

Realizace logopedické intervence u osob po cévní mozkové příhodě

Diplomová práce

Autor: Bc. Andrea Sklenářová
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – logopedie
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph. D



Zadání diplomové práce

Autor:	Andrea Sklenářová
Studium:	P18P0673
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika - logopedie
Název diplomové práce:	Realizace logopedické intervence u osob po cévní mozkové příhodě
Název diplomové práce AJ:	The implementation of logopedic intervention in people after cerebral stroke

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá problematikou realizace logopedické intervence u osob po cévní mozkové příhodě. V úvodních kapitolách diplomové práce budou popsány příčiny a důsledky cévní mozkové příhody, následně pak komplexně charakterizována afázie (definiční vymezení, klasifikace, symptomatologie) a dále budou nastíněny možnosti logopedické intervence u osob po cévní mozkové příhodě. V empiricky orientované části diplomové práce budou na základě konkrétních případů z praxe popsány možnosti realizace logopedické intervence u osob po cévní mozkové příhodě, to je primárně u osob s diagnózou afázie. Z metodologického hlediska budou využity kazuistiky.

NEUBAUER, K. Neurogení poruchy komunikace u dospělých. Praha: Portál, 2007. 27s. ISBN 978807367-1594. KULIŠTÁK, P., Lehečková, H., Jikrová, M., Nebudová, J., Afázie. Praha: TRITON, 1997, 229 s., ISBN: 80-85875-38-1. NEUBAUER, Karel. Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucího diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce, paní PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za její odborné vedení, velkou podporu a poskytnuté cenné rady při tvorbě diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala klinické logopedce z Rehabilitačního ústavu Hostinné paní Mgr. Zuzaně Filípkové, která se na výzkumném šetření taktéž podílela.

Anotace

SKLENÁŘOVÁ, Andrea. Logopedická intervence u osob po cévní mozkové příhodě. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. Počet stran 112.

Tato diplomová práce se věnuje problematice realizace logopedické intervence u osob po cévní mozkové příhodě. V úvodních kapitolách DP je popsána problematika stavu osob po cévní mozkové příhodě, a to nejen v kontextu medicínském, ale i sociálním a psychologickém. Pozornost je dále věnována narušené komunikační schopnosti v důsledku CMP – afázii, jejímu definičnímu vymezení, etiologii, klasifikaci a symptomatologii. Následují kapitoly zabývající se narušenou komunikační schopností po cévní mozkové příhodě, pozornost je věnována zejména dysartrii a syndromu demence. Poslední kapitola je zaměřena na terapii, terapeutické přístupy a logopedickou intervenci u osob s afázií.

Praktická část diplomové práce zahrnuje definici pojmů týkajících se kvalitativně zaměřeného výzkumu, jedná se zejména o kazuistiku, pozorování, rozhovor. Praktická část diplomové práce s využitím kazuistických studií popisuje úroveň komunikačních schopností a logopedickou intervenci u vybraných pacientů s afázií.

Klíčová slova: afázie, syndrom demence, dysartrie, cévní mozková příhoda, logopedická intervence

Annotation

SKLENÁŘOVÁ, Andrea. The implementation of logopedic intervention in people after cerebral stroke. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. Number of pages: 112.

This diploma thesis is aimed at the realization of the logopedic intervention in cerebral stroke. In the introductory chapters, there is described the cerebral stroke patients' problematics, not only from the medical point of view but also from the social and mental point of view. The attention is paid to the disrupted communication ability caused by acute stroke – aphasia, its definition, aetiology, classification and symptomatology. The following chapters are targeted to the disrupted communication ability after the cerebral stroke, mainly dysarthria and dementia syndrome. The last chapter is aimed at therapy, therapeutic approaches and logopedic intervention in aphasic patients.

The practical part of this diploma thesis is aimed at the definition of the terms, which are connected to the qualitative research, especially casuistics, observation and dialogue. What is more, the practical part, with the use of casuistic studies, describes the level of communication abilities and logopedic intervention in chosen aphasic patients.

Keywords: aphasia, dementia syndrome, dysarthria, cerebral stroke, logopedic intervention

Obsah

Úvod.....	8
1. Problematika osob po CMP	10
1.1. Definice cévní mozkové příhody	10
1.2. Příčiny a důsledky cévní mozkové příhody	13
1.3. Typy získaných poruch narušené komunikační schopnosti u osob po cévní mozkové příhodě	16
1.4. Psychika osoby po CMP	18
1.5. Rehabilitace osob po CMP	20
2. Afázie.....	24
2.1. Definiční vymezení afázie.....	24
2.2. Etiologie afázie.....	25
2.3. Symptomatologie afázie.....	28
2.4. Klasifikace afázie	30
2.5. Diagnostika afázie	36
3. Logopedická intervence u osob s afázií.....	43
3.1. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u osob po CMP	43
3.1.1. Dysartrie	43
3.1.2. Syndrom demence	46
4. Terapie NKS u osob s afázií	48
4.1. Specifika vybraných terapeutických přístupů	48
4.1.1. Specifické cílené postupy obnovovací terapie afázie.....	51
4.2. Struktura průběhu logopedické intervence u osob s afázií.....	52
5. Uvedení do praktické části diplomové práce	55
5.1. Výzkumný cíl.....	55
6. Metodologie praktické části diplomové práce	57
6.1. Kazuistická studie	57

6.2.	Pozorování.....	58
6.3.	Rozhovor	58
6.4.	Analýza odborných pramenů a literatury	59
7.	Charakteristika místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku.....	60
7.1.	Časový průběh realizace výzkumného šetření	62
8.	Tvorba a aplikace vytvořeného diagnostického materiálu.....	64
9.	Konkretizace logopedické intervence u osob s afázií.....	66
9.1.	Kazuistická studie – pan Jaromír	66
9.2.	Kazuistická studie – pan Pavel.....	73
9.3.	Kazuistická studie – paní Dagmar.....	78
9.4.	Kazuistická studie – pan Josef	84
9.5.	Kazuistická studie – pan Jan	90
10.	Reflexe efektivity logopedické péče v Rehabilitačním ústavu Hostinné..	97
11.	Zhodnocení naplnění cílů praktické části diplomové práce a diskuze	100
Závěr	104
Seznam použité literatury.....		106
Seznam internetových zdrojů.....		110
Seznam tabulek		111
Seznam příloh		112

Úvod

Jednou ze základních lidských potřeb je komunikace, ať už z důvodu sdělení pocitů, potřeb, citů či myšlenek. Možnost komunikace člověk vnímá jako samozřejmost, protože již od dětství komunikuje se společenským prostředím. Každý den se však lidé vystavují rizikům, která mohou možnosti komunikace výrazně narušit, a velmi tak ovlivnit kvalitu života. Možná rizika si ve většině případů člověk neuvědomuje. Může jít o rychlou jízdu v autě či přecházení na místě, kde není přechod, rizikem je však i bezpočet jiných situací. V takových chvílích většinou neuvažujeme nad možnými následky, zásah do života však může být obrovský. Bylo by dobré, kdybychom se někdy na chvíli zastavili a zkusili se zamyslet, jak se lidé po cévní mozkové příhodě, kteří nejsou schopni komunikovat tak, jak byli dříve zvyklí, cítí. Jaký vliv na ně má skutečnost, že CMP zanechala trvalé následky. Taková situace není náročná jen pro samotného pacienta, ale i pro jeho blízké okolí.

Trvalým následkem po cévní mozkové příhodě může být například afázie, které je věnována diplomová práce. Afázie je náhle vzniklá porucha fatických funkcí, která zasahuje do produkce řeči, ale i do porozumění a psaní. Pacienti mohou mít zachované porozumění s neschopností se verbálně vyjádřit, a právě tento stav se odráží i do jejich psychického rozpoložení. Často se však přidruží i fyzické komplikace, zejména postižení horních končetin. Proto je nezbytně nutná následná péče o tyto osoby, zaměřená na obnovování narušených funkcí, ale také na psychickou stránku člověka.

Vliv na volbu tématu diplomové práce měla lehká cévní mozková příhoda, kterou prodělal rodinný příslušník autorky. Přestože se následky CMP projevíly i v psychickém stavu zasaženého, rodina se k nastalé situaci postavila konstruktivně a postarala se o vše potřebné. Mimo jiné zařídila i pobyt v Rehabilitačním ústavu Hostinné. Práce všech zaměstnanců (včetně klinické logopedky) a užívané postupy autorky natolik oslovily, že jako téma své diplomové práce zvolila právě logopedickou intervenci u osob po cévní mozkové příhodě v Rehabilitačním ústavu Hostinné.

Cílem teoretické části diplomové práce je přiblížení problematiky osob po cévní mozkové příhodě. Zahrnuty jsou nejen definice cévní mozkové příhody, přiblížena je i psychika a sociální aspekty zasažených lidí. Druhá kapitola je zaměřena na afázii, a to nejen definiční vymezení a etiologii, ale i na samotnou diagnostiku. Třetí kapitola je

věnována rámcovému přehledu neurogenních poruch. Cílem čtvrté kapitoly je osvětlit terapii narušené komunikační schopnosti, a to představením terapeutických přístupů, ale i samotné logopedické intervence u osob s afázií.

Při realizaci praktické části diplomové práce byl využit kvalitativní výzkum zahrnující pět kazuistik pacientů s Brocovou afázií. Ty dokumentují stávající komunikační kompetence a proces logopedické intervence. Hlavním cílem této práce je popsat způsob realizace logopedické intervence v Rehabilitačním ústavu Hostinné a zjistit, jakým způsobem je poskytována logopedická intervence u vybrané skupiny osob po CPM tvořících výzkumný vzorek a analyzovat její účinnost. Aby mohl být naplněn hlavní cíl, je práce doplněna třemi dílčími cíli. Prvním dílčím cílem je zjištění stávajících kompetencí vybraných osob s afázií pomocí vytvořeného diagnostického nástroje. Druhým dílčím cílem je zhodnotit pokrok v oblasti komunikačních dovedností u osob s afázií ve „sledovaném období“ po 3, 6 až 8 týdnech, což bude zjištěno za pomoci výstupního logopedického vyšetření. Třetí dílčí cíl je věnován provedení reflexe ve vztahu k organizaci a efektivitě realizace logopedické intervence v Rehabilitačním ústavu Hostinné.

Při vypracování diplomové práce autorka vycházela z odborné literatury a z vlastních zkušeností získaných v odborných praxích.

1. Problematika osob po CMP

Cévní mozková příhoda je jednou z nejčastějších příčin smrti. Osoby žijící se vzniklým postižením po CMP se mohou potýkat s demencí a závislostí na druhých osobách. Následky CMP mohou být zmírněny nebo odstraněny komplexní léčbou, ale také kvalitní rehabilitací. V České republice dochází ke zlepšování péče o pacienty po CMP v akutním stádiu, díky čemuž se podařilo za posledních 10 let snížit jejich úmrtnost. Dle Bauera (2010) však dochází ke zvýšení počtů iktu / cévních mozkových příhod u osob v produktivním věku, více než třetina zasažených je mladší 60 let. Tato kapitola je věnována cévní mozkové příhodě včetně příznaků, dopadů a celkové rehabilitace.

1.1. Definice cévní mozkové příhody

Jednou z nejčastějších příčin afázie a invalidity jsou cévní mozkové příhody, dále jen CMP. „*Cévní mozková příhoda je náhle vzniklá mozková porucha, především ložisková, která je způsobena poruchou cerebrální cirkulace, ischemií (80 %) nebo hemoragií (20 %)*“ (Ambler, 2006, s. 140).

Definice CMP dle WHO (Světová zdravotnická organizace) zní: „*rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení*“ (in Herzig, 2008, s. 10).

V obou typech se liší lokalizace i etiologie. Dle Kaliny (2008) je nejdůležitější správná diferenciální diagnostika mezi hemoragií a ischemií. Všechny důvody vzniku mozkové příhody mají však za následek nedostatečné krevní zásobení mozku. Na velikosti a lokalizaci léze záleží, zda se projeví klinické příznaky a které konkrétně. Typickými příznaky doprovázejícími CMP jsou ochrnutí, ztráta citlivosti v horní či dolní polovině těla nebo zánět citlivosti na tváři. Objevují se i potíže při mluvení či porozumění řeči, jednostranná porucha vidění či poruchy polykání. Pokud některé z těchto příznaků trvají déle než 24 hodin, můžeme hovořit o mozkové mrtvici.

Faktory vzniku CMP, které nemůžeme ovlivnit, jsou například dědičné dispozice či stárnutí. Mezi další neovlivnitelné faktory se řadí: srdeční onemocnění, diabetes, hypertenze, vysoká hladina cholesterolu, migrény, porucha srážlivosti krve apod. (Kalina, 2008, Feigin, 2007).

Jak již bylo výše zmíněno, cévní mozková příhoda se dělí na dva typy, a to na ischemickou a hemoragickou (Čecháčková, 2007).

Cévní mozková příhoda ischemická vzniká zejména v důsledku snížení perfuze části mozku či celého mozku. Tento typ CMP se vyskytuje častěji, jak již bylo výše zmíněno, jedná se o cca 80 %. Dochází k ucpání tepny krevní sraženinou, embolem nebo zúžením, u starších lidí se hovoří o arterioskleróze.

Dle Amblera (2006) se mozková ischemie dělí dle různých kritérií:

- **časový průběh:** Řadíme sem reverzibilní ischemicky neurologický deficit (RIND), tranzitorní ischemickou ataku (TIA), dokončené ischemické příhody a progredující (vyvíjející se) příhodu.
- **mechanismus vzniku:** Při neobstrukční ischemii dochází k hypoperfuzi, ale při obstrukční ischemii dochází k uzávěru cévy embolem nebo trombonem.
- **vztah k tepennému povodí:** Patří sem infarkty interteritoriální (na rozhraní jednotlivých tepen), lakulární (postižení malých arterií) a teritoriální (v povodí některé mozkové tepny).

Reverzibilní ischemicky neurologický deficit (RIND) nastává v případě, že symptomatologie ischemického iktu odezní do 14 dnů. Tranzitorní ischemické ataky se charakterizují náhlým začátkem, dojde při nich ke ztrátě ložiskové mozkové funkce či poruše zraku na jednom oku, ale tyto příznaky odezní do 24 hodin (Ambler, Bauer, 2010).

Důležitá je lokalizace léze, která při mozkové ischemii rozhoduje. Dojde-li k postižení v oblasti arterie cerebri media (ACM), tedy oblasti, jejíž větve zásobují největší část mozkové kůry, vyskytne se kontralaterální paréze horní končetiny. Dochází však i k zásahu mimického svalstva. Bude-li léze lokalizovaná v dominantní hemisféře, dojde k fatickým poruchám. V případě, že léze bude lokalizovaná v nedominantní hemisféře, dojde k poruše prostorové orientace, neglect syndromu (opomíjení levé poloviny prostoru) či apraxii. Při postižení arterie cerebri anterior (ACA), tedy konečné větve, která zásobuje část frontálního, parietálního a spánkového laloku, dojde k převažujícímu sensorickému a motorickému postižení kontralaterální dolní končetiny a současně k psychické poruše. Ischemie se v tomto povodí často nevyskytuje. Postižení zadního povodí VB (vertebrobaziální) se vyznačuje například cerebrální symptomatikou, kdy můžeme sledovat poruchu rovnováhy, diplopii (dvojité vidění), dysartrii, ataxii,

závratě či zvracení. Při lézi v oblasti arteria cerebri posterior, která živí mozkovou kůru a vytváří povrch mozkových hemisfér, se často objevuje porucha prostorové orientace, dále se vyskytuje i agnózie, agrafie či alexie.

Cévní mozková příhoda hemoragická, jinak nazývaná jako mozkový hematom či krvácivý iktus (Feigin, 2007), vyžaduje nákladnější sociální a zdravotní péči. Dle Seidla, Oberbengera (2004, s. 197) se může hemoragie charakterizovat jako „*krvácení, které vzniká porušením stěny mozkové cévy.*“

Kaplan (2009) uvádí rozdělení cévní mozkové hemoragické příhody do čtyř podskupin, které se však liší jak příčinami, tak i klinickými problémy:

- **Intracerebrální**, při níž dochází ke krvácení přímo do mozkového jádra, nejčastější příčinou je hypertenze (zvýšený krevní tlak).
- **Subarachnoidální**, kdy krev uniká z cévního řečiště na povrch mozku přes míšní dráhy do prostoru kolem mozku.
- **Epidurální**, při níž je příčinou trauma, a to především v meningeálních tepnách.
- **Subdurální**, která vzniká traumatem žil v plně mozkové tkáně a pavučinové membráně.

Ludvíková (2013) nebo Seidl, Oberbenger (2004) rozdělují hemoragii na globózní a tříštivou. V případě, že dojde k ruptuře aneurysmatu, vytvoří se hematom a mozková tkáň není tolik postižena. Kvůli chronické hypertenzi však může dojít k tříštivé hemoragii, vedoucí k roztříštění mozkové tkáně proudem krve, což způsobuje vysokou úmrtnost.

Krvácení v důsledku CMP je buď subarachnoidální, nebo intracerebrální, tedy uvnitř mozku. Nejčastější oblastí vzniku jsou bazální ganglia (thalamus, mozkový kmen, mozeček) (Kejklíčková, 2011).

1.2. Příčiny a důsledky cévní mozkové příhody

Na příčinách se podílejí různé rizikové faktory, z nichž některé jsou ovlivnitelné a některé nikoliv.

Dle Amblera (2006) se rizikové faktory dělí takto:

- ovlivnitelné (obezita, hypertenze, alkohol aj.),
- neovlivnitelné (dědičnost, věk),
- částečně ovlivnitelné (cukrovka),
- přidružené (nedostatečná fyzická aktivita).

Většina autorů se na těchto rizikových faktorech shoduje, v dnešní době se však objevuje nový fenomén, a to užívání antikoncepčních pilulek, které mohou vyvolat takzvaný hyperkoagulační stav (srážení krve). Jednotlivé faktory se navzájem ovlivňují. Podle Feigina (2007) v 85 % lze rizikovým faktorům, které zapříčiňují vznik CMP, předejít. Také tvrdí, že predispozice vzniku cévní mozkové příhody se utváří již v raných stádiích vývoje.

Neovlivnitelné faktory:

- **pohlaví:** Vyšší výskyt CMP u mužů než u žen v nižších věkových skupinách.
- **věk:** Po 55. roce se každých deset let riziko mozkové příhody zdvojnásobí, pokud všechny ostatní faktory zůstanou zachovány.
- **genetika:** Zejména typ metabolismu lipidů, sklon k diabetes mellitus a dispozice ke stresu.

Ovlivnitelné faktory:

- **onemocnění srdce:** Má nejvyšší podíl na vzniku CMP, zejména infarkt myokardu, fibrilace síní, kardiální dekompenzace či mitrální vada.
- **vysoký krevní tlak (hypertenze):** Pokud se dlouhodobě neléčí (pomocí léků na vysoký krevní tlak), dochází ke kornatění tepen. Je-li tepna vysokému krevnímu tlaku vystavena trvale, může dojít k jejímu prasknutí.
- **kouření:** Při kouření dochází k zúžení křivotických tepen na krku, což způsobuje nikotin, dehet a tabák. Vinou kouření se může rozvíjet ateroskleróza, potenciálně vedoucí až k uzávěru tepny a mozkové mrtvici.

- **cholesterol:** Vysoká hladina cholesterolu taktéž podporuje vznik aterosklerózy a zvyšuje riziko vzniku cévní mozkové příhody.
- **nedostatek aktivit a obezita:** Často spíše u žen. Nedochází-li k pravidelné fyzické aktivitě, riziko vzniku CMP se zvyšuje.
- **syndrom spánkové apnoe:** Ve spánku dochází k dechovým pauzám a nepravidelnému dýchání doprovázenému chrápáním. To k riziku výskytu mozkové mrtvice rovněž přispívá.
- **alkohol a drogy:** Zvyšují krevní tlak, a to zejména při nadměrném užívání.

Velice důležitá je prevence, kterou můžeme rozdělit na prevenci primární a prevenci sekundární. Prevence primární zahrnuje opatření, která přímo snižují riziko výskytu cévní mozkové příhody. Tato prevence je stěžejní v případě osob, u nichž se objevují výše zmíněné rizikové faktory. Mezi složky **primární prevence** se například řadí:

- **pohybové aktivity**, ideálně pravidelné. Doporučenou aktivitou je každodenní svižná chůze.
- **zdravé stravování**, zahrnující velké množství zeleniny a ovoce, luštěniny, ořechy, olivový olej a také jídla s nízkým obsahem cholesterolu a živočišných tuků.
- **striktní zákaz kouření**
- **včasné odhalení vysokého krevního tlaku (hypertenze)**, pravidelné návštěvy lékaře, udržení si váhy a užívání předepsaných léků.

Pokud jedinec, u něhož se vyskytují některé rizikové faktory, bude respektovat výše uvedené body primární prevence, může se riziko vzniku CMP snížit až o 80 %.

Mezi složky **sekundární prevence**, které snižují recidivu, například patří:

- **léčba vysokého krevního tlaku**, protože každá osoba, která prodělala CMP, by měla užívat antihypertenziva.
- **antikoagulační léčba** využívaná u jedinců s kardioembolickou etiologií, kterým se indikuje warfarin.

I v případě lidí se stejnou diagnózou (CMP) lze u každého očekávat jiný průběh, jiné následky. Důvodem rozdílnosti průběhu je skutečnost, že někdy mozková příhoda

zasáhne náhle a poměrně zprudka, čímž dojde k ochrnutí nebo bezvědomí (to platí zejména u hemoragických CMP), nebo může přicházet pozvolna, a v tom případě si v první fázi nemusíme všimnout příznaků a nebudeme jim přikládat patřičnou důležitost. Důsledky dělíme na specifické, mezi něž se řadí poruchy hybnosti, poruchy citlivosti či poruchy fatických funkcí, a na nespecifické zahrnující poruchy paměti, poruchy motivace či poruchy spánku a změny nálad (Kalina, 2008).

Poruchy citlivosti se objevují v závislosti na konkrétní zasažené části mozku. Většinu jde o poruchy propriocepce a povrchového cití. Proto může být narušen pohybecit, polohocit a citlivost, mohou se však objevit i potíže se sluchem, hmatem, zrakem nebo čichem (Ambler, 2011).

Poruchy hybnosti nastávají v případě, kdy dojde k mozkovému šoku, který trvá týden. Během mozkového šoku dochází k oslabení svalového napětí. Pfeiffer (2007) uvádí, že uzdravování zahrnuje tři fáze, délka je však u každého jiná. Při první fázi přetrvává snížené svalové napětí, kdy je postižena motorika, a to z důvodu těžké senzorické poruchy. Při druhé fázi se tonus vrací zpět k normálu a postupně dochází k úpravě horní končetiny, a to směrem od akrálních částí až k oblasti proximální. Při třetí fázi se rozvíjí spasticita a dochází ke zvýšení svalového tonu. Při léčbě se mohou objevit i proleženiny či krevní sraženiny, a to hlavně v dolních končetinách. K takovýmto komplikacím dochází většinou v případech, kdy nebyla léčba zahájena včas. Často se v souvislosti s cévní mozkovou příhodou setkáváme s pojmem *paréza*. Nejvíce se hovoří o hemiparéze, při níž dojde k postižení jedné poloviny těla. Nejčastěji se však u CMP setkáváme s hemiplegií, kdy dojde k úplnému ochrnutí jedné poloviny těla. Většinou se to týká horních končetin. Pokud nastane faciální paréza, tedy ochrnutí svalstva obličeje, má jedinec potíže se zavíráním očí a úst, což může způsobovat vytékání sliny, slinění (zvýšená salivace) nebo dysfagii (porucha polykání) (Feigen, 2007).

Poruchy fatické, při nichž nastává problém s komunikací – zejména potíže s porozuměním psané a mluvené řeči a problémy s tvořením slovních spojení (bývají často nesmyslná) – provázejí senzorickou afázií. Má-li jedinec problém s vyjádřením, ale mluvené řeči rozumí, jde se o afázií expresivní. V důsledku ochabnutí svalů užívaných při mluvení a dýchání dochází k problémům s mluvením. Většinou špatně pracuje artikulační svalstvo, jako jsou jazyk a rty, proto mají osoby problémy se správnou artikulací. Často je řeč monotónní (Kalina, 2006).

Poruchy chování se projevují zejména v citové oblasti, protože vyrovnat se se situací tohoto charakteru není pro zasaženého vůbec jednoduché. Často se vyskytují změny nálad, které u daného jedince předtím nebyly zaznamenány. Mohou se objevovat i pocity úzkosti a depresivní stavy. Vlivem těchto pocitů a nálad se však zvyšuje úmrtnost pacientů. Jedinec bývá často podrážděný, výbušný, někdy plačtivý či sprostý (Kalita, 2010).

Poruchy paměti se také objevují u jedinců, kteří prodělali CMP. Často bývají narušeny kognitivní funkce, a to zejména soustředění, paměť, vzpomínání a myšlení. Pacienti mají problémy s krátkodobou pamětí, protože nedokáží udržet recentní skutečnost. Nečiní jim však žádné potíže vybavování věcí a událostí, které se staly ještě před příhodou. Případně se u starších lidí může vyskytnout demence nebo dojde ke zhoršení Alzheimerovy choroby (Pffeifer, 2007, Kalina, 2008).

Poruchy motivace se s ohledem na náročnost nastalé situace objevují velice často. Častými důsledky zhoršeného zdravotního stavu jsou ztráta zaměstnání a odkázanost na pomoc druhé osoby. Proto je velice důležitá rehabilitace, která napomáhá obnovení samostatnosti do takové míry, aby se jedinec mohl vrátit domů či později zpět do zaměstnání. Při rehabilitaci je nezbytně nutné zaměřit se na rozvoj zájmových činností. Velice důležité je pacienta motivovat a zabezpečit mu dostatek sociálních jistot. Motivace je jedním z nejdůležitějších faktorů rozhodujících o postoji osob k léčbě a rehabilitaci. Rehabilitace by měla být komplexní (léčebná, sociální, pracovní a pedagogická). Cílem komplexní rehabilitace je snížení závislosti daného jedince na minimum, zvýšení touhy začlenit se znovu do společnosti a celkové zlepšení kvality života pacienta po prodělání cévní mozkové příhody.

1.3. Typy získaných poruch narušené komunikační schopnosti u osob po cévní mozkové příhodě

Získané poruchy komunikační schopnosti zasahují několik rovin, a to zejména rovinu neurogenní, kognitivní a lingvistickou. Dojde-li k postižení některých cerebrálních funkcí, narušuje se smysluplné užití jazykového kódu v jeho fonologické, syntaktické, pragmatické a sémantické rovině. Řečový projev, psaní, komunikace neverbálními prostředky, to vše je fyzikální modalitou jazyka. Fyzikální realizací jazyka je však řeč, při níž je užíváno signálů vznikajících fonací, artikulací, respirací a rezonancí.

Neubauer (2007) dělí poruchy řečové komunikace na základě zkoumání procesu řečové komunikace na:

- motorické řečové poruchy,
- poruchy kognitivně komunikační schopnosti,
- poruchy na bázi jazykového systému,
- poruchy na bázi percepční bariéry.

U jedinců po CMP se zejména vyskytují poruchy motorických řečových funkcí, mezi něž se řadí **řečová dyspraxie** či **dysfagie**. Samozřejmě sem patří i **afázie**, které je věnovaná celá druhá kapitola, a **dysartrie**, které se věnuje kapitola třetí.

Řečová dyspraxie „*se projevuje poruchami programování řečových prvků, hlásek, slabik, jejich záměnami, vynecháváním či perseveracemi*“ (Neubauer in Neubauer a kol., 2007, s. 19). Tyto projevy jsou však velice nekonstantní a nebývají spojeny s poruchami dalších motorických řečových činností. Člověk s řečovou dyspraxií nesprávně nastavuje mluvidla, v řeči může docházet k záměnám v rovině fonemické či může váznout řazení hlásek jdoucích ve slově za sebou. Při řečové apraxii nejsou svaly oslabeny, zatímco u dysartrie ano. Koordinace porušena není, ale programování řeči samé ano (Neubauer, 2018).

Jedinci s dysartrií se velmi často potýkají i s další poruchou, a to poruchou polykání – **dysfagie**. V tomto případě u člověka dochází ke zpomalení a narušení orální fáze polykání (první fáze), způsobenému lézí nervové soustavy, vlivem čehož může být výrazně snížena i pohyblivost jazyka, měkkého patra a mimického svalstva. Poruchy polykání v těžším případě mohou člověka ohrozit na životě, hrozí totiž aspirace bolusu stravy či tekutin do dýchacího ústrojí. Chrobok, V. (2009) uvádí, že je dysfagie přítomna zhruba u 40-70 % osob, které prodělaly CMP. Dysfagie se vyskytuje v akutní fázi, ale může přetrvávat v menší míře i roky.

Vitásková (2005) popisuje odborné termíny úzce spjaté s dysfagií, jsou to:

- aspirace = vdechnutí sousta nebo tekutiny do dýchacích cest,
- penetrace = proniknutí stravy,
- odynofagie = bolestivé polykání,
- afagie = neschopnost polknout,
- drooling = vytékání stravy či tekutiny ven z úst,
- reflux = zpětný tok tekutiny,
- leaking = porucha kontroly nad soustem,
- regurgicita = zpětný tok kyselých šťáv ze žaludku do jícnu bez přítomnosti dáivého reflexu, jedná se o nejčastější typ refluxu.

1.4. Psychika osoby po CMP

U pacienta po CMP nastanou nejen somatické změny, ale také změny v psychice. Charakter změn závisí na individuálním nastavení daného jedince. Aktuální prožívání je ovlivňováno psychickým stavem. Pokud bude jedinec po CMP dobře naladěný a v dobrém psychickém rozpoložení, může to vést k vymizení některých tělesných potíží a celkovému zlepšení stavu pacienta.

Emocionální prožitky, hierarchie hodnot a celková životní perspektiva nemocného jsou ovlivňovány mnoha faktory. Jedním z nich je faktor situačně psychologický, který udává intenzitu prožívání jedince. Dalším faktorem je samotný chorobný proces, vyvolávající změny v CNS, čímž dojde k disharmonii osobnosti, vedoucí k její celkové změně. Délka trvání onemocnění, ohrožení života nebo následky operačních zásahů patří k faktorům sekundární vlastnosti onemocnění.

„Průběh nemoci je často ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějemi, jeho znalostmi a neznalostí průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, pracoviště i zdravotních pracovníků a spolupacientů. Proto každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle sociální situace.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 19)

Reakce osoby na zjištění závažného zdravotního problému probíhají v pěti fázích. Autorkou modelu fází smutku je Elizabeth Kübler-Rossová. První je **fáze popírání**,

během níž si člověk říká, že je mu dobře, a je přesvědčen, že jeho se takový problém týkat nemůže. Dotyčný se nechce s nastalou situací smířit. Následuje **fáze hněvu či agrese**, při níž si jedinec uvědomuje, že v popírání nemůže pokračovat. Nastupuje pocit vzteku a závisti. Třetí fází je **fáze smlouvání**, která zahrnuje i naději, že jedinec může určitým způsobem oddálit nebo odložit smrt. Čtvrtou fází je **fáze deprese**, doprovázená pocitem úzkosti a strachu. Jedinec může odmítat kontakt s kamarády, je zamlklý. Fází pátou, tedy poslední, je **fáze smíření**, při níž se dotyčná osoba začíná s přicházející smrtí vyrovnávat a spěje k psychickému uvolnění. V této fázi je pacient schopný spolupracovat a podílet se na léčbě. Vágnerová (2004) taktéž rozlišuje pět fází, trochu se však liší od zmíněných fází smutku od Elisabeth Kübler-Rossové. První fází dle Vágnerové (2004) je **fáze nejistoty**, probíhající před určením diagnózy. Tuto fázi provázejí úzkosti a obavy. Druhou fází je **fáze šoku a popření**, jedinec není schopen přijmout danou diagnózu a nemoc popírá. Třetí fází je **fáze generalizace negativního hodnocení**, nastupující v okamžiku, kdy člověk přijímá skutečnost, že je nemocný, a neví, co se s ním děje. Začíná si uvědomovat svoji situaci a jeho obranou proti ní se stává agrese a útočení. Čtvrtou fází je **postupná adaptace**, kdy se člověk začíná se situací vyrovnávat, uvědomuje si své postižení, ale ještě si není plně vědom následků. Poslední fází je **fáze smíření**, při níž nemocný akceptuje své postižení a důsledky zdravotního postižení a začíná tomu přizpůsobovat životní styl. Někdy se stává, že člověk nadále není schopen se smířit s tím, co ho potkalo, a marně hledá viníka či nějakou cestu, po které se vydat. Tento přístup však může vést k neschopnosti usilovat o zlepšení, nezvládání situace a následné rezignaci (Vágnerová, 2004).

Důsledky CMP nedopadají jen na danou osobu, ale na celou rodinu, protože vznik situace podobného charakteru vyžaduje určité změny v zaběhlých zvycích. Člověk po CMP je odkázán na pomoc druhých osob, a tak se z členů rodiny stávají pečovatelé. Vždy však záleží na tom, jak závažná je diagnóza a jaké jsou následky. Přístup rodiny je ale zásadní. Je nezbytně nutné uvědomit si fakt, že problémy postižené osoby jsou i problémy rodiny. Vždy je samozřejmě nejdůležitější poslouchat jedince po CMP, který se sám rozhoduje, kde a s kým bude žít. Osoba po CMP se musí vyrovnat s novou situací, která vede k určitému znevýhodnění, a v co největší míře se integrovat do společnosti (Kurníková, 2011, Jankovský, 2006).

1.5. Rehabilitace osob po CMP

Pro zlepšení celkového stavu osob po cévní mozkové příhodě je velice důležitá ucelená rehabilitace, která by měla zahrnovat část lékařskou, pracovní, sociální a pedagogickou. Nezbytná je také včasnost rehabilitace. Ihned na začátku, již od akutní fáze, musí být po ruce pacientovi a jeho rodině někdo, kdo poskytne potřebnou péči. Důležitý je jak lékař, tak i rodina, která pacienta do budoucna motivuje. Je velice důležité, aby se pacient a rodina smířili se skutečností, že jejich následný život se bude od toho, na který jsou zvyklí, výrazně lišit. Zásadní je však i to, aby v sobě sám pacient našel sílu dál bojovat.

Rehabilitace se skládá ze slova *habilis* (schopný) a *re* (znovu, opakující se). Zeman (2014, s. 131) uvádí definici rehabilitace podle Jandy: „*rehabilitace představuje soubor opatření, která vedou k co nejoptimálnější a nejrychlejší resocializaci člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu nebo vrozené vady.*“ Setkáváme se i s definicí pocházející z roku 1969 dle Světové zdravotnické organizace (WHO): „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejšetrnější zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti, s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“ (Neubauerová in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011, s. 16). V dřívější době se používal pojem ucelená rehabilitace, nicméně nyní se dává přednost pojmu rehabilitace koordinovaná, i když ve většině písemných zdrojů je uveden název ucelená rehabilitace. Jak již bylo výše zmíněno, jedná se o interdisciplinární obor, protože obsahuje prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní. Jelikož je člověk chápán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, týkají se prostředky rehabilitace právě těchto oblastí. V České republice je často pojem rehabilitace chápán jen jako rehabilitace léčebná, například fyzioterapie, nikoliv jako interdisciplinární obor zahrnující rehabilitační prostředky, které vedou k integraci dané osoby se zdravotním postižením do aktivního života.

Cílů v rehabilitaci je hned několik. „*Cílem rehabilitace je zamezení vzniku zdravotního postižení, popřípadě jeho minimalizace*“ (Neubauerová in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011, s. 16). Stěžejním cílem je také co největší zapojení osob se zdravotním postižením do všech aktivit společenského života, ale především návrat k původnímu stavu zdraví. „*Neměla by to být pouhá nepřítomnost nemoci nebo postižení,*

ale opět podle mezinárodní definice: tělesná, duševní a sociální pohoda (well-being)“ (Neubauerová in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011, s. 16).

V koordinované rehabilitaci je velice důležitý **multidisciplinární tým**, ve kterém je klíčová týmová spolupráce odborníků, mezi něž patří lékaři (posudkový, rehabilitační), fyzioterapeuti, psychologové, logopedové, neuropsycholog, protetici, zdravotní sestra, speciální pedagogové, ergoterapeuti a sociální pracovníci, kteří pracují s pacientem, ale také s jeho okolím, především tedy s rodinou a rodinnými příslušníky (Angerová, Švestková, 2010). Celá koordinovaná rehabilitace se musí řídit jednotnými principy, mezi které patří dostupnost, včasnost, komplexnost, návaznost, koordinace, individuální přístup, multidisciplinární součinnost a posouzení.

Velice významnou složkou je **léčebná rehabilitace** zahrnující komplex rehabilitačních, diagnostických a terapeutických opatření a postupů, které směřují k funkční zdatnosti (jedná se buď o odstranění či zmírnění funkčních projevů poruchy, nebo zpomalení progresu). Nejčastějšími prostředky v léčebné rehabilitaci jsou balneoterapie, canisterapie, ergoterapie, expresivní terapie (muzikoterapie), hypoterapie, léčebné využívání fyzikální terapie (fototerapie, termoterapie) či neuropsychologická terapie (Neubauerová in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011). Léčebná rehabilitace se využívá ihned na počátku, především v rámci ambulantní péče, v lázeňských zařízeních či v nemocniční lůžkové péči (Kolář, 2009).

Na léčebnou rehabilitaci navazuje **sociální rehabilitace**, která *„představuje soubor určitých specifických činností (služeb), které jsou aktivními nástroji, určenými ke snížení stupně závislosti osoby se zdravotním postižením“* (Neubauerová in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011, s. 19). Hlavním úkolem je pomoci danému jedinci přijmout své postižení a v maximální možné míře se integrovat do společnosti. To většinou probíhá pomocí socioterapie nebo komunitní a případové sociální práce, přičemž hlavním úkolem socioterapie je posílit a udržet zájem o společenský život a možnost vytvářet sociální kontakty (Pěnkava, 2018). Sociální rehabilitace trvá a probíhá celoživotně, protože se snaží o samostatnost a soběstačnost klienta (Novosad, 2009).

Sociální rehabilitace se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., tedy zákonem o sociálních službách v platném znění. Sociální rehabilitace je poskytována v rámci ambulantních, terénních či pobytových služeb.

Součástí ucelené rehabilitace je i **pedagogická rehabilitace** zabývající se vzděláváním, výchovou a přípravou na budoucí povolání, ale také rozvojem dovedností, soběstačnosti a nadání daného jedince. Reeducace, kompenzace, vytváření a následná realizace vzdělávacích plánů apod., to vše jsou prostředky pedagogické rehabilitace. Vždy bude rozdíl v rehabilitaci, pokud se pracuje s pacientem se získaným postižením, či s pacientem, který se s postižením narodil. U osob se získaným postižením je pedagogická rehabilitace zaměřena na odstranění následků způsobených získaným postižením, také na obnovu normálního vývoje jedince a zejména na znovuzískání identity osobnosti. Jankovský (2006) uvádí, že v pedagogické rehabilitaci se jedná o speciální pedagogiku, která využívá speciální metody, prostředky a postupy. Dle autora je speciální pedagogika členěna podle druhu postižení na obory surdopedie (sluchová postižení), logopedie (poruchy v oblasti komunikace), tyflopédie (zraková postižení), etopedie, psychopedie a somatopedie.

Na pedagogickou rehabilitaci navazuje **pracovní rehabilitace**, která napomáhá k obnovení potenciálu a k zařazení do pracovního procesu u osob, které mají důsledkem zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost, ale také u lidí, kteří nejsou schopni práce. V pracovní rehabilitaci se setkáváme s pojmem *podporované zaměstnání* – „*je metodou pomoci lidem, kteří vzhledem ke svému znevýhodnění mají sníženou nebo omezenou možnost pracovního uplatnění a práci si bez pomoci pracovního asistenta nemohou najít či udržet běžným způsobem*“ (Neubauerová in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011, s. 20).

Dle Šestáka (2014) pracovní rehabilitace přináší možnost důstojně žít, věcný prospěch a pocit užitečnosti a seberealizace. Začlenění člověka s postižením na pracovní trh se pozitivně odrazí především na jeho psychickém stavu. Jedinec si v rámci pracovní rehabilitace může udělat rekvalifikační kurz nebo vytvořit z podpory úřadu práce chráněné pracovní místo, využít možnost podporovaného zaměstnání nebo má možnost navštěvovat chráněné pracovní dílny.

V rámci celkové rehabilitace je velice důležitá **logopedie**, která je nezastupitelná u jedinců majících iktu (CMP) poruchu řeči, a to například afázii, dysartrii či dysfagii (porucha polykání). Tito jedinci mají narušenou nejen samotnou řeč, ale trpí také poruchou čtení či počítání. Dle Janečkové (2009) je nezbytně nutné provést logopedické vyšetření, které dělá sám logoped. Vyšetření je s ohledem na určení správné diagnózy,

zahájení léčby a následné rehabilitace zcela nezbytné, a to hned v akutním stádiu. Podpora je poskytována nejen samotnému jedinci, ale také jeho rodině a zdravotním pracovníkům, a to kvůli správné komunikaci či správnému poskytnutí potravy. Hlavními cíli logopedie je zlepšit komunikační schopnosti a polykání. Ne vždy je člověk schopen komunikovat běžným způsobem, a tak jsou někdy využívány alternativní způsoby komunikace, například komunikace pomocí obrázků.

Podle Angerové, Švestkové (2010) se při terapii afázie využívají určité metody, které již budou zmíněny okrajově, a více se bude terapii afázie věnovat kapitola č. 2:

- lingvistické – nácvik vět, pojmenování obrázků,
- stimulační – melodické, sluchové,
- fonematically orientované – vyslovování či čtení,
- syntakticky orientované – doplňování vět.

2. Afázie

V současné době přibývá osob po CMP, a to nejen osob staršího věku, ale též věku mladšího. V populaci z celkového počtu pacientů, které postihne mozková mrtvice, trpí afázií 25-40 %. V České republice trpí afázií zhruba 50 tisíc lidí, jejich počet však každoročně narůstá.

2.1. Definiční vymezení afázie

Afázie se řadí do souboru vyšších kortikálních poruch, kam patří také agnozie, apraxie, akalkulie apod. Termín afázie pochází z řeckého *phasis* znamenajícího řeč a z písmene *a* značícího zápor.

Afázie spadá mezi získané neurogenní poruchy řečové komunikace. Vyskytují se potíže ve složce kognitivní, neurogenní neboli organické a také ve složce lingvistické.

Dle Neubauera (2007) je afázie: „*Porucha individuálních jazykových schopností na bázi poškození CNS – je vždy vícemodálním jevem, který ovlivňuje percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce.*“

Dle definice Cséfalvaye (2013) je afázie získaná porucha porozumění a produkce řeči, která vzniká v důsledku mozkové léze. V širším pojetí se však uvádí, že afázie je získané selektivní narušení jazykových modalit a funkcí, které vzniká v případě, že dojde k poškození mozku, a to v jazykově-dominující mozkové hemisféře. Afázie kromě komunikačních dovedností ovlivňuje i sociální fungování a kvalitu života dané osoby.

Webb a Love (2009) definují afázii jako: „*Postižení schopností jazykové produkce a percepcie, jež vzniká na základě získaného postižení centrálního nervového systému*“ (Love, Webb, 2009, s. 235). Jedná se o multimodální poruchu, která se může projevat obtížemi zejména v oblasti čtení, psaní, řečové produkce a porozumění.

Klenková (2006) uvádí, že afázie je součástí skupiny vyšších kortikálních poruch, k nimž řadíme i kognitivní funkce. Do této skupiny patří agnozie, apraxie, alexie, ale také porucha orientace v prostoru.

Problematikou afázie se zabývá afaziologie, řadí se do speciálně pedagogické disciplíny logopedie, souvisí však s dalšími obory, jako jsou například lékařské, lingvistické, přírodní. Všechny vyjmenované obory se o afázii zajímají především proto,

že fatické funkce, které jsou povětšinou narušeny, jsou všeoborovou záležitostí. Dle Dvořáka (1998) se afaziologie zabývá výzkumem, diagnostikou, terapií a prevencí afázie.

2.2. Etiologie afázie

V důsledku **organické léze mozku** vzniká porucha fatických funkcí. Existují dvě možnosti poškození centrální nervové soustavy. První z možností je poškození ložiskové neboli ohraničené a druhé je poškození difúzní neboli rozptýlené. Sovák (1978) uvádí, že: „*afázie vzniká na podkladě orgánového poškození mozkové dominantní hemisféry*“ (Sovák in Škodová, 2007).

Dle Čecháčkové (2007) klinický obraz afázie závisí na:

- povaze patologického procesu (například CMP, úraz hlavy),
- rozsahu a lokalizaci léze (ve které části CNS se mozková léze nachází a jak je velká),
- věku pacienta.

Etiologie afázie při získaných neurogenních poruchách komunikace zahrnuje především:

- cévní mozkové příhody,
- traumatické léze centrální nervové soustavy,
- nádorová onemocnění centrální nervové soustavy,
- neurodegenerativní choroby. (Neubauer, 2018)

Čecháčková (2007) říká, že příčiny vzniku afázie jsou různé, ale vždy se jedná o poruchu získanou. Mezi nejčastěji se vyskytující příčiny vzniku afázie však patří cévní mozková příhoda. Cévní mozková příhoda nejčastěji vzniká mezi 60-75 lety věku dospělého, je však zachycen trend přesunu do mladší věkové kategorie, a to dokonce od 45 let níže (Neubauer, 2007, s. 32).

Cévní mozková příhoda je nejčastější příčinou vzniku afázie, klinický obraz však závisí na lokalizaci léze. Čecháčková (2007) rozděluje cévní mozkovou příhodu na dvě základní složky:

- cévní příhoda hemoragická (krvácení),
- cévní příhoda ischemická (ischemický infarkt, snížené prokrvení mozku).

Nejčastější příčinou **cévní příhody hemoragické** je vysoký krevní tlak, jinak nazývaný také hypertenze. Pokud praskne aneuryzma, což je tepenná výduť (vrozené zeslabení s výdutí stěny cévní), dojde ke krvácení do mozku. Krvácení může být i prvním patrným projevem mozkového nádoru. Dojde-li k úrazu hlavy, při němž vznikne hematom (krevní výron), může docházet k tlačení na okolní mozkovou tkáň. Následkem utlačení mozkové tkáně dojde ke zpomalování tepu, zvýšení krevního tlaku, dostavuje se i spavost, ztráta vědomí a oslabení končetin. Krvácení může vzniknout takřka kdekoliv, ale mezi nejčastější patří krvácení do **bazálních ganglií**, krvácení do **mozkových laloků**, **mozkového kmene a mozečku**, **intermeningeální** (subarachnoideální) krvácení, což způsobuje výlev krve mezi mozkové pleny.

Cévní příhoda ischemická, též ischemický infarkt, bývá zapříčiněna **systémovou hypoperfuzí**, což znamená, že průtok krve je snížen. Tato skutečnost může být zapříčiněna srdeční chorobou nebo poklesem krevního tlaku. Další možnou příčinou je **trombóza mozkových cév**, která se vyvíjí postupně a zapříčiňuje ji srážení krve v cévách. Základní příčinou bývá arterioskleróza (tvrdnutí tepen). Třetí, a tedy poslední příčinou, je **embolie**, při níž dojde k uzavření mozkové tepny uvolněnou krevní sraženinou. Průběh je však na rozdíl od trombózy rychlý (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

Neubauer (2007) uvádí, že cévní mozková příhoda vzniká náhle. Z 80 % bývá příčinou ischemie mozkové tkáně. Z 20 % je příčinou hemoragický proces, tedy ruptura (prasknutí) tepny. Závažnou, avšak méně častou příčinou je subarachnoidální krvácení, které vzniká často z ruptury aneuryzmatu, vrozeného oslabení cévní stěny (Neubauer, 2007, s. 32).

Pokud jsou příčiny jiného a masivnějšího charakteru, mají většinou špatné, až katastrofální následky, například těžké poruchy hybnosti končetin těla, ztrátu schopnosti řečové komunikace. Závažnost následků úzce souvisí s místem poškození mozku.

Hemiparéza bývá nejčastějším hybným následkem cévní mozkové příhody. Zhruba 60 % pacientů s cévním onemocněním mozku trpí určitým stupněm poruchy hybnosti a mentálních funkcí, především se jedná o poruchy řečové a komunikační. 90 % pacientů, kteří cévní mozkovou příhodu přežijí, se porušené funkce postupně obnoví, může to však trvat i několik let. Tito lidé musí být hospitalizováni a je nezbytné poskytnout jim systematickou multidisciplinární rehabilitační péči (Neubauer, 2007, s. 32).

Mezi další příčiny vzniku afázie řadíme **úrazy a poranění mozku**, které jsou zároveň druhou nejčastější příčinou vzniku poruch všeobecně, a to hlavně kvůli narůstajícímu počtu dopravních nehod. Přibližně 50 % dopravních nehod je doprovázeno úrazy mozku, z čehož asi třetinu úrazů centrální nervové soustavy doprovází porucha řečové komunikace (Neubauer 2007, s. 33). Při úrazech se zejména jedná o otřes mozku (comotio cerebri) a zhmoždění mozku (contusio cerebri). Jedná-li se o středně těžké poranění, afázie je obvyklá, ale s dobrou diagnózou. V případě těžkého úrazu hlavy nastává přibližně 6hodinové bezvědomí. Při dlouhodobém stavu bezvědomí dochází k apalickému syndromu neboli vegetativnímu stavu (Čecháčková in Škodová 2007, s. 150).

Neurogenní poruchy mohou být způsobeny **mozkovým tumorem**, který se vyskytuje zhruba u 0,3-2,6 % neurologických pacientů. Vždy však záleží na lokalizaci. Poruchy funkcí se nevyskytují ihned, ale nastupují pomalu a pozvolna (Neubauer 2007, s. 33).

Zánětlivá onemocnění mozku, především encefalitidy a myelitydy.

Tato zánětlivá onemocnění mohou při komplikovaném průběhu ponechat reziduální chronické postižení, zasahující i oblast řečové komunikace. Vzniklé infekce po poranění centrální nervové soustavy či infekce po operacích mohou taktéž zapříčinit komplikace a může docházet k pomalé obnově porušených funkcí (Neubauer 2018, s. 327).

Dalšími příčinami vzniku afázie jsou **degenerativní onemocnění CNS a demence**. Mezi nejčastější degenerativní onemocnění CNS řadíme Alzheimerovu nemoc, která se projevuje postupnou deteriorací kognitivních funkcí a porušením adaptace pacienta na sociální prostředí. Tato nemoc začíná poruchami paměti a končí závažným postižením kognitivních funkcí. Afázie může být taktéž součástí, má však kolísavý průběh, hlavně z hlediska progresu i regrese příznaků (Čecháčková 2007,

s. 150). Méně častou atrofií je Pickova choroba a progresivní supranukleární obrna, která z 50-60 % zapříčiňuje vznik všech demenci. Další degenerativní onemocnění může být i Parkinsonova choroba, při níž povolna nastupuje progredující dysartrie a dyspraxie. Většina těchto onemocnění však zasahuje především centrální motorický systém (Neubauer 2018, s. 238).

Další příčinou může být i **intoxikace mozku**, jejíž výskyt je v poslední době častější, a to hlavně kvůli zvýšenému užívání drog a vyšší konzumaci alkoholu. K poškození dochází vlivem otravy centrální nervové soustavy jedovatými plyny, nejvíce však oxidem uhelnatým. Kvůli tomu dojde nejen k poruchám komunikace, ale i k deterioraci celé osobnosti člověka (Čecháčková in Škodová 2007, s. 151).

V neposlední řadě se k příčinám řadí i **dětská afázie**, která vzniká jako náhlé přerušení a poškození dosud normálně se vyvíjející centrální nervové soustavy. Dětská afázie mívá podobné příčiny jako u dospělých, jedná se zejména o traumata mozku, zánětlivá onemocnění mozku, intoxikaci, nádorová onemocnění. U dětí se však zpravidla nejedná o cévní mozkovou příhodu, častější příčinou jsou kraniocerebrální traumata (Čecháčková in Škodová 2007, s. 151).

2.3. Symptomatologie afázie

Velice důležitým příznakem, na který se při afázii zaměřujeme, je problematické užívání řeči. Zejména se zabýváme tím, zda je řeč fluentní, tedy plynulá, nebo nonfluentní, tedy neplynulá. Dále se zajímáme o to, zda je narušená receptivní, nebo expresivní složka (Klenková 2006). V důsledku mozkové léze mohou vzniknout různé syndromy afázie. Zejména se jedná o potíže s porozuměním, agramatismy, perseverace, poruchu plynulosti, anomie a neologismy. Tyto znaky se vyskytují téměř u každé afázie.

Dle Neubauera (2018) se také vyskytují vážné nedostatky při sestavování souvislých vět a zvláštnosti v užívání gramatických kategorií. Tyto problémy bývají doprovázeny poruchami v oblasti čtení, psaní a popřípadě i apraxií. Neubauer (2018) uvádí, že mezi nejčastější specifické symptomy afázie se řadí dysnomie a parafrázie (parafrázie).

Při **dysnomii** se objevují potíže v pojmenování určitého pojmu, způsobené obtížemi ve výběru ze sémantické jazykové sítě. Jde zejména o obtíže ve vybavování paměťové informace, nikoliv o ztrátu paměti. Dalšími z vyskytujících se obtíží jsou

například snaha o vybavení pomocí blízkých pojmových obrátů nebo časté využívání opisných strategií.

U **parafázie** člověk nahrazuje určitý pojem kvůli obtížím ve vybavování z jazykového systému. Dle Neubauera (2018) se při fonemických parafáziích objevují záměny fonémů (např.: dům – dým). Jedná-li se o sémantické parafázie, budou se objevovat záměny v pojmovém okruhu (např.: židle – stolička). Mohou se objevovat i **neologismy**, což jsou slovní bezsmyslné tvary či novotvary, ale často jde spíše o nesrozumitelné záměny, takzvané slovní parafázie. Příkladem neologismů je větné vyjádření typu „*Přišel jsem dnes za vámi. = Já tady toto teď. – Budu muset odejít. = Já tam*“ (Čecháčková in Škodová 2007, s. 152).

Dalším symptomem, který se může u afázie objevovat, je například **perseverace**, při níž člověk ulpívá na předchozím podnětu i při dalších odpovědích, při nichž však daný podnět již nepůsobí. Pacient má například vyjmenovat dny v týdnu a následně pojmenovat části těla, ty však pacient označuje jako dny v týdnu.

Logorhea je taktéž řazena k symptomům afázie. Projevuje se jako překotná rychlá mluva se sníženou srozumitelností, někdy je označována jako překotný tok řeči. V mluvě se často vyskytují žargonové parafázie, což způsobuje až nesrozumitelnost (Čecháčková, 2007). Dle Kejklíčkové (2011, s. 46) je logorhea „*nekontrolovaná, nebržděná, přehnaná mluvní produkce, kterou lze jen stěží přerušit, a to na jakoukoliv jednoduchou otázku.*“

Anomie nebo také dysnomie je porucha pojmenování, která bývá součástí amnestické afázie, kdy nemocný není schopen označit adekvátním slovem konkrétní předmět. Nejde o ztrátu paměti, paměťová funkce je zachována (Neubauer, Dobias, 2014).

Dle Čecháčkové (2007) se v klinické praxi neurologů, foniatrů a klinických logopedů užívá definice, že afázie je ztráta exprese nebo percepce v důsledku mozkového postižení. Proto rozlišujeme dvojí afázii, a sice **afázii expresivní** a **percepční**. Fatické funkce se dělí dle konverzační mluvy na **nonfluentní** a **fluentní**. Normální řečová produkce je 120 slov za minutu a pokles pod 50 slov je označován jako nonfluence. Nad 200 slov za minutu bývá označováno jako hyperfluence. Pacient s hyperfluentní afázií používá nevhodné výrazy mající nízkou informační hodnotu.

Čecháčková (2003) řadí **parafázii** mezi základní charakteristické symptomy afázie. Parafázie se dělí na tři typy. První je **fonemická parafázie**, dříve označovaná jako

meristická. Při tomto typu parafázie člověk produkuje slovní tvary deformovaně, obsahují však některé správné prvky daného slova, což v důsledku znamená, že projevu lze porozumět (např.: *kvítek – klítek, kočka – koťa* apod.). Druhým typem je **žargonová parafázie**, při níž jde o těžkou slovní deformaci, kdy je slovo k nepoznání změněné, a produkované řeči tedy nelze porozumět (např.: *ždruchla – židle*). Třetím typem je **sémantická parafázie**, při které si pacient nemůže vzpomenout na slovo nebo ho nahrazuje významově podobným.

Kejklíčková (2011) uvádí i tyto příznaky, které se mohou v mluvních projevech osob s afázií vyskytovat:

- mluvní automatismy – opakování slova nebo několika slov,
- plané frázování – takzvaná „slovní vata“, mnohoslovné opakování bez jakéhokoliv významu,
- stereotypie – opakování bezvýznamného slova nebo shluku slov, při němž dochází k nelogickému spojování s jinými slovy,
- permanentní interrupce – pomalé tempo, krátké věty a neustálé přerušování mluvního projevu pauzami,
- speciální žargon – plynulý mluvní projev plný parafázií, nesmyslných neologismů, slovních vmetků, nepřiléhavých vsuvek,
- paragramatismy – míchání dvou neúplných vět s odlišným významem, chybný tvar sloves, nesprávné skloňování.

2.4. Klasifikace afázie

Při klasifikaci afázie se setkáváme s nejednotností, která je podmíněna zejména rozmanitostí symptomů. Jednotný systém nebyl doposud vytvořen. I z tohoto důvodu se mnozí badatelé ve svých názorech naprosto rozcházejí. V logopedické praxi se nejčastěji užívá dělení afázie na senzickou neboli receptivní (Wernickeho), motorickou neboli expresivní (Brocovu) a totální, jinak zvanou globální. Mezi nejznámější dělení užívané odborníky patří **Bostonská klasifikace**, **Lurijova klasifikace** či **Hrbkova klasifikace afázie**. Nejrozšířenější je však klasifikace **Bostonská** (Klenková, 2006).

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, 2007) se v Bostonské klasifikaci opíráme o hodnocení spontánního projevu a jeho fluence, tedy plynulosti, nebo nonfluence, tedy neplynulosti. Jedním z nejdůležitějších kritérií je schopnost/neschopnost opakování

mluvené řeči, dále se vyšetřuje grafie, rozumění mluvenému a pojmenování viděného. Dominuje lingvistický aspekt. V Bostonské typologii se akceptuje lokalizace mozkové léze, nevyšetřuje se však gnozie, praxie apod. Typy afázií, které Bostonská klasifikace uvádí, jsou: Brocova, Wernickeho, kondukční, anomická, transkortikální motorická, transkortikální sensorická a globální.

Při **Brocově (motorické) afázii** dominuje porucha v plynulosti a expresivní složce řeči. Brocova afázie vzniká při lézích frontálního laloku, kdy léze zasahuje Brocovu areu, může však ležet před či za touto oblastí. V roce 1861 prokázal Broca lokalizaci léze v levé posteriorní oblasti frontálního laloku. Bývá přítomna plegie horní nebo dolní končetiny. Afatik se často snaží psát nedominantní rukou (Kearns, 2011, Csefalvay, 2007).

Dle Neubauera (2018) je při Brocově afázii narušena řečová produkce, ale rozumění je dobře zachováno, postiženo je opakování a pojmenování. V řeči se vyskytují fonemické parafrázie a agramatismy, pacient mluví málo, se značným úsilím, avšak s jasným komunikačním záměrem. *„Problémy v přístupu k reprezentacím slov se mohou projevit jako produkce fragmentu slova (místo nemocnice řeknou nemice), jako záměna některého fonému (pec místo pes) nebo jako používání kompenzační strategie popisu hledaného slova (tzv. cirkumlokuce), například: No, je to ... no, neumím to říct... no... jak tady nosíme... no... noha, dole“* (Csefalvay a kolektiv, 2007, s. 18).

U osob s Brocovou afázií se vyskytují také problémy v pochopení syntaktických vazeb (Love, Webb, 2009). Chyby se objevují především při složitějších úkolech, kdy jedinec nedokáže určit základní příbuzenské vztahy nebo nemusí být schopen pochopit větu „Matka byla políbena otcem“. Je-li věta vyslovena jinak „Otec políbil matku“, pacient sdělení porozumí (Růžička, Bednařík, 2008, Koukolík, 2012). Dalšími častými příznaky jsou alexie a agrafie. Při čtení je narušeno dekodování slov, tedy porozumění jejich významu, zasažen je i výstup (porucha čtení nahlas). Jedná-li se o písemný projev, mohou se objevovat potíže jako při aktualizaci slov z ortografického slovníku, písmo je taktéž narušeno, a to hlavně deformacemi jednotlivých znaků.

Podle Koukolíka (2014, s. 136) lidé s afázií *„nejsou schopni tvořit řeč dle gramatických pravidel (...). Nepoužívají spojky, předložky, pomocná slovesa, přípony, které určují minulý čas. Mají i porušenou tvorbu hlásek. Obtížně rozlišují ty, které si jsou blízké.“* Velikým problémem pro samotného člověka s tímto typem afázie je skutečnost,

že si svou poruchu uvědomuje. Jedinec se může řeči vyhýbat a moc nemluvit, jelikož se obává, že ze strany okolí dojde k neporozumění. Může u něho také docházet k velké podrážděnosti a frustraci, a to zejména kvůli nemožnosti vlastní produkce řeči a smysluplného vyjadřování.

Velice důležitá je diferenciální diagnostika, která Brocovu afázii odlišuje od ostatních typů afázie, ale i od demence, apraxie řeči či dysartrie (Obereignerů, 2013). Může se stát, že Brocova afázie postupem času přejde do jiného typu afázie, například kondukčního, anomického nebo transkortikálního (Neubauer, 2015).

V roce 1874 byla Wernikem definována **Wernickeho afázie**. Wernickeho afázie je „*fluentní afázie charakterizována obtížemi v porozumění řeči stejně jako obtížemi v opakování řeči*“ (Love, Webb, 2009, s. 238). Tento typ afázie nejčastěji vzniká při poškození temporálního laloku. Dominantní je zejména špatné porozumění, pojmenování a opakování, nevědomí vlastní poruchy řeči, plynulost řečového projevu je ale dobrá. V řeči se objevují logorhea, parafázie a neologismy (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007).

V některých případech je řeč úplně nesrozumitelná a člověk působí zmateně. Často se v řečovém projevu vyskytují takzvaná „prázdná slova“ (*jakoby, no teda*). Lexie je narušena stejně jako porozumění čteného. V písemném projevu se vyskytují zkomoleniny (Cséfalvay, 2007).

Globální afázie „*vzniká při rozsáhlých poškozeních v tzv. perisylvické oblasti dominantní mozkové hemisféry. Nejčastější cerebrovaskulární příčinou globální afázie je okluze nebo vysoký stupeň stenózy levé arterie cerebri media, nebo také rozsáhlé krvácení ve frontální, temporální a/nebo parietální oblasti mozku*“ (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 85). Příčinou tedy bývá léze ve frontálním laloku mozku. Právě tato část odpovídá za programování chování, plánování a řeč.

Při globální afázii jsou závažně postiženy porozumění i řečové exprese. Dle Neubauera (2018) se projevuje velmi těžká porucha s postižením fatických funkcí, doprovázená nemožností sdělit jakoukoliv informaci a těžkou poruchou porozumění verbálnímu projevu. Patrná je i špatná plynulost projevu. U tohoto typu afázie se často objevují i perseverace a také stereotypně se opakující neologismy. Love a Webb (2009) dodávají, že pacient je ve většině případů schopen užívat modulovanou fonaci a někdy může být schopný opakovat i jednoduchá slova, často se však jedná o nadávky. Tento

stav může být přetrvávající, ale může se následně upravovat do obrazu motorické (Brocovy) afázie (Neubauer, 2018).

Kondukční afázie, nazývaná také jako afázie centrální, je fluentním neboli plynulým typem afázie s dobrým porozuměním a artikulací. Tato porucha řeči vzniká lézí mezi motorickým a senzorickým centrem řeči (Čecháčková in Škodová, Jedlička, 2007). Často se v řeči objevují fonemické parafázie. Porozumění řeči je většinou dostatečné. Pokud však dostatečné není, stává se diagnóza kondukční afázie spornou.

Velkým problémem u tohoto typu afázie je opakování, které je oproti schopnosti produkce slova v konverzační řeči výrazně horší. Při opakování slov se velice četně vyskytují parafázie. Objevují se i poruchy čtení, zejména v hlasitém čtení se vyskytují parafázie, tiché čtení s porozuměním ale bývá dobré. Problémy se vyskytují i v psaní (agrafie), kvůli špatnému hláskování se ve větách vyskytují slova, která jsou často přesmykávaná, v nesprávném pořadí či zcela vynechávána (Love, Webb, 2009).

Anomická afázie nazývaná také jako amnestická či dysnomická, při níž se zejména vyskytují poruchy vybavování slov, je označována jako anómie. Tento typ afázie nemá v současné době žádnou lokalizační hodnotu, ale v dřívějších dobách u řady pacientů byla mozková léze lokalizovaná v temporálních oblastech mozku (Cséfalvay a kol., 2007). Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, 2007) se jedná o nejlehčí typ afázie. Percepce řeči je neporušena a neplynulost (nonfluency) je způsobena hledáním správného výrazu.

Tento typ afázie se může vyskytovat samostatně, ale může být i reziduem po úpravě jiného typu afázie (Wernickeho, kondukční či transkortikální). Love a Webb (2009) tvrdí, že porucha konfrontačního pojmenování může nabýt takových rozměrů, že pacient není schopen vytvořit jakékoliv adekvátní pojmenování, ale spontánní řeč je plynulá, jen občas přerušovaná obtížemi v hledání správných slov. Čtení s porozuměním je u těchto pacientů narušeno, někdy se může vyskytovat i alexie. Spontánní psaní je většinou přerušováno z důvodu vyhledávání adekvátního slova (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Transkortikální afázie je takzvaná afázie hraničního pásma, protože se léze většinou nacházejí v okolí Brocovy a Wernickeovy oblasti. Charakteristickým znakem pro tento typ afázie je velmi dobré zachování schopnosti opakovat (s dobrou přesností). Rozlišují se dva typy transkortikální afázie, a to: **transkortikální motorická afázie**

(TMA) a **transkortikální sensorická afázie (TSA)**. Může se však jednat i o **smíšenou transkortikální afázii** (Love, Webb, 2009).

Transkortikální motorická afázie je „*nonfluentní afázie, která se projevuje nonfluentní, adynamickou a namáhavou konverzační řečí*“ (Love, Webb, 2009, s. 241). Tento typ afázie vzniká při lézi v oblastech před Brocovou areou, a to v blízkosti suplementární motorické oblasti. Plynulost spontánní řeči je značně narušena a je tvořena s velikým úsilím. V řeči se objevují slova, která byla v otázce komunikačního partnera, čímž vzniká echolalická řeč. Porozumění je méně narušeno, lexie může být zachovaná, avšak zpomalené tempo při produkci se projevuje při hlasitém čtení. Grafie je typická hlavně pomalým tempem, které je nejspíše způsobeno celkovou adynamií nebo obtížemi při hledání potřebného slova v ortografickém lexikonu (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 241).

Transkortikální sensorická afázie je „*fluentní typ, charakterizují ji parafázie se sémantickými a neologickými záměnami*“ (Love, Webb, 2009, s. 241). Jedinec dobře zopakuje větu, avšak bez porozumění a pojmenování předmětů. Promluva je obsahově prázdná a objevuje se množství sémantických parafází. Psaní je taktéž narušeno, a to výrazněji, zejména pokud se jedná o pojmenování předmětů či spontánní písemný projev. Potíže se objevují při porozumění čtenému textu a rovněž při opisování slov či vět (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013). Tento typ afázie se podobá Wernickeho afázii, ale je zachováno opakování.

Smíšená transkortikální afázie je podobná globální afázii, při tomto typu jsou však lépe zachovány schopnosti reprodukovat slova, především slova vysoce zautomatizovaná (jméno, pozdrav). „*Její nejnápadnějším znakem jsou těžce postižené jazykové funkce kromě jedné – opakování. Pacienti nemluví, pokud nejsou osloveni, a odpovídají pouze opakováním.*“ (Love, Webb, 2009)

V afaziologické praxi je kromě Bostonské klasifikace užívaná mimo jiné i **Lurijova klasifikace**, která klade důraz na propojení řeči se symbolickými funkcemi a dalšími psychickými procesy. Obereignerů (2013) zmiňuje, že tato klasifikace klade důraz na lokalizaci léze předních nebo zadních oblastí mozku a zaměřuje se i na narušení simultánních či sukcesivních řečových procesů. Čecháčková (in Škodová, Lechta, 2007) uvádí šest typů afázie dle Lurija: dynamická afázie, eferentní motorická afázie, aferentní motorická afázie, akusticko-amnestická afázie, sensorická afázie a sémantická afázie.

Dále se v logopedické praxi užívá i **Hrbkova klasifikace afázií**, která je dle Klenkové (2009) založená na teorii, že na řízení základních mechanismů řeči se podílí šest korových okrsků a propojení mezi nimi, rozdělení afázie dle Hrbky je tedy založeno právě na těchto okrscích.

Rozdělení dle Hrbkovy klasifikace:

- propioceptivně logestetický (PL) okrsek
 - hlavní programátor vnitřní řeči
- propioceptivně grafestetický (PG) okrsek
 - tvoří plán písma a převádí logestetické a optické podněty
- logomotorický (LM) okrsek
 - řídí výkonnou část mluvené řeči
- grafomotorický (GM) okrsek
 - řídí výkon písma
- akustický okrsek (A)
 - slouží k vnímání slyšené mluvy
- optický (O) okrsek
 - slouží k vnímání písma (Čecháčková in Škodová, Lechta, 2007)

Olomoucká klasifikace se opírá právě o některé z prvků Hrbkovy klasifikace, zhodnocuje však dlouhodobé zkušenosti s diagnostikou a terapií osob s afázií. Čecháčková (2007) uvádí, že „*podle této klasifikace je léze lokalizovaná v určitém mozkovém laloku charakterizována specifickými symptomy. Ty pak tvoří obsah konkrétní kortikální poruchy*“ (Čecháčková in Škodová, Lechta, 2007, s. 159). Afázie jsou rozděleny do pěti typů na základě typických symptomů a dle dominující lokalizace léze.

Prvním typem je expresivní afázie, při níž člověk není schopen větně se vyjádřit, mluva je pomalá a neplynulá. Velice nápadná je těžkost při utváření vět i slov a jedinec k vyjadřování užívá takzvané „slovní trosky“ (na otázku „*Jak se jmenujete?*“ odpoví: „*prvního*“). Druhým typem je integrační afázie, jejíž podstavou je zpracovávání informací na základě paměťových záznamů a vytváření impulzů výkonu. Třetím typem je percepční afázie, u které dominuje narušení dekodování a rozumění řeči. Čtvrtým typem je amnestická afázie, která je nejlehčí formou afázie, kdy je řeč provázená četnými prodlevami pro rozpomínání na daný výraz. Pátým, a tedy posledním typem, je globální afázie, pro niž je typické poškození všech kortikálních oblastí, proto jedinec nerozumí

vnitřní ani vnější řeči a objevuje se také porucha orientace (Čecháčková in Škodová, Lechta, 2007).

Rozdělení typů afázie podle fluence řeči a klinických syndromů afázie je uvedeno v tabulce č. Tabulka 1 (převzato z Cséfalvay, Lechta a kol. 2013, s. 90).

Tabulka 1: Rozdělení typů afázie podle fluence řeči a klinických syndromů afázie

	Klinický syndrom afázie	Nejnápadnější příznak
Nonfluentní afázie	Brocova	Anomie, agramatismus, parafrázie
	Globální	Výrazně narušené všechny složky řeči
	Transkortikální motorická	Lepší opakování než spontánní produkce
	Smíšená transkortikální	Částečně zachované porozumění řeči
Fluentní afázie	Wernickeho	Výrazně narušené porozumění řeči
	Kondukční	Horší opakování než spontánní řeč, fonemická parafrázie (záměny hlásek)
	Anomická	Zejména poruchy vybavování slov (anomie)
	Transkortikální sensorická	Zachované opakování i při špatném porozumění řeči

2.5. Diagnostika afázie

„Diagnostika afázií je úzce spjata s problematikou neurologické diagnostiky, kde jsou poruchy fatických funkcí součástí řady syndromů a mnohdy složitých klinických obrazů“ (Obenberger in Neubauer a kol., 2007, s. 35).

Diagnostikou afázie se zabývali foniatři Pelikán a Kiml. V roce 1955 byla panem Hrbkem vytvořena koncepce kortikálních analyzátorů, podle nichž byly vyšetřovány osoby s afázií. Každá afaziologická škola si však vytvořila vlastní přístup, a proto doposud neexistuje komplexní metodická diagnostika afázie, která by zahrnovala vše důležité (kvalitativní a kvantitativní analýzu a hodnocení pragmatické roviny jazyka). Je tedy velice důležité, aby při diagnostice bylo využito několika specifických testů či testových baterií (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003). Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) klade důraz na mezioborovou spolupráci a diferenciativní diagnostiku.

U dospělých pacientů je důležité vytvořit vhodné diagnostické prostředí a je nutné provádět diagnostické vyšetření ve více sezeních, a to z důvodu větší unavitelnosti dospělého pacienta. Vždy je zásadní, aby logoped s pacientem mluvil na úrovni, hlasitě, a hlavně ne jako s dítětem, proto je důležité, aby nebyly používány obrázkové materiály určené pro děti. Při diagnostice osoby s afázií je důležité zaměřit se na hodnocení a vyšetření porozumění řeči, spontánní řeči, čtení, psaní, pojmenování a opakování. Podstatné také je zaměřit se při vyšetření na motoriku mluvních orgánů, polykání, mluvidla, celkovou citlivost obličeje, počítání a automatizaci. Nesmíme opomenout ani sluch a zrak, celkovou koncentraci a vnímání dané osoby. Je nezbytné o jedinci vědět, zda nosí brýle, zubní protézu, co má za vzdělání, znát jeho lateralitu a ověřit si, zda nenosí sluchadlo.

Dle Cséfalvaye (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) by měla být diagnostika zaměřena na hodnocení:

- funkce (kognitivní deficity apod.),
- postižení (denní aktivity či každodenní komunikace apod.),
- participace ve společnosti (zaměstnání, role v rodině apod.).

K diagnostice afázie se využívají různé testy, které se soustředí na hodnocení úrovně narušené funkce. Užívají se i různé dotazníky či standardizované testy sloužící ke zmapování dopadů jazykových deficitů. Cséfalvay (in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) uvádí diagnostické postupy používané u pacientů s afázií a dělí je do kategorií:

- screening afázie,
- komplexní hodnocení jazykových deficitů (testy afázie zaměřené na hodnocení jazykových deficitů na úrovni slov, vět a textu),
- hodnocení funkcionální komunikace,
- orientační hodnocení kognitivních deficitů.

Neubauer a kol. (2007) uvádí základní cíle logopedické diagnostiky:

- diferenciální diagnostika,
- screening poruch řečové komunikace,
- stanovení individuálního plánu,
- zhodnocení výsledků terapie v určitém časovém období,
- prognóza obnovování porušených funkcí.

Orientační vyšetření

Hlavním úkolem tohoto vyšetření je zhodnotit aktuální stav řečové komunikace a definovat zachované komunikační schopnosti – schopnost rozumění a expresivní komunikace (Neubauer in Neubauer, 2018). Tento způsob vyšetření je rychlý, bez nadměrné zátěže, proto se často provádí v subakutním stádiu či v situaci komplikované vážností celkového stavu a vysokou unavitelností. V současnosti můžeme využít test na vyšetření fatických poruch (VAFO), který se používá na odděleních neurologie a neurochirurgie, JIP a oddělení ARO.

Screening afázie

Toto vyšetření se používá zejména v akutním stádiu u osob, u nichž je podezření na afázii založeno již na klinickém obraze onemocnění. Nejčastěji se zde hodnotí opakování slov, spontánní řeč, automatická řeč, pojmenování předmětů, porozumění slovům, větám. Při screeningu se zejména v zahraničí používají testy jako **Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)**, **Bedside Evaluation Screening Test**, **Aphasie Schnell Test (AST)**.

V České republice se screeningová vyšetření zaměřují na zjištění přítomnosti poruch fatických funkcí. Využívá se **Token test**, **Screeningová zkouška afázie (AST)**, **Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)**.

Token test určený pro dospělé se zaměřuje na kvantifikaci poruch receptivní složky a krátkodobé verbální paměti u jedinců s afázií (Čecháčková in Škodová, Lechta., 2003).

Tento test hodnotí míru poruchy řeči u osob s afázií, kdy hlavním úkolem jedince je na základě instrukce ukázat na geometrický tvar (čtverec či kruh) různé velikosti (velký, malý) a různých barev, kterých je celkem 5 (červená, žlutá, modrá, bílá, zelená). V případě, že jedinec selhává už v prvních dvou nejjednodušších částech, můžeme hovořit o těžké poruše porozumění (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Screeningová zkouška afázie (AST – Aphasia Screening Test) je další z testových materiálů, kde se hodnotí pojmenování osob a předmětů na obrázku, porozumění slyšené řeči, čtení slov a krátkých instrukcí a psaní. Tento test umožňuje ve velice krátkém čase (cca 10 minut) zhodnotit potíže právě ve výše zmíněných

oblastech, ale dokáže odhalit i nelingvistické projevy neurogení poruchy (např. narušená pravolevá orientace, dyslexie).

MASTcz test (Mississippi Aphasia Screening Test) byl taktéž převeden do českého jazyka, a proto ho využívají i naši čeští logopedi. Jedná se o screeningový test obsahující 9 subtestů, v nichž je možno získat od jednoho do dvaceti bodů. V tomto testu se hodnotí především pojmenování, automatická řeč, opakování, psaní na diktát, fluence řeči při popisu obrázku, porozumění alternativním otázkám, porozumění mluvené instrukci, porozumění slovům a porozumění čtené instrukci. Slouží zejména k rychlé diagnostice v akutním stádiu pacienta a může se aplikovat přímo u lůžka pacienta, protože formulář je velice přehledný (Cséfalvai, Lechta a spol., 2013).

Komplexní testy afázie

Toto vyšetření se aplikuje zejména u pacientů, kteří jsou již schopni déle spolupracovat, a také se používá v případech, kdy se afázie víceméně ustálí, ale nepředpokládá se, že dojde ke změně jejího klinického obrazu. Dle Cséfalvae (in Cséfalvai a kol., 2007) se nejčastěji používají diagnostické postupy nazývané jako standardizované testové baterie, v nichž se kromě afázie hodnotí grafie a lexie, kalkule i praxe.

Cséfalvai (in Cséfalvai a kol., 2007) rozlišuje celkem tři komplexní testy. Prvními jsou **kvantitativně orientované testy afázie**, které umožní zhodnotit symptomy afázie a také určit rozsah. „*Na základě výkonů při hodnocení jednotlivých řečových funkcí (spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění mluvené řeči) můžeme většinu pacientů s afázií klasifikovat do klinických syndromů*“ (Cséfalvai a kol., 2007, s. 37).

První komplexní test, který byl vytvořen, se nazývá Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE, jeho autory jsou Goodglass a Kaplan (1983). Tento test obsahuje celkem pět částí a můžeme díky němu identifikovat syndromy afázie. Test se zejména zaměřuje na oblasti spontánní řeči, vyšetření porozumění mluvené řeči, vyšetření psaní a vyšetření porozumění psané řeči. Zkoumá se i pravolevá orientace. Nejpoužívanějším je však test Western Aphasia Battery – WAB, od autorky Kertesz (1982), který se zaměřuje na porozumění, spontánní řeč, pojmenování, opakování, psaní, čtení, kalkuli, praxi a konstrukční schopnosti. Dle dosažených výsledků v jednotlivých fázích lze následně určit typ afázie.

Lurijovo neuropsychologické vyšetření spadá do kvalitativně orientovaných testů afázie, které hodnotí způsob a kvalitu řešení dané úlohy. Lurijovo neuropsychologické vyšetření se opírá o syndromovou analýzu. Cílem Lurijova vyšetření je analyzovat struktury symptomů a porovnáním různým syndromů identifikovat faktor, jehož vlivem došlo k takzvanému „výpadku“, což mělo za následek rozpad celého funkčního systému.

Dalším typem kvalitativně orientovaného testu afázie je **Vyšetření fatických funkcí (VFF)**, který vychází z kognitivně-psycholingvistické koncepce diagnostiky afázií. Jejími autory jsou Csévalvay, Košťálová, Klimešová (2003). Tento test je zaměřen na určení typu afázie, na detekci intaktních a narušených komponentů jazykového systému, který se účastní na realizaci porozumění a produkce slov, ale také na čtení a psaní. Zaměřuje se také na charakteristiku úrovně komunikace po vzniku poškození.

Třetím typem jsou **testy orientované na funkční komunikaci osob s afázií**, které hodnotí efektivitu komunikace i přes existující poruchy fatických funkcí. Řadí se sem testy jako *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)*, *Functional Communication Profil (FCP)*, avšak nejpoužívanějším testem funkční komunikace je test *Communicative Activities of Daily Living – CADL-2*. Tento test měří stupeň porozumění v komunikaci dospělých s kognitivními a řečovými poruchami (Cséfalvay a kol., 2007).

Testy zaměřené na kognitivní funkce, speciální testy afázie

K těmto vyšetřením se používají testy jako *Montreal Cognitive Assesment (MoCA)*, *Mini Mental State Examination* nebo *Token test*. Speciální testy se většinou používají v případě, kdy je třeba se při vyšetření zaměřit na některé jazykové deficity, respektive na specifickou oblast.

Mini Mental State Examination slouží k diferenciaci diagnostice afázie a kognitivního deficitu, používá se jako součást screeningových testů kognitivních funkcí. Tento test hodnotí zejména pragmatické komunikační a úsudkové schopnosti v každodenním životě a také hodnotí porušené modality komunikačního systému (Neubauer, 2015).

Dalším typem je *Boston Naming test (BNT)*, který lze považovat za nejlepší, protože diagnostikuje schopnost vyšetřované osoby pojmenovat 60 černobílých nakreslených objektů, které obsahují slova s postupně klesající frekvencí. Pacient má

za úkol pojmenovat dané obrázky, uspořádané od nejjednodušších po nejtěžší. Výkon ovlivňují věk a úroveň vzdělání.

Boston assessment of Severe Aphasia (BASA) slouží k rychlé kvantifikaci poruch porozumění a produkce řeči u pacientů s těžkými poruchami, u nichž nelze použít jiné testy. Toto vyšetření trvá poměrně krátkou dobu (20-30 minut). V tomto čase získáme informace o verbálních i neverbálních schopnostech, o úrovni porozumění řeči a gestům, o praxii, čtení, psaní. Díky tomuto testu se dá i zhodnotit mírné zlepšení u pacientů s těžkým stupněm afázie.

Dalším speciálním testem je *Bilingual Aphasia Test*, jehož se využívá u bilingválních pacientů. Tento test byl sestaven dle různých jazykových kombinací (anglicko/španělská, anglicko/francouzská, anglicko/japonská).

Mezi speciální testy afázie patří i výše zmíněný *Token test*.

Posledním speciálním testem afázie je *Reporter's test*, vytvořený na základě Token testu. Tento test se doporučuje používat po administraci Token testu. Na rozdíl od Token testu, Reporter's test hodnotí úroveň exprese řeči pacienta, který má za úkol objasnit imaginární osobě, co dělá vyšetřující s různě barevnými a různě velkými geometrickými tvary (Cséfalvay a kol., 2007, Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Diagnostické materiály využívané v České republice

Neubauer (2007) popsal detailní postup pro zhodnocení lexie, grafie, praxie, motorické poruchy řeči, kognitivně-komunikační poruchy a také zhodnocení fatických funkcí. Vyšetření, které se pro výše zmíněné používá, je *Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace (VZNPk)*. „Cílem tohoto rozsáhlého vyšetření je získat potřebné informace pro diferencování uvedených poruch, ke zhodnocení jejich míry na pětistupňové ratingové škále“ (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 106).

Dalším testem je *Screening deliria-The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-INTUcz)*, který slouží k orientační diagnostice deliria. Vyšetření může klinický logoped provádět i na JIP, iktové jednotce apod. Pacient na otázky odpovídá „ano“ či „ne“. Toto vyšetření může provádět i pracovník bez lékařského vzdělání (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Dalším typem testu spadajícího do této oblasti je *Zkouška vizuální pozornosti (ZVP)*, která diagnostikuje narušenou pozornost ihned po iktu, tedy probíhá v podmínkách akutní lůžkové péče.

Dotazník funkcionální komunikace (DFK) slouží ke zmapování důsledků jazykových poruch na komunikaci v běžném životě. Tento dotazník je časově nenáročný. Úspěšnost pragmatické komunikace pacienta je porovnávána v oblastech bazální komunikace, sociální komunikace, čtení a psaní, orientace a čísla v životě (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Diagnostika afázie, alexie a agrafie (DgAAA) slouží k identifikaci narušených modulů, které tvoří dané jazykové procesy. Dalším cílem je ujistit se, jak narušení ovlivní fungování celého systému. Jedná se o komplexní diagnostický postup, u něhož se hodnotí produkce a porozumění mluvené a psané řeči, ale i produkce a porozumění větám a textu.

3. Logopedická intervence u osob s afázií

Vzhledem k prognóze narušené komunikační schopnosti po CMP je důležité včasné zahájení logopedické intervence na úrovni diagnostické (diferenciálně diagnostické) a terapeutické, a to již ihned v akutním stádiu.

3.1. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u osob po CMP

Jelikož může být afázie snadno zaměnitelná s jinými poruchami řečové komunikace, je velice důležitá diferenciální diagnostika, která by se měla skládat z vyšetření logopedického, neurologického a foniatrického (Klenková, 2006). Je velice důležité odlišit afázii od apraxie, agnozie, dysartrie, ale také od demence či psychóz (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

3.1.1. Dysartrie

Čecháčková (2003) uvádí, že: „*Nejčastější chybou, které se můžeme z neznalosti dopustit, je neschopnost odlišit afázii od dysartrie (pozor na diagnostický závěr typu: těžká dysartrie a grafie)*“ (Čecháčková, 2003, s. 158).

„*Dysartrii nazýváme poruchy motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy*“ (Neubauer a kol., 2007). Poruchy jsou většinou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a jsou zařazeny do oblasti motorických řečových poruch (motor speech disorders). Základní modalita motorické realizace řeči, jako jsou fonace, respirace, artikulace a rezonance, jsou v různé míře a rozsahu narušeny. Na rozdíl od afázie při dysartrii nebývají porušeny fatické funkce, jako jsou grafie, lexie, gnozie a kalkule. Přidruženou poruchou, která se u dysartrie může objevit, je porucha grafomotoriky, ale v důsledku třesu, nikoliv v důsledku grafie. Dále se u dysartrie neobjevují parafázie, není narušeno rozumění řeči a mluva je plynulá. Různé typy apraxií se mohou zaměnit s afázií globální nebo percepční, jelikož pacient nerozumí, nereaguje tedy na mluvní ani vizuální podnět (Čecháčková, 2003).

Získaná dysartrie vzniká v průběhu dětství, dospělosti či během stárnutí organismu. Proces zrání centrální nervové soustavy a rozvoje řečových schopností dítěte staršího 1-2 roky může být narušen náhle vzniklým traumatem na bázi úrazu mozku,

infekce či onkologického onemocnění nervové soustavy. Tyto příčiny často u dospělých osob postihují nervový systém, následkem čehož vzniká dysartrie (Neubauer a kol., 2007).

V případě, že je narušení motorických modalit řeči závažnější, označujeme to jako anartrii. V takovém případě člověk není absolutně schopen verbálně komunikovat s okolím, objevuje se neschopnost artikulované mluvy z důvodu ztráty či nerozvinutí vůlí kontrolované hybnosti mluvidel. Vyskytuje se zejména u pacientů po těžkých traumatech mozku, ale bývá i součástí některých neurodegenerativních onemocnění, jako je například ALS-amyotrofická laterální skleróza (Neubauer, 2018).

Dysartrie se dle symptomů dělí na dysartrii flakcidní (chabou), spastickou, ataktickou (mozečkovou), extrapyramidovou hypokinetickou, extrapyramidovou hyperkinetickou a smíšenou (Neubauer a kol., 2007).

Dysartrie flakcidní bývá součástí neurologického syndromu nazvaného jako bulbární paralýza a je přítomna při postižení periferního motorického neuronu. „*Vzniká poškozením jader či průběhu mozkových nervů inervujících řečové mechanismy*“ (Neubauer a kol., 2007, s. 46). Objevují se drobné záškuby, zvané též fascikulace, které jsou výraznější hlavně u oboustranného postižení hlavových nervů. Mezi další příznaky patří porucha polykání, chraptivost, hypernazalita. Narušeny jsou i faciální svaly (n. facialis), které zajišťují čelistní a žvýkací pohyby (Cséfalvay a kol., 2013, Neubauer, 2018).

Dysartrie spastická vzniká v důsledku poruchy centrálního motorického neuronu a je součástí pseudobulbární paralýzy. Objevují se poruchy celkové hybnosti, omezení a pomalost pohybů. Dýchání je oslabeno, řečový projev pomalý s protahováním slov a nesrozumitelností. Narušena je také činnost patrohltanového uzávěru a často se objevuje i dysprozodie. Příčinou většinou bývají CMP či mnohočetná mozková aneuryzmata (Cséfalvay a kol., 2007).

Dysartrie ataktická „*vzniká při poškození mozečku a nervových drah spojených s jeho činností, které tvoří neurologicky tzv. cerebrální syndrom*“ (Neubauer a kol., 2007, s. 47). Vyskytuje se špatná koordinace činnosti svalových skupin, řečový projev je nepravidelný a slabiky jsou explozivně vyřazeny, dochází k takzvané skandované mluvě. V intenzitě hlasu, dýchání, ale i rezonanci se objevuje kolísání. Tento typ dysartrie je

obvyklý zejména u roztroušené sklerózy, zánětů a nádorů mozečku či u degenerativních procesů v této oblasti (Neubauer, 2018).

Dysartrie extrapyramidová hypokinetická „vzniká při lézích bazálních ganglií a jejich okruhů. Nejčastější příčinou většiny případů hypokinetické dysartrie je Parkinsonova nemoc“ (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 123). Objevuje se svalová rigidita, zpomalená pohyblivost a je snížen rozsah pohybu. Přítomen je také klidový třes a ztráta pohybových automatismů. Fonace je oslabena, někdy přechází až do afonie. Dochází ke zpomalování a zrychlování tempa řeči, respirace je přerušovaná až nedostatečná (Neubauer a kol., 2007).

Dysartrie extrapyramidová hyperkinetická vzniká při onemocněních zasahujících bazální ganglia. „Při těchto onemocněních často vznikají nekontrolovatelné, mimovolní pohyby orgánů zúčastňujících se na mluvení“ (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 124). Řeč často bývá vykřikovaná, hlasitá a objevuje se dyskoordinace s dýchacími pohyby. Díky neschopnosti ovládat pohyby jazyka a úst je tempo řeči kolísavé a projev může být až nesrozumitelný. Vznik tohoto typu dysartrie zapříčiňují degenerativní onemocnění CNS či vedlejší účinky některých léků (neuroleptik) (Neubauer a kol., 2007).

Dysartrie smíšená vzniká kombinací dvou a více dysartrií. „Smíšená (nebo kombinovaná) dysartrie vzniká při onemocněních, která mohou postihnout současně periferní a centrální nervový systém, např. ALS nebo roztroušená skleróza“ (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

Neubauer (2007) uvádí pět typů smíšených dysartrií u jednotlivých poruch degenerativních chorob CNS u dospělých dle Hedánka a Roubíčkové (1997):

- spasticko-flakcidní (ALS-amyotrofická laterální skleróza),
- atakticko-spastická dysartrie (roztroušená skleróza),
- atakticko-spastická a flakcidní dysartrie (olivopontocerebrální atrofie),
- spasticko-ataktická a hypokinetická dysartrie (Wilsonova nemoc),
- hypokineticko-spastická a ataktická dysartrie (progresivní supranukleární paralýza).

Při diagnostice dysartrie se nejčastěji využívá Test 3F, který se zaměřuje na diagnostiku právě výše zmíněných typů dysartrie. Tento test vyšetřuje artikulaci, fonaci, respiraci, srozumitelnost mluvy a četby, také tempo a prozódii řeči, faciální

svalovou činnost (faciokinezi), polykání, žvýkání, kašlán a také fonaci. Hodnocení je prováděno ve třístupňové škále (dobrý výkon, omezené provedení a neschopnost vykonat zadanou položku). Tento test dokáže velice dobře zhodnotit nejlépe zachovanou složku, ale i složku nejnarušenější. Díky výsledkům z Testu 3F lze nastavit terapeutický plán, který bude pro daného jedince co nejprospěšnější (Košťálová, 2013).

3.1.2. Syndrom demence

Dle Neubauera (2007) „*demence jsou těžké psychické poruchy, většinou podmíněné organickým onemocněním mozku. Vlivem mozkové poruchy dochází k podstatnému snížení intelektových a paměťových funkcí i dalších psychických funkcí oproti premorbidní úrovni*“ (Neubauer in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 180).

Syndrom demence zahrnuje soubor duševních poruch, které se projevují získaným závažným úbytkem kognitivních funkcí, zejména pak paměti a intelektu. Nejčastějšími symptomy jsou hlavně poruchy kognitivní, avšak i poruchy chování, poruchy řečové i neverbální komunikace a objevují se i psychické poruchy). Vyskytuje se u osob starších 60 let a odborníci ji často nazývají jako tichou epidemií. Dle Markové a Cséfalvaye (2013) se mezi hlavní příčiny demence řadí progredující onemocnění mozku. „*Patologické změny probíhající v mozku se postupně rozšiřují a zhoršují, což vede k prohlubování změn v klinickém obrazu*“ (Marková a Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2013, s. 146).

Nejčastější dělení poruch:

- primární demence (Alzheimerova choroba, Pickova choroba),
- ischemicko-vaskulární demence (multi-infarktová demence),
- sekundární demence (sekundární syndrom jiného traumatu CNS) (Neubauer, 2007).

Dle typu se demence dělí:

- kortikální (korové) demence (objevuje se porucha kognitivní funkce s projevy agnozie, apraxie a fatické poruchy, řadí se sem Alzheimerova choroba a Pickova nemoc),
- subkortikální (podkorová) demence (objevuje se zpomalení myšlenkové činnosti, dysfagie, dysartrie a extrapyramidové projevy, řadí se sem Parkinsonova choroba a Huntingtonova choroba),
- smíšená demence (vaskulární demence, Creutzfeldtova-Jakobova nemoc) (Neubauer in Škodová, Lechta a kol., 2007).

U Alzheimerovy choroby je řeč motoricky postižena, ale až velmi pozdě, sémantické a pragmatické jazykové schopnosti jsou však porušeny časně.

U Pickovy nemoci se vyskytují porucha auditorního porozumění, anomie, váhavá mluva a postupné zhoršování jazykových schopností v oblasti syntaxe.

U Parkinsonovy choroby je řeč motoricky postižena, hlas je dyšný a slabý, avšak jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně.

U Huntingtonovy choroby jsou narušeny jazykové schopnosti v oblasti pojmenování, zhoršují se schopnosti řazení částí mluvy a jejich organizace do větných celků.

Při vaskulární demenci jsou přítomné poruchy jazykové i motorické dle lokalizace a rozsahu léze. Objevuje se i mutismus, avšak až v pozdní fázi.

Diferenciální – zaměnitelné syndromy se v afázii projevují tak, že orientace je intaktní s obtížemi ve vyjadřování, ale při demenci převažuje špatná orientace časem, osobou a místem. V oblasti komunikativního chování se člověk s afázií většinou chová sociálně přiměřeně se snahou o kontakt a zachovanou citlivostí a snaží se o kompenzaci poruch řeči, ale u člověka s demencí je obvyklé egocentrické chování se selháváním ve vedení konverzace, kdy je i oční kontakt velice špatný a často dochází ke ztrátě motivace ke kontaktu a schopnosti vnímat projevy a potřeby osob. Koherentnost mluvního projevu u člověka s afázií je převážně přiměřená, limitovaná poruchami exprese a percepce. U člověka s demencí je koherentnost mluvního projevu nepřiměřená, projev je často zmatený a typické jsou myšlenkové perseverace a stereotypní opakování.

4. Terapie NKS u osob s afázií

V logopedické intervenci osob s afázií mohou být využívány různé metody a postupy, které se soustředí na porušené fatické funkce a na celkovou úroveň komunikační schopnosti. Mimo jiné mohou být využity i skupinové terapie, které vedou i socializaci pacienta.

Velice důležitá je co nejpřesnější diagnostika, díky níž je možné nastavit úspěšnou terapii, která u daného jedince povede ke zlepšení (Lechta a kol., 2011). Jelikož je terapie po traumatech CNS velice důležitá, a to zejména u osob starších, je nezbytné, aby logopedický pracovník byl nejen pracovníkem ambulantním, ale také terénním, protože ne vždy je člověk schopen dojíždět. Vždy je zásadní spolupráce odborníků, a to lékařů, logopedů, neuropsychologů, sociálních pracovníků a rehabilitačních odborníků (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Terapie samozřejmě musí být komplexní, kromě vlastních metod jazykové a řečové terapie je nezbytně nutné zapojit i psychoterapeutické působení a působení na paměťové funkce a pozornost. Dle Kejklíčkové (2011) je důležité, aby terapie začala ihned v akutním stádiu onemocnění.

Postup terapie vždy závisí na typu afázie, psychickém a fyzickém stavu a stupni postižení. Kejklíčková (2011) rozlišuje tři roviny logopedické reedukace:

- funkční restituce – do této skupiny spadá obnova původních komunikačních funkcí,
- funkční kompenzace – zde se jedná o nahrazení neobnovitelné části komunikačních schopností způsobu vyjádření,
- funkční adaptace – jedná se zejména o přizpůsobení sociálního prostředí pacienta jeho potřebám.

4.1. Specifika vybraných terapeutických přístupů

Dle Neubauera (2007), Kejklíčkové (2006) se v české logopedii využívají především dva terapeutické přístupy, a to *kognitivně-neuropsychologický* a *pragmatický*. Kognitivně-neuropsychologický přístup se zajímá hlavně o reedukaci a kompenzaci jazykových procesů a jeho cílem je zjistit, které kognitivní procesy nebyly narušeny. Přístup

pragmatický se snaží hlavně o to, aby se člověk stížený afázií rychle integroval do společnosti (Klenková, 2006).

Kognitivně-neuropsychologický přístup k terapii afázie

„Cílem kognitivní psychologie a kognitivní (neuro)psychologie je odhalit zákonitosti fungování kognitivních procesů v normě“ (Lechta a kol., 2011, s. 212). Tento přístup bývá také jinak nazýván jako model-based treatment, avšak u nás se používá jen zřídka. Podle Klenkové (2006) je to zapříčiněno skutečností, že tento přístup nemá k dispozici definitivní model terapie vyšších psychických funkcí. Cílem tohoto přístupu je objevit zákonitosti fungování kognitivních procesů, které jsou v normě. Lechta a kol. (2007) uvádí, že jednou z cest, jak dosáhnout cíle, je analýza a zkoumání výkonů lidí, u nichž se z nějakého důvodu procesy narušily.

Součástí nejsledovanější části populace jsou zejména osoby s ložiskovými lézemi mozku, tedy pacienti s agnozií, alexií, afázií, agraphií apod. Základním principem tohoto postupu je to, že logoped na základě vyšetření formuje pracovní hypotézu o charakteru a lokalizaci léze, díky čemuž může vytvořit terapeutický postup (Cséfalvay, 2011). Tento přístup vždy působí na narušenou oblast díky využití stimulační nebo facilitační techniky. Mezi facilitační techniky řadíme fonologické nebo grafémické nápovědy (Cséfalvay, 2007). V případě, že se u pacienta vyskytnou anomické pauzy nebo dysnomie, jedná se o narušení sémantického systému, fonologického výstupního zásobníku a slovníku. Proto bude terapie zaměřena na opakování slov, pojmenování předmětů, veškeré úkony je však nutné zapojit do celkového kontextu (Cséfalvay, 2003). Dále se při terapii můžeme zaměřovat na pojmenování předmětu nahlas a následné napsání tohoto slova.

Pragmaticky orientovaná terapie afázie

V této terapii *„jde o zlepšení funkční komunikace osob s afázií v každodenní komunikaci. Terapie není orientovaná na izolované jazykové deficity, ale jejím cílem je zmírnit důsledky těchto narušení na komunikaci jako celek“* (Cséfalvay a kol., 2007, s. 67). Pragmatické schopnosti jsou u jedince s afázií relativně dobře zachovány oproti ostatním jazykovým rovinám. V tomto přístupu se používá takzvaná funkcionálně orientovaná terapie, která se snaží eliminovat kontraproduktivní komunikační strategie a snaží se podpořit strategie úspěšné a těm se učit (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011, Klenková, 2006). Při komunikaci se akceptuje kterýkoliv způsob dorozumívání, tedy jak psaní, kresba a mluvená řeč, tak i gesta.

Pragmaticky orientovaná terapie se nejlépe realizuje ve skupině, protože výhodou terapie je především přirozený komunikační kontakt. U člověka zasaženého ztrátou komunikační dovednosti dochází k sociální izolaci, což ho limituje při dalším rozvíjení. Proto je velice důležité v tomto přístupu využít připravené konverzační partnery, aby docházelo k příjmu a vysílání informací.

Zejména v Kanadě a USA se používá intervenční *program PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness – Pomoci pacientům s afázií zefektivnit jejich komunikaci)*. Tento intervenční program je zaměřen na zlepšení efektivity komunikace pacientů s afázií. V této terapii jde o modelování přirozené situace, při níž se jedná o výměnu nové informace, kterou vysílá střídavě klient nebo terapeut, přičemž oba mají volný výběr komunikační modality a přirozenou zpětnou vazbou je porozumění informací (Lechta a kol., 2011).

Další užívanou technikou je *konverzační trénink*, jehož cílem je, aby se pacient s afázií snažil využít kompenzační komunikační strategie při vysílání informace. V prvním kroku se připraví scénář skládající se z 6-8 vět. V druhém kroku proběhne nácvik scénáře a po několika nácviků scénáře se pozve do místnosti některý rodinný příslušník, který však scénář nezná. Úkolem pacienta je reprodukovat potřebné informace komunikačnímu partnerovi. Do těchto kroků může logoped vstupovat. Celý scénář je točen na kameru, což je velkou výhodou pro zpětnou vazbu, která afatikovi pomáhá překonávat překážky (Lechta a kol., 2011, Cséfalvay, 2011).

Skupinová terapie afázie

Zprvu převládala terapie individuální, v současnosti však došlo k výraznému posunu skupinové terapie, zřejmě i proto, že pragmaticky orientované přístupy se nejlépe realizují právě ve skupině. U osob s narušenými komunikačními schopnostmi často dochází k sociální izolaci, takže z mého hlediska je skupinová terapie velice důležitá a měla by se zařazovat vždy. Ve skupinové terapii totiž dochází například k iniciování komunikace či výměně rolí, čímž se pragmatická zručnost posiluje.

Dle Neubauera (2007) je nejlepší aplikovat dva typy, a to terapeuticko-relaxační a konverzační skupinu a komunikační skupinu. *Terapeuticko-relaxační a konverzační skupina* se týká nedostatku empatie, který se většinou projevuje u egocentricky zaměřených osob, a také se zajímá o osoby, které jsou na pomoc zaměřené a jsou empatické. Tento typ je velice vhodný pro osoby mající obtíže v adaptaci na novou

životní situaci nebo například pro osoby s chronicky přetrvávajícími mírnými deficity. Nejčastěji užívanými technikami jsou například hry a společenské hry, technika PACE (výše popsána), hraní rolí či formulace názorů a řešení problémů (Cséfalvay, 2011). *Komunikační skupina* slouží většinou pro osoby se závažnými poruchami řečové komunikace. Tato skupina má 4-6 členů. Členové se setkávají jednou až dvakrát do týdne. Často užívanými technikami jsou technika PACE, imaginace a muzikoterapie.

Dalším afaziologickým směrem řazeným do logopedické terapie je **Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie**. „*V oblasti terapeutické pomoci osobám s poruchami tzv. vyšších psychických funkcí zdůrazňují reprezentanti této koncepce své přesvědčení, že řeč při afázii můžeme obnovit jen prostřednictvím speciální, správně organizované, obnovovací, restituční terapie*“ (Neubauer, 2014, str. 24). Díky teorii Lurija vznikla metodologie obnovovací terapie fatických funkcí. Zásadou této teorie je možné při afázii obnovit řeč, a to pomocí speciální obnovovací restituční terapie. Užívají se nepřímé metody vedoucí k odblokování řečového projevu a obnovení jazykových schopností. Přímé metody mají formu jazykových cvičení, která slouží k obnovení grafických a lexikálních dovedností.

Základním principem je zapojení nových složek, které se však nikdy předtím nepodílely na realizaci porušené funkce (např.: metoda ozvučeného čtení). Je také možné zapojit hmat či při čtení kroužit písmena ve vzduchu. Dále se využívá vnitřní přestavba činnosti na nižší úroveň volní kontroly, a to zejména u pacientů majících problém s volní organizací. Užíván je také převod na vyšší úroveň volní kontroly, při kterém například dochází ke komentování vlastní činnosti pacientem nebo popisu pojmů. Po aplikaci zmíněných nepřímých metod je nezbytně nutné zapojit i metody přímé (Neubauer, 2007).

4.1.1. Specifické cílené postupy obnovovací terapie afázie

Tyto specifické postupy jsou většinou přiřazovány ke kognitivně-neuropsychologickému přístupu v afázii. Většina pacientů s afázií má problémy při produkci řeči, která bývá často omezena na některá slova či slabiky, čímž je komunikace s okolím velmi komplikována. Proto je vhodné zakomponovat do terapie různé intervenční techniky.

Prvním typem, který spadá do specifických cílených postupů, je **Melodicko-intonační terapie-MIT**, vhodná především pro osoby s afázií, které mají zachovanou schopnost zpívat text písně i při větších obtížích (Neubauer, 2007). Proto je

MIT většinou užívaná u osob s motorickou afázií, které mají dobré porozumění, řeč je nonfluentní, verbální produkce je minimální. V případě, že pacient zpívá známý text, aktivizuje se pravá hemisféra.

Druhým typem je **tlumení perseverací**. Perseverace znamená opakování stejného mluvního výrazu na více podnětů za sebou, což je častou komplikací těžších forem afázie. Dle Neubauera (2018) „*frekvence perseverací se snižuje při navození sebekontroly řečového projevu, proto se cílený terapeutický postup snaží o navození vědomé kontroly počátku vlastní mluvy produkce u osob s afázií*“ (Neubauer, 2018, s. 459). Proto se užívají prodloužené pauzy mezi ukázáním stimulu (např. kresba) a dokončováním vět.

Třetím typem, který se využívá například v rámci Lurijova neuropsychologického vyšetření, MASTu VFF jsou **vysoce automatizované formy řeči-VAF**. Požívají se řečové produkce sloužící ke stimulaci. Terapii lze aplikovat v akutní, subakutní a chronické fázi onemocnění při nejtěžších typech afázie. Využívá se u pacientů s neplynulými typy afázie při absenci produkce řeči, kdy jako první produkují pozdrav či poděkování, jména apod.

Součástí terapie může být i **využití neverbálních komunikačních prostředků**, k němuž se přistupuje zejména u lidí s globálním typem afázie, ale i u jedinců s těžkými přetrvávajícími motorickými fatickými poruchami. Jsou zde využívány pojmové kresby, gesta, piktogramy atd. (Neubauer, 2007).

4.2. Struktura průběhu logopedické intervence u osob s afázií

Jedná se komplexní proces zahrnující diagnostiku, terapii a prevenci. Dle Neubauerové (in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011) je spolu s logopedickou diagnostikou, prevencí a intervencí úzce spjata logopedická terapie. Logoped vede řízené, záměrné učení opírající se o určité zásady. Vždy je nezbytně nutné, aby logoped respektoval fázi učení dosaženou při zahájení terapie. Důležité je, aby se terapie kromě reedukace řeči také zaměřovala na postižené oblasti, zejména motoriku mluvidel. Kompenzační strategie jsou rovněž důležité, hlavně z důvodu překonání dopadů komunikační poruchy. Cílem logopedické intervence je maximalizace a rozvoj komunikačního potenciálu postiženého jedince. Nezbytně nutné je při logopedické intervenci propojit i poznatky z jiných oborů, jako jsou pedagogika, medicína, speciální pedagogika, psychologie a další (Škodová,

Jedlička a kol., 2007). Například lidem po CMP je zapotřebí poskytnout komplexní rehabilitaci se zapojením ergoterapie, fyzioterapie, klinické logopedie, neuropsychologie a dalších komplexních služeb (Neubauerová, 2012).

Dle Kejklíčkové (2011) by logopedická intervence měla začít již v **akutním stádiu**. Proto je možné začít ihned na lůžkovém oddělení, kde je pacient po cévní mozkové příhodě hospitalizován. Nejdůležitější je, aby před začátkem logopedické péče pacient byl v rámci možností v dobrém tělesném a psychickém stavu. Důležité jsou však i typ a závažnost řečové poruchy, protože od nich se bude logopedická péče odvíjet. Zásadní je navázat pozitivní vztah s pacientem, ale i s jeho rodinou a příbuznými. V akutním stádiu je velice důležité, aby se cvičení provádělo v několika krátkých intervalech během dne, trvat by měly zhruba 5-10 minut. V posledních letech se v akutním stádiu zavádějí prvky tzv. body therapy, což je léčba využívající taktilní podněty. Současně s cíleným doprovodem je možno stimulovat některé lokality těla a právě u velmi těžkých postižení jde o jednu z cest podpůrné stimulace (Čecháčková in Škodová, Lechta a kol., 2007).

V chronickém stádiu se jedná zejména o poslední fázi reedukace, která má dlouhodobější charakter. „*Cílem tohoto období v terapii je obnova porušených sociálních kontaktů, které vznikají v důsledku narušené schopnosti komunikace*“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 174). Mezi logopedem a klientem je často vybudována důvěra, a proto logoped pomáhá afatikovi řešit nastalou životní situaci. Díky zlepšujícím se komunikačním schopnostem může afatik vypovídat o sobě, své rodině a zálibách. V tomto stádiu se používá terapie individuální nebo skupinová.

Individuální terapie rozvíjí druhy komunikace, které daný jedinec potřebuje nejvíce, a očekává se u nich mírné zlepšení. Logoped nikdy nesmí dávat rodině nereálné cíle a naděje, protože to afatika často frustruje, jelikož vysokých cílů není schopen dosáhnout. Individuální terapie se zaměřuje na obnovování některé funkce řeči – například nominativní, hlavní náplní je však obnovování sociálních kontaktů.

V případě *skupinové terapie* se využívají získané komunikační dovednosti. Tato forma terapie je však nezbytně nutná, protože stimuluje komunikační dovednosti, člověk se díky poskytnutí interakce s ostatními členy socializuje, procvičí si nabitě komunikační strategie, ale také posiluje pragmatické dovednosti. Skupinová terapie navrácí dané osobě

psychickou rovnováhu, působí proti depresi, zvyšuje sebevědomí a posiluje pocit sounáležitosti (Cséfalvay, 2007).

Při terapii je pro větší efektivitu důležité začlenit specializované pomůcky, počítačové programy, rytmicko-melodické stimulační, využívat dějové posloupnosti a větné konstrukce, propojovat mluvení se čtením a psáním (Neubauer, 2018). Mezi využívané počítačové pomůcky patří například soubor počítačových programů MENTIO či „SpeechViewer“. Mezi specializované pomůcky řadíme například Slovník pro afatiky (Truhlářová, 1973, 1984).

Logopedická intervence musí mít dlouhodobý charakter. Důležitý je co nejlépe vytvořený individuální terapeutický plán, založený na podrobné diagnostice. Vždy závisí na typu a stupni poruchy, věku a dobře zachovaných schopnostech a dovednostech. Nezbytnou roli hraje také rodina, která je pro danou osobu motivací. Terapeutické postupy nelze u všech pacientů aplikovat stejně, vždy závisí na konkrétním případě.

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) se prognóza afázie odvíjí od typu a stupně afázie, rozsahu a lokalizace léze. Důležitou roli hrají také vzdělání a věk pacienta, avšak i samotný postoj pacienta ke vzniklému onemocnění. V chronickém stádiu je logopedická intervence taktéž důležitá, protože i po letech může dojít k určitým změnám. Vznik CMP může člověk ovlivnit i sám, a to zejména dostatečným pohybem a správnou životosprávou. Kouření, stres, alkohol apod. patří mezi nezdravé návyky zvyšující riziko vzniku cévní mozkové příhody (Kejklíčková, 2011).

5. Uvedení do praktické části diplomové práce

Problematika osob s afázií je problematikou, která nabývá na aktuálnosti ve vztahu k zajištění kvalitní, a to nejen logopedické intervence u této cílové skupiny. Tato problematika je často opomíjena, i když každým rokem přibývá více osob po cévní mozkové příhodě, kteří mají afázií. Proto je logopedická intervence velice důležitá. Efektivita terapie je podmíněna řadou faktorů, a tím nejdůležitějším je včasnost. Čím dříve logopedická intervence započne, tím větší je její přínos. Ideální je začít již v akutním stavu pacienta. Logopedická intervence u těchto osob by měla být intenzivní. Praktická část diplomové práce navazuje na informace uvedené v teoretické části a doplňuje je.

5.1. Výzkumný cíl

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je popsat způsob realizace logopedické intervence v Rehabilitačním ústavu Hostinné a zjistit, jakým způsobem je poskytována logopedická intervence u vybrané skupiny osob po CMP tvořících výzkumný vzorek a analyzovat její účinnost.

Hlavní cíl praktické části diplomové práce bude naplňován v několika fázích:

- vytvoření vstupního a výstupního diagnostického materiálu, který zjistí úroveň jazykových rovin u osob s afázií,
- aplikace vypracovaného diagnostického materiálu,
- monitoring průběhu realizace logopedické intervence u vybraných osob s afázií,
- analýza pokroků v intervenci u vybraných osob s afázií (pomocí vytvořeného materiálu),
- monitoring názorů na základě rozhovoru s logopedkou, za účelem zjištění, jakou logopedickou intervenci považuje za efektivní a vhodnou.

Hlavní cíl bude naplňován prostřednictvím cílů dílčích:

- DC1: zjistit stávající komunikační kompetence u osob s afázií za pomoci vytvořeného diagnostického nástroje,

- DC2: za pomoci výstupního logopedického vyšetření zhodnotit pokrok v oblasti rozvoje komunikačních dovedností u osob s afázií „ve sledovaném období“ po 3, 6 až 8 týdnech dle délky pobytu pacienta v Rehabilitačním ústavu Hostinné,
- DC3: provést reflexi ve vztahu k organizaci a efektivitě realizace logopedické intervence u osob po CMP v Rehabilitačním ústavu Hostinné.

6. Metodologie praktické části diplomové práce

Výzkumná část praktické části diplomové práce bude realizována pomocí kvalitativní výzkumné strategie. Pro realizaci praktické části diplomové práce byly vybrány techniky: kazuistika, analýza odborných pramenů, pozorování a polostrukturovaný rozhovor.

Gavora (2010) uvádí, že mezi hlavní rysy **kvalitativního výzkumu** patří intenzivnost, dlouhodobost a podrobný zápis. Pozorovatel si píše poznámky ihned od začátku šetření, podrobně zaznamenává veškeré údaje o dění. Díky těmto záznamům si pozorovatel poskládá celkový obraz daného výzkumného prostředí. Nejčastěji se při kvalitativním výzkumu používá pozorování, dotazování a získání informací pomocí sběru dokumentů. Autoři zabývající se metodologií kvalitativního šetření (Gavora 2000, 2010, Hendl 2007, Švaříček 2007, Plevová 2014, Chráska) se v náhledu na danou problematiku shodují.

Švaříček (2007, s. 17) popisuje kvalitativní metodologický přístup na základě komplexního pohledu tak, že: *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*

6.1. Kazuistická studie

V diplomové práci byla využita kazuistická studie, patřící mezi kvalitativní metody. V kazuistické studii sbíráme co nejvíce dat od jedné či několika málo osob. Hlavním znakem kazuistické studie je co nejpodrobnější zachycení složitosti případu, což nám umožňuje postihnout souvislosti, které na první pohled nejsou zjevné, a díky tomu celý případ pochopit (Hendl, 2016).

Při zpracování kazuistik jednotlivých pacientů budou využity informace a data z jejich lékařských a logopedických zpráv (klienti vyjádřili souhlas s využitím těchto informací pro účel diplomové práce). S ohledem na místo realizace praktické části diplomové práce budou osoby označovány jako pacienti.

Pro praktickou část bylo použito 5 kazuistik dospělých jedinců s diagnostikovanou afázií, zejména tedy s afázií Brocovou. V kazuistikách bude uvedena

osobní a rodinná anamnéza, věk, logopedická diagnostika, sociální anamnéza a současný stav daného pacienta. V logopedické diagnostice bude zahrnuto vstupní a výstupní vyšetření prováděné klinickou logopedkou účastnicí se výzkumného šetření.

6.2. Pozorování

V rámci kvalitativního výzkumu se používá takzvané **nestrukturované pozorování**. U tohoto typu pozorování se nepoužívají předem stanovené pozorovací systémy či škály. Díky tomuto pozorování se dají odhalit obyčejně nové, nepředpokládané či skryté souvislosti a jevy. Existují dva druhy pozorování, a to pozorování zjevné a skryté. Při zjevném pozorování se člověk přímo účastní a pozoruje vybraný objekt, který si je pozorování vědom, zatímco při skrytém pozorování vybraný pozorovaný objekt neví, že je sledován. Při pozorování je velice důležité si vše zapisovat. K zaznamenávání mohou sloužit různé pomůcky, jako například magnetofon, videozáznam či fotografie.

Pozorování může mít odlišnou délku, rozlišujeme pozorování krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé pozorování je omezeno dobou návštěvy klienta v pracovně. Naopak pozorování dlouhodobého charakteru je opakované (Gavora 2000, Plevová 2014).

Účastnila jsem se pozorování, které probíhalo v logopedické ambulanci. Vždy se jednalo o pozorování zjevné, tedy otevřené, protože jsem vystupovala jako přímý výzkumník bez skryté identity. Účastnila jsem se zkoumaného jevu v čase jeho průběhu, což znamená, že se jednalo o pozorování přímé. Pozorovala jsem práci paní logopedky Mgr. Zuzany Filípkové. V průběhu pozorování jsem si všechny své postřehy zapisovala. Jednalo se zejména o pozorování průběhu logopedického sezení s vybranými pacienty po CMP, především s diagnostikovanou Brocovou afázií.

6.3. Rozhovor

Některými autory bývá rozhovor označován jako „interview“, tedy výrazem pocházejícím z angličtiny (inter = mezi, view = názor). Jedná se o výzkumnou metodu, kde je možné zachytit fakta, ale i hlouběji proniknout do postojů a motivů. Při rozhovoru můžeme sledovat i vnější reakce vybraného respondenta, což vede k následnému usměrňování otázek. V rozhovoru se používají otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené (Gavora 2000). Při polostrukturovaném rozhovoru má výzkumník předem promyšlené

otázky, na něž se chce tázat. Nestrukturované rozhovory se dle Gavory (2010) využívají při narativních výzkumech, kdy má rozhovor podobu volného vypravování a výzkumník do průběhu zasahuje co nejméně. Nejčastěji se však využívá rozhovor polostrukturovaný, při němž výzkumník dopředu ví, na co se potřebujeme respondentů dotázat, důležité však je, aby se nenechal předem připravenými otázkami svázat, protože si často při rozhovoru uvědomí, že zapomněl na něco důležitého (Škvaříček, Šedová 2007).

Rozhovor vedený logopedkou byl polostrukturovaný, tudíž vycházel z předem připraveného seznamu otázek a témat.

6.4. Analýza odborných pramenů a literatury

Analýzy odborných pramenů bylo využito na úrovni zkoumání dokumentů, které patří ke standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu. V dokumentech bývají uvedeny důležité informace, a to osobní nebo skupinové vědomé i nevědomé postoje, hodnoty a ideje. Díky rozmanitosti dokumentů máme několik výhod pro zkoumání. Dokumenty nám otevírají možnost přístupu k informacím, které bychom jiným způsobem těžko sehnali (Hendl, 2016).

V diplomové práci byly ke zkoumání dokumentů využity logopedické zprávy od klinické logopedky, z nichž jsem se mohla získat více informací o vybraných respondentech. Dále jsem zkoumala základní lékařské zprávy, zejména jsem čerpala informace o konkrétních diagnózách jednotlivých pacientů.

7. Charakteristika místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku

Výzkumná část byla realizována v Rehabilitačním ústavu v Hostinném. Rehabilitační ústav Hostinné je léčebné zařízení následné péče, které bylo zaregistrováno jako rehabilitační ústav v roce 2003. Zřizovatelem je Královéhradecký kraj a provozovatelem Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov.

Původním zařízením, z něhož RÚ vznikl, byla léčebna dlouhodobě nemocných. Budova byla postavena v letech 1886-1889 a sloužila jako nemocnice. Po 2. světové válce fungovala jako léčebna tuberkulózy a od roku 1970 jako léčebna dlouhodobě nemocných s rozšířeným poskytováním rehabilitační péče. V roce 2003 byla zkolaudována a otevřena nová budova s moderním vybavením a přístroji s kapacitou 80 lůžek. Od roku 2009 po rekonstrukci původní budovy funguje celý komplex jako lůžkové zařízení následné rehabilitační péče se 159 lůžky. Kromě rehabilitace je součástí ústavu i pracoviště hyperbarické oxygenoterapie, kde se ošetřují indikovaní pacienti, a to jak hospitalizovaní, tak docházející ambulantně. Na dobrých výsledcích a na záruce velice kvalitní péče se podílí tým odborníků zahrnující lékaře, fyzioterapeuty, logopedku, ergoterapeuta, zdravotní sestry a ostatní zdravotnický personál.

Pacienti do RÚ ústavu přicházejí ihned ze zdravotnického zařízení, kde jim byla poskytnuta prvotní péče po příhodě, nebo dochází i z domova, kam byli po ošetření propuštěni, a čeká je celková rehabilitace. Nejprve musí vyplnit požadované listiny, které jsou následně předány lékařům. Tým lékařů určí každému pacientovi program, a to rehabilitační, medikamentózní či ošetřovatelský. Z rehabilitační nabídky je následně vybráno to, co je pro dané pacienty nejprospěšnější. Nabídka je velice široká.

V rehabilitaci poskytují spektrum běžných postupů individuální terapie, a to různá analytická cvičení, metodiky založené na neurofyziologickém podkladu (Vojtova reflexní lokomoce, Bobath koncept, terapie dle Mojžíšové apod.). Dále jsou zde nabízena skupinová cvičení zaměřená na stavy po náhradách velkých kloubů, cvičení v Redcordech. K dispozici jsou také ergoterapie individuální i skupinová, logopedie individuální, psychologická podpora a konzultace sociální pracovnice.

V tomto zařízení se nachází i ambulance klinické logopedie, kam pacienti dochází na logopedické sezení. Při zahájení logopedické intervence v tomto ústavu si paní

logopedka zhotoví vstupní logopedické vyšetření daného pacienta za pomoci testů, jako je například MASTcz, a následně po každé uplynulé logopedické intervenci zapisuje, co se s pacientem dělalo a co se u něj zlepšilo nebo co naopak stagnuje. Logopedická ambulance je plně vybavena kompenzačními a logopedickými pomůckami, které se využívají právě u pacientů majících problémy s mluvidly, polykáním, porozuměním, čtením, grafii a pojmenováváním.

Pomůckami využívanými při terapii afázie jsou například:

- afatický slovník,
- aplikace Afa slovník,
- tablet,
- velryba,
- Žijte každý den – praktická cvičení, cvičení ruky a nohy, ergoaktivitv,
- orální kolík/knoflík – posílení 7. nervu (nervus facialis / nerv lící).

V RÚ Hostinné vychází logopedka při diagnostice a terapii z několika elementů. Prvním elementem jsou otázky na časoprostorovou orientaci, kdy logopedka pokládá otázky typu – *Kolikátého dnes je? Co máme za měsíc? Co je dnes za den? Jaké máme roční období?* Dále klinická logopedka využívá testy, které jsem u vybraných pacientů užívala i já sama, a sice – **Token test pro dospělé, Mississippi Aphasia Screening test = MASTcz** (screening afázie) nebo **Vyšetření fatických funkcí**.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části diplomové práce, k afázii mohou být přidruženy i další potíže. Kvůli tomu probíhá v RÚ Hostinné diferenciální diagnostika, na níž se podílí řada odborníků. Diferenciální diagnostika je aplikována pomocí různých testů, například **Guss test** (screeningové vyšetření schopnosti polykání), **Test kognitivních funkcí**, **Test 3F** (dysartrie) nebo **MMSE** (Minimal State Examination), využit bývá i **Addebrookský kognitivní test** (změny kognice v rámci degenerativního onemocnění či prodělaného úrazu).

Při terapii osob po CMP je nutné zaměřit se na několik nezbytných oblastí – srozumitelnost řeči, opakování, pojmenování, percepce a porozumění řeči, grafomotoriku, matematické funkce, dýchání, polykání, izotonická a izometrická cvičení, oromotorickou nápodobu, lexii, grafii, kalkulii, sledování hlasitosti a síly tónu hlasu.

Na konci pobytu v RÚ Hostinné vyhotoví klinická logopedka výstupní logopedickou zprávu a nahraje ji do programu, který je přístupný i pro zprávy ostatních odborníků. Tato zpráva může být podkladem pro další logopedickou péči.

Výzkumné šetření v empiricky orientované části bylo prováděno v Rehabilitačním ústavu Hostinné v ambulanci klinické logopedie pod vedením paní Mgr. Zuzany Filípkové. Výzkumné šetření probíhalo nárazově, dle délky pobytu vybraných pacientů. Délku pobytu musíme zohlednit při výstupním zhodnocení. Četnost logopedických intervencí s konkrétním pacientem závisí na stanovisku lékařů.

Všichni pacienti, kteří se zúčastnili výzkumné části diplomové práce, byli informováni o postupech a použití získaných informací. S použitím osobních a rodinných informací i informací o jejich zdravotním stavu projevíli souhlas. Při výběru pacientů byly vzaty v úvahu důležité aspekty: diagnóza Brocovy afázie, vlastní zájem pacienta, dobrý aktuální stav daného pacienta.

7.1. Časový průběh realizace výzkumného šetření

Realizace výzkumné části byla zahájena v listopadu 2019 a trvala do konce února 2020, s ohledem na časovou hospitalizaci vybraného pacienta s Brocovou afázií. Vstupní zhodnocení bylo s pacientem provedeno vždy na začátku našeho setkání a výstupní zhodnocení bylo provedeno po 3, 6 nebo 8 týdnech, v závislosti na délce pobytu. Při rekapitulaci výstupních zhodnocení u každého pacienta musíme brát v potaz délku jeho pobytu, protože je zřejmé, že pacient pobývajícím v rehabilitačním ústavu delší dobu bude mít v logopedické intervenci větší pokroky než pacient, který pobýval dobu kratší.

Výzkum byl zahájen po konzultaci s paní magistrou Filípkovou (klinická logopedka), které byl popsán plán realizace výzkumné části diplomové práce. Výzkum byl paní magistrou Filípkovou přijat a odsouhlasen. Dále bylo zapotřebí seznámit se s chodem oddělení, což mi zprostředkovala vrchní sestra. Provedla mě celou budovou, ukázala chod, opatření, evakuační cesty. Se zázemím pro výzkum jsem byla seznámena paní logopedkou, protože pod jejím vedením v její místnosti celá výzkumná část probíhala.

Za pomoci paní magistry Filípkové byli vybráni pacienti po cévní mozkové příhodě mající diagnostikovanou Brocovu afázií. V celé výzkumné práci a zejména v případě výsledků mého diagnostického materiálu musíme mít na zřeteli, že délka

pobytu se u vybraných pacientů liší, což samozřejmě ovlivňuje celkové výsledky nejen logopedické intervence, ale celkového psychického a fyzického stavu.

8. Tvorba a aplikace vytvořeného diagnostického materiálu

Ke vstupnímu a výstupnímu orientačnímu hodnocení komunikační úrovně byl vytvořen materiál inspirovaný diagnostickými nástroji, které se běžně používají v praxi k diagnostice afázie. Zejména se jedná o diagnostický materiál vytvořený Košťálovou a jejím kolektivem, jde o MASTcz (viz přílohu Příloha A A). Při hodnocení byly sledovány všechny jazykové roviny: morfologicko-syntaktická, foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická a také rovina pragmatická.

Morfologicko-syntaktická rovina byla hodnocená v rámci testování, a to zejména v průběhu rozhovoru, popisu obrázku. Byla pozorována morfologie slov a syntax.

Ve **foneticko-fonologické rovině** se sledovala zejména artikulace jednotlivých hlásek, výslovnost byla hodnocena v rámci celého vyšetření. Zejména se hodnotila artikulace při rozhovoru, spontánní řečové produkci či při popisu obrázku.

V rámci **rovin lexikálně-sémantické** se hodnotilo porozumění a pojmenování. Mezi úkoly bylo zařazeno porozumění alternativním otázkám, kdy měl pacient odpovídat na otázku „ANO“ či „NE“. Při hodnocení **lexikální sémantiky** měl pacient v rámci konfrontačního pojmenování říci, co vidí na obrázku. Jednalo se zejména o obrázky věcí, které pacient běžně používá. Pacient měl na otázky typu – *Které zvíře nám dává vajíčka? Čím se češeme? Čím krájíme maso?* – reagovat jednoslovně. Dalším úkolem v oblasti porozumění významu bylo uvádění protikladu ke slyšenému slovu (slova např.: dlouhý, tlustý apod.). Mezi další úkoly byla zařazena také identifikace slyšeného čísla od jedné do deseti. Předposledním úkolem bylo pojmenování číslic (1-10). Úkolem posledním byl výpočet jednoduchého matematického příkladu a sdělení či dopsání výsledku.

V rámci hodnocení **pragmatické roviny** byla sledována fluence řeči pacientů, kteří měli sdělit něco o sobě (jak se jmenují, záliby, kde bydlí, jaké mají vzdělání apod.). Součástí hodnocení této roviny byl i popis obrázku (viz přílohu H). Dále byly zařazeny úkoly na automatismy, při nichž měl pacient vyjmenovat číselnou řadu (1-10), dny v týdnu jdoucí za sebou, vyjmenovat 12 měsíců. V grafii, tedy v psaní, měl pacient napsat celé své jméno. Následoval diktát jednoduchých slov (např.: máma, papoušek apod.) Na diktát slov bylo navázáno diktátem krátkých vět. („*Náš pes hlídá dům*“). Další

hodnocenou oblastí byla schopnost čtení, zejména čtení písmen a slabik (např.: A, K, MU apod.) Následovalo hlasité čtení krátkých slov (např.: pes, les, strom atd.). Dalším úkolem bylo porozumění psané instrukci („*Ukažte své pravé rameno.*“, „*Sáhněte si na nos.*“, „*Otevřete ústa.*“).

Všechny úkoly byly ohodnoceny, obodovány a zaznamenány do tabulek, aby bylo možné sledovat rozdíly mezi vybranými pacienty. Tabulka vždy obsahuje sloupek pro vstupní zhodnocení a výstupní zhodnocení, aby bylo zřejmé, zda se člověk ve vybraných oblastech zlepšil, nebo stagnuje. Tento mnou vytvořený orientační vstupní a výstupní hodnotící arch je součástí přílohy diplomové práce (viz přílohu B).

V diplomové práci budou využity kazuistiky strukturované do 5 částí:

- rodinná anamnéza,
- osobní anamnéza,
- pracovní anamnéza,
- sociální anamnéza,
- logopedická anamnéza.

9. Konkretizace logopedické intervence u osob s afázií

Následující část obsahuje informace o pacientech získané s pomocí RÚ Hostinné. Tyto informace jsou nezbytně nutné pro další práci s pacientem.

9.1. Kazuistická studie – pan Jaromír

Pohlaví: muž

Jméno: Jaromír

Rok narození: 1959

Věk: 61

Rodinný stav: ženatý

Délka pobytu: 6 týdnů

Rodinná anamnéza:

Otec pana Jaromíra zemřel v 82 letech stářím. Matka pana Jaromíra zemřela v 72 letech na CMP. Pan Jaromír má také sestru, která je zdravá a žije s manželem. S manželkou mají dvě dcery, taktéž zdravé. Obě mají rodinu a žijí se svými manželi. Pan Jaromír se svou manželkou žije v rodinném domě se zahrádkou. Vztahy v celé rodině jsou dobré.

Osobní anamnéza:

V roce 1984 prodělal virovou encefalitidu. Po dlouhodobých bolestech zad na více místech prodělal pan Jaromír v roce 2003 vyhrěznutí plotýnky. Od roku 2014 trpí poruchou metabolismu, která se projevuje zejména vysokým cholesterolem, na který bere léky, tzv. statiny. Po potížích s žaludkem, zejména s žaludečními vředy, došlo k farmakologickému odstranění slepého střeva. V roce 2018 přišel do styku s MRSA pacientem (pacientem majícím zlatého stafylokokka), ale u pana Jaromíra byl screening negativní. V roce 2017 prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu s těžkou pravostrannou hemiparézou, která je více viditelná na pravé horní končetině. Centrum léze je vpravo. Po následné úpravě/otevření vnitřní krkavice na levé straně nebylo

při ultrazvuku viditelné znovuzúžení. V roce 2019 byla panu Jaromíru voperována náhrada kyčelního kloubu na pravé straně, a poté došlo k aplikaci botulotoxinu do pravé horní končetiny. Trpí na vysoký krevní tlak (arteriální hypertenze).

Pracovní anamnéza:

Pan Jaromír se vyučil soustružníkem, ve škole žádný problém neměl, vše ho bavilo. Až do starobního důchodu pracoval jako OSVČ.

Sociální anamnéza:

Pan Jaromír žije se svou ženou v rodinném domku se zahradou. Avšak po CMP a při jeho nynějším stavu není schopen se o zahradu postarat. Protože je upoután na invalidní vozík, rodina mu upravila bydlení. S manželkou tedy žijí v přízemním podlaží rodinného domu, které je upraveno jako zcela bezbariérové. Taktéž má upravený sprchový kout – je opatřen madly, která slouží k přidržování, a sedátkem. Jelikož je pan Jaromír odkázán na invalidní vozík, stará se o něj jeho žena. S kamarády se spíše neseťkává, po prodělané cévní mozkové příhodě se uzavřel v rodinném kruhu. Jeho dcery a sestra ho navštěvují pravidelně.

Při pobytu v RÚ Hostinné po rehabilitacích Jaromír spíše odpočíval na pokoji, ven jezdil zřídka.

Logopedická diagnostika:

Spontánní projev pana Jaromíra je omezen na odpovědi „ano“ či „ne“, popřípadě jsou odpovědi pouze jednoslovné, parafatické. Fluence řeči je narušena četnými autokorekcemi. Automatické řady s dopomocí v iniciaci, pojmenování s nápovědou první slabiky. Opakování zvládá pan Jaromír do úrovně krátké věty. Je však omezeno rozumění neznámým a složeným pokynům. Oslabena je i somatognozie. Analyticko-syntetická lexie ne, globální čtení pouze částečně a grafie pouze opisem. Pojmenování v číselné řadě jen odpočítáním. Brocova afázie.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné, Mgr. Zuzana Filípková)

Logopedická terapie:

Logopedická terapie bude probíhat 5x týdně, stimulace rozumění, pojmenování a opakování, lexie (pojmenování), grafie (přirazování názvů), kalkule.

Vstupní zhodnocení zachované komunikační úrovně (viz přílohu C)

Vstupní zhodnocení proběhlo v listopadu 2019 formou vytvořeného vstupního hodnocení zachované komunikační úrovně.

Foneticko-fonologická rovina narušena vlivem nonfluentního projevu. Na všechny otázky různého typu odpovídal pan Jaromír pouze ANO x NE. Často se v řečovém projevu objevovaly autokorekce, což narušovalo plynulost.

V **lexikálně-sémantické** rovině bylo hodnoceno pojmenování a rozumění. **Rozumění** je narušeno více než pojmenování. Pan Jaromír nebyl schopen utvořit protiklady k vybraným slovům. Rozumění alternativním otázkám s odpověďmi ANO x NE bylo lepší, pan Jaromír dokázal na některé otázky odpovědět, ale jen na minimum. **Pojmenování** je u pana Jaromíra s dopomocí dobré, vždy bylo potřeba napovědět mu první hlásku ve slově. V případě delších vět, kde měl pan Jaromír odpovídat (*např.: Čím se češeme? Odpověď: hřebenem*), dokázal reagovat pouze jednou.

Řečový projev je omezen a narušen častými autokorekcemi, proto bylo šetření **morfologicko-syntaktické roviny** bezpředmětné.

V **rovině pragmatické** byla hodnocena fluence řeči a úroveň řeči při popisu obrázku. Při popisu obrázku pan Jaromír místo „*dítě dělá sněhuláka*“ řekl „*děti dělá plác*“. Pan Jaromír tedy není schopen popsat předložený obrázek, protože použil méně než 5 výrazů. Automatismy se dařily s nápovědou. Při vyjmenovávání číselné řady od jedné do deseti se při nápovědě prvního čísla zdařilo vyjmenovat zbytek čísel, taktéž tomu bylo i u dnů v týdnu. Měsíce v roce vyjmenoval jen některé a ani ne ve správné posloupnosti.

Součástí hodnotícího archu byly i úkoly v rámci **kalkulie**. Ukázat a pojmenovat čísla panu Jaromírovi poměrně šlo, s početními výkony měl menší problém. Dva jednoduché příklady vypočítal, ale jeden těžší bohužel ani s dopomocí.

Další hodnocenou oblastí byla schopnost **psaní** (grafie). Úlohy se vztahovaly zejména ke zautomatizovaným formám psaného projevu, při kterých měl pan Jaromír napsat celé své jméno, což zvládl pouze s opisem. Diktát slov ani celých vět pan Jaromír nezvládl.

Hodnocena byla i oblast **čtení**. Bohužel se čtení nedaří. Zvládá pouze čtení písmen a slabik, ale jakmile měl pan Jaromír přečíst krátká slova a věty s instrukcí, nepodařilo se mu vůbec nic.

Pan Jaromír z celkového počtu 118 bodů získal při vstupním zhodnocení komunikační úrovně 27 bodů.

Popis realizace logopedické intervence u pana Jaromíra

V rámci realizace logopedické intervence s panem Jaromírem jsem měla 6 sezení, jelikož pan Jaromír pobýval v Rehabilitačním ústavu Hostinné pouze 6 týdnů, a to již třetím rokem po sobě. Logopedická intervence s panem Jaromírem byla věnována zejména pojmenování a opakování, stimulaci rozumění, lexii, grafii a také kalkulií.

Každé sezení s panem Jaromírem (i s ostatními vybranými pacienty) bylo započato masírováním tváří a úst, včetně vnitřní masáže úst. Nejprve bylo provedeno zastudění zmraženou vodovou tyčinkou a následovala masáž vibračním kartáčkem. Po této masáži jsme při prvním sezení pokračovali nejprve oromotorickým cvičením na jazyk a rty.

Oromotorická cvičení jazyka například:

- kmitání špičky jazyka z koutku do koutku (ústa otevřená, jazyk se horního ani dolního rtu nedotýká),
- olíznutí horního rtu (plynulý pohyb po horním rtu od jednoho koutku ke druhému),
- olíznutí dolního rtu (plynulý pohyb po dolním rtu od jednoho koutku ke druhému),
- tlak na lžičku/kartáček/špátli – špátle cca 1-2 cm před ústy – vpravo, vlevo, vedle úst, pod ústy, nad ústy.

Oromotorická cvičení rtů například:

- sešpulení – roztáhnutí (zuby jsou lehce na sobě),
- pískání,
- přetáhnutí horního rtu přes dolní – dolního rtu přes horní.

Po oromotorických cvičeních následovala oromotorická sekvence, při níž měl pan Jaromír uvedené sekvenční dvojice opakovat alespoň 5x za sebou. Cvičeními zařazenými mezi oromotorické sekvece jsou například:

- vypláznout jazyk – písknout,
- nafouknout tváře – dotknout se jazykem horního rtu,
- písknout – zkousnout spodní ret.

Po těchto oromotorických cvičeních jsme přešli na opakování samohlásek a jejich shluků. Předříkávala jsem a pan Jaromír měl po mně zopakovat. Vybranými shluky byly AGA – IGI – OUGO, KAKA – KEKE. Dále jsem v logopedické intervenci s panem Jaromírem použila afatický slovník, díky němuž jsme mohli procvičovat pojmenování podstatných jmen (substantiva), přídavných jmen (adjektiva) a sloves (verba). Dále byly procvičovány automatismy, při nichž měl vyjmenovávat dny v týdnu, měsíce. Jelikož má problém i v oblasti kalkule, byla do logopedické intervence začleněna i číselná řada, a to zejména pojmenování čísel, diktát čísel, ale i základní matematické operace jako sčítání a odečítání.

Další sezení byla započata vždy stejně, tedy oromotorická cvičení na úvod (kmitání špičky jazyka z koutku do koutku atd.), pak oromotorická sekvence (např.: vypláznout jazyk – písknout apod.). Jelikož měl pan Jaromír nadále problémy s pojmenováním podstatných jmen (auto, pivo atd.), sloves (pije, sedí atd.), ale i s přídavnými jmény (hodný, žlutý, červený), zůstávala tato cvičení zařazená do logopedické intervence. Stejně tomu bylo s cvičením týkajícím se automatických řad (pojmenování, diktát a základní matematické operace). Bylo však zařazeno i rozumění alternativním otázkám, kdy si pan Jaromír odpovědi vybíral z několika možností. Byly zařazeny pokyny s hybnou reakcí, jako například zvedněte ruku, zamávejte, zatleskejte, nicméně toto cvičení šlo panu Jaromírovi velice špatně.

Logopedická intervence byla taktéž zaměřena na řečovou produkci, a to zejména pojmenování a produkci jednoduchých vět. Pan Jaromír měl na obrázku například jahodu a měl utvořit větu typu „*Mám rád jahody.*“ nebo „*To je jahoda.*“ Oblast grafie byla do logopedické intervence rovněž zařazena, a to někdy formou denního tisku, který pana Jaromíra velice zajímal a bavil. Po přečtení vybraného článku se měl pokusit popsat svými slovy, o co se v něm jednalo. Tento úkol byl zpravidla plněn bez problémů, výjimkou byly drobné potíže s interpretací článků, které pana Jaromíra nezajímaly.

Po čtvrtém sezení byl u pana Jaromíra oproti začátku viditelný malý pokrok. Nadále však bylo začleněno cvičení na pojmenování pomocí afatického slovníku, v rámci lexie (schopnost číst) byla zařazena krátká slova, která měl následně přiřazovat k obrázkům. Zařazena byla i cvičení na orientaci, a to hlavně na prostorové pojmy jako nad, pod, vpravo, vlevo apod.

Při posledním, tedy šestém sezení, bylo včetně oromotorických cvičení a sekvencí zařazeno doplňování vět, a to zejména užitím sloves a podstatných jmen. Následovalo dokončování přísloví jako například „*Jablko nepadá daleko od ...*“ a další známá přísloví. Tato činnost se panu Jaromírovi velice dařila. Kromě přísloví pan Jaromír procvičoval i antonyma (slova opačného významu), kde byla použita slova jako například „*mokrý – suchý, teplý – studený, velký – malý.*“ V oblasti analýzy a syntézy slov měl pan Jaromír vymýšlet slova na jednotlivé fonémy a také identifikovat grafémy. V případě procvičování rozumění byly zařazeny pokyny s hybnou reakcí a alternativní otázky s odpovědí „*ano*“ či „*ne*“. A v neposlední řadě byly začleněny úkoly na identifikaci a prezentaci číslic.

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně (viz přílohu C)

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně proběhlo s panem Jaromírem po 6 týdnech, tudíž je u něj vidět větší pokrok než u jiných pacientů.

Ve **foneticko-fonologické rovině** došlo u pana Jaromíra k menšímu zlepšení. Při konverzaci dokázal s dopomocí říci pár informací o sobě (oproti vstupnímu vyšetření, kde neřekl vůbec nic).

V rámci **lexikálně-sémantické roviny** nedošlo k velkému zlepšení. Pan Jaromír nedokázal k zadaným slovům utvořit žádný protiklad. Při odpovídání na alternativní otázky se zlepšil o krásné čtyři body. Při **pojmenovávání** obrázku zvládl pojmenovat jeden obrázek navíc s dopomocí a jeden bez dopomoci. Při odpovídání na otázky došlo rovněž ke zlepšení, v případě delších otázek však problém přetrvává.

I přes zlepšení byl řečový projev omezen, kvůli čemuž bylo i nadále šetření **morfologicko-syntaktické roviny** bezpředmětné.

I nadále se popis obrázku nedaří, použil méně než 5 výrazů, v této oblasti nedošlo ke zlepšení. Kromě popisu obrázku byly v **pragmatické rovině** hodnoceny automatismy.

Pan Jaromír sám bez dopomoci dokázal vyjmenovat číselnou řadu od jedné do deseti. S dopomocí vyjmenoval dny v týdnu a měsíce.

V oblasti **kalkulie** bylo taktéž patrné malé zlepšení. Pan Jaromír dokázal ukázat na číslo, které jsem řekla, některá čísla rovněž pojmenoval. Ze tří zadaných početních příkladů vypočítal dva, a to s dopomocí.

Při **psaní** napsal s dopomocí svoje jméno, ale v diktátu slov se neobjevilo žádné zlepšení. Větu „*Náš pes hlídá dům.*“ nenapsal ani při výstupním zhodnocení.

Při **čtení** přečetl jen některá písmena a slabiky. Z krátkých slov zvládnul pan Jaromír přečíst pouze jediné, a to slovo *pes*. Porozumění psané instrukci a provedení zadaného úkolu se i nadále nedařilo.

Pan Jaromír z celkového počtu 118 bodů získal při výstupním zhodnocení komunikační úrovně 52 bodů.

Shrnutí a navrhovaná opatření

S panem Jaromírem bylo navázání kontaktů poměrně snadné, protože byl velice přátelský, na druhou stranu však docela těžké, a to zejména z důvodu horšího spontánního projevu, který byl i nadále omezen pouze na odpovědi ANO x NE. Po pětítýdenní logopedické intervenci došlo u pana Jaromíra k menšímu zlepšení, což je možno vidět i na výstupním orientačním zhodnocení komunikační úrovně (viz přílohu A). Rozumění a produkce byly částečně posíleny, ale určitě je nutné, aby pan Jaromír v logopedické intervenci pokračoval i po návratu do domácího prostředí.

9.2. Kazuistická studie – pan Pavel

Pohlaví: muž

Jméno: Pavel

Rok narození: 1967

Věk: 53

Rodinný stav: rozvedený

Délka pobytu: 3 týdny

Rodinná anamnéza:

Otci pana Pavla je 88 let a má cukrovku. O ostatních členech rodiny bohužel informace nejsou známy.

Osobní anamnéza:

Pan Pavel má zubní protézu. V roce 2010 u něj došlo k prasknutí Achillovy šlachy. V roce 2011 prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu embolizační, při níž se nejspíše sraženina krve uvolnila a dostala se až do cévy mozku. CMP mohla být pravděpodobně způsobena hematologickým onemocněním v oblasti kostní dřeně. Po CMP má trvalou (perzistentní) pravostrannou spastickou hemiparézu, výraznější na pravé horní končetině. Trpí na vysoký krevní tlak (arteriální hypertenze). U pána se v roce 2013 vyskytla sekundární epilepsie, která většinou provází jiná onemocnění CNS s horší prognózou. Sekundární epilepsii u pana Pavla doprovázel tonicko-klonický záchvat, avšak bez dalšího opakování. Dále prodělal v roce 2013 kožní onemocnění. Pan Pavel také trpí častým nočním močením, ale spí celkem dobře. Chut' k jídlu je dobrá, hmotnost stabilní. Lateralita vyhraněná pravá.

Pracovní anamnéza:

Pan Pavel má středoškolské vzdělání. Dříve pracoval jako strojní mechanik ve společnosti ŠKODA, po CMP je v invalidním důchodu.

Sociální anamnéza:

Pan Pavel je rozvedený, nyní žije se svou přítelkyní v bytě 3+1. Má jednoho syna, s nímž se schází pravidelně ve svém volném čase. Dříve rád chodil na procházky

a do společnosti, ale po prodělání CMP se více drží doma a snaží se v rámci možností pomáhat své přítelkyni. V současnosti se rád věnuje televizi a poslechu rádia.

Logopedická diagnostika:

Spontánní projev je nonfluentní, omezen na jednoslovné odpovědi, popřípadě na „ano“ či „ne“, velmi nadužívá zájmena. Rozumění je intaktní včetně čtené instrukce, pojmenování s anomickými pauzami bez parafází. Opakování zvládá jen do úrovně krátké věty. V řeči se objevují dysgramatismy, je narušen větný syntax. Grafie s občasným vynecháním grafému. V lexii se vyskytují potíže s hlasitým čtením a reprodukci čteného. Kalkulie intaktní. Nápodoba oromotoriky s obtížemi. Brocova afázie.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné, Mgr. Zuzana Filípková)

Logopedická terapie:

Logopedická terapie 3x týdně, stimulace orofaciální oblasti a produkce (výbavnost, slovní zásoba).

Vstupní zhodnocení zachované komunikační úrovně (viz přílohu D)

Vstupní zhodnocení proběhlo v půli listopadu 2019 formou vytvořeného archu pro zhodnocení zachované komunikační úrovně.

V oblasti **foneticko-fonologické** se vyskytují největší obtíže hlavně v modulačních faktorech řeči, narušeno je zejména tempo řeči. Artikulace je v pořádku, řeč je však velice nonfluentní z důvodu častých anomických pauz.

Oblast **lexikálně-sémantické**, při níž byly hodnoceny pojmenování a rozumění, je v normě. Při úkolech na **rozumění** pan Pavel nevykazoval výraznější problémy. K vybraným slovům dokázal uvést protiklady, taktéž s pár chybičkami odpověděl na alternativní otázky. Při **pojmenování** se také nepotýkal s většími problémy, dokázal pojmenovat, co vidí na obrázku. Seběmenší problém neměl ani při jednoslovném zodpovídání otázek.

Jelikož projev pana Pavla byl nonfluentní s častými problémy v produkci izolovaných slov a povětšinou dokázal mluvit pouze v jednoduchých větách, bylo šetření **morfologicko-syntaktické roviny** bezúčelné.

Pragmatická rovina souvisí s rovinou morfologicko-syntaktickou, protože zde byla hodnocena fluence řeči a popis obrázku. Při popisu obrázku pan Pavel často užívá nesmyslná slova jako například „sešně“ (sníh), z čehož vyplývá, že není schopen popsat jednoduchý obrázek.

S **automatickými řadami** neměl pan Pavel problém, zvládnul číselnou řadu od 1 do 10, vyjmenoval dny v týdnu. Menší potíže se objevily u měsíců, ale s dopomocí zvládl pan Pavel vyjmenovat i je.

Součástí hodnotícího archu byly i úkoly v rámci **kalkulie**. S úlohami typu – ukázat číslo, pojmenovat číslo a doplnit výsledek, neměl pan Pavel sebemenší problém, vše zvládl velice dobře.

Další hodnocenou oblastí byla schopnost **psaní** (grafie). Úlohy se vztahovaly zejména na zautomatizované formy psaného projevu, při nichž měl pan Pavel napsat celé své jméno, což taktéž zvládl bez jediné pomoci. Diktát slov (máma, slon, papoušek, hranolky) taktéž bez obtíží. Diktát celé věty zvládl, avšak s vynecháním grafému.

Poslední ohodnocenou složkou byla oblast **čtení**. Při čtení krátkých slov se pan Pavel dopustil pouze jedné chyby. Porozumění psané instrukci proběhlo bez jediného problému.

Pan Pavel z celkového počtu 118 bodů získal při vstupním zhodnocení komunikační úrovně 90 bodů.

Popis realizace logopedické intervence u Pavla

Logopedická intervence s panem Pavlem pravidelně začínala taktilně termálními stimulacemi, oromotorickými cviky na jazyk a rty a následovaly oromotorické sekvence. S panem Pavlem jsme zařadili stejné oromotorické cviky na jazyk a rty jako u ostatních pacientů. Vybrané oromotorické cviky na jazyk a rty:

- olíznutí horního rtu (plynulý pohyb po horním rtu od jednoho koutku ke druhému),
- kroužení jazyka v plynulém pohybu po obou rtech,
- umístění hrotu jazyka za přední zuby – mírný tlak do středu,
- umístění hrotu jazyka za přední zuby – pošukávání,
- sešpulení rtů – roztáhnutí (zuby lehce na sobě),

- pískání,
- nafukování obou tváří najednou.

Oromotorické sekvence:

- vypláznout jazyk – písknout,
- nafouknout tváře – dotknout se jazykem horního rtu,
- vypláznout jazyk – našpulit rty.

Při prvním sezení byla začleněna zejména cvičení na pojmenování pomocí afatického slovníku a také pojmenování bez opory písma. Dále byl zařazen popis jednoduchého zimního obrázku. V oblasti větné syntaxe měl pan Pavel skládat věty se slovesy (verby) a popsat podstatná jména. Do logopedické intervence bylo zařazeno také dokončování krátkých vět.

Druhé sezení zahrnovalo procvičování pojmenování pomocí afatického slovníku a pojmenování bez opory písma. Realizovány byly také analýza a syntéza slova, kdy měl pan Pavel vymýšlet slova podle zadání na určité téma (*například zima, oblečení apod.*) S panem Pavlem byl proveden i Token test, uspěl v něm velice dobře. Z hlediska větné syntaxe docházelo k postupnému rozvíjení vět. Za pomoci dějového obrázku měl pan Pavel vyprávět příběh dle vlastního uvážení.

Při třetím, tedy posledním, sezení jsme pro analýzu a syntézu slova zařadili hru Scrabble, která pana Pavla velice bavila – bylo na něm patrné velké nadšení. Dále měl také vymýšlet slova bez zadání, dokončovat věty, které mu byly sděleny, a vyplňovat snadné křížovky. Při tomto posledním sezení v RÚ Hostinné došlo i na souvislý popis obrázku, při němž musel pan Pavel užívat celé věty a používat i správná slovesa.

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně (viz přílohu D)

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně proběhlo poměrně brzy, a to po 3 týdnech, a to z důvodu krátkého pobytu pana Pavla. Pan Pavel však rehabilitační pobyt absolvoval po několikáté, tudíž se jeho výsledky od výsledků ostatních pacientů liší.

Foneticko-fonologická rovina je i nadále postižena. Řeč pana Pavla byla i nadále nonfluentní, a to zejména kvůli častým anomickým pauzám.

Rozumění v normě. Pan Pavel byl schopen vytvořit všechny protiklady k uvedeným slovům. Odpovídat na alternativní otázky zvládal rovněž bez problémů. Při

pojmenování pojmenoval všechny předložené obrázky, na kterých byly předměty jako například *hřeben, lžice apod.* Též odpověděl na otázky typu „*Čím píšeme?*“ apod. **Lexikálně-sémantická rovina** je na velice dobré úrovni.

Kvůli nonfluentnímu projevu, způsobenému produkcí izolovaných slov, je hodnocení **morfologicko-syntaktické roviny** nadále bezúčelné. Nicméně pan Pavel dokázal občas mluvit v jednoduchých větách.

Pragmatická rovina nadále narušena. Popis obrázku podobný jako při vstupním zhodnocení. Často se při popisu objevovaly slovní vmetky typu *hmmm hmm, nevím, no* apod. Vyskytovaly se i zkomoleniny slov.

Automatismy bez problémů. Pan Pavel sám vyjmenoval číselnou řadu, dny v týdnu i měsíce v roce.

S početními úlohami v rámci **kalkulie** nejsou problémy. Dokázal i pojmenovat čísla nebo na ně ukázat.

Při úlohách na **psaní** se rovněž nevyskytovaly překážky. Bez problému napsal své jméno, nadiktovaná krátká slova též bez problémů a věta rovněž, již bez vynechání grafému.

Čtení slabik, písmen a krátkých slov nepůsobilo panu Pavlovi žádný výrazný problém. Stejně tomu bylo i u úlohy na porozumění psané instrukci a následné provedení.

Pan Pavel z celkového počtu 118 bodů získal při výstupním zhodnocení komunikační úrovně 111 bodů.

Shrnutí a navrhovaná opatření

S panem Pavlem se spolupracovalo velmi dobře, což přisuzuji zejména opakovanému pobytu v RÚ Hostinné. Ze všech vybraných pacientů pan Pavel uspěl nejlépe, což je patrné i na nejvyšším počtu bodů. Došlo ke zlepšení ve všech oblastech, i když projev byl stále přerušovaný a někdy založený na hodně jednoduchých větách. I nadále je však důležitá logopedická intervence.

9.3. Kazuistická studie – paní Dagmar

Pohlaví: žena

Jméno: Dagmar

Rok narození: 1948

Věk: 72

Rodinný stav: vdaná

Doba pobytu: 4 týdny

Rodinná anamnéza:

Matka paní Dagmar zemřela v 60 letech na rakovinu, ale uvedla, že přesně neví. Její otec zemřel tragicky a bratr taktéž zemřel v 60 letech na rakovinu žaludku. Dagmar má 3 děti, které jsou zdravé.

Osobní anamnéza:

Paní Dagmar v roce 1988 prodělala lymfskou boreliózu. V roce 2015 jí bylo odstraněno slepé střevo (apendektomie) a ve stejném roce došlo u paní Dagmar ke zlomení vřetenní kosti vlevo. Zlomenina jí byla zafixovaná sádkou. Rok 2015 byl pro paní Dagmar velice náročný, protože v tomto roce prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodu se spastickou pravostrannou hemiparézou a byla jí diagnostikována afázie. Trpí vysokým krevním tlakem (arteriální hypertenze), na který bere léky. Také má poruchu metabolismu, alergii na pyl, kašel po některých léčivech na vysoký krevní tlak.

Pracovní anamnéza:

Paní má vystudovanou vysokou školu, obor bohužel nesdělila. Ihned po studiích začala pracovat a pracovala jako sekretářka v kanceláři.

Sociální anamnéza:

Paní Dagmar žije se svým manželem v patře rodinného domu, v němž je 18 schodů, proto se nejčastěji zdržuje doma se svým manželem, který je její velkou oporou. Je velice pozorný a hodný. V rámci možností došlo k menším úpravám bydlení, zejména k úpravě koupelny a WC. Samozřejmostí byla i úprava lůžka. Během pobytu v RÚ Hostinné ji její manžel navštěvuje pravidelně. Paní Dagmar má 3 děti, se kterými

je v kontaktu. Stejně jako manžel ji děti navštěvují. Paní se ve svém volném čase dříve ráda věnovala zahrádkaření a procházkám se svým pejskem. Ze všeho nejvíc ji baví vyplňování křížovek a čtení denního tisku či časopisů.

Logopedická diagnostika:

Spontánní mluvní projev je nonfluentní (neplynulý), což způsobují autokorekce a fonémické parafázie. V řeči se často objevují agramatismy. Taktéž je oslabeno rozumění složeným pokynům, proto je nutné instrukce opakovat či rozdělit. Pojmenování s občasnými parafáziemi, ale je schopna autokorekce. Opakování zvládá do úrovně krátké věty. Lexie intaktní, delší čtené úseky bez uchování. Grafie do úrovně jednoduchého slova s občasnými parafáziemi. Kalkulie na úrovni jednotek. Brocova afázie.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné, Mgr. Zuzana Filípková)

Logopedická terapie:

Logopedická terapie musí probíhat 3x týdně. Je nutné věnovat se zejména stimulaci produkce, a to hlavně slovní zásobě, mluvní pohotovosti, gramatice, stimulaci lexie, grafie a kalkulie.

Vstupní zhodnocení zachované komunikační úrovně (viz přílohu E)

Vstupní zhodnocení proběhlo začátkem ledna 2020 formou vytvořeného archu pro zhodnocení zachované komunikační úrovně.

V oblasti **foneticko-fonologické** byly potíže, protože spontánní mluvní projev byl vlivem autokorekcí a fonémických parafází nonfluentní.

S úlohami v rámci **lexikálně-sémantické rovině** si paní Dagmar věděla rady. Při jednodušších úlohách na **porozumění** se vyskytovaly větší problémy v tvoření protikladných slov nežli v odpovědích na alternativní otázky. Pokud se jednalo o delší větu, bylo nutno ji vícekrát zopakovat, aby došlo ze strany Dagmar k pochopení a porozumění. V oblasti **pojmenování** se již nevyskytovaly velké problémy, protože byla paní Dagmar schopna autokorekce.

Paní Dagmar není schopna spontánně plynule hovořit, protože se v její řeči objevují fonémické parafázie s častými agramatismy, proto bylo šetření **morfológicko-syntaktické rovině** bezúspěšné.

V **pragmatické rovině** byla taktéž hodnocena fluence řeči včetně popisu obrázku. Při popisu obrázku nebyly tvořeny smysluplné věty. Paní Dagmar popisovala obrázek krátkými větami typu „*Tady jsou hodně děti a koukaj na to, jak děti stojí sněhuláka.*“

Další hodnocenou částí byly **automatismy**. Paní Dagmar nemá problém ve vyjmenování číselné řady od jedné do deseti, taktéž jí nečiní potíže vyjmenovat po sobě jdoucí dny v týdnu ani měsíce v roce.

Součástí hodnotícího archu byly i úkoly v rámci **kalkulie**. Paní Dagmar bez problémů dokázala pojmenovat čísla, na něž jsem jí ukázala, taktéž dokázala ukázat na čísla, která jsem řekla. Při početních úkonech neměla problémy v jednoduchých příkladech, ale u příkladů typu 18+19 se již obtíže objevily. Kalkulie pouze na úrovni jednotek.

Další hodnocenou oblastí byla schopnost **psaní** (grafie). S jednoduchými slovy nemá problémy, v některých slovech se však objevovaly parafrázie a vynechání hlásky.

Poslední hodnocenou složkou byla oblast **čtení**. Čtení se paní Dagmar dařilo. Pokud se však jednalo o delší větu, vyskytly se problémy v zapamatování si daného úkolu.

Paní Dagmar z celkového počtu 118 bodů získala při vstupním zhodnocení komunikační úrovně 88 bodů.

Popis realizace logopedické intervence u paní Dagmar

S paní Dagmar jsem se zúčastnila 4 sezení z důvodu čtyřtýdenního pobytu v RÚ Hostinné. Stejně jako u předchozích pacientů, i u paní Dagmar bylo každé logopedické sezení započato taktilně-termální stimulací orofaciální oblasti, a to buď pomocí vodové zmrzlé tyčinky, nebo tyčinkou s pagavitem, která je díky kyselině citrónové kyselá. Užití kyselé tyčinky záleželo na rozhodnutí pacienta. Paní Dagmar to na každém sezení bylo jedno. Na taktilně-termální stimulaci se navázalo činností zvanou tapping, při níž docházelo za pomoci vibrujícího kartáčku k masírování dutiny ústní včetně jazyku. Po promasírování následovalo posilování jazyka, a sice jeho vypláznutím, zatlačením do vibračního kartáčku a povolením. Po zastudění, promasírování a posilování se přešlo k oromotorickým cvičením, které taktéž posilují jazyk.

Příklady oromotorických cvičení jazyka jsou:

- kmitání špičky jazyka ze strany na stranu,
- umístění hrotu jazyka za horní přední zuby – výdrž – uvolnění,
- umístění hrotu jazyka za horní přední zuby – poťukávání,
- kroužení jazyka v plynulém pohybu po obou rtech.

Příklady oromotorických cvičení rtů jsou:

- nafukování obou tváří najednou,
- sešpulit rty – roztáhnout,
- vtáhnout rty do úst – schovat (rty zavřené, otevřené).

Ihned po těchto cvičeních přišly na řadu oromotorické sekvence, mezi něž byly zařazeny například tyto:

- nafouknout tváře – písknout,
- jazyk do levého koutku – našpulit – jazyk do pravého koutku – našpulit,
- vypláznout jazyk – nafouknout tváře,
- vsát tváře – vypláznout jazyk.

Při prvních dvou sezeních jsme se věnovaly rozhovoru o rodině. Dále byly paní Dagmar předloženy skupiny obrázků, k nimž měla přiřadit nadřazený pojem. Vybraná slova se povětšinou týkala každodenního života. Například první skupinou byla slova týkající se jídla. Paní Dagmar byla položena otázka „*Řekněte, prosím, co mají obrázky na každém řádku společného.*“ Na prvním řádku byla slova – bunda, triko, kalhoty, sukně, klobouk. Toto cvičení se dařilo s nápovědou. Byla procvičována i kalkulie (schopnost počítat). Kalkulie byla procvičovaná pomocí kartiček, na nichž byla čísla napsaná, a paní Dagmar je měla pojmenovat a následně číslo napsat. Toto jí nečinilo žádné potíže. Grafie byla procvičována pomocí zápisu diktovaných slov. S dopomocí se dařilo, v některých slovech však chyběly určité hlásky.

Při dalším sezení byla logopedická intervence věnována pojmenování pomocí afatického slovníku, avšak bez opory grafémů. Následně byla zařazena cvičení na dokončování vět a na větný syntax, kdy paní Dagmar měla odpovídat na jednoduché otázky typu „*Jmenujete se Dagmar?*“, „*Nacházíte se nyní doma?*“ a další podobné. Jelikož má paní Dagmar velice ráda vyplňování křížovek, byly zařazeny i do oblasti

procvičování grafie. Následně měla paní Dagmar uvádět ke slovům antonyma (*malý – velký, kyselý – sladký*).

Další sezení bylo rovněž věnováno pojmenování, a to zejména popisu jednoduchého obrázku. V oblasti lexie bylo zařazeno čtení denního tisku nahlas a následný rozhovor na téma, o němž paní Dagmar četla. Při grafii se cvičilo psaní diktovaných slov a oprava chyb ve slovech, což je u paní Dagmar velmi dobré. Následovalo dokončování vět, kdy měla i změnit rod a číslo. A na konci tohoto sezení byl zařazen Token test.

Při posledním sezení s paní Dagmar bylo opět zařazeno pojmenování sloves. Následovala lexie, a to opět formou četby denního tisku a následné volné reprodukce zpráv. Navázalo se četbou a přeřikáváním pořekadel a přirovnání, pak i dokončováním rčení (*například: „Koho chleba jíš, toho píseň zpívej.“*).

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně (viz přílohu D)

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně proběhlo s paní Dagmar po čtyřech týdnech. Jelikož je paní Dagmar po několikáté v RÚ Hostinné, bylo vidět zlepšení v některých komunikačních rovinách.

Ve **foneticko-fonologické rovině** se i nadále vyskytují obtíže. K malému zlepšení však došlo při konverzaci s paní Dagmar, s dopomocí dokázala říci pár informací o sobě. Často se objevovaly autokorekce.

Velice dobrých výsledků dosáhla v **lexikálně-sémantické rovině**. V oblasti porozumění došlo ke zlepšení při tvoření protikladných slov, rovněž i při alternativních otázkách byl vidět menší pokrok. Občas jsem musela věty vícekrát opakovat. V úlohách na pojmenování též došlo ke zlepšení. Paní Dagmar byla schopna pojmenovat předměty na obrázcích a také jednoslovně odpovědět na otázky. Jediné, co paní Dagmar i nadále dělalo problém, bylo zapamatování si delších otázek.

Ani při výstupním zhodnocení nebyla paní Dagmar schopna sama spontánně a plynule komunikovat, neustále se v řeči vyskytovaly četné fonemické parafázie a agramatismy, tudíž bylo šetření **morfologicko-syntaktické roviny** bezúspěšné.

Pragmatická rovina stagnovala. Žádný rozdíl mezi vstupním a výstupním zhodnocením se nevyskytl. Při popisu obrázku paní Dagmar nadále tvořila nesmyslné věty.

S úlohami na **automatismy** nebyl žádný problém. Paní Dagmar sama vyjmenovala čísla od jedné do deseti, dny v týdnu i měsíce. Ve všech těchto úkolech získala plný počet bodů.

Úlohy v rámci **kalkulie** plnila rovněž bez problémů. Ukázala na čísla, pojmenovala čísla, vypočítala příklady – s výjimkou jednoho těžšího. Úkoly tohoto typu paní Dagmar nečinily žádné potíže.

Při **psaní** zvládla napsat své jméno. Jednodušší slova napsala, pouze ke slovu „hranolky“ potřebovala delší čas a nakonec i předlohu. Částečně napsala nadiktovanou větu.

Se **čtením** neměla paní Dagmar žádný problém. Přečetla všechna písmena a slabiky, rovněž i krátká slova a porozuměla psané instrukci.

Paní Dagmar z celkového počtu 118 bodů získala při výstupním zhodnocení komunikační úrovně 101 bodů.

Shrnutí a navrhovaná opatření

Paní Dagmar je velice společenská žena, kterou těší, když může s někým pracovat a procvičovat. I přesto, že její komunikace není na úplně dobré úrovni, nebylo těžké s ní navázat kontakt. V RÚ Hostinné byla již poněkolkáté, a tak s každou návštěvou a logopedickou intervencí bylo možné pozorovat zlepšení. Produkce byla částečně posílena. Je však potřeba v logopedické intervenci i nadále pokračovat.

9.4. Kazuistická studie – pan Josef

Pohlaví: muž

Jméno: Josef

Rok narození: 1950

Věk: 70

Rodinný stav: vdovec

Délka pobytu: 6 týdnů

Rodinná anamnéza:

Závažnější onemocnění se v rodině neobjevilo. Více informací o rodině pana Josefa nemáme.

Osobní anamnéza:

Pan Josef v roce 2019 prodělal rozsáhlou ischemickou cévní mozkovou příhodu v povodí tepny s těžkou pravostrannou hemiparézou až plegií. Taktéž se vyskytla centrální paréza n. VII (7. hlavový nerv – n. facialis), což způsobilo povadlost koutku pana Josefa. U pana Josefa došlo i k postižení drobných cév, které se ucply tukovým hematodem. Od začátku onemocnění pacient udává, že se výrazně zlepšila hybnost pravé dolní končetiny, a uvádí i mírné zlepšení pravé horní končetiny. Jí levou rukou. Zvládá chůzi s čtyřbodovou holí. Kontakt s pacientem je omezen z důvodu fatické poruchy. Pacient všemu rozumí, ale odpovídá jednoslovně, popřípadě kývnutím. Udává pouze bolesti v pravém ramenním kloubu a pravé horní končetině. Trávicí potíže neguje. U pana Josefa docházelo k opakujícím infekcím močových cest kvůli zavedení permanentního močového katetru, ale po jeho odstranění je již kontinentní (schopný čůrání). Trpí vysokým krevním tlakem, na který užívá léky.

Pracovní anamnéza:

Pan Josef se vyučil v oboru kuchař-číšník, této práci se však nikdy nevěnoval. Ve škole nikdy neměl žádné problémy, studium ho bavilo. Pan Josef je řidič z povolání u jedné nejmenované firmy.

Sociální anamnéza:

Pan Josef žije sám v panelovém domě s výtahem, což je s ohledem na jeho stav ideální. Má jednoho syna, který ho pravidelně navštěvuje. Pokud je potřeba, nakoupí mu, uklidí a obstará vše potřebné. Dříve pan Josef hodně sportoval. Zejména se věnoval fotbalu a jízdě na kole. V současnosti tráví čas sledováním televize, a to hlavně sportovních kanálů, kde ho zajímají různá fotbalová utkání. Se svými přáteli se vídá, většinou ho navštěvují v jeho bytě.

Logopedická diagnostika:

Pacient bez spontánního projevu. Pokud pana Josefa k něčemu vyzvu, většinou odpoví ano/ne nebo použije automatismus. Pojmenování zvládá pouze s nápovědou první slabiky. V automatických řadách je nutná dopomoc v iniciaci. Opakování na úrovni slova je dobré. Rozumění jednoduché instrukci taktéž dobré, ale objevují se obtíže se somatognostickou instrukcí. V číselné řadě se pan Josef orientuje, kalkule včetně přechodů taktéž dobrá. Při pojmenování je nutný odpočet z číselné řady. Lexie částečně, krátká slova analyticko-syntetickou cestou. Grafie krátkých slov s obtížemi. Oromotorika pouze nápodobou. Brocova afázie.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné, Mgr. Zuzana Filípková)

Logopedická terapie:

Logopedická terapie u pana Josefa je důležitá 5x týdně. Bude věnována stimulaci pojmenování, opakování a rozumění, dále také lexii, grafii a kalkulii.

Vstupní zhodnocení zachované komunikační úrovně (viz přílohu F)

Vstupní zhodnocení proběhlo koncem listopadu 2020 formou vytvořeného archu pro zhodnocení zachované komunikační úrovně.

V oblasti **foneticko-fonologické** se vyskytly potíže, protože pan Josef nebyl schopen spontánního projevu, na výzvu vždy reagoval pouze odpověďmi ANO nebo NE. Někdy i využíval určité automatismy, které však absolutně nesouvisely se zadáním.

S úlohami v rámci **lexikálně-sémantické roviny** to bylo u pana Josefa lepší. S **rozuměním** alternativním otázkám a odpověďmi ANO x NE neměl výrazný problém. Tvoření protikladných slov panu Josefovi potíže činilo. **Pojmenování** se dařilo, ale pouze díky nápovědě první hlásky. Bez nápovědy prvního písmena pan Josef nevěděl, o co se

jedná. Jednoslovné odpovědi na jednoduché otázky se dařily, ale při delších větách nastal problém, protože si pan Josef už nepamatoval, na co jsem se ho zeptala.

Pan Josef není schopen spontánního rozhovoru ani rozhovoru vedeného, většinou říkal pouze ano či ne. Ve větách se objevují takzvané „vmetky“.

Šetření **morfologicko-syntaktické roviny** bez výsledku.

Při **pragmatické rovině** hodnocena fluence řeči, ale i popisování obrázku. Pan Josef nebyl schopen popsat obrázek, jelikož se mu neustále ve větách objevují vmetky. Při popisu dochází k taktilnímu ukazování na obrázek. Místo utvoření věty říkal „*ježišmarjá no... to je no ježišmarjá*“. Jakmile jsem panu Josefu napověděla, dokázal na nápovědu navázat.

Automatismy panu Josefu také dělaly problémy. Při úloze s číselnou řadou jdoucí od jedné do deseti byl pan Josef schopen řadu vyjmenovat jen s nápovědou prvního čísla v řadě, následně čísla vyjmenovával odpočtem. Dny a měsíce s iniciací rovněž vyjmenoval, sám bohužel nikoli.

Součástí hodnotícího archu byly i úkoly v rámci **kalkulie**. Pan Josef nemá problém s pojmenováním čísla s dopomocí odpočtu. Byl schopen vypočítat jednoduché příklady, které mu byly předloženy.

Další hodnocenou oblastí byla schopnost **psaní** (grafie). S opisem se mu psaní daří lépe, své jméno však zvládne zapsat bez pomoci. Krátká slova napíše, ale delší slova (např.: papoušek) už panu Josefu činila problém, zpravidla zapomněl či vynechal hlásku.

Poslední hodnocenou složkou byla oblast **čtení**. Čtení písmen a slabik s dopomocí zvládl, bez dopomoci ne. Sice pan Josef vyhledal písmeno, které jsem řekla, ale následně ho už nedokázal pojmenovat. Čtení krátkých slov s dopomocí zvládl, ale při čtení psaných instrukcí se vyskytly problémy. Pan Josef měl jak problém s přečtením, tak i s provedením napsané instrukce.

Pan Josef z celkového počtu 118 bodů získal při vstupním zhodnocení komunikační úrovně 48 bodů.

Popis realizace logopedické intervence u pana Josefa

U pana Josefa začínalo každé logopedické sezení stejně jako u ostatních pacientů. Nejprve oromotorická cvičení na jazyk a rty. Vybraná cvičení byla například:

- kmitání špičky jazyka z koutku do koutku,
- kroužení jazyka v plynulém pohybu po obou rtech,
- boule do tváře (jazyk střídavě tlačí zevnitř do levé a pravé tváře),
- špička – placky (udělat z jazyka špičku a pak povolit a mít ho jako placku),
- přetáhnutí horního rtu přes dolní / přetáhnutí dolního rtu přes horní,
- nafukování střídavě levé a pravé tváře.

Následovaly oromotorické sekvence:

- nafouknout tváře – písknout,
- vypláznout jazyk – našpulit rty,
- vypláznout jazyk – nafouknout tváře,
- písknout – skousnout spodní ret.

Taktéž bylo začleněno i cvičení na posilování koutku za pomoci knoflíku, který si pan Josef dal do jednoho koutku, tahal za provázek a zatímal a povoloval ústa. První sezení se pak věnovalo zejména fonaci vokálů, taktéž i grafii, lexii a identifikaci. Následovala cvičení na pojmenování za pomoci afatického slovníku, kdy pan Josef pojmenoval, co vidí na obrázku, a následně dané slovo zapsal. Pozornost byla věnována i automatickým řadám. Pokud měl pan Josef předlohu, psaní se mu dařilo, avšak delší slova mu dělala problém i s předlohou.

Druhé sezení bylo mimo jiné věnováno pojmenování s dopomocí automatických řad. V oblasti kalkule se jednalo zejména o výpočet jednoduchých příkladů (*například: 24-3, 42-9 apod.*). Dále byly před pana Josefa umístěny kartičky s čísly, která měl pojmenovat a následně je porovnat na základě jejich hodnoty. V případě grafie byla logopedická cvičení věnována hlavně globálnímu čtení a přiřazování a následnému opisu názvů.

Při třetím sezení byla logopedická intervence stále věnována fonaci vokálů. Byla ale zařazena i cvičení na analýzu a syntézu slova a také vymýšlení vlastních slov. Přidala se i cvičení na dokončování vět, kde měl pan Josef doplňovat podstatná jména (substantiva). I nadále probíhalo cvičení na automatické řady, aby se v nich pan Josef lépe zorientoval. Stejně jako u ostatních pacientů byla do logopedické intervence zapojena antonyma, což znamená, že pan Josef měl k daným slovům vymyslet slovo opačného významu (*krátký – dlouhý, teplý – studený apod.*).

Při dalším sezení byla zařazena cvičení podobná těm ze sezení třetího, přibyl však popis obrázku, popis a pojmenování letáků, kdy se pan Josef opírá o grafémy.

V předposledním sezení bylo taktéž zapojeno pojmenování, globální čtení a následné přiřazování. Dále také identifikace grafémů a vymyšlení slova, zejména slov krátkých. Do logopedické intervence v tomto sezení byla zařazena i somatognozie. Z oblasti grafie bylo zařazeno cvičení na krátká slova, které si měl pan Josef vybrat a následně opsat. Jelikož pan Josef miluje zpěv, zazpíval si i krátkou píseň. V oblasti kalkule byla zařazena práce s číselnou řadou, porovnávání a také diktát číslic.

Při posledním sezení bylo nadále trénováno pojmenování, globální čtení a přiřazování. Pojmenování bylo procvičováno pomocí afatického slovníku, využili jsme ale i fotografie známých tváří a celebrit. Kalkule byla věnována násobení, automatickým řadám a diktátu číslic. Následovalo pojmenování zejména dnů v týdnu a časová orientace. Pan Josef měl říci, jaký je dnes den, kolikátého máme a jaký je rok.

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně (viz přílohu F)

Výstupní zhodnocení s panem Josefem bylo provedeno po 6 týdnech, tudíž je u něj vidět nejvýraznější pokrok. Ten je patrný i ve výsledcích v orientačním výstupním zhodnocení komunikační úrovně.

Oblast **foneticko-fonologické** zůstala ve srovnání se vstupním zhodnocením skoro nezlepšena, došlo však k malému zlepšení při konverzaci s panem Josefem. S dopomocí dokázal říci, jak se jmenuje, kde bydlí či jaké jsou jeho záliby.

V **lexikálně-sémantické rovině** došlo u pana Josefa ke zlepšení. Při alternativních otázkách s **porozuměním** došlo k výraznému zlepšení, pan Josef odpověděl na všechny otázky. Oproti vstupnímu zhodnocení došlo ke zlepšení i v oblasti tvoření protikladných slov, kdy místo jednoho dokázal utvořit protiklady ke dvěma. V **pojmenování**, zejména tedy při pojmenování konfrontačním, byl pokrok také patrný. Místo dvou zvládnul pojmenovat tři obrázky. Při otázkách typu *Čím se češeme? Čím píšeme?* reagoval vícekrát než při vstupním zhodnocení, avšak s delšími otázkami měl pan Josef problém i nadále.

I přes zlepšení slovního projevu bylo šetření **morfologicko-syntaktické roviny** stále bezpředmětné, protože nadále nebyl schopen spontánního projevu a neustále se v jeho řeči vyskytovaly slovní „vmetky“.

Popis obrázku v rámci **pragmatické roviny** zůstal na podobné úrovni jako při vstupním zhodnocení. Neustále opakoval slova typu „nevím“ „ježišmarjá“ „no no“. S nápovědou a dopomocí byl však základního popisu schopen.

V oblasti **automatismů** se pan Josef trochu zlepšil. V automatických řadách dokázal v číselné řadě vyjmenovat všechna čísla jdoucí za sebou, a to i bez dopomoci. Dny v týdnu a měsíce vyjmenoval s dopomocí.

S dopomocí číselné řady byl pan Josef schopný odpočtem pojmenovat vybraná čísla. Jednoduché příklady vypočítal bez dopomoci, ale složitější příklad pouze s dopomocí, proto získal pouze jeden bod. **Kalkulie** částečně posílena.

Pan Josef byl schopen napsat celé své jméno i bez předlohy. S napsáním krátkých slov neměl problém, ale i nadále mu činily potíže delší slova (*papoušek, hranolky*). Při diktátu věty („*Náš pes hlídá dům.*“) měl pan Josef problém, a to zejména z důvodu chybějící předlohy. Jakmile předlohu dostal, větu zvládl opsat, tudíž tento úkol zvládl taktéž s dopomocí. **Grafie** částečně posílena.

Čtení bylo poslední částí hodnocenou v rámci výstupního orientačního zhodnocení. Při čtení slabik a písmen došlo k malému zlepšení, taktéž při čtení krátkých slov. Největší problém dělaly panu Josefovi i nadále psané instrukce, které nebyl schopen vykonat. Vykonal pouze dvě, dle mého názoru nejjednodušší („*Otevřete ústa.*“ „*Sáhněte si na nos.*“).

Pan Josef z celkového počtu 118 bodů získal při výstupním zhodnocení komunikační úrovně 67 bodů.

Shrnutí a navrhovaná opatření

S panem Josefem bylo navázání kontaktu trochu těžší, protože nebyl schopen normálně komunikovat. Jeho spontánní projev byl nonfluentní. Občas odpověděl na některé otázky ANO x NE. Pokud se snažil něco říci a odpovědět, docházelo i k nadměrnému užívání zástupných zájmen. Pana Josefa logopedická intervence velice bavila a opravdu i na něm samotném bylo vidět, že se chce zlepšit. Dle mého názoru se částečně zlepšil, což je patrné i ve výsledcích výstupního zhodnocení (viz přílohu D). Je ale velice důležité, aby pan Josef s logopedickou intervencí pokračoval.

9.5. Kazuistická studie – pan Jan

Pohlaví: muž

Jméno: Jan

Rok narození: 1945

Věk: 75

Rodinný stav: ženatý

Doba pobytu: 4 týdny

Rodinná anamnéza:

Rodinnou anamnézu pana Jana nebylo možné získat, ale závažnější onemocnění se snad nevyskytlo.

Osobní anamnéza:

Pan Jan prodělal běžné dětské nemoci. V roce 2019 prodělal akutní cerebrální ischemii při uzavření vnitřní krkavice vlevo a také v úseku střední mozkové tepny. Zpočátku pravostranná hemiparéza včetně n. VII (n. facialis – lícní nerv) s deviací hlavy a bulbů doleva. Diagnostikovaná Brocova afázie (Brocova fatická porucha / expresivní fatická porucha). Po CMP došlo v trutnovské nemocnici ke znovuzprůchodnění (rekanalizaci) střední mozkové tepny na levé straně a následné úpravě hemiparézy. Taktéž v roce 2019 prodělal infarkt bazálních ganglií (část v mozku, která se podílí na motorice) na levé straně, příčina byla emboligenní, což znamená, že došlo k takzvanému „vystřelení“ sraženiny krve ze srdce při nově zachycené fibrilaci síní, což právě způsobilo infarkt bazálních ganglií. Ischemická cévní mozková příhoda se opakuje. Pan Jan má diabetes mellitus, tedy cukrovku 2. stupně, na kterou užívá určená léčiva. Trpí demencí smíšeného typu, podíl vaskulární. V roce 2019 měli lékaři podezření na tekutinu v hrudníku, která však neměla žádný vliv na dýchání. Při kontrole byl nález v normě. Pan Josef hůře polyká. Stabilita při chůzi je horší, ale výrazně se pohybově zlepšil a dokáže chodit s oporou jedné vycházkové hole. Pacient si stěžuje pouze na bolesti v oblasti C páteře (krční páteře). Všem rozumí, kontakt s ním je v důsledku fatické poruchy náročnější. Odpovídá spíše jednoslovně, ale přiléhavě. Horší motorika prstů horních končetin. Potíže s trávicím traktem neguje. Alergie na paracetamol a antibiotika.

Pracovní anamnéza:

U pana Josefa nelze spolehlivě odebrat informace o jeho pracovní anamnéze.

Sociální anamnéza:

Pan Jan žije v přízemí rodinného domu se svou manželkou a synem. Oba se o pana Jana starají, se vším mu pomáhají. Mají snahu s ním i procvičovat činnosti týkající se jak logopedie, tak celkové motoriky. Dříve ho bavila jízda na koni, ale už delší dobu, ještě před vznikem CMP, se jí nevěnoval. Většinu času tráví doma, je spíše uzavřený a s přáteli se vidá minimálně, spíše vůbec, a to především z důvodu špatné komunikace.

Logopedická diagnostika:

Pacient bez spontánního projevu. Na výzvu reaguje parafatickou obtížně iniciovanou jednoslovnou odpovědí. Automatické řady s dopomocí v iniciaci, jednoslovné pojmenování je dobré bez parafází. Iniciační prodleva s nadměrnou námahou a tenzí. Při popisu pan Jan používá pouze několik automatismů, je nutná specifická facilitace. Je oslabeno rozumění složené větné konstrukci. Lexie s obtížemi, bez rozumění, identifikace grafémů z padesáti procent. Grafie pouze opisem. Oromotorická nápodoba velmi obtížně, nedaří se vědomé nádechy. Na spirometr se daří pouze výdech bez zátěže. Hlas neznělý, velice slabý. Brocova afázie, orální a verbální apraxie, dysfonie.

(Pracoviště klinické logopedie Hostinné, Mgr. Zuzana Filípková)

Logopedická terapie:

Logopedická terapie 5x týdně. Do terapie zařadit taktilně termální stimulaci orofaciální oblasti. Oromotorika, stimulace produkce a rozumění, lexie, grafie a kalkule.

Vstupní zhodnocení zachované komunikační úrovně (viz přílohu G)

Vstupní zhodnocení proběhlo v prosinci 2019 formou vytvořeného archu pro zhodnocení zachované komunikační úrovně.

V oblasti **foneticko-fonologické** se vyskytují velké obtíže, protože pan Jan byl bez spontánního projevu a jeho odpovědi byly jen jednoslovné, někdy vůbec žádné.

V **Lexikálně-sémantické rovině** dopadl pan Jan nejlépe ze všech. Co se týče **porozumění**, při úloze na protikladná slova se mu ke slovům dlouhý, malý, tlustý a hubený podařilo říci dva protiklady. Při porozumění alternativním otázkám s odpověďmi na ně „ANO“ a „NE“ dokázal odpovědět na všechny otázky. Při úlohách na **pojmenování** se již vyskytovaly větší problémy. Pan Jan pojmenoval jen některá slova s dopomocí. Z otázek s jednoslovnou odpovědí zvládnul bez problémů odpovědět ani ne na polovinu.

Jelikož je pan Jan bez spontánního projevu, bylo šetření **morfologicko-syntaktické roviny** bezpředmětné.

Pragmatická rovina úzce souvisí s rovinou morfologicko-syntaktickou, při níž se taktéž hodnotí fluence řeči a popis obrázku. Fluence řeči byla hodnocena v rámci konverzace s pacientem (jak se jmenuje, záliby apod.), což v případě pana Jana z důvodu nespontánního projevu nebylo možné. Stejný problém zasahoval i popis obrázku, při kterém používal pouze několik automatismů. Pan Jan není schopen popsat jednoduchý obrázek.

Další hodnocenou částí byly **automatismy**. Pan Jan není schopen ani s dopomocí vyjmenovat číselnou řadu jdoucí od jedné do deseti ani měsíce v roce, na druhou stranu však s větší dopomocí byl schopen vyjmenovat dny v týdnu.

Součástí hodnotícího archu byly i úkoly v rámci **kalkulie**. S úkolem typu – ukažte na číslo, které vám řeknu – neměl pan Jan problém, pouze potřeboval trochu delší čas. Horší výsledky už se objevily v pojmenování čísla a v počtech, tyto dva úkoly se mu nepodařilo splnit.

Další hodnocenou oblastí byla schopnost **psaní** (grafie). Pan Jan má problémy se psaním, a to zejména z důvodu pravostranné spastické hemiparézy s větší akcentací na pravou horní končetinu. Diktát slov i vět byl neúspěšný. Psaní se daří vždy pouze opisem.

Poslední hodnocenou složkou byla oblast **čtení**. Čtení u pana Jana vykazovalo velké obtíže, bez rozumění. V oblasti čtení tedy rovněž neuspěl.

Pan Jan z celkového počtu 118 bodů získal při vstupním zhodnocení komunikační úrovně 38 bodů.

Popis realizace logopedické intervence u pana Jana

Každá logopedická intervence s panem Janem započala taktilně termální orofaciální stimulací, kdy došlo k zastudění dutiny ústní, následnému olíznutí, při němž dojde k ohřátí a vytvoření slin. Toto se ovšem u pana Jana nedařilo, nechápal, co má dělat. Následně došlo na oromotorická cvičení na jazyk a rty. Zařazenými cvičeními byly v případě pana Jana například:

- kmitání špičky jazyka z koutku do koutku,
- kroužení jazyka v plynulém pohybu po obou rtech,
- boule do tváře (jazyk střídavě tlačí zevnitř do levé a pravé tváře),
- olíznutí dolního a horního rtu.

Cviky na rty:

- sešpulit – roztáhnout,
- pískání,
- nafukování obou tváří najednou,
- nafukování střídavě levé a pravé tváře

Po těchto cvičeních byly zařazeny cviky na oromotorickou sekvenci, pro něž byla vybrána následná cvičení:

- vypláznout jazyk – písknout
- písknout – skousnout spodní ret
- vypláznout jazyk – našpulit rty.

Po veškerém procvičení úst, rtů a jazyka se do prvního sezení zařadilo i dechové cvičení do spirometru. Panu Janovi se nedaří vědomý nádech. Dále se procvičovaly hlásky, zejména přečtení hlásek, pojmenování a ukázání na řečenou hlásku. Byl začleněn i zápis vybraných hlásek a poté pojmenování napsané hlásky. Následovalo procvičování na pojmenování obrázků, k nimž pan Jan doplňoval přídavná jména (např.: *na obrázku byla káva a pan Jan měl doplnit „zrnková“ nebo na obrázku byla houska a pan Jan doplnil „maková“*). Navazovalo dokončování vět, automatické řady a orientace v řádcích. Závěrem bylo pojmenování číslic na obrázcích, což se daří, ale s dopomocí odpočtu na ruce.

Při druhém sezení bylo zařazeno procvičování na pojmenování obrázků a slov, globální čtení, při němž měl pan Jan přiřazovat nadpisy. Opět bylo zařazeno dechové cvičení, vědomý nádech se stále nedaří, a tudíž ani nafouknutí tváří. Dechové cvičení se týkalo zadržení dechu a přerušované expirace. Z oblasti rozumění byla zařazena cvičení na pokyny s hybnou reakcí, při nich je nutná pomoc. Automatické řady a orientace v řadách byly také začleněny do logopedické intervence, protože panu Janovi stále činí potíže. Pro výbavnost slov bylo při druhém sezení zařazeno cvičení pomocí obrázků a jejich správně řazení a třídění (např.: dva obrázky listnatých stromů a jeden obrázek jehličnatého).

Při třetím sezení byla logopedická intervence nadále věnována dechovému cvičení. Bylo zařazeno cvičení s brčkem, jímž pan Jan foukal do vody. I nadále bylo zařazeno pojmenování za pomoci obrázku a přiřazování slov k nim, taktéž i přiřazování nadpisů. Z oblasti grafie byla zařazena cvičení na opis slov, názvů, ale také opis jména. Následovaly automatické řady, a to zejména procvičování počítání do 10, pak vyjmenování dnů v týdnu (daří se s nápovědou) a měsíců. S orientací v číselných řadách má pan Jan nadále problém, až s nápovědou je schopen číslo správně zařadit. Při třetím sezení byly do logopedické intervence zařazeny i alternativní otázky, ale také otázky s jednoslovnými odpověďmi ANO x NE.

Při čtvrtém, a tedy i posledním sezení s panem Janem, byla opět zařazena taktilně termální orofaciální stimulace, oromotorika, při níž se začalo částečně dařit plazení. I dechová cvičení pokračují, a to pomocí brčka – nádech a výdech do vody a bublat, avšak panu Janovi se stále nedaří vědomý nádech. V oblasti lexie byla při čtvrtém sezení zařazena cvičení na zrakové vnímání. Následovalo porozumění mluveným instrukcím, jako například *podívejte se na hodiny* nebo *ukážete tam, kde máte srdce*. První instrukce provedena bez potíží, avšak při druhé měl pan Jan problém, protože se nedokázal zorientovat, kde se vlastně srdce nachází. Při popisu těla byly využívány obrázky.

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně (viz přílohu G)

Výstupní zhodnocení komunikační úrovně proběhlo po 4 týdnech. Jelikož i přes celkové obtíže pan Jan pobýval v RÚ Hostinné pouhé 4 týdny.

Foneticko-fonologická rovina zůstala nezměněna, protože stále chybí spontánní projev. V oblasti **lexikálně-sémantické** se pan Jan nepatrně zlepšil, v úloze na porozumění dokázal místo dvou protikladů uvést tři ze čtyř. Při alternativních otázkách

pan Jan stejně jako u vstupního vyšetření odpověděl na všechny. Při pojmenování obrázků došlo ke zlepšení, protože při vstupním orientačním vyšetření dosáhl pěti bodů, zatímco při výstupním zhodnocení získal pan Jan osm bodů, protože s dopomocí dokázal pojmenovat obrázky. V jednoslovných odpovědích na otázky se pan Jan zlepšil jenom v jedné větě, tudíž získal o 2 body více než ve vstupním zhodnocení.

Morfologicko-syntaktická rovina zůstala na stejné úrovni, jelikož pan Jan stále není schopen komunikovat spontánně a fluentně.

V **pragmatické rovině** se takřka nic nezměnilo. Nadále používal při popisu obrázku slovní vmetky a stále opakoval „nevím“ a rozčiloval se u toho. Občas se snažil říci nějaké slovo, ale nepodařilo se. Neustále mu naskakovaly jen pouhé automatismy.

V oblasti automatismů nedošlo k nijak výraznému zlepšení. Při automatických řadách od jedné do deseti dokázal s dopomocí a poměrně dlouhým vyměřeným časem vyjmenovat čísla, místo žádného bodu tedy pan Jan získal jeden. Při vyjmenovávání dnů v týdnu dopadl totožně jako při vstupním zhodnocení, získal jeden bod. Měsíce však ani s dopomocí není schopen vyjmenovat.

V **kalkulii** i nadále dokáže ukázat na číslo, které jsem řekla. S pojmenováním mnou ukázaného čísla to už bylo horší, k určitému zlepšení ale došlo, protože dokázal pojmenovat aspoň jedno číslo. Při výpočtech se nic nezměnilo, ani nadále není schopen spočítat žádný příklad.

Další hodnocenou oblastí byla schopnost **psaní** (grafie). Psaní je stále velice narušeno, pan Jan není schopen napsat své jméno, je ale schopný ho opsat. Nezládl zapsat ani jiná vybraná slova. Psaní bylo pro pana Jana kvůli paréze pravé horní končetiny náročné.

Poslední ohodnocenou složkou byla oblast **čtení**. Čtení u pana Jana vykazovalo velké nedostatky, bez rozumění. Ve čtení stále neuspěl.

Pan Jan z celkového počtu 118 bodů získal při výstupním zhodnocení komunikační úrovně 48 bodů.

Shrnutí a navrhovaná opatření

S panem Janem byl počátek terapie velice složitý a náročný, což bylo dle mého názoru způsobeno zejména deprivací a nemožností vzpomenout si na slova, která vlastně

zná, ale nedokáže je vyslovit. Komunikace byla složitá i z důvodu problému s hlasem, který má pan Jan slabý, dyšný a neznělý. Terapie u pana Jana nebyla z mého pohledu tak efektivní, což je patrné i z výstupního zhodnocení komunikační úrovně. Tato neefektivita byla zapříčiněna zejména krátkostí pobytu v RÚ Hostinné. U pana Jana došlo k částečnému posílení schopnosti oromotorické nápodoby, avšak i nadále přetrvávají potíže v iniciaci a produkci, proto by měla logopedická intervence i nadále pokračovat, a to v místě bydliště pana Jana.

10. Reflexe efektivity logopedické péče v Rehabilitačním ústavu Hostinné

Kvalitu realizace logopedické intervence je možné hodnotit již na základě pozorování jejího průběhu a též pokroků u jednotlivých pacientů v oblasti komunikační úrovně. Logopedická intervence je také podmíněna přístupem pracovníků, kteří ji zajišťují. Za tímto účelem byl realizován rozhovor s klinickou logopedkou Mgr. Zuzanou Filípkovou.

Jak nahlížíte na logopedickou intervenci u dospělých pacientů?

Dle mého názoru je logopedická intervence u dospělých pacientů potřebná a velice nutná, ale někdy nedosažitelná. A to hlavně z důvodů toho, že chybí terénní péče nebo třeba i bezbariérové přístupy.

Myslíte si, že je dostatek použitelných materiálů v logopedické intervenci dospělých, zejména u dospělých osob po CMP?

Myslím si, že ano.

Jaké materiály pro dospělé po CMP využíváte?

Ve své práci s dospělými osobami po cévní mozkové příhodě nejradši využívám materiály o. s. Ergo Aktiv a Klubu aphasia, ve kterých využívám dějové obrázky a pracovní listy, dále matematické a pracovní listy od paní Jitky Suché, moc ráda používám Afatický slovník v tabletu, stolní hry jako například Scrabble, Česko, Toulavá kamera nebo i karty. Co se týká literatury, velice ráda používám knihu Terapie afázie od Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové. A poté užívám své materiály, kterých za tu dobu, co tuto práci vykonávám, mám poměrně dost.

V čem vidíte mezery při logopedické intervenci s dospělými osobami?

Hlavním problémem v této práci je dle mého názoru hlavně vyčíženost a taktéž i nedostatek logopedů pro pokračování intenzivní logopedické terapie po návratu pacienta do domácího prostředí. Většina logopedů nemá čas se věnovat těmto pacientům tak, jak by potřebovali, a to zejména několikrát týdně. Myslím si, že většina pacientů ke klinickým logopedům dochází méně, než by bylo potřeba.

Jakou logopedickou intervencí vy sama považujete za vhodnou a efektivní?

Je nezbytně nutné, aby logopedická intervence u dospělých osob byla včasná, intenzivní a hlavně prováděná klinickým logopedem. Myslím si, že pokud bude logopedická terapie intenzivní nadále i po opuštění RHB ústavu či nemocnice a bude se dodržovat pravidelná docházka pacienta, bude logopedická intervence vhodná a efektivní. Musíme však brát v potaz to, že každý pacient je jiný, má jiné potíže, a tak i jinak dlouhá bude logopedická intervence a i efektivnost u každého pacienta bude rozdílná.

Lze konstatovat, že logopedická intervence v Rehabilitačním ústavu Hostinné je na velice dobré úrovni. Klinická logopedka paní Mgr. Zuzana Filípková je velice zkušenou logopedkou s dlouholetou praxí. Bylo vidět, že ji samotnou práci opravdu baví a naplňuje, což lze s jistotou považovat za jeden z faktorů majících pozitivní vliv na pacienty a jejich zlepšení komunikační úrovně.

Paní Mgr. Zuzana Filípková vykonává svou práci jako klinická logopedka již 20 let.

Logopedická intervence je efektivní, klinická logopedka však vždy musí mít na zřeteli, zda se jedná o pacienta, který pobývá v RHB ústavu Hostinné poprvé, nebo již několikátým rokem. Samozřejmostí je, že efektivnější vždy byla terapie vedená v rámci více týdnů. To je patrné i u pacienta pana Josefa, který sice byl v RHB ústavu podruhé, ale 6 týdnů, tudíž bylo zlepšení viditelnější než u ostatních pacientů. Na druhou stranu pan Pavel (viz přílohu D) sice pobýval v RHB ústavu krátkou dobu, a to pouhé 3 týdny, ale již čtvrtým rokem za sebou, proto má nejlepší výsledky ze všech.

Po komunikaci s pacienty mohu s jistotou říci, že je samotná logopedická intervence baví, těší je, že se mohou zlepšovat v komunikaci, a hlavně jsou velice rádi, že mají někoho, kdo jim od problémů – ať už sociálních či psychických – pomůže. Do Hostinného se rádi vracejí.

Jediným negativem, které já sama z hlediska logopedie v Rehabilitačním ústavu Hostinné vnímám, je absence skupinové logopedické intervence, která je pro všechny pacienty velice důležitá, a to zejména kvůli navazování kontaktů a celkové socializaci. Myslím si, že skupinová logopedická intervence by v oblasti komunikace a socializace byla pro mnohé z pacientů přínosná.

V Rehabilitačním ústavu Hostinné jsem absolvovala dohromady 22 logopedických sezení. Jak již bylo výše uvedeno, s každým pacientem různý počet. Všechny pacienti, kteří pobývají v RÚ Hostinné, obsáhne jen jedna klinická logopedka, a to právě paní Mgr. Zuzana Filípková. Na každý den má určitý počet pacientů. Její práci považují za opravdu náročnou. Jsou dny, kdy za celý den má 4 pacienty, ale také dny, kdy má pacientů i 8 až 10. K jednotlivým pacientům vždy přistupuje individuálně a dle jejich potřeb. Dle teorie volí paní logopedka následující postup. V první řadě se věnuje diagnostice za pomoci testů (MASTcz, Vyšetření fatických funkcí, Token test pro dospělé apod.). V návaznosti na diagnostiku paní logopedka sestaví logopedický plán, který aplikuje na vybraném pacientovi tak, aby to mělo co největší přínos a zlepšení. Nejvíce se paní logopedka ztotožňuje s pragmaticky orientovanou terapií afázie, která je podrobněji popsána v teoretické části (viz kapitolu 2).

11. Zhodnocení naplnění cílů praktické části diplomové práce a diskuze

Hlavním cílem diplomové práce bylo popsat způsob realizace logopedické intervence v Rehabilitačním ústavu Hostinné a následně zjistit, zda je poskytovaná logopedická intervence u vybraných osob po cévní mozkové příhodě účinná. Lze konstatovat, že hlavní cíl DP byl naplněn (viz kapitolu 5.1).

V návaznosti na hlavní cíl byly určeny cíle dílčí: zjistit stávající komunikační kompetence vybraných pacientů pomocí vytvořeného diagnostického materiálu, zhodnotit pokrok v oblasti rozvoje komunikačních dovedností u osob s afázií „ve sledovaném období“ po 3, 6 až 8 týdnech dle pobytu pacienta a posledním dílčím cílem bylo provést reflexi ve vztahu k organizaci a efektivitě realizace logopedické intervence u osob po CMP v RHB ústavu Hostinné.

DC1: Zjistit stávající komunikační kompetence u osob s afázií za pomoci vytvořeného diagnostického materiálu

Z výzkumného šetření vyplývá, že každý pacient dosáhl jiných výsledků. Tento fakt byl ovlivněn zejména délkou pobytu vybraných pacientů, ale i celkovým stavem po CMP, což koresponduje i s informacemi v odborné literatuře, viz například kapitolu 1.1, ve které je uvedeno, že prognóza se dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) odvíjí od typu a stupně afázie, rozsahu a lokalizace léze, ale také samotného postoje pacienta ke vzniklému onemocnění. Každý člověk je individuum, liší se tedy jak dopad CMP, tak i průběh uzdravování. Byl vytvořen diagnostický hodnotící materiál (viz přílohu A), který byl následně aplikován na vybrané pacienty. Konkrétní výsledky stávající komunikační kompetence jsou zaznamenány v kazuistice každého pacienta a v testech uložených v přílohách (viz přílohy C, D, E, F, G). **Cíl DC1 byl splněn.**

DC2: Za pomoci výstupního logopedického vyšetření ohodnotit pokrok v oblasti rozvoje komunikačních dovedností u osob s afázií „ve sledovaném období“ po 3, 6 až 8 týdnech dle délky pobytu pacienta v Rehabilitačním ústavu Hostinné

Z prakticky orientované části diplomové práce je patrné, že dílčí cíl číslo jedna byl splněn. Byl vytvořen diagnostický materiál, který hodnotí stávající kompetence komunikační úrovně u pacientů a výsledky již byly zaznamenány do tohoto hodnotícího

archu (viz přílohu B). S určitým časovým odstupem byl aplikován tentýž vytvořený diagnostický materiál a následně byl zhodnocen a zaznamenán pokrok do téhož archu ke každému pacientovi (viz přílohy C, D, E, F, G). U každého z pacientů tvořících výzkumný vzorek byl zaznamenán dílčí pokrok v oblasti posilování odborných kompetencí. Sledováno bylo několik oblastí, a to spontánní řeč, porozumění mluvené řeči, pojmenování, kalkule, grafie a čtení. Většina pacientů se zlepšila především v oblasti porozumění. Největší problém činila všem pacientům spontánní řeč, která byla nonfluentní s častými agramatismy a fonémickými parafáziemi. U pacientů byla patrná frustrace, způsobená hlavně neschopností se vyjádřit, i když dané otázky/instrukce porozuměli. Pokrok v oblasti rozvoje komunikačních dovedností sledovaných pacientů je přehledně shrnut v tabulce č 2. **Cíl DC2 byl naplněn.**

DC3: Provést reflexi ve vztahu k organizaci a efektivitě realizace logopedické intervence u osob po CMP v Rehabilitačním ústavu Hostinné

Z kvalitativního výzkumu je patrné, že logopedická intervence v rehabilitačním ústavu je efektivní, protože u každého z pacientů došlo k určitému posunu (alespoň minimálnímu) v komunikačních dovednostech. Spíše než v úkolech obsažených ve vstupním a výstupním zhodnocení komunikační úrovně nastal pokrok ve spolupráci a celkové motivaci pacientů pracovat na zlepšení svého stavu. Reflexe, a tudíž i zhodnocení celkové logopedické intervence, byla provedena (viz kapitolu 10), lze tedy konstatovat, že **DC3 byl naplněn. Hlavní cíl diplomové práce včetně cílů dílčích byl splněn.**

Z výsledků výstupních zhodnocení vyplývá, že se každý pacient zlepšil, ne však nijak razantně. Rozdíly jsou viditelné v tabulce č. 2. Úspěšnost terapie byla ovlivněna hlavně délkou pobytu pacienta v Rehabilitačním ústavu Hostinné, taktéž i opakovaným pobytem. Někteří pacienti byli v RÚ Hostinné poprvé, většina již poněkolkáté. Dalším faktorem ovlivňujícím rozdílnost v úspěšnosti terapie je i počet sezení za týden. Někteří pacienti měli předepsanou logopedickou intervenci pouze 2x týdně, někteří 4x týdně. Při logopedické intervenci byly patrné rozdíly mezi pacienty jak z hlediska dopadů CMP, tak i komunikace. Všechny prováděné činnosti však probíhaly v souladu s postupy doporučenými v odborné literatuře.

Tabulka 2: Shrnutí výsledků a doporučení u vybraných pacientů tvořících výzkumný vzorek

Jméno	Vstupní zhodnocení (body)	Výstupní zhodnocení (body)	Pokrok v oblasti komunikační úrovně	Doporučení
Jaromír	27 bodů z celkového počtu 118 bodů	52 bodů z celkového počtu 118 bodů	minimální pokrok v oblasti spontánní produkce řeči – s dopomocí dokáže říct základní informace o sobě velký pokrok v porozumění alternativním otázkám a též i ve čtení písmen a slabik	nutnost pokračovat v logopedické intervenci věnovat se i nadále posilování rozumění a produkce procvičovat psaní, čtení
Pavel	90 bodů z celkového počtu 118 bodů	111 bodů z celkového počtu 118 bodů	velký pokrok ve všech oblastech (porozumění, mluvená řeč, pojmenování, kalkule, grafie, čtení)	nadále navštěvovat klinickou logopedku důležité je zlepšování mluvního projevu
Dagmar	88 bodů z celkového počtu 118 bodů	101 bodů z celkového počtu 117 bodů	produkce částečně posílena zlepšení v pojmenování, porozumění grafii, čtení	nadále pokračovat v logopedické intervenci nezbytně nutné je zlepšení ve spontánní řeči
Josef	48 bodů z celkového počtu 118 bodů	67 bodů z celkového počtu 118 bodů	částečné zlepšení v automatických řadách, v porozumění alternativním otázkám, též i v pojmenování kalkule částečně posílena (s dopomocí)	nutnost pokračovat v logopedické intervenci procvičovat čtení (krátkých slov a psaných instrukcí) snažit se, aby pan Josef o sobě dokázal sdělit pár informací
Jan	38 bodů z celkového počtu 118 bodů	48 bodů z celkového počtu 118 bodů	částečně posílena oromotorická nápodoba zlepšení pouze v oblasti porozumění	Nutnost intenzivně pokračovat v logopedické intervenci Důležitá je u pana Jana motivace Důležitost zařazení protahovacích cviků na horní končetinu

Prostřednictvím výzkumného šetření bylo zjištěno, že pacienti po cévní mozkové příhodě přistupují k logopedii především jako k prostředku pro maximální možné zlepšení v komunikaci, a tudíž i v komunikaci s okolním světem. To ve své knize uvádí i Kejkličková (2011), která tvrdí, že logopedická intervence u osob s afázií by neměla být věnována pouze úpravě artikulace, ale měla by sloužit hlavně jako nástroj k dorozumívání se s okolím, v němž pacient žije, aby nedocházelo k nedorozuměním.

U pacientů s horším zdravotním stavem byl kladen důraz spíše na léčebnou rehabilitaci (zejména na fyzioterapii) než na logopedii, a to oprávněně vzhledem k následkům, které se u nich objevily. Tento postup schvaluje i V. Feigin (2007), který uvádí, že léčebná rehabilitace je v prvních měsících bezesporu nejdůležitější.

V. Feigin (2007) rovněž uvádí, že mezi velmi časté následky cévní mozkové příhody – ať už ischemické či hemoragické – patří zejména částečná či úplná ztráta hybnosti jedné poloviny těla. To se u vybraných pacientů potvrdilo, protože u všech se objevila paréze jedné strany těla.

Závěr

Diplomová práce se zabývá logopedickou intervencí u osob po CMP, zejména však u osob s afázií v Rehabilitačním ústavu Hostinné. Cévní mozková příhoda je druhou nejčastější neúrazovou příčinou mortality (úmrtnosti) a může člověka potkat takřka v každém věku, což bylo hlavním důvodem mé volby tématu. Pozornost byla věnována zejména afázii, která bývá častou komplikací právě u osob po cévní mozkové příhodě. Afázie narušuje celou osobnost člověka, tedy nejen komunikaci, ale celkový psychický stav. Navíc se netýká jen samotného člověka, ale zasáhne i jeho okolí, může totiž docházet ke změnám ve vztazích s rodinou či přáteli. Komunikační problémy ovlivňují veškeré komunikační aktivity, a proto je logopedická intervence (a její včasnost) velice důležitá. Zlepšení nenapomáhá jen samotná logopedie, ale komplexnost rehabilitační péče.

V Rehabilitačním ústavu Hostinné probíhá logopedická intervence u každého pacienta jinak, ale vždy několikrát za týden. V čekací listině mají přednost pacienti v akutní fázi. V tomto ústavu poskytují velice intenzivní komplexní rehabilitační péči, zahrnující péči lékařskou, rehabilitační a samozřejmě i logopedickou.

Teoretická část diplomové práce je rozčleněna do čtyř kapitol. V první kapitole jsou shrnuty poznatky o problematice u osob po CMP, a to nejen z pohledu zdravotního, ale celkového, zahrnut je tedy i pohled sociální a psychický. Druhá kapitola je věnována afázii, jejímu definičnímu vymezení, etiologii, klasifikaci a diagnostice. Ve třetí kapitole jsou specifikovány přehledy neurogenních poruch. V kapitole čtvrté je popsána terapie narušené komunikační schopnosti u osob po cévní mozkové příhodě, zvolené terapeutické přístupy a logopedická intervence u osob s afázií.

V prakticky orientované části diplomové práce je popsána realizace logopedické intervence. Základ praktické části diplomové práce tvoří kazuistické studie pěti vybraných pacientů z Rehabilitačního ústavu Hostinné. U každého pacienta je uvedena osobní anamnéza, rodinná anamnéza, sociální a pracovní anamnéza, logopedická diagnostika, vstupní zhodnocení a popis realizace logopedické intervence. U každého pacienta jsou sepsány vlastní záznamy z průběhu pozorování. Na konci každé kazuistiky jsou uvedena výstupní zhodnocení, shrnutí a navrhovaná opatření. Účelem je ověření účinnosti aplikovaných postupů a zhodnocení, nakolik se pacient z hlediska komunikace zlepšil.

Výzkumná část prokázala, že je logopedická intervence u těchto osob nezbytná, zásadní je však i její včasnost. Vždy je velice důležité, aby se ke každému pacientovi přistupovalo individuálně, a při tvorbě logopedického plánu včetně aktivit se vždy musí vycházet z potřeb daného pacienta a z jeho dovedností.

Všechna zjištění, k nimž jsem v rámci této diplomové práce dospěla, odpovídají poznatkům uvedeným v odborné literatuře týkající se afázie, cévní mozkové příhody a logopedické intervence.

Touto prací bych ráda poukázala na to, jak žijí lidé po cévní mozkové příhodě, lidé s diagnostikovanou afázií, a především na to, jak zásadní je v případě těchto lidí logopedická intervence, která pomáhá ve všech směrech. Ráda bych poukázala i na důležitost rodiny, jejíž součinnost je nezbytná. Důležitá je funkční rodina, která pacientovi vytváří vhodné prostředí, a umožňuje mu tím rychlejší zotavení. Určitou nadějí pro tyto osoby a jejich blízké mohou být „ictová centra, která slouží již v akutním stádiu pacienta a jsou zřizována v jednotlivých krajích České republiky. Tato centra ovlivňují úspěšnost léčby pacienta i následnou kvalitu života. V ictových centrech by měla být zajištěna i včasná logopedická intervence, též i neurorehabilitace a sekundární prevence. Je však potřeba zajistit také následnou péči, zahrnující i nadále logopedii a rehabilitaci. Následná péče je převážně poskytována v rámci rehabilitačních lůžkových zařízení v nemocnicích nebo rehabilitačních ústavech.

Seznam použité literatury

1. BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2008-. ISBN 978-80-7387-157-4.
2. CSÉFALVAY, Z., KOŠTÁLOVÁ, M., KLIMEŠOVÁ, M. (2002). *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 1 krabice, 490 s. ISBN 80-903312-0-3.
3. CSÉFALVAY, Zsolt. 2011. Terapie afázie. In LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti: [terminologický a výkladový]*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 392 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
4. CSÉFALVAY, Z. Terapie afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případová studie*. Praha: Portál, 2007, s. 106. ISBN 978-80-7367-316-1.
5. CSÉFALVAY, Z. a kol. (2007). *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál.
6. CSÉFALVAY, Zsolt, Viktor LECHTA a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
7. CSÉFALVAY, Zsolt a Pavol TRAUBNER. *Afaziológia: pre klinickú prax*. Osveta (Martin), 1996. ISBN 9788021703773.
8. ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. 2007. *Získané organické poruchy řečové komunikace: Afázie*. In ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6
9. FEIGIN, Valery. 2007 *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
11. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-148-6.
12. HRNČIAROVÁ, Anna. *Afázie: Diagnostika, klasifikácia, terapia*. Bratislava: Kalligram, 2010. ISBN 9788081013348.
13. HALPERN, Harvey a GOLDFARB, Robert M. *Language and Motor Speech Disorders in Adults*. New York: J&B Learning, 2013. ISBN 978-1-4496-5267-8.
14. CHALLONER, Jack. *Mozek*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-986-3.
15. KALINA, Miroslav. 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

16. KALVACH, Petr a kol. *Mozková ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Grada: Praha, 2010, ISBN 978-80-247-2765-3.
17. KEARNS, P. KEVIN. Broca's Aphasia. In: LAPOINTE, Leonard L. *Aphasia and related neurogenic language disorders*. 4th ed. New York: Thieme, c2011. ISBN 978-16-0406-261-8.
18. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Grada, 2006. ISBN 9788024711102.
19. KLENKOVÁ, Jiřina a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4463-0.
20. KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-771-4.
21. KULIŠŤÁK, P., Lehečková, H., Jikrová, M., Nebudová, J., *Afázie*. Praha: TRITON, 1997, 229 s., ISBN: 80-85875-38-1.
22. KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178.554-7.
23. LECHTA, V. a kol. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.
24. LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
25. J. LOVE, Russel a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
26. LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Petr a kol. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
27. MARKOVÁ, J. Neurolingvistické přístupy k terapii afázie na úrovni vět. In: CSÉFALVAY, Z. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
28. NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1
29. NEUBAUER, K. Logopedická diagnostika kognitivních schopností spojených s komunikací. In: NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.
30. NEUBAUEROVÁ, L. Logopedická péče jako součást konceptu ucelené rehabilitace. In: NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.

31. NEUBAUER, K. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. 27s. ISBN 978807367-1594
32. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-109-9.
33. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7
34. OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.
35. OBEREIGNERŮ, R. Afázie. In: KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.
36. OBEREIGNERŮ, R. (2013). *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
37. OREL, M., FACOVÁ, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
38. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: *Jazykové roviny*. In VITÁSKOVÁ, K.,
39. PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. (2005). *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého
40. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-2471-135-5.
41. SPREEN, Otfried a RISSER, Anthony H. *Assessment of Aphasia*. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-514075-3.
42. ŠECLOVÁ, S. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 200s., ISBN 80-247-0592-3.
43. ŠESTÁK, J., 2014. *Pracovní rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 157-163. ISBN 978-80-7394-461-2.
44. ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7361-340-6.
45. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
46. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

47. VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. (2005). *Logopedie*. Olomouc:
48. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN978-80-247-2733-2.
49. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Renata MLČÁKOVÁ. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.
50. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. (2007) *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing

Seznam internetových zdrojů

1. PĚNKAVA, P., 2015. Socioterapie jako metoda působení na postoje a jednání klienta. Sociální práce (1). [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=721>
2. VÍTOVEC J., SOUČEK M. Hypertenze a cévní mozkové příhody. Neurologie pro praxi [online]. 2003, 4(1), s. 26-29 [cit. 2020-03-02]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2003/01/07.pdf>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozdělení typů afázie podle fluence řeči a klinických syndromů afázie

Tabulka 2: Shrnutí výsledků a doporučení u vybraných pacientů tvořících výzkumný vzorek

Seznam příloh

- Příloha A: Diagnostický materiál Košťálové a kolektivu – MASTcz
- Příloha B: Vstupní a výstupní diagnostický materiál
- Příloha C: Jaromír – vstupní a výstupní zhodnocení
- Příloha D: Pavel – vstupní a výstupní zhodnocení
- Příloha E: Dagmar – vstupní a výstupní zhodnocení
- Příloha F: Josef – vstupní a výstupní zhodnocení
- Příloha G: Jan – vstupní a výstupní zhodnocení
- Příloha H: Popisovaný obrázek v rámci hodnotícího archu
- Příloha I: Obrázky k úloze pojmenování (konfrontační pojmenování)
- Příloha J: Písmena a slabiky v rámci hodnotícího archu (čtení)
- Příloha K: Krátká slova v rámci hodnotícího archu (čtení)
- Příloha L: Psané instrukce v rámci hodnotícího archu (čtení)

Příloha A: Diagnostický materiál Košťálové a kolektivu – MASTcz

MASTcz - záznamový list				Věk	Bydliště	Vzdělání ZŠ SŠ VŠ Laterality P L A	
Jméno pacienta	Rodné číslo	NO:	Datum vzniku fatických poruch				
Před NO: mateřský jazyk ČJ jiný		anartrie, dysartrie, apraxie, agnozie, nově vzniklé poruchy zraku, hemiparéza PHK		Jméno investigátora I. a II. vyš.			
stav kognitivních, jazykových a řečových funkcí sluch		perseverace, automatizmy, echoalálie, agramatizmy, neologizmy, parafázie sémantické - fonemické, anomie, ...		Datum vyšetření I. a II. vyš.			
zrak - brýle na čtení používá ano ne							
INDEX PRODUKCE	50	INDEX ROZUMĚNÍ	50	NORMY CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	INDEX PRODUKCE	INDEX ROZUMĚNÍ	
1. Automatická řeč	10	6. Rozumění alternativním otázkám	20	ZŠ a SŠ vzdělání	45	46	
2. Pojmenování	10	7. Rozumění slovu- Identifikace objektů	10	VŠ vzdělání věk do 60 let	50	48	
3. Opakování	10	8. Rozumění verbální instrukci	10	VŠ vzdělání věk nad 60 let	49	47	
4. Fluence při popisu	10	9. Rozumění čtené instrukci	10				
5. Psaní na diktát	10	CELKOVÝ JAZYKOVÝ INDEX	100	max. I. II.			
1. Automatická řeč (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre 0 - 10)				10			
2. Počítejte po jedné do deseti (nápověda „jedna“ nutná - skóre 1 bod) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)				2			
Vyjmenujte po sobě dny v týdnu (nápověda „pondělí“ nutná - skóre 1 bod) (pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle)				2			
Dokončete následující přísloví: Jablko nepadá daleko od ... (stromu.)				2			
Dokončete následující přísloví: Tak dlouho se chodí se dřebánem pro vodu, až ... (se ucho utrhne.)				2			
Dokončete následující přísloví: Jak se do lesa volá, tak ... (se z lesa ozývá.)				2			
2. Pojmenování (2 body: správně, 1 bod: nápověda nutná, 0 bodů: nesprávně, skóre 0 -10): Ukažte objekt a zeptejte se: „Co je to?“ Časový limit pro pojmenování jednoho stimulu bez nápovědy 5 s.				10			
Klíče				brada	tužka	malíček	hodinky
3. Opakování „Opakujte přesně to co řeknu.“ (2 body: začne v limitu 5 s a zopakuje správně, 0 bodů: nesprávně, skóre 0 - 10). Zakryjte si ústa.				10			
Dort				skříňka	vizítka		
Vedle velkého železného stolu.				6			
Bylo by se tu třpytilo slunce na jezerní hladině.				2			
4. Fluence při popisu fotografie: ukažte fotografii po dobu 10 s, přitom řekněte: „Ukaži vám fotku, prohlédněte si ji a nyní mi řekněte vše, co se děje na obrázku, mluďte prosím, dokud neřeknu dost. Začnete teď.“ Od zahájení mluvené produkce začnete měřit 10 s během kterých zapíšete všechny srozumitelné výrazy nebo provedte nahrávku a poté ji vyhodnote. Počítejte srozumitelné výrazy včetně neologizmů např. „To tedy nevím ...krak ...no vluk sení ...tady“ produkce osmi výrazů = 5 bodů; (0 až 5 výrazů = 0 bodů, 6 až 10 výrazů = 5 bodů, 11 a více výrazů = 10 bodů)				10			
I.vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:							
Informační hodnota sdělení:							
II.vyš. počet srozumitelných výrazů: záznam produkce:							
Informační hodnota sdělení:							

5. Psaní na diktát (2 body: správně, 1 bod: jedna chyba, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) „Napište slova, která vám budu diktovat.“						max.	I.	II.
řve	mrzne	čtvrka	útočisté			10		
„Nyní napište větu:“ (nejprve přečtete celou větu a poté dvě a dvě slova z věty diktujete)						8		
Naše broskvoň již plodí.						2		
6. Rozumění alternativním otázkám „Budu se vás ptát, prosím odpovídejte ano nebo ne.“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 20)						20		
Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluďte hlasitě a zřetelně.								
Jmenujete se Nováková? (uveďte jiné příjmení, než je správné příjmení pacienta/ky)						2 ne		
Jmenujete se ...? (uveďte správné příjmení pacienta/ky)						2 ano		
Bydlíte v Praze? (uveďte jiné místo, než to, ve kterém žijete)						2 ne		
Bydlíte ...? (uveďte správné místo)						2 ano		
Ukážou vám čelo? (vyšetřující se dotýká ucha)						2 ne		
Máte na hlavě klobouk?						2 ne		
Je kráva větší než koza?						2 ano		
Přichází podzim po zímě?						2 ne		
Je snídáné dřívě než oběd?						2 ano		
Oblékáte si nejdříve kabát a potom košili?						2 ne		
7. Rozumění slovu - identifikace objektů: předložíme uvedené objekty a vyšetřovaný je vždy pouze 1x vyzván, aby ukázal jmenovaný objekt: „Ukažte kde je.“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce.						10		
Vidlička	bonbón	knoflík	kámen	papír				
8. Rozumění mluvené instrukci „Udělejte, co vám řeknu!“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pouze 1x zadaná instrukce. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund, neopakujte zadání instrukce, mluďte hlasitě a zřetelně.						10		
Ukažte na vaši bradu!						2		
Otevřete ústa!						2		
Ukažte vaši levou rukou vaše pravé oko! (x Ukažte vaši pravou rukou vaše levé oko!)						2		
Ukažte na podlahu a potom na váš nos!						2		
Dříve než otevřete ústa, dotkněte se ucha!						2		
9. Rozumění čtené instrukci „Udělejte, co je tady napsáno!“ (2 body: správně, 0 bodů: nesprávně, skóre subtestu 0 - 10) Pacient si přečte instrukci pouze 1x. Provedení správných reakcí musí být pohotové, do pěti sekund.						10		
Zamávejte rukou.						2		
Zatněte pěst.						2		
Ukažte rukou na podlahu a potom na strop.						2		
Položte vaši levou ruku na vaše pravé rameno. (x Položte vaši pravou ruku na vaše levé rameno.)						2		
Než se podíváte na okno, dotkněte se vašeho levého ucha.						2		
Poznámky						2		

Příloha B: Vstupní a výstupní diagnostický materiál

Jméno pacienta:
Věk pacienta:
Vzdělání:
Lateralita:
Datum vzniku poruch fatických funkcí:
Kompenzační pomůcky:
Datum vstupního zhodnocení:
Datum výstupního zhodnocení:
Maximální počet bodů:
Počet získaných bodů při vstupním zhodnocení:
Počet získaných bodů při výstupním zhodnocení:

1. SPONTÁNNÍ ŘEČ

a) Konverzace s pacientem

- Řekněte mi něco o sobě (jak se jmenujete, vaše záliby, kde bydlíte)

Informační hodnota (max.2body)	Vstupní	Výstupní
Plná 2 body		
Částečná s dopomocí 1 bod		
Těžká až žádná 0 bodů		

b) Narativní schopnosti

- Podívejte se prosím na obrázek a řekněte mi, co na něm vidíte

Max. 2 body	Vstupní	Výstupní
0 až 5 výrazů (0 bodů)		
6 až 10 výrazů (1body)		
11 a více výrazů (2 body)		

Záznam produkce z popisu (vstupní):

Záznam produkce z popisu (výstupní):

c) Automatické řady

- Řekněte mi číselnou řadu do 1-10

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

- Vyjmenujte prosím dny v týdnu jdoucí za sebou

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

- Vyjmenujte prosím 12 měsíců

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod.		
Nezvládl 0 bodů		

2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉ ŘEČI

a) Porozumění významu slova

- Nyní mi prosím řekněte k těmto slovům protiklady

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Dlouhý		
Malý		
Tlustý		
Studený		

b) Porozumění alternativním otázkám

- Prosím odpovídejte na otázky ANO x NE

Max. 20 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Jmenujete se pan/paní Novák/Nováková		
Jste žena?		
Mám na obličeji brýle?		
Ukazuji na levé oko?		
Přichází po jaru zima?		
Má pes čtyři nohy?		
Bydlíte v Hradci Králové?		
Máte na sobě bundu?		
Oblékáte si nejdříve boty a pak ponožky?		
Je dříve večeře než oběd?		

3. POJMENOVÁNÍ

a) Konfrontační pojmenování

- Řekněte mi prosím, co vidíte na obrázku

Max. 10 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Hřeben		
Lžice		
Nůžky		
Vidlička		
Hůl		

b) Odpovědi na otázky

- Odpovídejte prosím jednoslovně

Max. 12bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Čím se češeme?		
Čím píšeme?		
Které zvíře nám dává vajíčka?		
Jak se jmenuje věc, na kterém zjišťujeme, kolik je hodin?		
Čím krájíme maso?		
Kdo pracuje v nemocnici, pomáhá lidem a nosí bílý plášť?		

4. KALKULIE**a) Ukažte mi číslo, které Vám řeknu**

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
2		
5		
10		
7		

b) Pojmenujte číslo, na které Vám ukážu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
8		
3		
1		
9		

c) Řekněte nebo dopište výsledek

2+1=

6+5=

18+19=

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

5. GRAFIE

a) Zautomatizované formy psaného projevu

- Nyní prosím napište své celé jméno a adresu bydliště

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

b) Diktát slov

- Nyní prosím napište slovo, které Vám řeknu

Max 8bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Máma		
Slon		
Papoušek		
Hranolky		

c) Diktát celé věty

- Nyní prosím napište větu, kterou Vám řeknu

Max 2 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Náš pes hlídá dům		

VSTUPNÍ:

VÝSTUPNÍ:

6. ČTENÍ

a) Čtení písmen a slabik

- Prosím přečtete písmena nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
A		
K		
V		
PE		
MU		

b) Čtení krátkých slov

- Prosím přečtete slova nahlas

Max 10bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Pes		
Les		

Strom		
Stůl		
Hůl		

c) Porozumění psané instrukci

- Prosím udělejte, co vidíte zde napsané

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Ukažte své pravé rameno		
Otevřete ústa		
Ukažte na okno a potom na své levé oko		
Zatněte obě ruce v pěst		
Sáhněte si na nos		

Příloha C: Jaromír – vstupní a výstupní zhodnocení

Jméno pacienta:	JAROMÍR
Věk pacienta:	69
Vzdělání:	VYUCEN - SOUSTRUŽNÍK
Lateralita:	L
Datum vzniku poruch fatických funkcí:	6/2017
Kompenzační pomůcky:	BRÝLENA ČTENÍ
Datum vstupního zhodnocení:	17. 11. 2019
Datum výstupního zhodnocení:	18. 12. 2019
Maximální počet bodů:	118
Počet získaných bodů při vstupním zhodnocení:	27
Počet získaných bodů při výstupním zhodnocení:	52

1. SPONTÁNNÍ ŘEČ

a) Konverzace s pacientem

- Řekněte mi něco o sobě (jak se jmenujete, vaše záliby, kde bydlíte)

Informační hodnota (max.2body)	Vstupní	Výstupní
Plná 2 body		
Částečná s dopomocí 1 bod		✓
Těžká až žádná 0 bodů	✓	

b) Narativní schopnosti

- Podívejte se prosím na obrázek a řekněte mi, co na něm vidíte

Max. 2 body	Vstupní	Výstupní
0 až 5 výrazů (0 bodů)	✓	✓
6 až 10 výrazů (1 body)		
11 a více výrazů (2 body)		

Záznam produkce z popisu (vstupní):	Děti dítka' klac ... mo ... to ... klac
Záznam produkce z popisu (výstupní):	mo ... tam diti' ... mo diti'

c) Automatické řady

- Řekněte mi číselnou řadu do 1-10

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		✓
Zvládl s dopomocí 1 bod	✓	
Nezvládl 0 bodů		

- Vymenujte prosím dny v týdnu jdoucí za sebou

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		✓
Nezvládl 0 bodů	✓	

- Vyjmenujte prosím 12 měsíců

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		✓
Zvládl s dopomocí 1 bod.		
Nezvládl 0 bodů	✓	

2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉ ŘEČI

a) Porozumění významu slova

- Nyní mi prosím řekněte k těmto slovům protiklady

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Dlouhý	X	X
Malý	X	✓
Tlustý	X	✓
Studený	X	X

b) Porozumění alternativním otázkám

- Prosím odpovídejte na otázky ANO x NE

Max. 20 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Jmenujete se pan/paní Novák/Nováková	✓	✓
Jste žena?	✓	✓
Mám na obličej brýle?	✓	✓
Ukazují na levé oko?	X	X
Přichází po jaru zima?	✓	✓
Má pes čtyři nohy?	✓	✓
Bydlíte v Hradci Králové?	X	X
Máte na sobě bundu?	✓	✓
Oblékáte si nejdříve boty a pak ponožky?	X	X
Je dříve večeře než oběd?	✓	✓

3. POJMENOVÁNÍ

a) Konfrontační pojmenování

- Řekněte mi prosím, co vidíte na obrázku

Max. 10 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Hřeben	✓	✓
Lžice	✓	✓
Nůžky	X	X
Vidlička	X	X
Hůl	✓	✓

b) Odpovědi na otázky

- Odpovídejte prosím jednoslovně

Max. 12 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Čím se češeme?	✓	✓
Čím píšeme?	X	✓
Které zvíře nám dává vajíčka?	X	✓
Jak se jmenuje věc, na kterém zjišťujeme, kolik je hodin?	X	X
Čím krájíme maso?	✓	✓
Kdo pracuje v nemocnici, pomáhá lidem a nosí bílý plášť?	X	X

4. KALKULIE

a) Ukažte mi číslo, které Vám řeknu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
2	✓	✓
5	✓	✓
10	✓	✓
7	✓	✓

b) Pojmenujte číslo, na které Vám ukážu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
8	X	X
3	✓	✓
1	✓	✓
9	✓	✓

c) Řekněte nebo dopište výsledek

2+1= 3 ✓
6+5= X
18+19= X

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		✓
Nezvládl 0 bodů	✓	

5. GRAFIE

a) Zautomatizované formy psaného projevu

- Nyní prosím napište své celé jméno a adresu bydliště

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod	✓	✓
Nezvládl 0 bodů		

b) Diktát slov

- Nyní prosím napište slovo, které Vám řeknu

Max 8bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Máma	✓	✓
Slon	✓	✓
Papoušek	✓	✓
Hranolky	✓	✓

c) Diktát celé věty

- Nyní prosím napište větu, kterou Vám řeknu

Max 2 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Náš pes hlídá dům	✓	✓

VSTUPNÍ: ✓

VÝSTUPNÍ: ✓

6. ČTENÍ

a) Čtení písmen a slabik

- Prosím přečtete písmena nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
A	✓	✓
K	✓	✓
V	✓	✓
PE	✓	✓
MU	✓	✓

b) Čtení krátkých slov

- Prosím přečtete slova nahlas

Max 10bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Pes	✓	✓
Les	✓	✓

Strom	✓	✓
Stůl	✓	✓
Hůl	✓	✓

c) Porozumění psané instrukci

- Prosím udělejte, co vidíte zde napsané

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Ukažte své pravé rameno	✓	✓
Otevřete ústa	✓	✓
Ukažte na okno a potom na své levé oko	✓	✓
Zatněte obě ruce v pěst	✓	✓
Sáhněte si na nos	✓	✓

Jaromír – grafie (celé jméno, jednoduchá slova)

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (vstupní): S PŘEDLOHOU

JAROMÍR KNOB

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (výstupní): S PŘEDLOHOU

JAROMÍR KNOB

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (vstupní): BEZ PŘEDLOHY

MAŘ PAŮ
SO HRA

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (výstupní): BEZ PŘEDLOHY

MAŘ PAŮ
SO HRA

Příloha D: Pavel – vstupní a výstupní zhodnocení

Jméno pacienta:	PAVEL
Věk pacienta:	35
Vzdělání:	STŘEDŠKOLSKÉ
Laterality:	P
Datum vzniku poruch fatických funkcí:	7/2011
Kompenzační pomůcky:	—
Datum vstupního zhodnocení:	14. 11. 2019
Datum výstupního zhodnocení:	8. 12. 2019
Maximální počet bodů:	111
Počet získaných bodů při vstupním zhodnocení:	90
Počet získaných bodů při výstupním zhodnocení:	111

1. SPONTÁNNÍ ŘEČ

a) Konverzace s pacientem

Rekňte mi něco o sobě (jak se jmenujete, vaše záliby, kde bydlíte)

Informační hodnota (max. 2 body)	Vstupní	Výstupní
Plná 2 body		
Částečná s dopomocí 1 bod		
Těžká až žádná 0 bodů	✓	✓

b) Narativní schopnosti

Podívejte se prosím na obrázek a řekněte mi, co na něm vidíte

Max. 2 body	Vstupní	Výstupní
0 až 5 výrazů (0 bodů)	✓	✓
6 až 10 výrazů (1 bod)		
11 a více výrazů (2 body)		

Záznam produkce z popisu (vstupní):

110 ... 110 ... 110

Záznam produkce z popisu (výstupní):

Hra ... 90, 90 ... 10 ... 110

c) Automatické řady

Řekněte mi číselnou řadu do 1-10

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

Vyjmenujte prosím dny v týdnu jdoucí za sebou

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

Vyjmenujte prosím 12 měsíců

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		✓
Zvládl s dopomocí 1 bod	✓	
Nezvládl 0 bodů		

2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉ ŘEČI

a) Porozumění významu slova

Nyní mi prosím řekněte k těmto slovům protiklady

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečné 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Dlouhý	✓	✓
Malý	✓	✓
Thustý	✗	✓
Studený	✓	✓

b) Porozumění alternativním otázkám

Prosím odpovídejte na otázky ANO x NE

Max. 20 bodů (max. 2 body, částečné 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Jmenujete se pan/paní Novák/Nováková	✓	✓
Jste žena?	✓	✓
Mám na obličej brýle?	✗	✓
Ukazují na levé oko?	✓	✓
Přichází po jara zima?	✗	✓
Má pes čtyři nohy?	✓	✓
Bydlíte v Hradci Králové?	✓	✓
Máte na sobě bundu?	✓	✓
Oblekáte si nejdříve boty a pak ponožky?	✗	✓
Je dříve večere než oběd?	✓	✓

3. POJMENOVÁNÍ

a) Konfrontační pojmenování

Řekněte mi prosím, co vidíte na obrázku

Max. 10 bodů (max. 2 body, částečné 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Hřeben	✓	✓
Lžice	✓	✓
Nůžky	✗	✓
Vidlička	✓	✓
Hůl	✗	✓

b) Odpovědi na otázky
- Odpovídejte prosím jednoslovně

Max. 12 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Čím se češeme?	✓	✓
Čím píšeme?	✓	✓
Které zvíře nám dává vajíčka?	✓	✓
Jak se jmenuje věc, na kterém zjišťujeme, kolik je hodin?	✓	✓
Čím krájíme maso?	✓	✓
Kdo pracuje v nemocnici, pomáhá lidem a nosí bílý plášť?	✓	✓

4. KALKULIE

a) Ukažte mi číslo, které Vám řeknu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
2	✓	✓
5	✓	✓
10	✓	✓
7	✓	✓

b) Pojmenujte číslo, na které Vám ukážu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
8	✓	✓
3	✓	✓
1	✓	✓
9	✓	✓

c) Řekněte nebo dopište výsledek

2+1= 3

6+5= 11

18+19= 37

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

5. GRAFIE

a) Zautomatizované formy psaného projevu

- Nyní prosím napište své celé jméno a adresu-bydliště

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

b) Diktát slov

- Nyní prosím napište slovo, které Vám řeknu

Max 8 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Máma	✓	✓
Slon	✓	✓
Papoušek	✓	✓
Hranolky	✓	✓

c) Diktát celé věty

- Nyní prosím napište větu, kterou Vám řeknu

Max 2 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Náš pes hlídá dům	✓	✓

VSTUPNÍ: NAŠ PES HLÍDÁ DŮM

VÝSTUPNÍ: NAŠ PES HLÍDÁ DŮM

6. ČTENÍ

a) Čtení písmen a slabik

- Prosím přečtete písmena nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
A	✓	✓
K	✓	✓
V	✓	✓
PE	✓	✓
MU	✓	✓

b) Čtení krátkých slov

- Prosím přečtete slova nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Pes	✓	✓
Les	✓	✓

Strom	X	✓
Stůl	✓	✓
Hůl	✓	✓

c) Porozumění psané instrukci

- Prosím udělejte, co vidíte zde napsané

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Ukažte své pravé rameno	✓	✓
Otevřete ústa	✓	✓
Ukažte na okno a potom na své levé oko	✓	✓
Zatněte obě ruce v pěst	✓	✓
Sáhněte si na nos	✓	✓

Pavel – grafie (celé jméno, jednoduchá slova)

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (vstupní):

PAVEL VAŠINA

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (výstupní):

PAVEL VAŠINA

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (vstupní):

MÁMA HRANOLKY

SLON

PAPOUŠEK

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (výstupní):

MÁMA PAPOUŠEK

SLON HRANOLKY

Příloha E: Dagmar – vstupní a výstupní zhodnocení

Jméno pacienta:	DAGMAR
Věk pacienta:	22
Vzdělání:	VYSOKÁ ŠKOLA
Laterálnost:	L
Datum vzniku poruch fatických funkcí:	2/2015
Kompenzační pomůcky:	
Datum vstupního zhodnocení:	6.1.2020
Datum výstupního zhodnocení:	8.2.2020
Maximální počet bodů:	118
Počet získaných bodů při vstupním zhodnocení:	88
Počet získaných bodů při výstupním zhodnocení:	104

1. SPONTÁNNÍ ŘEČ

a) Konverzace s pacientem

- Řekněte mi něco o sobě (jak se jmenujete, vaše záliby, kde bydlíte)

Informační hodnota (max.2body)	Vstupní	Výstupní
Plná 2 body		
Částečná s dopomocí 1 bod		✓
Těžká až žádná 0 bodů	✓	

b) Narativní sehopnosti

- Podívejte se prosím na obrázek a řekněte mi, co na něm vidíte

Max. 2 body	Vstupní	Výstupní
0 až 5 výrazů (0 bodů)	✓	✓
6 až 10 výrazů (1body)		
11 a více výrazů (2 body)		

Záznam produkce z popisu (vstupní):	<i>Uvidy jsem hodne dětí. Hráky na to, jak stá nějak zvířata.</i>
Záznam produkce z popisu (výstupní):	<i>10 hodne dětí. Měmmláta... MO</i>

c) Automatické řady

- Řekněte mi číselnou řadu do 1-10

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

- Vymenujte prosím dny v týdnu jdoucí za sebou

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

- Vymenujte prosím 12 měsíců

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod.		
Nezvládl 0 bodů		

2. POROZUMĚNÍ MLUVENÉ ŘEČI

a) Porozumění významu slova

- Nyní mi prosím řekněte k těmto slovům protiklady

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Dlouhý	X	✓
Malý	✓	✓
Tlustý	✓	✓
Studený	X	X

b) Porozumění alternativním otázkám

- Prosím odpovídejte na otázky ANO x NE

Max. 20 bodů (max. 2 body, částečně 1bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Jmenujete se pan/paní Novák/Nováková	✓	✓
Jste žena?	✓	✓
Mám na obličej brýle?	✓	✓
Ukazují na levé oko?	X	✓
Přichází po jaru zima?	X	X
Má pes čtyři nohy?	✓	✓
Bydlíte v Hradci Králové?	✓	✓
Máte na sobě bundu?	✓	✓
Oblékáte si nejdříve boty a pak ponožky?	X	✓
Je dřív večeře než oběd?	X	X

3. POJMENOVÁNÍ

a) Konfrontační pojmenování

- Řekněte mi prosím, co vidíte na obrázku

Max. 10 bodů (max. 2 body, částečně 1bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Hřeben	✓	✓
Lžice	✓	✓
Nůžky	X	✓
Vidlička	X	✓
Höl	✓	✓

- b) **Odpovědi na otázky**
- Odpovídejte prosím jednoslovně

Max. 12bodů (max. 2 body, částečně 1bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Čím se češeme?	✓	✓
Čím píšeme?	✓	✓
Které zvíře nám dává vajíčka?	✓	✓
Jak se jmenuje věc, na kterém zjišťujeme, kolik je hodin?	✓	✓
Čím krájíme maso?	✓	✓
Kdo pracuje v nemocnici, pomáhá lidem a nosí bílý plášť?	✓	✓

4. KALKULIE

- a) **Ukažte mi číslo, které Vám řeknu**

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
2	✓	✓
5	✓	✓
10	✓	✓
7	✓	✓

- b) **Pojmenujte číslo, na které Vám ukážu**

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
8	✓	✓
3	✓	✓
1	✓	✓
9	✓	✓

- c) **Řekněte nebo dopište výsledek**

2+1= ✓

6+5= ✓

18+19= ✗

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	✓	✓
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

5. GRAFIE

- a) **Zautomatizované formy psaného projevu**

- Nyní prosím napište své celé jméno a adresu bydliště

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		✓
Zvládl s dopomocí 1 bod	✓	
Nezvládl 0 bodů		

- b) **Diktát slov**

- Nyní prosím napište slovo, které Vám řeknu

Max 8bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Máma	✓	✓
Slon	✓	✓
Papoušek	✓	✓
Hranolky	✓	✓

- c) **Diktát celé věty**

- Nyní prosím napište větu, kterou Vám řeknu

Max 2 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Náš pes hlídá dům	✓	✓

VSTUPNÍ: NAŠ PES HLÍDÁ DŮM

VÝSTUPNÍ: NAŠ PES HLÍDÁ DŮM

6. ČTENÍ

- a) **Čtení písmen a slabik**

- Prosím přečtete písmena nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
A	✓	✓
K	✓	✓
V	✓	✓
PE	✓	✓
MU	✓	✓

- b) **Čtení krátkých slov**

- Prosím přečtete slova nahlas

Max 10bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Pes	✓	✓
Les	✓	✓

Strom	✓	✓
Stůl	✓	✓
Hůl	✓	✓

c) Porozumění psané instrukci

- Prosim udělejte, co vidíte zde napsané

Max 10 bodů (správné 2, částečné 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Ukažte své pravé rameno	✓	✓
Otevřete ústa	✓	✓
Ukažte na okno a potom na své levé oko	X	X
Zatněte obě ruce v pěst	X	✓
Sáhněte si na nos	✓	✓

Dagmar – grafie (celé jméno, jednoduchá slova)

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (vstupní): S PŘEDLOŽKOU
DAGMAR KARLOVA

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (výstupní): BEZ PŘEDLOŽKY
DAGMAR KARLOVA

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (vstupní):

MÁMA
SLON HRANČKY
PAPOUŠEK

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (výstupní):

MÁMA
SLON HRANČKY
PAPOUŠEK

Příloha F: Josef – vstupní a výstupní zhodnocení

Jméno pacienta:	JOSEF
Věk pacienta:	43
Vzdělání:	VUPEL - KOK#E - OSNILE
Lateralita:	P
Datum vzniku poruch fatických funkcí:	7/2019
Kompenzační pomůcky:	BILIE NA CIZI
Datum vstupního zhodnocení:	14. 11. 2019
Datum výstupního zhodnocení:	18. 12. 2019
Maximální počet bodů:	18
Počet získaných bodů při vstupním zhodnocení:	47
Počet získaných bodů při výstupním zhodnocení:	67

1. SPONTÁNNÍ ŘEČ

a) Konverzace s pacientem

- Řekněte mi něco o sobě (jak se jmenujete, vaše záliby, kde bydlíte)

Informační hodnota (max. 2 body)	Vstupní	Výstupní
Plná 2 body		
Částečná s dopomocí 1 bod		✓
Těžká až žádná 0 bodů	✓	

b) Narativní schopnosti

- Podívejte se prosím na obrázek a řekněte mi, co na něm vidíte

Max. 2 body	Vstupní	Výstupní
0 až 5 výrazů (0 bodů)	✓	✓
6 až 10 výrazů (1 bod)		
11 a více výrazů (2 body)		

Záznam produkce z popisu (vstupní):	jeřmaja mo to je mo jeřmaja
Záznam produkce z popisu (výstupní):	jeřmaja mo, mo jeřmaja

c) Automatické řady

- Řekněte mi číselnou řadu do 1-10

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		✓
Zvládl s dopomocí 1 bod	✓	
Nezvládl 0 bodů		

- Vyjmenujte prosím dny v týdnu jdoucí za sebou

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod	✓	✓
Nezvládl 0 bodů		

b) Odpovědi na otázky

- Odpovídejte prosím jednoslovně

Max. 12 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Čím se češeme?	✓	✓
Čím píšeme?	✓	✓
Které zvíře nám dává vajíčka?	✓	✓
Jak se jmenuje věc, na kterém zjišťujeme, kolik je hodin?	X	✓
Čím krájíme maso?	✓	✓
Kdo pracuje v nemocnici, pomáhá lidem a nosí bílý plášť?	X	X

4. KALKULIE

a) Ukažte mi číslo, které Vám řeknu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
2	✓	✓
5	X	✓
10	X	✓
7	✓	✓

b) Pojmenujte číslo, na které Vám ukážu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
8	X	✓
3	X	X
1	✓	✓
9	X	X

c) Řekněte nebo dopište výsledek

2+1= ✓

6+5= ✓

18+19= 15

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod	✓	✓
Nezvládl 0 bodů		

- Vyjmenujte prosím 12 měsíců

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		<input checked="" type="checkbox"/>
Zvládl s dopomocí 1 bod.		<input checked="" type="checkbox"/>
Nezvládl 0 bodů	<input checked="" type="checkbox"/>	

2. POROZUMĚNÍ MLUVĚNÉ ŘEČI

a) Porozumění významu slova

- Nyní mi prosím řekněte k těmto slovům protiklady

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Dlouhý	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Malý	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tlustý	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Studený	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

b) Porozumění alternativním otázkám

- Prosím odpovídejte na otázky ANO x NE

Max. 20 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Jmenujete se pan/paní Novák/Nováková	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jste žena?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mám na obličej brýle?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ukazují na levé oko?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Přichází po jaru zima?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Má pes čtyři nohy?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bydlíte v Hradci Králové?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Máte na sobě bundu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oblekáte si nejdříve boty a pak ponožky?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je dřív večeře než oběd?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3. POJMENOVÁNÍ

a) Konfrontační pojmenování

- Řekněte mi prosím, co vidíte na obrázku

Max. 10 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Hřeben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lžice	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nůžky	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vidlička	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hůl	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5. GRAFIE

a) Zautomatizované formy psaného projevu

- Nyní prosím napište své celé jméno a adresu bydliště

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body	<input checked="" type="checkbox"/>	
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů		

b) Diktát slov

- Nyní prosím napište slovo, které Vám řeknu

Max 8 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Máma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Slon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Papoušek	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hranolky	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

c) Diktát celé věty

- Nyní prosím napište větu, kterou Vám řeknu

Max 2 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Náš pes hlídá dům	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

VSTUPNÍ: NAŠ PES HLÍDÁ DŮM

VÝSTUPNÍ: NAŠ PES HLÍDÁ DŮM

6. ČTENÍ

a) Čtení písmen a slabik

- Prosím přečtete písmena nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
K	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
V	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

b) Čtení krátkých slov

- Prosím přečtete slova nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Pes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Les	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Strom	/	/
Stůl	/	/
Hůl	/	/

c) **Porozumění psané instrukci**
 - Prosím udělejte, co vidíte zde napsané

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Ukažte své pravé rameno	X	X
Otevřete ústa	/	/
Ukažte na okno a potom na své levé oko	X	X
Zatněte obě ruce v pěst	X	X
Sáhněte si na nos	X	/

Josef – grafie (celé jméno, jednoduchá slova)

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (vstupní): S PŘEDLOHOU

JOSEF KALVOHA

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (výstupní):

JOSEF KALVOHA

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (vstupní):

MAMA SLOH
PAPKA HANOLKY

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (výstupní):

MAMA SLOH PAPA
KRAKY

Příloha G: Jan – vstupní a výstupní zhodnocení

Jméno pacienta:	JAN
Věk pacienta:	75
Vzdělání:	
Lateralita:	P
Datum vzniku poruch fatických funkcí:	10/2019
Kompenzační pomůcky:	BEZE
Datum vstupního zhodnocení:	11.12.2019
Datum výstupního zhodnocení:	20.1.2020
Maximální počet bodů:	118
Počet získaných bodů při vstupním zhodnocení:	86
Počet získaných bodů při výstupním zhodnocení:	110

1. SPONTÁNNÍ ŘEČ

a) Konverzace s pacientem

- Řekněte mi něco o sobě (jak se jmenujete, vaše záliby, kde bydlíte)

Informační hodnota (max. 2 body)	Vstupní	Výstupní
Plná 2 body		
Částečná s dopomocí 1 bod		
Těžká až žádná 0 bodů	✓	✓

b) Narativní schopnosti

- Podívejte se prosím na obrázek a řekněte mi, co na něm vidíte

Max. 2 body	Vstupní	Výstupní
0 až 5 výrazů (0 bodů)	✓	✓
6 až 10 výrazů (1 body)		
11 a více výrazů (2 body)		

Záznam produkce z popisu (vstupní): Nemů ... no ... no ... nemu
Záznam produkce z popisu (výstupní): no to ... nemu ... nemu

c) Automatické řady

- Řekněte mi číselnou řadu do 1-10

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		✓
Nezvládl 0 bodů	✓	

- Vyjmenujte prosím dny v týdnu jdoucí za sebou

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů	✓	✓

- Vyjmenujte prosím 12 měsíců

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod.		
Nezvládl 0 bodů	✓	✓

2. POROZUMĚNÍ MLUVĚNÉ ŘEČI

a) Porozumění významu slova

- Nyní mi prosím řekněte k těmto slovům protiklady

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečné 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Dlouhý	✓	✓
Malý	X	✓
Tlustý	X	X
Studený	✓	✓

b) Porozumění alternativním otázkám

- Prosím odpovídejte na otázky ANO x NE

Max. 20 bodů (max. 2 body, částečné 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Jmenujete se pan/pani Novák/Nováková	✓	✓
Jste žena?	✓	✓
Mám na obličej brýle?	✓	✓
Ukazuji na levé oko?	✓	✓
Přichází po jaru zima?	✓	✓
Má pes čtyři nohy?	✓	✓
Bydlíte v Hradci Králové?	✓	✓
Máte na sobě bundu?	✓	✓
Oblékáte si nejdříve boty a pak ponožky?	✓	✓
Je dříve večeře než oběd?	✓	✓

3. POJMENOVÁNÍ

a) Konfrontační pojmenování

- Řekněte mi prosím, co vidíte na obrázku

Max. 10 bodů (max. 2 body, částečné 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Hřeben	✓	✓
Lžice	X	X
Nůžky	✓	✓
Vidlička	X	X
Hůl	✓	✓

b) Odpovědi na otázky
- Odpovídejte prosím jednoslovně

Max. 12bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
Čím se češeme?	/	/
Čím píšeme?	x	/
Které zvíře nám dává vajíčka?	/	/
Jak se jmenuje věc, na kterém zjišťujeme, kolik je hodin?	x	x
Čím krájíme maso?	x	x
Kdo pracuje v nemocnici, pomáhá lidem a nosí bílý plášť?	/	/

4. KALKULIE

a) Ukažte mi číslo, které Vám řeknu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
2	/	/
5	/	/
10	/	/
7	/	/

b) Pojmenujte číslo, na které Vám ukážu

Max. 8 bodů (max. 2 body, částečně 1 bod, min. 0 bodů)	Vstupní	Výstupní
8	x	x
3	/	x
1	x	/
9	x	x

c) Řekněte nebo dopište výsledek

2+1= x
6+5= x
18+19= x

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů	/	/

5. GRAFIE

a) Zautomatizované formy psaného projevu

- Nyní prosím napište své celé jméno a adresu-bydliště-

	Vstupní	Výstupní
Zvládl 2 body		
Zvládl s dopomocí 1 bod		
Nezvládl 0 bodů	/	/

b) Diktát slov

- Nyní prosím napište slovo, které Vám řeknu

Max 8bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Máma	x	x
Slon	x	x
Papoušek	x	x
Hranolky	x	x

c) Diktát celé věty

- Nyní prosím napište větu, kterou Vám řeknu

Max 2 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Náš pes hlídá dům	x	x

VSTUPNÍ: DPe

VÝSTUPNÍ: NPe

6. ČTENÍ

a) Čtení písmen a slabik

- Prosím přečtete písmena nahlas

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
A	x	x
K	x	x
V	x	x
PE	x	x
MU	x	x

b) Čtení krátkých slov

- Prosím přečtete slova nahlas

Max 10bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně0)	Vstupní	Výstupní
Pes	x	x
Les	x	x

Strom	X	X
Stůl	X	X
Hůl	X	X

c) Porozumění psané instrukci

- Prosim udělejte, co vidíte zde napsané

Max 10 bodů (správně 2, částečně 1, nesprávně 0)	Vstupní	Výstupní
Ukažte své pravé rameno	X	X
Otevřete ústa	X	X
Ukažte na okno a potom na své levé oko	X	X
Zatněte obě ruce v pěst	X	X
Sáhněte si na nos	X	X

Josef – grafie (celé jméno, jednoduchá slova)

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (vstupní):

J P B o t s

NAPIŠTE PROSÍM CELÉ SVÉ JMÉNO (výstupní):

J P B o t s

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (vstupní):

Ma P A P O R
S O N K A N

NAPIŠTE PROSÍM SLOVO, KTERÉ VÁM ŘEKNU (výstupní):

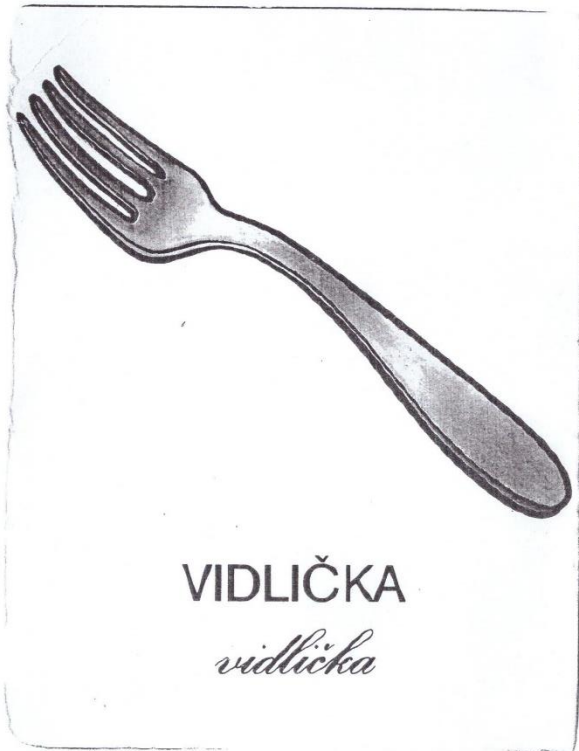
Ma
S O N
P A P O R
K A N

Příloha H: Popisovaný obrázek v rámci hodnotícího archu



Příloha I: Obrázky k úloze pojmenování (konfrontační pojmenování)





VIDLIČKA

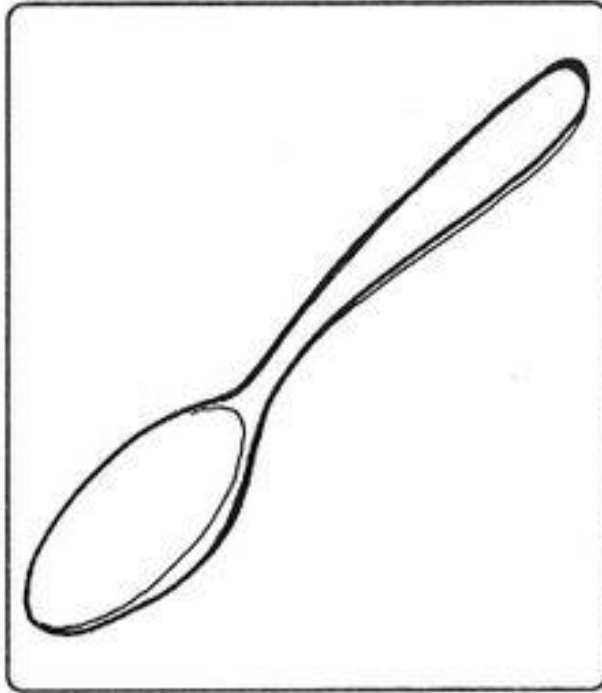
vidlička



HŮL

hül

LŽÍCE



Příloha J: Písmena a slabiky v rámci hodnotícího archu (čtení)

A K V
PE MU

Příloha K: Krátká slova v rámci hodnotícího archu (čtení)

PES
LES
STROM
STŮL
HŮL

Příloha L: Psané instrukce v rámci hodnotícího archu (čtení)

Ukažte své pravé rameno

Otevřete ústa

Ukažte na okno a potom na své levé oko

Zatněte obě ruce v pěst

Sáhněte si na nos