměrného učení. Logopedická terapie plynule navazuje na diagnostický proces, proto by měla být používána dlouhodobá diferenciální diagnostika, aby mohla být terapie vhodně zvolená a cílená. Dle Neubauera (2018) by měl být proces terapie směřován ke čtyřem cílům, z nichž prvním je odstranění poruchy či odchylky, druhým omezení nebo potlačení projevům poruchy, dalším obnovit úplně či částečně porušené funkce a jako poslední cíl by měla být dlouhodobá stabilizace projevů poruch.

Forma logopedické terapie může být jak individuální, tak skupinová. Časové trvání setkání individuální terapie bývá zpravidla v rozmezí dvaceti až šedesáti minut v závislosti na druhu narušené komunikační schopnosti a věku pacienta. Tato forma terapie se zaměřuje na intenzivní trénink řečových a jazykových schopností. Skupinová

forma bývá omezena počtem pacientů tak, aby byl zachován individuální přístup. Zpravidla je realizována ve skupině 3 až 6 účastníků. Přínosem skupinové logopedické terapie je upevnění získané komunikační schopnosti a vstupování do interakcí s ostatními. Za účinné, avšak zároveň velmi náročné, Neubauer (2018) označuje propojení skupinové a individuální formy. Propojení těchto forem umožní pacientovi účastnit se intenzivního individuálního tréninku i využití naučených dovedností ve skupině. Do terapeutického procesu se kromě terapeuta, který jej vede, mohou zapojit také pedagogové mateřské školy, speciální terapeutové či rodiče dětí. Účinnost terapeutického procesu ovlivňují nejen zúčastněné osoby, ale také prostředí (Lechta a kol., 2005).

V logopedické terapii mimo forem můžeme rozlišovat i tři metody – metodu stimulující k podněcování patologicky zasažených řečových funkcí, metoda korigující, která upravuje defektivní řečové funkce a metoda redukující, která slouží k přeučení ztracené řečové funkce (Klenková, 2006).

3.4 Organizace logopedické intervence v ČR

- **Logopedická intervence v resortu zdravotnictví**

Logopedická péče je v rámci zdravotnictví v naší republice organizována od roku 1952 na základě směrnic Ministerstva zdravotnictví Československé republiky ze dne 22. února roku 1952 (Sovák, 1984). Odbornou způsobilost klinického logopeda, vykonávající povolání ve zdravotnictví, definuje zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. § 23.

V resortu ministerstva zdravotnictví poskytují logopedickou intervenci nejčastěji privátní ambulance klinických logopedů, ve státním sektoru pak specializovaná nemocniční a lůžková oddělení, např. foniatriká, neurologická a neurochirurgická, oddělení otorinolaryngologie, dětské psychiatrie, geriatrických, na samostatných odděleních klinické logopedie v nemocnicích, na soukromých klinikách, léčebnách, v rehabilitačních ústavech, centrech či klinikách nebo rehabilitačních stacionářích pro tělesně a mentálně postižené. Dále ji lze nalézt v odborných léčebnách pro děti a dospělé, v soukromých klinikách, v centrech řeči a komunikaci atp. (Valenta, 2014)

Logopedické ambulance patří ve většině případech k nestátním zařízením při zdravotnických zařízeních či při městských poliklinikách s uzavřeným smluvním vztahem se zdravotní pojišťovnou. Logopedická intervence při těchto zařízeních zahrnuje činnost diagnostickou, terapeutickou, preventivní i poradenskou osobám s narušenou komunikační schopností a jejich rodinám.

Soukromá logopedická ambulance v resortu zdravotnictví může být zřízena nelékařským pracovníkem – klinickým logopedem v předatestační přípravě nebo s již s absolvovanou atestační zkouškou (Klenková, 2006).

- **Logopedická intervence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy**

Logopedická intervence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy je zřízena dle §16 odst. 9 zákona č. 561/2004 ve třídách, mateřských a základních školách. Mezi děti, které takovéto třídy a školy navštěvují, patří děti s narušenou komunikační schopností, jejichž zdravotní znevýhodnění neumožňuje nástup do hlavního vzdělávacího proudu. O zařazení dítěte do třídy či školy zřízené dle podle §16 odst. 9 rozhodují individuální potřeby dítěte, charakter postižení a sociální vztahy v rodině konkrétního dítěte. Mateřskou školu zřízenou podle §16 odst. 9 navštěvují děti se závažným typem a stupněm narušené komunikační schopnosti. Toto předškolní vzdělávání umožňuje intenzivní a soustavnou logopedickou péči. Pokud je u dětí potřeba upřednostnit setrvání v prostředí běžné mateřské školy a zachovat všechny kvality sociálních vazeb, jsou zařazovány do tříd zřízených dle §16 odst. 9 při běžných mateřských školách.

Základní školy zřízené podle §16 odst. 9 navštěvují žáci s narušenou komunikační schopností, která vyžaduje každodenní intenzivní logopedickou intervenci. Obsah výuky se neliší od obsahu výuky v běžných základních školách, ve třídách je však snížen počet žáků. Ředitel běžné základní školy může zřídit třídu dle §16 odst. 9 v takovém případě, kdy školu navštěvuje více žáků s narušenou komunikační schopností. Jedná se o tzv. skupinovou integraci (Klenková, 2006).

Logopedičtí pracovníci naleznou své uplatnění v resortu školství, mládeže a tělovýchovy také v běžných mateřských a základní školách. V předškolním vzdělávání poskytují logopedickou péči nejčastěji učitelky s kvalifikací logopedického asistenta pod vedením klinického logopeda či logopeda speciálně pedagogického centra.

Péče v rámci pedagogicko-psychologických poradnách a speciálně pedagogických centrech taktéž spadá rovněž pod resort školství, mládeže a tělovýchovy. Speciálně pedagogická centra zajišťují metodickou pomoc pedagogům a rodičům dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (Neubauer, 2018; Klenková, 2006).

- **Logopedická intervence v resortu práce a sociálních věcí**

V resortu práce a sociálních věcí nalézají uplatnění kliničtí logopedi i speciální pedagogové specializující se na logopedii a surdopedii (Škodová, Jedličková, 2003). Logopedická intervence v tomto resortu je součástí komplexní rehabilitace v zařízeních sociálních služeb (Klenková a Kolbábková, 2003).

Odborníci u klientů provádějí logopedickou diagnostiku s následnou terapií, usilují o rozvoj komunikačních schopností dětí a mládeže dle jejich schopností a možností. Často je využívána augmentativní a alternativní komunikace. Převážnou část klientely těchto zařízení tvoří jedinci s tělesným, mentálním postižením a kombinovanými vadami.

4 DISTANČNÍ LOGOPEDICKÁ INTERVENCE

V současné době jsou populaci nabízeny velké možnosti, jak zajistit i přes vzdálenostní bariéru komunikaci účastníků, kdy není potřeba osobního setkání klienta a terapeuta. Díky velmi rychlému vývoji moderních technologií se pozornost odborníků zaměřuje právě na telemedicínu a spolu s ní na telepractice terapii, již lze využívat i v logopedii.

4.1 Terminologické vymezení

Telemedicína je součástí systému eHealth, který L. Středa a K. Hána označují jako elektronizované a informatizované zdravotnictví (Středa, Hána, 2016). Telemedicína je poměrně moderní pojem, který byl zaveden na přelomu 20. a 21. století. Toto pojetí medicíny označuje „léčení na dálku“. Označení bylo vyvozeno ze sloučení řeckého „tele“, znamenající v překladu „na dálku“ a „medicína“, která označuje všeobecně „lékařství“ a má kořen z latinského „mederi/medikus“, znamenající „léčení“ (Strehle, 2006). Definice dle publikace od L. Středy a K. Hány definuje telemedicínu jako: „službu zaměřenou na prevenci před onemocněním a zachování, či obnovu zdravotní kondice obyvatelstva. K tomu jsou využity informační a komunikační technologie, které jsou podřízeny diagnostice, léčbě, preventivním opatřením, sledování a řízení v oblasti zdraví a zdravého životního stylu“ (Středa, Hána, 2016). Koncept telemedicíny lze tedy pochopit, jako využívání komunikačních technologií za účelem zajištění zdravotní péče jednotlivců, kteří jsou vzdáleni od zprostředkovatelů zdravotnické péče. Nelze ji chápat jako samostatnou technologii, ale jako širší část procesu zdravotnické péče. Předpoklady telemedicíny mají však dispozice ke zlepšování tohoto procesu vzájemně se zvyšováním kvality a účinností nabízené péče. Potenciálem je také pomoci usnadňovat rozšíření zdravotnické péče vzdáleným oblastem od zdravotnického zařízení. Za určitých okolností je možné využít tento koncept také k doručení výukových a učebních programů a zprostředkovávat setkání (Smith, 2005).

Komunikační prostředky telemedicíny se dělí na verbální, vizuální a datovou. Vizuální a verbální komunikace probíhá za pomoci datového přenosu, datová pak slouží k výměně dat, tedy k přístupu k databázím. Tato komunikace probíhá buď jako synchronní anebo asynchronní komunikace. Za synchronní komunikaci je považována

taková, která probíhá v reálném čase například prostřednictvím video konference, online chatu nebo telefonním hovorem. Asynchronní komunikace je chápána jako komunikace probíhající se zpožděním, kdy obě strany reagují opožděně, tedy například za pomoci e-mailu, SMS a MMS zpráv nebo různých diskusních fór (Svobodová, 2013).

Součástí telemedicíny je i terapie telepractice, u níž jde použít také její překlad telerehabilitace, terapie online či terapie provozovaná na dálku. V českém jazyce se dodnes nevyskytuje ustálený význam tohoto termínu a není tak definován ani v tuzemské literatuře. S odkazem na zahraniční zdroje je nejčastěji užíváno označení terapie na dálku či terapie online.

Terapie na dálku je využívána převážně v klinické telemedicině v mnoha jednotlivých lékařských oborech. Klinická péče na dálku pomáhá odstraňovat bariéry a zlepšit přístup ke zdravotnickým službám. Její výhodné použití se také uplatňuje v nouzové a intenzivní péči nebo v péči o chronické pacienty. Základní okruhy působení telemedicíny lze, bez ohledu na medicínský obor, rozdělit do čtyř kategorií – transfer informací, dálkový monitoring a telemedicínské vzdělávání (Středa, Hána, 2016).

Dálková terapie, která funguje na principu geografické vzdálenosti lékaře a klienta, je často volena jako alternativa tradiční formy péče, která je založena na osobním kontaktu. Zároveň zachovává odbornou kvalitu péče. Zpravidla se jedná o dálkovou terapii pacienta v domácím prostředí. Své uplatnění nalezne např. v telepsychiatrii či v logopedii (logopedické terapie online či logopedické terapie provozované na dálku) (Durdilová, 2014; Vitásková, 2007; Zatloukalová, 2019).

4.2 Formy telepractice

Telepractice metoda poskytuje klientům 3 možnosti svých služeb – synchronní, asynchronní a hybridní.

- **Synchronní**

Synchronní metoda neboli Real-time či klientsky interaktivní metoda, je založena na přímé interakci mezi pacientem a poskytovatelem zdravotnických služeb – terapeutem v reálném čase. Realizace služby probíhá za pomoci interaktivního zvukového a obrazového připojení, kdy dochází k vzájemné spolupráci mezi terapeutem a klientem.

Je tak možné dosáhnout podobného prožitku, jako u tradičního setkávání s logopedem. Díky synchronní službě tak dochází ke spojení klienta nebo skupiny klientů s odborníky a lékaři, tedy i s klinickým logopedem. Volí se např. při konzultacích, diagnostikách a léčbě pacientů (American Hospital Association, 2015; American Speech-Language-Hearing Association, 2019; Durdilová, 2014).

- **Asynchronní**

Metoda Store-and-Forward označující asynchronní telemedicínu využívá postup, při kterém je pacientovi nahrávána zdravotní historie.

Do této metody lze zahrnout media a data, například předtočená videa, hlasové klipy, výsledky audiologických testů či digitální obrázky, které jsou ukládány nebo předávány přes elektronický komunikační systém poskytovateli zdravotní péče ke sledování nebo pro interpretaci s odborníkem. Výhodou je umožnění přístupu k pacientovým dokumentům poté, co byly posbírány. Nutností tedy není, aby byl klient spolu s terapeutem u přijímacího přístroje ve stejný čas. Tato metoda je v praxi využívána nejčastěji (Durdilová, 2014). Pro realizaci asynchronní metody je možné využít mnoho platforem. Ty umožňují logopedovi vytvářet individualizované programy dle potřeb každého klienta. Specialista má také možnost sledovat klientův pokrok a průběžně aktualizovat náplň a způsoby učení (Kurland, Liu, Stokes, 2018).

Do asynchronní metody lze také zařadit mobilní aplikace, online cvičení a hry, které lze stáhnout do moderních technologií. Tyto programy mohou velmi dobře sloužit jako doplněk klasické ambulantní praxe (Zatloukalová, 2019).

- **Hybridní**

Za hybridní metodu se považuje taková metoda, jenž kombinuje synchronní a asynchronní služby (American Speech-Language-Hearing Association, 2019). S tímto modelem souhlasí Theodorosová (2012), neboť se domnívá, že použití stejného modelu delší dobu není pro klienta vhodné. Po počátečním využití synchronní metody by přechod na asynchronní typ terapie měl být realizován až poté, co klient zvládá pracovat samostatně. Právě hybridní metodu je pak dobré využít v závěru, a to ke kontrole klientova stavu. Dalším doporučením, které Theodorová udává, je střídání přímého

setkání v ambulanci a online terapie. Tato metoda by měla být realizována především u dětí (Hrudková, Hanáková, Šimůnková, 2021).

4.3 Historie telepraxe v logopedii

Důvodem využití telepraxe byla počáteční snaha zajistit logopedickou péči v běžně nedostupných místech, např. ze vzdálenostní příčiny. První zmínky jsou datovány k polovině 70. let 20. století ve Spojených státech amerických. Tehdy byla komunikace za pomoci běžného telefonu nabídnuta válečným veteránům jako logopedická služba terapeuta. Krátké filmové záznamy, pracovní listy nebo videonahrávky, později televizor či počítač pak sloužily pro domácí nácvik (Durdilová, 2014; Zatloukalová, 2019). V roce 1987 začali kliničtí logopedi poskytovat konzultace na dálku klientům s narušenou komunikační schopností na klinice Mayo Clinic. Že je online terapie spolehlivá, potvrdili klinici po dlouholeté zkušenosti (Mashima a Doran, 2008). V roce 2011 byl odborníky Grogan-Johnson, Gabel, Taylor, Rowan, Alvares a Schenker organizován "Pilotní průzkum u dětí školního věku s dyslálií intervenovaný pomocí telepraxe metody" (v originále "A Pilot Exploration of Speech Sound Disorder Intervention Delivered by Telehealth to School-Age Children"). Studie ukázala u klientů s dyslálií stejnou účinnost telepraxe metody jako u tradiční terapie v logopedické ambulanci (Grogan-Johnson et al., 2011).

4.4 Aplikace online terapie

Vhodným kandidátem pro online terapii není dle Durdilové (2014) každý klient s narušenou komunikační schopností.

Kritéria, jenž by měl klient splňovat, aby pro něj měla terapie prostřednictvím informačně-komunikační technologie přínos, jmenuje Soyars et. al. (2009). Mezi hlavní kritéria řadí odpovídající pozornost, porozumění, úroveň mentálních úrovní (u dětských klientů dopomoc), dobré kognitivní schopnosti, percepce (zrak, sluch), srozumitelnost řeči, chování bez závažných problémů, fyzická odolnost (např. bez problémů se zvýšenou unavitelností), adekvátní motorické schopnosti (lze vyřešit pomocí asistenta), základní znalost práce s technikou, motivace klienta, stejné či podobné kulturní a jazykové

podmínky, které nabízí logoped, dostupnost internetu (Soyars, 2009, Hrudková, Hanáková, Šimůnková, 2021).

American Speech-Language-Hearing Association zobrazuje data nejčastějších klientů využívajících tepractice terapii. Patří mezi ně dospělí klienti, kteří se nejčastěji potýkají se změnou přízvuku, Alzheimerovou chorobou a demencí, poruchou autistického spektra, Parkinsonovou chorobou, poruchou plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis), cévní mozkovou příhodou, traumatickým poraněním mozku, poruchami hlasu, neurosvalovými dysfunkcemi, dysfagií, onkologickým onemocněním (často po operacích karcinomu).

Dětská populace tvoří druhou skupinu. Počet dětských klientů využívajících tuto formu terapie výrazně stoupá. Největší užitky jsou zaznamenány u obtíží s vyjadřováním, s vyslovováním hlásek, s dodržováním pokynů, učením nových slov a s osvojováním slovní zásoby. Mezi nejčastěji udávané diagnózy pak patří balbuties, tumultus, ztráta sluchu nebo dvojjazyčnost či osvojování druhého jazyka (Great Speech, 2020).

Využití online terapie je tak velmi dobře využitelné ke zlepšení artikulace, tempa řeči, porozumění čtenému textu, oslovení slovní zásoby a čtenářské gramotnosti, ale i k rozvoji sociálních dovedností a pragmatické roviny jazyka. Podporovat může také emocionální oblast (Great Speech, 2020).

4.5 Prostředky k realizaci online terapii

K realizaci online terapie je potřeba hardwarové vybavení skládající se ze stolního počítače, notebooku, tabletu či mobilního telefonu s vestavěnou či samostatnou webovou kamerou v HD rozlišení a mikrofonem. Nutností k provádění online terapie je také vysokorychlostní připojení k internetu s minimálně 1,0- 1,2 Mb/s. Možné je také dle potřeby použít sluchátka s funkcí redukce šumu pozadí.

K realizaci online terapie musí logoped také zvolit vhodný software pro přímou práci s klientem na dálku. Nejčastěji používaný je bezplatný program Skype, který umožňuje uživatelům využívat základní funkce – sdílení zvuku a obrazovky. Tento systém však může představovat určitá bezpečnostní rizika. Může např. dojít k narušení soukromí nebo úniku citlivých dat (Theraplatform, 2019).

Jako vhodnější varianta se tedy jeví užívání ověřených webových softwarů, nabízejících i platformy, které byly vytvořeny ve spolupráci s klinickými logopedy. Jejich prostřednictvím mají možnost odborníci užívat i sdílet materiály, pracovní listy a PowerPointové prezentace (Zatloukalová, 2019; Theraplatform, 2019).

4.6 Pandemie Covid-19

Slovo pandemie pochází z řeckých slov „pan“ neboli vše a „demos“ označující lid. Ve slovnících lze toto slovo nalézt jako hromadný výskyt infekčního onemocnění postihující obyvatelstvo bez prostorového omezení. Světová zdravotnická organizace vyhláší pandemii vždy, jakmile je prokázán nový podtyp viru, jenž způsobil několik ohnisk minimálně v jedné zemi a dále se rozšířil do dalších zemí či kontinentů. Zároveň je průběh dané onemocnění stagující a má úmrtnost pravděpodobnou alespoň u jedné skupiny populace (WHO, 1999).

Covid-19 je infekční onemocnění, které způsobuje koronavirus a který se projevuje jako těžký akutní respirační syndrom (Del Rico, 2020). Ohniskem tohoto onemocnění se stalo v roce 2020 město Wu-chan, hlavní město čínské provincie Chu-pej (Zhou et al, 2020). V České republice byly potvrzeny první příznaky onemocnění na počátku března roku 2020. S přibývajícím potvrzeními nákazy docházelo k postupnému zpřísnění protiepidemických opatření. Od 11. března 2020 byly do odvolání uzavřeny všechny základní, střední a vyšší odborné školy, včetně škol vysokých. Poprvé v historii byl v České republice dne 12. března 2020 vyhlášen nouzový stav. Spolu s ním bylo vyhlášeno také mnoho mimořádných opatření, především omezení volného pohybu. Dne 19. března 2020 byla vyhlášena povinnost nosit zakrytá ústa a nos rouškou, či jinou pokrývkou při pohybu mimo bydliště. V únoru roku 2021 byl vyhlášen tzv. tvrdý lockdown omezující pohyb občanů pouze na okres trvalého pobytu (Vláda, 2022).

4.6.1 Telepractice v době pandemie Covid-19

Na rozdíl od Spojených států amerických je telepractice v České republice pozvolna se rozvíjejícím oborem, který není zatím zcela populární a rozsah poskytovaných služeb je zatím velmi úzký (Zatloukalová, 2019).

Pandemie onemocnění Covid-19 vnesla nejen do práce logopedů mnohé změny. Mnoho těchto odborníků si uvědomilo potenciál poskytování logopedických služeb na dálku. V době omezení styku s cílem snížení pravděpodobnosti šíření nákazy se služby telepractice jeví jako ideální řešení (Fong, Tsai, Yui, 2020). Hovoří o tom i kanadský průzkum mezi logopedy, jenž mapuje průběh logopedických služeb v pandemii Covid-19. Průzkum měl za cíl zdokumentovat aplikaci telepractice systémů v praxi a ze strany logopedů jejich subjektivní hodnocení. Většina dotázaných logopedů hodnotila systém telepractice pozitivně a v jeho aplikaci po skončení pandemie chce pokračovat (Macoir et al., 2021; Kollia, Tsiamtsiouris, 2021).

V České republice došlo k dočasným změnám v logopedické intervenci i ke změnám u českých pojišťoven. Ty v souvislosti nouzovým stavem republiky přizpůsobily a změnily systém vyplácení kompenzací za vzdáleně poskytované služby. Všeobecná zdravotní pojišťovna zavedla pro výkon distanční konzultace zdravotního stavu ambulantním specialistou kód 09614 a stanovila podmínku, že tento výkon lze vykonat pouze u pacientů s přítomností respiračního onemocnění nebo z důvodu karantény nařízené státem (VZP ČR, 2020) Svaz zdravotnických pojišťoven vydal univerzální výkon 09557 – Videokonzultace pro klinické logopedy, psychology a lékaře. V tomto případě byla jedinou podmínkou pro vykázaní terapie prostřednictvím videohovoru znalost pacienta a zaregistrování v dlouhodobé péči (SZP ČR, 2020). V druhé podzimní vlně pandemie Covid-19 poskytovali ambulantní specialisté, včetně klinických logopedů, terapii převážně prezenčně a to i přesto, že mezi dodržování přísných hygienických pravidel patřila povinnost zakrytí dýchacích cest rouškou nebo respirátorem, což bylo v logopedické praxi velmi komplikované a neefektivní. Schůdnou alternativou pro klinické logopedy byl průhledný ochranný štít. Řada logopedů však začala i nadále poskytovat telepractice jako náhradní formu přímé intervence bez možnosti úhrady péče zdravotní pojišťovnou (AKL ČR, 2020).

Detailní informace o vykazování a úhradě výkonu jsou dostupné na webových stránkách jednotlivých zdravotnických pojišťoven. Ke změnám také došlo ve Sbírce zákonů, konkrétně u zákona č. 301/2020 Sb. pojednávajícím o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby, dále v kompenzační vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 305/2020 Sb. (ZPMV, 2020).

4.6.2 Výkon 09557

Výkon, jenž zdravotní pojišťovny evidují pod číslem 09557 a jenž je zdravotními pojišťovnami hrazen v plné výši, lze také dohledat pod pojmem telemedicína – videokonzultace vzdáleným přístupem. Videokonzultaci pacienta s ošetřujícím lékařem (nositel výkonu L3 – lékař se specializovanou působností), klinickým psychologem a klinickým logopedem (K2 klinický psycholog, klinický logoped) vzdáleným přístupem může iniciovat jak klinický logoped, tak i pacient. Výkon lze využívat v rámci dispenzární péče u pacienta s chronickým onemocněním či ohroženého prostředím nebo v případě změny zdravotního stavu pacienta nebo využívat dle potřeby jeho sledování, kontroly či léčebné rady, pokud není nutná nebo možná osobní účast ze závažných důvodů. Tohoto výkonu není možné využít v případě preventivních prohlídek a ani jako náhradu telefonické konzultace či jako předmět pro objednání na vyšetření, oznámení výsledku vyšetření atd.

Podmínkou pro úhrady výkonu je fyzická přítomnost lékaře, klinického psychologa a klinického logopeda ve zdravotnickém zařízení/ambulanci při jeho provádění. Další podmínkou je ve zdravotní dokumentaci založené nebo zaznamenané čestné prohlášení pacienta, nebo v případě nezletilého zákonného zástupce o vlastnictví technického vybavení pro vedení videohovoru, včetně podepsaného informovaného souhlasu s možností distančního kontaktu pacienta s klinickým logopedem. Dále také přiložené vzájemné odsouhlasení podmínek pro technické zabezpečení provádění výkonu a ochrany osobních údajů spolu s pacientem.

Výkon u ambulantních specialistů, klinických psychologů a klinických logopedů se vykazuje jako místo výkonu klinického vyšetření, který by byl vykázán při prezenčním konání. Lze jej vykázat pouze u pacientů, kteří jsou již v dispenzární péči daného poskytovatele nebo u kterých již proběhlo první prezenční klinické vyšetření. S vykázáním tohoto výkonu nelze vykázat signální výkon pro klinický kontakt 09543.

Výkon začíná ověřením totožnosti pacienta, zaznamenáním času počátku videokonzultace, sdělením důvodu kontaktu a odůvodněním, proč byla upřednostněna videokonzultace vzdáleným přístupem na místo osobní návštěvou. Obsahem videokonzultace je zjištění subjektivního stavu pacienta a cílené anamnézy. Pacientovi jsou prostřednictvím videokonzultace vysvětlená léčebná a diagnostická opatření

a navržené postupy. Součástí průběhu výkonu je také formulace diagnosticko-terapeutického závěru či vystavění potřebných receptů, poukazů, žádanek atd. nebo určení data, kdy se bude konat příští návštěva, eventuálně další videokonzultace vzdáleným přístupem. Celý výkon by měl dle zákona trvat 15 minut a završen by měl být zápisem do zdravotnické dokumentace pacienta s odůvodněním upřednostnění videokonzultace vzdáleným přístupem, s výsledkem videokonzultace, záznamem přesného času počátku a ukončení videokonzultace a uloženou obrazovou dokumentací, eventuálně slovním popisem průběhu proběhlé videokonzultace (VZMV ČR, 2020).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A METODY EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE

5.1 Cíl práce, výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak fungovala distanční logopedická intervence u předškolních dětí v době pandemie Covid-19 a jak ji hodnotí rodiče těchto dětí, co by bylo dle nich vhodné využívat i v době, která umožňuje návštěvy rodičů s dětmi v logopedické ambulanci.

Jde o deskriptivní výzkumný problém, položili jsme si tedy následující výzkumné otázky (VO):

VO1: Jak distanční logopedická intervence probíhala? V rámci této VO bylo zjišťováno, zda byla distanční logopedická intervence hrazena pojišťovnou, kdo ji inicioval, jaké komunikační kanály a prostředky byly využívány, jaká byla četnost návštěv, četnost a časová dotace domácí přípravy, jak byla zadávána, zda byla poskytována nějaká další podpora. Dále otázky zjišťovaly, jak probíhala komunikace mezi rodiči a klinickým logopedem.

VO2: Jak se lišila u prezenční a distanční logopedické intervence soustředěnost dětí, četnost a časová dotace setkání a domácí přípravy?

- a) četnost a časová dotace setkání,
- b) četnost a časová dotace domácí přípravy,
- c) soustředěnost dětí.

VO3: Jaká byla spokojenost logopedky a rodičů s distanční logopedickou intervencí?

Jaká byla spokojenost logopedky a rodičů s distanční logopedickou intervencí? Jak vyhovovala jim a dítěti, jaké vidí klady a zápory, jak hodnotí vzájemnou komunikaci a domácí práci s dítětem. Co by bylo dle rodičů a klinické logopedky z distanční logopedické intervence vhodné využívat i v době, která umožňuje návštěvy rodičů s dětmi v logopedické ambulanci?

5.2 Metody výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno za využití smíšeného výzkumu, kdy Skutil (2011, s. 75) tuto metodu definuje jako „obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie, výzkumu“.

Rozsáhlejší část výzkumu byla realizována prostřednictvím kvantitativního šetření, tedy formou dotazníkového šetření. Skutil (2011) označuje kvantitativní výzkum jako přístup, jehož zdrojem mají být pouze objektivní a co nejpřesnější zkoumání edukační reality, podobně jako např. v přírodních vědách. Druhá část výzkumného šetření byla provedena za pomoci kvalitativní metody, rozhovoru s klinickou logopedkou.

5.2.1 Dotazník

Podstatou dotazníkového šetření je dle J. Pelikána (2011) zjistit data a informace o respondentovi, jeho názory a postoj k dané problematice, které dotazujícího zajímají.

V úvodu dotazníku byli respondenti osloveni, byl popsán cíl výzkumu a ujištění o anonymitě. Jeho podoba je umístěna v příloze č.1.

Dotazník se skládal ze 38 otázek, z nichž 14 otázek bylo polouzavřených a respondenti měli na výběr ze 2–7 odpovědí. Dále dotazník obsahoval 12 otázek uzavřených a 8 otázek otevřených a 4 škály pro hodnocení. Dotazník obsahoval otázky zjišťující některé informace o dítěti a rodině, tedy jaká narušená komunikační schopnost byla dítěti diagnostikována, jestli se jedná o chlapce nebo dívku, věk a bydliště dítěte atd. Další otázky zjišťují, jakým způsobem probíhala distanční forma logopedické intervence, jak rodiče tyto a doplňkové služby hodnotí, jaké mají doporučení a zda z jejich pohledu byla tato forma pro dítě přínosná. V dotazníku byly také dotazy na průběh logopedické intervence před vypuknutím pandemie Covid-19, ale i na možnou realizaci distanční logopedické intervence v době mimo pandemii.

Dotazníky byly prostřednictvím padesáti tří oslovených a vytipovaných klinických logopedů, jenž v době pandemie prováděli distanční formu logopedické intervence, rozesílány emailem rodičům dětí předškolního věku, tedy od 3 do 6 let, s diagnostikovanou narušenou komunikační schopností, kteří tuto formu využívali. K vytvoření a distribuci online dotazníku mnou byla využita služba Survio. Sběr dat

probíhal od listopadu roku 2022 do ledna 2023. K vyhodnocení bylo použito 86 vyplněných dotazníků. Výsledky dotazníkového šetření byly zaznamenány do tabulek a grafů.

5.2.2 Rozhovor

Hloubkový rozhovor je dle Švaříčka, Šedové a kol. (2007) nejpoužívanější metodou sběru dat. Tato metoda umožňuje zachytit výpovědi a slova v přirozené podobě. Autoři rozlišují dva typy rozhovoru:

- polostrukturovaný rozhovor, jenž se realizuje z předem připraveného seznamu otázek či témat;
- nestrukturovaný, též narativní rozhovor, který vychází pouze z jedné předem připravené otázky a následně se dále dotazuje na podkladě informací zkoumaného.

Data získaná prostřednictvím hloubkového rozhovoru nevycházejí pouze z přepisu a samotného rozhovoru, nýbrž také z analýzy dat a psaní, prezentování výzkumné zprávy, z přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, reflexe rozhovoru (Švaříček, Šedová a kol., 2014).

V práci byly použity polostrukturované rozhovory. Jednalo se o individuální rozhovor s klinickým logopedem, který v době pandemie Covid-19 nabízel distanční formu logopedické intervence. Pro logopeda byl předem připraven seznam 13 okruhů otázek (viz příloha č. 2). Logoped byl nejprve seznámen s informovaným souhlasem se zachováním anonymity.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru pro kvantitativní část

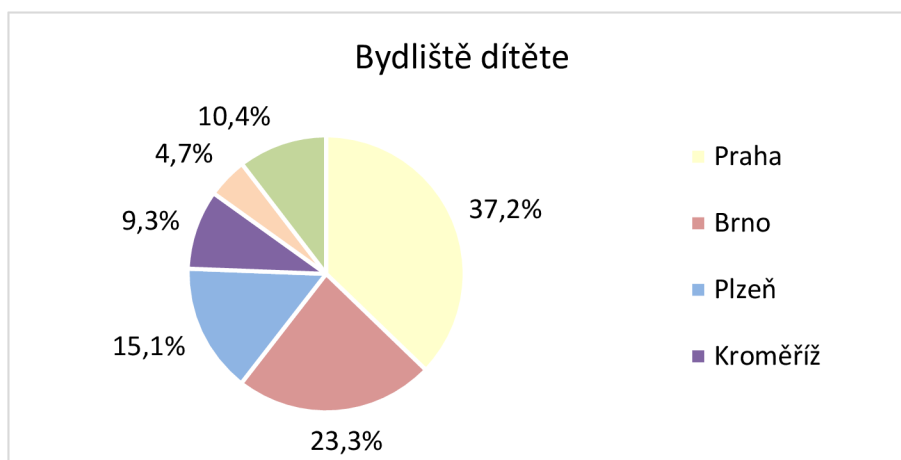
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 86 respondentů, rodičů dětí předškolního věku, jenž v době pandemie covid-19 využili distanční formy logopedické intervence svého klinického logopeda.

Bydliště dítěte, n = 86

Bydliště dítěte	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Praha	32	37,2
Brno	20	23,3
Plzeň	13	15,1
Kroměříž	8	9,3
České Budějovice	4	4,7
jiné	9	10,4

Tabulka č. 1: Bydliště dítěte

Zdroj: vlastní



Graf č. 1: Bydliště dítěte

Zdroj: vlastní

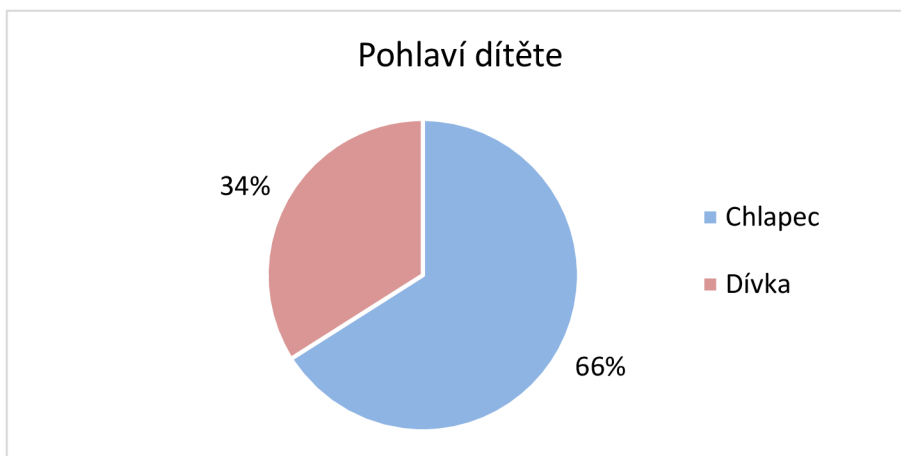
První otázka dotazníkového průzkumu, jejíž odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 1 a tabulce č.1, byla zaměřena na místo bydliště dítěte, jenž využívalo distanční formu logopedické intervence v době pandemie Covid-19. 32 (37,2 %) respondentů uvedlo jako své bydliště hlavní město České republiky, Prahu. Dalším městem, jenž respondenti udali, bylo Brno s 20 (23,3 %) odpověďmi. Následovala Plzeň, v níž bydlí 13 (15,1 %) dotázaných. V Kroměříži žije 8 (9,3 %) dětí využívající distanční logopedickou intervenci a 4 (4,7 %) pobývá v Českých Budějovicích. Za jiné bydliště uvedlo 9 (10,4 %) rodičů menší města a vesnice převážně ve středočeském kraji.

Pohlaví dítěte, n = 86

Pohlaví dítěte	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Chlapec	57	66
Dívka	29	34

Tabulka č. 2: Pohlaví dítěte

Zdroj: vlastní



Graf č. 2: Pohlaví dítěte

Zdroj: vlastní

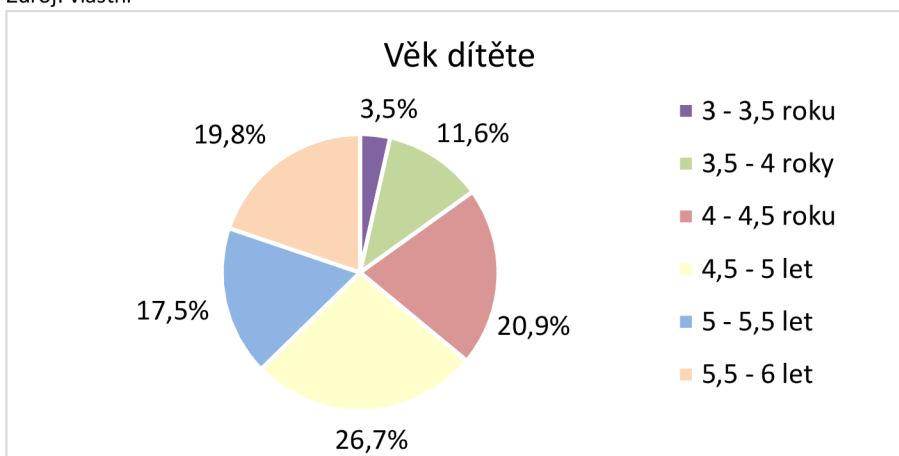
Jak je patrné z grafu č. 2 a z tabulky č. 2, 57 (66 %) dotazovaných uvedlo, že jejich dítě, které využívalo distanční formu logopedické intervence, je chlapec. Zbytek respondentů, tedy 29 (34 %) pak označilo druhou odpověď, tedy že jejich dítě využívající tuto formu logopedické intervence je dívka.

Věk dítěte, n = 86

Věk dítěte	Počet odpovědí	Vyjádření v %
3 – 3,5 roku	3	3,5
3,5 – 4 roky	10	11,6
4 – 4,5 roku	18	20,9
4,5 – 5 let	23	26,7
5 – 5,5 let	15	17,5
5,5 – 6 let	17	19,8

Tabulka č. 3: Věk dítěte

Zdroj: vlastní



Graf č. 3: Věk dítěte

Zdroj: vlastní

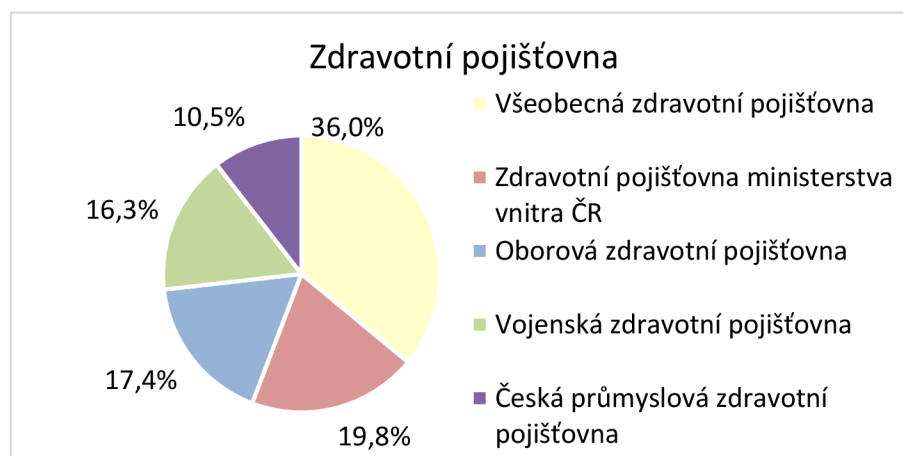
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 17 (19,8 %) rodičů dětí ve věku 5,5 až 6 let. Děti ve věku 5 až 5,5 let využilo distanční formu logopedické intervence 15 (17,5 %), ve věku 4,5 až 5 let pak 23 (26,7 %). 18 (20,9 %) rodičů uvedlo, že věk jejich dítěte je 4 až 4,5 let. 3,5 až 4letých dětí bylo 10 (11,6 %) a 3 až 3,5letých 3 (3,5 %). Všechny tyto údaje jsou uvedeny v tabulce č. 3 a grafu č. 3.

Zdravotní pojišťovna dítěte, n = 86

Zdravotní pojišťovna dítěte	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Všeobecná zdravotní pojišťovna	31	36
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	17	19,8
Oborová zdravotní pojišťovna	15	17,4
Vojenská zdravotní pojišťovna	14	16,3
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	9	10,5

Tabulka č. 4: Zdravotní pojišťovna dítěte

Zdroj: vlastní



Graf č. 4: Zdravotní pojišťovna dítěte

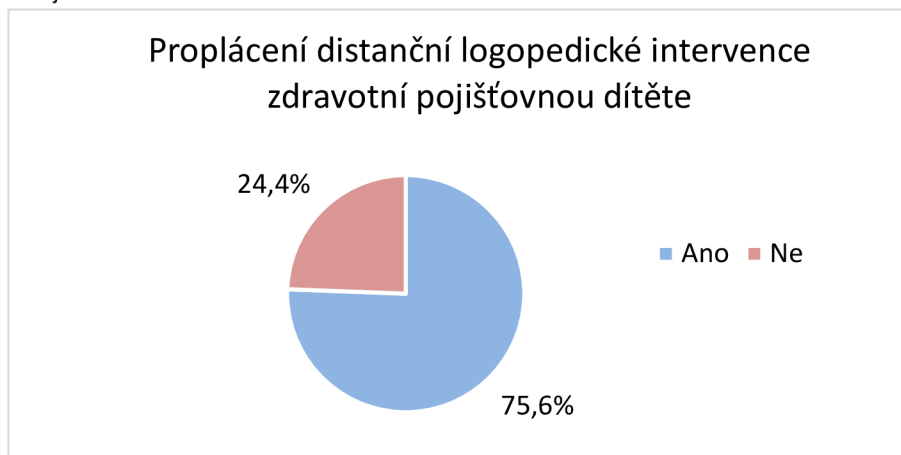
Zdroj: vlastní

Tato otázka zjišťovala, u jaké zdravotní pojišťovny bylo dítě v době využívání distanční logopedické intervence hlášeno. Nejčastější odpovědí bylo hlášení k Všeobecné zdravotní pojišťovně, tuto odpověď zvolilo 31 (36 %) rodičů. 17 (19,8 %) dětí respondentů je klientem Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky, 14 (16,3 %) pak Vojenské zdravotní pojišťovny a 9 (10,5 %) klientem České průmyslové zdravotní pojišťovny. 15 (17,4 %) rodičů vybralo otázku jiné odpovědi, kdy uvedlo, že jejich dítě bylo v době distanční logopedické intervence hlášeno u Oborové zdravotní pojišťovny. Souhrn odpovědí lze vyčíst z grafu č. 4 a tabulky č. 4.

Proplácení distanční logopedické intervence zdravotní pojišťovnou dítěte, n = 86

Proplácení	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Ano	65	75,6
Ne	21	24,4

Tabulka č. 5: Proplácení distanční logopedické intervence zdravotní pojišťovnou dítěte
Zdroj: vlastní



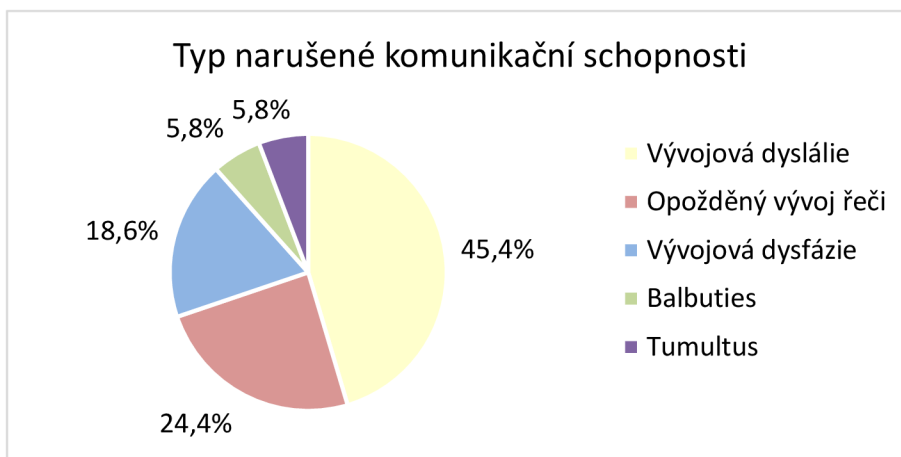
Graf č. 5: Proplácení distanční logopedické intervence zdravotní pojišťovnou dítěte
Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 5 a grafu č. 5 je zřejmé, že 65 (75,6 %) respondentům byla distanční forma logopedické intervence proplácena jejich příslušnou zdravotní pojišťovnou. Naopak nebyla proplácena u 21 (24,4 %) dotázaných.

Typ narušené komunikační schopnosti, n = 86

Typ NKS	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Vývojová dyslalie	39	45,4
Opožděný vývoj řeči	21	24,4
Vývojová dysfázie	16	18,6
Balbuties	5	5,8
Tumultus	5	5,8

Tabulka č. 6: Typ narušené komunikační schopnosti
Zdroj: vlastní



Graf č. 6: Typ narušené komunikační schopnosti

Zdroj: vlastní

Celkový počet respondentů byl 86. Jak lze vidět v tabulce č. 6 a v grafu č. 6, nejčastější narušená komunikační schopnost u dětí byla vývojová dyslálie, tuto možnost zvolilo 39 (45,4 %) respondentů. 21 (24,4 %) dotazovaných uvedlo, že jejich dítě má opožděný vývoj řeči. 10 (12,6) dotazovaných zvolilo možnost jiné odpovědi, z nichž 5 (5,8 %) rodičů uvedlo balbuties a 5 (5,8 %) tumultus. Žádná jiná vada řeči se u dotazovaných nevyskytuje.

6 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍ ČÁST

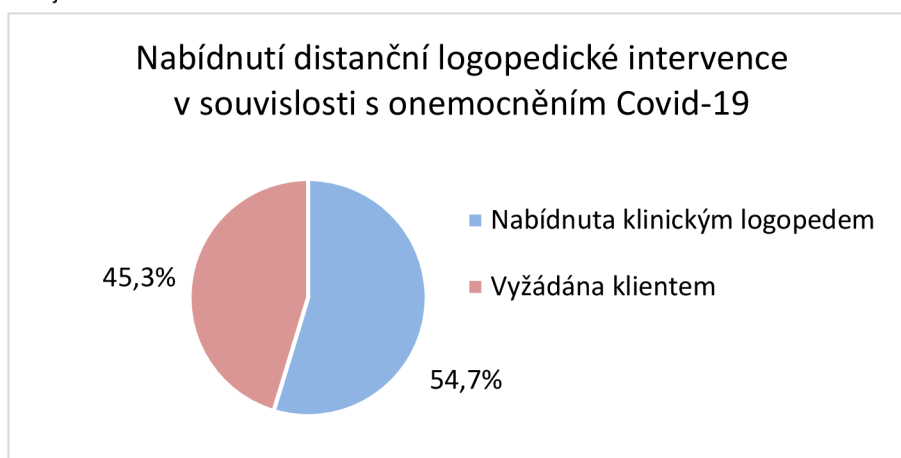
6.1 Podnět k distanční logopedické intervence

6.1.1 Nabídka či vyžádání distanční logopedické intervence, n = 86

Nabídnutí distanční formy	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Nabídnuta klinickým logopedem	47	54,7
Vyžádána klientem	39	45,3

Tabulka č. 7: Nabídka distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní



Graf č. 7: Nabídka distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní

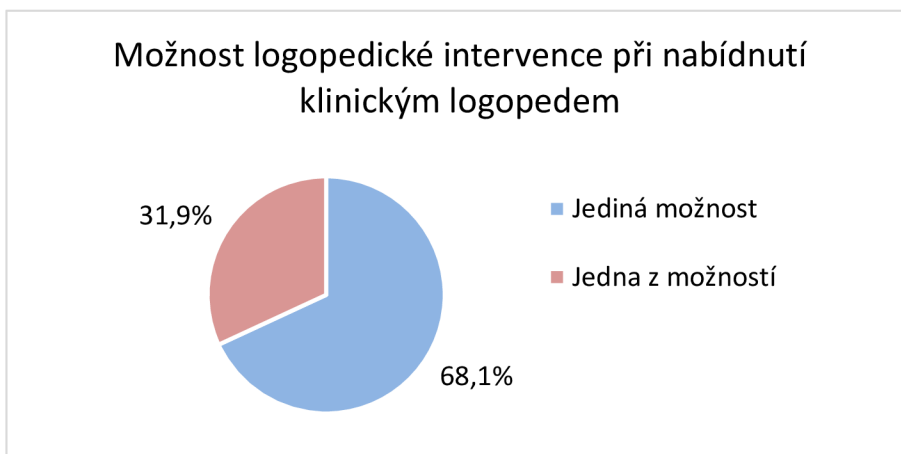
V tabulce č. 7 a grafu č. 7 jsou zaznamenány odpovědi respondentů na otázku, zda jim byla distanční forma logopedické intervence nabídnuta klinickým logopedem či si o ni zažádali sami. U 47 (54,7 %) respondentů se jednalo o nabídku ze strany specialisty, naopak ve 39 (45,3 %) případech si o distanční formu zažádali právě klienti klinického logopeda.

6.1.2 Možnosti logopedické intervence při nabídnutí klinickým logopedem, n = 47

Při nabídnutí klinickým logopedem	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Jediná možnost	32	68,1
Jedna z možností	15	31,9

Tabulka č. 8: Možnosti logopedické intervence při nabídnutí klinickým logopedem

Zdroj: vlastní



Graf č. 8: Možnosti logopedické intervence při nabídnutí klinickým logopedem

Zdroj: vlastní

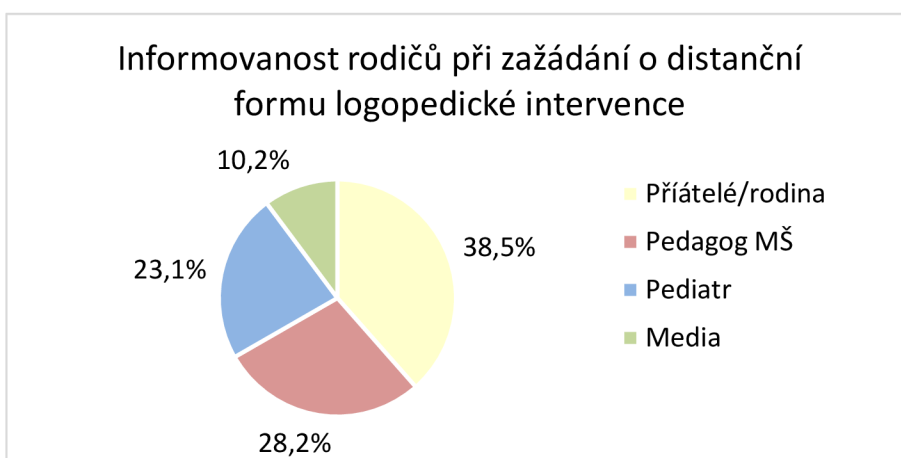
Jak je patrné z předchozí tabulky 47 rodičům byla klinickým logopedem nabídnuta distanční forma logopedické intervence, z tohoto počtu 32 (68,1 %) klientů vypovědělo, že se jednalo o jedinou možnost, jak logopedickou intervenci absolvovat. U 15 (31,9 %) se jednalo o jednu z možností realizace. Veškerá data jsou zaznamenána v tabulce č. 8 a grafu č. 8.

6.1.3 Informovanost rodičů při zažádání o distanční formu n = 39

Zažádali na podkladě informace od	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Přátelé/rodina	15	38,5
Pedagog v mateřské škole	11	28,2
Pediatr	9	23,1
Média	4	10,2

Tabulka č. 9: Informovanost rodičů při zažádání o distanční formu logopedické intervence

Zdroj: vlastní



Graf č. 9: Informovanost rodičů při zažádání o distanční formu logopedické intervence

Zdroj: vlastní

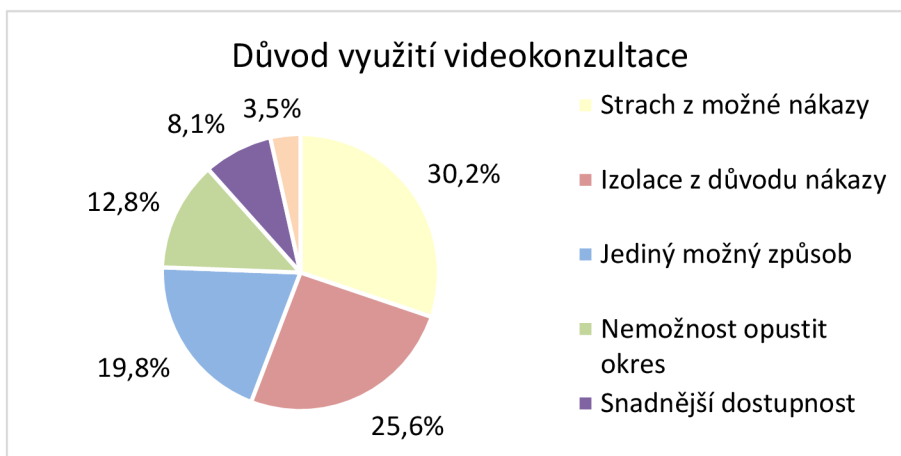
39 rodičů si o distanční formu zažádalo u klinického logopeda. Odpovědi na otázku, kde se o této možnosti dozvěděli, jsou zaznamenány v tabulce č. 9 a grafu č. 9. 15 (38,5 %) rodičů se o této možnosti dozvěděli od svých přátel či rodiny, 11 (28,2 %) od pedagoga v mateřské škole a 4 (23,1 %) od pediatra svého dítěte. U 4 (10,2 %) respondentů došlo k informovanosti prostřednictvím médií.

6.1.4 Důvod využití distanční logopedické intervence, n = 86

Důvod využití	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Strach z možné nákazy Covid-19	26	30,2
Izolace z důvodu nákazy Covid-19	22	25,6
Jediný způsob logopedické intervence	17	19,8
Nemožnost opustit okres trvalého bydliště	11	12,8
Snadnější dostupnost	7	8,1
Strach dítěte z cizího prostředí	3	3,5

Tabulka č. 10: Důvod využití distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní



Graf č. 10: Důvod využití distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní

Graf č. 10 a tabulka č. 10 se zaměřuje na důvody, proč rodiče využili možnosti realizace logopedické intervence distanční formou. Hlavní důvody byly u 48 (55,8 %) rodičů spojeny s onemocněním Covid-19, kdy 26 respondentů (30,2 %) uvedlo, že se obávají možné nákazy a 22 (25,6 %) pak, že tuto formu využili z důvodu nákazy onemocněním Covid-19 a s ní spjaté izolace. 17 (19,8 %) dotázaných pak vybralo jako důvod odpověď, kdy distanční forma logopedické intervence byla jediným možným způsobem realizace logopedické intervence. 21 (24,4 %) rodičů v dotazníku zvolilo možnost jiné odpovědi, kdy jich 11 (12,8 %) uvedlo, že důvodem využití distanční logopedické intervence byl

tzv. tvrdý lockdown, kdy nemohli vycestovat z okresu svého trvalého bydliště za klinickým logopedem. Další využití možnosti jiné odpovědi využili ti rodiče, již využili distanční formu z důvodu snadnější dostupnosti, 7 (8,1 %) rodičů, a ti, 3 (3,5 %) jejichž dítě trpí strachem z cizího prostředí.

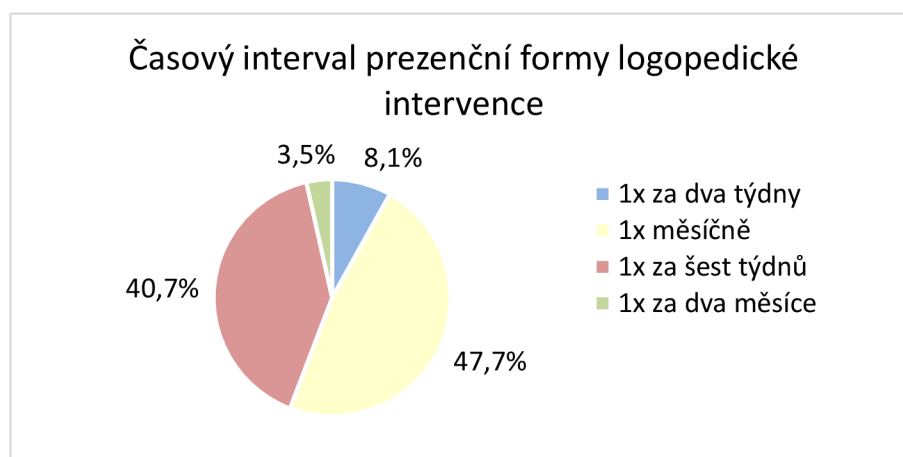
6.2 Časový interval a časová dotace logopedické intervence

6.2.1 Časový interval logopedické intervence před pandemií Covid-19, n = 86

Časový interval prezenční formy	Počet odpovědí	Vyjádření v %
1x za dva týdny	7	8,1
1x měsíčně	41	47,7
1x za šest týdnů	35	40,7
1x za dva měsíce	3	3,5

Tabulka č. 11: časový interval logopedické intervence před pandemií

Zdroj: vlastní



Graf č. 11: Časový interval prezenční logopedické intervence před pandemií

Zdroj: vlastní

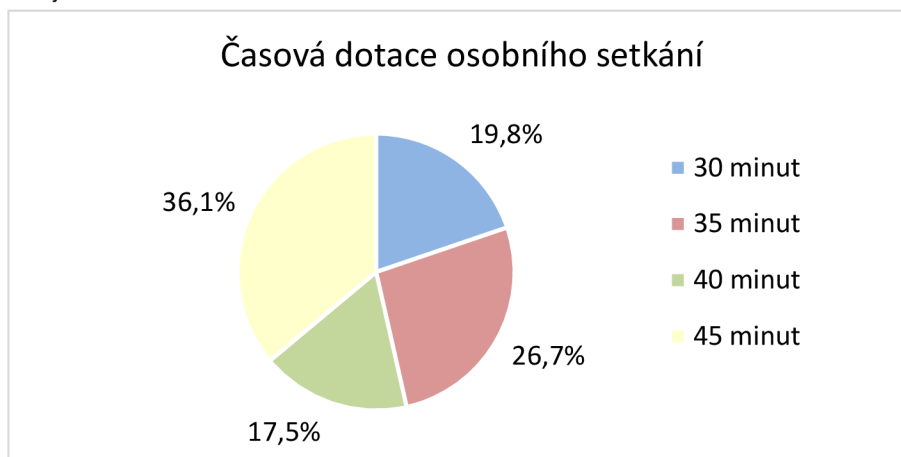
Časový interval u prezenční formy logopedické intervence je zaznamenán v grafu č. 11 a tabulce č. 11 a vypovídá o tom, že 7 (8,1 %) respondentů navštěvovali klinického logopeda každé dva týdny, 41 (47,7 %) každý měsíc a u 35 (40,7 %) probíhala jedenkrát za šest týdnů. 3 (3,5 %) dotázaných využilo možnosti jiné odpovědi, na níž odpověděli jednotně odpověděli, že časový interval prezenční formy byl každé dva měsíce.

6.2.2 Časová dotace osobního setkání, n = 86

Časová dotace osobního setkání	Počet odpovědí	Vyjádření v %
30 minut	17	19,8
35 minut	23	26,7
40 minut	15	17,5
45 minut	31	36,1

Tabulka č. 12: Časová dotace osobního setkání

Zdroj: vlastní



Graf č. 12: Časová dotace osobního setkání

Zdroj: vlastní

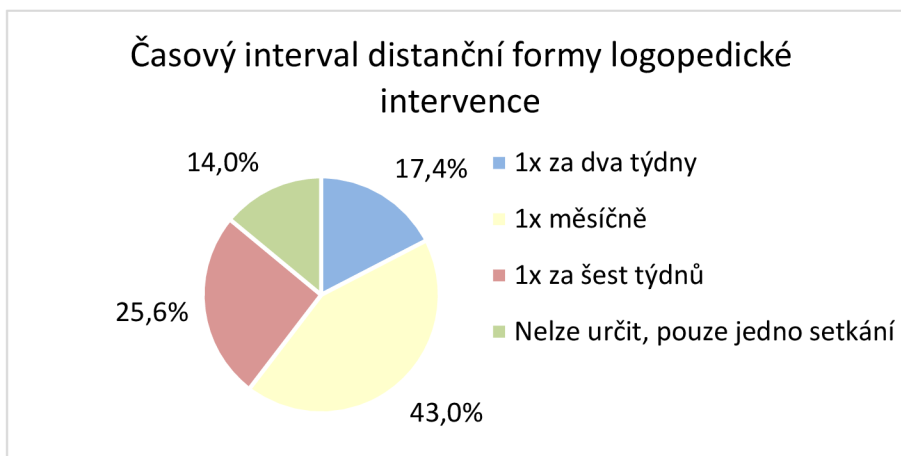
17 (19,8 %) respondentů dle tabulky č. 12 a grafu č. 12 uvedlo, že časová doba setkání s klinickým logopedem činila v jeho ambulanci 30 minut, 23 (26,7 %) dotázaných pak v ambulanci logopeda strávilo 35 minut. V 15 (17,5 %) případech běžná osobní návštěva trvá 40 minut. Nejvíce vybranou odpovědí bylo 45 minut, jež byla zastoupená 31krát (36,1 %).

6.2.3 Časový interval distanční logopedické intervence, n = 86

Časový interval distanční formy	Počet odpovědí	Vyjádření v %
1x za dva týdny	15	17,4
1x měsíčně	37	43
1x za šest týdnů	22	25,6
Nelze určit, pouze jedno setkání	12	14

Tabulka č. 13: Časový interval distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní



Graf č. 13: Časový interval distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní

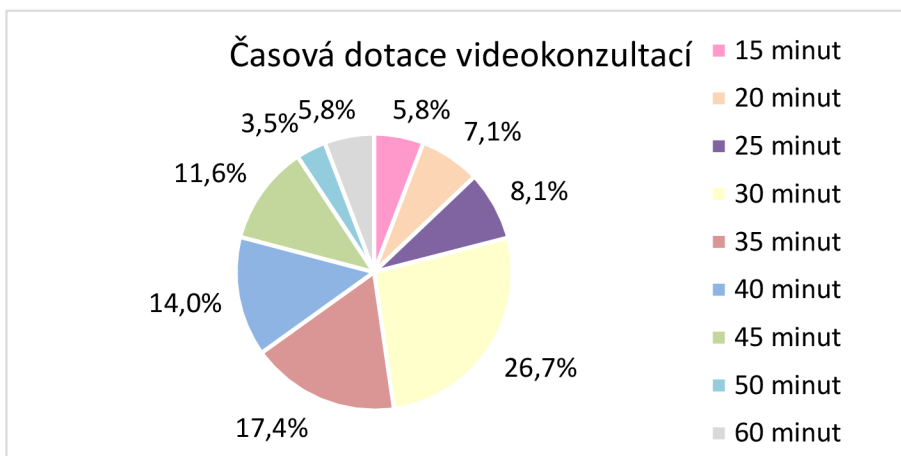
Na otázku, v jakém časovém intervalu probíhala logopedická intervence distanční formou, odpovědělo 15 (17,4 %) respondentů, že četnost distanční logopedické intervence byla jedenkrát za dva týdny. U 37 (43 %) probíhala jedenkrát měsíčně a 22 (25,6 %) respondentů zvolilo odpověď s časovým intervalem jedenkrát za šest týdnů. 12 (14 %) rodičů použilo možnosti jiné odpovědi, v níž jednotně odpověděli, že distanční formu logopedické intervence využili jen jedenkrát, proto nelze určit, časový interval mezi distančními setkáními. Veškeré odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 13 a tabulce č. 13.

6.2.4 Časová dotace videokonzultací, n = 86

Časová dotace videokonzultací	Počet odpovědí	Vyjádření v %
15 minut	5	5,8
20 minut	6	7,1
25 minut	7	8,1
30 minut	23	26,7
35 minut	15	17,4
40 minut	12	14
45 minut	10	11,6
50 minut	3	3,5
60 minut	5	5,8

Tabulka č. 14: Časová dotace videokonzultací

Zdroj: vlastní



Graf č. 14: Časová dotace videokonzultací

Zdroj: vlastní

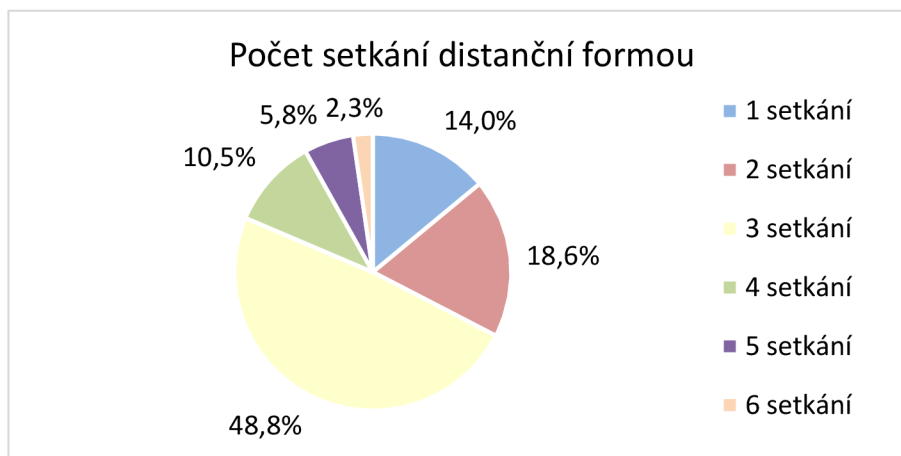
Časová dotace videokonzultací je zaznamenána v tabulce č. 14 a grafu č. 14. V 5 (5,8 %) případech to bylo 15 minut, v 6 (7,1 %) případech 20 minut a v 7 (8,1 %) byl čas videokonzultace 25 minut. 23 (26,7 %) respondentů uvedlo, že čas strávený s logopedem prostřednictvím videokonzultace činil 30 minut, u 15 (17,4 %) byl čas 35 minut. Celkem 12 (14 %) respondentů uvedlo, že videokonzultace probíhala v čase 40 minut a v čase 45 minut probíhala u 10 (11,6 %) dotázaných. Videokonzultaci, která trvala 50 minut, využívali 3 (3,5 %) respondenti. Hodinovou videokonzultaci využilo 5 (5,8 %) respondentů.

6.2.5 Počet setkání logopedické intervence distanční formou, n = 86

Počet setkání distanční formou	Počet odpovědí	Vyjádření v %
1 setkání	12	14
2 setkání	16	18,6
3 setkání	42	48,8
4 setkání	9	10,5
5 setkání	5	5,8
6 setkání	2	2,3

Tabulka č. 15: Počet setkání logopedické intervence distanční formou

Zdroj: vlastní



Graf č. 15: Počet setkání logopedické intervence distanční formou

Zdroj: vlastní

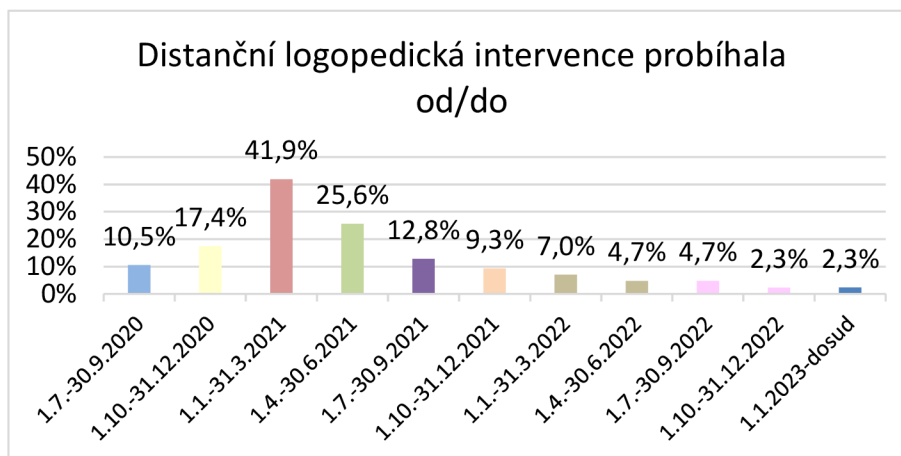
Počet setkání klinického logopeda a jeho klienta je zaznamenán v tabulce č. 15 a následně i v grafu č. 15. Z nich je patrné, že jedno setkání proběhlo ve 12 (14 %) případech, v 16 (18,6 %) pak dvakrát. Nejčastěji, ve 42 (48,8 %) případech, byla vybrána odpověď s variantou tří setkání. 9 (10,5 %) rodičů se distanční formou s logopedem setkala čtyřikrát, třikrát pak 5 (5,8 %) klientů. Největší četnost setkání, tedy šest, uvedli 2 (2,3 %) respondenti.

6.2.6 Distanční logopedická intervence probíhala od/do, n=86

Průběh od/do	Počet odpovědí	Vyjádření v %
1.7.2020 – 30.9.2020	9	10,5
1.10.2020 – 31.12.2020	15	17,4
1.1.2021 – 31.3.2021	36	41,9
1.4.2021 – 30.6.2021	22	25,6
1.7.2021 – 30.9. 2021	11	12,8
1.10.2021 – 31.12.2021	8	9,3
1.1.2022 – 31.3.2022	6	7
1.4.2022 – 30.6.2022	4	4,7
1.7.2022 – 30.9. 2022	4	4,7
1.10.2022 – 31.12.2022	2	2,3
1.1.2023 – dosud	2	2,3

Tabulka č. 16: Distanční logopedická intervence probíhala od/do

Zdroj: vlastní



Graf č. 16: Distanční logopedická intervence probíhala od/do

Zdroj: vlastní

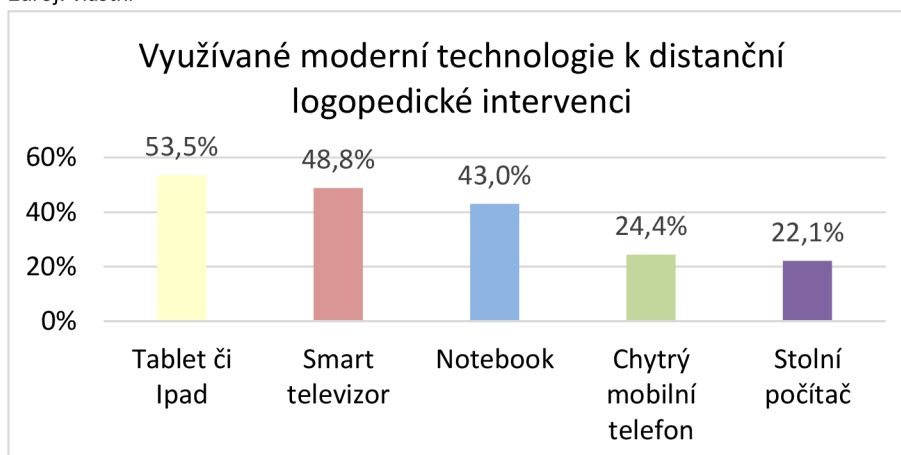
V tabulce a grafu č. 16 jsou zaznamenána data trvání distanční logopedické intervence. V období od 1. července do 30. září roku 2020 probíhala distanční logopedická intervence u 9 (10,5 %) dětských pacientům. V následujícím čtvrtletí, od 1. října do 31. prosince roku 2020, využívalo distanční logopedickou intervenci 15 (17,4 %) klientů. V časovém úseku od 1. ledna do 31. března 2021 byla realizována distanční forma logopedické u největšího počtu dotázaných, u 36 (41,9 %). Od 1. dubna do 30. června 2021 využívalo distanční formu 22 (25,6 %) klientů. V následujících třech měsících, 1. srpen až 30. září 2021, byl počet klientů 11 (12,8 %) a od 1. října do konce roku 2021 8 (9,3 %). V prvních třech měsících roku 2022 byla distanční logopedická intervence prováděna v 6 (7 %) rodinách. V následujícím každém čtvrtletí (1.4. - 30.6.2022 a 1.7. – 30.9.2022) využívali distanční formu 4 (4,7 %) respondenti. 2 (2,3 %) respondenti pokračovali v distanční logopedické intervenci od 1. října roku 2022 až do ledna 2023, kdy došlo ke sběru dat za pomoci dotazníku.

6.3 Moderní technologie a komunikační kanály

6.3.1 Využívané moderní technologie k distanční logopedické intervenci, n = 86

Moderní technologie	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Tablet či iPad	46	53,5
Smart televizor	42	48,8
Notebook	37	43
Chytrý mobilní telefon	21	24,4
Stolní počítač	19	22,1
Počet vybraných odpovědí	Počet odpovědí	Vyjádření v %
1 odpověď	18	20,9
2 odpovědi	57	66,3
3 odpovědi	11	12,8

Tabulka č. 17: Využívané moderní technologie k distanční logopedické intervenci
Zdroj: vlastní



Graf č. 17: využívané moderní technologie k distanční logopedické intervenci
Zdroj: vlastní

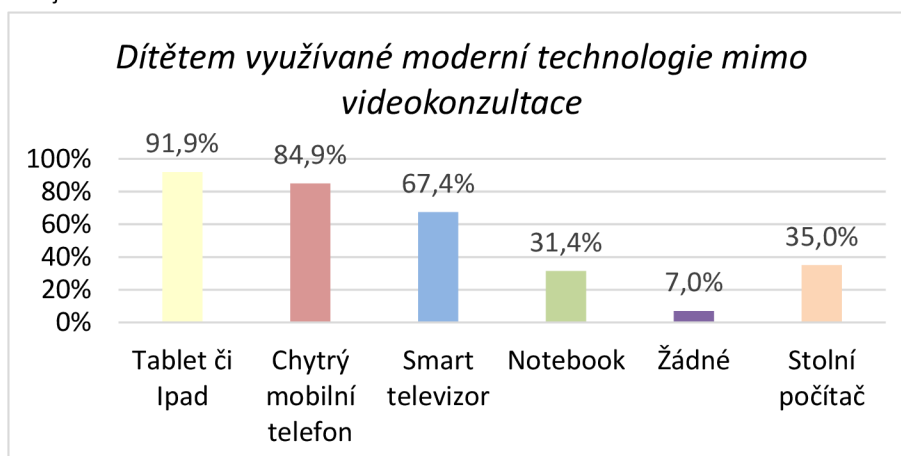
V tabulce č. 17 a grafu č. 17 jsou zaznamenány odpovědi na otázku, které moderní technologie byly rodinou využívány k distanční logopedické intervenci. Odpovědi na otázku byly zastoupeny v počtu 46 (53,5 %) využití tabletu či Ipadu, 42 (48,8 %) byl využíván smart televizor, 37 (43 %) klientů využívalo notebook. Ve 21 (24,4 %) rodinách probíhala distanční forma na chytrém mobilním telefonu a u 19 (22,1 %) na stolním počítači. V této otázce měli možnost rodiče vybírat více odpovědí, nejčastěji se jednalo o výběr tří odpovědí s četností výběru 57 (66,3 %).

6.3.2 Dítětem využívané moderní technologie mimo videokonzultace, n = 86

Moderní technologie	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Tablet či iPad	79	91,9
Chytrý mobilní telefon	73	84,9
Smart televizor	58	67,4
Notebook	27	31,4
Žádné	6	7
Stolní počítač	3	3,5
Počet vybraných odpovědí	Počet odpovědí	Vyjádření v %
1 odpověď	8	9,3
2 odpovědi	21	24,4
3 odpovědi	35	40,7
4 odpovědi	19	22,1
5 odpovědí	3	3,5

Tabulka č. 18: Dítětem využívané moderní technologie mimo videokonzultace

Zdroj: vlastní



Graf č. 18: Dítětem využívané moderní technologie mimo videokonzultace

Zdroj: vlastní

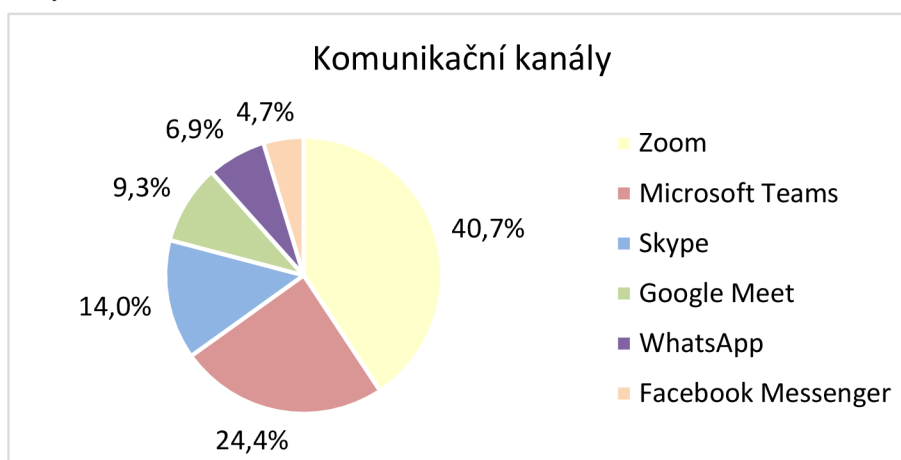
V tabulce č. 18 a grafu č. 18 jsou zaznamenány počty využívaných moderních technologií dítětem mimo videokonzultaci. V 79 (91,9 %) případech dítě běžně v domácnosti využívá tablet či iPad, podobně je tomu tak i v případě chytrého mobilního telefonu, který využívá 73 (84,9 %) dětí, odpověď se smart televizorem pak vybralo 58 (67,4 %) rodičů. S notebookem se setkávalo mimo videokonzultaci 27 (31,4 %) dětí. V 6 (7 %) případech dítě nevyužívá mimo videokonzultace žádné moderní technologie a pouze 3 (3,5 %) děti využívají stolní počítač. Rodiče v této otázce mohli vybírat více odpovědí, nejčastěji však volili odpovědi s výběrem tří využívaných moderních technologií.

6.3.3 Využívané komunikační kanály k distanční logopedické intervenci, n = 86

Komunikační kanály	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Zoom	35	40,7
Microsoft Teams	21	24,4
Skype	12	14
Google Meet	8	9,3
WhatsApp	6	6,9
Facebook Messenger	4	4,7

Tabulka č. 19: Využívané komunikační kanály k distanční logopedické intervenci

Zdroj: vlastní



Graf č. 19: Využívané komunikační kanály k distanční logopedické intervenci

Zdroj: vlastní

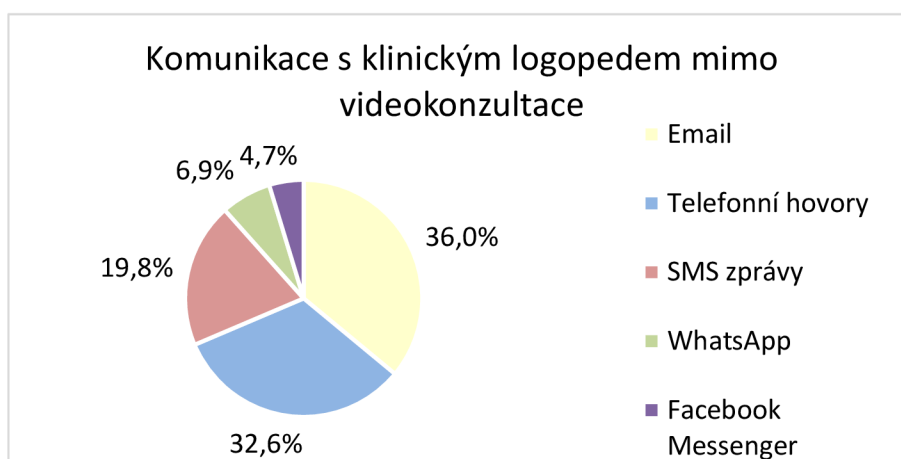
Využívané komunikační kanály k realizaci distanční logopedické intervence jsou zřejmé z grafu č. 19 a tabulky č. 19 35 (40,7 %) dotázaných využívalo softwarový program Zoom, 21 (24,4 %) Microsoft Teams a Skype pak 12 (14 %). Menší počet odpovědí pak zaznamenal Google Meet, jenž využívalo 8 (9,3 %) respondentů, dále WhatsApp s využitím u 6 (6,9 %) rodin a Facebook Messenger 4 (4,7 %). Přestože respondenti měli možnost u této odpovědi vybrat více odpovědí, nikdo tuto příležitost nevyužil. Stejně tak tomu bylo i možnosti využít jinou odpověď.

6.3.4 Komunikace s klinickým logopedem mimo videokonzultace, n = 86

Komunikace	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Email	31	36
Telefonní hovory	28	32,6
SMS zprávy	17	19,8
WhatsApp	6	6,9
Facebook Messenger	4	4,7

Tabulka č. 20: Komunikace s klinickým logopedem mimo videokonzultace

Zdroj: vlastní



Graf č. 20: Komunikace s klinickým logopedem mimo videokonzultace

Zdroj: vlastní

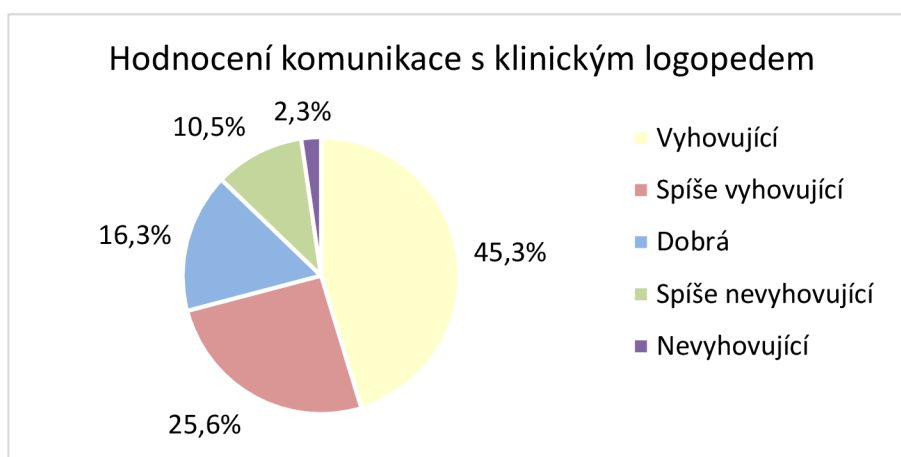
Tato otázka byla položena s cílem zjistit, jakým způsobem rodiče komunikovali s klinickým logopedem mimo videokonzultace, např. objednávání se, žádanky na další vyšetření atp. 31 (36 %) respondentů komunikovalo s klinickým logopedem prostřednictvím emailu, 28 (32,6 %) využívalo ke komunikaci telefonní hovory, 17 (19,8 %) respondentů se dorozumívalo s logopedem díky SMS zprávám. 10 dotázaných rodičů (11,6 %) využilo ke komunikaci aplikace, a to v zastoupení 6 (6,9 %) odpovědí na využití aplikace WhatsApp a 4 (4,7 %) na Facebook Messenger. Možnosti označit u této otázky dvě a více odpovědí žádný z respondentů nevyužil. Nikdo také nezvolil možnost jiné odpovědi. Výsledky z tohoto dotazu je možné vidět v grafu č. 20 a tabulce č. 20.

6.3.5 Hodnocení komunikace s klinickým logopedem (z pohledu rodiče), n = 86

Hodnocení	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Vyhovující	39	45,3
Spíše vyhovující	22	25,6
Dobrá	14	16,3
Spíše nevhovující	9	10,5
Nevyhovující	2	2,3

Tabulka č. 21: Hodnocení komunikace s klinickým logopedem

Zdroj: vlastní



Graf č. 21: Hodnocení komunikace s klinickým logopedem

Zdroj: vlastní

Využití výše uvedeného způsobu komunikace mezi rodičem a logopedem měli možnost rodiče také zhodnotit na škále bodů. Jako vyhovující hodnotilo tuto komunikaci 39 (45,3 %) respondentů, spíše vyhovující pak 22 (25,6 %). Za průměrnou označilo komunikaci 14 (16,3 %) dotázaných. 9 (10,5 %) účastníků dotazníkového průzkumu zvolilo odpověď spíše nevhovující a 2 (2,3 %) hodnotilo komunikaci jako nevhovující. Hodnoty lze vyčíst z grafu č. 21 a tabulky č. 21.

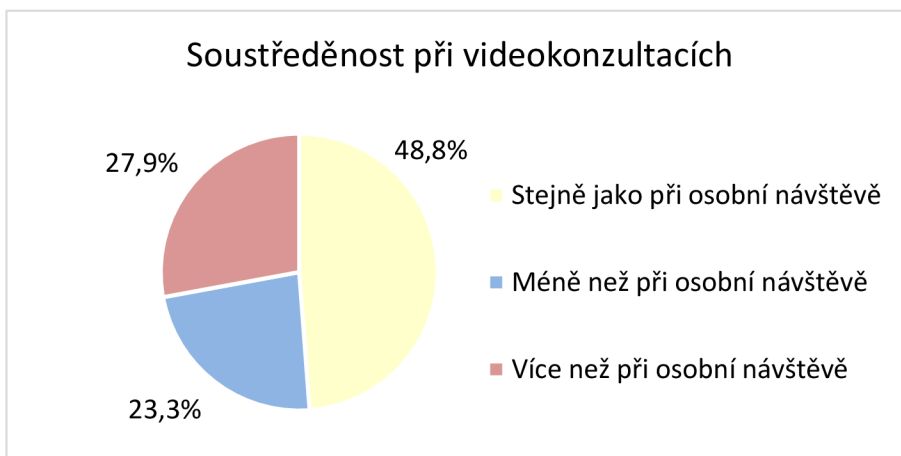
6.4 Soustředěnost a spolupráce dítěte s klinickým logopedem

6.4.1 Soustředěnost dítěte při videokonzultaci (z pohledu rodiče), n = 86

Soustředěnost při videokonzultacích	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Stejně jako při osobní návštěvě	42	48,8
Méně než osobní návštěvě	20	23,3
Více než při osobní návštěvě	24	27,9

Tabulka č. 22: Soustředěnost dítěte při videokonzultaci

Zdroj: vlastní



Graf č. 22: Soustředěnost dítěte při videokonzultacích

Zdroj: vlastní

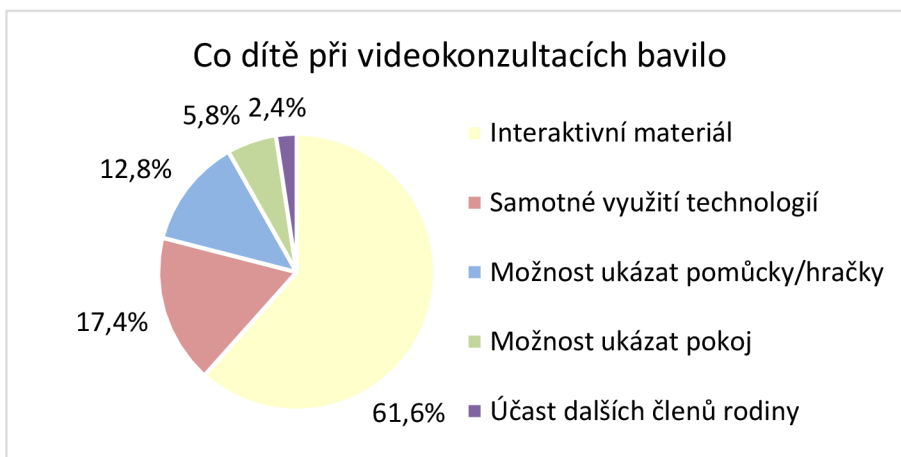
Soustředěnost dítěte hodnotili rodiče v otázce č. 34 a výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 22 a grafu č. 22. 42 (48,8 %) rodičů hodnotilo soustředěnost svého dítěte za stejnou jako při osobní návštěvě u klinického logopeda. Jako méně soustředěné shledalo své dítě 20 (23,3 %) rodičů. Naopak 24 (27,9 %) dotázaných hodnotí soustředěnost svého dítěte za větší než při osobním setkání v ambulanci.

6.4.2 Co dítě při videokonzultacích bavilo (z pohledu rodiče), n = 86

Dítě bavilo	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Interaktivní materiál na PC/tabletu...	53	61,6
Samotné využití moderní technologie	15	17,4
Možnost ukázat vlastní pomůcky/hračky	11	12,8
Možnost ukázat logopedovi svůj pokoj	5	5,8
Účast dalších členů rodiny	2	2,4

Tabulka č. 23: Co dítě při videokonzultacích bavilo

Zdroj: vlastní



Graf č. 23: Co dítě při videokonzultacích bavilo

Zdroj: vlastní

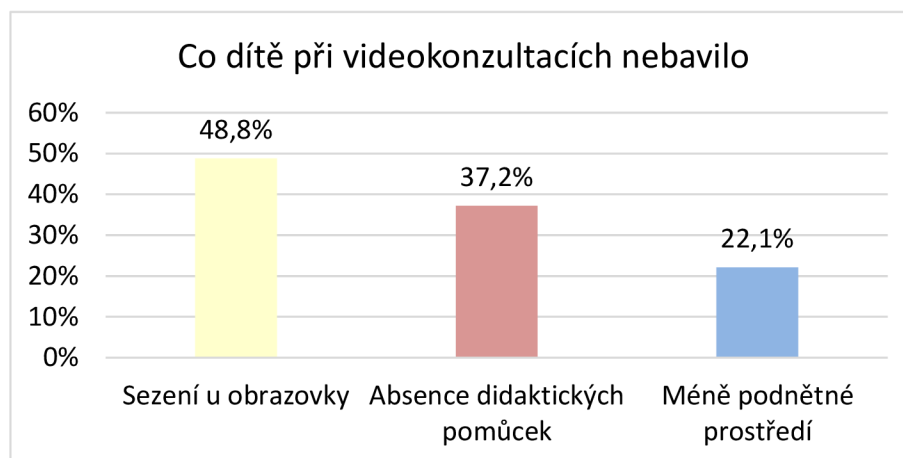
Tabulka č. 23 a graf č. 23 vypovídá informace o tom, co dle rodiče jejich dítě při použití videokonzultace bavilo. 53 (61,6 %) rodičů uvedlo, že to byl interaktivní materiál v podobě her a kvízů, které klinický logoped připravil. 15 (17,4 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě zaujalo samotné využití moderní technologie, právě např. notebooku, tabletu, iPadu atd. 11 (12,8 %) dětí dle jejich rodičů bavilo, že mohly během videokonzultace s klinickým logopedem využívat své známé hračky a pomůcky. Podobně tomu tak bylo u 5 (5,8 %) dětí, kteří se rádi „pochlubily svým pokojem. Ve 2 (2,4 %) případech děti potěšila možnost, že se setkání s klinickým logopedem mohou setkat i další rodinní příslušníci.

6.4.3 Co dítě při videokonzultacích nebavilo (z pohledu rodiče), n = 86

Dítě nebavilo	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Sezení u obrazovky po celou dobu	42	48,8
Absence didaktických pomůcek	32	37,2
Méně podnětné prostředí	19	22,1

Tabulka č. 24: Co dítě při videokonzultacích nebavilo

Zdroj: vlastní



Graf č. 24: Co dítě při videokonzultacích nebavilo

Zdroj: vlastní

V tabulce a grafu č. 24 jsou zaznamenány informace o tom, co dítě při videokonzultacích z pohledu rodiče nebavilo. Respondenti měli v této otevřené otázce vypsát konkrétní odpovědi. Jejich znění se často opakovalo. 42 (48,8 %) rodičů uvedlo, že oproti průběhu logopedické intervence v ambulanci, jejich dítě nebavilo permanentní sezení u obrazovky v rámci videokonzultace. Absenci didaktických pomůcek, které ve formě distanční logopedické intervence nelze využít, zaznamenalo 32 (37,2 %) respondentů. Jako méně podnětné prostředí pro dítě označuje videokonzultaci 19 (22,1 %) respondentů.

dotázaných. Respondenti měli možnost vypisovat více možností, stalo se tak ale jen v sedmi případech, kdy respondenti uvedli dvě informace.

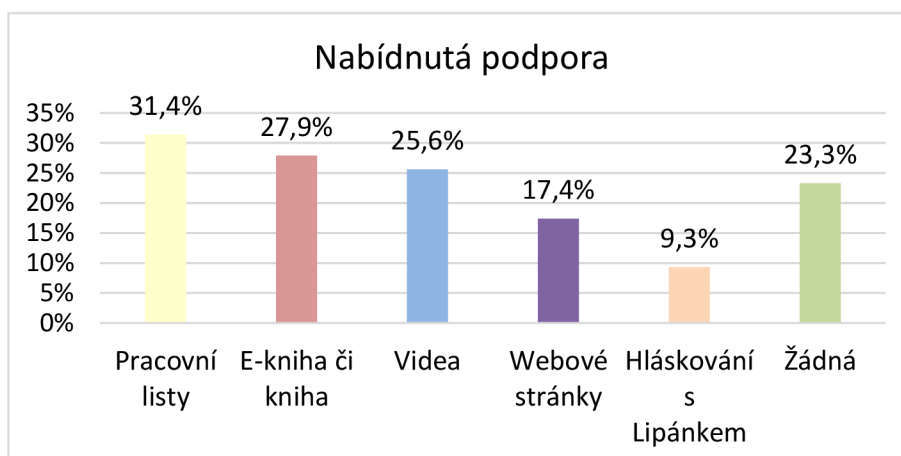
6.5 Podpora distanční logopedické intervence pro domácí přípravu

6.5.1 Nabídnutá podpora, n = 86

Nabídnutá podpora	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Zasílané pracovní listy	27	31,4
E-kniha či kniha	24	27,9
Videa	22	25,6
Webové stránky	15	17,4
Hláskování s Lipánkem	8	9,3
Žádná	20	23,3
Počet vybraných odpovědí	Počet odpovědí	Vyjádření v %
1 odpověď	45	52,3
2 odpovědi	28	32,6
3 odpovědi	10	11,5
4 odpovědi	3	3,5

Tabulka č. 25: Nabídnutá podpora

Zdroj: vlastní



Graf č. 25: Nabídnutá podpora

Zdroj: vlastní

Podoba nabídnuté podpory pro domácí přípravu od klinických logopedů lišila. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce a grafu č. 25. Rodiče měli možnost v této otázce vybrat více variant. Nejčastěji však vybírali jednu. Nejčastěji, tedy v 27 (31,4 %) případech, byla rodičům zasílána podpora v podobě pracovních listů. 24 (27,9 %) klientům byla klinickým logopedem doporučena kniha nebo E-kniha a u 22 (25,6 %) videa. Podpora v podobě

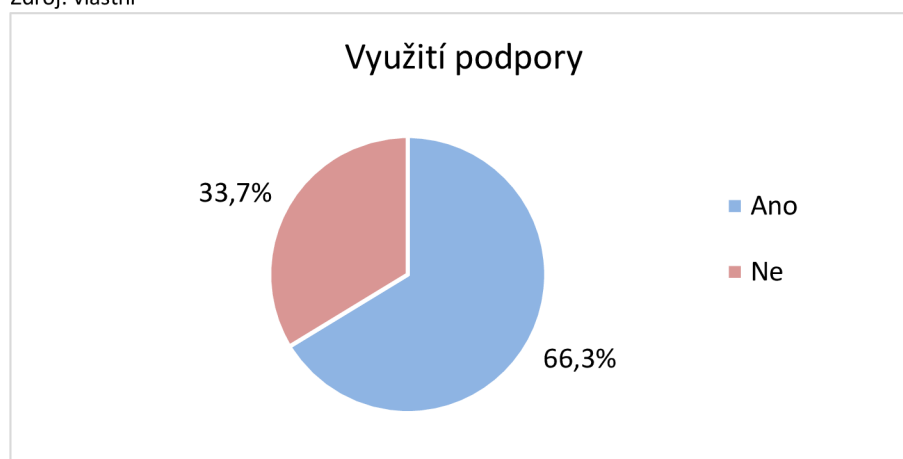
webové stránky byla rodiči vybrána v 15 (17,4 %) případech. O možnosti využití online projektu Hláskování s Lipánkem, který nabízí rodičům názornou pomoc, jak děti přirozeně vyslovovat hlásky, tvořit slova a věty, bylo informováno 8 (9,3 %) rodičů. 20 dotázaných nezískalo v době distanční logopedické intervence od svého logopeda žádnou podporu pro domácí přípravu.

6.5.2 Využití podpory, n = 86

Využití podpory	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Ano	57	66,3
Ne	29	33,7

Tabulka č. 26: Využití podpory

Zdroj: vlastní



Graf č. 26: Využití podpory

Zdroj: vlastní

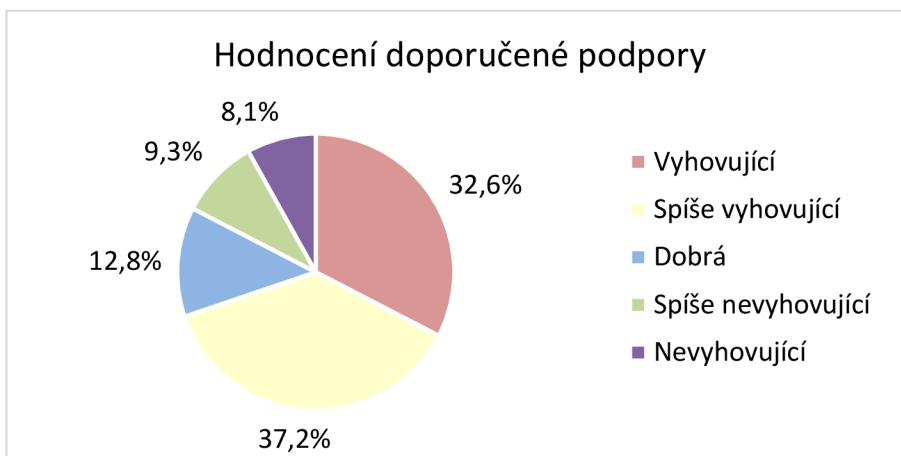
Graf č. 26 a tabulka č. 26 zobrazují data využití výše uvedené podpory, při čemž tuto nabídnutou podporu využívalo 69 (80,2 %) dotázaných, a naopak ji nevyužilo 17 (19,8 %) respondentů.

6.5.3 Hodnocení této podpory (z pohledu rodiče), n = 86

Hodnocení	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Vyhovující	28	32,6
Spíše vyhovující	32	37,2
Dobrá	11	12,8
Spíše nevhovující	8	9,3
Nevyhovující	7	8,1

Tabulka č. 27: Hodnocení této podpory

Zdroj: vlastní



Graf č. 27: Hodnocení této podpory

Zdroj: vlastní

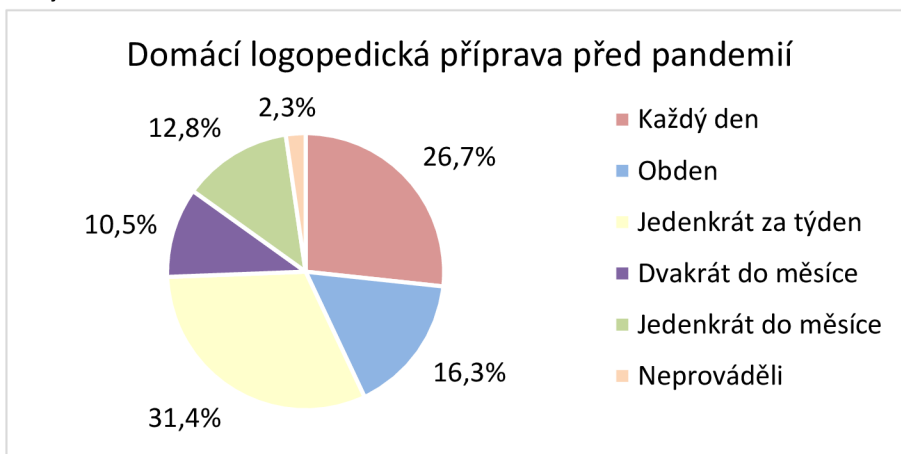
Podporu, jež klientům doporučil klinický logoped, hodnotí rodiče následovně, viz tabula a graf č.27. 28 (32,6 %) dotázaných ji hodnotí jako vyhovující. Nejvíce rodičů, 32 (37,2 %), jako spíše vyhovující a 11 (12,8 %) jako dobrou. 8 (9,3 %) respondentů si o doporučené podpoře myslí, že byla spíše nevyhovující a 7 (8,1 %) že jim nevyhovovala.

6.5.4 Domácí logopedická příprava před pandemií Covid-19, n = 86

Příprava v době pandemie	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Každý den	23	26,7
Obden	14	16,3
Jedenkrát za týden	27	31,4
Dvakrát do měsíce	9	10,5
Jedenkrát do měsíce	11	12,8
Neprováděli	2	2,3

Tabulka č. 28: Domácí logopedická příprava před pandemií Covid-19

Zdroj: vlastní



Graf č. 28: Domácí logopedická příprava před pandemií Covid-19

Zdroj: vlastní

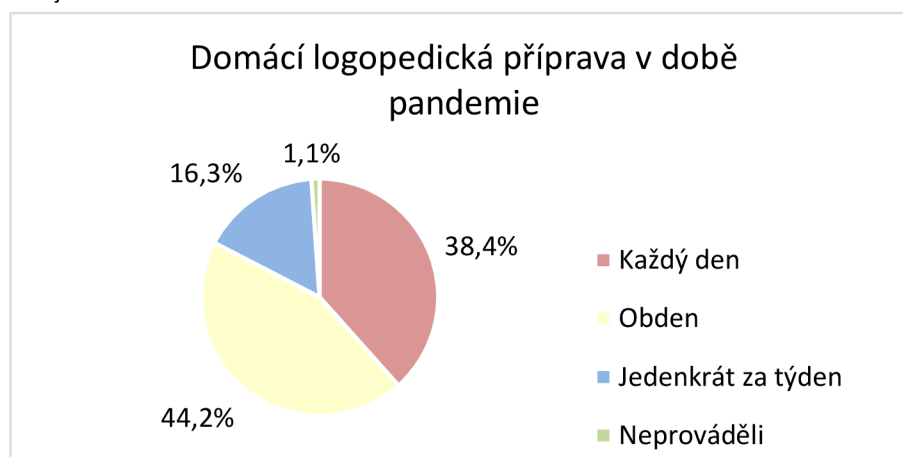
23 (26,7 %) respondentů uvedlo, že doma před pandemií Covid-19 každý den prováděli logopedickou přípravu. 14 (16,3 %) se pak logopedii se svým dítětem věnovali obden. Nejvíce respondentů, 27 (31,4 %), vybralo odpověď s variantou jedenkrát za týden. Dvakrát do měsíce provádí domácí logopedickou přípravu 9 (10,5 %) dotázaných, 11 (12,8 %) se pak připravuje jedenkrát za měsíc. 2 rodiče s dětmi doma logopedii neprocvičují vůbec. Veškeré odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 28 a grafu č. 28.

6.5.5 Domácí logopedická příprava v době pandemie Covid-19, n = 86

Příprava před pandemií	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Každý den	33	38,4
Obden	38	44,2
Jedenkrát za týden	14	16,3
Neprováděli	1	1,1

Tabulka č. 29: Domácí logopedická příprava v době pandemie Covid-19

Zdroj: vlastní



Graf č. 29: Domácí logopedická příprava v době pandemie Covid-19

Zdroj: vlastní

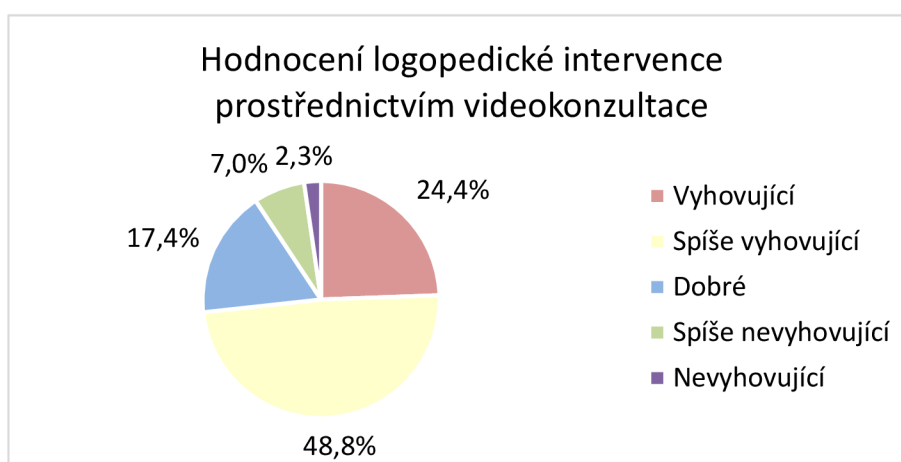
V tabulce č. 29 a grafu č. 29 jsou zaznamenány odpovědi na otázku, jak často v době pandemie Covid-19 prováděli domácí logopedickou přípravu. Každý den se připravovalo 33 (38,4 %) klientů logopedie, o pět více, tedy 38 (44,2 %), pak provádělo přípravu obden. Jedenkrát za týden se připravovalo 14 (16,3 %) dotázaných a pouhý 1 (1,1 %) respondent neprováděl přípravu vůbec.

6.6 Hodnocení distanční logopedické intervence a návrhy pro zkvalitnění

6.6.1 Hodnocení logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace, n = 86

Hodnocení	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Vyhovující	21	24,4
Spíše vyhovující	42	48,8
Dobry	15	17,4
Spíše nevhovující	6	7
Nevhovující	2	2,3

Tabulka č. 30: Hodnocení logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace



Graf č. 30: Hodnocení logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace

Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

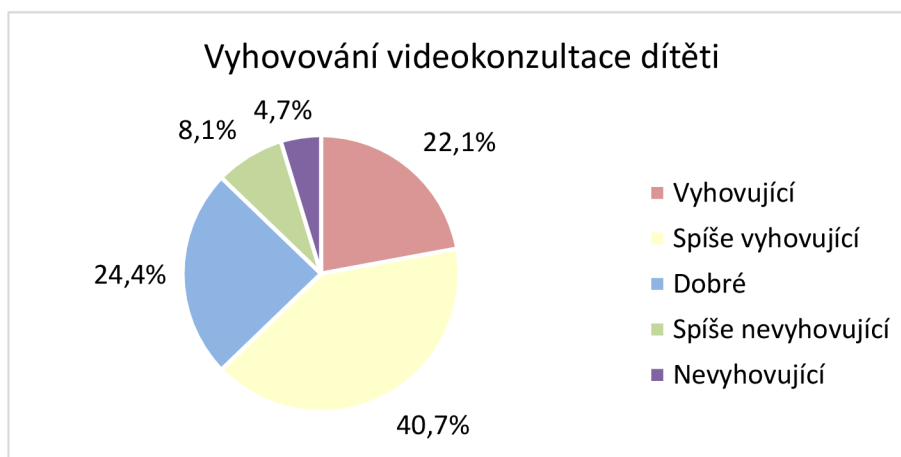
V této otázce, jenž je zaznamenána v tabulce č. 30 a grafu č. 30, měli možnost rodiče dětí hodnotit distanční formu klinické intervence. Jako vyhovující ji hodnotí 21 (24,4 %) dotázaných. Jako spíše vyhovující ji označilo nejvíce respondentů a to 42 (48,8 %). 15 (17,4 %) klientů distanční logopedické intervence tuto formu hodnotí jako dobrou. Odpověď spíše vyhovující vybralo 6 (7 %) klientů a odpověď nevhovující 2 (2,3 %).

6.6.2 Vyhovování videokonzultací dítěti (z pohled rodiče), n=86

Hodnocení	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Vyhovující	19	22,1
Spíše vyhovující	35	40,7
Dobré	21	24,4
Spíše nevhovující	7	8,1
Nevyhovující	4	4,7

Tabulka č. 31: Vyhovování videokonzultace dítěti

Zdroj: vlastní



Graf č. 31: Vyhovování videokonzultace dítěti

Zdroj: vlastní

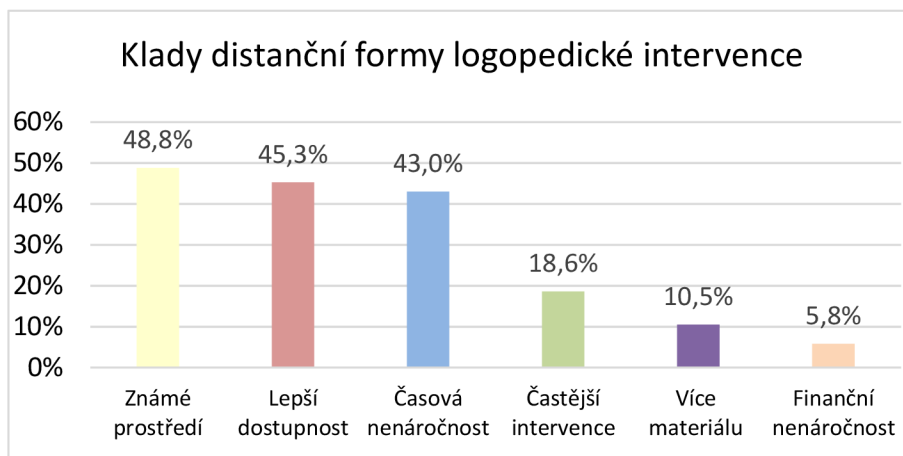
V tabulce č. 31 a grafu č. 31 je zaznamenáno vyhotovování videokonzultací dítěti z pohledu jeho rodičů. 19 (22,1 %) rodičů hodnotilo tuto formu jako vyhovující. Nejvíce rodičů, 35 (40,7 %), ji ohodnotilo jako spíše vyhovující. Za dobrou ji považovalo 21 (24,4 %) rodičů. Videokonzultaci jako spíše nevhovující pro jejich dítě vybralo 7 (8,1 %) respondentů. Ve 4 (4,7 %) případech byla videokonzultace vyhodnocena jako nevhovující.

6.6.3 Klady distanční formy logopedické intervence (z pohledu rodiče), n = 86

Klady	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Pro dítě známé prostředí	42	48,8
Lepší dostupnost k službám	39	45,3
Časově méně náročné	37	43
Častější frekvence logopedické intervence	16	18,6
Větší množství materiálu k domácí přípravě	9	10,5
Bez nutnosti vynaložení financí (doprava)	5	5,8

Tabulka č. 32: Klady distanční formy logopedické intervence

Zdroj: vlastní



Graf č. 32: Klady distanční formy logopedické intervence

Zdroj: vlastní

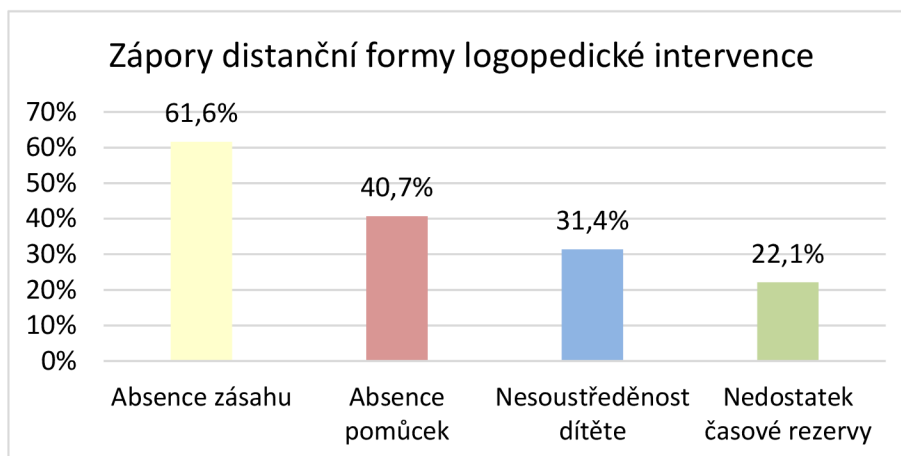
Tabulka č. 32 a graf č. 32 zaznamenávají rodiči sepsané klady distanční formy logopedické intervence. V této otevřené otázce měli rodiče možnost vypsát konkrétní klady, jež shledali. Tyto klady se často opakovali a v průměru respondenti vypisovali dvě informace. Za výhodu uvedlo 42 (48,8 %) rodičů známé prostředí domova, v němž distanční forma logopedické intervence probíhala. Lepší dostupnost si pochvalovalo 39 (45,3 %) rodičů. Výhodou byla pro 37 (43 %) rodičů i časová nenáročnost videokonzultací spojená s cestováním do ambulance klinického logopeda. Častější frekvence distanční logopedické intervence byla přínosná pro 16 (18,6 %) dotázaných. 9 (10,5 %) respondentů uvedlo jako pozitivum zasílání většího množství materiálu k domácí přípravě. Jako příjemný bonus uvedlo 5 (5,8 %) respondentů finanční nenáročnost (výdaje spojené s dopravou, parkováním atd.) videokonzultace.

6.6.4 Zápory distanční formy logopedické intervence (z pohledu rodiče), n = 86

Zápory	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Absence možného zásahu	52	61,6 %
Absence použití didaktického materiálu	35	40,7 %
Nesoustředěnost dítěte při videokonzultaci	27	31,4 %
Nedostatek časové rezervy při poruše připojení	19	22,1 %

Tabulka č. 33: Zápory distanční formy logopedické intervence

Zdroj: vlastní



Graf č. 33: Zápory distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní

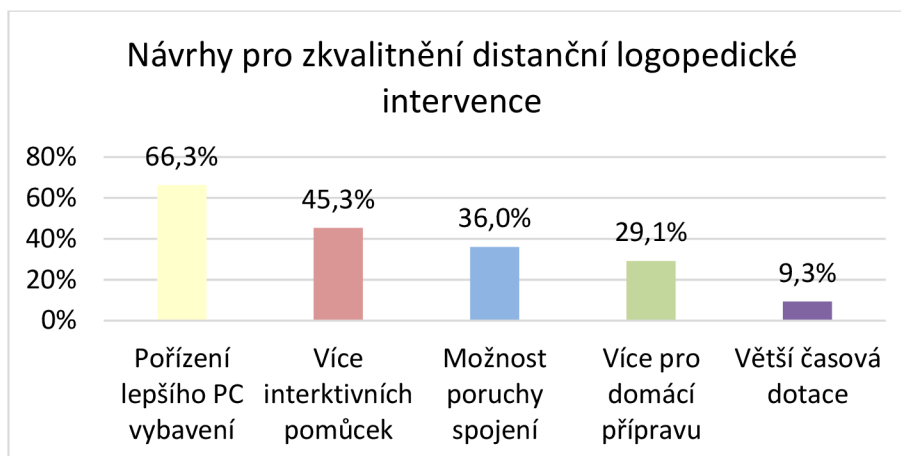
Zápory distanční formy logopedické intervence shledalo 52 (61,6 %) rodičů v absenci možného zásahu klinického logopeda, 35 (40,7 %) v absenci použití didaktického materiálu, který běžně využívali v logopedické ambulanci. 27 (31,4 %) uvedlo jako problém nesoustředěnost svého dítěte při videokonzultaci a u 19 (22,1 %) respondentů byl problém s nedostatkem časové rezervy při poruše připojení při videokonzultaci. Výsledky odpovědí se zápory distanční formy logopedické intervence z pohledu rodiče jsou zaznamenány v tabulce a grafu č. 33.

6.6.5 Návrhy pro zkvalitnění distanční logopedické intervence, n = 86

Návrhy pro zkvalitnění	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Pořízení lepšího PC vybavení	57	66,3
Více interaktivních didaktických pomůcek	39	45,3
Počítat s možnou poruchou spojení	31	36
Více podpory pro domácí přípravu	25	29,1
Větší časová dotace setkání	8	9,3

Tabulka č. 34: Návrhy pro zkvalitnění distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní



Graf č. 34: Návrhy pro zkvalitnění distanční logopedické intervence

Zdroj: vlastní

V tabulce č. 34 a grafu č. 34 jsou zaznamenány návrhy rodičů pro zkvalitnění distanční logopedické intervence. V této otevřené otázce vypisovali respondenti nejčastěji dva podněty. V 57 (66,3 %) případech se jednalo o podnět na PC vybavení klinického logopeda, kdy klienti navrhovali, aby bylo k videokonzultaci využíváno kvalitní webové kamery a mikrofonu. 39 (45,3 %) dotázaných by uvítalo více interaktivních didaktických pomůcek v průběhu videokonzultace pro své dítě. S poruchou spojení se setkala 31 (36 %) rodičů, a proto navrhují, aby si klinický logoped dělal mezi konzultacemi větší časové rezervy. Množství materiálu pro domácí přípravu se zdálo malé u 25 (29,1 %) rodičům a 8 případech bylo navrhováno prodloužení času videokonzultace.

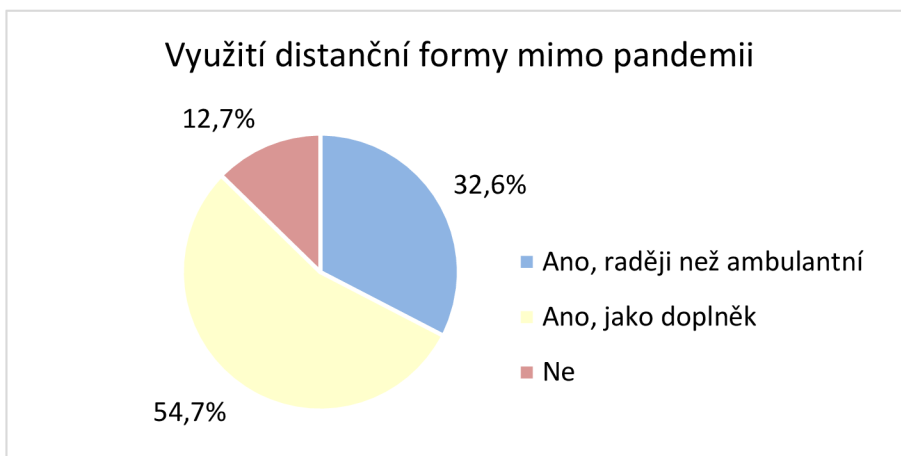
6.7 Distanční logopedická intervence v běžné době

6.7.1 Využití distanční logopedické intervence v běžné době, n = 86

Využití distanční formy mimo pandemii	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Ano, raději než ambulantní	28	32,6
Ano, jako doplněk	47	54,7
Ne	11	12,7

Tabulka č. 35: Využití distanční logopedické intervence v běžné době

Zdroj: vlastní



Graf č. 35: Využití distanční logopedické intervence v běžné době

Zdroj: vlastní

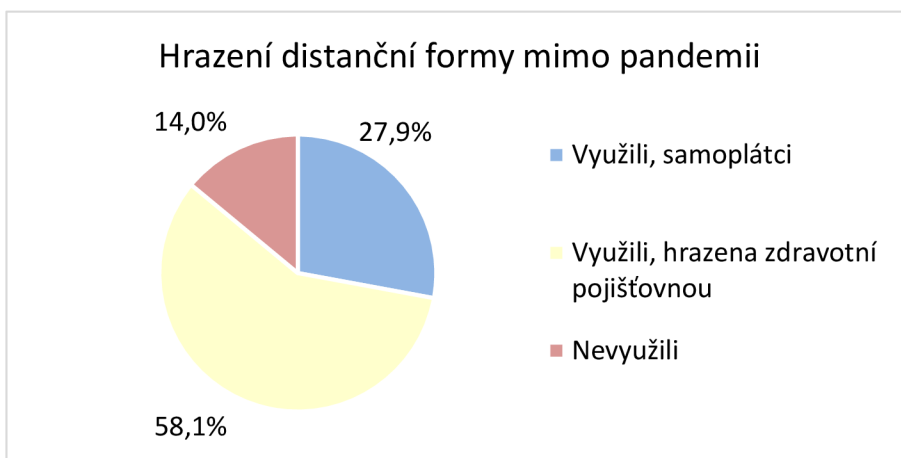
Tabulka č. 35 a graf č. 35 zaznamenávají odpověď na otázku, zda by rodiče využili distanční formu logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace využívali nebo dokonce využívají i v době mimo pandemii Covid-19. 28 (32,6 %) respondentů by ji využívalo raději než osobní setkání v ambulanci, 47 (54,7 %) by ji využilo jako doplněk osobních návštěv u klinického logopeda. 11 (12,7 %) dotázaných by distanční formy nevyužilo vůbec.

6.7.2 Hrazení distanční logopedické intervence v běžné době, n = 86

Hrazení distanční formy mimo pandemii	Počet odpovědí	Vyjádření v %
Využívali, samoplátci	24	27,9
Využívali, hrazena zdravotní pojišťovnou	50	58,1
Nevyužívali	12	14

Tabulka č. 36: Hrazení distanční logopedické intervence v běžné době

Zdroj: vlastní



Graf č. 36: Hrazení distanční logopedické intervence v běžné době

Zdroj: vlastní

Jak je patrné z tabulky č. 36 a grafu č. 36 využívalo by 50 (58,1 %) dotázaných distanční logopedickou i po skončení pandemie Covid-19 za předpokladu, že by byla hrazena zdravotní pojišťovnou. 24 (27,9 %) by tuto formu využívalo i jako samoplátci. Naopak 12 (14 %) by distanční logopedickou intervenci již nevyužívali.

7 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Charakteristika komunikačního partnera

Oslovená klinická logopedka působí ve svém oboru od roku 1995 doposud. Během těchto let pracovala jako logoped ve školství (v mateřské a základní škole speciální) i jako klinický logoped v nemocnici. Nyní je přes deset let součástí společnosti provozující klinické ambulance v kraji. Ambulance, v níž odbornice působí, je nestátní zdravotnické zařízení a poskytovaná péče je hrazena zdravotními pojišťovnami. Zmíněná ambulance se zaměřuje na dětskou klientelu s jakoukoliv narušenou komunikační schopností.

7.2 Vlastní šetření

Paní logopedka začala distanční formu logopedické intervence nabízet ke konci roku 2020 na základě doporučení jejího zaměstnavatele. Sama logopedka o této variantě začala uvažovat již od podzimu téhož roku, neboť se její klienti začali ze setkání v logopedické ambulanci omlouvat nebo se na vyšetření bez omluvy nedostavovali. Z jejich průměrných 12 návštěv denně se tento počet snížil na pouhé 4. Jak sama odbornice uvádí, logopedická intervence by měla být u dětí prováděna co nejintenzivněji, aby došlo k nápravě či zmírnění narušené komunikační schopnosti. Pokud by tedy děti logopedickou ambulanci nenavštěvovaly dlouhodobě, mohlo by u nich dojít k regresi. Snažila se proto již tou dobou zasílat jejich rodičům prostřednictvím email možnou podporu pro domácí práci v podobě pracovních listů, okopírováním vhodných stránek z knih, návrhy pro pořízení didaktických pomůcek atd. Zpětná vazba se jí však od rodičů ve většině případech nedostavila.

Realizace osobních setkání v logopedické ambulanci se také neobešla v druhé polovině roku 2020 bez potřebných opatření. Při terapiích bylo nutné využívat respirátory či štíty a ochranné stěny, což logopedka hodnotí za „otravné“ a v povaze logopedické péče za zcela znemožňující vykonávat kvalitní logopedickou intervenci. Pacienta do ambulance mohla také v té době doprovázet pouze jedna osoba, což bylo například pro matky mající více dětí problém, neboť musely sourozenci zařídit hlídání. V ambulanci oslovené klinické logopedky bylo do oné doby také zvykem, že pokud to bylo možné, doprovázeli dítě do ambulance oba rodiče, aby byli oba správně edukováni pro práci

s dítětem v domácím prostředí, což bylo vládním nařízením také znemožněno. Klinická logopedka také měla za úkol po každé návštěvě pacienta dezinfikovat pracovní plochu, židle a pomůcky, které používal, což v případě dětských pacientů a ambulance plné pomůcek a hraček nebyl dle logopedky lehký úkol.

Nabízení distanční formy logopedické intervence prováděla logopedka prostřednictvím emailové korespondence nebo o této možnosti rodiče informovala v telefonátech, kdy jí rodiče volali, aby se omluvili. „V té chvíli bylo přesně vidět, jaký rodič chce s dítětem pracovat, ale nedovolila mu to vzniklá situace a naopak rodiče, kterým byla logopedická terapie jejich dítěte lhostejná,“ popisuje situaci logopedka. Z oslovených cca 30 rodičů dětských klientů předškolního věku s narušením komunikační schopnosti souhlasila s realizací distanční formy logopedické intervence přibližně polovina dotázaných. Klinická logopedka oslovila všechny rodiče bez ohledu na typu narušení komunikační schopnosti, neboť doufala, že pokud dítě nebude spolupracovat (např. z důvodu ADHD), bude mít odbornice možnost alespoň promluvit s jeho rodiči a domluvit se na dalším postupu či domácí přípravě.

Jak sama klinická logopedka s úsměvem udává „ušila si na sebe bič“, neboť po přijetí odezvy od rodičů ji čekalo rozhodnout, jak a prostřednictvím jakého komunikačního kanálu videokonzultace realizovat. „Nejsem již nejmladší a s technikou moc neumím,“ prozradila o sobě logopedka. O pomoc tedy požádala své mladší kolegyně ze společnosti provozující logopedické ambulance, které jí se vším rády pomohly. Videokonzultace začala realizovat prostřednictvím komunikačního kanálu Zoom, jelikož nebylo potřeba, aby byl tento kanál instalován v počítači klienta. Ten se tak mohl pohodlně připojit jen po rozkliknutí pozvánky v emailu od klinické logopedky. Časovou dotaci setkání prostřednictvím videokonzultace prodloužila od osobního setkání o 10 minut, tedy ze 40 minut na 50 minut, a pro případný vznik potíží si mezi jednotlivými videokonzultacemi nechávala časovou rezervu 15 minut. Společnost logopedce také poskytla finanční obnos pro pořízení hardwarového vybavení potřebného k realizaci videokonzultace, z něhož odbornice zakoupila kvalitní webovou kameru, mikrofon a reproduktory.

První videokonzultace byly dle slov logopedky „pokus omyl“, neboť se učila, jak dítě zaujmout prostřednictvím obrazovky, aby s ní dětský klient pracoval. „Čekala jsem, že se mnou děti nebudou chtít spolupracovat, že je nebude bavit sedět u obrazovky, ale bylo

to právě naopak. Většina dětí je na moderní technologie zvyklá a umí s nimi pracovat. Naopak ode mě čekaly větší akci.“ Logopedka proto oslovila opět mladší kolegyně a začala vytvářet a vyhledávat pro děti počítačové edukační prezentace, hry a programy, jež děti ocenily. Čas videokonzultace si klinická logopedka rozvrhla tak, že v úvodu nechala mluvit děti. Ty měly možnost vyjádřit se. Stejný úkol mívaly děti i v logopedické ambulanci, ve srovnání si ale lépe vedly právě při videokonzultaci, neboť bylo vidět, že v domácím prostředí se nestydí a podnětů k tématu svého vyjádření mají doma více (př. oblíbená hračka, domácí mazlíček, fotografie rodiny atd.). Následovala samotná práce s dítětem, kdy dítě za asistence rodiče předvedlo již známé doporučené cvičení pro doma. Klinická logopedka poté s dítětem intenzivně pracovala na jeho posunu a další možné nápravě za pomoci již změněných programů, her atd. Poté u obrazovky zůstal pouze rodič nebo oba rodiče a s klinickou logopedkou společně rozebrali, jak jim vyhovovala domácí příprava, jak ji hodnotí, jaké mají pocity z videokonzultace, jaký bude další postup terapie jejich dítěte, jaké obdrží materiály pro další domácí přípravu a možnosti pořízení didaktických pomůcek. Dále se logopedka s rodiči domluvila, zda chtějí v distanční formě pokračovat a kdy se příště setkají.

Klinická logopedka realizovala videokonzultace více jak půl roku. V průběhu se rodiče přestávali obávat možné nákazy a vládní opatření začala polevovat. Postupně se tedy logopedická intervence začala „z digitálního světa“ vracet k osobním setkáním. Oslovená logopedka je za možnost realizace distanční formy prostřednictvím videokonzultace ráda, neboť si myslí, že nečinnost v době pandemie by na děti s narušenou komunikační schopností mohla mít fatální důsledky. Zároveň však přiznává, že logopedická péče v ambulanci je pro dítě daleko přínosnější a je rozhodně kvalitnější. Výstižný pro tuto situaci je dle logopedky výrok: „Lepší něco než nic.“

Po skončení pandemie využila logopedka k realizaci terapie ještě v jednom případě videokonzultaci, a to u dětské pacientky, která onemocněla akutní leukémií a byla dlouhodobě hospitalizována ve FN Motol v Praze. Poté co se dívka dostala do stabilizovaného stavu, přáli si rodiče s logopedickou společností nadále spolupracovat, avšak vzhledem ke zdravotnímu stavu jejich dcery nebyla osobní setkání možná. Začali proto využívat videokonzultace.

8 SHRNUÍ A DISKUZE

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce bylo analyzovat distanční formu logopedické intervence u dětí předškolního věku v době pandemie covid-19, rozkrýt problémy a případná pozitiva, které se během jejího užívání objevily.

VO1: Jak distanční logopedická intervence probíhala?

Distanční forma logopedické intervence probíhala dle dotazníků od srpna roku 2020 až do doby distribuce dotazníků, tedy do ledna roku 2023. Nejčtenější využití této formy intervence bylo zaznamenáno v první polovině roku 2021. Výsledky s údaji o nabídnutí distanční logopedické intervence klinickým logopedem, a naopak vyžádání si ji samotným klientem, se liší pouze o 7 %, kdy převyšovala první z výše uvedených možností. Mezi nejčtenější důvody, proč klienti volili distanční formu před prezenční, byl strach z možné nákazy Covid-19 a nařízená izolace z důvodu nákazy Covid-19. Klinická logopedka v rozhovoru taktéž uvedla, že tuto formu logopedické intervence začala sama svým klientům nabízet na přelomu roku 2020 a 2021 z důvodu častého odhlašování z návštěv v ambulanci či nedostavění se k nim.

Se zavedením distanční logopedické intervence bylo nutné tento výkon proplácet zdravotními pojišťovnami, kdy tak bylo učiněno ve třech čtvrtinách případů.

Distanční forma intervence byla rodinami dítěte s narušenou komunikační schopností prováděna nejčteněji prostřednictvím tabletu či iPadu. Nejvíce zastoupeným komunikačním kanálem využívaným k videokonzultacím pak byla aplikace Zoom. Komunikace s klinickým logopedem mimo konzultace nejčteněji probíhala prostřednictvím emailové korespondence či telefonních hovorů. Klienti ji v 45,3 % hodnotí jako vyhovující. Dotázaná klinická logopedka přiznává, že spustit distanční formu prostřednictvím videokonzultace a naučit se s ní bylo vzhledem k jejímu věku a malým zkušenostem s technikou těžší. Sama využila k videokonzultaci aplikaci Zoom a pro zkvalitnění přenosu obrazu a zvuku zakoupila externí webkameru a mikrofon. Z toho lze soudit, že jí opravdu záleželo na kvalitě videokonzultací.

Paní logopedka uvedla, že pokud s dítětem není dostatečně či vůbec v oblasti nápravy řeči pracováno, může dojít k regresí. Rodičům proto prostřednictvím emailu zasílala pracovní listy, okopírované strany knih, či jim navrhovala, jaké didaktické pomůcky pro

své dítě zakoupit domů. Zpětná vazba se jí však od rodičů ve většině případech nedostavila. V dotaznících však uvedlo 66 z 86 dotázaných, že domácí podporu od svého logopeda dostali. 28 rodičů ji považuje za vyhovující a 32 za spíše vyhovující. Rodiče nejčastěji dostávali zasílané pracovní listy, návrhy na knihy a E-knihy či videa.

VO2: Jak se lišila u prezenční a distanční logopedické intervence soustředěnost dětí, četnost a časová dotace setkání a domácí přípravy?

Necelá polovina respondentů využívala před pandemií Covid-19 logopedickou intervenci v ambulanci vždy 1x měsíčně a nejčastěji trvala 45 minut. Stejný interval setkání, tedy každý měsíc, byl v dotaznících vybírán i v případě distanční logopedické intervence. Průměrná doba videokonzultace činila 30 minut. Klinická logopedka při rozhovoru uvedla, že čas setkání prodloužila o 10 minut, tedy ze 40 na 50 minut. Učinila tak z důvodu možných komplikací s připojením k videokonzultaci. Čas strávený s klienty při videokonzultaci si odbornice rozvrhla tak, aby dítě nemuselo být přítomné po celou dobu

Dotázaní rodiče s dětmi prováděli doma logopedickou přípravu před pandemií Covid-19 nejčastěji jedenkrát za týden. V době pandemie se časový interval mezi domácími přípravami zkrátil a děti tak s rodiči procvičovaly nejčastěji obden.

Soustředěnost dítěte při videokonzultacích byla nejčastěji z pohledu rodiče vyhodnocena jako shodná se soustředěností při osobní návštěvě. Dokonce 24 z 86 dětí se dle svých rodičů soustředilo více. Důvodem byl dle nejvíce uvedených odpovědí interaktivní materiál či samotné využití moderní technologie. Naopak rodiče zaznamenali ve 42 případech, že dítě při delším sezení u obrazovky ztrácelo pozornost a nezáměr o aktivity a spolupráci s klinickou logopedkou. Dotázaná klinická logopedka se obávala, že s ní dětští klienti nebudou chtít prostřednictvím videokonzultace spolupracovat, ale bylo tomu naopak. Většina dětí s moderními technologiemi umí zacházet, a proto nezaznamenala naplnění svých obav. Dětem byly odborníci nabízeny edukační prezentace, programy a hry.

VO3: Jaká byla spokojenost logopedky a rodičů s distanční logopedickou intervencí?

Klinická logopedka označuje možnost realizace videokonzultace v době pandemie Covid-19 za prospěšnou a je za ni ráda, neboť děti s narušenou komunikační schopností

nezůstaly bez terapie. Z pohledu své dlouholeté praxe však přiznává, že logopedická péče v ambulanci je pro dítě daleko přínosnější a kvalitnější. Domnívám se, že je to z důvodu blízkého kontaktu s dítětem, popř. i možnosti doteku, např. při hmatové podpoře u vyvozování hlásek. Přes 48 % dotázaných rodičů hodnotí distanční logopedickou intervenci jako spíše vyhovující. Jako klady rodiče uvedli nejčastěji pro dítě známé prostředí, lepší dostupnost či časově méně náročnější setkání s odborníkem. Také logopedka uvedla známé domácí prostředí jako klad. Mezi nejčastějšími záporami se pak v dotaznících objevovala absence možného zásahu. Ke zkvalitnění distanční logopedické intervenci by dle dotázaných přispělo pořízení lepšího PC vybavení či více interaktivních didaktických pomůcek.

Pro využití distanční logopedické intervenci i v době mimo pandemii Covid-19 by bylo 75 dotázaných rodičů, z toho 47 by tuto formu využilo jako doplněk a 28 by videokonzultace dokonce využívalo raději než návštěvu logopedické ambulance. Pokud se jedná o proplácení videokonzultací v době mimo pandemii využívalo by ji 24 rodin jako samoplátci a 50 klientů jen v případě že by byla i nadále hrazena zdravotní pojišťovnou dítěte.

Hlavní cíl, analyzovat distanční formu logopedické intervence u dětí předškolního věku v době pandemie Covid-19, byl naplněn. Získané odpovědi rodičů dítěte s narušenou komunikační schopností se téměř shodují s výpovědí klinické logopedky v kvalitativní části výzkumné části bakalářské práce. Je možné proto říci, že oběma stranám vyhovovala distanční logopedická intervence za pomoci videokonzultace. Dotázaní rodiče by v běžné necovidové době s distanční formou i přes uvedené záporů pokračovali. Ať už primárně či jako doplněk k prezenční formě. Oproti tomu by klinická logopedka raději volila prezenční setkání v logopedické ambulanci, které považuje za kvalitnější formu logopedické intervenci u dětí předškolního věku s narušenou komunikační schopností.

Tento její názor je odlišný od výsledků kanadského průzkumu mezi logopedy, zmíněného v teoretické části (s. 30). Většina dotázaných logopedů hodnotila systém telepractice pozitivně a v jeho aplikaci po skončení pandemie chce pokračovat (Macoir et al., 2021; Kollia, Tsiamtsiouris, 2021). Přestože dotázaná klinická logopedka hodnotí distanční

formu logopedické intervence taktéž pozitivně, o poskytování této formy po skončení pandemie Covid-19 neuvažuje, neboť považuje osobní setkání v ambulanci pro děti přínosnější. Tím se shoduje s názory oslovených českých klinických logopedů napříč rezorty v publikaci Poskytování telepractice logopedie (Hrudková, Hanáková, Šimůnková, 2020). V praktické části publikace je totiž vyvrácena hypotéza, že se telepractice vyrovná poskytování přímé logopedické práci. Více než polovina dotázaných tuto hypotézu vyvrátila stejně tak jako mnou oslovená logopedka. Je ale samozřejmě pravděpodobné, že názory dalších klinických logopedů na tuto otázku mohou být různé a mohou se lišit.

Jisté je, že doba pandemie zviditelnila potenciál poskytování logopedických služeb na dálku a v době omezení setkávání lidí se telepractice jeví jako ideální řešení. K tomuto výsledku dospěl i výzkum mezi logopedickými pracovníky v Hongkongu (Fong, Tsai a Yui, 2020).

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce je distanční forma logopedické intervence u předškolních dětí v době pandemie Covid-19. V této době nebyla často logopedická setkání v ambulanci odborníka možná a bylo nutné nějak zajistit logopedickou péči. Bakalářská práce se proto zaměřuje na zkušenosti, které získali rodiče dětí předškolního věku s narušenou komunikační schopností a klinická logopedka během distanční logopedické intervence.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část bakalářské práce je tvořena na základě studia odborné literatury a je dělena na kapitoly a podkapitoly. Na počátku práce je popsána řeč a komunikace jako specifická lidská vlastnost a vývoj řeči dítěte, pojednání o oboru logopedie a o narušené komunikační schopnosti včetně vybraných diagnóz, se kterými se nejčastěji setkáváme u dětí předškolního věku. Dále se pojednává o logopedické intervenci a o její distanční formě. Nedílnou součástí teoretické části práce je i vysvětlení pojmů telemedicína a telepractice. Z důvodu velmi omezeného množství literatury zabývající se tímto tématem, bylo nutné využít převážně dostupné zahraniční zdroje. V závěru teorie je nastíněno období pandemie Covid-19.

Empirická část je založena na smíšené metodě, neboť byla využita kvantitativní i kvalitativní metoda. Do kvantitativního výzkumného šetření bylo zapojeno 86 respondentů, kteří měli k dispozici anonymní online dotazník skládající se z 38 otázek. Kvalitativní metoda pak byla provedena za pomoci videorozhovoru s klinickou logopedkou.

Na počátku deskripce výzkumného problému byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Tyto otázky byly ověřeny na základě dotazníkového šetření a byly doplněny i poznatky z pohledu odborníka, dotázané klinické logopedky. Dle analýzy získaných výsledků obou metod šetření lze říci, že oběma stranám distanční logopedická intervence za pomoci videokonzultace v době pandemie Covid-19 vyhovovala, neboť kromě absence jiných možností uvedly i pozitiva. Těmi bylo např. ke komunikaci motivující domácí prostředí, lepší dostupnost ke službám logopedické intervence nebo časová nenáročnost setkání s klinickým logopedem.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literární zdroje

1. DOHERTY-SNEDDON, Gwyneth. *Neverbální komunikace dětí: jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky*. Praha: Portál, 2005. ISBN isbn80-7367-043-7.
2. DUBÉ, Maude. *Recueil d'activités de stimulation du langage pour les enfants de 0 à 5 ans*. Gatineau: Educatout, 2009.
3. DURDILOVÁ, Lucie. *Telepractice terapie a její využití v logopedické praxi*. Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky. 2014, roč. 24, č.2, 125-132. ISSN 1211-2720.
4. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.
5. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3853-6.
6. BERANOVÁ, Zuzana. *Učíme se správně mluvit – logopedické hry a hrátky*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0257-6.
7. BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3008-0.
8. HRUDKOVÁ, Tereza, HANÁKOVÁ, Adéla a Kristina ŠIMŮNKOVÁ. *Poskytování telepractice v logopedii*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2021. ISBN 978-80-244-6057-4.
9. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči – návody pro praxi*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3941-0.
10. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
11. KLENKOVÁ, Jiřina a Helena KOLBÁBKOVÁ. *Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte*. MC nakladatelství, 2003. ISBN 80-239-0082-X
12. KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie*. Brno: Paido, 2012. ISBN 987-80-7315-229-1.
13. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-115-0.

14. KUTÁLKOVÁ, Dana. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3687-7.
15. KURLAND, Jacquie, LIU Anna a Polly STOKES. *Effects of a Tablet-Based Home Practice Program With Telepractice on Treatment Outcomes in Chronic Aphasia*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2018, roč. 61, č. 5, 1140–1156. ISSN 1092-4388.
16. LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
17. LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
18. LECHTA, Viktor, & kol. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
19. LECHTA, Viktor. *Koktavost*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-867-8.
20. LECHTA, Viktor. *Koktavost: integratívny prístup*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
21. LIPNICKÁ, Milena. *Logopedická prevence v mateřské škole*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0381-0.
22. MACOIR, Joel, DESMARAIS, Chantal, MARTEL-SAUVAGEAU, Vincent a Laura MONETTA. 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, roč. 56, č. 5, 1086–1096. ISSN 1460-6984.
23. MIKULAJOVÁ, Marína a Iris RAFAJDUSOVÁ. *Vývinová dysfázia: špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: M. Mikulajová, I. Rafajdusová, 1993. ISBN 80-900445-0-6.
24. MICHALÍK, Jan, & kol. *Podpůrná opatření ve vzdělání*. Praha: Člověk v tísni, o.p.s, 2015. ISBN: 978-80-87456-57-6.
25. NEUBAUER, Karel, & kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
26. NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.

27. OHNESORG, Karel. *Naše dítě se učí mluvit*. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-25233-8.
28. PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
29. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
30. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
31. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
32. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
33. SOVÁK, Miloš. *Uvedení do logopedie: vysokoškolská učebnice pro posluchače pedagogických fakult*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
34. SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. ISBN 14-434-84.
35. STŘEDA, Leoš a Karel HÁNA. *EHealth a telemedicína: učebnice pro vysoké školy*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5764-3.
36. ŠVARŤÍČEK, R, ŠEĎOVÁ, K a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
37. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
38. VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
39. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
40. VRBOVÁ, Renáta. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu narušené komunikační schopnosti: dílčí část*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5712-3.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012. ISBN 978-92-4-15-6414-4.

42. ZATLOUKALOVÁ, Markéta. *Současné možnosti telerehabilitace u pacientů s afázií.*
Listy klinické logopedie. 2019, roč. 3, č. 2, 8-12. ISSN 2570-6179.

Internetové zdroje

1. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. TRENDWATCH. *The Promise* [online]. 2015 [cit. 2022-04-09] Dostupné z: <https://www.aha.org/system/files/research/reports/tw/15jan-tw-telehealth.pdf>
2. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *Telepractice* [online]. [cit. 20.11.2022]. Dostupné z: <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/>
3. 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. 2022-10-30]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=aktuality&aid=1759>
4. ČPZP. *Nový výkon 09557 - Telemedicína – videokonzultace vzdáleným přístupem* [online]. 2020, [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/5724-0-Novy-vykon-09557-Telemedicina-videokonzultace-vzdalenym-pristupem.html>
5. DEL RIO, Carlos a Preeti N. MALANI. *Novel coronavirus-important information for clinicians.* [online]. [cit. 2022-12-09]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2760782>
6. FONG, Raymond, TSAI, Chung Fung a Oi Yan YIU. The Implementation of Telepractice in Speech Language Pathology in Hong Kong During the COVID-19 Pandemic. *Telemedicine and e-Health* [online]. 2020 [cit. 2022-10-9]. PMID 32667859. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32667859/>
7. GREAT SPEECH. *About Online Speech Therapy* [online]. 2020 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://greatspeech.com/about-us/>
8. GROGAN-JOHNSON, Sue, GABEL, Rodney M., TAYLOR, Jacquelyn, ROWAN, Lynne E., ALVARES, Robin a Jason SCHENKER. *A Pilot Investigation of 90 Speech Sound Disorder Intervention Delivered by Telehealth to School-Age Children. International Journal of Telerehabilitation.* [online]. 2011 [cit. 2022-10-09]. PMID 25945180. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296798/>
9. KOLLIA Betty a Jim TSIAMTSIOURIS. *Influence of the COVID-19 pandemic on telepractice in speech-language pathology.* *Telemedicine and e-Health* [online].

- 2021 [cit. 2022-10-9]. PMID 33843493. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33843493/>
10. METODICKÉ DOPORUČENÍ Č.J. 14712/2009-61 K ZABEZPEČENÍ LOGOPEDICKÉ PÉČE VE ŠKOLSTVÍ. 2009 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.vzdelavacisluzby.cz/dokumenty/legislativa/placena-sekce/msmt/informace-doporuceni/14712-2009-61.pdf>
11. MASHIMA, Pauline A. a Charles R. DOARN. Overview of telehealth activities in speech-language pathology [online]. 2008 [cit. 2022-04-09]. PMID 19119834. Dostupné z: file:///C:/Users/Admin/Downloads/Overview_of_Telehealth_Activities_in_Speech-Langua.pdf
12. MICHALÍK, Jan, BASLEROVÁ, Pavlína, FELCMANOVÁ, Lenka & kol. *Katalog podpůrných opatření: Pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění.* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, 2015 [cit. 2022-12-09]. Dostupné z: <http://inkluzi.upol.cz/ebooks/katalog-vseobecny/katalog-vseobecny.pdf>
13. SMITH, Anthony C., BENSINK, Mark, ARMFIELD, Nigel R. a Liam CAFFERY. Telemedicine and Rural Health Care Applications. *J Postgrad Med* [online]. 2005, roč. 51, 286-293 [cit. 2022-04-09]. PMID 16388171. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/26414878_Telemedicine_and_rural_health_care_applications
14. SOYARS, Leah a kol. *Tomorrow's service delivery model: Telepractice and you* [online]. 2009, [cit. 2022-09-20]. Dostupné z: https://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/2200_O_Rourke_Colleen/
15. STREHLE, Emanule. *One hundred years of telemedicine: does this new technology have a place in paediatrics?.* [online]. 2006 [cit. 2022-10-09]. PMID 17119071. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082971/>
16. SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČESKÉ REPUBLIKY. *Výkony distanční terapie* [online]. SZP ČR, 2020 [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: <https://szpcr.cz/aktuality/vykony-distancni-komunikace/>

17. SVOBODOVÁ, Lucie. *Telemedicínské služby* [online]. 2013 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: <http://www.niz.sk/telemedicinske-sluzby/>
18. THERAPLATFORM. *Teletherapy Checklist for Therapists* [online]. 2019 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.theraplatform.com/blog/332/teletherapy-checklist-for-therapists>
19. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Využití logopedických pomůcek a přístrojů u jedinců s narušenou komunikační schopností k rozvoji jejich komunikace* [online]. [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <http://kurzy-spp.upol.cz/CD/4/3-05.pdf>
20. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Vládní opatření*. Praha [online]. 2022 [cit. 2022-12-09]. Dostupné z <https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/>
21. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Jak vykazovat distanční kontakt s pacientem?* [online]. 2020 [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/nejcasteji-resite/otazka/jak-vykazovat-distancni-kontakt-s-pacientem>
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning* [online]. 1999 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66155/WHO_CDS_CSR_EDC_99.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Informace ZPko MV ČR, REALIZACE „KOMPENZAČNÍ VYHLÁŠKY“* [online]. 2020 [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: 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
24. ZHOU, Fei, YU, Ting, DU, Ronghui, FAN, Guohui, LIU, Ying, LIU, Zhibo, XIANG, Jie, WANG, Yemig, SONG, Bin, GU, Xiaoying, GUAN, Lulu, WEI, Yuan, LI, Hui, WU, Xudong, XU, Jiuyang, TU, Shengjin, ZHANG, Yi, CHEN, Hua a Bin CAO. *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study* [online]. 2020 [cit. 2022-12-09]. PMID 32171076. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171076/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Bydliště dítěte

Tabulka č. 2: Pohlaví dítěte

Tabulka č. 3: Věk dítěte

Tabulka č. 4: Zdravotní pojišťovna dítěte

Tabulka č. 5: Proplácení distanční logopedické intervence zdravotní pojišťovnou dítěte

Tabulka č. 6: Typ narušené komunikační schopnosti

Tabulka č. 7: Nabídnutí distanční logopedické intervence

Tabulka č. 8: Možnosti logopedické intervence při nabídnutí klinickým logopedem

Tabulka č. 9: Informovanost rodičů při zažádání o distanční formu

Tabulka č. 10: Důvod využití distanční logopedické intervence

Tabulka č. 11: Časový interval prezenční logopedické intervence před pandemií

Tabulka č. 12: Časová dotace osobního setkání

Tabulka č. 13: Časový interval distanční logopedické intervence

Tabulka č. 14: Časová dotace videokonzultací

Tabulka č. 15: Počet setkání logopedické intervence distanční formou

Tabulka č. 16: Distanční logopedická intervence probíhala od/do

Tabulka č. 17: Využívané moderní technologie k distanční logopedické intervenci

Tabulka č. 18: Dítětem využívané moderní technologie mimo videokonzultace

Tabulka č. 19: Využívané komunikační kanály k distanční logopedické intervenci

Tabulka č. 20: Komunikace s klinickým logopedem mimo videokonzultace

Tabulka č. 21: Hodnocení komunikace s klinickým logopedem

Tabulka č. 22: Soustředěnost dítěte při videokonzultacích

Tabulka č. 23: Co dítě při videokonzultacích bavilo

Tabulka č. 24: Co dítě při videokonzultacích nebavilo

Tabulka č. 25: Nabídnutá podpora

Tabulka č. 26: Využití podpory

Tabulka č. 27: Hodnocení této podpory

Tabulka č. 28: Domácí logopedická příprava před pandemií Covid-19

Tabulka č. 29: Domácí logopedická příprava v době pandemie Covid-19

Tabulka č. 30: Hodnocení logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace

Tabulka č. 31: Vyhovování videokonzultace dítěti

Tabulka č. 32: Klady distanční formy logopedické intervence

Tabulka č. 33: Zápory distanční formy logopedické intervence

Tabulka č. 34: Návrhy pro zkvalitnění distanční logopedické intervence

Tabulka č. 35: Využití distanční logopedické intervence v běžné době

Tabulka č. 36: Hrazení distanční logopedické intervence v běžné době

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Bydliště dítěte

Graf č. 2: Pohlaví dítěte

Graf č. 3: Věk dítěte

Graf č. 4: Zdravotní pojišťovna dítěte

Graf č. 5: Proplácení distanční logopedické intervence zdravotní pojišťovnou dítěte

Graf č. 6: Typ narušené komunikační schopnosti

Graf č. 7: Nabídnutí distanční logopedické intervence

Graf č. 8: Možnosti logopedické intervence při nabídnutí klinickým logopedem

Graf č. 9: Informovanost rodičů při zažádání o distanční formu logopedické intervence

Graf č. 10: Důvod využití distanční logopedické intervence

Graf č. 11: Časový interval prezenční logopedické intervence před pandemií

Graf č. 12: Časová dotace osobního setkání

Graf č. 13: Časový interval distanční logopedické intervence

Graf č. 14: Časová dotace videokonzultací

Graf č. 15: Počet setkání logopedické intervence distanční formou

Graf č. 16: Distanční logopedická intervence probíhala od/do

Graf č. 17: Využívané moderní technologie k distanční logopedické intervenci

Graf č. 18: Dítětem využívané moderní technologie mimo videokonzultace

Graf č. 19: Využívané komunikační kanály k distanční logopedické intervenci

Graf č. 20: Komunikace s klinickým logopedem mimo videokonzultace

Graf č. 21: Hodnocení komunikace s klinickým logopedem

Graf č. 22: Soustředěnost dítěte při videokonzultacích

Graf č. 23: Co dítě při videokonzultacích bavilo

Graf č. 24: Co dítě při videokonzultacích nebavilo

Graf č. 25: Nabídnutá podpora

Graf č. 26: Využití podpory

Graf č. 27: Hodnocení této podpory

Graf č. 28: Domácí logopedická příprava před pandemií Covid-19

Graf č. 29: Domácí logopedická příprava v době pandemie Covid-19

Graf č. 30: Hodnocení logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace

Graf č. 31: Vyhovování videokonzultace dítěti

Graf č. 32: Klady distanční formy logopedické intervence

Graf č. 33: Zápory distanční formy logopedické intervence

Graf č. 34: Návrhy pro zkvalitnění distanční logopedické intervence

Graf č. 35: Využití distanční logopedické intervence v běžné době

Graf č. 36: Hrazení distanční logopedické intervence v běžné době

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Otázky pro rozhovor s klinickým logopedem

Vážení rodiče,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění online dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Distanční logopedická intervence u předškolních dětí v době pandemie covid-19“, kterou píši v rámci svého studia oboru Speciální pedagogika předškolního věku – učitelství pro mateřské školy na pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Vaše účast ve výzkumu je anonymní a čistě dobrovolná.

1.) Místo trvalého bydliště: _____

2.) Pohlaví dítěte:

- dívka
- chlapec

3.) Aktuální věk dítěte (roky a měsíce): _____

4.) Diagnóza dítěte:

- vývojová dysfázie
- opožděný vývoj řeči
- vývojová dyslálie (nesprávná výslovnost)
- jiné (otevřená otázka)

5.) Distanční logopedická intervence probíhala od-do: _____

6.) Počet setkání logopedické intervence distanční formou bylo:

- 1
- 2
- 3
- jiné: _____

7.) Četnost distanční logopedické intervence:

- 1x za dva týdny
- 1x měsíčně
- 1x za šest týdnů
- jinak: _____

8.) Četnost prezenční formy logopedické intervence před pandemií:

- 1x za dva týdny
- 1x měsíčně
- 1x za šest týdnů
- jinak: _____

9.) Předškolní vzdělávání dítěte probíhalo v:

- běžné mateřské škole
- logopedické třídě běžné mateřské školy
- speciální mateřská škola
- jiné: _____

10.) V době pandemie covid-19 dítě zařízení předškolního vzdělávání:

- navštěvovalo
- nenavštěvovalo

Příloha č. 1: Dotazník

1 strana ze 4

Zdroj: vlastní

11.) K distanční logopedické intervenci jsme využívali tyto technologie:

- stolní počítač
- notebook
- tablet či iPad
- chytrý mobilní telefon
- smart televizor
- jiné: _____

12.) K distanční logopedické intervenci jsme využívali tyto komunikační kanály:

- Zoom
- Microsoft Teams
- Skype
- Google Meet
- Facebook Messenger
- WhatsApp
- jiné: _____

13.) Dítě v době využívání distanční logopedické intervence bylo hlášeno u zdravotní pojišťovny:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP)
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (ZP MV)
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- jiné: _____

14.) Logopedická intervence prostřednictvím videokonzultace na dálku mému dítěti:

- byla proplácena zdravotní pojišťovnou
- nebyla proplácena zdravotní pojišťovnou
- _____

15.) Videokonzultace na dálku v souvislosti s onemocněním covid-19:

- nám byla nabídnuta naším klinickým logopedem
- jsme si vyžádali sami

16.) Pokud Vám distanční logopedická intervence byla nabídnuta, jednalo se o jedinou možnost využití logopedické intervence v době pandemie covid-19:

- ano
- ne, další možností bylo: _____

17.) Pokud jste si o logopedickou intervenci zažádali sami, kde jste se o této možnosti dozvěděli:

- pediatra
- pedagoga v mateřské škole
- přátel/rodiny
- z médií
- jinde: _____

18.) Možnost distanční formy logopedické intervence jsme využili z důvodu:

- strachu z možné nákazy onemocněním covid-19
- nákazy onemocněním covid-19
- jediný způsob logopedické intervence
- jiný: _____

Příloha č. 1: Dotazník

2 strana ze 4

Zdroj: vlastní

19.) Jak Vám vyhovovala logopedická intervence prováděná prostřednictvím videokonzultace na dálku? (1hvězdička = nejhůře až 5 hvězdiček= nejlépe)

☆☆☆☆☆

20.) Jak vyhovovala z Vašeho pohledu logopedická intervence prostřednictvím videokonzultace na dálku Vašemu dítěti? (1hvězdička = nejhůře až 5 hvězdiček= nejlépe)

☆☆☆☆☆

21.) Jaké jsou dle Vás klady logopedické intervence realizované za pomoci videokonzultace (kromě umožnění logopedické péče, když není možné navštívit logopedickou ambulanci)?

22.) Jaké jsou dle Vás zápory logopedické intervence realizované za pomoci videokonzultace na dálku?

23.) S klinickým logopedem jsme mimo videokonzultace komunikovali (např. objednávání se, žádanky na další vyšetření, zaslání pokynů pro domácí terapii...) přes:

- email
- telefonní hovory
- SMS zprávy
- WhatsApp
- jinak: _____

24.) Tuto komunikaci s klinickým logopedem hodnotím: (1hvězdička = nejhůře až 5 hvězdiček= nejlépe)

☆☆☆☆☆

25.) Mimo videokonzultace s klinickým logopedem naše dítě běžně využívá tyto moderní technologie:

- žádné
- stolní počítač
- notebook
- tablet či iPad
- chytrý mobilní telefon
- smart televizor
- jiné: _____

26.) V době realizace logopedické intervence za pomoci videokonzultace na dálku nám byla nabídnuta naším klinickým logopedem podpora:

- Hláskování s Lipánkem
- Logoapka
- E-kniha či kniha
- webové stránky
- videa
- žádná

27.) Tato doplňující podpora distanční logopedické intervence námi:

- byla využita
- nebyla využita

28.) Námi využívanou doplňující podporu hodnotíme: (1hvězdička = nejhůře až 5 hvězdiček= nejlépe)

☆☆☆☆☆

Příloha č. 1: Dotazník

3 strana ze 4

Zdroj: vlastní

29.) Před pandemií covid-19 jsme prováděli domácí logopedickou přípravu:

- každý den
- obden
- jedenkrát za týden
- neprováděli
- jiné: _____

30.) V době pandemie covid-19 jsme prováděli domácí logopedickou přípravu:

- každý den
- obden
- jedenkrát za týden
- neprováděli
- jiné: _____

31.) Volili byste distanční formu logopedické intervence i v běžné době („necovidové“)?

- ano, raději než ambulantní
- ano, jako doplněk
- ne

32.) Logopedickou intervencí po skončení pandemie covid-19 bychom

- využívali/využíváme jako samoplátci
- využívali, pokud by byla hrazena pojišťovnou
- rozhodně nevyužívali

33.) Jaké jsou Vaše návrhy/doporučení pro zkvalitnění distanční logopedické péče?

34.) Vaše dítě se při videokonzultaci soustředilo:

- stejně jako při osobní návštěvě u klinického logopeda
- méně než při osobní návštěvě u klinického logopeda
- více než při osobní návštěvě u klinického logopeda

35.) Co Vaše dítě při videokonzultaci bavilo?

36.) Co Vaše dítě při videokonzultaci nebavilo?

37.) Jaká byla délka videokonzultace s klinickým logopedem při distanční logopedické intervenci?

- 15 minut
- 20 minut
- 30 minut
- 45 minut
- jinak: _____

38.) Jaká byla délka logopedické intervence při osobním setkání s klinickým logopedem?

- 15 minut
- 20 minut
- 30 minut
- 45 minut
- jinak: _____

Příloha č. 1: Dotazník

4 strana ze 4

Zdroj: vlastní

Otázky pro rozhovor s klinickým logopedem

- Začala jste s nabízením distanční logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace Vy nebo so ji vyžádali sami rodiče?
- Jaké bylo z vaší strany potřebné technické vybavení pro realizaci videokonzultace?
- Jaký komunikační kanál jste pro videokonzultace využívala? Měli rodiče na výběr?
- Je dle vašeho názoru nějaký dětský klient nevhodný pro distanční logopedickou intervenci?
- Jakou jste získávala zpětnou vazbu od rodičů?
- Využívala byste/využíváte distanční logopedickou intervenci i nyní?
- Zaslala jste rodinám materiály pro domácí přípravu? jaké? Zaznamenala jste větší zájem o tyto materiály?
- Došlo u dětí v době pandemie Covid-19 ke stagnaci nebo byl pokrok s pravděpodobností srovnatelný i při běžném setkání v ambulanci?
- Jak hodnotíte vyhovování videokonzultace dětskému klientovi?
- Měla jste časovou rezervu pro možné naskytnutí chyby připojení?
- Byl čas videokonzultace rovný s časem logopedické intervence v ambulanci?
- Z jakého důvodu jste se rozhodla pro využití logopedické intervence prostřednictvím videokonzultace?
- Naskytli se ve Vaší praxi rodiče, kteří tuto formu odmítli?

Příloha č. 2: Otázky pro rozhovor s klinickým logopedem

Zdroj: vlastní