

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2024

Pavčina Barešová

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

Logopedická intervence u osob s afázií

bakalářská práce

Autor: Pavlína Barešová

Studijní program: Speciální pedagogika

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Pavčina Barešová
Studium:	P21P0715
Studijní program:	B0111A190019 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika
Název bakalářské práce:	Logopedická intervence u osob s afázií
Název bakalářské práce AJ:	Speech therapy intervention of people with aphasia

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářské práce se bude věnovat problematice logopedické intervence u osob s afázií. V úvodních kapitolách bakalářské práce bude pozornost zaměřena na definiční vymezení afázie, její etiologii, symptomatologii, klasifikaci, diagnostiku a terapii. Dále budou popsány možnosti další podpory a realizace logopedické intervence u osob se získaným orgánovým postižením řeči a jazyka. Cílem prakticky orientované části bakalářské práce bude na konkrétních příkladech z praxe (kazuistiky) popsat průběh logopedické intervence u osob s afázií ve vybraném zdravotnickém zařízení a provést monitoring přístupu klinického logopeda k jednotlivým pacientům s dg. afázie dle jejich individuálních specifik.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

Zadávací pracoviště:	Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	15.12.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval(a) pod vedením vedoucí(ho) závěrečné práce samostatně a uvedl(a) jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne:

.....

Barešová Pavlína

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a podněty při zpracování bakalářské práce. Mé poděkování dále patří pracovišti klinické logopedie v Oblastní nemocnici Kolín za umožnění provést výzkumné šetření.

Anotace

BAREŠOVÁ, Pavlína. *Logopedická terapie u osob s afázií*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 58 s. Bakalářská závěrečná práce.

Bakalářská práce se věnuje problematice logopedické intervence u osob s afázií. V úvodních kapitole bakalářské práce se pozornost zaměřuje na definiční vymezení afázie, její etiologii, symptomatologii, klasifikaci. Dále jsou popsány dětská afázie, primární progresivní afázie a diagnostika. Druhá kapitola se věnuje logopedické intervenci, terapii afázie a rehabilitaci řeči. Poté se zabývá specifiky přístupu k cílové skupině a její prognózou. Cílem prakticky orientované části bakalářské práce je na konkrétních příkladech z praxe (kazuistiky) popsat průběh logopedické intervence u osob s afázií ve vybraném zdravotnickém zařízení a provést monitoring přístupu klinického logopeda k jednotlivým pacientům s diagnózou afázie dle jejich individuálních specifik.

Klíčová slova:

afázie, logopedická intervence, komunikace, narušená komunikační schopnost.

Annotation

BAREŠOVÁ, Pavlína. *Speech therapy intervention of people with aphasia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2024. 58 pp. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor degree thesis focus on the topic of speech therapy intervention of people with aphasia. The first chapter sets focus on definition, etiology, symptomatology, classification of aphasia. Thesis then describes acquired Childhood aphasia, primary progressive aphasia and diagnostics. The second chapter is about speech therapy intervention, therapy of aphasia and speech rehabilitation. Then the thesis looks into specifics of approach of target group and their prognosis. The main purpose of research is description of development in speech therapy intervention on specific cases from chosen medical institute and make screening of approach speech therapist to clients with aphasia according to their individual specific.

Keywords:

aphasia, speech intervention, communication, disturbed communications ability.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská/diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod.....	11
1 Uvedení do problematiky osob s afázií.....	12
1.1 Etiologie afázie	12
1.1.1 Cévní mozkové příhody	13
1.1.2 Úrazy mozku	13
1.1.3 Mozkové nádory	14
1.1.4 Zánětlivá onemocnění CNS	14
1.1.5 Intoxikace CNS	14
1.1.6 Degenerativní onemocnění CNS	14
1.2 Dětská afázie.....	15
1.3 Primární progresivní afázie.....	15
1.4 Symptomatologie afázie	15
1.5 Klasifikace afázie.....	16
1.5.1 Bostonská klasifikace afázie	16
1.5.2 Lurijova klasifikace afázie.....	18
1.6 Diagnostika afázie.....	19
1.6.1 Orientační vyšetření	19
1.6.2 Screeningové vyšetření afázie	19
1.6.3 Komplexní klinické logopedické vyšetření	20
2 Logopedická intervence u osob s afázií	21
2.1 Terapie afázie.....	21
2.1.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup.....	21
2.1.2 Pragmaticky orientovaný přístup	22
2.1.3 Terapeutické postupy	22
2.1.4 Pomůcky využívané při terapii afázie.....	23
2.1.5 Efektivita terapie.....	24

2.2	Rehabilitace řeči	25
2.2.1	Orofaciální rehabilitace.....	25
2.3	Specifika přístupu k cílové skupině osob s afázií	26
2.3.1	Deprese, změny nálad a sebevražednost u afatiků.....	27
2.3.2	Organizace podporující osoby s afázií	29
2.4	Prognóza afázie.....	30
3	Uvedení do prakticky orientované části BP.....	32
3.1	Cíl prakticky orientované části BP	33
3.2	Metodologie prakticky orientované části BP.....	34
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku a místa výzkumného šetření	35
3.4	Časový rámec realizace prakticky orientované části BP	36
4	Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením	37
4.1	Kazuistika č. 1.....	37
4.2	Kazuistika č. 2.....	40
4.3	Kazuistika č. 3.....	42
5	Zhodnocení naplnění cílů PČ BP.....	47
	Závěr	50
	Seznam zkratk	51
	Seznam tabulek.....	52
	Zdroje.....	53
	Přílohy.....	58

Úvod

Tématem této bakalářské práce je logopedická intervence u osob s afázií. Pod pojmem afázie se skrývá získaná narušená komunikační schopnost. Tato porucha vzniká organickým narušením mozku a její vznik je velmi náhlý. Při této poruše dochází ke ztrátě plně rozvinuté řeči nebo některých jejích částí. Na vývoji zdravotního stavu člověka s touto diagnózou má velký vliv včasná diagnostika a logopedická intervence.

Toto téma jsem si zvolila, protože mi přišlo zajímavé a v mém blízkém okolí se vyskytovala osoba s diagnostikou afázie. Dalším důvodem, proč jsem si toto téma vybrala byla skutečnost, že se chci dál ve svém budoucím životě zabývat klinickou logopedií a afázie je jednou z častých poruch, které se věnuje. Domnívám se, že většina laické společnosti netuší, co to vlastně afázie je, jak vzniká nebo jak se léčí. Myslím si také, že u této poruchy vzniká spousta předsudků, které se týkají hlavně inteligence osoby s afázií. Z tohoto důvodu se práce zaměřuje na seznámení se s touto poruchou a její logopedickou intervencí.

Cílem teoretické části bakalářské práce je seznámení se s problematikou afázie. První dvě kapitoly se věnují teoretické části a zbývající tři kapitoly shrnují prakticky orientovanou část. První kapitola je rozdělena do několika podkapitol. Zabývá se uvedením do problematiky afázie, popisuje její etiologii a uvádí zmínku o dětské afázii a o primární progresivní afázii. Dále se zabývá symptomatologií, klasifikací a diagnostikou. Druhá kapitola se věnuje logopedické intervenci. Popisuje terapii afázie, rehabilitaci řeči, specifika přístupu k cílové skupině osob s afázií a prognózu.

Hlavní cíl bakalářské práce je na konkrétních případech z praxe popsat průběh logopedické intervence u osob s afázií ve vybraném zdravotnickém zařízení a provést monitoring přístupu klinického logopeda k jednotlivým pacientům dle jejich individuálních specifik. Dílčími cíli je provést komparaci realizace logopedické intervence u jednotlivých pacientů s diagnózou afázie tvořících výzkumný vzorek, provést monitoring a komparaci pokroku jednotlivých pacientů tvořících výzkumný vzorek při realizaci logopedických intervencí a analyzovat přístup logopeda k jednotlivým pacientům tvořící výzkumný vzorek. V kapitolách prakticky orientované části je popsána metodologie výzkumu, charakteristika výzkumného vzorku a místa. Dále jsou popsány jednotlivé případové studie.

1 Uvedení do problematiky osob s afázií

Afázie nebo-li získaná orgánová nemluvnost je jednou z forem narušené komunikační schopnosti. Není lehké vymezit co lze považovat za narušenou komunikační schopnost a co jsou pouze určité jazykové projevy typické pro daný věk. Při stanovení diagnózy, narušená komunikační schopnost, se musí dbát na projevy všech jazykových rovin, a ne jenom na narušenou formální stránku řeči. (Klenková, 2006)

Lechta (in Klenková, 2006, s. 54) uvádí že: „*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, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.*“

Afázií můžeme definovat jako získanou poruchu produkce a porozumění řeči, která vzniká jako důsledek ložiskového poškození mozku. Jedná se o poškození v jazykově-dominantní mozkové hemisféře. Toto poškození je selektivní, postihuje hlavně komunikaci, do jiných složek kognice nezasahuje. (Flanderková, 2019). Afázie ovlivňuje komunikaci, fungování ve společnosti a celkovou kvalitu života osoby a jeho rodiny, která touto poruchou trpí. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013). Lidé, kteří afázií trpí jsou většinou středního a staršího věku. Každý afatik se liší povahovými rysy, profesí, dosavadním vzděláním, zájmy apod.. Toto hledisko se nejvíce zdůrazní při práci s afatiky, kdy musíme počítat s odlišnými motivačními přístupy. (Kutálková, Palodová, 2007)

1.1 Etiologie afázie

Afázie je porucha, při které dochází ke ztrátě plně rozvinuté řeči nebo některých částí komunikačních schopností. Místo a rozsah základního onemocnění určuje rozměr a závažnost poškození komunikačních funkcí. Určí, zda se bude jednat o drobné výpadky v artikulaci/slovní zásobě, které nezasahují do běžné komunikace nebo zda se bude jednat např. o afázií smíšeného typu, při které pacient nerozumí, ale ani nemluví. (Kutálková, Palodová, 2007)

Tato porucha se vytváří v dominantní mozkové hemisféře, zde dojde k poškození korových center, ve kterých se produkuje řeč a která se zaměřují na porozumění. U většiny pacientů se jedná o poškození levé mozkové hemisféry, a to z důvodu převahy

praváků ve společnosti, u kterých zpravidla bývá levá hemisféra mozková dominantní. Afázie, ale také může vzniknout poškozením subkortikálních oblastí (např. thalamus nebo bazální ganglia). (Kejklíčková, 2011)

Za hlavní příčiny vzniku afázie Klenková (2006) označuje:

- cévní mozkové příhody;
- úrazy mozku;
- mozkové nádory;
- zánětlivá onemocnění CNS;
- intoxikace CNS;
- degenerativní onemocnění CNS.

1.1.1 Cévní mozkové příhody

Za nejčastější příčiny afázie jsou považovány cévní mozkové příhody (CMP). Umístění poškození určuje, jaké příznaky bude mít afázie. CMP se dělí na dvě základní skupiny: cévní příhody hemoragické (krvácení) a cévní příhody ischemické (nedostatek prokrvení). Nejběžnějším důvodem krvácení do mozku je hypertenze nebo-li vysoký krevní tlak. Dalšími příčinami jsou prasklé aneurysma (tepenná výduť), krvácení při mozkovém nádoru nebo hematoma (krevní podlitina), ke kterému dojde po úrazu hlavy. Následkem krvácení je zpomalení tepu, zvýšení krevního tlaku, ztráta vědomí a další. Cévní příhody ischemické vznikají např. při systémové hypoperfuzi, kdy dochází ke snížení průtoku krve. Důvodem snížení může být srdeční choroba nebo pokles krevního tlaku. Jako další příčiny se označují trombóza (sražení krve v cévách) a embolie (ucpání mozkových tepen krevní sraženinou). (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

1.1.2 Úrazy mozku

Po CMP jsou úrazy mozku a poranění hlavy druhou nejčastější příčinou afázie. Při úrazu hlavy může dojít k otřesu mozku (komoce). Během komoce může dojít až ke ztrátě vědomí, která může trvat pár vteřin nebo klidně i dvě hodiny. Dalšími příznaky je nevolnost, zvracení, problémy s dýcháním, výpadek paměti. Dále může dojít ke zhmoždění mozku (kontuze). Dochází při něm ke krvácení, porušení mozkové tkáně a někdy i k otoku mozku (edém). Symptomy kontuze jsou závratě, amnézie, horečky, snížená výkonnost mozku. Otok mozku může zapříčinit stlačení mozku (kompresi) s fatálními následky. (Kejklíčková, 2011)

1.1.3 Mozkové nádory

Dle Kejkličkové (2011, str. 53) afázie vzniká „u mozkových, resp. intrakraniálních nádorů expanzí, tlakem nádoru na příslušná řečová centra. Nezáleží na tom, zda je nádor zhoubný nebo benigní, ale na tlaku, kterým působí na mozkové tkáně.“ Intrakraniální nebo-li nitrolebeční nádory patří do expanzivních procesů nitrolebečních. Do této skupiny se řadí všechny procesy, které mohou způsobit nitrolebeční hypertenzi. Mimo nádorů sem patří cysty, abscesy, hematomy a další. Mezi obecné příznaky patří bolest hlavy, nevolnost, zvracení, pocit nejistoty v prostoru apod. (Ambler, 2011)

1.1.4 Zánětlivá onemocnění CNS

Mezi zánětlivá onemocnění CNS se řadí záněty mozkomíšních plen (meningitidy), mozku (encefalitidy), míchy (myelitidy) a jejich kombinace. Záněty většinou nepostihují pouze CNS, obvykle se jedná o celkové postižení organismu. Za příčiny zánětlivých onemocnění jsou označovány bakterie, viry, plísně nebo houby. Celková diagnóza se poté určuje nejen druhem infekce, ale i celkovým stavem organismu a jeho imunitou. (Ambler, 2011)

1.1.5 Intoxikace CNS

Otravy mohou způsobit změny některých orgánů a jejich funkcí. U látek, které tlumí CNS dochází k otupělosti, ztrátě vědomí, ale i ke kómatu. Tyto látky mohou způsobit nízký krevní tlak, zpomalení srdeční činnosti, podchlazení, povrchní dýchání apod.. Látky, které jsou příčinou intoxikace se objevují v alkoholech a drogách. (Ševela, Ševčík a kol., 2011)

1.1.6 Degenerativní onemocnění CNS

Jedná se o různorodou skupinu chorob, které vznikají z neznámé příčiny. Jejich společnou charakteristikou je nezpozorovatelný začátek nemoci, pomalý progresivní průběh a dědičnost v rodině. Hlavním příznakem těchto chorob je demence, kdy dochází k poklesu inteligence, změně chování a osobnosti. Lék na vyléčení degenerativních onemocnění není znám. Nejčastějším degenerativním onemocněním je Alzheimerova choroba. (Seidl, 2008)

1.2 Dětská afázie

Dětská afázie může vzniknout jako následek náhlého poškození mozku dítěte u kterého doposud probíhal normální jazykový vývoj. Tato porucha může ovlivnit i celkový proces zrání centrálního nervového systému. (Michlová, 2018) Etiologie dětské afázie je obdobná jako u afázie. Jedná se o úrazy mozku, zánětlivá onemocnění, nádorová onemocnění nebo intoxikace mozku. Další příčinou mohou být cévní malformace, ale nejčastěji to bývají právě úrazy mozku a lebky. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Neubauer (2018) v souvislosti s dětskou afázií uvádí ještě dětskou epileptickou afázií nebo-li Landauův-Kleffnerův syndrom. Jedná se o vzácné získané onemocnění, které má náhlý počátek nebo vzestupný průběh před sedmým rokem života. Dochází ke ztrátě receptivní a expresivní složky řeči. Příznaky jsou sluchová agnózie, rychlý úbytek řečové exprese, poruchy chování atd. Při terapii se používají postupy, které se užívají u vývojové dysfázie. Při včasném začátku logopedické terapie může dojít při dobrém vývoji k obnovení řečových schopností.

1.3 Primární progresivní afázie

Jedná se o poruchu, při které dochází k narušení frontální a temporální kůry. Jedním z prvních příznaků primární progresivní afázie je izolovaná porucha řeči, které trvá 1-2 roky. Tato porucha řeči nemá vysvětlitelnou příčinu, v mozku nedochází ke krvácení, není nalezen nádor apod. Primární progresivní afázie se poté většinou progreduje do demence nebo do Alzheimerovy nemoci. (Cséfalvay, Rusina, 2023)

Při diagnostice se využívají testy, které se používají i při diagnostikování afázie. V zahraničí existují testy, které se specializují na primární progresivní afázií. Diagnostika se soustředí především na spontánní řeč, pojmenování, porozumění slov a vět, opakování, čtení a psaní. Terapie se především soustředí na podporu klienta, ale její působení je omezeno stále novými symptomy. (Cséfalvay, Rusina, 2023)

1.4 Symptomatologie afázie

Symptomy afázií jsou velmi různorodé a je proto důležité rozlišovat, jestli při poškození mozku došlo ke ztrátě exprese (expresivní afázie) nebo percepce (percepční afázie). Dále se hodnotí, zda je narušena plynulost řečového projevu (fluence). Za normální plynulost řeči se považuje 120 slov za minutu. Mezi příznaky afázie patří parafázie. Jedná se o deformace slov a je základním symptomem u afázií. Můžeme ji rozdělit na fonémickou,

žargonovou a sémantickou. Ve fonemické parafrázi je sice slovo deformované, ale jeho významu lze porozumět. Naopak u žargonové parafrázie dochází k tak silné deformaci slova, že není možné pochopit jeho význam. U sémantické parafrázie se dané slovo nahrazuje slovem podobným anebo se opisuje význam daného slova. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Mezi další symptomy dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) patří parafrázie. Klient není schopen větného vyjádření nebo je jeho schopnost velmi omezená. Parafrázie je typickým znakem expresivní afázie. Dále se u afázie vyskytují poruchy porozumění. Klient velice často lpí na předchozích podnětech a používá je i v dalších odpovědích (perseverace). Může se u klienta vyskytnout překotná rychlá mluva (logorhea), která je typická pro percepční afázi. Dalšími příznaky afázie jsou neologismy nebo porucha pojmenování (anomie).

S afázií se mohou objevovat i další získané poruchy. U afatiků se velmi často vyskytují získané formy poruch čtení, psaní, pravopisu, kalkulie a praxe. Tyto poruchy se označují předponou a-. Nejčastější poruchou, která se spolu s afázií vyskytuje je alexie nebo-li získané úplné nebo částečné narušení schopnosti číst. Dále to může být agrafie (získaná porucha psaní), agramatismus (získaná porucha používání pravopisu), akalkulie (získaná porucha počítání) a apraxie (úplná nebo získaná ztráta schopnosti vykonávat složité naučené pohyby). (Vitásková, Mlčáková, 2013)

1.5 Klasifikace afázie

Jako se liší názory odborné veřejnosti na definování afázie, tak se liší i názory na její klasifikaci. Afázie se lze klasifikovat dle různých lékařských, psychologických a lingvistických hledisek. U logopedů v praxi se užívá nejzákladnější rozdělení afázie na senzorickou (receptivní), motorickou (expresivní) a totální (globální). (Klenková, 2006)

Pro účely této práce definuji Bostonskou klasifikaci afázie a Lurijovu klasifikaci.

1.5.1 Bostonská klasifikace afázie

Tato klasifikace se opírá o klasickou typologii afázie, kterou v 19. století vytvořili Broca a Wernicke. V dnešní době má klasifikace stejná pojmenování jednotlivých typů, ale změnil se jejich obsah. (Klenková, 2006) V této klasifikaci se hodnotí spontánní projev a jeho plynulost a neplynulost. Převládá zde lingvistické hledisko. V Bostonské klasifikaci

se nevyšetřuje praxie, orientace v prostoru, pravo-levá orientace atd. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

1.5.1.1 Motorická (Brocova) afázie

U této afázie převládá porucha plynulosti a expresivní složky řeči. Klient má zachované porozumění, ale má narušenou produkci řeči. Mluva klientovi dělá velké potíže. U Brocovy afázie se objevují parafrázie a agramatismy. Brocova afázie často přechází do transkortikální, kondukční nebo anomické afázie. (Neubauer a kol., 2018)

1.5.1.2 Senzorická (Wernickeova) afázie

V tomto typu dominuje porucha porozumění, pojmenování a opakování. Klient velmi často nevnímá svoji poruchu řeči. Jeho projev může být zrychlený, můžou se v něm objevovat parafrázie a neologismy. Plynulost řečového projevu je u tohoto typu afázie dobrá. (Neubauer, Dobias, 2014)

1.5.1.3 Globální (totální) afázie

V globální afázii jsou narušeny všechny faktické funkce, tedy produkce i porozumění řeči. Plynulost řečového projevu je velmi malá nebo chybí úplně. Chybějí zde reakce na slovní pokyny. U této afázie se objevují snahy klienta o opakování slovních trosek nebo mluvních stereotypů. Je přítomna alexie a agrafie. Tento typ buďto u klienta přetrvává nebo se zmírní do motorické formy afázie. (Vitásková, Mlčáková, 2013)

1.5.1.4 Kondukční (centrální/převodová) afázie

Typickým znakem je u této afázie porucha opakování. Klientovi dělá problém zopakovat slova nebo věty. Čím je slovo/věta delší tím je větší klientova neschopnost dané slovo/větu zopakovat. Spontánní řeč a porozumění jsou více méně zachovány. Typickými projevy jsou fonémické parafrázie, které mohou přejít do žargonu. Dále se objevují problémy se psáním, hlasitým čtením a může se vyskytovat i apraxie. (Flanderková, 2019)

1.5.1.5 Transkortikální motorická afázie

U klientů s tímto typem afázie je typická nonfluentní produkce řeči. Klientova spontánní řeč je minimální, odpovědi na otázky jsou krátké nebo neúplné věty a objevuje se echolálie. Verbální projev, ale i celkové chování je velmi adynamický. Porozumění je narušeno u syntakticky složitějších vět. Čtení a psaní je zachováno, ale je poznamenáno pomalejším tempem (Cséfalvay a kol., 2007)

1.5.1.6 Transkortikální senzorická afázie

Zde je na rozdíl od transkortikální motorické afázie produkce řeči fluentní. Jsou zde přítomny parafázie a echolálie. Klient má zachované opakování, a to i dlouhých vět, ale toto opakování je bez porozumění. Jeho mluva je bez obsahu a jakýchkoliv souvislostí. Čtení bývá sice zachováno, ale je bez porozumění. Psaní je více porušeno, a to hlavně v oblasti spontánního grafického projevu. (Vitásková, Mlčáková, 2013)

1.5.1.7 Transkortikální smíšená afázie

Příznaky transkortikální smíšené afázie jsou podobné jako u globální afázie, ale na rozdíl od ní je zde lépe zachovaná reprodukce slov, a to především těch, které jsou vysoce automatizovaná (např. pozdrav, své jméno). U tohoto typu je přítomna echolálie, řečové perseverace a poruchy pojmenování. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

1.5.1.8 Anomická afázie

Příznaky tohoto typu afázie se objevují skoro u všech typů afázií. Narušená schopnost pojmenovávání předmětů a činností. Typické jsou problémy ve vyhledávání a výběru slov ze slovní zásoby klienta. V řeči klienta se vyskytují anomické pauzy. Produkce řečové projevu je fluentní, porozumění řeči a opakování slov je zachované. Čtení s porozuměním je narušeno a může být přítomna i alexie. Psaní u tohoto druhu afázie není moc narušeno. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

1.5.2 Lurijova klasifikace afázie

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) je Lurijova klasifikace unikátní v tom, že afázii nevnímá jako samostatný prvek, ale chápe ji jako součást tzv. funkčního systému. Afázie je součástí poruch vyšších kortikálních funkcí. Pojem funkce je v této klasifikaci definován jako „*složitá adaptační aktivita organismu určená specifickým cílem a ukončená specifickou operací.*“ (Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 157)

Klade důraz na vzájemnou činnost zón mozkové kůry a podkorových struktur. Tato klasifikace obsahuje komplexní pohled na funkci celého centrálního nervového systému. Jednotlivé typy poruch jsou závislé na poloze mozkového postižení. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Lurija dělí afázie dle lokalizace na precentrální a postcentrální. V precentrálních lokalitách se nachází dynamická a eferentní motorická afázie. Klient s dynamickou afázií není schopen vyjádřit své myšlenky i přestože není postiženo pojmenovávání předmětů

nebo opakování slov. U eferentní motorické afázie dochází k narušení plynulosti artikulace a k poruše organizace pohybů. Postcentrální lokality se dělí na aferentní motorickou, akusticko-mnestickou, senzorickou a sémantickou afázii. Při aferentní motorické afázii má klient špatnou polohu rtů a jazyka při artikulaci. Akusticko-mnestická afázie, je taková afázie, při které dochází k narušení sluchovo-řečové paměti. Klient si nepamatuje krátkou frekvenci zvuků nebo slov. Pro senzorickou afázii je charakteristická porucha porozumění řeči a rozlišování fonémů. U sémantické afázie je narušen proces dekódování logicko-gramatických struktur. (Škodová, Jedlička a kol., 2007)

1.6 Diagnostika afázie

Při diagnostice afázie je důležitá spolupráce více odborníků. Diagnostika hodnotí všechny složky řeči, tedy jak produkci, tak i recepci řeči, dále se zaměřuje na formy řeči, tedy mluvenou a psanou. (Vitásková, Mlčáková, 2013)

Cséfalvay (2007) označuje za cíle diagnostiky afázie:

- zda je přítomna afázie či nikoliv;
- typ, stupeň a rozsah afázie;
- jaká je úroveň funkční komunikace;
- specifické příznaky afázie.

Orientační vyšetření u afázie může provést neurolog, ale komplexní a podrobnější vyšetření patří do kompetencí klinického logopeda. (Cséfalvay a kol., 2007)

1.6.1 Orientační vyšetření

Hlavním cílem orientačního vyšetření je zmapovat současný stav řeči a zhodnotit zachovalé komunikační schopnosti. Orientační vyšetření může komplikovat celkový stav a velká unavitelnost klienta. Pro toto vyšetření se používají krátké diagnostické testy v kombinaci se základními testy, které se používají pro zhodnocení schopnosti rozumění a expresivní komunikace. (Neubauer a kol., 2018)

1.6.2 Screeningové vyšetření afázie

Screeningové vyšetření se zaměřuje na výskyt poruch faktických funkcí. V současnosti kliničtí logopedi využívají nejčastěji tři diagnostické materiály. Jsou jimi Token test, Aphasia Screening Test – AST, Mississippi Aphasia Screening Test (MAST). (Neubauer a kol., 2018)

Token test se skládá z pěti částí, přičemž každá následující část je těžší než ta předchozí. Tento test využívá žetony (tokeny), které mají tvar kruhu a obdélníku. Tyto žetony jsou rozděleny podle velikosti na malé a velké a podle barvy na červené, modré, zelené, žluté a bílé. V prvních čtyřech částech obsahují pokyny logopeda sloveso a předmět (např. „zvedněte bílý obdélník“). V páté části se tyto pokyny stěžují a přidávají se k nim předložky, spojky nebo příslovce. Než logoped přistoupí k tomuto testu, je nutné ověřit si, zda klient rozumí slovům kruh/obdélník a zda zná a rozpozná jednotlivé barvy. (Sarno, 1972)

Aphasia Screening Test (AST) se zaměřuje na hodnocení individuálních řečových schopností daného klienta. Časový úsek tohoto testu se pohybuje okolo 10 minut. Tento test také zjišťuje nelingvistické projevy neurogenických poruch jako jsou problémy s pravolevou orientací, dyspraxie atd. (Neubauer, Dobias, 2014)

Mississippi Aphasia Test (MAST) se využívá nejen při diagnostice afázie, ale i při diagnostice alexie a agrafie. Časový úsek testu se pohybuje v rozmezí 10 – 15 minut. Skládá se z devíti částí, které se zaměřují na: automatickou řeč, pojmenování, opakování, plynulost při popisu, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, identifikaci objektů, rozumění mluvené instrukci, rozumění čtené instrukci. MAST využívá bodovací systém, díky kterému může být zachycen vývoj stavu fatických poruch. (Košťálová, 2012)

1.6.3 Komplexní klinické logopedické vyšetření

Klinické logopedické vyšetření se zaměřuje na všechny oblasti, které souvisejí a jsou důležité pro komunikační proces. Při vyšetření osob s afázií se často používá Pražské afaziologické vyšetření (PAV), Lurijovo neuropsychologické vyšetření, různé individuálně tvořené škály nebo zahraniční testy (Western Aphasia Battery, Boston Diagnostic Aphasia Examination). (Neubauer a kol., 2007)

V současné době mnoho klinických logopedů využívá kvalitativní komplexní vyšetření, které se nazývá Vyšetření fatických funkcí (VFF). Jeho cílem je určení typu afázie podle Bostonské klasifikace afázie. Dále se zaměřuje na úroveň komunikace po vzniku poškození a na objevení poruch jazykového systému, které se podílejí na porozumění a produkci slov. Toto vyšetření se skládá ze šesti částí: spontánní produkce řeči, porozumění mluvené řeči, opakování slov, nominativní funkce řeči, čtení a psaní. (Neubauer a kol., 2018)

2 Logopedická intervence u osob s afázií

Neubauerová (2012) označuje logopedickou intervenci za proces, při kterém se jednotlivé části ovlivňují a překrývají. Jedná se o diagnostiku, terapii a prevenci. Náplní logopedické intervence je využití maximálního komunikačního potenciálu u osob, které mají poruchu řeči. Logoped se snaží poruchu řeči odstranit, příznivě ji ovlivnit nebo ji kompenzovat. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2012)

2.1 Terapie afázie

Při terapii afázie jsou velice důležité individuální možnosti každého klienta. S terapií se začíná velmi brzy, kliničtí logopedi se s klientem spojí již v nemocnici. Klienti buďto na terapii docházejí nebo pokud jsou imobilní, tak se jim terapie poskytuje na lůžku v nemocnici. (logopedonline.cz, online, 2024)

Cílem terapie je co největší obnovení schopnosti komunikace a socializace afatika. Akutní fáze terapie se zaměřuje na oživení fatických poruch. Tato fáze se provádí individuálně a je velmi intenzivní. Chronická fáze se zabývá obnovením sociálních kontaktů klienta. V této fázi může být kromě individuální terapie, využita i skupinová. (Škodová, Jedlička, 2007)

V současné době se při terapii afázie nejvíce používají dva terapeutické směry – kognitivně-neuropsychologické a pragmaticky (funkcionálně) orientované přístupy. Kognitivně-neuropsychologické přístupy se zaměřují na určení konkrétní poruchy, na základě, které vypracují individuální terapeutický plán. Pragmaticky orientované přístupy se zaměřují na vliv dané poruchy na specifické komunikační schopnosti. (Klenková, 2006)

2.1.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup

Tento přístup klade důraz na intenzivní, dlouhodobou terapii, která je podpořena teoretickými znalostmi dané terapie. Podle těchto znalostí je poté logoped schopen vytvořit individuální terapii, která bude pro daného klienta účinná. Na základě diagnostiky jsou vypracované úkoly, které se dělí na jednotlivé kroky, materiály a terapeutické strategie. Pro vymyšlení terapie logoped musí mít určité informace – rozsah a umístění poruchy, provést vyšetření a vyhodnotit jej, naplánovat detailní postup terapie a analyzovat výsledky terapie. (Cséfalvay a kol., 2007) Kognitivně-neuropsychologický přístup je u nás praktikován jen ojediněle. (Lechta a kol., 2011)

2.1.2 Pragmaticky orientovaný přístup

Pragmaticky orientovaný přístup se zaměřuje na obnovení nebo zlepšení komunikačních schopností klienta v každodenní komunikaci. V tomto přístupu si sám klient klade cíle a úkoly. Používají se všechny druhy dorozumívání – mluvená řeč, psaní, kresba, gesta. Gramatické chyby a parafázie jsou taktéž akceptovány. Logopedi u nás využívají pragmaticky orientovaný přístup u afatiků, u kterých už není potřeba řešit nějaké specifické problémy. Pragmaticky orientovaný přístup se používá k hledání kompenzačních komunikačních strategií, pomocí kterých se snižuje komunikační bariéra způsobená afázií. (Lechta a kol., 2011)

2.1.3 Terapeutické postupy

Existuje celá řada terapeutických postupů, metod a prostředků, které se využívají v terapii afázie. Právě terapie afázie je nejširší a nejvíce obsáhlou oblastí terapie, která se zabývá neurogeně podmíněnými poruchami řeči. (Neubauer a kol., 2007)

Melodicko – intonační terapie (MIT) se využívá především u osob, které mají diagnostikovanou motorickou afázií a kteří nemají narušené porozumění. Je také důležité, aby afatik byl schopen opakovat melodické vzory. Při této terapii se věty převedou do melodických vzorů a jsou doprovázeny pohyby ruky. (Neubauer a kol., 2007)

U klientů s těžkým stupněm afázie (nejvíce se jedná o klienty s narušenou expresivní složkou řeči) logopedi často praktikují terapii kresbou. Kresba slouží jako vyjadřovací prostředek při běžné konverzaci. Při této terapii není důležitá kvalita kresby, je ale nutné umět rozpoznat co se na dané kresbě nachází. Logoped se na konverzaci musí efektivně podílet a komunikace musí probíhat přirozeně. (Neubauer a kol., 2007)

Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (PACE) je víceúčelový léčebný postup, který podporuje využití jakéhokoliv druhu komunikace. Při této terapii se využívá mluvená řeč, psaní, kreslení, gesta nebo alternativní a augmentativní komunikace. Cílem PACE terapie je zlepšení komunikace v běžných situacích. Afatik se s logopedem při terapii během konverzace střídá. Ten, kdo hovoří má v ruce kartu s obrázkem nebo nějakou větou/slovním spojením/slovem a snaží se jej popsat druhé osobě pomocí druhu komunikace, který mu nejvíce vyhovuje. Poté co je popisovaná věc uhodnutá logoped s afatikem provede zpětnou vazbu. Tento druh terapie je vhodný pro více typů afázie. (Aphasia.com, online, 2024)

Fonemicko – vizuální stimulační metoda se používá především u klientů s těžkými projevy afázie. K této metodě se přistupuje u osob, které nereagují na melodicko – intonační terapii. Většinou se u těchto osob také vyskytuje orální dyspraxie (hybnost mluvidel je omezená nebo se nevyskytuje vůbec). Tato metoda se zaměřuje na obnovení hybnosti mluvidel za pomoci grafických fonematických obrazů. Tyto obrazy se používají k zapamatování artikulačního postavení mluvidel. (Neubauer a kol., 2007)

Skupinová terapie se v současné době stále častěji využívá u osob s afázií. Lidé, kteří mají diagnostikovanou afázií se kvůli svému postižení dostávají do sociální izolace. Tato izolace způsobuje, že osoby s afázií nemají dostatek příležitostí rozvíjet svoje komunikační dovednosti. Aktivita, které se na skupinové terapii provádějí závisejí na jejich členech – jaké typ afázie mají a jaké jsou jejich zájmy. Mezi aktivity, které se na skupinové terapii využívají patří hraní rolí, simulace reálných situací, hraní společenských her, diskuze na nějaké téma nebo vyjadřování názoru. (Lechta a kol., 2011)

2.1.4 Pomůcky využívané při terapii afázie

Kvalitních pomůcek pro práci s osobami s afázií není mnoho ve srovnání s pomůckami pro děti. Mnoho logopedů si vytváří své vlastní pomůcky a materiály pro terapii afázie. Na jejich výrobu používají materiály ze všech možných obchodů nebo využívají nejrůznějších deskových her. V současné době se také stále častěji používají počítačové programy a aplikace. (Šmíd, 2018)

Co se týče papírových pomůcek existuje mnoho druhů pracovních listů, sešitů, učebnic, knih, obrázkových slovníků pro afatiky nebo vědomostních pexes. Pracovní listy na tvorbu vět od Mgr. et Mgr. Richtrové se zabývají rozšířením slovní zásoby. Jsou řazeny podle témat z každodenního života. Pracovní sešit a učebnice Levou zadní I. a II. se sice zaměřuje především na cizince, kteří se učí český jazyk, ale dá se také velmi dobře využít u osob s afázií k procvičování slovní zásoby, gramatiky a psaní. Česká alzheimerovská společnost vytvořila sešity na procvičování řeči a slovní zásoby. (cojeafazie.cz, online, 2024)

Knih „Můj blízký má řečovou poruchu – Logopedická pomoc po cévní mozkové příhodě“ je vhodná pro rodinu a blízké afatika. Knihu napsala Mgr. Kleinerová a zabývá jednotlivými typy afázie, terapií, mýty, které toto postižení provázejí a nachází se v ní také pracovní listy. Velice šikovnou pomůckou jsou vědomostní pexesa od Albi. Logoped

pomocí nich může s afatikem procvičovat různá témata. Těchto pexes je velké množství druhů. (cojeafazie.cz, online, 2024)

Osoby, kterým nevyhovují papírové pomůcky mohou využívat elektronické. Jednou z takových pomůcek je aplikace AfaSlovník. Tato aplikace procvičuje slovní zásobu. Aplikaci může využívat klinický logoped při terapii, ale i klient ve svém domácím prostředí. Klient také může v aplikaci pozorovat jaký udělal pokrok. (afaslovník.cz, online, 2024)

Další elektronickou pomůckou je webová stránka Wordwall. Na této stránce je možnost využít již vytvořená cvičení nebo si vytvořit vlastní. Pro výrobu vlastních cvičení je nutné se, ale registrovat. Dále existuje spousta webových stránek, kde se dá procvičovat čeština a český pravopis. Na procvičování paměti, čtení a psaní jsou vhodné křížovky, které v dnešní době existují i online. (cojeafazie.cz, online, 2024)

2.1.5 Efektivita terapie

Existuje několik studií a metaanalýz, které zkoumají efektivitu terapie afázie. Důležitým vzorkem těchto studií je posun klientových komunikačních dovedností před a po terapii. Většina studií, které jsou zaměřeny na efektivitu, zkoumá malý počet vzorků. To je důvod, proč ze studií nelze vyvodit nějaký výrazný posun, a proto není vhodné z nich zkoumat efektivitu. Pro výzkum efektivitu je lepší použít metaanalýzu. (Kevická, 2019)

Metaanalýza může být definována jako proces analyzující data z více studií, které zkoumají stejné téma. (nzip.cz, online, 2024) Odborníků, kteří se zabývali metaanalýzou efektivitu je celá řada. Jednou z těch posledních je metaanalýza od Bradyho a kol. z roku 2016. Zaměřovala se na výkony klientů, kteří navštěvovali terapie a na výkony těch, kteří ne, dále pak na výkony klientů, kteří chodili na terapii a na výkony těch, kteří chodili pouze do podpůrných skupin. Dále metaanalýza zkoumala intenzitu a vliv času na zahájení terapie. (Kevická, 2019)

Výsledky ukázaly, že klienti, kteří docházeli na terapii se mnohem více zlepšovali než ti, co nedocházeli. Z metaanalýzy vyplynulo, že neexistuje žádný podstatný vliv na rozvoj komunikačních dovedností u klienta, který dochází pouze do podpůrné skupiny. Dále bylo dokázáno, že čím je terapie intenzivnější tím víc je efektivní. Co se týče času zahájení terapie, vyplynulo, že nezáleží na tom, kdy klient s terapií začal. (Kevická, 2019)

2.2 Rehabilitace řeči

Veteška, Vostrý (2021, s. 105) definují rehabilitaci jako „*interdisciplinární přístup, který zahrnuje nejen zdravotnickou, ale také sociálněprávní a pedagogicko-psychologickou stránku. Zaměřuje se na všechny složky rozvoje nemocného či postiženého člověka a jejím cílem je jeho maximální možná socializace a uplatnění jedince ve společnosti.*“ Pojem rehabilitace se skládá z latinského *habilis* neboli schopný a předpony *re*, která znamená opakování. (Veteška, Vostrý, 2021)

Pro vytvoření rehabilitačního programu je důležité stanovení intenzity a kvantity řečové terapie. S logopedickou péčí u afatiků se začíná co nejdříve a poté buďto probíhá v rehabilitačním zařízení nebo ambulantně. S logopedickým rehabilitačním plánem jsou seznámeni všichni členové rehabilitačního týmu. (Stančáková, 2013) Rehabilitační tým se skládá z odborníků, kteří vzájemně spolupracují. Je tvořen lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem, sociální pracovnící, speciálním pedagogem a psychologem. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2012)

Proces obnovy a rozvoje komunikačních schopností probíhá jinak než u vývoje řeči u dětí. Tento proces se uskutečňuje třemi způsoby: funkční restituce, funkční kompenzace a funkční adaptace. Funkční restituce označuje proces, ve kterém dochází k obnovení nebo zachování částečné komunikační schopnosti. Funkční kompenzace nahrazuje poškozené komunikační schopnosti jinými druhy vyjadřování. Funkční adaptace přizpůsobuje okolí pacienta na jeho potřeby a omezení. (Kejklíčková, 2011)

2.2.1 Orofaciální rehabilitace

Orofaciální rehabilitace podněcuje a posiluje obličejové a ústní svaly pomocí jednoduchých cvičení. Tyto cvičení slouží ke správné poloze jazyka a rtů, zlepšují sání, polykání i dýchání a aktivizaci žvýkacích svalů. Při orofaciální rehabilitaci se také pokládají základy pro rozvoj nebo znovunabytí řeči. Orofaciální rehabilitace může být prováděna i v domácím prostředí, ale osoby, které ji chtějí provádět musejí být proškoleni ergoterapeutem, fyzioterapeutem nebo logopedem. (něco-navíc.cz, online, 2020)

Orofaciální rehabilitace má u klientů s neurologickým onemocněním klíčovou roli a významně se podílí na jejich opětovném začlenění do každodenního života. Jedním z nejtypičtějších neurologických onemocnění je cévní mozková příhoda (CMP). Při CMP dochází velmi často k poruchám řeči, a právě pro reedukaci řeči je významná orofaciální

rehabilitace. V současnosti existuje několik možností, jak provádět orofaciální rehabilitaci. (Konečný, Vysoký, Elfmark, Urbánek, 2017)

Jednou z možností, jak provádět orofaciální rehabilitaci je orofaciální regulační terapie dle Castilla Moralese. Tato terapie klade velký důraz na spolupráci všech odborníků. Pro tuto techniku je důležité optimální držení těla. Nejprve se koná přípravná fáze, kde se svalové napětí uvolní pomocí dotyku, tlaku, hlazení nebo vibracemi. Poté se konají konkrétní cvičení, u kterých dochází ke stimulaci sensorických systémů. (Konečný, Vysoký, 2007)

Další možností je myofunkční orofaciální terapie. Cílem terapie je odstranění problémů, které jsou způsobeny myofunkčními poruchami. U těchto poruch dochází k nesprávnému používání orofaciálního svalstva. Při terapii dochází k stimulaci dýchání, saní, žvýkání, polykání a k celkové pohyblivosti orofaciálního svalstva. (logofyz.cz, online, 2024)

2.3 Specifika přístupu k cílové skupině osob s afázií

Při komunikaci s afatikem je důležité dodržovat určitá pravidla. Pokud afatik něčemu nerozuměl, větu zopakuje znovu zřetelně a zjednodušeně. Není nutné při komunikaci zvyšovat hlas. Afázie není porucha intelektu, proto je afatik schopen logicky uvažovat a rozhodovat a tím pádem to za něj nikdo nemusí dělat. Pro osoby s afázií je frustrující, když jim ostatní skáčou do řeči nebo se snaží za ně dokončit slova. Za afatika mluvíme jen v případě, že to po nás vyžaduje. I přesto, že afázie se stane velkou součástí klientova života je důležité se bavit i o jiných věcech jako jsou zájmy, rodinné příhody atd. Nejdůležitější je, ale s afatikem komunikaci nevzdat a v mluvení ho podporovat. (Aphasia.com, online, 2024)

Klíčovým prvkem je trpělivost. Většina afatiků rozumí tomu, na co se jich ostatní ptají, ale potřebují více času na odpověď. Pro usnadnění komunikace je dobré používat otázky typu ANO/NE a nechávat afatika vybrat z více možností. Velmi dobrou pomůckou při komunikaci je papír a tužka. S afatikem je ideální komunikovat v klidném prostředí bez vnějšího hluku. (Aphasia.com, online, 2024)

Zapojení blízké osoby do terapie má pro osobu s afázií pozitivní vliv. Blízká osoba na terapii zaujímá pro afatika různé role: blízká osoba může doložit chybějící informace, sloužit jako psychická podpora nebo se zapojuje do terapie. Afatik s blízkou osobou pak může naučená cvičení trénovat v domácím prostředí. (Aphasia.com, online, 2024)

Pro osoby s afázií je velmi namáhavé komunikovat a velmi rychle se unaví, proto cvičení při terapiích bývají spíše kratší. Afatik na každé slovo, větu, odpověď potřebuje více času, není dobré ho vším zahltit najednou. Blízké osoby si musejí uvědomit, že ne všechno, co osoba s afázií říká je žádoucí. Při stereotypním opakování slov je lepší odvést pozornost jinam. Při terapiích se logopedům nedoporučuje využívat materiály pro děti. (klubafasie.cz, online, 2019)

Jedním z důsledků afázie je sociální izolace. Výzkumy ukazují, že lidé s afázií se zapojují do sociálního života méně než lidé bez této poruchy, dokonce se někteří afatici společnosti vyhýbají. Důvodem může být to, že komunikace ve společnosti je často hlučná, rychlá a většina lidí neví, jak s lidmi s afázií komunikovat. Terapie na tuto skutečnost afatika nedokáže moc připravit, protože samotná terapie probíhá v klidném prostředí, v tempu pacienta a logoped ke komunikaci používá podpůrné komunikační techniky. (Harmon, 2020)

Pro afatiky je náročné komunikovat s lidmi, kteří se odmítají tempu afatika přizpůsobit. Mnoho osob s afázií popsalo, že setkalo s lidmi, kteří při komunikaci se při komunikaci s nimi chovali odmítavě, netrpělivě a podrážděně. Toto chování ovlivňuje afatiky a ty se poté odmítají zapojovat do komunikace. (Harmon, 2020)

2.3.1 Deprese, změny nálad a sebevražednost u afatiků

Až u třetiny lidí, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu (CMP), se může vyskytnout deprese (PSD – zkratka z anglického názvu poststroke depression). Ayerbe a kol. in Novák (2019) označuje první rok po CMP za nejrizikovější pro vznik deprese. Mezi rizikové faktory, které mohou způsobit depresi patří pohlaví, věk, opakování CMP, typ CMP nebo také sociální prostředí klienta. Důležitým faktorem je také to, jestli klient trpěl depresemi už před CMP nebo se v jeho rodinné anamnéze vyskytovala. (Novák, 2019)

U PSD je nutné rozlišit, zda se jedná už o příznaky deprese nebo zda se nejedná ještě o příznaky CMP. Symptomy jako slabá mimika, monotónní řeč, malá iniciativa nebo zvýšená unavitelnost lze považovat za symptomy CMP. Za příznaky deprese se považuje silná plačtivost, negativní postoj, nechůť komunikovat, pocit beznaděje a zbytečnost vlastního já. Diagnostiku deprese provádějí odborníci. Při léčbě deprese se nejčastěji využívají antidepressiva a psychosociální intervence. (Novák, 2019)

Kromě již zmíněné deprese může afázie zapříčinit i další psychologické stavy jako je úzkost, negativní změna identity, změna nálad, sociální izolace a frustrace. Neschopnost předejít problémům s duševním zdravím vede k tomu, že se u klientů zhoršují výsledky v terapii a v celkové rehabilitaci. Afatikům, u kterých dojde k propuknutí psychických problémů, se doporučuje behaviorální, psychosociální nebo řečová terapie, bohužel mnoho osob se zdráhá odbornou pomoc vyhledat. Uvádí se, že změny nálad a celkový stres přetrvávají u afatiků prvních šest měsíců. Tento stav ovlivňuje míra celkového postižení a schopnost komunikace. Výzkum dle Hillari in Baker, Worrall, Rose, Ryan (2020) ukázal, že u 93% lidí s diagnostikovanou afázií se po třech měsících objevují nějaké psychické potíže. Oproti tomu výskyt psychických obtíží u lidí, kteří prodělali CMP a neobjevila se u nich afázie, je 50%. V současné době se na trhu nevyskytuje moc odborné literatury, která by se změnám nálad a depresím u afatiků a jak jim předejít věnovala. (Baker, Worrall, Rose, Ryan, 2020)

Afázie pro klienta a jeho okolí představuje velké životní změny. Rodinní příslušníci na sebe přebírají roli opatrovníka, zprostředkovatele komunikace, ale i třeba obhájce. Všechny tyto změny mají na svědomí to, že se u rodinných příslušníků a blízkých osob mohou také vyskytovat deprese, úzkosti nebo nízká duševní pohoda. Problémy příbuzných jsou však obvykle přehlíženy ve prospěch problémů afatiků. Je, ale důležité, aby členům rodiny byla poskytována potřebná psychologická péče, emocionální podpora a byli řádně proškoleni co život s osobou, která má diagnostikovanou afázií obnáší. (Iwasaki, Ryan, Worrall, Rose, Baker, 2023)

Deprese, která se vyskytuje po prodělání CMP může u některých klientů vést až k sebevraždě. Výzkum Bartoliho a kol. v roce 2017 ukázal, že až 11,8% lidí po CMP uvažuje nad spácháním sebevraždy. Jako další důvod uvádějí afatici zhoršenou kvalitu života, problémy v sociálních vztazích a krizi vlastní identity. V současné době se u lidí, kteří prodělali CMP neprovádí screening sebevražednosti. V roce 2020 Světová zdravotnická organizace definovala screening jako použití jednoduchých testů napříč údajně zdravou populací za účelem identifikace jedinců, kteří mají rizikové faktory, resp. raná stadia nemoci. (Schlesinger, Shiggins, Kneebone, Broomfield, Ford, 2024)

2.3.2 Organizace podporující osoby s afázií

Významnou roli v rámci intervence u osob s afázií hrají různé organizace a sdružení. V rámci bakalářské práce jsou představeny tři organizace zabývající se touto problematikou.

Klub afázie

Jedná se o neziskovou organizaci, která byla založena roku 2000 a věnuje se lidem s diagnostikovanou afázií. Zakladatelkou organizace je paní Viktorie Bartoníčková, která sama afázii prodělala. Klub byl založen za účelem, aby afatikům pomáhal tvořit správné podmínky pro rozvoj komunikace a se začleňováním do běžné společnosti. Mezi činnostmi, které klub pořádá patří konverzační skupiny. Skupiny jsou vedeny logopedy a lidé s afázií tady mohou sdílet své vlastní zkušenosti. Další službu, kterou klub nabízí je terénní péče. Logopedi jezdí k lidem s afázií do jejich domovů a provádějí s nimi terapii. Dále nabízejí poradenskou činnost. Klub také vydává publikace a šíří povědomí o afázii. (klubafasie.com, online, 2019)

Cerebrum

Cerebrum nebo-li Asociace osob po získaném poškození mozku, z.s. je nezisková organizace, která byla založena v roce 2007. Organizace pomáhá lidem, kteří utrpěli poškození mozku a jejich rodinným příslušníkům nebo blízkým osobám. Cerebrum se především zaměřuje na poradenskou činnost a osvětu problematiky následků poranění mozku. Dále poskytují skupinové tréninky paměti a dalších kognitivních funkcí, logopedické, psychologické konzultace. Cerebrum pořádá pro členy i veřejnost komunikační workshopy, relaxační a dechová cvičení nebo jógu pro zdravotně postižené. (cerebrum2007.cz, online, 2024)

Sdružení CMP

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách (zkratka Sdružení CMP) vzniklo v roce 1990. Sdružení CMP je nezisková organizace, která se zabývá komplexní následnou péčí osob po prodělané cévní mozkové příhodě. Cílem organizace je ulehčit návrat člověka po CMP do každodenního života. Sdružení nabízí rekondiční pobyty, poradenskou činnost, pořádá přednášky a semináře a provozuje kluby CMP. Do klubů členové docházejí a probíhá zde fyzioterapie, logopedie a psychoterapie. Klubová činnost probíhá dvakrát až čtyřikrát za měsíc. (sdruzenicmp.cz, 2024)

2.4 Prognóza afázie

Mnoho lidí, kteří mají diagnostikovanou afázií chce znát prognózu tohoto onemocnění. Národní zdravotnický informační portál (2024) definuje prognózu jako „*předpověď či odhad zdravotního stavu pacienta dle dostupných informací.*“ Poskytování informací o očekávaném průběhu léčby klienta je důležitou součástí jeho uzdravovacího procesu. Pro některé osoby je klíčové, aby věděli, jak se bude afázie dále vyvíjet, jak vypadá zotavovací proces nebo jak bude probíhat rehabilitace. Znalost prognózy může ovlivnit klientovu psychickou stránku a motivovat ho k lepším výkonům při rehabilitaci a urychlit jeho uzdravení. Bohužel někteří lékaři jsou ohledně stanovování prognóz na základě jejich lékařských postupů nejistí, z toho důvodu se stává, že lékaři nejsou schopni prognózu klientům poskytnout. (Cheng, Ryan, Copland, Wallace, 2023)

Co se týče stanovování prognózy u afázie, záleží na rozsahu poškození mozku, intenzitě terapie, vhodném reedukačním postupu. Podstatnými faktory jsou věk, motivace a vůle klienta. Je důležité si uvědomit, že pokrok u afázie nastává průběžně a že léčba má dlouhodobý charakter. (klubafasie.com, 2019) Klienti, kteří mají expresivní afázií mají zpravidla lepší prognózu než klienti se senzoryckou nebo globální afázií. Pokud je příčinou afázie zánětlivé onemocnění mozku, prognóza bývá také velmi dobrá. Naopak u afázií, které vznikly úrazem mozku je prognóza velmi individuální. Záleží tady na vývoji klientovi rehabilitace a na spolupráci více odborníků. (logopedonline.cz, 2024)

V současné době neexistuje žádná vědecká studie, která by se přímo věnovala tomu, jak lidé s afázií přijímají prognózu jejich onemocnění. Jedním z důvodů, proč se touto studií nikdo nezabývá je to, že prognóza afázie se týká rehabilitace a uzdravení pacienta a netýká se smrti a procenta úmrtnosti jako je tomu třeba například u rakoviny. Veškeré informace, že pro některé lidi je znalost prognózy afázie motivující nebo naopak demotivující, byly objeveny náhodou. (Cheng, Ryan, Copland, Wallace, 2023)

Rozdíl proč někteří lidé chtějí znát prognózu a někteří ne, můžeme hledat v jejich psycho-emocionálních procesech. Tyto procesy ovlivňují pohled jedince na příjem informací vyplývajících z prognózy. Vzhledem k tomu, že osoby s afázií se touží vrátit k normálnímu životu, tak znalost prognózy pro ně může být emocionálním stresem. Tento stres také vyplývá ze skutečnosti, že afatik musí vstřebat nové zkušenosti a situace, které ho potkaly. Stres se projevuje různými emocemi – smutek, šok, hněv nebo beznaděj.

Proto je důležité vždy prognózy sdělovat citlivě a hledat na ní ty pozitivní stránky a klienta podporovat. Na druhou stranu zde, ale musí být i realita a vždy klientovi sdělovat to co je v jeho případě možné. (Cheng, Ryan, Copland, Wallace, 2023)

3 Uvedení do prakticky orientované části BP

Český statistický úřad (2006) definuje výzkum jako „*systematickou tvůrčí práci rozšiřující poznání, včetně poznání člověka, kultury a společnosti, a to metodami, které umožňují potvrzení, doplnění či vyvrácení získaných poznatků.*“ V přírodních a sociálních vědách se nejčastěji pro výzkum používají empirická data. Tyto data se získávají pozorováním a experimentem. Výzkum se dělí na základní a aplikovaný. Základní výzkum zkoumá především teoretické otázky a vytváří základní poznatky. Tento výzkum je určen především pro vědce, kteří pracují v dané oblasti, kterou se výzkum zabývá. Aplikovaný výzkum hledá řešení praktického problému a zabývá se praktickými otázkami. Aplikovaný výzkum se dělí na akční (usiluje o změnu stavu), evaluační (hodnotí posuzované informace) a kritický (kritizuje stávající společnost). Na rozdíl od základního výzkumu se aplikovaný výzkum realizuje v přirozeném prostředí. (Hendl, 2023)

V pedagogicko-psychologickém výzkumu se využívají dva základní výzkumné přístupy, a to kvantitativní a kvalitativní. Někteří autoři řadí k těmto přístupům ještě i přístup smíšený, který je kombinací obou. (Skutil a kol., 2011)

Tato bakalářská práce využívá k prakticky orientované části kvalitativní přístup a případové studie.

Miovský (2006, str. 18) definuje kvalitativní přístup jako „*přístup využívající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“

Kvalitativní výzkum podrobuje zkoumaná data podrobné analýze za použití různých metod a technik. Realizace výzkumu má delší časový rámec a je zde intenzivnější kontakt se subjektem. Pracuje s nižším počtem získaného vzorku a používá menší počet standardizovaných metod k získávání dat. Dále se zde operuje s přepisy z rozhovorů, pozorování, audiozáznamů, videozáznamů nebo z úředních dokumentů. Cílem kvalitativního výzkumu je popsat, jak se výzkumný vzorek chová v určité situaci, prostředí nebo proč se chová tímto způsobem. (Skutil a kol., 2011)

Rozlišení jednotlivých typů kvalitativního výzkumu se liší. Každý autor je rozčleňuje jinak. Tato nejednotnost souvisí s různorodou terminologií, vzděláním, filozofií a historií. V kvalitativním výzkumu se může používat případová studie, analýza dokumentů, terénní výzkum, kvalitativní experiment a kvalitativní evaluace. (Miovský, 2006)

Etika výzkumu

Pedagogicko-psychologický výzkum se kromě vědeckých norem a pravidly musí řídit i pravidly etickými. Etické principy by se měly dodržovat ve všech fázích – při přípravě výzkumu, realizaci výzkumu a publikování výzkumu. U zkoumaných respondentů musí výzkumník zachovat jejich anonymitu a mít jejich informovaný souhlas. Informovaným souhlasem se myslí, že respondenti souhlasí s jejich účastí na výzkumu a výzkumník je seznámil se závěry výzkumu. (Skutil a kol., 2011)

Výzkumník má odpovědnost za přesnost a správnost výzkumu. Dále by se výzkumník neměl dopouštět plagiátorství, tedy prezentovat myšlenky jiného autora jako svoje myšlenky. Česká asociace pedagogického výzkumu přijala návrh Etického kodexu pro český pedagogický výzkum a v roce 2010 jej odsouhlasila a schválila. Tento kodex slouží všem, kteří se nějakým způsobem podílejí na výzkumu. Etický kodex se zaměřuje na oblast realizace výzkumu a na publikační činnost. (Skutil a kol., 2011)

3.1 Cíl prakticky orientované části BP

Cílem prakticky orientované části bakalářské práce je na konkrétních příkladech z praxe popsat průběh logopedické intervence u osob s afázií ve vybraném zdravotnickém zařízení a provést monitoring přístupu klinického logopeda k jednotlivým pacientům s diagnózou afázie dle jejich individuálních specifik.

Dílčí cíle prakticky orientované části BP

- DC1: Provést komparaci realizace logopedické intervence u jednotlivých pacientů s diagnózou afázie tvořících výzkumný vzorek.
- DC2: Provést monitoring a komparace pokroku jednotlivých pacientů tvořících výzkumný vzorek při logopedických intervencích
- DC3: Analyzovat přístup logopeda k jednotlivým pacientům tvořící výzkumný vzorek

3.2 Metodologie prakticky orientované části BP

Případová studie zkoumá sice malý vzorek případů, ale získává od nich velké množství dat. Tato podrobná data vedou k podrobnějšímu popisu případu, k zachycení složitých vztahů a jejich celistvosti. Zkoumaný případ se zařazuje do širších souvislostí, porovnává se s jinými případy a posuzují se jejich výsledky. U případových studií se předpokládá, že jejich detailní prozkoumání nám pomůže lépe pochopit jiné, ale podobné případy. (Hendl, 2023)

Případová studie je metoda pomocí, které může informace najít, ilustrovat nebo je ověřit. V pedagogickém výzkumu se studie zaměřují spíše na diagnostiku než na výzkumný účel. Na základě diagnostiky se poté tvoří edukační proces. Účelem studie je nashromáždit jednotlivá data a analyzovat je. Dále zaznamenává průběh dat a pohled účastníků studie na jednotlivá data. Výzkumník je součástí daného případu a na konci výzkumu sepisuje výslednou zprávu. Výhodou případové studie je její komplexnost. Na druhou stranu nevýhodou je její náročnost na přípravu a výzkumník si musí dávat pozor, aby nezačal být zaujatý a tím zkreslit výsledky studie. (Skutil a kol., 2011)

Podle sledovaného případu se rozlišují typy případových studií na osobní případovou studii, studii komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí a zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů. Osobní případová studie se zabývá podrobným výzkumem určité události, která ovlivnila život jedné osoby. Zkoumá příčiny, faktory a postoje, které k události vedly. Studie komunity se zaměřuje na jednu nebo více komunit v daném městě. Popisuje a analyzuje život v komunitě. Studium sociálních skupin analyzuje jak život ve velkých sociálních skupinách (zaměstnanecká skupina) tak i v malých sociálních skupinách (rodina). Studium organizací a institucí se zabývá firmami, školami, odborovými organizacemi a cíle studie se liší. Může se jednat o hledání nejlepšího vzorce chování nebo zkoumání procesů změn. Zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů se zaměřuje na určité události jako například na analýzu interakce učitele a žáka. (Hendl, 2023)

Při plánování případové studie je nutné postupovat dle základního rámce realizace výzkumu. Nejprve se provede volba výzkumného tématu a formulace výzkumných otázek. Výzkumník musí vědět o čem jeho studie bude a k čemu bude sloužit. Dále pak stanoví výzkumné cíle a rozhodne se jakou metodu sběru dat použije. Poté následuje fáze logiky spojení dat a závěrů a kritéria pro interpretaci dat. Tato fáze analyzuje data a

posuzuje kvalitu celého výzkumu. Jako poslední se sepisuje závěrečná zpráva případové studie. (Skutil a kol., 2011)

Pro případové studie prezentované v této BP byly informace a data získávány přímou účastí autorky BP na logopedických intervencích, rozhovorem s logopedkou a nahlédnutím do dokumentace pacientů.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku a místa výzkumného šetření

Výzkumný vzorek byl tvořen 3 osobami. Jednalo se o dva muže ve věku 57 let a jednu ženu ve věku 72 let. Pacientka číslo 1 má diagnostikovanou smíšenou afázii, řečovou apraxii a dysartrii. Pacient číslo 2 má diagnostikovanou smíšenou afázii, orální a verbální apraxii, alexii, agrafii a akalkulii. Pacient číslo 3 má diagnostikovanou Brocovu afázii, verbální apraxii, agrafii a alexii.

Tab. 1 – přehled zúčastněných osob výzkumu

Pohlaví	Věk	Diagnóza
žena	72 let	smíšená afázie
muž	57 let	smíšená afázie
muž	57 let	Brocova afázie

Místo, kde byl získán výzkumný vzorek, byla Oblastní nemocnice Kolín a její pracoviště klinické logopedie. Oblastní nemocnice Kolín sídlí v Žižkově ulici v Kolíně. Na pracovišti klinické logopedie jsem se setkávala s klinickou logopedkou.

3.4 Časový rámec realizace prakticky orientované části BP

Tab. 2 – časový rámec realizace výzkumu

Datum	Činnost
5/2023	kontaktování logopedického pracoviště
9/2023	plánování realizace výzkumu
28. 11. 2023	setkání s pacientem č. 1
1. 12. 2023	setkání s pacientem č. 2
3. 12. 2023	setkání s pacientem č. 3
11/2023	účast na logopedických intervencích
12/2023	účast na logopedických intervencích
1/2024	účast na logopedických intervencích
2/2024	účast na logopedických intervencích
4/2024	zpracování dat získaných z výzkumného šetření

4 Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením

Výzkumného šetření se účastnili tři osoby. Jednalo se osoby ve věku od 57 let do 72 let, z toho byli dva muži a jedna žena. Žena (kazuistika číslo 1) a jeden muž (kazuistika číslo 2) mají diagnostikovanou smíšenou afázi a druhý muž (kazuistika číslo 3) má diagnostikovanou Brocovu afázi.

4.1 Kazuistika č. 1

Prvním klientem byla paní X, které je 72 let. V létě 2023 prodělala cévní mozkovou příhodu (CMP), konkrétně ischemickou formu. U paní X se rozvinula globální afázie, řečová apraxie a dysartrie. Později se diagnóza upravila na těžkou smíšenou afázi.

Rodinná anamnéza

Žije s manželem v bytě ve městě blízko nemocnice, kam dochází v současné době do ambulantní logopedické péče. Frekvence této péče je dvakrát v týdnu. Její rodina je po zdravotní stránce v pořádku – žádná závažná onemocnění nebo řečové poruchy se nevyskytují. Paní X má dvě dcery, které žijí se svými rodinami.

Osobní anamnéza

Před proděláním CMP se u paní X nevyskytovaly žádné řečové poruchy ani jiná závažná onemocnění. Používá brýle na čtení a má lehké sluchové postižení. Paní X je už několik let v starobním důchodu. Předtím celý život pracovala jako učitelka na základní škole.

Zdravotní anamnéza

Paní X postoupila komplexní klinicko-logopedické vyšetření. Při vyšetření byla při smyslech, bez verbálního projevu a s omezenou schopností spolupracovat. Recepce řeči byla narušena na úrovni slov. Za pomoci gest a mimiky dokázala situaci porozumět a orientovala se v částech těla. Psala psacím písmem a byla schopná opisu, ale čtení bylo na nulové úrovni. Dokázala vzít do ruky běžné předměty a gestem předvést k čemu se používají. MAST test nebyl proveden z důvodu jejího stavu. Bylo provedeno i vyšetření orofaciální oblasti – zjištěno, že nesvede pohybovat jazykem ani rty. Dále bylo uskutečněno orientační vyšetření polykání za pomoci testu polykání vody (Daniels), kde bylo polknutí bez následku kašle. Paní X byla doporučena logopedická terapie během hospitalizace. Při logopedické terapii došlo k celkové aktivizaci klientky, stimuloval se její verbální projev a porozumění. Při terapii se využívaly vysoce automatizované formy,

melodicko-intonační terapie a alternativní formy komunikace. Pro komunikaci bylo doporučeno používat gesta.

Po propuštění z nemocnice paní X nastoupila do rehabilitačního ústavu pro cévní choroby mozkové. Z tohoto ústavu byla pro případovou studii k dispozici výstupní logopedická zpráva. Z té vyplývá že paní X má spontánní řečový projev minimální, v její řeči se objevují řečové stereotypy (např. „jo,jo“, „ne,ne“). Dokáže pozdravit a s dopomocí dokáže říci své jméno a příjmení. Při vyjmenování automatických řad je nutná velká dopomoc. Nerozumí ani jednoduchým pokynům, odpovědi ANO/NE jsou nespolehlivé. Má těžkou alexii, využívá globální metodu čtení, ale pouze na úrovni podstatných jmen. Ve psaní se objevuje agrafie, částečně se daří opis, ale psaní písmen, slabik, slov nezvládá. V rehabilitačním ústavu se terapie zaměřovala na stimulaci porozumění jednoduchým pokynům a na nácvik odpovědi ANO/NE. Dále na procvičování pojmenování a automatických řad. Terapie alexie byla prováděna pomocí globální metody čtení a terapie agrafie za pomoci opisu. Paní X dle logopedky spolupracovala dobře a doporučila jí pokračovat v logopedické terapii v místě bydliště. Závěr zprávy zněl že paní X má těžkou smíšenou afázii s převahou postižení expresivní složky, těžkou alexii a agraphii.

Paní X po propuštění z rehabilitačního ústavu znovu nastoupila do nemocnice, ale tentokrát do ambulantní logopedické péče. Opět proběhlo kontrolní klinicko-logopedické vyšetření. Vyšetření proběhlo za přítomnosti dcery. U paní X stále přetrvával spontánní projev na úrovni perseverujících slabik („jo,jo“, „ne,ne“). Spontánní řeč byla neplynulá, měla problémy s automatickou řečí, objevovaly se u ní parafázie a perseverace. Ve psaní se snažila napsat své příjmení, chyběly některé fonémy, ale tvar slova jako takový byl správný. Poté u ní byl zkoušený diktát, podařilo se jí napsat některá izolovaná písmena a slovo pes. Delší slova nedokázala napsat. Při čtení se používala globální metoda čtení, ale nebyla spolehlivá. Při hlasitém čtení byla problematická motorická realizace iniciální hlásky slova. Byl jí proveden MAST test a její skóre bylo následující: v automatické řeči měla 0 bodů z 10, v pojmenování 0 bodů z 10, v opakování 4 body z 10, ve fluenci 0 bodů z 10, ve psaní 0 bodů z 10, v rozumění alternativním otázkám 8 bodů z 20, v rozumění slovu 10 bodů z 10, v rozumění verbálními instrukcím 2 body z 10 a v rozumění čtené instrukci 0 bodů z 10. Paní X měla v celkovém jazykovém indexu 24/100bodů, v indexu produkce měla 4/50bodů a v indexu rozumění měla 20/50bodů. Závěr vyšetření byl následující paní X má těžkou smíšenou afázii, řečovou apraxii (orální/verbální), agraphii a alexii a byla převzata do ambulantní logopedické péče s frekvencí dvakrát týdně.

Průběh logopedické intervence

První logopedická intervence proběhla 28. 11. 2023, kdy podstoupila kontrolní klinicko-logopedické vyšetření při zahájení ambulantní logopedické péče. Paní X chodí na logopedické terapie dvakrát týdně za doprovodu jedné z dcer nebo manžela. Logopedická sezení u paní X probíhají zhruba 30 minut z důvodu vysoké unavitelnosti paní X. Logopedická terapie se zaměřuje především na stimulaci rozumění na úrovni jednoduchých pokynů, nácvik ANO/NE, procvičování automatických slovních řad, stimulaci orofaciální soustavy a procvičování čtení a psaní. Z důvodů opakovatelnosti logopedických terapií popíšu, jak vypadala logopedická terapie u paní X na začátku výzkumného šetření a jak vypadala na konci výzkumného šetření.

Logopedická terapie (prosinec 2023)

Terapie probíhala za přítomnosti jedné z dcer nebo manžela. Na úvod se začínalo s navazováním kontaktu a nějakým úvodním rozhovorem. Paní X měla velmi pomalé tempo, s odpověďmi si dávala na čas a většinou se jednalo o jednoslovnou odpověď. Používala pro ni typická stereotypní slova, ulpívala na předešlých podnětech a opakovala se. Po úvodní části terapie následovala stimulace orofaciální oblasti za pomoci kousacích a žvýkacích tyčinek. Poté probíhala cvičení na čtení. Paní X stále využívala metodu globálního čtení. U čtení má částečné spíše nahodilé porozumění, u opakování izolovaných hlásek má obtíže s hláskou M. Při procvičování psaní zvládá opis izolovaných písmen a krátkých slov.

Logopedická terapie (únor 2024)

Opět terapie probíhají za přítomnosti jedné z dcer nebo manžela. Sezení se zahajuje úvodním rozhovorem, při kterém si paní X dopomáhá pomocí obrázků nebo kartiček. Dokáže s obtížemi vyjmenovat automatické slovní řady, ale jenom jak jdou po sobě, obráceně je nezvládne vyjmenovat. Co se týče stimulace orofaciální soustavy, tak se jí zlepšilo polykání a teď probíhá stimulace pravého koutku. Její porozumění je momentálně na úrovni slov. Má silnou tendenci opakovat slova a vkládat je i do dalších částí terapie. Při psaní zvládá opisovat izolovaná písmena a jednoduchá slova. Cvičení na doplňování písmen ji dělá velké problémy a je nutná výpomoc. Ve čtení používá globální metodu čtení. Při čtení je pomalejší a je zapotřebí jí dávat instrukce pomalu a být při nich konkrétní.

Výsledek výzkumného šetření

Během logopedické intervence bylo u paní X pozorováno zlepšení ve spontánním projevu a v porozumění. Logopedické terapie mají na paní X pozitivní vliv. Došlo k mírnému zlepšení ve všech narušených oblastech, což ovlivnilo motivaci paní X. Paní X při terapiích byla vždy milá a ochotná spolupracovat. Problém byl však s délkou trvání terapie, pokud terapie trvala déle než 30 minut, objevovala se únava a více chyb ve cvičeních. U paní X je nutná dlouhodobá logopedická terapie. Pokud, ale bude dál na terapii docházet tak se její prognóza zdravotního stavu zlepší a bude příznivější.

4.2 Kazuistika č. 2

Druhým klientem byl pan Y, kterému je 57 let. V říjnu 2023 prodělal cévní mozkovou příhodu (ischemickou formu). Panu Y byla diagnostikována těžká smíšená afázie, řečová apraxie (orální/verbální), agrafie a alexie.

Rodinná anamnéza

S manželkou žije v rodinném domě ve vzdáleném městě. Do nemocnice dojíždí do ambulantní logopedické péče. Frekvence logopedické péče je dvakrát týdně. V rodině se nevyskytují žádná vážnější zdravotní omezení. S manželkou má pan Y dvě děti – syna a dceru. Ani jeden už s rodiči nebydlí.

Osobní anamnéza

Pan Y už předtím prodělal cévní mozkovou příhodu a vyskytovala se u něho narušená komunikační schopnost. Měl úraz hlavy a krku a podstoupil několik operací. Používá brýle na čtení a má lehké sluchové postižení. Pan Y je v invalidním důchodu. Předtím pracoval jako vrchní dozorčí ve věznici.

Zdravotní anamnéza

Na rozdíl od paní X u pana Y se nepodařilo získat informace, kde se léčil předtím, než nastoupil do ambulantní logopedické péče. Proběhlo kompletní klinicko-logopedické vyšetření. Pan Y byl při vyšetření při smyslech a spolupracoval. Vyšetření bylo za přítomnosti celé rodiny. Recepce řeči byla narušena na úrovni slov. Zvládal vyhovět jednoduchým pokynům, ale jejich ukázání bylo nestabilní. Jeho spontánní řeč byla neplynulá, na úrovni izolovaných citoslovců (např. „no“, „jo“), občas se objevila izolovaná slova. Při zkoušení automatických slovních řad dokázal napočítat s nápovědou

do 10. Vyjmenovat dny v týdnu nezvládnul. Zkoušel doplňovat přísloví, ale objevovaly se parafázie. Dále se u pana Y objevuje perseverace a opakování slov. Z vyšetření vyplynulo, že pan Y má těžkou poruchu pojmenování. Vzhledem k poruše porozumění nebylo možné vyšetřit prostorovou a pravolevou orientaci. Dále se provedlo vyšetření psaní. Pan Y dokázal napsat správný tvar písmen, ale slova byla napsána špatně. Byl schopný opisu, ale diktát nezvládnul. Čtení u pana Y nebylo zachováno, nedokázal používat ani globální metodu čtení. Dokázal přečíst pár izolovaných písmen. Orofaciální oblast byla vyšetřena pomocí nápodoby. Dále byl u pana Y realizován MAST test a jeho skóre bylo následující: v automatické řeči měl 1 bod z 10, v pojmenování měl 0 bodů z 10, v opakování 6 bodů z 10, ve fluenci 0 bodů z 10, v psaní 0 bodů z 10, v rozumění alternativním otázkám 12 bodů z 20, v rozumění slovu 10 bodů z 10, v rozumění verbálním instrukcím 4 bodů z 10, v rozumění čtené instrukci 0 bodů z 10. Pan Y měl v celkovém jazykovém indexu 33/100bodů, v indexu produkce měl 7/50bodů a v indexu rozumění měl 26/50bodů.

Průběh logopedické intervence

První logopedická intervence proběhla 1. 12. 2023, kdy pan Y podstoupil kontrolní klinicko-logopedické vyšetření. Pan Y má stanovený interval logopedické péče na dvě sezení za týden. Na terapie dochází se svojí manželkou. Sezení trvají okolo 60 minut a dle logopedky je u pana Y větší perspektiva pro zlepšení. U pana Y se na terapii procvičují automatické slovní řady. Při terapii se pracuje na používání metody globálního čtení. Velmi se osvědčil multisenzorický přístup při intervencích. Trénuje motorickou realizaci fonému a následně potom slova. Pan Y se snaží rozvíjet grafii a lexii.

Logopedická intervence (prosinec 2023)

S panem Y se terapií účastnila i jeho manželka. Na začátku terapie se začínalo s navazováním kontaktu a s úvodním rozhovorem. Pan Y odpovídal na otázky pomalu, probíhala u něho snaha tvořit věty. V jeho mluvě se objevovaly parafázie a perseverace. Měl problém s realizací hlásky T. Dokázal vyjmenovat automatické slovní řady a seřadit je. Při motorické realizaci dokáže písmena zopakovat, ale nerozezná je. U pojmenování se u něho využívaly strategie, které tlumily perseverace. Dále se trénovalo porozumění a orientace na vlastním těle. Ta byla pro pana Y velmi obtížná. Pan Y procvičoval čtení a psaní izolovaných písmen. Při metodě globálního čtení dokázal vybrat odpovídající slova k obrázkům, a i většinu z nich přečíst. Pan Y domů dostal materiály na procvičování. Ty

s manželkou poctivě plní. Dle manželky se u něho nejvíce osvědčily kartičky s názvy na předmětech denní potřeby.

Logopedická intervence (únor 2024)

V úvodních rozhovorech se pan Y už lépe orientuje. Dokáže zodpovědět otázky týkající se dnů v týdnu a začíná se snažit vyprávět o svém dni. Zkouší vytvářet jednoduché věty. Do spontánní řeči se mu mísí automatické slovní fráze. Stále se u něho objevují perseverace. Při rozhovorech mu velice napomáhá kresba. Daří se mu pojmenovávat předměty a přiřazovat jim odpovídající tvary. Počítání panu Y nedělá problémy, ale má obtíže s pojmenováním číslic. Dobře se orientuje v čase (den, měsíc, rok). Využívá metodu globálního čtení, zde dokáže rozpoznat tvar slova a přiřadit ho k správnému obrázku, ale má problémy s hlasitým čtením. Skládá věty a slovní spojení na základě vizuální podpory. Trénuje porozumění (cvičení na pravdu a lež). Začíná používat individuální afatický slovník tvořený reálnými obrázky a jejich názvy.

Výsledek výzkumného šetření

Logopedické terapie mají na pana Y pozitivní vliv. Od té doby, co se terapií účastní je u něho sledován pokrok a má velmi dobrou perspektivu pro zlepšení. Tyto pozitivní výsledky jsou dány především intenzivní domácí přípravou, kterou pan Y vykonává. U pana Y došlo ke zlepšení ve všech narušených rovinách. Zlepšil se mu spontánní projev řeči, orientace v čase a prostoru, porozumění. Velice mu při komunikaci pomáhá kresba. Při terapiích je pan Y vstřícný, milý a ochotný spolupracovat. I přes všechny pokroky je u pana Y nutná dlouhodobá logopedická terapie.

4.3 Kazuistika č. 3

Třetím klientem byl pan Z, kterému je 57 let. V listopadu 2019 prodělal ischemickou formu cévní mozkové příhody. U pana Z se rozvinula globální afázie, apraxie (orální/verbální), alexie, agrafie a akalkulie. Postupně se diagnóza upravila a stanovila na Brocovu afázii.

Rodinná anamnéza

S manželkou žije pan Z v městském bytě a do nemocnice dojíždí do ambulantní logopedické péče. Ambulantní logopedickou péči navštěvuje přerušovaně od roku 2020.

Frekvence péče je stanovena na jedno setkání v týdnu. V jeho rodině se žádná závažná onemocnění ani řečové poruchy nevyskytují. Pan Z má dvě děti – dceru a syna.

Osobní anamnéza

U pana Z se již v minulosti vyskytovala cévní mozková příhoda a narušená komunikační schopnost. Měl úraz hlavy a kvůli němu musel podstoupit operaci. Nosí brýle na čtení a má lehké sluchové postižení. Pan Z je v invalidním důchodu. Je vyučený a předtím pracoval jako OSVČ.

Zdravotní anamnéza

U pana Z bylo provedeno komplexní klinicko-logopedické vyšetření. Pan Z byl při vyšetření při smyslech, velmi se snažil spolupracovat a vzhledem k tomu, že byl chodící mohlo vyšetření probíhat u stolu. Recepce řeči byla narušena již na úrovni izolovaných slov. Spontánní řeč byla minimální, převažovaly stereotypy a automatismy. Pan Z nezvládnul automatické slovní řady ani s dopomocí. Po několika opakování s využitím pohybu ruky a rytmičtější zvládnul číselnou řadu. Měl těžkou poruchu pojmenování, nedokázal pojmenovat předměty i když je poznal. Objevovala se u něho lehká perseverace, parafázie a neologismy. Opakování bylo těžce narušeno. Prostorová, pravolevá orientace a orientace na těle byly lehce narušeny. Povedlo se mu opsat svoje jméno, ale automatické psaní ani diktát nezvládnul. Nedokázal přečíst izolovaná slova a věty. Globální metoda na úrovni izolovaných slov byla u pana Z nestabilní. Dále bylo provedeno vyšetření orofaciální oblasti. V rámci vyšetření mu byl proveden MAST test, jehož skóre bylo následující: v automatické řeči 0 bodů z 10, v pojmenování 0 bodů z 10, ve fluenci 0 bodů z 10, v psaní 0 bodů z 10, v rozumění alternativním otázkám 8 bodů z 20, v rozumění slovu 10 bodů z 10, v rozumění verbálními instrukcemi 2 z 10 a v rozumění čtené instrukce 0 bodů z 10. Celkový jazykový index měl pan Z 14/100bodů, index produkce 0/50bodů a index rozumění byl 14/50bodů. Během hospitalizace v nemocnici bylo panu Z vysvětleno, co je to afázie, možnosti budoucí terapeutické spolupráce a byla zahájena logopedická terapie.

V prosinci 2019 bylo panu Z provedeno výstupní logopedické vyšetření. Za dobu hospitalizace probíhala intenzivní logopedická terapie za spolupráce nejen pana Z, ale i jeho rodiny. U pana Z se zlepšila recepce i exprese, ale stále u některých izolovaných slov bylo narušeno porozumění. Převažovala neplynulost projevu, minimální produkce a

objevovaly se automatismy a agramatismy. Byl schopen vyjmenovat číselnou řadu, dny v týdnu a přečíst krátkou větu, i když porozumění bylo stále nestabilní. Opakování bylo narušené. Ve psaní se zvládnul pouze podepsat. Opis nebo diktát slov nebyl možný. Dokázal spočítat jednoduché početní operace. Byl mu proveden opět MAST test. Celkový jazykový index byl 38/100bodů, index produkce 12/50bodů a index rozumění 26/50bodů. Po propuštění z nemocnice pokračoval pan Z v logopedické terapii v rehabilitačním ústavu.

V březnu 2020 se pan Z vrátil z rehabilitačního ústavu a začal navštěvovat ambulanti logopedickou péči v nemocnici. Bylo mu provedeno logopedické vyšetření. Z vyšetření vyplynulo, že u pana Z převládá neplynulý verbální projev s parafáziemi. Automatické slovní řady zvládal jmenovat s obtížemi a nápovědou. Předměty se mu dařilo pojmenovat jen s dopomocí. Dokázal opakovat krátká slova, u náročnějších slov opakování vážlo a objevovaly se anomické pauzy a neologismy. Ve čtení dokázal porozumět složitějším instrukcím s pomocí globální metody čtení. Ve psaní byl schopen opisu krátkých slov. Opět byl testován MAST testem. Jeho celkový jazykový index se zlepšil na 62/100bodů, index produkce na 20/50bodů a index rozumění na 42/50bodů. Bylo mu doporučeno pokračovat v logopedické terapii a začít navštěvovat ergoterapeutickou péči pro neurokognitivní trénink.

Logopedická terapie byla poté přerušena z důvodu pandemie COVID 19 a zase se v ní navázalo v dubnu 2021. Pan Z opět podstoupil komplexní klinicko-logopedické vyšetření. Recepce řeči byla u pana Z narušena na úrovni složitějších, násobných či logicko-gramatických celků. Při komunikaci mu výrazně pomáhala gesta a kresba. Spontánní projev byl stále neplynulý, s parafáziemi, anomickými pauzami a agramatismy. Dokázal vyjmenovat automatické slovní řady, ale přísloví ne. Dokázal číst nahlas a porozumění textu bylo omezené. Ve psaní byl schopen se podepsat a napsat krátká slova. V MAST testu měl výsledky následující: celkový jazykový index 73/100bodů, index produkce 25/50bodů a index rozumění 48/50bodů.

Průběh logopedické intervence

První logopedická terapie proběhla 3. 12. 2023, kdy se pan Z účastnil logopedické terapie. U pana Z byla dříve frekvence terapií stanovena na dvě setkání za týden, ale nyní je stanovena na jedno setkání v týdnu. Pan Z dochází pravidelně za účasti některého z rodinných příslušníků. Sezení trvá okolo 60 minut. Pan Z pokračuje v logopedické

terapii a nadále dochází i do ergoterapeutické péče pro neurokognitivní rehabilitaci. Při terapii se využívá metoda globálního čtení. Ze začátku mu byla doporučována skupinová terapie, ale od toho se ustoupilo. Nyní probíhá individuální terapie za přítomnosti logopedky a komunikačního partnera v podobě některého z rodinných příslušníků. U pana Z se hojně využívá komunikace za pomoci kresby nebo gest.

Logopedická intervence (prosinec 2023)

Logopedická terapie probíhala za účasti rodinného příslušníka, nejčastěji manželky. Nejprve se začínalo úvodním rozhovorem. V úvodním rozhovoru se podporoval spontánní projev. Pan Z využíval kresbu a doprovodná gesta jako podporu v komunikaci. Pan Z volil ve svém projevu izolovaná slova nebo krátké jednoduché věty. Ve spontánní řeči se vyskytovaly automatismy. Při stimulaci porozumění vyhledával psaná slova na papíru, izolovaná slova mu nedělala problém, ale při hledání dvou slov váhal a občas je nedokázal udržet v paměti. Dále četl izolovaná slova nahlas a v psaní procvičoval diktát, v tom zvládal napsat izolované hlásky nebo krátká slova.

Logopedická intervence (únor 2024)

Na logopedické terapie chodí pan Z sám nebo s doprovodem. V úvodních rozhovorech je schopen povídat v delších časových úsecích. Dokáže vést rozhovor o práci, rodině nebo o tom co se stalo minulý týden. Pan Z má na sebe subjektivní názor, ve kterém se uvědomuje že má poruchu řeči a je z toho nešťastný. Na terapiích procvičuje popis fotografií za pomoci fonémické či sémantické nápovědy. Pan Z zvládá automatickou řeč, ale dělají mu problémy přísloví. Při opakování izolovaných slov nemá obtíže. Už se mu daří opakovat i dvě slova, ale jen když spolu souvisejí. V globálním čtení procvičuje přiřazování barev k jejich názvům a pojmenování předmětů. U pojmenování předmětů jsou časté grafémové záměny. Při psaní diktátu mu napomáhá nápověda iniciální hlásky. Z domova má vyrobený pomocný slovník, kde každá hláska má své pomocné slovo.

Výsledek výzkumného šetření

Stejně jako u paní X a pana Y má logopedická terapie na pana Z pozitivní vliv. Logopedických terapií se účastní už dlouhou dobu a za tu dobu u něho došlo k pokroku. U pana Z se zaznamenalo zlepšení ve všech narušených rovinách. Nyní např. už dokáže vést rozhovory v delších časových úsecích. Pan Z si uvědomuje svoji situaci a je z ní nešťastný a frustrovaný. Tyto emoce poté negativně ovlivňují jeho výkon při terapiích.

Byla mu také navrhována skupinová terapie, ale tu odmítl. Pan Z nyní dochází na logopedické terapie jednou týdně a pokud se jich bude nadále účastnit jeho zdravotní stav se bude zlepšovat.

5 Zhodnocení naplnění cílů PČ BP

Monitoring logopedické intervence byl proveden u tří vybraných klientů. Dva klienti měli diagnostikovanou smíšenou afázií a jeden klient měl Brocovu afázií. Prvním klientem, u kterého byl prováděn monitoring byla paní X, které byla smíšená afázie diagnostikována po ischemické cévní mozkové příhodě. Nejprve měla diagnostikovanou globální afázií, ale nakonec se diagnóza upravila na smíšenou afázií. Druhým klientem byl pan Y, u kterého byla také po ischemické cévní mozkové příhodě diagnostikována smíšená afázie. Třetím klientem byl pan Z, který také prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu, ale byla mu diagnostikována Brocova afázie. Oba klienti se smíšenou afázií byli v době šetření výzkumného vzorku v logopedické péči zhruba půl roku. Klient s Brocovou afázií byl v logopedické péči přerušovaně od roku 2020.

Samotné monitoriny proběhly u klientů v průběhu listopadu 2023 až února 2024. Autorce bakalářské práce bylo umožněno nahlédnout na 12 sezení. Každé sezení trvalo 60 minut, u paní X se doba sezení zkracovala na 30 minut z důvodu vysoké unavitelnosti klientky. Autorka bakalářské práce pozorovala klienty a jejich pokrok během logopedických terapií a snažila se nenarušovat jednotlivé terapie.

Shrnutí cílů

Hlavní cíl: na konkrétních příkladech z praxe popsat průběh logopedické intervence u osob s afázií ve vybraném zdravotnickém zařízení a provést monitoring přístupu klinického logopeda k jednotlivým pacientům s diagnózou afázie dle jejich individuálních specifik.

Logopedické intervence měly u všech tří klientů podobný průběh. Na začátku intervence klinická logopedka navazovala s klientem kontakt, získávala si jeho důvěru a začínala úvodním rozhovorem. Ten se u jednotlivých klientů lišil podle jejich možností. U paní X se rozhovor zaměřoval spíše na základní otázky typu „Jak se jmenujete?“, „Jak se dneska máte?“ atd. U pana Z probíhal úvodní rozhovor o jeho rodině, zájmech nebo o zážitcích, které se mu během týdne staly. Po úvodním rozhovoru se pokračovalo v procvičování automatických řad, ve spontánním řečovém projevu nebo v porozumění. Co se týče automatických řad nejlépe byl na tom pan Z, jemuž automatické řady nedělaly problémy. Pan Y dokázal automatické slovní řady vyjmenovat a seřadit. Paní X automatické slovní řady také vyjmenovala, ale na rozdíl od pánů Y a Z má s nimi obtíže. Spontánní projev

byl u všech třech neplynulý. Každopádně u všech třech bylo možné pozorovat zlepšení. Paní X v průběhu terapií méně používala stereotypní slova, ale stále u ní přetrvaly parafázie. U pánů se ve spontánním projevu objevovaly automatické slovní fráze a automatismy, ale byli schopní tvořit jednoduché věty. S porozuměním na tom byla ze všech třech klientů nejhůře paní X, která měla porozumění na úrovni slov. Poté následovalo procvičování čtení a psaní. Všichni tři klienti využívali globální metodu čtení. Paní X měla při čtení pomalejší tempo a potřebovala více času na pochopení instrukcí. Panu Y zase dělalo velké problémy hlasité čtení. Pan Z v globálním čtení procvičoval barvy a pojmenovávání předmětů. Ve psaní paní X zvládala opis izolovaných písmen a jednoduchých slov. Nebyla schopná vyplnit cvičení na doplňování písmen. Pan Y při terapiích trénoval opis písmen a doplňování písmen dle vzoru. Pan Z trénoval opis a diktát. Při diktátu mu pomáhala nápověda v podobě iniciální hlásky. Na konci každé terapie dostali klienti materiály na procvičování.

Dílčí cíl 1: Provést komparaci realizace logopedické intervence u jednotlivých pacientů s diagnózou afázie tvořících výzkumný vzorek.

Realizace logopedické intervence byla u všech klientů podobnou strukturou. Vždy se skládala z navázání kontaktu, úvodních rozhovorů a terapeutických cvičení. Na konci terapie byly klientům poskytnuty terapeutické materiály. Lze říci, že dílčí cíl 1 byl naplněn.

Dílčí cíl 2: Provést monitoring a komparaci pokroku jednotlivých pacientů tvořících výzkumný vzorek při realizaci logopedických intervencí.

Ze všech třech pozorovaných klientů, byl největší pokrok zaznamenán u pana Z. Nicméně pan Z na rozdíl od paní X a pana Y chodí na logopedické terapie delší dobu a má odlišnější diagnózu. Proto když budeme srovnávat paní X a pana Y, kteří mají stejnou diagnózu a začali docházet na terapie ve skoro stejnou dobu, tak větší pokrok byl zaznamenán u pana Y. Velkou roli v tom hraje průběh a vývoj onemocnění, věk klienta a přístup klienta. I když paní X také plní cvičení, která dostává do domácí přípravy, tak u pana Y je domácí trénink intenzivnější. U pana Y byla zaznamenána i větší motivace než u paní X. Lze konstatovat, že dílčí cíl 2 byl také naplněn.

Dílčí cíl 3: Analyzovat přístup logopeda j jednotlivým pacientům tvořících výzkumný vzorek.

Klinická logopedka ke všem třem klientům přistupovala mile a ochotně. Pokud měl klient problém se cvičením, snažila se mu napovědět a navést ho ke správné odpovědi. Byla velmi trpělivá, empatická a vstřícná. Dílčí cíl 3 byl také naplněn.

S ohledem na naplnění DC1 – DC3 lze konstatovat, že hlavní cíl prakticky orientované části byl naplněn.

V realizaci výzkumného šetření bylo objeveno několik limitů, které výzkum ovlivnily. Jednalo se především o malý výzkumný vzorek, v tomto případě o 3 osoby. Pro získání významnějších souvislostí v datech by bylo zapotřebí větší velikost vzorku. Výrazným limitem výzkumného šetření byla skutečnost, že se zkoumala práce jednoho člověka, tedy práce a přístup jednoho klinického logopeda. Výzkum proto nemohl porovnat, zda je práce a přístup logopeda v normě či nikoliv. Dalším limitem byla časová realizace výzkumu. Pro výraznější výsledky výzkumného šetření by bylo zapotřebí, aby byl výzkum dlouhodobější.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou afázie, která je v současné době velmi aktuálním tématem. Motivací k realizaci BP na toto téma je zvyšující se % lidí, u nichž se tato porucha vyskytuje. Přece jen její nejčastější příčinou je cévní mozková příhoda, která má v naší společnosti vysoký výskyt. Přesto, že je afázie velmi rozšířenou poruchou mnoho lidí vlastně netuší, co to je a jak se léčí. Osoby s afázií se každý den setkávají se spoustou překážek. S překonáním těchto překážek jim pomáhá logopedická intervence. Kliničtí logopedi se stále snaží nacházet nové materiály, trendy nebo přístupy, které by afatikům usnadnily život. Závěrem lze dodat to, že pro afatika a jeho návrat do běžné společnosti je logopedická intervence nezbytností.

Cílem bakalářské práce je na konkrétních případech z praxe popsat průběh logopedické intervence u osob s afázií ve vybraném zdravotnickém zařízení a provést monitoring přístupu klinického logopeda k jednotlivým pacientům s diagnózou afázie dle jejich individuálních specifik. Dále se práce zaměřuje na komparaci logopedické intervence u jednotlivých pacientů s diagnózou afázie. Bakalářská práce také komparuje pokrok jednotlivých pacientů při logopedických intervencích a analyzuje přístup logopeda k jednotlivým pacientům.

Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol. V první kapitole se vymezuje pojem afázie a je zde uvedení do této problematiky. První kapitola poté popisuje etiologii, symptomatologii a klasifikaci afázie. Dále se zmiňuje o dětské afázii a primární progresivní afázii. Tuto kapitolu uzavírá diagnostika afázie. Druhá kapitola teoretické části se věnuje logopedické intervenci. Logopedická intervence je v této kapitole definována a popsána. Poté je zde zmíněna terapie afázie, rehabilitace řeči a specifika přístupu k cílové skupině osob s afázií. Poslední část druhé kapitoly se věnuje prognóze afázie.

Prakticky orientovaná část je úzce spjata s teoretickou částí. Je rozdělena do tří kapitol. První kapitola PČ se zabývá výzkumem, jeho definicí a etikou. Je zde popsána metodologie výzkumu, charakteristika výzkumného vzorku a místa výzkumného šetření. V poslední řadě tato kapitola uvádí časový rámec realizace prakticky orientované části BP. Další kapitola se věnuje prezentaci dat zjištěných výzkumným šetřením. Data byla zjišťována pomocí tří kazuistik. Poslední kapitola prakticky orientované části je shrnutí, kde je popsán hlavní cíl bakalářské práce, dílčí cíle a jejich naplnění.

Seznam zkratk

AST	Aphasia Screening Test
Atd.	a tak dále
BP	bakalářská práce
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
DC1	dílčí cíl 1
DC2	dílčí cíl 2
DC3	dílčí cíl 3
MAST	Mississippi Aphasia Screening Test
MIT	melodická-intonační terapie
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PACE	Promoting Aphasics Communicative Effectiveness
PAV	pražské afaziologické vyšetření
PČ	praktická část
PSD	poststroke depression
VFF	vyšetření fatických funkcí

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 přehled zúčastněných osob výzkumu

Tabulka č. 2 časový rámec realizace výzkumu

Zdroje

Afaslovník [online]. c2024 [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://afaslovník.cz/>

Afázie. In: Logopedonline [online]. c2024 [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: <https://www.logopedonline.cz/poruchy-rci/afazie/>

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.

BAKER, Caroline; WORRALL, Linda; ROSE, Miranda a RYAN, Brooke. 'It was really dark': the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. Online. *Aphasiology*. 2020, roč. 34, č. 1, s. 19-46. ISSN 0268-7038. [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1673304>.

Cerebrum - Asociace osob po získaném poškození mozku, z.s. [online]. c2024. [cit. 2024-04-13]. Dostupné z: <https://cerebrum2007.cz/>.

Co je afázie [online]. c2024 [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.cojeafazie.cz/pomucky/>

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Zsolt a LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt a RUSINA, Robert. *Primární progresivní afázie: diagnóza a logopedická terapie*. Praha: Maxdorf, 2023. ISBN 978-80-7345-749-5.

FLANDERKOVÁ, Eva. *Čeština v afázii: teorie a empirie*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4246-8.

HARMON, Tyson G. Everyday communication challenges in aphasia: descriptions of experiences and coping strategies. Online. *Aphasiology*. 2020, roč. 34, č. 10, s. 1270-1290. ISSN0268-7038.[cit.2024-05-12].Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1752906>.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

CHENG, Bonnie B. Y.; RYAN, Brooke J.; COPLAND, David A. a WALLACE, Sarah J. Prognostication in post-stroke aphasia: Perspectives of people with aphasia on receiving information about recovery. [online]. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2023, roč. 33, č. 5, s. 871-902. ISSN 0960-2011. [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09602011.2022.2051565>.

IWASAKI, Natsumi; RYAN, Brooke; WORRALL, Linda; ROSE, Miranda a BAKER, Caroline. Experiences of mood changes and preferences for management within stepped psychological care from the perspective of spouses of people with aphasia. [online]. *Aphasiology*. 2023, roč. 37, č. 2, s. 330-361. ISSN 0268-7038. [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02687038.2021.2015746>.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KEVICKÁ, Viktória. Efektivita terapie afázie. In: *ResearchGate* [online]. c2019 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/357339894_Efektivita_terapie_afazie_Effektivennes_of_Therapy_in_Aphasia

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

Klub afázie. [online]. c2019. [cit. 2024-04-13]. Dostupné z: <https://www.klubafasie.com/>.

KONEČNÝ, P., R. VYSOKÝ, M. ELFMARK a K. URBÁNEK. Efekty cílené orofaciální rehabilitace u pacientů s poruchou řečových funkcí po cévní mozkové příhodě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. Praha: MailFinish, 2017, roč. 2017, č. 3, s. 316-322 [cit. 2024-04-14]. ISSN 1210-7859. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2017-3-6/efekty-cilene-orofacialni-rehabilitace-u-pacientu-s-poruchou-recovych-funkci-po-cevni-mozkove-prihode-60993>

KONEČNÝ, P. a R. VYSOKÝ. Výsledky cílené orofaciální rehabilitace u neurologických pacientů s poruchou artikulace a fonace. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2024, 2008-2024, roč. 2007. č. 1, s. 18-23 [cit. 2024-04-14]. ISSN 1805-4552. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2007-1/vysledky-cilene-orofacialni-rehabilitace-u-neurologickyh-pacientu-s-poruchou-artikulace-a-fonace-1832>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena. *Komunikace a handicap - Sborník textů mezinárodní vědecké konference*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.

KUTÁLKOVÁ, Dana a PALODOVÁ, Daniela. *Palatolalie a afázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-242-0.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

Metaanalýza. Národní zdravotnický informační portál [online]. c2024 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1566>

MICHLOVÁ, Barbora. *Dětská afázie*. Listy klinické logopedie [online]. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2018, roč. 2018. č. 2, s. 27-31 [cit. 2024-01-07]. ISSN 2570-6179. Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2018/02/06.pdf>

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

NEUBAUER, Karel a DOBIAS, Silvia. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Recenzované monografie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-518-9.

NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUEROVÁ, Lenka; JAVORSKÁ, Miroslava a NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.

NOVÁK, Tomáš. *Depresivní porucha po cévní mozkové příhodě*. Neurologie pro praxi. [online]. Olomouc: Solen, s.r.o. 2024, roč. 2019, č. 5, s. 377-382. [cit. 2024-04-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201905-0011_depresivni_porucha_po_cevni_mozkove_prihode.php.

Orofaciální stimulace. In: Něco navíc aneb život s Downovým syndromem [online]. c2024 [cit. 2024-04-13]. Dostupné z: <https://www.neco-navic.cz/l/orofacialni-stimulace/>

Orofaciální terapie. In: Fyzioterapie LOGOFYZ [online]. c2024 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.logofyz.cz/terapie.html>

Prognóza. Národní zdravotní informační portál. [online]. c2024. [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/37>.

Promoting Aphasics' Communication Effectiveness (PACE). In: The Aphasia Community [online]. c2024 [cit. 2024-03-21]. Dostupné z: <https://www.aphasia.com/aphasia-library/aphasia-treatments/pace/>

SARNO, Martha Taylor. *Aphasia: selected readings*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1972.

Sdružení CMP. [online]. c2024. [cit. 2024-04-13]. Dostupné z: <https://sduzenicmp.cz/>.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHLESINGER, Hope; SHIGGINS, Ciara; KNEEBONE, Ian I.; BROOMFIELD, Niall M. a FORD, Catherine. Screening Depression and Suicidality in Post Stroke Aphasia: A Theory of Planned Behaviour Study. Online. *Aphasiology*. 2024, roč. 38, č. 3, s. 440-461. ISSN 0268-7038. [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02687038.2023.2203801>.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

STANČÁKOVÁ, Zuzana. *Logopedická péče o pacienty s poruchou řeči v subakutním stadiu* [online]. Solen, 2001-2024, roč. 2013, č. 3, s. 131-132 [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2013/03/04.pdf>

ŠEVELA, Kamil a ŠEVČÍK, Pavel. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3146-9.

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠMÍD, Petr. Dostupné materiály pro terapii afázie v klinické praxi. *Listy klinické logopedie* [online]. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2018, roč. 2018, č. 2, s. 62-63 [cit. 2024-04-03]. ISSN 2570-6179. Dostupné z: <https://casopis.aklcr.cz/pdfs/lkl/2018/02/15.pdf>

Ukazatelé výzkumu a vývoje. [online]. In: Český statistický úřad. 2006. . [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ab0048fb0f>.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a MLČÁKOVÁ, Renata. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.

VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.

What Not To Do. In: The Aphasia Community. [online] c2024. Dostupné z: <https://www.aphasia.com/aphasia-library/caregiver/communication-tips/what-not-to-do/>. [cit. 2024-04-12].

Your Role in Rehabilitation and Therapy. [online]. In: The Aphasia Community. c2024. Dostupné z: <https://www.aphasia.com/aphasia-library/caregiver/rehabilitation-and-therapy/the-role-of-caregivers/>. [cit. 2024-04-12].

7 Communication Tips for New Caregivers. [online]. In: The Aphasia Community. C2024. Dostupné z: <https://www.aphasia.com/aphasia-library/caregiver/communication-tips/7-communication-tips-for-new-caregivers/>. [cit. 2024-04-12].

Přílohy

Příloha č. 1 Žádost o umožnění průzkumného šetření

Hlavní sestra
Šandová Irena
Žižkova 146,
Kolín 3, 28000

Ve Veltrubech 9. 10.2023

Věc: Žádost o umožnění průzkumného šetření

Žádám Vás o umožnění průzkumného šetření v souvislosti se závěrečnou bakalářskou prací ve Vašem zdravotnickém zařízení. Téma mé práce je: „Logopedická intervence u osob s afázií“. V práci bych se zaměřila na intervenci logopeda u jednotlivých pacientů s afázií. Veškeré údaje budou použity pouze pro mou bakalářskou práci.

Za kladné vyřízení žádosti předem děkuji

Pavčina Barešová
Dlouhá 175
Veltruby, 28002

Vyjádření k žádosti:

- Žádost povolena
- ~~Žádost zamítnuta~~

Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
Hlavní sestra
Irena Šandová

*Oblastní nemocnice Kolín, a. s.,
nemocnice Středočeského kraje*
Žižkova 146, 280 02 Kolín III, IČO: 272 56 391

Podpis.....

-2-