

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Veronika Vinckerová

Získaná organická nemluvnost a faktory ovlivňující její terapii

Olomouc 2017

Vedoucí práce:

PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma „Získaná organická nemluvnost a faktory ovlivňující její terapii“ vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

V Opavě dne 5. 12. 2017

.....

Bc. Veronika Vinckerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Zuzaně Konůpkové za umožnění výzkumu v Klubu afázie. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Kateřině Holáskové, Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace.

Obsah

Obsah	8
Úvod	6
1 Získaná organická nemluvnost.....	8
1.1 Vymezení afázie	8
1.2 Etiologie.....	9
1.3 Symptomatologie	12
1.4 Klasifikace	14
1.4.1 Bostonská klasifikace	14
1.4.2 Kimlova klasifikace afázie	18
1.4.3 Lurijova klasifikace afázie.....	18
1.4.4 Hrbkova klasifikace	19
1.4.5 Olomoucká klasifikace	19
2 Logopedická diagnostika.....	20
2.1 Zásady logopedické diagnostiky.....	21
2.2 Diagnostické postupy.....	22
2.3 Screeningové vyšetření afázie.....	23
2.4 Komplexní testy afázie	25
2.5 Speciální testy afázie	27
2.6 Diferenciální diagnostika	28
3 Terapie afázie	30
3.1 Terapie afázie v akutním a chronickém stádiu	31
3.2 Zásady při reedukaci řeči	31
3.3 Terapeutické přístupy	32
3.3.1 Lurijova neuropsychologická koncepce	33
3.3.2 Kognitivně-neuropsychologický přístup	34
3.3.3 Cílené postupy obnovovací terapie.....	34
3.3.4 Pragmaticky orientovaná terapie afázie.....	36
3.3.5 Terapie s využitím neverbálních komunikačních prostředků	37
3.4 Skupinová terapie	38
3.5 Pomůcky	39

3.6	Farmakologická terapie.....	40
3.7	Je terapie afázie efektivní?.....	40
4	Faktory ovlivňující terapii afázie	42
4.1	Podpora rodiny, užšího či širšího sociálního prostředí	43
4.2	Motivace a ochota ke změně.....	44
4.3	Osobnost jedince.....	44
4.4	Logoped	46
4.5	Psychoterapie	47
5	Analýza subjektivních názorů osob s afázií na faktory podporující jejich logopedickou terapii	48
5.1	Cíle a metodologie výzkumného problému	48
5.2	Charakteristika místa výzkumného šetření	49
5.3	Charakteristika výzkumného vzorku	50
5.4	Vlastní výzkumné šetření.....	51
5.5	Závěry výzkumného šetření.....	65
5.6	Diskuze	69
	Závěr.....	71
	Shrnutí	73
	Summary.....	73
	Seznam grafů	80
	Seznam použitých zkratk	81
	Seznam příloh.....	82

Úvod

Komunikace je pro člověka v jakémkoliv věku samozřejmostí a jednou z nejdůležitějších schopností osobnostního rozvoje. Přispívá k zapojení jedince do většinové společnosti. V důsledku její ztráty, kdy osoba přestane být schopna vyjádřit se prostřednictvím slov, bývá ohrožena celá osobnost jedince. I přes její náhlý vznik, zasáhne komplexně všechny oblasti života člověka. V případě takovéto ztráty nabyté schopnosti komunikace hovoříme o tzv. získané narušené komunikační schopnosti. V případě jejího vzniku na organickém podkladě o tzv. získané organické nemluvnosti, která je předmětem této diplomové práce. Konkrétně se budeme věnovat afázii jako jedné z poruch spadajících do tohoto okruhu narušené komunikační schopnosti.

Afázie je závažné narušení řeči, které dokáže během pouhých několika minut změnit život nejen oné osobě ale i jejímu okolí. Nejčastější příčinou vzniku jsou cévní mozkové příhody, u kterých bývá afázie přítomna ve 20 – 50 % případů. Z toho u 18 % z nich přetrvává. Když uvážíme, že cévní mozková příhoda je považována za nejčastější příčinu úmrtí, cítíme nutnost zabírat se tímto tématem a zejména terapií této poruchy.

Z důvodu komplexnosti a široké škály symptomů je v rámci terapie afázie nutná kooperace mnoha odborníků. Je důležité, aby se terapie účastnili také rodinní příslušníci, kteří mohou svým postojem urychlit návrat postiženého do běžného života. Úspěch terapie spočívá ve vyrovnání se jedince s tímto onemocněním a nerezignování na danou situaci. Z důvodu zvyšujícího se počtu případů osob s afázií se stává otázka terapie předmětem mnoha zkoumání. Zejména terapie a v praktické části zkoumané faktory ovlivňující terapii afázie tvoří osu této diplomové práce.

Diplomová práce je rozdělena do pěti kapitol, z nichž první čtyři kapitoly tvoří teoretickou část a jsou východiskem pro část výzkumnou. Pátá kapitola je praktickou částí diplomové práce. Zahrnuje empirický výzkum a jeho výsledky. Cílem teoretické části je seznámení se s problematikou afázie. Cílem praktické části je zhodnocení faktorů pozitivně ovlivňujících terapii afázie a celkového postoje osob s afázií vůči těmto faktorům. Práce je zpracována monografickou procedurou, výzkum je kvalitativního charakteru.

Při zpracování teoretické části diplomové práce byla využita metoda analýzy odborné literatury. Obsahem první kapitoly jsou teoretická východiska afázie, její terminologie, etiologie, přehled symptomů a klasifikace. Druhá kapitola prezentuje diagnostiku afázie. Seznamuje čtenáře se zásadami, úkoly a popisuje jednotlivé metody diagnostiky užívané zejména v České a Slovenské republice. Ve třetí kapitole je rozpracována problematika

terapie afázie. Zabývá se definicí, průběhem terapie v jednotlivých stádiích afázie, popisuje terapeutické přístupy, pomůcky a závěrem si pokládá otázku, zdali je terapie afázie efektivní. Čtvrtá kapitola navazuje na předchozí kapitolu, vymezuje a blíže specifikuje jednotlivé faktory ovlivňující terapii afázie. Na základě poznatků z teoretické části i praxe jsme v této kapitole vymezili a rozpracovali nejdůležitější vlivy ovlivňující terapii afázie.

V poslední, páté kapitole je prezentován výzkumný projekt, jehož cílem je analýza subjektivních názorů osob s afázií na faktory ovlivňující terapii afázie. Cílem je zjistit vliv sociálních faktorů na terapii. Při realizaci výzkumné části bylo užito kvalitativního šetření. Informace od osob s afázií byly získány prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

1 Získaná organická nemluvnost

Dle Lechtovy klasifikace řadíme afázii mezi získanou organickou nemluvnost. Je nutné ji odlišit od forem získané neurotické nemluvnosti neboli mutismu či surdomutismu, jejichž příčiny mají tzv. neurotický či psychogenní podklad (Hartl, Hartlová, 2015).

O afázii je nám známo relativně mnoho informací z 2. poloviny 19. století. Konkrétně roku 1874 německý psychiatr a neurolog Carl Wernicke zveřejnil případ pacienta, u něhož byla zachována plynulá produkce řeči na rozdíl od porozumění mluvené řeči, které bylo narušeno. Další z významných odborníků publikujících první systematický popis afázie byl francouzský chirurg Paul Broca. Popsal pacienta s relativně dobrým porozuměním mluvenému slovu, ale s poruchou produkce mluvené řeči (expresivní poruchou řeči). Zájem těchto odborníků spočíval ve zkoumání mozkových oblastí odpovědných za tento deficit (Cséfalvay, 2011). Proto oblast mozkové kůry, která řídí tvorbu mluvené řeči, nese jméno po Paulu Brocovi, tj. Brocovo též motorické centrum řeči. Po Carlovi Wernicke je pojmenována oblast mozkové kůry odpovědná za porozumění mluvené řeči, tj. Wernickeovo sensorické centrum řeči. Postupem času vznikaly nové práce objasňující tento fenomén z mnoha různých aspektů.

Podstatu fatických poruch pomáhají odhalovat rozvíjející se vědní disciplíny, zejména neuropsychologie, psycholingvistika a neurolingvistika (Cséfalvay, 2003). Moderní afaziologie však využívá poznatků mnoha vědních oborů, které se doplňují a vzájemně překrývají. Mezi výše uvedené doplníme i další, jimiž jsou psychologické vědy, lingvistika, neurovědy, biofyzika, logopedie a jiné (Cséfalvay, Traubner, 1996).

1.1 Vymezení afázie

Interdisciplinarita je jedním z důvodů, proč je shoda na jednotné definici obtížná, neboť každý zúčastněný obor nahlíží na problematiku a fyziologii afázie ze svého hlediska (Heroutová, 2007).

I přes veškerá dlouhodobá systematická zkoumání v otázce definování této nozologické jednotky nenacházíme názorový soulad. Na jedné straně se odborníci shodují na skutečnosti, že se jedná o dostatečně popsany fenomén. Na druhé straně se v úsilí o definici objevuje mnoho otázek, které zatím nebyly uspokojivě zodpovězeny (Cséfalvay, 2003).

V logopedickém slovníku je pojem afázie definován jako: „*ztráta narušených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou) organického původu, především jako důsledek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku...*“ (Dvořák, 2007, s. 10)

Cséfalvay vymezil afázii takto: „... *jde o získané narušení komunikační schopnosti zasahující všechny modalities řeči (expresivní, receptivní, mluvenou a psanou řeč) a v různé míře i všechny roviny jazykového systému (foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou i pragmatickou). Afázie vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako následek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.*“ (Cséfalvay, Traubner, 1996. s. 15)

Heroutová (2007) uvádí, že toto klasické vymezení není již při dnes známých faktech dostačující. A proto zde uvádíme i několik dalších definic uznávaných odborníků, kteří pracují s faktem moderního pojetí termínu akcentujícím nejen jazykové deficity vznikající při ložiskové lézi mozku či jazykové deficity vznikající při demenci, ale zmiňující i její psychosociální důsledky.

Lurija (1982) za afázii považuje systémové narušení řeči, vznikající při organickém poškození mozku a zasahující různé stupně organizace řeči. Toto poškození ovlivňuje vztah řeči k ostatním psychickým funkcím, vyvolává dezintegraci psychických sfér člověka s narušením komunikační funkce.

Hrnčiarová, Cséfalvay (1990) definují afázii jako získanou poruchu řeči jednoho či více komponentů produkce a porozumění řeči vznikající na základě poškození mozku. Jedná se o narušení komunikační schopnosti s intrapsychickými a interpersonálními následky, které způsobuje dezintegraci psychické a emocionální sféry.

Neschopnost komunikace je jedním z nejhorších postižení, které může člověka v životě potkat. Proto je afázie považována za nejkomplicovanější a nejvážnější druh NKS (narušené komunikační schopnosti) (Cséfalvay, Traubner, 1996).

1.2 Etiologie

Afázie se vyskytuje v souvislosti s různými neurologickými onemocněními. Především u ložiskových poškození korových a podkorových oblastí mozku. Vzniká v důsledku poškození v centrálním nervovém systému na základě organického postižení struktur zodpovědných za tvorbu, tj. syntézu, a analýzu řeči. Poškození může být ložiskové, nebo difúzní (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Ložiskové poškození mozku zasahuje do funkce kortikálních anebo subkortikálních mechanismů dominantní hemisféry, kterou bývá u většiny osob hemisféra levá. Za subkortikální afázie jsou zodpovědné zejména léze thalamu a bazálních ganglií. Hovoříme-li o subkortikální afázii, máme na mysli kategorii vzniklou na základě studií souvisejících s nástupem moderních zobrazovacích metod v neurologii (Low, Webb, 2009).

V novější neurologické a neuropsychologické literatuře nalezneme popisy případů, v nichž byla afázie známa jako jeden z prvních příznaků rozvíjejícího se klinického obrazu jiného neurologického onemocnění, a to při difuzních poškozeních mozku. V tomto případě hovoříme o tzv. primárně progresivní afázii. Můžeme tedy říci, že v posledních desetiletích se pohledy neuroanatomie a neuropatologie na etiologii afázie revolučně změnily (Cséfalvay, 2003).

Příčiny afázie mohou mít nejrozmanitější etiologii. Za nejčastější příčinu je považována cévní mozková příhoda. Vzácněji je výskyt afázie spojován s nádory, záněty mozku a úrazy (Kejklíčková, 2011; Heroutová, 2007).

Cévní mozkové příhody

Jsou nejčastější příčinou vzniku afázie a druhou nejčastější příčinou úmrtí v tuzemsku. Postihují mozkové tkáně destruktivním způsobem. CMP (cévní mozkové příhody) dělíme na ischemické, způsobené uzávěrem mozkové tepny, a hemoragické, způsobené spontánním krvácením do mozkové tkáně nebo do subarachnoidálního prostoru či mozkových komor. Ložiskové příznaky při CMP nastupují velmi rychle, nejčastěji se objeví porucha hybnosti končetin. V oblasti kognice je to fatická porucha, která je nejčastěji přítomna v oblasti postižené dominantní hemisféry. Pokud je zasažena nedominantní hemisféra, zejména u lidí, kteří mají řečové funkce na rozdíl od většiny populace v pravé hemisféře, bývá přítomna porucha fatických funkcí pouze ve 4 % (Král, 2012).

Cséfalvay, Košťálová (2013) uvádí, že afázie vzniká u jedné třetiny osob s CMP a u necelé poloviny z nich přetrvává. Odhadem tedy 20-25 % pacientů zůstává po CMP dlouhodobě afatických. S vyššími čísly se setkáme na internetových stránkách <http://afatickyslovník.cz/>, na kterých je uvedeno, že až 40 % osob je postiženo afázií z celkového počtu 25 000 postižených CMP v České republice za jeden rok.

Úrazy mozku

Úrazy mozku bývají vážnou a častou příčinou vzniku neurogenních poruch řečové komunikace, především z důvodu stále vzrůstajícího počtu dopravních nehod se závažnými

následky. Až z 50 % dopravních nehod, které jsou doprovázeny úrazu mozku, je asi u třetiny případů přítomna porucha řečové komunikace (Neubauer, 2007). V případě zhmoždění mozku v podobě středně těžkého poranění může být afázie přítomna, však s dobrou prognózou do budoucna. Krátká ztráta vědomí, jakou je otřes mozku, zpravidla fatickou poruchu nezpůsobí (Čecháčková, 2003).

Mozkové nádory

Vznik afázie při nádoru mozku není podmínkou. Nezáleží na povaze nádoru, zhoubnosti či nezahubnosti, nýbrž na jeho lokalizaci. Příčina spočívá v expanzi a tlaku nádoru na příslušná řečová centra (Kejklíčková, 2011). Poruchy fatických funkcí se v případě mozkových nádorů neobjevují náhle, ale jako pozvolna nastupující či zhoršující se komplikace. Na základě této etiologie hovoříme právě o vzniku tzv. primárně progresivní afázie (Neubauer, 2007).

Zánětlivá onemocnění a intoxikace mozku

Původcem zánětlivých onemocnění mozku bývají nejčastěji viry. Primárně jde o akutně probíhající onemocnění. Sekundárně, se afázie může vyskytnout i po středoušním zánětu či průšnicích (Čecháčková, 2003). Při zánětlivých onemocněních dochází buď k poškození mozku (encefalitida), mozkových blan (meningitida) nebo obojího. K trvalým následkům patří svalová ochrnutí končetin a mluvidel, poškození sluchu, zraku, mentální poškození a fatické poruchy. V případě fatických poruch jsou následky zdánlivě mírné, např. ztráta muzikality (Kejklíčková, 2011).

Poslední dobou ve společnosti stoupá výskyt afázie v závislosti na intoxikaci mozku zapříčiněné zvyšujícím se konzumem drog, alkoholu či jako důsledek otravy jedovatými plyny (<http://neurocentrum.cz/afazie.htm>). Vlivem těchto škodlivých látek dochází nejen k poruchám komunikace, ale i k deterioraci celé osobnosti.

Degenerativní onemocnění

Oblast neurodegenerativních procesů a demence zahrnují širokou škálu onemocnění. Fatické poruchy jsou vázány na výskyt demence, a to zejména u těžších stádií onemocnění. Proto se afázie stala jedním z kritérií demence (Obereignerů, 2013).

1.3 Symptomatologie

Symptomatologie afázií je variabilní a bohatá. Kromě toho, že symptomy afázie jsou individuální, je zapotřebí vzít v úvahu fakt, že afázie je chorobný proces, který se mění v závislosti na příčině orgánových změn k lepšímu či horšímu a s tím souvisí i změny symptomů „*Lze tedy právem říci, že existuje tolik afázií, kolik je afatiků.*“ (Sovák, 1978, s. 292)

Variabilita poruch může spočívat v nenápadných výpadech v artikulaci nebo slovní zásobě, které komunikaci výrazně nestěžují. Až po případy, kdy pacient nerozumí nebo není schopen komunikace (Kutálková, Palodová, 2007). Většina uvedených symptomů se vyskytuje při každé afázii, ale míra jejich manifestace je různá. Mohou se měnit velmi rychle. V akutním stádiu onemocnění jsou rychlé a výrazné změny typické. V chronickém stádiu bude u pacientů klinický obraz stabilnější (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Na základě výše uvedených definic afázie bychom mohli hovořit o možných symptomech, jimiž jsou ztráta exprese a percepce mluvené řeči v důsledku poškození mozku. V tomto smyslu bychom se opírali o jednu z přítomných klasifikací, a tou je nejjednodušší dělení afázie na expresivní a percepční. Z pohledu další klasifikace dělící afázii na plynulé a neplynulé je možné o narušení plynulosti řeči hovořit jako o dalším z možných symptomů. Dříve než ale budeme věnovat pozornost klasifikacím afázie, uvedeme seznam nejčastějších symptomů, poruch a zvláštností v mluvních projevech osob s afázií vyskytujících se variabilně v různých kombinacích.

Anomie

Porucha pojmenování předmětů, která se manifestuje nejen neschopností pojmenovat předmět, ale také pomlkami, váháním a hledáním slov (Obereignerů, 2013). Je přítomna u anomické afázie. U tzv. zadních afázií (Wernickeově, Transkortikální sensorické, Kondukční) může být dle Bednaříka (2008) anomie jediným příznakem.

Automatismus

Termín označující spontánně opakovaný jazykový fragment, který se s vysokou frekvencí vyskytuje v mluvené řeči. Jde např. o zvolání, výkřiky, pozdravy, vulgarismy a jiné (Obereignerů, 2013).

Perseverace

Neúmyslné a nepřiléhavé opakování už vyřčeného slova, věty nebo jejích částí s nesrozumitelnou souvislostí (Kejklíčková, 2011).

Parafázie

Charakteristický symptom pro afázii, označující deformaci slov různého typu a stupně. Rozlišujeme několik typů parafází:

- Žargónová - těžká slovní deformace, slovo je změněné k nepoznání, nelze porozumět produkované řeči.
- Fonemická – slovní tvar je deformovaný, obsahuje některé správné prvky daného slova, lze porozumět jeho významu.
- Sémantická – pacient si slovo nemůže vybavit, a proto jej nahrazuje významově podobným slovem, nebo opíše jeho význam.
- Parafrázie - snížená schopnost či vyjadřování bez jakéhokoliv významu. Bývá charakteristická pro expresivní afázii. Objevují se také situace, kdy pacient používá slovní fragment k vyjádření věty. Jde o tzv. slovní trosku (Čecháčková, 2003).

Poruchy porozumění

Čecháčková (tamtéž) uvádí další pro afázii typický symptom, který nemusí být zjevný hned při prvním kontaktu. Co se týká porozumění, afatik relativně snadno vykoná jednoduchou výzvu správně. Složitější příkaz neprovede, protože nerozumí, nebo si nepamatuje pokyn. Stává se ale také, že pacient, u kterého je přítomen těžký deficit, porozumí příkazu v závislosti na pochopení dané situace.

Logorhea

Nekontrolovaná, nebržděná, přehnaná mluvní produkce, kterou lze jen stěží přerušit (Kejklíčková, 2011). Je součástí klinického obrazu percepční afázie (Čecháčkové, 2003).

Agrafie, alexie

Kromě mluvené řeči může být narušena také řeč psaná, tištěná, kreslená, a to jak po stránce exprese, tak percepce. Někdy bývá zhoršena paměť, vzpomínání, vybavování, jindy schopnost počítat. Zpívání známých písní nebo melodií může být narušeno nebo zachováno (Kejklíčková, 2011). V mnoha případech se poruchy čtení a psaní - agrafie a alexie -

k poruchám mluvené řeči přidružují. Jejich výskyt je možný, ale i bez závislosti na afázii (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

1.4 Klasifikace

Pro klinickou praxi je typické velké množství klasifikací afázií. Při vytváření klasifikačních systémů se v minulosti nebrala na vědomí ložiska léze, ale klasifikace se opíraly o výkonové vzorce jazykových testů. Syndromy afázie se pojmenovávaly a klasifikovaly na základě osobní názorové zaujatosti badatelů (Love, Webb, 2009). Rozšířené zkoumání afázie nemedicínskými obory (psychologie, psycholingvistika, lingvistika a jiné) zapříčinilo zpřesnění klasifikačních koncepcí. Od dřívějšího dělení afázií na expresivní a receptivní či na plynulé a neplynulé se ustupuje. Do popředí se dostává dělení na klasické a ostatní, případně na korové a podkorové afázie. Základním rozlišovacím znakem klasických od neklasických i nadále zůstává znak plynulosti řeči (Heroutová, 2007).

V současnosti se při klasifikaci využívá popisu klinických syndromů, které jsou tvořeny kombinacemi různých jazykových deficitů a symptomů afázie (Cséfalvay, Košťálová, 2013). I přesto, že variace symptomů je značná, většina afaziologů se domnívá, že je možné pacienty s afázií zařadit dle základních klinických syndromů afázie (Cséfalvay, 2007). Nejběžnějšími klasifikačními systémy jsou:

- Bostonský systém, jednotlivé typy afázií se v rámci této klasifikace zakládají na silných a slabých stránkách jednotlivých řečových modalit.
- Kimlovo dělení je symptomatické a zaměřené jen na jazykové deficity.
- Lurijovo dělení pojímá afázii z celkového pohledu jako součást komplexu poruch kortikálních funkcí (Obereignerů, 2013).

1.4.1 Bostonská klasifikace

Nejpoužívanější a v dnešní době dominující je ona tzv. klasická typologie afázií, jejíž základy položili v 19. století Paul Broca a Carl Wernicke. V modernějších pojetích se sice nezměnilo původní označení typů afázie, ale byl pozměněn jejich obsah (Klenková, 2006).

Bostonská klasifikace vychází z výsledků zpracovaných ve čtyřech základních komponentech – spontánní řečový projev a jeho zhodnocení plynulosti a tempa (fluence řečového projevu), opakování hlásek, slabik, slov a vět, pojmenování předmětů i obrazových

souborů a rozumění obsahu řeči od jednotlivých pojmů po jazykové větné struktury (Neubauer, 2007).

Bostonská klasifikace uvádí tyto afázie:

Brocova (motorická) afázie

Expresivní složka řeči. Dominantním symptomem je u pacientů s tímto typem afázie neplynulá řeč s výrazně zpomaleným tempem. Toto zpomalené tempo může být způsobeno přidruženými poruchami – orální apraxie, dysartrie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Neplynulost řeči může být u pacientů spojena s obtížemi při vyhledávání slov z mentálního slovníku. Spontánní řečová produkce je zredukována v některých případech až na jednoslovné promluvy. Někdy afatici použijí jen část slova či zamění hlásku slov. Jindy mohou využít kompenzační strategii opisování hledaného výrazu či naopak se u těchto klientů vyskytují perseverace (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Koukolík (2012) se zmiňuje o výslovnosti nanejvýš sedmi, deseti slov za minutu. Opakování je taktéž narušeno. Pacienti mají potíže s pojmenováním předmětů a obrázků (Love, Webb, 2009). Nejnápadnějším symptomem této afázie je agramatismus. V řeči se vyskytující substantiva v základním či nesprávném gramatickém tvaru. Slovesa jsou výrazně zredukována (Cséfalvay, 2007).

Impresivní složka řeči. Porozumění mluvené řeči je na rozdíl od řečové produkce lepší. Pacienti mohou porozumět jednoduchým větám např. z kontextu. Problém může nastat při porozumění větám s více souvětími. Mírnější potíže nemusí být při orientačním vyšetření odhaleny (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Nezřídkou se objeví i porucha čtení a psaní. V klinickém obraze této afázie bývá přítomná hemiparéza, hemiplegie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Může se stát, že v průběhu vývoje poruchy dochází k přechodu Brocovy afázie do Transkortikální, Kondukční nebo Anomické afázie (Neubauer, 2007).

Globální afázie

Expresivní složka řeči. Produkce je výrazně narušena, omezena na opakování jedné slovní trosky, či dokonce zcela znemožněna. Zhoršena je i plynulost projevu (Neubauer, 2007). V řečové produkci se objevují perseverace slabiky nebo stereotypní opakování novotvaru. Tato produkce se vyskytuje při snaze zopakovat slovo nebo větu i při pojmenování (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Pacient není schopen opakování, konfrontační pojmenování je taktéž zasaženo. V některých případech dokážou pacienti opakovat jednoduchá slova, např. nadávky (Love, Webb, 2009).

Impresivní složka řeči. Je přítomna těžká porucha rozumění verbálnímu projevu, která se manifestuje již při prvním kontaktu s pacientem. Jsou-li však tyto instrukce doprovázeny gesty, některé reakce mohou být přiměřené (Cséfalvay, 2007). Porozumění neverbální komunikaci nelze zaměňovat s porozuměním mluvené řeči (Love, Webb, 2009).

I čtení a psaní jsou výrazně narušeny. Při snaze o psaní se objevuje čmárání (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Globální afázie bývá přítomna v iniciálním stádiu onemocnění. Po kratším nebo delším čase se může změnit samovolně, nebo po zahájení farmakoterapie. U některých pacientů se může tento jev stávat trvalým (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Nebo se může upravovat, přecházet do obrazu motorické afázie (Neubauer, 2007).

Wernickeho (senzorická) afázie

Expresivní složka řeči. Řeč je plynulá, melodická, tvořena bez námahy. Spontánní řečová produkce bývá často zrychlená, pacienti drmolí. Obsah řeči je nesrozumitelný, dochází k záměně slov a hlásek (Koukolík, 2012). V řeči se vyskytují parafázie. Artikulace a prozódie nejsou poškozeny. Vzhledem k absenci smysluplných a obsahových slov je řeč těchto pacientů nazývána jako tzv. prázdná řeč (Love, Webb, 2009). Narušeno je také opakování, pacienti při opakování i krátké věty nahrazují některá slova jinými (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Impresivní složka řeči je u většiny pacientů závažně narušena. Porucha dekodování mluvené, ale i psané řeči je dominujícím symptomem (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Čtení je výrazně narušené. U psaní je zachováno psaní pouze některých zautomatizovaných slov (tamtéž).

Transkortikální motorická (echolalická, adynamická) afázie

Expresivní složka řeči je charakteristická neplynulostí řečového projevu. Spontánní řečová produkce je minimální. V řeči pacientů se objevují slova, která zazněla v otázce komunikačního partnera (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Typická je adymičnost ve verbálním i celkovém chování osoby s afázií. Mnohem více než spontánní řeč nebo pojmenování je zachována schopnost reprodukovat slova. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Impresivní složka řeči není výrazně zhoršena. Obtíže mohou nastat při porozumění syntakticky složitějších vět (Cséfalvay, 2007).

Čtení je zachováno poměrně dobře. Pro psaní je typické pomalé tempo (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Transkortikální senzorická (echolalická, asémantická) afázie

Expresivní složka řeči. Produkce řeči je plynulá, její komunikační hodnota je však snížena v důsledku výskytu vyššího počtu parafázií. Řeč bývá echolalická, značný je výskyt neologismů ve spontánní řeči (Obereignerů, 2013). Pojmenování předmětů, stejně jako opakování, není u pacientů negativně ovlivněno. Pacienti jsou schopni reprodukovat i delší věty bez pochopení jejich významu (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Impresivní složka řeči je narušená. Chybí porozumění opakovanému (tamtéž).

Psaní a čtení s porozuměním je u těchto pacientů výrazně zhoršeno (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Prognóza bývá dobrá, příznaky se často zcela upravují nebo přecházejí v anomické obtíže (Neubauer, 2007).

Smíšená transkortikální afázie

Výskyt tohoto typu afázie u pacientů je vzácný. Těžce postižené jsou všechny jazykové funkce s výjimkou opakování. Nápadným rysem bývá opakování slyšených frází. Pacienti nemluví, v případě dotázání odpovídají pouze opakováním (Love, Webb, 2009). Řeč má echolalický ráz, vyskytují se řečové perseverace. Poškození se projevuje i při pojmenování (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Impresivní složka řeči. U pacientů je narušeno porozumění mluvené řeči i psanému projevu (Oberegneirů, 2013).

Konduktivní afázie

Pro expresivní složku řeči je typická plynulá produkce řeči i navzdory výskytu více parafázií, zejména fonemických. Při zaměření pozornosti pacienta na svou řeč se jeho výkon výrazně zhoršuje. Agramatismy se v řeči nevyskytují, ale po syntaktické stránce je řeč výrazně zjednodušena (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Nicméně je srozumitelná. Deficit se vyskytuje především při opakování a pojmenování (Koukolík, 2012). Opakování je u pacientů s tímto typem afázie narušeno více než spontánní řeč a činí pacientům výrazné obtíže. Opakování se odvíjí od délky slov, kdy dlouhá a málo frekventovaná slova jsou reprodukována hůře než krátká a vysoce frekventovaná slova (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Opakování je oním dominantním příznakem a právě tento rozdíl ve výkonu v opakování a porozumění může vést ke stanovení správné diagnózy (Love, Webb, 2009).

Impresivní složka řeči není narušena. U pacientů je zachováno relativně dobré porozumění verbálnímu projevu (Neubauer, 2007).

Čtení s porozuměním je u pacientů dobře zachováno pouze při tichém čtení. Při hlasitém čtení se vyskytují chyby, které zaznamenáváme i ve spontánní řeči – parafázie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Anomická (amnestická) afázie

Expresivní složka řeči. Řeč je plynulá, přerušována pouze vyhledáváním slov v mentálním slovníku. V případě těžší poruchy se stává prázdnou, neboť postrádá významonosná slova. V řeči se vyskytují prázdné fráze. Slova jsou nahrazována zájmeny. Pacient si pomáhá gesty či pantomimicky (Obereignerů, 2013). Mnozí nemocní dokáží svůj deficit dobře kompenzovat použitím jiného slova (synonyma). Opakování u pacientů s anomickou afázií není oslabeno (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Impresivní složka řeči je narušena jen zřídka.

Čtení zhoršeno není. Proces psaní je přerušován obdobně jako spontánní řeč vyhledáváním slova v ortografickém slovníku (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Pouze okrajově zmíníme některé z dalších klasifikací.

1.4.2 Kimlova klasifikace afázie

Klasifikaci užívanou zejména ve foniatrii vytvořil J. Kiml. Klasifikace respektuje lokalizaci léze a je zaměřena na lingvistický deficit. Dokáže popsat jednotlivý typ výstižně, ovšem postrádá pohled na osobu s afázií z hlediska postižení celého centrálního nervového systému. Označení typu afázie je důležité, neboť již v samotném názvu je obsažena hlavní charakteristika dané afázie. Kiml vymezil tři základní druhy afázie:

- Motorická afázie
- Senzorická afázie
- Totální afázie (Čecháčková, 2003).

1.4.3 Lurijova klasifikace afázie

Tato klasifikace, kterou popsal A. R. Lurija je založena na koncepci funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Je orientována na definování primárního defektu, nikoli pouze na topiku léze mozku. Lurija vysvětluje charakter symptomu, který vznikl při lézích daných oblastí mozku a dělí afázií na dva základní typy.

Afázie vznikající při lézích předních oblastí mozku:

- Dynamická afázie
- Eferentní motorická afázie

Afázie vznikající při poškození zadních oblastí mozku:

- Aferentní motorická
- Akusticko-amnestická
- Senzorická afázie
- Sémantická afázie (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

Pro lepší přehled uvádíme Lurijovo dělení vymezující typ afázie, primární defekt a lokalizaci léze dle funkčních bloků a kortikálních zón mozku v příloze č. 1.

1.4.4 Hrbkova klasifikace

Řadí afázii rovněž do poruch kortikálních funkcí. Byla vytvořena J. Hrbkem, který se při klasifikaci afázie zabýval nejen poruchami produkce a zpracování řeči, ale kromě lingvistického deficitu i poruchami grafie, lexie, gnozie, poruchami orientace místem a časem, orientace v prostoru atd.(<http://www.afazie.cz/klasifikace-afazie/>).

1.4.5 Olomoucká klasifikace

Tento klasifikační systém se opírá o některé prvky Hrbkovy teorie. Jedná se o komplexní přístup, který zahrnuje vyšetření širokého spektra kognitivních funkcí. Poruchy jsou zde řazeny dle dominující lokalizace léze v mozkovém laloku a specifikovány na základě symptomů, jenž tvoří obsah konkrétní kortikální poruchy (Obereignerů, 2013). Základní typy afázie jsou:

- Expresivní afázie
- Integrační afázie
- Percepční afázie
- Amnestická afázie
- Globální afázie (tamtéž).

2 Logopedická diagnostika

Logopedická diagnostika je nezbytnou součástí komplexní diagnostiky, která je realizována týmem odborníků v kooperaci neurologa, klinického psychologa, neuropsychologa, popřípadě sociálního pracovníka (Neubauer, Dobias, 2014).

Testové neuropsychologické metody zaujímají v podrobné diagnostice jazykových a kognitivních poruch pacientů s afázií významné místo. Svým speciálním zaměřením zjišťují poruchy podmíněné lézemi centrální nervové soustavy. Standardizované testové psychologické metody stanovují intelektovou úroveň a paměťové schopnosti pacienta (Neubauer, 1997). Hlavní vyšetření afázií však stále zůstává v kompetenci klinického logopeda, který prostřednictvím propojení diagnostického a terapeutického procesu zabezpečuje stanovení plánu přiměřené logopedické intervence (Neubauer, Skálová, 2015).

Prostřednictvím diagnostiky logoped detailně zmapuje klinický obraz afázie, který mu usnadní popis předpokládaného deficitu a vnitřního mechanismu poruchy. Logoped dostává možnost nesoustředit se pouze na manifestující se symptomy afázie, ale v některých případech i na to, co se nachází v pozadí těchto příznaků. Pro plánování terapie je detailní vyšetření pacienta klíčovou úlohou, které logopedi věnují dostatek času. Při diagnostice afázie sleduje logoped tyto cíle:

- Zjistit, zdali je v klinickém obraze pacienta v akutním stádiu onemocnění přítomna afázie.
- Zjistit mechanismus narušení prostřednictvím kvantitativně a kvalitativně orientovaných testů a následně stanovit typ a stupeň afázie.
- Zhodnotit funkční komunikaci pacienta s afázií (tj. úroveň jeho každodenní komunikace).
- Analyzovat některé specifické symptomy afázie u pacienta. Vyšetřit specifickou populaci (Cséfalvay, 2007).

Vhodné je, aby součástí logopedické diagnostiky bylo i hodnocení funkcionální komunikace a analýza konverzace osob s afázií, neboť tradiční testování jazykových deficitů, nezachycuje oblast psychosociálních důsledků tohoto narušení, ale mapuje jen určitý aspekt poškozené komunikační schopnosti (Cséfalvay, Košťálová, 2013). Obereignerů (2013) dodává, že klinické logopedické vyšetření by mělo zahrnovat také orientační posouzení

kognitivních funkcí a projevů osobnosti. Diagnostika si zaslouží být doplněna vyšetřením paměti, exekutivních funkcí a pozornosti. Orientačně by měl být posouzen i intelekt.

2.1 Zásady logopedické diagnostiky

Neubauer (1997) uvádí tyto základní úkoly logopedické diagnostiky:

- Navázat kontakt s pacientem s afázií. Vytvořit pocit důvěry logopeda k terapeutovi a ve výsledek terapie.
- Provést dle celkového stavu a možností pacienta vyšetření. V akutním stádiu alespoň orientační a screeningové vyšetření. Umožní-li to stav pacienta, vykonat následně detailnější vyšetření.
- Na základě diagnostiky stanovit typ afázie.
- Stanovit plán terapeutického působení.
- Iniciovat působení dalších odborníků, pokud je žádoucí, např. vyšetření očním lékařem. Popřípadě navázat kontakt s fyzioterapeutem pro koordinaci rehabilitace v oblasti somatického postižení a řečové komunikace, hybnosti ruky, grafomotoriky, čtení a psaní.
- Motivovat nejen pacienta, ale i rodinu a ošetřující personál.

Klinický logoped během diagnostiky konkrétně vyšetřuje a hodnotí:

- Spontánní řeč - Analýza spontánní řeči vede k diferenciaci plynulosti od neplynulosti a zhodnocení jejich dalších parametrů, jimiž jsou např. gramatická adekvátnost, obsah informací či výskyt parafrází. Při testování se využívá polostrukturovaný rozhovor, popis obrázků, dotazování.
- Porozumění řeči – Testové baterie obsahují testy hodnotící porozumění řeči, které je zjišťováno prostřednictvím kladení jednoduchých otázek až ke složitějším instrukcím a gramatickým strukturám.
- Opakování - Analýza schopnosti pacientů opakovat slabiky, slova a věty různé délky. Díky této analýze jsme schopni diferenciaci konduktivní afázie od transkortikálních afázií.
- Pojmenování – Logoped využívá několik reálných předmětů, s nimiž se pacient denně setkává, i předmětů, se kterými se dostává do styku vzácněji. V některých testech je

zahrnuto vyjmenování členů dané kategorie, či se vyšetřuje tzv. odpověď coby pojmenování.

- Čtení a psaní - Hodnocení je komplexní tehdy, neopomeneme-li ani psanou formu řeči, kde se hodnotí automatické psaní, spontánní psaní, psaní podle diktátu a tzv. narativní psaní. Při hodnocení čtení bývá postup stejný (Cséfalvay, 2003).

Během logopedického vyšetření sleduje logoped kromě výše uvedených komponentů také motoriku mluvních orgánů, citlivost obličeje, mluvidel a polykání. Vhodné je ověřit funkci sluchovou, zrakovou, schopnost koncentrace i zaměření pozornosti. Zjistit si informace o stavu hybnosti horních a dolních končetin, hmatu, citivosti, funkci chuťového a čichového orgánu. Užitečnou informací u dospělého pacienta s afázií je zjištění, zda používá sluchadlo či zubní protézu (Kejklíčková, 2011).

2.2 Diagnostické postupy

Před prvním setkáním s pacientem je nutné znát výsledky lékařských vyšetření a pokud možno jeho rodinnou a sociální anamnézu. Lékařská diagnóza nemusí být vždy spolehlivým důkazem, neboť se někdy nespolehlivě odlišují poruchy dysartické od fatických. Proto je důležité provést u nemocného důkladnou anamnézu, která ve spojení s provedenými testy umožní odlišit afázii od jiných poruch řeči. Pomocí anamnézy lze přesněji určit lokalizaci poruchy, stupeň závažnosti afázie a získat cenné informace o zachovalých komunikačních schopnostech pacienta. Zároveň poslouží k upřesnění, doplnění, případně opravení předchozích údajů o pacientovi a k ujasnění cílů terapie (Kejklíčková, 2011).

Ošetřovaný může být diagnostikován pomocí klinického vyšetření či pomocí standardizovaných testů, které jsou zaměřeny na úroveň hodnocení narušené funkce. Diagnostické postupy používané u pacientů s afázií lze dělit do následujících kategorií:

- screening
- komplexní hodnocení jazykových deficitů
- specifické testy
- hodnocení funkcionální komunikace
- orientační hodnocení kognitivních deficitů (Cséfalvay, Košťálová 2013).

2.3 Screeningové vyšetření afázie

Kvalitní screeningový test afázie slouží k co nejspolehlivějšímu odlišení afatiků od těch, kteří afázií netrpí. V iniciálním stádiu onemocnění zjišťuje přítomnost poruchy fatických funkcí. Jeho cílem je zmapovat charakter a míru afázie. Ve většině testů se v akutní fázi hodnotí spontánní řečová produkce a schopnost pacienta porozumět mluvené řeči. Je třeba mít na mysli, že klinický obraz afázie se může měnit v prvních hodinách a dnech po vzniku onemocnění, k čemuž přispívají jiné mozkové mechanismy či zahájená farmakologická léčba. Nasazené léky na bolest mohou ovlivnit výkonnost při testování. Nejznámější screeningové testy afázie používané v evropských zemích a v Americe jsou např. The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST), French Aphasia Screening Test (FAST), Bedside Evaluation Screening Test (BEST-2), Aphasia Schnell Test (AST) (Cséfalvay, 2007).

Výše jsme uvedli testy používané v zahraničí. Podrobněji se zmíníme o testech využívaných logopedy v České a Slovenské republice. Neubauer (2007) představuje tyto základní, v ČR nejčastěji využívané diagnostické materiály:

Mississippi Aphasia Screening Test - MAST

Nástroj pro zhodnocení stavu u osob s těžkou komunikační poruchou. Je volně přístupný na internetu. Obsahuje deset subtestů posuzovaných až deseti body. Hodnotí se:

- automatická řeč
- pojmenování
- opakování
- fluence při popisu fotografie
- psaní na diktát
- rozumění alternativním otázkám
- rozumění slovu – identifikace objektů
- rozumění mluvené instrukci
- rozumění čtené instrukci (Cséfalvay, Košťálová, 2013)

Nespornou výhodou tohoto testu je jeho česká standardizace. Se souhlasem jeho autorů byla vytvořena verze adaptovaná na český jazyk a kulturní specifika, označována zkratkou MASTcz, s dostupností na internetových stránkách www.fnbrno.cz. Tam nalezneme návod na administraci i záznamový arch. Test mapuje narušení širokého spektra jazykových

schopností. Pomocí jednoduché kvantifikace dovoluje rychle a snadno určit orientačně míru postižení. Díky bodovému hodnocení umožňuje zachycení vývoje stavu fatických poruch. Lze jej užít pro detekci afázie, alexie, agrafie u pacientů po CMP v iniciální fázi i u lůžka. Je proveditelný v rozmezí 10-15 minut. Jeho dostupnost přispěla k rychlému rozšíření do klinické praxe (<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>).

Token Test

Tento test je proveditelný během jednoho sezení za 15-20 min. S vysokou pravděpodobností můžeme po jeho úspěšném provedení odlišit afatické poruchy od neafatických. Test obsahuje 20 geometrických tvarů různých velikostí. Je rozdělen do pěti částí po deseti úkolech se zvyšující se obtížností. Úlohou vyšetřované osoby je na základě instrukce examinátora ukázat geometrický tvar rozdílné velikosti a barvy (Cséfalvay, 2007). Token test nám odhaluje pacientovu schopnost porozumění slovním i větným pokynům a úroveň jeho krátkodobé verbální paměti (Preiss 1998). Může být využíván jako samostatný screeningový materiál či jako součást komplexního vyšetření ke zhodnocení percepčních schopností zkoumané osoby (Neubauer, 2007).

Aphasia Screening Test - AST

Test zmapuje nejen přítomnost afázie, ale orientačně určí i možný typ afázie. V testu se hodnotí:

- pojmenování předmětů a osob na obrázku
- porozumění mluvené řeči
- čtení slov a krátkých instrukcí
- psaní (Cséfalvay, Hrnčiarová 2013)

Test respektuje i variantu nesplnění pro pacienta obtížných úkolů či jejich vynechání, což je cenným diagnostickým poznatkem pro upřesnění typu fatické poruchy. Vzhledem k tomu, že v iniciálním stádiu onemocnění častokrát není možné vyšetřit expresivní složku řeči, obsahuje test i normy pouze pro jeho částečnou realizaci (tamtéž).

Vyšetření v akutní fázi onemocnění - VAFO

Zhruba desetiminutové vyšetření s cílem vyslovit podezření na přítomnost fatické poruchy. Test hodnotí:

- spontánní řeč
- rozumění řeči
- pojmenování
- opakování
- čtení a psaní (Herejková, Cséfalvay, 2007)

Hodnocení testu se zapisuje v podobě pětibodové škály. Vyšetřující získá informace o aktuálním stavu pacienta. Administrace je snadná, nemusí být zadávána pouze logopedem. Vyšetření slouží zároveň jako kontrola aktuálního stavu nemocného a během hospitalizace je vhodné jeho opakování (tamtéž).

2.4 Komplexní testy afázie

Klinický obraz pacienta se po několika dnech, týdnech až měsících ustálí a je možné použít komplexnější diagnostické testy. V chronickém stádiu onemocnění jsou pacienti schopni pracovat déle. Nejpoužívanějšími diagnostickými postupy se staly standardizované testové baterie afázie, v nichž se kromě afázie hodnotí lexie, grafie, praxie a kalkulie.

Přehlednou charakteristiku komplexních testů afázie publikuje Cséfalvay (2007), pro ilustraci je uvádíme v tabulce přílohy č. 2. V novější publikaci, která se zabývá diagnostikou narušené komunikační schopnosti u dospělých a nese stejnojmenný název, zmiňuje v rámci testových baterií v kapitole Diagnostika afázie Cséfalvay a Košťálová (2013) i v zahraničí používané testy, jimiž jsou Aachener Aphasie Test (AAT), Comprehensive Aphasia Test (CAT). Vzhledem k tomu, že předmětem této diplomové práce není podat podrobný popis diagnostických postupů afázie, svou pozornost zaměříme na diagnostické metodiky využívané v tuzemsku.

Vyšetření fatických funkcí – VFF

Prostřednictvím tohoto vyšetření určíme charakteristiku úrovně komunikace po vzniku poškození a typ afázie v souladu s aktuálním užíváním tzv. Bostonské klasifikace afázií. Test umožňuje detekovat narušené a intaktní složky jazykového systému. Obsah klinického vyšetření se skládá ze šesti částí:

- Vyšetření spontánní řečové produkce – konverzace, popis obrázku, automatické řady.
- Porozumění mluvené řeči – fonologická analýza, lexikální usuzování, porozumění významu slov, porozumění na úrovni vět.
- Schopnost reprodukovat slova a věty – opakování slov a vět, opakování slov a pseudoslov.
- Vyšetření nominativní funkce řeči – konfrontační pojmenování, odpovědi na otázky.
- Vyšetření čtení – čtení písmen a slabik, čtení pseudoslov nahlas, lexikální posuzování psaných slov a pseudoslov, porozumění čteným slovům, čtení slov nahlas, rozumění čtenému textu.
- Vyšetření psaní – psaní izolovaných písmen, automatizované formy psaní, písemné pojmenování, souvislé psaní (Neubauer, Dobias, 2014).

Využívá koncepci kognitivních procesů, u nichž lze prostřednictvím kvalitativní analýzy jazykových funkcí (produkce slov, porozumění slyšeným slovům, čtení a psaní) stanovit hypotézu mechanismu narušení a určit možnosti terapeutického ovlivňování s cílem maximálního možného zlepšení. Materiál obsahuje i terapeutickou část, rozsáhlý soubor pracovních listů určených především pro práci konverzačního partnera s pacientem pod vedením klinického logopeda (Košťálová, 2012).

Vyšetření získaných neurogenických poruch řeči - VZNPŘ

Komplexní soubor zkoušek logopedického vyšetření, vycházející zejména z Pražského afaziologického vyšetření, rozšířený o další oblasti zkoumání. Zachycuje postup pro zhodnocení přítomnosti poruchy fatických funkcí, lexie, grafie, kalkulie, praxie, orální praxie, motorických řečových funkcí a kognitivně-komunikační poruchy. Cílem tohoto vyšetření je získání informací pro diferenciaci výše uvedených poruch a zhodnocení jejich tíže na pětistupňové ratingové škále. Diagnostické sezení trvá zhruba 45 minut. Lze je provést v pracovně klinického logopeda, popřípadě u lůžka pacienta (Neubauer, 2007).

V příloze č. 2. jsme uváděli tabulku komplexních testů afázie publikovanou v odborné literatuře *Terapie afázie* autora Cséfalvaye (2007), ze které vycházíme, a tudíž i Vyšetření získaných neurogenických poruch řeči jsme v této diplomové práci přiřadili pod komplexní testy afázie. Podíváme-li se však do novější publikace *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*, konkrétně vás odkážeme na kapitulu „Diagnostika afázie,“ zpracovanou autory Céfalvay a Košťálová, nalezneme Vyšetření získaných neurogenických poruch řeči v tomto případě mezi speciálními testy afázie.

Diagnostika afázie, alexie a agrafie – DgAAA

Kognitivně-neuropsychologická koncepce, která se snaží identifikovat narušené moduly řečových procesů a zjistit, jak ovlivní fungování celého systému (Cséfalvay, 2003). Prostřednictvím tohoto komplexního diagnostického postupu dokáže logoped zmapovat produkci a porozumění mluvené a psané řeči. Jednotlivé části vyšetření DgAAA jsou zaměřeny na hodnocení:

- porozumění mluvené řeči (slovům, větám, textu)
- produkce řeči (pojmenování obrázků, opakování slov a vět)
- čtení (hlasité čtení, porozumění čtenému)
- psaní (Cséfalvay, Košťálová, 2013)

Po ukončení testování se analyzuje výkon vyšetřované osoby a formuluje se hypotéza o narušeném modulu. Variabilita narušení může být u afázií velmi pestrá, a proto pouze hlubší analýza výkonů pacientů se stejným syndromem afázie může poukázat na jejich vnitřní diferenciaci (tamtéž).

Western Aphasia Battery - WAB

Svou strukturou je podobný jiným komplexním testům afázie. Obsahuje subtesty:

- mluvená řeč
- čtení a psaní
- apraxie
- konstrukční vizoprostorové schopnosti
- kalkulační schopnosti (Cséfalvay, Košťálová, 2013)

Dodnes je nejpoužívanějším testem v klinické praxi v Severní Americe, ale také ve většině zemí Evropy. Populární je zejména pro první čtyři subtesty, s jejichž pomocí může logoped klasifikovat osm klinických syndromů afázie (tamtéž). Českou experimentální, neautorizovanou verzi WAB vypracoval roku 1993 podle originální verze tohoto testu Kulišťák (Preiss, 1998).

2.5 Speciální testy afázie

Mnohé z nich jsou součástí komplexních testových baterií. Rovněž se ale používají v případech, kdy je zapotřebí se během vyšetření zaměřit pouze na některé jazykové deficity, na

některou specifickou oblast, která nebyla předmětem hodnocení základního testování. Kromě standardizovaných a publikovaných testů se v praxi používá velké množství nepublikovaných diagnostických metodik, které byly vytvořeny pro potřeby specificky zaměřeného výzkumu či pro specifickou populaci. Mezi speciální testy zahraničních autorů řadí Cséfalvay (2007) Boston Naming Test, Boston Assessment of Severe Aphasia, Reporter's Test, Aphasia Test a námi již výše zmiňovaný Token test (De Renzi a Vifnolo).

Ze speciálních testů uvádíme tyto:

Dotazník funkcionální komunikace - DFK

Diagnostický nástroj sloužící k mapování pragmatické roviny komunikace dospělých osob s afázií. Sleduje důsledky poruchy komunikace u nemocných dospělých v běžném životě. Dotazník je časově nenáročný. Stal se východiskem pro funkcionálně orientovanou terapii (Košťálová, 2012).

Zkouška vizuální pozornosti

Test byl vytvořen k orientačnímu vyšetření pozornosti v iniciální fázi onemocnění pacientů upoutaných na lůžku, u kterých může být přítomna afázie, alexie a jiné poruchy či postižení (tamtéž).

2.6 Diferenciální diagnostika

Odborná vyšetření (neurologické, foniatrické a další) slouží v rámci diferenciální diagnostiky k odlišení afázie od ostatních poruch komunikační schopnosti jako je např. dysartrie, agnozie, apraxie, alexie, mutismus (Klenková, 2006).

Za nejčastější chybu uvádí Čecháčková (2003) chybné odlišení afázie od dysartie. U dysartrie nebývají narušeny symbolické – fatické funkce jako jsou lexie, grafie, gnozie, kalkule, ale jedná se o poškození v různých úrovních CNS. Vždy jde o poruchu mluvní motoriky, fonace a respirace. Lze nalézt také porušení grafomotoriky, ale nikoli grafie. Co se týká produkce řeči, bývá mluva i přes všechny těžkosti plynulá. Porozumění řeči není narušeno a nevyskytují se parafázie. Obezřetní musíme být také u apraxií, které jsou lehce zaměnitelné s globální nebo percepční afázií. V tom případě pacient nereaguje na mluvený či vizuální podnět nebo reaguje neadekvátně, protože nerozumí. Podobně u agnozií nereaguje pacient na pobídku, předmět nepoznává.

Kutálková a Palodová (2007) uvádí, že diferenciální diagnóza je plně v kompetenci lékaře.

3 Terapie afázie

Terapie osob s afázií probíhá komplexně a systematicky. Je předmětem zkoumání mnoha odborníků, kteří se společně podílejí a spolupracují na ucelené rehabilitaci pacienta s afázií. Kromě logopedické reedukace zahrnuje komplexní terapie péči psychologickou, neurologickou, interní, případně psychiatrickou.

Psychologická péče je zaměřena na vyrovnání se pacienta s postižením. Pozitivně působí i na narušené sociální vztahy. Neuropsychologická péče umožňuje nácvik a rehabilitaci kognitivních funkcí. Psychiatrická péče zajišťuje podporu prostřednictvím farmakologické léčby. Mezi ostatní výše uvedené terapie bychom zařadili i psychoterapeutické vedení prostřednictvím různých forem psychoterapie. Zásadní postavení zaujímá logopedická terapie, která se prostřednictvím intenzivních rehabilitací řečových schopností podílí na dosažení maximální schopnosti komunikace (Obereignerů, 2013).

Vedení rehabilitačního programu v oblasti poruch řeči je specificky náročným procesem, jehož kvalitu ovlivní týmová spolupráce zkušeného klinického logopeda s lékaři, psychology, fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Terapeutická činnost je dlouhodobým procesem, který se neobejde ani bez spolupráce postižené osoby s okolím. Zásadním momentem je informovanost a motivace pacienta i rodinných příslušníků vedoucí k porozumění projevům řečové poruchy a k zahájení vhodného postupu pro obnovení a zlepšení komunikačních schopností (Neubauer, 2007).

Logopedická terapie může být individuální, nebo skupinová. V péči o pacienta lze v rámci ucelené rehabilitace využít také rekondičních pobytů, které umožňují, kromě získání nových impulzů, soustředěnou péči (Kejklíčková, 2011). V příloze č. 3 uvádíme seznam zařízení poskytujících intenzivní logopedickou péči.

Cílem terapie poruch řečové komunikace je příznivě ovlivnit nebo kompenzovat řečový deficit a dosáhnout optimální úrovně komunikace, jaká je při konkrétní lézi mozkových struktur možná (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Pozornost světové moderní afaziologie se odvrací od zaměření se na nemoc či postižení a začíná se soustředit na osobu s afázií a její blízké okolí. V minulosti byl kladen důraz na postižení samotné s cílem je co nejrychleji a nejefektivněji odstranit. Dnes jsou akcentovány také psychosociální rozměry (Klenková, 2006).

3.1 Terapie afázie v akutním a chronickém stádiu

Přístup a terapie pacienta s afázií se v jednotlivých stádiích od sebe liší. V akutní fázi reedukace spočívá mimořádná úloha v týmové kooperaci všech zúčastněných na uzdravení pacienta. Zdravotní personál by měl během hospitalizace působit na ošetřovaného psychoterapeuticky. Povinností lékaře je vysvětlit pacientovi, že není duševně nemocný, ale že utrpěl poruchu jazykových schopností (Hrnčiarová, 1985). U pacienta, u kterého byla diagnostikována afázie, se zahajuje logopedická péče co nejdříve, jakmile je jeho stav stabilizovaný. Po dohodě s lékařem s ním může začít logoped pracovat na reedukaci. Kooperace probíhá dle pacientových možností denně, či vícekrát za den. Konzultace logopeda s rodinou vedou k přípravě osoby s afázií k reedukaci v domácích podmínkách a k osvojení základních principů logopedické péče. Případně je možné rodině předvést práci s pacientem (Kutálková, Palodová, 2007).

V chronickém stádiu onemocnění. Po propuštění do domácího léčení pokračuje pacient v terapii v tom nejlepším případě v logopedické ambulanci pod vedením zkušeného klinického logopeda. Trpí-li pacient těžkým stupněm poruchy komunikace, má obtíže s plněním základních instrukcí logopeda a nedokáže-li v reedukaci pokračovat sám, je zapotřebí, aby byl do ambulance doprovázen rodinným příslušníkem. Ten mu zároveň pomáhá s domácí přípravou. Nespornou výhodou přítomnosti rodinného příslušníka či blízké osoby v ambulanci je možnost sledování postupu logopeda při reedukaci (Hrnčiarová, 1985). V případě lehčích forem afázie nebo v závislosti na zlepšení zdravotního stavu přichází pacient do logopedické ambulance bez doprovodu. Bez doprovodu docházejí i pacienti, v jejichž případě by byl doprovod i spolupráce při reedukaci zapotřebí, ale vhodného partnera nemají k dispozici (Kutálková, Palodová, 2007). U terapie probíhající bez přítomnosti doprovodu je dle Čecháčkové (2003) prognóza méně optimistická. Snaha logopedů je velká, ale bez účinné pomoci rodiny, okolí, spolupracovníků a přátel je reedukace řeči obtížná.

3.2 Zásady při reedukaci řeči

Kejklíčková (2011) uvádí tři obecné roviny logopedické reedukace komunikačních schopností, jimiž jsou:

- Funkční restituce – obnova původních komunikačních funkcí nebo alespoň zachování schopnosti komunikovat.

- Funkční kompenzace – náhrada neobnovitelné části komunikačních schopností jinými způsoby vyjadřování.
- Funkční adaptace – přizpůsobení sociálního prostředí pacienta jeho potřebám a omezením.

U pacientů s afázií lze stěží stanovit univerzálně platné reedukační programy. Podstatný podíl určení leží v rukou terapeuta, respektive celého týmu odborníků a jejich schopností odhadnout pacientovy možnosti (Kutálková, Palodová, 2007). Logoped začíná a postupuje s terapií podle typu a závažnosti řečové poruchy. Neopomíná tělesný a psychický stav pacienta. Při postižení sensorické složky řeči je nutné během rehabilitace aktivovat sluchový i zrakový analyzátor (Kejklíčková, 2011). Terapeutický plán by měl obsahovat metody nácviku, které pacient provádí pod vedením logopeda i v domácím prostředí. Logopedický nácvik spočívá v rozvoji řeči po stránce formální i obsahové. Upřednostnění nácviku výslovnosti je možné zvážit u pacientů po CMP, jejichž mnestické funkce nebývají natolik zasaženy. Obsahovou stránku řeči podporujeme pomůckami, audiovizuálními materiály i speciálními počítačovými programy. Proces nácviku se přizpůsobuje dynamice změn ve všech kognitivních oblastech a respektuje aktuální stav pacienta (Obereignerů, 2013).

Logopedi z vlastních zkušeností uvádějí, že po několika měsících strukturované terapie, zaměřené zejména na produkci slov či čtení izolovaných slov, nastane situace, kdy léčený přestává být motivován v terapii pokračovat. Tato situace je zapříčiněna výkonem, který se v prvních měsících terapie rychle zlepšoval. Po čase se však tempo výkonu mění málo či vůbec a u pacienta převládá pocit, že naučené v běžném životě nepoužije. Tento chybějící transfer mu způsobuje frustraci, která nastane i v případě, kdy logopedi věnují méně pozornosti přenosu naučené schopnosti do reálné komunikace. Je proto důležité, aby se při terapii zaměřené na izolované jazykové deficity všímavost logopedů soustředila i na intervenci, která bude zaměřena na používání těchto schopností v přirozeném prostředí (Cséfalvay, 2007).

3.3 Terapeutické přístupy

Pro současnou efektivní terapii jsou určující především poznatky těchto afaziologických terapeutických směrů:

- Lurijova koncepce a z ní vycházející metodika obnovování vyšších psychických funkcí formou přestrukturování funkčních systémů mozku s užitím obnovovací terapie.
- Psycholingvisticky či kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup, stimulace porušených modalit individuálního jazykového komunikačního systému.
- Postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci sledující navození situace blízké skutečné komunikační realitě. Dominující je metoda PACE.
- Specifické postupy pro stimulaci obnovování narušených modalit. Melodicko-intonační terapie či postupy tlumení perseverací.
- Systémy využívající neverbálních komunikačních prostředků – piktogramy, pojmové kresby, manuální systémy a stimulační programy s užitím prostředků neverbální komunikace (Neubauer, Dobias, 2014).

Cséfalvay (2011) zmiňuje v současnosti dva dominující terapeutické směry, jimiž jsou:

- Kognitivně-neurologický přístup k afázii, zaměřený na analýzu konkrétního deficitu a vypracování individuální terapeutické strategie.
- Funkcionálně orientovaný přístup k terapii afázie.

3.3.1 Lurijova neuropsychologická koncepce

V oblasti terapeutické pomoci osobám s poruchami tzv. vyšších psychických funkcí zdůrazňují představitelé této koncepce přesvědčení, že se řeč při afázii může obnovit jen prostřednictvím speciální, správně organizované obnovovací restituční terapie. Pacient musí absolvovat dlouhou systematickou terapii pomocí vědecky podložených metod. Jedině tímto způsobem se porušená řeč a jiné psychické funkce mohou obnovit. Jedná se o přestrukturování funkčních systémů metodou obnovovacího učení. Na nepřímé metody, zaměřené na odblokování řečového projevu a obnovení jazykových dovedností, navazují metody přímé ve formě intenzivního tréninku jazykových cvičení (Neubauer, Dobias, 2014). Základními principy v této koncepci jsou:

- Zapojení nových složek, tvoření nových funkčních systémů - například při čtení písmen zapojujeme hmat, kroužením písma ve vzduchu zapojíme motorický obraz. Radíme zde i metodu ozvučeného čtení.

- Vnitřní přestavba činnosti na nižší úroveň volní kontroly aneb odpoutání se od artikulace a myšlenkového zaměření na sémantickou vazbu pojem - písmo – zobrazení nebo zapojení pojmu do rytmicko-melodických struktur – zpívání textu.
- Převod na vyšší úroveň volní kontroly, např. metoda komentování vlastní činnosti pacientem či popis vybraných pojmů.
- Metody mají být nepřímé, nepůsobit na porušenou funkci přímo, což platí především v počátečních fázích terapie, při odblokování řečových mechanismů či automatických řečových celků. Později je nutno na obnovování jazykových schopností zapojit i efektivní přímé metody terapie (tamtéž).

Při obnově komunikace se opíráme o využití intaktních percepčních systémů, různých úrovní vědomé kontroly a o zachovalé psychické funkce. Podněcujeme zlepšení kontroly vlastních výkonů pacienta. V průběhu terapie postupujeme od jednodušších činností k náročnějším. Využíváme motivaci společně s neporušenými formami verbální i neverbální komunikace (Neubauer, 1997).

3.3.2 Kognitivně-neuropsychologický přístup

Specificky naplánovat terapii lze na základě diagnostiky dle neurokognitivně-psychologické koncepce, která může působit dojmem komplikovanosti a rozsáhlosti, ale přesto je její přínos pro logopedy nesporný. Logopedi v případě této koncepce vycházejí i z informací o příčině narušení komunikačního procesu. Po identifikaci místa narušení následuje výběr série úloh, pomocí nichž se logoped snaží obnovit narušenou funkci. V rámci tohoto přístupu je pozornost terapeuta primárně zaměřena na obtíže ve funkci některé z modalit kognitivních procesů. Cílem je využití transferu, který způsobí zmírnění obtíží v oné kognitivní modalitě, např. pozitivní změna v pojmenování se projeví zlepšením v oblasti komunikace s okolím. Zlepšení v provádění terapeutických zadání zaměřených na porozumění řeči se taktéž projeví ve zlepšení výkonu v konverzaci s okolím (Neubauer, Dobias, 2014).

3.3.3 Cílené postupy obnovovací terapie

Do této oblasti spadají cílené postupy vedoucí k překonávání častých komplikací při afázii. Někdy bývají také přiřazovány ke kognitivně-neuropsychologickému přístupu (Neubauer, 2007).

Metodicko-intonační terapie - MIT

Používá se zejména u osob s motorickou afázií a spočívá ve využívání dobrého porozumění a schopnosti správně intonovat krátké mluvní fráze. Při pozitivní odezvě pacienta na terapii se daří navodit určitý okruh větných sdělení s využitím melodické struktury věty za doprovodu rytmického pohybu ruky, a to i u osob s těžkou motorickou afázií. Terapie je účinná u osob s dobře zachovaným porozuměním řeči a s dobře zachovanou schopností produkovat melodické písňové vzory. Postup MIT má hierarchickou strukturu. Je rozdělen do tří úrovní. V první a druhé spočívá v intonaci frekventovaných frází, které dokáže afatik dobře odezírat. Ve třetí úrovni se nacvičují celé celky a terapeut usiluje o intonaci fráze co nejpodobnější běžné řeči (Cséfalvay, Traubner, 1996).

Pozitivním faktorem při MIT je určitá míra pozornosti a koncentrace pacienta. Vhodnými kandidáty jsou osoby s lézí v předních oblastech frontálního laloku, s nonfluentním typem afázie, pacienti s porušenou artikulací ve spontánní řeči, s narušenou nominativní funkcí řeči, s řečovými automatismy, popřípadě afatici se středně těžkými až lehkými deficitem v porozumění řeči (Heroutová, 2007).

Fonemicko-vizuální stimulační metoda terapie afázie

Postup je zacílen na počáteční stimul v dynamice obnovování funkcí u osob, u nichž není validní reaktivita na případný počátek melodicko-intonační terapie či jiné formy melodické, intonační a rytmizační stimulace. Principy tohoto postupu lze shrnout takto:

- Rozvoj orální praxe ve spojení s konkrétním grafickým a fonemickým obsahem.
- Využití grafických fonemických obrazů pro navození stabilní auditivní reakce.
- Spojení zvuku hlásky s grafickým obrazem hlásky se zdůrazněním fonemické konstanty.
- Zapojení izolovaných hláskových realizací do rytmizační či melodicko-intonační struktury slova a větných obrazů.
- Intenzivní opakování globálních obrysů slov a větných spojení s postupným obnovením jejich zapojení do mluvního projevu (Neubauer, 2007).

Stimulační metoda je využívána u osob s globálním či smíšeným typem afázie v postakutním stádiu poruchy, případně s těžkými chronickými motorickými afáziemi (tamtéž).

Treatment of Aphasics Perseveration, intervenční techniky tlumení perseverací - TAP

Perseverace bývají nejčastějším symptomem afázie znesnadňujícím komunikaci mezi afatikem a jeho komunikačním partnerem. Frekvence perseverací se sníží, pokud se afatik zaměří na vědomou kontrolu své řečové produkce. Mezi běžně používané strategie patří snaha terapeuta upřít pozornost afatika na tento symptom. Pacient nacvičuje různé postupy, pomocí kterých by mohl perseverace dostat pod vědomou kontrolu. V zahraniční klinické praxi patří mezi nejrozšířenější postup program TAP. Je určen afatikům s perseveracemi středního až těžšího stupně. Po celou dobu reedukace se pracuje s afatikem tak, aby pochopil a přijal strategie a principy této techniky za své. Konečným cílem je redukce perseverací a následné zlepšení verbální produkce (Heroutová, 2007).

3.3.4 Pragmaticky orientovaná terapie afázie

Tím nejvyšším cílem není naučit pacienta mluvit bezchybně, ale jeho dorozumivací schopnosti vylepšit do takové míry, aby byl schopen běžně se domluvit bez jakéhokoliv nedorozumění. Na prvním místě stojí funkční stránka mluvy a dalších druhů komunikace, formální stránka je až druhotná (Kejklíčková, 2011).

Proto se pragmaticky zaměřené terapie neorientují pouze na izolované jazykové deficity, ale jejich cílem je zmírnit dopady na komunikaci jako celek. Zlepšit funkční komunikace osob s afázií v každodenním životě (Céfalvay, 2007). Vycházejí ze skutečnosti, že úroveň pragmatických schopností u osob s afázií je zachována lépe než u gramatické, lexikální a morfologické složky řeči. Afatici jsou schopni používat jistý repertoár komunikačních strategií i spontánní kompenzační komunikační strategie (Cséfalvay, Traubner, 1996). A i přes těžké řečové poruchy dokážou se svým okolím poměrně úspěšně komunikovat.

Při pragmatické terapii se počítá s motivačním faktorem pocitu úspěchu ze smysluplné konverzace s neznámými informacemi pro komunikačního partnera. Důležitým produktem je psychosociální skutečnost, kterou je přesvědčení pacientů o kompetenci své komunikace. Součástí terapeutických technik je jejich přesah do skupinových aktivit, především u techniky PACE. Mezi další pragmaticky orientované terapeutické techniky patří konverzační trénink a podpůrná komunikace (Heroutová, 2007).

Promoting Aphasics Communicative Effectiveness - PACE

Technika zaměřená na zlepšení efektivity komunikace u pacientů s afázií. V terapii jde v podstatě o modelování přirozené situace, v níž dochází k výměně nové informace, kterou vysílá střídavě terapeut nebo pacient, přičemž oba mají volný výběr komunikační modality. Přirozenou zpětnou vazbou je porozumění informaci (Neubauer, 1997). Zásadní je skutečná výměna informace, nikoli pouze schvalování klientova výkonu terapeutem. Např. oba účastníci terapie střídavě zjišťují, co má druhý partner před sebou na obrázku. Klient užívá všech dostupných možností sdělení. Terapeut následně poskytne zpětnou vazbu o úspěšnosti komunikace. Tato technika má v našich podmínkách širší uplatnění na pracovištích klinické logopedie (Cséfalvay, Traubner, 1996). Program se realizuje individuální nebo skupinovou formou a používá všechny dostupné komunikační prostředky (slovo, gesto, kresba, atd.). Výběr činností se uskutečňuje hierarchicky dle náročnosti. Nejnáročnější jsou např. dějové obrázky nebo příběhy skládající se z více sekvencí (Heroutová, 2007).

Konverzační trénink

Cílem konverzačního tréninku je pacientovo využití kompenzačních komunikačních strategií při vysílání informace. V první fázi dochází k přípravě scénáře, který je sestaven společnými silami terapeuta a pacienta z několika vět. Scénář je uspořádán tak, aby byl v případě nastolení překážky při vysílání zprávy lehce využitelný osobou s afázií. Po opakování navozeného postupu se k terapii přizve někdo z příbuzných a afatika se mu snaží sdělit téma, které příbuzný nezná. V případě obtíží terapeut pomáhá s uplatněním kompenzační strategie a následně ji partnerovi afatika opětovně přibližuje a vysvětluje (Neubauer, 2007). V druhé fázi je úkolem logopeda pomoci partnerovi pacienta identifikovat neúčinnější pomocné strategie. Jedním z výsledků postupu je zkvalitnění vzájemné komunikace afatika a jeho komunikačního partnera (Neubauer, 1997).

3.3.5 Terapie s využitím neverbálních komunikačních prostředků

Tyto specifické postupy spočívají v ovlivňování komunikačního potenciálu prostředí pomocí gest a symbolů. Využívají se různé stimulační programy s využitím prostředků neverbální komunikace, kresby, posunků i samostatně vizuálně-akční terapie, jež jsou doplněny prostředky alternativní a augmentativní komunikace - piktogramy, pojmové kresby a jiné. Své využití mají u osob s globální afázií a s těžkými perzistentně přetrvávajícími

motorickými fatickými poruchami, u kterých jsou trvale přítomny praktické výpadky znemožňující předání informací v oblasti mluvy (Neubauer, Dobias, 2014; Neubauer, 2007).

3.4 Skupinová terapie

V počátečních fázích terapie nachází své uplatnění intenzivní individuální logopedická reedukace, která by měla být postupně doplněna skupinovou terapií. Skupinová terapie vychází z tradiční logopedické péče. Spočívá v působení v malé skupině 3-6 osob, v níž interaktivní projevy mezi pacienty slouží k procvičení a upevnění získaných dovedností a komunikativních kompenzačních strategií. Skupiny mohou sloužit i k aktivaci osob s nedostatečným zájmem o komunikaci s okolím, osob izolovaných a trpících následky dlouhodobého pobytu v institucionální péči (Neubauer, 1997). Je jedním z možných řešení sociální izolace. Nabízí příležitost ke konverzaci i pacientům s nejtěžším komunikačním deficitem. Vytváří prostor k projevení kompetence každého člena skupiny. Jejím hlavním cílem je nabídnout možnosti ke konverzaci mezi členy skupiny, kde jsou vytvořeny takové podmínky, ve kterých mohou její členové i při velmi výrazné poruše exprese či porozumění řeči komunikovat nejen o svých potřebách, ale i o tématech, která jsou pro ně důležitá. Skupina přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi svými členy, a tím posiluje pragmatické dovednosti, jako jsou např. výměna rolí, iniciování komunikace a rozšíření repertoáru dorozumívacích schopností. Zvyšuje se pravděpodobnost generalizace transferu na jiné komunikační situace. Na rozdíl od individuální terapie nabízí širší okruh komunikačních partnerů (Cséflavay, 2005).

Z pohledu neuropsychologa uvádí Kulišťák (1997), že program skupinových sezení osob s afázií je obecně zaměřen na stimulaci všech psychických funkcí. Kromě zlepšení vyjadřování jazykovými verbálními prostředky se orientuje na paměť, percepci, pozornost, psaní a čtení.

Skupinová práce pacientů s afázií je realizovaná v ČR v rámci občanských sdružení. Zpravidla je řízena klinickým logopedem, který si pro skupinu předem připravuje program. Logoped zaujímá ve skupině roli supervizora jazykových cvičení a konverzačního tréninku. Náplní skupinových setkání je udržování a rozvíjení komunikačních schopností za pomoci konverzačního tréninku. V rámci skupiny dochází k identifikaci obtížných situací, kterým pacienti s fatickými poruchami čelí v každodenním životě, a současně k hledání vhodných strategií pro jejich řešení. Skupina se také zabývá cíleným procvičením gramatických i lexikálních schopností (Lasotová, Košťálová, Poláková, 2009). Výběr aktivit ve skupině se

odvíjí od stupně afázie. U pacientů s lehčím typem afázie se realizují méně strukturované aktivity, např. spontánní rozhovory, vyprávění osobních zážitků, konverzace na aktuální téma, společné řešení problémů. Ve skupině s pacienty s těžším jazykovým deficitem se uvedené aktivity mohou realizovat pouze ve více strukturované formě (Cséfalvai, 2005).

„V celém průběhu skupinového shromáždění je cíleně posilována pozitivní motivace a snaha o jakýkoliv řečový projev u pacientů s afázií.“ (Kulišťák, 1997 s. 199)

3.5 Pomůcky

Užití vhodných terapeutických pomůcek je pro vytvoření motivujícího a efektivního terapeutického prostředí velmi potřebné. U dospělých osob je nutno aplikovat terapeutické postupy s přiměřeným motivujícím obsahem. Pro efektivní logopedickou péči je třeba využít obnovovací postupy a specializované pomůcky odlišné od práce s poruchami mluvy u dětí. Pomůcky je zapotřebí přizpůsobit nejen druhu narušené komunikační schopnosti, ale i věku, typu dosavadního vzdělání, zájmům pacienta a dalším okolnostem (Kutálková, Palodová, 2007). Seznam pomůcek využitelný v rámci logopedické reedukace uvádíme v příloze č. 4.

Kromě pomůcek běžně využívaných v logopedických ambulancích je vhodné do terapeutického procesu zapojit i pomůcky elektrické a specializované počítačové programy, které umožňují efektivně a kreativně modifikovat terapeutický proces ve prospěch osoby s afázií. Prostředkem je i využívání digitalizovaných slovníkových materiálů, možnosti využití CD a dalších paměťových médií. V současnosti dochází k uplatnění programů v přenosných počítačových tabletech. K dispozici jsou i aplikace, které obsahují výběr různých materiálů a cvičení ke stažení logopedem, pacientem nebo rodinným příslušníkem. Pro využití počítačového multimediálního zázemí v terapii afázie byl v českém jazyce vytvořen originální a v současnosti velice komplexní soubor programů MENTIO (Neubauer, Dobias, 2014). Jako další uvádíme webovou aplikaci *Afatický slovník*, jenž je první logopedická aplikace umožňující pacientům s afázií samostatné procvičování zábavnou formou s možností sledování pokroků. Obsahuje čtyři slovníkové kategorie: oblečení, potraviny, bydlení a činnosti. Aplikace je dostupná pro telefony a tablety. Do budoucna se počítá s jejím rozšířením o funkci monitoringu pacientova vývoje nebo sestavení cvičení na míru. Pilotní verze je dostupná ke stažení na internetových stránkách www.afatickyslovník.cz.

Elektronické pomůcky a počítače usnadní logopedům práci při přípravě individuálních úkolů. Výhoda různých počítačových programů spočívá v okamžité zpětné vazbě při řešení úkolu. Zároveň hrají pozitivní úlohu jako prostředek alternativní a augmentativní

komunikace, který umožní pacientovi dorozumívat se i v případě omezených možností jeho mluvy. Při práci logopeda s pacienty staršího věku mohou být počítače stresujícím faktorem, a proto je zapotřebí doplnit práci na PC přímou interakcí. Využití vhodných počítačových programů přichází v úvahu zejména u mladších osob, pro které je počítač samozřejmostí. Dále u pacientů, kteří si přejí zintenzivnit logopedickou léčbu a pacientů, pro které je logopedická péče stěží zajistitelná (Klenková, 2006).

3.6 Farmakologická terapie

Pokusy využití medikamentózní léčby v terapii pacientů s afázií jsou zaznamenány v dlouhodobé historii. Výsledky nejsou obzvláště povzbudivé. Pokud ano, postrádají metodologickou váhu, neboť soubor probandů byl malý. Studie, při nichž někteří probandi užívali placebo, zatímco srovnávaná skupina ne, byly uskutečněny jen vzácně. V posledních letech zaznamenáváme nárůst poznatků o roli neurotransmiterů, a tím i snahu o využití léčiv v terapii afázie. Bylo zjištěno, že některé vybrané jazykové funkce, jako jsou např. verbální fluence či verbální paměť, je možné ovlivnit působením na specifické neurotransmiterové systémy. Lze tedy říci, že farmakologická terapie může mít významnou roli při doplnění tradičních terapeutických metod afázie. Nedokáže však zcela nahradit tradiční metody terapie. Do budoucna by bylo příhodné ji efektivně kombinovat s ostatními rehabilitačními přístupy (Love, Webb, 2009).

3.7 Je terapie afázie efektivní?

Na závěr této kapitoly se nám jeví jako vhodné položit si v afaziologii nejaktuálnější otázku: *Je terapie afázie efektivní?*

Nejen kliničtí logopedi, ale i odborníci participující na terapii afatických pacientů si kladou otázku: *Je terapie afázie účinná a přináší očekávaný efekt?* Odpověď na ni lze hledat ve více než dvou stech výzkumech dokumentujících pozitivní vliv intervence. Komplikovanost problematiky spočívá kromě měřitelných komponent terapie, jako jsou např. skóre v testu afázie, kvantita terapie a jiné, ve vyskytujících se hůře kontrolovatelných proměnných, jimiž jsou třeba osobnostní faktory. Otázka hodnocení efektivnosti účinné intervenční techniky pro pacienta je velmi naléhavá. I během procesu intervence bývá logoped nucen zhodnotit, profituje-li pacient s afázií ze zvoleného postupu či je zapotřebí postup modifikovat. Existuje poměrně jednoduchý způsob, jak zhodnotit efektivitu terapie afázie a ten spočívá v porovnání dvou skupin pacientů s afázií. Někteří zainteresovaní

odborníci však pohlížejí na vytvoření homogenní skupiny osob s afázií jako na obtížně řešitelný problém, a to z důvodu mimořádné variability symptomů. Proto se zájem přesunul ze skupiny na jednotlivce. To, co z obecného hlediska platí pro danou skupinu, nemusí platit pro individuálního člena skupiny. V průměrném výkonu skupiny osob s afázií se ztrácejí cenné informace o mechanismech afázie jednotlivce, a tím je klinická aplikace výsledků limitována (Cséfalvay, 2007).

Nejjednodušším důkazem je zlepšený výkon v testech afázie – porovnání stavu před terapií a po ní. Základní strategií by mělo být zhodnocení změn závislé proměnné při aplikaci některé jasně definované terapeutické intervence (nezávislá proměnná). Při použití schématu by měl logoped k dispozici důkaz o tom, že aplikací daného postupu se výkon pacienta s afázií mění v závislosti na dané terapii. Jako kritický moment hodnocení efektivity terapie se jeví skutečnost, že se afázie mění i spontánně. Na základě dlouholeté zkušenosti s pacienty s afázií jak v akutním, tak chronickém stádiu onemocnění, ale i z výsledků výzkumů zabývajících se mapováním efektivity terapie afázie lze usuzovat, že intenzivní, dlouhodobá terapie afázie je pro většinu pacientů efektivní. Často skloňovaná změna paradigmatu přinesla i jinou proměnu. Při hodnocení efektivity terapie se kromě dokumentování změn v testech očekávají důkazy o pozitivní změně v reálných komunikačních situacích, tzv. funkcionální výstup terapie. Je zřejmé, že nejen pro pacienta, ale i pro jeho okolí je podstatnější, bude-li po terapii schopen nabyté schopnosti používat i mimo uměle vytvořené podmínky v ambulancích klinického logopeda. Z tohoto hlediska sílí trend vynést terapii z ambulance logopeda do prostředí, které bude blízké přirozenému prostředí osob s afázií (Cséfalvay, 2005).

Cílem výzkumu je poukázat na fakt, že terapie skončila signifikantním zlepšením. Upozornit na skutečnost, že změna není náhodná ani nepodstatná. Nalezení odpovědí na tyto a podobné otázky zaměstnává logopedy a další odborníky, kteří se problematice narušené komunikační schopnosti věnují (Kerekrétiová, 2012).

4 Faktory ovlivňující terapii afázie

Terapie afázie je ovlivněna organickým postižením CNS. Odvíjí se od klinického obrazu osoby s afázií v závislosti na rozsahu a lokalizaci léze a typu a stupni poruchy. Čím větší je rozsah tohoto poškození, tím je terapie náročnější a obtížnější. Její klinický obraz také určuje intenzitu a délku terapie. Reedukace takto narušených funkcí bývá dlouhodobá. V řadě případů je poškození fatických funkcí nevratné. Nahlédneme-li do starší literatury, dozvíme se, že tyto výše zmíněné faktory mají dle Hrnčiarové a Cséfalvaye (1990) rozhodující význam pro úspěšnost logopedické terapie. Na rozdíl od faktorů, jimiž jsou vzdělání, věk, osobnost afatika a inteligence, které nejsou autorem považovány pro její úspěšnost za významně určující. V současnosti se mění pohled na jiné i výše zmíněné faktory jako jsou motivace, připravenost na změnu v komunikaci, podpora rodiny a včasnost zahájení logopedické péče. Tyto proměnné jsou považovány za významnou měrou ovlivňující efektivitu terapie a přispívající k zlepšení komunikační schopnosti.

Významný faktor v oblasti terapie afázie, který uvedeme na první místo, je včasné zahájení logopedické péče. Její zbytečný odklad může nést riziko vytvoření si jistého zvyku na onemocnění. Případně vést až k rezignaci pacienta a jeho rodiny na tíživou situaci. Reedukace vyžadující potřebné úsilí a více času tak bude vnímána jako obtěžující činnost, nikoliv jako vítaná pomoc (Kutálková, Palodová, 2007).

Neopomeneme uvést ani věk osoby s afázií, který je dle některých autorů (Kejklíčková, 2011; Čecháčková, 2003) faktorem, jenž zaujímá v oblasti terapie podstatnou roli. Čím starší je pacient, tím je rehabilitační perspektiva zpravidla horší (Kejklíčková, 2011).

Kerekrétiová (2012) mezi významné faktory ovlivňující výběr a úspěšnost terapie řadí:

- pacienta a jeho specifickou anamnézu,
- podporu ze strany rodiny,
- motivaci a ochotu ke změně,
- osobnostní charakteristiky,
- předchozí zkušenosti s terapií,
- terapeuta.

Výčet těchto faktorů doplníme o další autorkou Čecháčkovou (2003) v odborné literatuře uváděný faktor, kterým je socioekonomický status osoby s afázií.

4.1 Podpora rodiny, užšího či širšího sociálního prostředí

Pokud hovoříme o sociálních kontaktech osoby s afázií, míníme tím rodinu, terapeutu, lékaře, ošetřující personál, v širším kontextu též přátele a kolegy. Především podpora ze strany rodiny (životního partnera, dětí, rodičů) je v logopedické terapii mimořádně důležitá. Nejen při reedukaci zaujímá nezanedbatelnou úlohu. Kerekrétiová (2012) ji u dospělých i dětí považuje za prvovýtný krok, bez něhož nemůže být terapie realizována.

Již od prvních chvil hospitalizace je spolupráce rodinných příslušníků s odborníky neopomenutelná. Jimi poskytnuté přesné údaje o osobním a pracovním životě osoby s afázií ulehčí práci zdravotníkům i klinickému logopedovi, zejména při navázání kontaktu s pacientem (Hrnčiarová, 1985). Pro získání jejich účinné spolupráce v průběhu onemocnění je důležité, aby je logoped předem informoval o průběhu terapie do budoucna, jaké časové období bude z jejich strany vyžadováno a jaká bude prognóza narušené komunikační schopnosti apod. (Cséfalvay, 2007). Proto je zapotřebí apelovat na co nejlepší informovanost rodiny klinickými logopedy. Neboť, jak uvádí Vymětal (2003), to jakým způsobem osoby s postižením a jejich blízcí tuto náročnou životní situaci prožívají, jak se s ní vyrovnávají, záleží na informacích, které dostávají od odborníků. V mnoha případech nemají rodina a okolí pacienta dostatek informací, jak léčenému co nejúčinněji ulehčit život a současně co nejefektivněji pomoci v terapii (Kejklíčková, 2011).

Logoped by měl pokud možno sledovat rodinné prostředí, vztahy v rodině, postoje rodinných příslušníků k osobě s afázií a jejich motivaci k pomoci. Odhalit možnosti jejich spolupráce při reedukaci (Kutálková, Palodová, 2007). Neboť „*důležitou součástí procesu terapie je samostatná práce pacienta a jeho rodiny v domácím prostředí.*“ (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002, s. 41). Ne vždy však rodinní příslušníci a přátelé zvládnou roli spoluterapeuta uspokojivě. Chybí jim jisté profesionální znalosti, zkušenost a pacient k nim nemá patřičný respekt. Přesto domácí prostředí pro rehabilitaci řeči poskytuje celou řadu dobře využitelných impulzů, motivací i jiných podpůrných faktorů (Kejklíčková, 2011).

Psychická podpora, posilování motivace k fyzickým i duševním aktivitám rodinnými příslušníky a blízkého okolí je pro osoby s afázií velmi významným činitelem. Nesmí scházet průběžné oceňování za snahu, povzbuzování za nepatrný výkon a pochvala za sebemenší úspěch. Osoby s afázií by měly ze svého okolí pociťovat podporu a jistotu. Neměly by pobývat v prostředí nejistoty, být opuštěny. Jedním z důsledků ztráty komunikační schopnosti je častá sociální izolace těchto osob, což způsobuje nedostatek komunikačních příležitostí a

možností se rozvíjet. To vše od angažovaných osob vyžaduje jistou míru pochopení a trpělivosti (Cséfalvay, 2007).

4.2 Motivace a ochota ke změně

Motivace osob s fatickou poruchou je vzhledem k postoji, který některé z nich zaujmou vůči životu s tímto onemocněním, klíčová. U dospělých osob je zapotřebí nepodceňovat pro práci logopeda nezbytné principy motivace přiměřené věku a psychickým schopnostem dospělé osoby. Proto je již na počátku léčby důležité popsat pacientům efektivnost terapie a vysvětlit její dlouhodobé účinky. Vysvětlit efekt postupů, které přímo a okamžitě nezlepšují kvalitu řečového projevu. Stanovit vhodné, jasné a realistické možnosti zlepšení poruchy a využití kompenzačních postupů (Neubauer, 2007). Vzhledem k tomu, že většina afatiků jsou lidé středního a staršího věku, je nutné motivační postupy i pomůcky přizpůsobit i věku osoby s afázií (Kutálková, Palodová, 2007). Bez dostatečného zaměření na motivaci a při užívání postupů a materiálů vhodnějších pro práci s dětmi často dochází k devalvaci a ztrátě zájmu dospělých jedinců o terapii, a to především necítí-li pacient, trpící poruchou řečové komunikace, jasně vyjádřenou perspektivu a reálný cíl terapie (Neubauer, 2007).

Ne vždy lze o však motivaci hovořit v kladném slova smyslu. Naopak přílišná motivace a s ní související vysoká míra stresu může působit kontraproduktivně a poskytovaná terapie nebude efektivní (Kerekrétiová, 2012).

„Závěrem nutno zdůraznit rozhodující vliv motivujícího prostředí pro udržení a rozvoj komunikace, neboť prostředí, v kterém je s jedincem pouze manipulováno bez ohledu na jeho projevy, nemůže vést k zlepšení komunikace, ale k jejímu úpadku.“ (Neubauer, 2007, s. 16.) U osob žijících v podobných podmínkách nemůžeme očekávat motivaci k zlepšení mezilidského kontaktu a porozumění, proto by mělo být snahou každého přispět k vytvoření prostředí, kde je s kým a o čem komunikovat (tamtéž).

4.3 Osobnost jedince

V důsledku afázie *„dochází nejen k narušení komunikačních schopností, ale celé psychické, emocionální, volní sféry postiženého člověka.“* (Klenková 2006, s. 84)

Zejména postižení či onemocnění vzniklé v pozdějším věku představuje pro danou osobu silné emoční trauma. Způsob, jímž se postižená osoba s touto zátěží vyrovnává, závisí

na podpoře nejbližších, ale i na jejích osobních vlastnostech a vývojové úrovni (Vágnerová, 2012).

Obraz osobnosti pacienta před onemocněním nám slouží pro stanovení přiměřených reedukačních cílů. V případě pacienta, který pracoval manuálně a pravidelně nečetl, se rozhodneme pravděpodobně pro jiné cíle, než u vysokoškolsky vzdělané osoby. Na základě znalostí osobnostních charakteristik vyhodnotíme, které vhodné postupy při reedukaci zvolíme - zdali povedeme terapii autoritativně či demokraticky (Kutálková, Palodová, 2007). Pro celkové posouzení situace během terapie osoby s afázií je vhodná logopedova znalost informací o pacientových zájmech, úspěších, vzdělání, sportovních aktivitách, speciálním nadání, jeho zaměstnáních a jiných. Tyto vědomosti získáme od rodinných příslušníků, kteří pacienta do ambulance doprovází. Zároveň nám poskytnou postřehy o změnách v chování pacienta a jeho prostorové orientaci v domácím či neznámém prostředí. Čím více informací o pacientovi získáme, tím lépe se nám podaří naplánovat terapeutické postupy směřující k dosažení přiměřených cílů (Kejklíčková, 2011).

Dopady fatické poruchy mají vliv na osobnostní charakteristiky osoby a zasahují i do jejího sebepojetí. V důsledku získaného postižení nastává změna životních hodnot i sebepojetí člověka. Sebeпоjetí jedince je tvořeno vztahem k sobě - tím, jak jedinec vnímá sám sebe, jak se prožívá a hodnotí (Vágnerová, 2012). Osoba s afázií si uvědomuje skutečnost, že se stala někým jiným, než byla před onemocněním, což vede k pocitům ztráty vlastní ceny. Často tyto pocity vyplývají z jejího sebehodnocení, srovnávání svého stavu a problémů se situací před vznikem onemocnění (Heroutová, 2007).

Jak uvádí Preiss, poruchy poraněného mozku a duše se *“... projeví nejen v poruchách motoriky, fatických funkcí, myšlení, paměti, pozornosti atd., ale zejména a často v poruchách emocí, sebehodnocení, schopnosti tvořit a realizovat se v partnerských vztazích, emočních a sexuálních vztazích, v rodině, v zaměstnání, ve vnímání a prožívání světa a způsobu existence člověka v tomto světě. Toto konstatování, zdánlivě zcela banální, je v praktické práci s lidmi s poškozením, poraněním mozku někdy až nepochopitelně opomíjeno. A to zdaleka ne pouze u nás.”* (Preiss 1998, s. 377).

Proto je důležité, aby si člověk našel nový smysl svého života, nový cíl, ke kterému bude směřovat.

4.4 Logoped

Úspěchu při reedukaci řeči je dle Hrnčiarové (1985) možné dosáhnout jen při vzájemném respektu ve vztahu mezi pacientem a logopedem. Právě logoped často bývá jediným člověkem, který s afatikem dokáže přiměřeně komunikovat. Stává se pro osobu s afázií důvěrníkem, který mu pomáhá řešit jeho životní situace. Díky zlepšujícím se komunikačním schopnostem dokáže pacient během terapie hovořit o sobě, o rodině, o zálibách. A proto konzultace s logopedem neznamenaají pro léčeného pouze obecnou stimulaci řečových funkcí, ale i jistou formu sociálního kontaktu (Čecháčková, 2003).

Důvěra v terapeuta je pro pacienta rozhodující a terapeut by měl udělat vše pro zlepšení pacientova psychického stavu a pozitivního postoje k nemoci a pro jeho uzdravení. Práce s osobami s afázií je náročná, nároky na ošetřující jsou vysoké. Čecháčková (2003) považuje za nejdůležitější součást reedukace řeči, resocializace a rehabilitace osob s afázií terapeutovu osobnost, profesní i lidské kvality. Cséfalvay (2007) se domnívají, že kvalitní terapii dokáže nabídnout pouze logoped, který se orientuje v teoretickém pozadí dané koncepce. Umí navrhnout a aplikovat individualizovanou terapii pro konkrétního pacienta a na základě znalostí teoretického pozadí dané techniky odhadne, jak tato teorie ovlivní výběr postupu.

Výsledky terapie mohou být ovlivněné i postojem ošetřujícího k realizaci terapie a vztahem k pacientovi či naopak. Potenciální proměnnou v efektivnosti terapie tvoří také individuální kvality terapeuta - čestnost, taktnost, otevřenost, upřímnost, trpělivost. Dále flexibilita, schopnost spolupráce, nadšení, intuice, pozitivní přístup, empatie a další. (Kerekrétiová, 2012). Potřebu empatického přístupu, kterým logoped projevuje opravdový zájem o řešení složité životní situace, zdůrazňuje Křivohlavý (2002). V souvislosti s včasným zahájením léčby tak logoped může pacientovi dát „naději“ a ochránit jej proti zkrslnému pojetí jím neovladatelné situace, zranitelnosti, nepředvídatelnosti a dalšího dění.

Některé faktory jsou logopedem ovlivnitelné více než jiné. Především profesionální a erudovaný přístup, terapie založená na důkazech, správné rozhodování ve vztahu ke klientovi a jeho rodině, ke kolegům participujícím na společné transdisciplinární terapii. Nejdůležitější je však respektovat skutečnost, že pacient je po dobu terapie pod logopedovým vlivem, nikoli však pod jeho kontrolou (Kerekrétiová, 2012).

4.5 Psychoterapie

Kromě narušené komunikace se afatik potýká i s poraněnou duší. Tuto skutečnost je třeba brát na vědomí a akceptovat nutnost současné logopedické a psychoterapeutické kooperace (Čecháčková, 2003). Vzhledem k realitě těžkého onemocnění či traumatu CNS je nezbytné, aby byl celý proces obnovování, stimulace a stabilizace řečových schopností prostoupen použitím psychoterapeutického přístupu a individuálních i skupinových postupů podpůrné psychoterapie. Cílem je umožnit optimální využití psychického potenciálu osoby s poruchou řečové komunikace a zefektivnit práci s reaktivními depresivními stavy či neadaptabilním chováním (Neubauer, 2007).

Logopedem poskytované psychoterapeutické vedení je nezbytné nejen pro spolupráci při nácviu správného mluvení, ale slouží i jako prevence neurotického osobnostního vývoje. (Vymětal, 2003). A současně s komunikací přispívá k obnovování sociálních vztahů. Namísto je tedy logopedická terapie současně s psychoterapií. V případě, kdy má klinický logoped psychoterapeutický výcvik, se doporučuje provádění psychoterapie či řečové stimulace v raných fázích. Včasná stimulace pacienta předchází vzniku logofobie, depresivních stavů i špatných řečových návyků (Čecháčková, 2003).

Logoped by měl být schopen využít formy práce vycházející z podpůrné psychoterapie, vytvořit pro terapii emočně stabilní prostředí. Potřeba dlouhodobého psychoterapeutického vztahu je pro proces emočního vyrovnání se s vzniklou těžkou poruchou komunikace a adaptací na novou životní situaci zásadním faktorem. Jeho význam je v logopedické terapii zatím nedoceněn, a to většinou na úkor předního hodnocení pokroku v řečové komunikaci (Neubauer, 1997).

5 Analýza subjektivních názorů osob s afázií na faktory podporující jejich logopedickou terapii

Ročně je evidováno až 25 000 obyvatel České republiky, které postihne cévní mozková příhoda. Z nich je 25-50 % ztíženo afázií. Naléhavost tohoto faktu nás přiměla zabývat se potřebností jakékoliv terapie afázie a faktory, které mají prokazatelně pozitivní vliv na její terapii a s ní spojené zlepšení komunikačních schopností.

Při realizaci tohoto výzkumu vycházíme z faktu, že logopedická terapie a aktivizace komunikační schopnosti nejsou ovlivněny pouze danými podmínkami, jimiž jsou rozsah a lokalizace léze, věk a další faktory, ale také psychickou, fyzickou a sociální složkou osoby s afázií.

5.1 Cíle a metodologie výzkumného problému

Předmětem výzkumné části této práce je analyzovat subjektivní názory osob s afázií na faktory, které podporují jejich terapii. Na základě studia odborné literatury jsme si vymezili faktory, blíže specifikované ve čtvrté kapitole teoretické části, a rozdělili je do jednotlivých dílčích cílů, které mají přispět k odpovědi na námi položenou výzkumnou otázku, která zní: **Které faktory podporují terapii afázie a s ní související zlepšení komunikační schopnosti nejvíce?**

V rámci uskutečnění výzkumného šetření byly stanoveny následující dílčí cíle:

- zjistit, zda rodinné zázemí a podpora z něj pramenící má pozitivní vliv na terapii afázie
- zjistit, jaký je přístup klinického logopeda k osobě s afázií během terapie
- zjistit, zda předchozí zkušenosti s terapií afázie ovlivňují její terapii do budoucna
- zjistit nejvýznamnější předmět motivace osob s afázií
- zjistit, které osobnostní charakteristiky jsou osobami s afázií považovány za významné pro zlepšení jejich komunikační schopnosti

Metodologie výzkumného šetření

Empirická část práce je založena na výzkumném šetření kvalitativního charakteru. Typ tohoto výzkumu byl zvolen z důvodu jeho zaměření na chování osob ze subjektivního hlediska. Zaměřuje se především na význam slov a soustředí se na jedince, u kterých

podtrhuje jejich jedinečnost a snaží se vcítit do jejich jednání. Uznává existenci více realit. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, který vychází z čísel, zobecnění a pracuje s velkou skupinou osob (Chráska, 2006).

Kvalitativní výzkumníci soustředí svou pozornost zejména na svět osob, který existuje v jejich mysli, subjektivní svět. Jejich cílem je porozumět lidem a událostem v jejich životě (Gavora, 2010). Pro účely této diplomové práce byly využity následující techniky:

- polostrukturovaný rozhovor
- nestrukturované pozorování

Rozhovor je technika, která je založena na shromažďování dat prostřednictvím přímého dotazování. Je přizpůsobivá zvláštnostem různých situací (Skalková, 1983). Její nesporná výhoda, oproti jiným výzkumným metodám, spočívá v navázání osobního kontaktu, který umožní proniknout do motivů a postojů respondentů. Během rozhovoru můžeme sledovat respondentovy reakce na položené otázky a podle nich usměrňovat jeho další průběh. Podle míry řízení rozhovoru výzkumníkem je možné rozlišit strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný rozhovor (Chráska, 2016).

Pro náš výzkum byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který bývá nejužívanějším typem interview. Tazatel si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné. Toto schéma obvykle specifikují okruhy otázek, na které se tazatel bude respondentů dotazovat. U polostrukturovaného rozhovoru máme definované tzv. jádro, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Na jádro pak navazují další upřesňující otázky či různé doplňující otázky. V závislosti na potřebě je zpravidla možné pořadí otázek měnit (Miovský, 2006).

Nestrukturované pozorování se používá u kvalitativního výzkumu. Nepoužívají se předem připravené pozorovací škály ani jiné přesné systémy. Jedná se o pružný způsob pozorování, který umožňuje přistupovat k realitě novým, nerutinním způsobem. Pomocí takového pozorování se odhalují nepředpokládané nebo skryté jevy a souvislosti (Gavora, 2000).

5.2 Charakteristika místa výzkumného šetření

Pro realizaci výzkumného šetření jsme oslovili Klub afasie. Po přednášce na téma afázie vedené předsedkyní tohoto klubu Mgr. Zuzanou Konůpkovou jsme se domluvili na možnosti realizaci výzkumu v rámci tohoto klubu. Na základě vzájemné komunikace nám byl

udělen souhlas s realizací rozhovorů se členy klubu. Následovala domluva na průběhu a času uskutečnění výzkumného šetření. To bylo nakonec uskutečněno v prostorách klubu, ve kterých probíhají skupinové terapie osob s afázií.

Skupinová terapie je realizována v rámci tří konverzačních skupin během týdne, v pondělí a ve čtvrtek. Tato sezení jsou uskutečňována pod záštitou nevládního, neziskového sektoru občanského sdružení Klubu afasie. Ten sdružuje a podporuje osoby s afázií a napomáhá k efektivnímu užívání řeči jako nástroje mezilidské komunikace. Snaží se přispět k psychické adaptaci na handicap i sociální reintegraci. Prostřednictvím různých aktivit usiluje o zvyšování kvality života osob s afázií. Úkolem sdružení je rovněž popularizovat problematiku afázie mezi odbornou i laickou veřejností. Kromě organizace skupinových setkání osob s afázií nabízí i poskytování poradenských služeb. Je zastáncem a obhájcem jejich práv a zájmů. Potýká se se sociální izolací osob s afázií. Účast na skupinových setkáních je dobrovolná. Doba trvání jedné skupinové terapie se pohybuje okolo jedné a půl hodiny. Logopedka, která skupinu vede, má připravené materiály týkající se jednoho hlavního tématu, které je právě rozebíráno. Sezení končí sdělením tématu na příště a zadáním krátkého domácího úkolu.

Další respondenty jsem neoslovila skrze Klub afázie, ale získala jsem na ně kontakt na praxi absolvované v sanatoriu Klimkovice. Osoby s afázií jsem po skončení praxe oslovila individuálně a s těmi, kteří souhlasili, jsem se individuálně domluvila na rozhovoru, který se uskutečnil na smluveném místě.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Jsem si vědoma variability a závažnosti afázie, proto se výzkumu zúčastnili především osoby s reziduální afázií. Osoby schopné a ochotné spolupráce. Předsedkyně klubu afázie byla o tomto faktu informována a pomohla s výběrem vhodných kandidátů. Ve výzkumu nebyl u osob s afázií zohledňován typ, stupeň afázie ani případné jiné zdravotní komplikace. Vzhledem k počtu respondentů nebyly brány v potaz věk, pohlaví, demografické či jiné údaje. Důležitým kritériem výběru byla schopnost účastníků verbálně se vyjádřit, neboť pro výzkum bylo podstatné získání názorů osob s afázií. Zejména při tomto kritériu nám byla nápomocna předsedkyně klubu, která byla dopředu seznámena s obsahem otázek a navrhla možné osoby, u kterých se předpokládalo, že nebudou mít problém daným otázkám porozumět a verbálně se k nim vyjádřit. Tytéž podmínky jsme zohlednili i u osob s afázií oslovených mimo klub afázie.

Konkrétně byla předmětem výzkumu skupina jedenácti osob, které prodělaly cévní mozkovou příhodu s následkem afázie. Členy této skupiny byli tři ženy a osm mužů ve věkové kategorii 45–80 let. Doba od vzniku postižení po současnost se pohybovala v rozmezí od šesti měsíců do deseti let. Pouze jeden z oslovených respondentů je zařazen v pracovním poměru. Čtyři respondenti pobírají invalidní důchod a zbylých šest je v důchodu. Námi oslovení respondenti na základě podpisu informovaného souhlasu schválili uskutečnění rozhovoru a uvedení zjištěných dat v tomto konkrétním výzkumu. Vzor informovaného souhlasu uvádíme v příloze č. 5.

5.4 Vlastní výzkumné šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který byl uskutečněn s každým respondentem zvlášť. V jeho průběhu byly získávány informace prostřednictvím otázek spadajících do několika oblastí. První otázky rozhovoru směřovaly do oblasti logopedické péče. Zajímaly nás podrobnosti o individuální terapii, o chování logopeda vůči osobě s afázií během terapie. Také jsme se zabývali subjektivním hodnocením spokojenosti respondentů s logopedickou péčí. Další oblast otázek se týkala rodiny. Cílem bylo zjistit, zda a jak podporují osobu s afázií během terapie rodinní příslušníci. Následně jsme pokládali otázky vztahující se k zaměstnání či volnočasovým aktivitám respondentů. Zajímala nás motivace osob s afázií v pokračování terapie a s ní související zlepšování komunikační schopnosti. Na závěr jsme dali respondentům prostor vyjádřit se k otázce, co jim podle vlastního uvažování nejvíce pomáhá či pomohlo v zlepšování komunikační schopnosti a který z vnitřních faktorů byl či je pro ně v terapii afázie nejvýznamnější.

Při formulaci otázek jsme pamatovali na to, že vnímání a rozumění může být u respondentů pomalejší a namáhavé, proto byly otázky pokládány v krátkých a jasně strukturovaných větách a vyvarovali jsme se složitých souvětí. Při jejich formulaci jsme používali především konkrétní výrazy. Vzor otázek polostrukturovaného rozhovoru uvádíme v příloze č. 6. Respondentům jsme nechávali dostatek času na odpovědi a snažili jsme se je otázkami nezahltit. Naším cílem bylo respondenty rozpovídat, nahlédnout do světa jejich vnitřního prožívání a zachytit informace, vztahující se ke zkoumané problematice, které mohou přinést nové, nečekané pohledy a náměty k úvahám. A právě tato zvolená metoda polostrukturovaného rozhovoru umožnila získání detailnějších informací a objasnění vzájemných souvislostí. Rozhovory s respondenty byly zaznamenány na papír. Po

uskutečnění všech rozhovorů byla provedena transkripce. Rozhovory byly přepsány do počítače, což posloužilo ke snadnějšímu vyhodnocení výsledků a lepší orientaci v textu. Na základě výsledků byly zpracovány závěry pro jednotlivé dílčí cíle zvlášť.

Respondent A

Pohlaví: Muž

Věk: 64 let

Diagnóza: Hemiparéza a afázie v důsledku cévní mozkové příhody, která postihla respondenta před třemi roky.

Rozhovor se s respondentem uskutečnil v kavárně, do které ho doprovodila manželka. Ta se však rozhovoru nezúčastnila a záhy odešla. Na začátku rozhovoru působil respondent nervózně. V průběhu se uvolnil a rozhovořil. Vzhledem k jeho narušené komunikační schopnosti odpovídal na otázky v jednoduchých větách.

Oblast terapeutická

Respondent docházel na individuální terapii do ambulance klinického logopeda. Na otázku, jak dlouho ji navštěvoval, odpověděl „*nevím, nepamatuju se, moc ne.*“ V současnosti již v terapii afázie nepokračuje. Následovala proto otázka, zdali byl s terapií afázie vedenou klinickým logopedem spokojený, na což odpověděl kladně „*ano*“. Zajímalo nás, proč už v terapii nepokračuje dále a získali jsme tuto odpověď: „*moc daleko, to drahý tam jet, to bylo moc, to já skončil.*“ Tedy dostupnost ambulance klinického logopeda a respondentovy fyzické síly byly důvodem ukončení terapie. Předpokládali jsme proto, že ve zlepšování komunikační schopnosti pokračuje dále v domácím prostředí, ale jak respondent uvedl „*zpívat to jo, mluvit moc ne.*“ A sám ve výpovědi pokračoval „*hm, to nemá cenu, já starý, jiní horší, no zlobím se na sebe.*“

Oblast rodinné podpory

Respondent je ženatý, s manželkou mají dospělého syna. Rodina ho v terapii podporovala i nadále podporuje, jak uvedl „*já nemohl mluvit, bylo to těžké, manželka.*“ U této otázky se respondent rozpovídal a uvedl, že byl po hospitalizaci v nemocnici převezen do léčebny dlouhodobě nemocných, ale vzhledem ke stagnaci jeho zdravotního stavu v léčebně se manželka se synem rozhodli pro domácí péči. Následně mu manželka domluvila terapii ve středisku. Právě ona také zajistila terapii afázie v ambulanci klinického logopeda v onom středisku, do kterého respondent dojížděl na rehabilitace s fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Na

rehabilitace a ke klinickému logopedovi respondenta vozila buď manželka, nebo jeho syn. Na otázku, zda byli rodinní příslušníci přítomni při terapii s logopedem, odpověděl „*manželka, když to nemůžu říct, to má nervy, a já taky*“. Z výpovědi se domníváme, že během terapie nebyli rodinní příslušníci přítomni. Nejčastějším komunikačním partnerem je pro respondenta právě jeho žena. Jako další rodinné příslušníky, se kterými je nejčastěji v kontaktu, uvedl „*můj bratr, ten bydlí taky tady, no a děcka, jo už velká vnuk*“. Ale s širším okolím, například v obchodě, nekomunikuje neboť „*to špatné, to ne, to vůbec, nejdu*“.

Oblast sociální

Respondent je nezaměstnaný. V minulosti pracoval jako obchodník. V současnosti je v důchodu. Vzhledem k jeho důchodovému věku jsme mu nepoložili otázku, zda plánuje opětovný návrat do zaměstnání, ale zajímaly nás jeho zájmy. I na tuto otázku se respondent značně rozpovídal. Největší jeho vášní vzhledem k profesi bylo „*cestování*“. Momentálně necestuje, uvedl „*já ne, jo garáž, zahrada, to ne*“.

Největší motivací a v současnosti jeho cílem je „*dát kozám a slepicím, to cíle*“. Na otázku, co mu nejvíce pomáhá ve zlepšování komunikačních schopností, odpověděl „*to je těžké, to důvod, tak mluvit s někým pořádně*“. S manželkou? „*Taky, ale máma ví, co já chci, není problém*“. Za nejdůležitější pro terapii považuje najít sílu sám v sobě „*vydržet*“.

Respondentka B

Pohlaví: Žena

Věk: 55 let

Diagnóza: Hemiparéza a afázie z důvodu cévní mozkové příhody, která se vyskytla u respondentky před čtyřmi roky.

Respondentka během rozhovoru působila poněkud nervózně, i přesto ale velmi ochotně odpovídala na otázky a spolupracovala. Vzhledem k jejím odpovědím a celkovému životnímu postoji se zdála být v dobrém psychickém rozpoložení.

Oblast terapeutická

Respondentka navštěvuje individuální i skupinovou terapii. Na individuální terapii dochází do ambulance klinického logopeda „*jednou v týden*“. Na otázku, jak dlouho s logopedem spolupracuje, odpověděla „*nejdříve v nemocnici, logopedka chodila za mnou, já chtěla spolupracovat, ale byla unavená, pláč*“. Respondentka byla hospitalizována po dobu „*asi 4 měsíce*“ na rehabilitačním oddělení nemocnice, kde probíhala logopedická terapie

u lůžka. Od doby, co byla propuštěna do domácího prostředí, dochází do ambulance klinického logopeda sama po dobu „asi rok.“ S přístupem logopeda i s terapií afázie je spokojená. Vzhledem k dobré zkušenosti s logopedickou intervencí jí byla logopedem doporučena skupinová terapie. V místě jejího bydliště není skupinová terapie realizována, tudíž se jí účastní pouze v rámci pobytu v rehabilitačním zařízení, ve kterém se jednou ročně po dobu čtyř týdnů věnuje intenzivní rehabilitaci „řeči a ruky“. Jak uvádí, „příště, tam v ústavu“ hodlá se skupinové terapie opět zúčastnit.

Oblast rodinné podpory

Respondentka je vdova. Má tři děti v dospělém věku. Dle jejích slov ji rodina v terapii „podporuje.“ Nejčastěji je v kontaktu se svou dcerou, se kterou bydlí ve společné domácnosti v rodinném domě. Na terapie do ambulance klinického logopeda dochází bez doprovodu rodinných příslušníků „dcera nemocná, nemůže, další dcery daleko.“ Několikrát během týdne se věnuje cvičení logopedických cvičení dle instrukcí logopedky v domácím prostředí. Nejčastěji komunikuje a ve zlepšování komunikační schopnosti ji pomáhá „rodina a mám okruh blízkých přátel, jsem přátelská“.

Oblast sociální

Před onemocněním pracovala jako vychovatelka v mateřské škole. V současné době pobírá invalidní důchod. Do zaměstnání by se chtěla vrátit, ale je si vědoma toho, že vzhledem k onemocnění to do budoucna již nebude možné, zejména na tuto pozici „vychovatelka už ne“. Od nového roku je domluvena, že nastoupí do mateřské školy na pracovní pozici školnice „nevím, jeden, dva dny v týden“. Vzhledem k tomu, že respondentka byla sdílná a komunikace jí nečinila problémy, položili jsme jí také otázku týkající se její volnočasové aktivity. Před onemocněním měla respondentka ráda „výlety na kole, kino.“ Teď již tráví čas převážně v domácím prostředí „dívám se na televizi, čtu, práce na zahradě“. Předpokládali jsme tudíž, že se zálibám, které uvedla před onemocněním, nevěnuje právě z důvodu nemoci, ale sama respondentka vzniklé onemocnění nepovažuje za onen důvod a uvádí, že svůj čas věnuje dceři, která je nemocná a chce jí být plně k dispozici.

Nejvíce respondentku v pokračování terapie afázie a zlepšování komunikační schopnosti motivuje potřeba soběstačnosti a samostatnosti „pečuji o ni a chci, aby měla má dcera plnohodnotný život.“ Na otázku, co jí nejvíce pomáhá, odpovídá „moje dcery, blízcí přátelé“. Za nejdůležitější vlastnost pro terapii považuje „moje vůle bojovat, odhodlání, nevzdát.“ Velkou úlohu ve zlepšování zaujímá „optimismus života“.

Respondent C

Pohlaví: Muž

Věk: 62 let

Diagnóza: Hemiparéza a afázie v důsledku cévní mozkové příhody prodělané respondentem před pěti lety.

Respondent byl při vedení rozhovoru klidný. V jeho průběhu se rozmluvil. Porozuměl všemu, co mu bylo řečeno. Vzhledem k narušené fluence mluvy mu byl dán dostatek času pro odpověď.

Oblast terapeutická

Respondent pravidelně navštěvuje individuální i skupinovou terapii. Na individuální terapii v ambulanci klinického logopeda je přítomen „jednou za dva týdny.“ Časově se individuální terapie afázie účastní po dobu „několik let“. Prvotně spolupracoval s logopedem již během hospitalizace v nemocnici, ale jak sám uvádí „já si na to období moc nevzpomínám, asi dvakrát“. Poté strávil měsíc v lázních, kde probíhala rehabilitační a logopedická péče každodenně. S individuální terapií a přístupem logopeda vůči své osobě je a byl spokojený. Klinický logoped mu doporučil a informoval jej o skupinové terapii, ke které nemá žádné výhrady.

Oblast rodinné podpory

Respondent je ženatý. S manželkou žije ve společné domácnosti „už dvacet pět let“. Jejich manželství je bezdětné. Manželka ho podporuje po celou dobu terapie afázie. Během logopedické terapie není v ambulanci klinického logopeda s manželem přítomna, avšak komunikuje s logopedem téměř vždy po jejím skončení. Jak respondent uvádí dále, s manželkou doma „denně cvičím, ale jde to pomalu.“ Také právě manželka je jeho nejčastějším komunikačním partnerem „manželka mi bez velkých obtíží rozuměla celou dobu.“

Oblast sociální

V minulosti byl respondent zaměstnán na pracovní pozici dělníka ve stavební firmě. Pracovní poměr byl nucen ukončit z důvodu onemocnění, neboť pro fyzickou náročnost této manuální práce již nemohl v zaměstnání nadále pokračovat. Nyní pobírá invalidní důchod. I vzhledem k jeho věku jsme mu položili otázku, zda by se chtěl do zaměstnání vrátit. Odpověděl „ano mám rád práci, teď já méněcenný.“ Předpokládáme, že příčina nemožnosti

návratu do zaměstnání netkví v afázii nýbrž, vzhledem k pracovní náplni respondenta, v postižení hybnosti pravé poloviny těla. Zajímala nás a z logického hlediska následovala otázka trávení volného času. Respondent uvedl, že ve svém volnu, kdy nedochází na rehabilitace, rád chodí „s manželkou na vycházky, nákupy.“ Nevyhýbá se také společnosti cizích lidí a setkává se s kolegy z práce. Dodává, že před onemocněním z důvodu časové vytíženosti do společnosti příliš často nechodil. Příští rok „v plánu dovolená.“

Na otázku, co ho nejvíce motivuje pokračovat v terapii nadále, odpověděl „skupinová setkání, kde jsme spolu s ostatními se stejným postižením.“ Nejvíce mu ve zlepšování komunikační schopnosti pomáhá „každý den cvičit mluvit a mluvit“. Za nejdůležitější pro terapii považuje „přísnost na sebe.“

Respondent D

Pohlaví: Muž

Věk: 50 let

Diagnóza: Afázie zapříčena cévní mozkovou příhodou před pěti lety.

Respondent rozuměl všem položeným otázkám, ačkoliv bylo některé z nich zapotřebí opakovat. Respondent působil během rozhovoru strnule, na otázky odpovídal jednoslovně či pouze jednou větou.

Oblast terapeutická

Respondent navštěvuje individuální i skupinovou terapii. Na individuální terapii afázie do ambulance klinického logopeda dochází „jednou za tři týdny“. V minulosti docházel na individuální terapie častěji, jednou za týden, ale vzhledem ke zlepšení jeho komunikační schopnosti a pracovní vytíženosti se domluvil na setkání s logopedem jednou za tři týdny. S průběhem terapie a přístupem logopeda je spokojen. Byla mu doporučena skupinová terapie, na kterou pravidelně dochází jednou týdně. Na otázku, zda je něco, co by mu během terapie scházelo, uvedl „nemám pocit“.

Oblast rodinného zázemí

Respondent je ženatý, má dospělého syna. Rodina a rodinní příslušníci ho v terapii podporují „a často navštěvují.“ Manželka se terapie afázie neúčastní, ale komunikuje s logopedkou. Od počátku onemocnění s respondentem dle jejích pokynů cvičí doma, „pomáhá mi se čtením i psaním.“ Nejčastěji komunikuje s „manželka, syn, moji rodiče, manžely, sestry“. Můžeme se tedy domnívat, že rodinné zázemí respondenta je v tomto

případě široké. Zároveň respondent dodává, že návštěvy rodinných příslušníků jsou pro něj důležité, „*pomáhají mi získat větší jistotu v mluvení.*“

Oblast sociální

Respondent je zaměstnaný, pracuje v počítačové firmě jako počítačový programátor, na stejné pracovní pozici, kterou zaujímal před onemocněním. Přesto k této otázce uvádí, že „*největší vliv mělo postižení na práci*“. Delší dobu po cévní mozkové příhodě byl v pracovní neschopnosti. V současnosti je již několik měsíců zpátky v zaměstnání, pracuje a jak uvádí „*zvládám práci bez obtíží.*“ Co se týče volného času, je jeho největší koníček, z důvodu pracovní vytíženosti, „*rodina.*“

Odpovědí na otázku, co ho nejvíce motivuje ve zlepšování komunikační schopnosti, je „*rodina, práce*“. A odpověď na otázku, co mu v terapii nejvíce pomáhá, je obdobná, „*manželka, je má největší opora, hraní na počítači se synem každý den.*“

Respondentka E

Pohlaví: Žena

Věk: 63 let

Diagnóza: Afázie v důsledku cévní mozkové příhody vzniklé před devíti lety.

Respondentka byla velmi ochotná na dané téma hovořit, což se projevilo i při rozhovoru, během kterého působila otevřeně, uvolněně. Otázky nebylo zapotřebí opakovat, odpovídala plynule.

Oblast terapeutická

Respondentka navštěvuje individuální i skupinovou terapii afázie. Frekvence návštěv se v ambulanci klinického logopeda snižují. Ze začátku terapie docházela k logopedovi „*dvakrát za týden.*“ V současnosti se účastní individuální terapie „*jednou za dva týdny.*“ Na otázku, jak dlouho již individuální terapii navštěvuje, nebyla schopna přesně odpovědět „*několik, dost let*“. S přístupem logopeda je spokojená, jak uvádí „*neměnila bych*“. Na základě této pozitivní zkušenosti a doporučení klinického logopeda se rozhodla účastnit se skupinových setkání, která navštěvuje jednou za čtrnáct dní.

Oblast rodinné podpory

Respondentka je vdaná. Má dvě dcery. Nejen manžel, ale i její dcery ji během terapie podporovaly a stále podporují, „*ale mají toho moc, teď si voláme hlavně.*“ Manžel je pro ni

velkou oporou i v oblasti terapie, neboť jak respondentka uvádí, „*pomáhá mi i s cvičením komunikace*“. Zároveň není jediný, s kým respondentka procvičuje a zlepšuje své komunikační schopnosti. Mimo ambulanci klinického logopeda ji s logopedickými cvičeními pomáhá její kamarádka z bývalé práce, která v minulosti vedla v mateřské škole logopedický kroužek.

Oblast sociální

V minulosti pracovala respondentka na pozici učitelky v mateřské škole. Po onemocnění již nemohla v práci dále pokračovat, „*musela jsem skončit*“. Následně pobírala invalidní důchod. S kolegyněmi z práce zůstala i nadále v kontaktu. Označuje je za své blízké kamarádky a dodává, že do práce teď chodí „*na kafičko, to, že tam mohu zajít, mi pomáhá psychicky*“. Co se týká volného času, uvedla respondentka, že si ráda zajde s kamarádkami „*do kina, posedět*“. Jak uvádí v tomto případě „*to se nezměnilo*“.

Nejvíce ji k pokračování v terapii a neustálému pracování na sobě motivuje její blízké okolí „*manžel, rodina, přítelkyně*“. Na otázku, co jí pomohlo a stále pomáhá ve zlepšování komunikační schopnosti, uvedla „*denně cvičit, pokud denně necvičím, zhoršuje se to*“. Za svůj pro terapii nejdůležitější osobnostní rys považuje „*nevzdat to*“.

Respondent F

Pohlaví: Muž

Věk: 70 let

Diagnóza: Afázie a monoparéza končetiny v důsledku prodělané cévní mozkové příhody před sedmi lety.

Respondent během rozhovoru nebyl příliš sdílný. Jak uvedl „*mám dnes špatný den*“. Z toho důvodu byl rozhovor s respondentem stručný, a ptali jsme se pouze na ty nepodstatnější a pro výzkum předmětné otázky.

Oblast terapeutická

Na terapii respondent nedochází. Jak uvádí, je to z toho důvodu, že „*je to daleko, tak tam už nedojezu, dochází síly, nemůžu už na ty nohy, tak jako dřív*“. Předtím však terapii navštěvoval a to jak individuální, tak i skupinovou. S logopedkou byl spokojený, zejména v nemocnici - „*to ona to organizovala, jinak se od personálu moc nedozvíte*“. Význam logopeda demonstroval respondent několika odpověďmi v rozhovoru: „*hezky se mnou mluvila, pak to šlo vše samo, dávala naději, pochválila, to bylo dobrý*“.

Oblast rodinné podpory

Respondent je ženatý, má dceru, se kterou sdílí rodinný dům. Rodina ho podporovala „*snažili se mi pomáhat, mluvit*“. Manželka nebyla na individuální terapii v ambulanci klinického logopeda přítomna, s logopedem však komunikovala, jak uvádí respondent, „*ona nám řekla věci, co cvičit, třeba takový jednoduchý věci*“. Na otázku, kdo mu s logopedickými cvičeními pomáhá v domácím prostředí, odpověděl, „*cvičil jsem čísla s manželkou, každý den*“.

Oblast sociální

Vzhledem k důchodovému věku respondenta naše otázky nesměřovaly k zaměstnání, ale k volnočasovým aktivitám. Jak uvádí respondent: „*rád sleduji sport, sportovní programy, ale jinak ne.*“ Před onemocněním rád sportoval, „*ale teď už ta hybnost, to nejde.*“ S přáteli rád hrával a stále hraje stolní hry.

Na otázku, co ho nejvíce motivuje v zlepšování komunikační schopnosti, odpověděl „*jsem musel, zvednout a zase bojovat, a zase zkoušet vyhrát, tak to mi pomohlo, naprosto.*“ Nejdůležitější je dle respondenta „*mluvit, mluvit, mluvit, uvědomil jsem si, že chci mluvit, ještě můžu ukázat, jak jsme to měli.*“ Po té dodal „*a dělat si srandu ze sebe*“. Za svůj nejdůležitější osobnostní rys považuje „*síla, no nepoddát se, denně cvičit.*“

Respondent G

Pohlaví: Muž

Věk: 70 let

Diagnóza: Monoparéza a afázie zapříčiněná cévní mozkovou příhodou vzniklou před deseti lety.

Respondent s účastí na rozhovoru ochotně souhlasil. Během rozhovoru nebyl nervózní, působil uvolněně, byl sdílný, na některé otázky se rozpovídal. Všem otázkám položeným během rozhovoru rozuměl a plynule na ně odpovídal.

Oblast terapeutická

V současnosti respondent navštěvuje skupinovou terapii. Na individuální terapii do ambulance klinického logopeda již nedochází. Individuální terapie u respondenta začala až po návratu z nemocnice, kde byl po nějaký čas hospitalizován a „*kde logoped nebyl*“. Následně byla zahájena individuální terapie afázie s klinickým logopedem v ambulanci, která trvala, jak respondent uvádí: „*dlouho jsem chodil, asi dva roky*“. S terapií a s přístupem klinického

logopeda byl respondent „*spokojen, velmi spokojen*“ a sám si není vědom, že by mu něco během terapie scházelo. Na základě této vlastní pozitivní zkušenosti s terapií a doporučení skupinové terapie logopedkou se rozhodl navštěvovat skupinovou terapii. S tou je také velice spokojen, jak uvádí „*povídáte si tam, nebojíte se*“. Zajímavé bylo také, že respondent zmínil několikrát během rozhovoru i další odborníky – zejména ergoterapeuta a fyzioterapeuta, které považuje v rámci komplexní rehabilitace za významné složky terapie. A předpokládáme, že má s nimi i dobrou zkušenost.

Oblast rodinné podpory

Respondent je ženatý, má syna a dva vnuky. Rodina ho v terapii afázie podporuje, nejvíce jeho manželka, která jak dodal respondent „*je zlatá ženská*“. A je to právě manželka, se kterou respondent komunikuje nejvíce: „*každý den hodinu a půl hrajeme karty, žolíka*“. A i přesto, že na terapii afázie v ambulanci klinické logopedky nebyla přítomna, pomáhala a pomáhá respondentovi s logopedickými cvičeními doma, dle respondenta „*denně*“.

Oblast sociální

Respondentovo povolání byla v minulosti pozice elektrikáře. V současnosti je v důchodu. Cévní mozková příhoda ho zastihla v době, kdy již nepracoval „*to už jsem byl v penzi*“. Vzhledem k jeho důchodovému věku nepředpokládáme, že by zvažoval opětovný návrat do zaměstnání, a proto další otázky týkající se zaměstnání byly pro nás v rozhovoru bezpředmětné. Dotázali jsme se ho tudíž na trávení volného času, který, jak uvádí, tráví se svými vnuky. Zejména „*ten mladší, to je zábava*“.

Na otázku, co ho nejvíce motivuje ve zlepšování komunikační schopnosti, s humorem odpověděl, že „*v mojich letech už nic, vnuk, ale ještě, že mám manželku, která mi ve všem pomáhá*“. Nejvíce mu ve zlepšování komunikační schopnosti pomáhá „*mluvit, mezi sebou, s kamarádem kecáme a cviky, dělat něco navíc, křížovky*“. Dále uvedl „*nejvíce vám musí pomoci rodina*“. Za nejdůležitější osobnostní predispozici pro úspěšnost terapie afázie považuje „*věřit si sobě*“.

Respondent H

Pohlaví: Muž

Věk: 45 let

Diagnóza: Afázie a hemiparéza získaná následkem cévní mozkové příhody před třemi roky.

Respondent byl během rozhovoru klidný. Byl vstřícný a odpověděl na všechny položené otázky.

Oblast terapeutická

Respondent navštěvuje individuální i skupinovou terapii. Na terapii afázie dochází čtyřikrát do týdne. Dvakrát týdně je přítomen na individuální terapii v ambulanci klinického logopeda. Jednou za týden dochází terénně k respondentovi do domácnosti logopedka. A jednou týdně doplňuje respondent tyto individuální terapie o skupinovou terapii v klubu afázie pro osoby s afázií. S klinickým logopedem spolupracuje již od počátku svého onemocnění. Na otázku, jak dlouho, uvedl respondent „asi 3 roky.“ S přístupem a chováním klinické logopedky vůči své osobě je spokojený, a právě ona ho informovala o skupinových setkáních osob s afázií. Zároveň uvádí „nedá se říct“, že by něco na přístupu logopeda během terapie změnil.

Oblast rodinné podpory

Respondent je ženatý, má dvě děti. Rodina ho v terapii plně podporuje. V prvních měsících terapie afázie bývala v ambulanci klinického logopeda při logopedické intervenci přítomna i respondentova manželka. Momentálně již ne - „chodí do práce.“ I přesto ale respondentovi s logopedickými cvičeními doma pomáhá a respondent cvičí sám či s manželkou vždy „večer, čtyřikrát do týdne.“

Oblast sociální

V současnosti je respondent nezaměstnaný. Pobírá invalidní důchod. V minulosti byl vystudován a pracoval jako chemik. Nyní se chce do zaměstnání vrátit, ale vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, který mu neumožňuje vrátit se zpět na tuto pracovní pozici, nově jako „kavárník“. Dodává: „na podzim plánuji, nevím, jak se to povede, zatím jedenkrát do týdne.“ Co se týče trávení jeho volného času a koníčků, jsou jimi především jeho školou povinné děti.

A právě děti a rodinu považuje respondent za svou největší motivaci, která ho nutí pokračovat i nadále nejen pouze ve zlepšování komunikační schopnosti. Na otázku, co mu nejvíce pomáhá ve zlepšování komunikace, odpověděl jednoslovně „mluvit.“ Nakonec rozhovoru dodává a hlavně „přinutit se.“

Respondent Ch

Pohlaví: Muž

Věk: 80 let

Diagnóza: Afázie vzniklá v důsledku cévní mozkové příhody před více než půl rokem.

Respondent byl velmi ochoten se rozhovoru zúčastnit. Vzhledem k jeho typu afázie bylo zapotřebí některé otázky opakovat. Snažili jsme se respondentovi klást otázky krátké a nezahlcovat ho dlouhými souvětími.

Oblast terapeutická

V současnosti respondent navštěvuje individuální i skupinovou terapii. Obojí navštěvuje jednou do týdne. Do ambulance klinického logopeda dochází „čtvrt, půl roku“, neví zcela přesně. S terapií afázie a s přístupem klinické logopedky v ambulanci je spokojen. Byla to právě ona, kdo ho informoval o skupinové terapii. Vzhledem ke kladné zkušenosti s individuální logopedickou terapií a na základě doporučení logopedky („*doporučila mi chodit mezi lidi*“) se rozhodl skupinovou terapii navštívit. Momentálně byl na skupinovém sezení přítomen pouze párkrát, ale hodlá v něm i nadále pokračovat.

Oblast rodinné podpory

Respondent je ženatý, s manželkou má jednoho syna. Z rozhovoru a z chování respondenta bylo zřejmé, že je syn zaneprázdněný a nemá zřejmě tolik času, jak by si respondent přál. Manželka však respondenta v terapii afázie podporuje. Na terapii v ambulanci klinického logopeda ale přítomna nebývá a s logopedickými cvičeními respondentovi nepomáhá, když respondent cvičí doma, tak sám.

Oblast sociální

V současnosti je respondent v důchodu. Jeho celoživotní profesí byl hudebník. Účinkoval v divadle. Vzhledem k důchodovému věku nám otázky týkající se návratu do zaměstnání připadaly bezpředmětné a rovnou jsme se zeptali na jeho trávení volného času. Respondent uvedl, že svůj volný čas trávil na chatě, která byla zároveň jeho koníčkem. Tu byl však z důvodu onemocnění a současného zdravotního stavu nucen prodat, jak uvádí „*se to nestočilo.*“

Na otázku, co ho nejvíce motivuje pokračovat v zlepšování komunikační schopnosti, odpověděl „*musím pořád něco dělat.*“ Nejvíce mu ve zlepšování komunikační schopnosti

pomáhá „*povídat si, nemám s kým, kamarádi odešli, trochu to vážne, se synem vážne.*“ Za nejdůležitější pro terapii považuje „*snažit se.*“ A ještě k tomu dodává „*zdraví.*“

Respondent I

Pohlaví: Muž

Věk: 62 let

Diagnóza: Afázie a hemiparéza zapříčiněná cévní mozkovou příhodou před dvěma roky.

Vzhledem k typu afázie a obtížnosti při vyjadřování jsme respondentovi položili pouze několik podstatných otázek pro naše výzkumné šetření.

Oblast terapeutická

V současnosti navštěvuje respondent individuální i skupinovou terapii. Na individuální terapii dochází do ambulance klinického logopeda jednou, v časovém intervalu jedenkrát do týdne. Skupinové terapie se účastní jednou za čtrnáct dní. Na individuální terapii afázie dochází již po dobu jednoho a půl roku. Je s ní spokojený. S přístupem klinické logopedky je spokojený taktéž „*jo, nemůžu říct, všechno dobrý*“. A právě na základě doporučení a dobré zkušenosti logopedky se rozhodl pro účast na skupinových setkáních klubu afázie.

Oblast rodinné podpory

Respondent je ženatý, má dvě děti. Rodina respondenta v terapii podporuje „*samozřejmě, že mě podporují, ale když to trvá dlouho, přestáváte tomu věřit.*“ Na terapii do ambulance klinické logopedky dochází sám. Sám také v domácím prostředí cvičí logopedická cvičení a pracuje na zlepšování své komunikační dovednosti.

Oblast sociální

V současnosti je respondent v důchodu. V minulosti bylo jeho povoláním prodejce. Vzhledem k tomu, že ho cévní mozková příhoda zasáhla v době, kdy byl ještě pracovně aktivní, položili jsme mu otázku, zda by se chtěl do zaměstnání opětovně vrátit. Odpověděl: „*nedoufám, že se vrátím, ale chtěl bych pracovat doma.*“ Z rozhovoru s respondentem bylo patrné, že více než problém s komunikací, tedy afázie, ho trápí narušená motorika končetiny: „*přál bych si, abych měl s částí použitelnou.*“. Z rozhovoru bylo patrné, že bych chtěl zastat více práce v domácnosti.

Jeho největší motivací je touha zlepšit se: „*chci, chci se zlepšovat.*“ Nejvíce mu v zlepšování komunikační schopnosti pomáhá „*mluvit, ale tuším, že to bude dobrý, teď ruku.*“

Respondentka J

Pohlaví: Žena

Věk: 52 let

Diagnóza: Trpí afázií a hemiparézou po cévní mozkové příhodě, která ji postihla před dvěma roky.

Vzhledem ke kombinované narušené komunikační schopnosti respondentky byly zvoleny ty nejpodstatnější otázky pro náš výzkum. Respondentka měla problém s vyjadřováním. Poskytli jsme jí dostatek času pro odpověď a jelikož jsme její výpověď nechtěli ve výzkumném šetření opomenout, uvádíme zde i tento stručný rozhovor.

Oblast terapeutická

Respondentka dochází na individuální i skupinovou terapii. Obě z těchto terapií navštěvuje jednou za týden. Do ambulance klinického logopeda dochází po dobu roku a půl či dvou let - respondentka si není jistá. S přístupem a chováním klinické logopedky vůči své osobě je spokojená. Na základě dobré spolupráce s ní jí byla doporučena skupinová terapie a respondentka se proto následně rozhodla pro účast na skupinových setkáních klubu afázie.

Oblast rodinné podpory

Respondentka je vdova, má jednu dceru. Podle výpovědi respondentky bydlí „*daleko.*“ S dcerou tedy zůstává v kontaktu převážně přes telefon. Na terapii do ambulance klinického logopeda dochází sama. Doma podle instrukcí klinického logopeda cvičí také sama, ale jak uvádí „*nejde a nejde.*“

Oblast sociální

V současnosti je respondentka v invalidním důchodu. Před onemocněním pracovala jako podnikatelka. Vlastnila několik obchodů s látkami. Co se týče volnočasových aktivit, tráví většinu svého času „*doma.*“ Na otázku, co jí nejvíce pomáhá v zlepšování komunikační schopnosti, odpověděla „*cvičit, mluvit.*“ Překvapivou odpovědí na závěr byl důvod její motivace v terapii pokračovat, a tím je „*skupina.*“ Domníváme se, že měla na mysli terapeutickou skupinu osob s afázií.

5.5 Závěry výzkumného šetření

Pro odpověď na námi položenou výzkumnou otázku, jejímž cílem bylo zjistit, které faktory dle subjektivních názorů osob s afázií nejvíce podporují terapii afázie, byly vytvořeny dílčí cíle specifikující vždy jeden faktor. Shrnutí jejich výsledků uvádíme v této podkapitole.

Prvním stanoveným dílčím cílem bylo zjistit, zda rodinné zázemí a podpora z něj pramenící má pozitivní vliv na terapii afázie a přispívá k zlepšení komunikační schopnosti. Při stanovení tohoto výzkumného cíle jsme se opírali o předpoklad, že jedinec, který byl aktivní ve specifickém sociálním prostředí a byl jeho součástí před vznikem události vedoucí k afázii, bude následně v průběhu terapie ovlivňován rovněž svým sociálním prostředím. To bude mít vliv na terapii i rekonvalescenci a následně dokáže tento jedinec důležité vlastnosti pramenící z tohoto prostředí subjektivně ohodnotit. Na námi položenou otázku týkající se podpory rodinných příslušníků během terapie afázie jsme získali od všech jedenácti respondentů pouze kladné odpovědi. I přesto, že z výzkumného vzorku bylo devět respondentů ve svazku manželském a dvě respondentky byly ovdovělé, všichni odpověděli bez zaváhání, že je rodina během terapie afázie podporuje. Šest respondentů, kteří jsou v manželském svazku, uvedlo, že jejich nejčastějším komunikačním partnerem je právě jejich životní partner, který jim pomáhal či pomáhá i s logopedickými cvičeními v domácím prostředí. Z výpovědí zbylých dvou respondentů ve svazku manželském bylo zřejmé, i když nepopíráme význam kladné odpovědi na otázku podpory rodiny, z celkového postoje a z odpovědí na další otázky jisté narušení sociálních vztahů. Na otázky týkající se rodiny odpovídali tito dva respondenti pouze jednoslovně. Rodina či životní partner se ve více jejich odpovědích již nevyskytovali. I přesto na základě rozboru všech odpovědí respondentů z rozhovorů bylo zřejmé, že pomoc a podpora rodinných příslušníků je pro osoby s afázií během její terapie neodmyslitelným faktorem. Tudíž je možné potvrdit předpoklad rodiny jako faktor stimulační, motivující a podporující komunikační schopnosti osob s afázií. Na základě výpovědí několika respondentů se domníváme, že bychom mohli tuto oblast rozšířit i na blízké sociální okolí osoby s afázií, neboť předmětem odpovědi několika respondentů se stali přátelé či kolegové z práce, a to především v otázce týkající se komunikačního partnera.

Dalším námi stanoveným dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje přístup logopeda k osobě s afázií terapii afázie a s tím související zlepšení komunikační schopnosti. Z odpovědí respondentů nelze konkrétně vysledovat, jaký přístup při terapii afázie vůči osobě s afázií klinický logoped zvolil. A také se domníváme, že přístup, který vyhovuje jedné

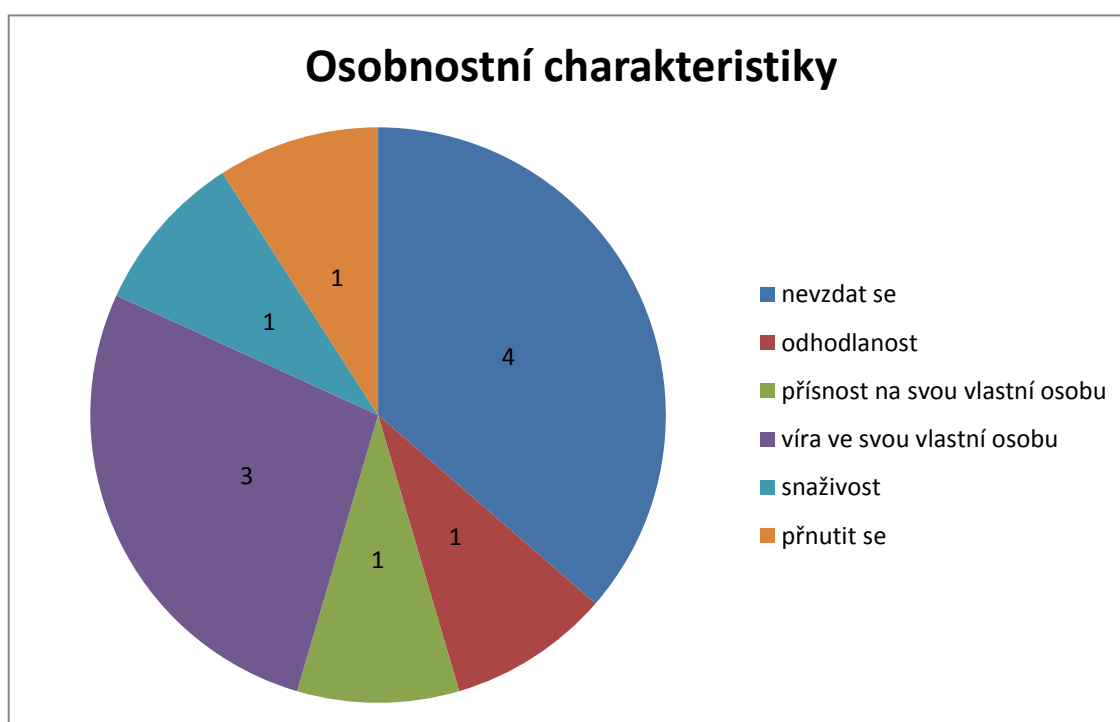
individualitě, nemusí rovněž vyhovovat druhé, proto nás zajímal a byl pro nás důležitý subjektivní názor osob s afázií na spokojenost s přístupem logopeda vůči jejich osobě. Všechny jedenáct oslovených respondentů, kteří se v minulosti účastnili či v současnosti účastní individuální terapie afázie, bylo a je s přístupem a chováním klinického logopeda spokojeno. Jeden respondent byl s přístupem klinické logopedky dle jeho slov „*velmi, velmi spokojen.*“ Na námi položené otázky blíže specifikující chování logopeda odpověděli respondenti kladně a s jeho přístupem vůči jejich osobě byli taktéž spokojeni. Dle výpovědí respondentů jsme dospěli k závěru, že kliničtí logopedi, kteří s nimi pracují, je respektují jako osobnosti a přistupují k nim jako k sobě rovným. Zároveň jsme z odpovědí na otázky týkající se přístupu klinického logopeda vysledovali závěr dalšího dílčího cíle.

Ten spočíval v zjištění, zda předchozí zkušenost s terapií afázie má vliv na terapii afázie do budoucna. Z jedenácti respondentů deset z nich uvedlo, že byli klinickým logopedem informováni o skupinové terapii. Pouze jednomu respondentovi nebyla skupinová terapie doporučena, ale vzhledem k jeho výpovědi krátkodobé účasti na individuální terapii, se lze domnívat, že klinický logoped nestihl respondenta informovat nebo se skupinová terapie v blízkosti jeho bydliště nenachází. Všechny zbývajících deset respondentů informovaných o skupinové terapii se rozhodlo pro účast a v minulosti či v současnosti byli či jsou na skupinové terapii přítomni. Na základě odpovědí respondentů jsme dospěli k závěru, že předešlý faktor, kterým je přístup klinického logopeda v souvislosti s pozitivní zkušeností s individuální terapií afázie, je předpokladem k účasti osoby i na jiné formě terapie afázie. V našem konkrétním případě k návštěvě a pravidelné účasti na skupinových setkáních osob s afázií v klubech pro osoby s afázií, v rámci kterých tato skupinová terapie probíhá. Jen bychom doplnili, že účast na skupinových setkáních je dobrovolná. Bohužel dostupnost setkání je značně omezená.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit předmět motivace osob s afázií během terapie a jejich motivace k pokračování zlepšování komunikační schopnosti. Odpovědi respondentů se na námi položenou otázku motivace příliš nelišily a my jsme vysledovali pouze tři možnosti odpovědí. Pět z našich respondentů považuje za největší motivační činitel během terapie rodinu. Pro další čtyři respondenty je největší motivací navrácení původních komunikačních schopností a fyzického stavu. Poslední a pro nás překvapivou odpovědí byla skupina, kterou uvedli dva respondenti jako nejvýznamnějšího motivačního činitele.

Posledním dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, které osobnostní charakteristiky jsou pro osobu s afázií nejvýznamnějším faktorem, který přispívá ke zlepšení komunikační schopnosti. Respondentům jsme dali prostor, aby sami vyjádřili, co jim podle jejich názoru ke zlepšení

komunikačních dovedností nejvíce pomáhá. Na tuto otázku nám nezávisle na sobě devět z jedenácti respondentů odpovědělo, že jim nejvíce pomáhá „*mluvení a komunikace*“. Na základě této výpovědi se tedy domníváme, že nejvíce si respondenti mohou pomoci do jisté míry sami. Vyvarovat se rezignaci na svůj současný zdravotní stav a zmobilizovat všechny své vnitřní síly. Dva respondenti na tuto otázku odpověděli, že jim nejvíce pomáhá rodina. V čemž shledáváme jistou souvislost, neboť právě životní partner je nejčastějším komunikačním partnerem, s kterým osoba s afázií mluví a komunikuje. Zajímavým zjištěním bylo, že nikdo z respondentů v odpovědi na tuto otázku neuvedl logopeda, individuální logopedickou terapii či jiného odborníka. Ale vraťme se k původnímu předmětu tohoto cíle, jímž byly osobnostní charakteristiky jedince. V této oblasti byly odpovědi respondentů různé. Ačkoliv se některé jejich výpovědi lišily, vzájemně se nevylučovaly. Pro rozdílnost výpovědí, uvádíme jejich přehled v následujícím grafu, ve kterém jsme zaznamenali možnost a četnost jednotlivých odpovědí na otázku osobnostních charakteristik podstatných pro zlepšení komunikační schopnosti:



Graf č. 1. Nejvýznamnější osobnostní charakteristiky

Nejvyšší četnost byla zaznamenána u výpovědi nevzdávat se. Nevzdávat se, vydržet, být silný, jsou odpovědi, které mají podle nás co do činění s motivací osoby s afázií. A za tu během terapie afázie považuje necelá polovina respondentů právě rodinu. Jako druhá nejčastější odpověď byla zaznamenána u respondentů víra ve svou vlastní osobu. Další odpovědi již byly u jednotlivých respondentů individuální.

Jsme si vědomi toho, že vzorek respondentů byl objemově malý a výsledky výzkumu nebyly srovnány s reálnými a konkrétními výsledky logopedické terapie, avšak vzhledem k značně různým vstupním podmínkám lze obtížně srovnávat nejen výsledky jednotlivých respondentů, ale i jejich odpovědi mezi sebou. Zatímco například u jedné osoby s afázií může být určitý progres úrovně komunikační schopnosti výsledkem dlouhodobé cílevědomé práce, u jiného může stejný výsledek svědčit o malém zájmu. Jak uvádějí Kutálková, Palodová (2007), „úspěšnost v reedukaci afázie je spíše stav duše než změřitelná hodnota.“

5.6 Diskuze

Vzhledem k odpovědi na výzkumnou otázku, která zněla: *Které faktory podporují terapii afázie nejvíce?* lze na základě analýzy odpovědí osob s afázií a jejich četnosti konstatovat, že faktory, které nejvíce podporují osobu s afázií jsou rodina, rodinní příslušníci a samotná osoba s afázií. Domníváme se, že pokud má osoba s afázií kolem sebe podporující rodinné prostředí, znamená to pro ni výhodu nejen v počátcích onemocnění, v ideálním případě i počátku terapie, ale také v průběhu terapie, neboť rodina je zároveň značnou motivací v pokračování zlepšování komunikační schopnosti i nadále. Každopádně nelze osoby s afázií zbavit odpovědnosti a domnívat se, že v případě nefungující rodiny nebude terapie tak úspěšná. Právě proto a zejména v tomto případě hraje pro jedince podstatou roli, jeho vlastní síla a víra v sebe sama, protože, jak respondenti uvádějí, nejvíce jim při zlepšování komunikační schopnosti pomáhá mluvit, mluvit, mluvit a to musí pouze oni sami, nikdo jiný to za ně udělat nemůže. Co se týče přístupu logopeda a předešlé zkušenosti s terapií, tak tyto faktory jsou námi vnímány jako faktory podporující využití i jiných forem terapie afázie do budoucna. Na základě našich výsledků vyvstává otázka, do jaké míry jsou námi zkoumané faktory ovlivnitelné klinickými logopedy?

Bezesporu je jisté, že přístup logopeda a předešlá zkušenost s terapií je plně v kompetenci logopeda, ale faktory, kterými jsou rodina a rodinné zázemí či osobnostní faktory jsou logopedy stěží ovlivnitelné. I přesto to terapeuty ani samotné osoby s afázií nezabavuje zodpovědnosti za maximální úsilí při návratu komunikačních schopností na nejlepší dosažitelnou úroveň. Naopak to na ně klade ještě větší nároky, neboť práce s osobami s afázií je velmi náročná a nároky na osoby, které se tímto onemocněním zabývají, jsou vysoké. Klinický logoped, který provádí terapii, musí mít osobní předpoklady i z důvodu, že zaujímá roli rádce, pomocníka v počátcích terapie afázie, kdy je s osobou v pravidelném kontaktu. Pokud to logopedovi časový prostor terapie dovolí a v případě pochybností o spolupráci rodiny může zmapovat rodinné vztahy a pokusit se aktivně zapojit rodinné příslušníky do terapie. Je zřejmé, že by měl logoped usilovat o co největší rozvoj komunikační schopnosti v co největší míře a neopomíjet možné bariéry afatiků s okolím. Je důležité, aby vnímal osobu s afázií komplexně jako jedinečnou bytost a soustředil logopedickou péči kromě rozvoje komunikační schopnosti i na oblast psychosociální a emocionální. Z toho důvodu se domníváme, že by byla velkým přínosem v teoretické části textu již zmiňovaná psychoterapeutická specializace logopeda. V praxi se s tímto druhem specializace u klinických logopedů setkáváme spíše vzácně, proto je tedy důležitá empatie

klinického logopeda a spolupráce s dalšími odborníky z oblasti psychologie či psychoterapie. V tomto případě je významná dobrá informovanost a znalost poznatků z těchto i jiných spolupracujících oborů. Některé faktory může logoped ovlivnit více než jiné, zejména profesionálním, erudovaným přístupem, správným rozhodováním ve vztahu k osobě s afázií, jeho rodině i kolegům. Je zapotřebí myslet na to, že osoba s afázií je po dobu terapie pod vlivem logopeda nikoli pod kontrolou. Vztah osoby s afázií vůči logopedovi je dán také vědomím důvěry, připojí-li se navíc ještě pocity sympatie, je tu velmi dobrý základ pro vzájemnou spolupráci, prostřednictvím které může logoped pozitivně motivovat osobu k rozhodnutí a ochotě ke změně, neboť prognóza afázie se odvíjí dozajista i od samostatného postoje osoby s afázií k onemocnění. Nelze však opomenout fakt, že bez zájmu osoby s afázií o ucelenou rehabilitaci bude jakákoliv snaha zainteresovaných odborníků bezpředmětná. Na ovlivnění těchto faktorů je třeba se v rehabilitaci a následném životě afatiků intenzivně zaměřit.

Na závěr bychom k této problematice doplnili vyjádření místopředsedkyně sdružení afázie, sama afázií trpící, která uvedla, že je během terapie afázie nutné mobilizovat veškeré své vnitřní síly, přestat se ohlížet na ostatní a pomoci si především sami, neboť nikdo jiný vám od afázie nepomůže a onu práci, týkající se zlepšování komunikační schopnosti za vás neudělá. Podstata spočívá v nerezignování na svůj současný zdravotní stav, ale v mobilizaci svých vnitřních sil. V případě psychického vyčerpání se nebát oslovit příslušného odborníka, psychologa či psychoterapeuta.

Závěr

Tato diplomová práce zkoumala celkový pohled osob s afázií vůči faktorům, které podporují terapii afázie. Jejím předmětem bylo analyzovat subjektivní názory osob s afázií na tyto faktory. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že mě zaujala možnost ověřit si, zda faktory podporující terapii afázie uváděné odborníky v mnoha publikacích, které se tomuto tématu věnují, mají opravdu takový zmiňovaný vliv na zlepšování komunikační schopnosti u osoby s afázií. Vzhledem k tomu, že se moderní afaziologie již nezaměřuje pouze na afázií jako nemoc či patologii, ale jejím předmětem je samotná osoba s afázií, o to více nás tyto faktory zajímaly.

Teoretická část diplomové práce je věnována problematice afázie. Afázie je velice závažným, komplexním postižením, které se promítá do všech oblastí života člověka. Jedná se o postižení zapříčiněné ložiskovým, nebo difúzním postižením mozku. Ve většině případů během několika minut naprosto změní život nejen postiženého, ale i všech jeho příbuzných. Teoretická část sestává ze čtyř kapitol. Obsahem první z nich jsou teoretická východiska afázie, její terminologie, etiologie, přehled symptomů a klasifikace. Druhá kapitola specifikuje diagnostiku afázie a seznamuje čtenáře s jejími zásadami, úkoly, konkretizuje jednotlivé metody diagnostiky užívané zejména v České a Slovenské republice. Ve třetí kapitole je rozpracována problematika terapie afázie, která popisuje průběh terapie v jednotlivých stádiích afázie, terapeutické přístupy, pomůcky a závěrem si pokládá otázku, zdali je terapie afázie efektivní. Čtvrtá kapitola v návaznosti na třetí kapitolu vymezuje a blíže upřesňuje jednotlivé faktory ovlivňující terapii afázie. Na základě poznatků z teoretické části i praxe jsme v této kapitole vymezili a rozpracovali nejdůležitější faktory ovlivňující terapii afázie, které se staly předmětem zkoumání.

Na základě analýzy odpovědí získaných prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s jedenácti respondenty jsme získali výsledky pro výzkumnou část diplomové práce. Analýza rozhovorů nám potvrdila podstatnou roli rodiny během terapie afázie pro osoby jí trpící. Rodina není pouze faktorem podpory, ale do jisté míry hraje svou roli také jako faktor motivace. Dalším významným zjištěním, navzdory tomu, že si to osoby s afázií nemusí uvědomovat, bylo, že důležitým článkem terapie jsou pacienti samotní, jejich síla, víra a chuť se nevzdát a nadále pokračovat v zlepšování komunikační schopnosti. Pro nás velmi zajímavým zjištěním kvalitativního výzkumu také bylo nakolik přístup logopeda a předchozí zkušenost s terapií afázie ovlivňuje motivaci těchto osob s pokračováním v terapii

do budoucna. Tyto i výše uvedené aspekty se poté odráží v celkové spokojenosti osoby s afází.

Shrnutí

Diplomová práce se zaměřuje na jednu ze získaných poruch komunikačních schopností – afázií – a na faktory podporující její terapii. První čtyři kapitoly diplomové práce jsou teoretickými východisky pro výzkumnou část. První kapitola vymezuje afázie, její terminologii, etiologii, symptomatologii, klasifikaci. V druhé kapitole je rozpracována problematika diagnostiky afázie. Tato část seznamuje čtenáře s diagnostickými metodami afázie. Předmětem třetí kapitoly je problematika její terapie. V kapitole jsou popsány zásady, úkoly a přístupy logopedické intervence. Na třetí kapitolu navazuje čtvrtá a poslední kapitola, která blíže rozpracovává jednotlivé faktory, které mají pozitivní vliv právě na terapii afázie.

Východiskem páté kapitoly je kvalitativní výzkum, jehož cílem je analyzovat faktory, které podporují terapii afázie z pohledu samotných osob s afázií. K získání potřebných informací a dosažení stanoveného cíle empirické části diplomové práce jsme uplatnili studium odborné literatury. Jsou zde charakterizována místa šetření, stanoveny dílčí cíle a je vymezena metodologie výzkumu. Bylo zpracováno jedenáct polostrukturovaných rozhovorů a proveden rozbor jejich výsledků. Na základě vlastního šetření jsme shrnuli poznatky a stanovili závěr.

Summary

The diploma thesis focuses on one of the acquired disorders of communication abilities - aphasia - and factors supporting its therapy. The first four chapters of the thesis make up the theoretical background for the research part. The first chapter defines aphasia, its terminology, etiology, symptomatology, classification. The second chapter deals with problems of aphasia diagnosis. It introduces the readers to diagnostic methods of aphasia. The subject of the third chapter is the issue of therapy. The chapter describes the principles, tasks and approaches of logopedic intervention. The third chapter is followed by the fourth and final chapter, which elaborates the various factors that have a positive effect on the therapy of aphasia.

The fifth chapter is based on qualitative research, which aims to analyze the factors that support aphasia therapy from the point of view of aphastics themselves. In order to obtain the necessary information and to achieve the stated goal of the empirical part of the diploma thesis, we applied the study of professional literature. The research sites are characterized, the objectives are set and the research methodology is defined. Eleven semi-structured interviews were prepared and an analysis of their results was carried out. Based on our own research, we

summarized the findings and drew conclusions.

Seznam literatury

1. AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4.
2. BARTONÍČKOVÁ, Viktorie a Alžběta DVOŘÁKOVÁ. *Cesta z mlčení: příběh o vůli překonat ztrátu řeči po cévní mozkové příhodě*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-531-8.
3. ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Získané organické poruchy řečové komunikace. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 143-176. ISBN 80-7178-546-6.
4. CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
5. CSÉFALVAY, Zsolt. Diagnostika afázie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Přeložila Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2003, s. 202-236. ISBN 80-7178-801-5.
6. CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Přeložila Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2005, s. 203-238. ISBN 80-7178-961-5.
7. CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011, s. 203-238. ISBN 978-80-7367-901-9.
8. CSÉFALVAY, Zsolt a Pavel TRAUBNER. *Afaziologie: pre klinickú prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996. ISBN 80-217-0377-6.
9. CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta KLIMEŠOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2002. ISBN 80-903312-0-3.
10. CSÉFALVAY, Zsolt a Milena KOŠTÁLOVÁ. Diagnostika afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Přeložila Magda WDOVYCYNOVÁ. Praha: Portál, 2013, s. 83-116. ISBN 978-80-262-0364-3.
11. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

12. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložila Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
13. HARTL, Jiří. *Afázie, agnozie, apraxie*. Olomouc: Universita Palackého, 1985.
14. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
15. HEROUTOVÁ, Markéta. *Terapie afázie v širším kontextu*. IN: KLENKOVÁ, Jiřina a kol. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007, s. 91–115. ISBN 978-80-210-4463-0.
16. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přeprac. a rozš. vyd.. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
17. HRNČIAROVÁ, Anna. *Ako pomôcť pacientovi – afatikovi*. Bratislava, Obzor, 1985.
18. HRNČIAROVA, Anna a Zsolt CSEFALVAY. Afázie. In: LECHTA Viktor a kol. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. s. 191-208. ISBN 80-08-00447-9.
19. CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-24-41367-1.
20. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
21. KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia. Bude logopedická terapia úspešná a komunikačný problém vyriešený? In: NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA a kol. *Komunikace a handicap: sborník textů z mezinárodní vědecké konference: 6. - 7. 9. 2011, Hradec Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, s. 135-142. ISBN 978-80-7435-161-7.
22. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.
23. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
24. KLIPPI, Anu. *Conversation as an Achievement in Aphasics*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 1996. ISBN 951-717-915-4.
25. KOŠŤÁLOVÁ, Milena. Diagnostika afázie jako východisko logopedické intervence. In: NEUBAUER, Karel a Martin KALIBA a kol. *Komunikace a handicap: sborník*

- textů z mezinárodní vědecké konference: 6. - 7. 9. 2011, Hradec Králové. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, s. 211-216. ISBN 978-80-7435-161-7.*
26. KOUKOLÍK, František. Jazyk. In: *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2012, s. 159-210. ISBN 978-80-7262-771-4.
 27. KRÁL, Michal. *Neurologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3244-1.
 28. KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN isbn80-7178-554-7.
 29. KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
 30. KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-242-0.
 31. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
 32. LASOTOVÁ Naděžda, Milena KOŠŤÁLOVÁ a Anna POLÁKOVÁ. *Acta aphasiologica III: Svépomocná skupina pacientů s afázií*. Brno: Asociace klinických logopedů České republiky, 2009, s. 48-51. ISBN 978-80-904020-1-0.
 33. LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
 34. LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Možek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
 35. LURIJA, Alekxandr Romanovič. *Základy neuropsychologie*. Přeložil Ladislav KOŠČ. Bratislava, Slovenské pedagogické nakladatel'stvo, 1982.
 36. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
 37. NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Ostrava: Asociace klinických logopedů ČR, 1997.
 38. NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.
 39. NEUBAUER, Karel. *Speech-language therapy and neurogenic disorders of communication*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2016. ISBN 978-80-7465-194-6.
 40. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-518-9.

41. NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-640-7.
42. OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.
43. PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
44. SKALKOVÁ, Jarmila. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu: vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických a pedagogických fakult. 2., dopl. vyd.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985.
45. SOVÁK, Miloš. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
46. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. vyd.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
47. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
48. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-x.

Internetové zdroje

1. *Afatický slovník* [online]. Logopedia, z. s. 2017. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://afatickyslovník.cz/afazie/>
2. BERNREITEROVÁ, Jana. Afázie. *Neurocentrum: Poradna pro afázie* [online]. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://neurocentrum.cz/afazie.htm>
3. CSÉFALVAY, Zsolt. Efektivita a akcenty terapie pacientov s chronickou afáziou. *REHABILITÁCIA: časopis pre otázky liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie* [online]. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2006, **3** (43), s. 179-183. [cit. 2017-11-29]. ISSN 0375-0922. Dostupné z: <http://www.rehabilitacia.sk/archiv/cisla/3REH2006-2-m.pdf>
4. HEREJKOVÁ, Ivana, Zsolt CSÉFALVAY a kol. Vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění (VAFO). *Asociace klinických logopedů České republiky* [online]. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=aktuality&aid=46>

5. HEROUTOVÁ, Markéta. Prožívání a sebereflexe afatiků. *Speciální pedagogika* [online]. 2003, 2(13), s. 113-124. [cit. 2017-11-29]. ISSN 1211-2720. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/handle/0/477>
6. *Klub afasie: Klub* [online]. [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=5&Itemid=22
7. KOŠŤÁLOVÁ, Milena a kol. Screening afázie MASTcz. *Fakultní nemocnice Brno.: Pracoviště klinické logopedie* [online]. [cit. 2017-09-20]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>
8. KOŠŤÁLOVÁ, Milena a kol. Dotazník funkcionální komunikace (DFK). *Fakultní nemocnice Brno.: Pracoviště klinické logopedie* [online]. [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>
9. KOŠŤÁLOVÁ, Milena, Markéta BEDNAŘÍKOVÁ a Radka MICHALČÍKOVÁ. Zkouška vizuální pozornosti. *Fakultní nemocnice Brno.: Pracoviště klinické logopedie* [online]. [cit. 2017-09-30]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/zkouska-vizualni-pozornosti/t4083>
10. ŠÍŠMOVÁ, Helena. Poruchy komunikace-afázie. *Afázie občanské sdružení* [online]. 2014 [cit. 2017-09-29]. Dostupné z: <http://www.afazie.cz/afazie/>
11. WORRALL, Linda a Audrey HOLLAND. Editorial: Quality of life in aphasia. *Aphasiology* [online]. 2003, 17(4), 329-332 [cit. 2017-11-29]. ISSN 0268-7038. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687030244000699>

Jiné zdroje

1. KONŮPKOVÁ, Zuzana. *Afázie*. [přednáška]. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, z. s., 17.10.2017.

Seznam grafů

Graf č. 1 Nejvýznamnější osobnostní charakteristiky

Seznam použitých zkratek

AST	Aphasia Screening Test
CMP	Cévní mozková příhoda
DFK	Dotazník funkcionální komunikace
DgAAA	Diagnostika afázie, alexie a agrafie
MAST	Mississippi Aphasia Screening Test
MIT	Melodicko-intonační terapie
NKS	Narušená komunikační schopnost
PACE	Promoting APhasics Communicative Effectiveness
TAP	Treatment of Aphasics Perseveration
VAFO	Vyšetření v akutní fázi onemocnění
VFF	Vyšetření fatických funkcí
VZNPŘ	Vyšetření získaných neurogenních poruch řeči
WAB	Western Aphasia Battery

Seznam příloh

Příloha č. 1 Klasifikace afázie podle A. R. Luriji

Příloha č. 2 Charakteristika komplexních testů afázie

Příloha č. 3 Seznam zařízení poskytujících logopedickou péči

Příloha č. 4 Pomůcky při reedukaci řeči

Příloha č. 5 Informovaný souhlas

Příloha č. 6 Vzor polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 1 Klasifikace afázie podle A. R. Luriji

Typ afázie	Primární defekt	Kortikální oblast	Blok	Zóna
Dynamická	iniciace řeči	frontální lalok	III	terciární
Eferentní motorická	porucha kinetické organizace	precentrální	III	sekundární
Aferentní motorická	porucha kinestetické aferentace	postcentrální	II	sekundární
Senzorická	porucha fonemtické diferenciacie	horní zadní temporální	II	sekundární
Akusticko-mnestická	porucha sluchově-řečové paměti	střední temporální	II	sekundární
Sémantická	porucha simultánní syntézy inf.	TPO	II	terciární

(Cséfalvay, 2003)

Příloha č. 2 Charakteristika komplexních testů afázie

Název testu, autor/autoři	Charakteristika
Western Aphasia Battery - WAB (Kertesz, 1982)	Komplexní testová baterie afázie. Hodnotí se mluvená řeč (produkce a porozumění řeči, souhrnem je kvocient afázie - AQ), psaná řeč (čtení a psaní, souhrnem je kvocient jazykového narušení - LQ), praxie, konstrukční, vizuoprostorové a kalkulační schopnosti (souhrnem je CQ-kvocient kortikálního narušení).
Lurjovo neuropsychologické vyšetření (Christensenová; česká verze 1977)	Kvalitativní vyšetření jazykových schopností (impresivní a expresivní řeč, lexie, grafie), gnózie, praxie, kalkule, mnestické a intelektové funkce. Identifikuje se patologický mechanismus poruchy, který stojí v pozadí rozpadu různých funkcí.
Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia - PALPA (Kay, Lesser a Coltheart, 1992)	Kvalitativní vyšetření afázie, alexie a agrafie vycházející z kognitivně-neuropsychologické koncepce jazykových procesů. Zjišťují se intaktní a narušené moduly v rámci modelu jazykových procesů (60 subtestů, lingvisticky kontrolovatelné položky, např. délka a frekvence slov).
Conversation Analysis Profile of People with Aphasia - CAPPA (Withworth, Perkins a Lesser, 1997)	Vyšetření vycházející z teorie konverzační analýzy. Kromě analýzy transkriptu desetiminutové konverzace pacienta s afázií a jeho konverzačního partnera se realizuje i interview zaměřené na zjištění premorbidního a současného interakčního stylu a konverzačních příležitostí.
Communicative Activities in Daily Living - CADL-2 (Holland, Frattali a Fromm, 1999)	Standardizovaný test mapující komunikační schopnost pacientů s mozkovým poškozením v každodenních životních situacích. Hodnocení funkční komunikace umožňuje i kvantifikaci výkonů.
Vyšetření fatických funkcí - VFF (Cséfalvay, Košťálová a Klimešová, 2003)	Komplexní vyšetření afázie, alexie a agrafie vycházející ze specifík českého jazyka, opírající se o kognitivně-neuropsychologickou teorii (na úrovni slov). Vyšetření je doplněno o hodnocení produkce a porozumění komplexnějším celkům (věty, souvislý text). Některé subtesty umožňují kvantifikaci výkonů.
Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace - VZNPŘK (Neubauer, 2007)	Vyšetření fatických funkcí, lexie, grafie, kalkule, praxie horní končetiny a orální praxie, motorických poruch řeči, kognitivně-komunikačních poruch. Vyšetření slouží k diferenciální diagnostice neurogenních poruch komunikace, odhalení koexistujících poruch.

(Cséfalvay, 2007)

Příloha č. 3 Seznam zařízení poskytujících logopedickou péči

Reedukační pobyty pro osoby s afázií:

Foniatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha. Tel; 224964931, www.fonia.lfl.cuni.cz

Klinika Logo, Brno. Tel: 543420666, www.logoped.cz

Rehabilitační zařízení s intenzivní logopedickou péčí:

Praha rehabilitační kliniky a kliniky následné péče FN Motol, Fakultní Thomayerovy nemocnice, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Ústřední vojenské nemocnice IKEM, Nemocnice na Homolce

Rehabilitační klinika Malvazinky, Praha, www.malvazinky.cz

Rehabilitační nemocnice Beroun, www.nemocnice-beroun.cz

Geriatrické a rehabilitační centrum Kladno, www.garc.cz

Hamzova odborná léčebna Luže – Košumberk, www.hamzova-lecebna.cz

Vojenský rehabilitační ústav, Slapy n. Vltavou, www.volareza.cz

Rehabilitační ústav Kladruby, www.rehabilitace.cz

Rehabilitační ústav Hrabyně

Lázně s intenzivní logopedickou péčí:

Janské Lázně

Lázně Darkov

Zařízení dlouhodobé péče s intenzivní logopedickou péčí:

Městská nemocnice následné péče, www.mmp.cz

Stacionáře pro osoby s afázií:

Julie-Mezgenerační centrum, www.vjednomdome.cz

Ergoaktiv, www.ergoaktiv.cz

Kluby pro osoby s afázií:

Klub afasie, z. s., Praha, www.klubafasie.com

ProAfazie, Brno, www.proafazie.cz

Afázie, Šumperk, www.afazie.cz (Konůpková, 2017)

Příloha č. 4 Pomůcky při reedukaci řeči

- Předměty denní potřeby
- Obrázkový slovník
- Stavebnice, model, skládací obrázkové kostky
- Obrázkové kroniky
- Zrcadlo
- Sešit
- Pastelky
- Filmy
- Rádio
- Televize (Hrnčiarová, 1985)

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu diplomové práce

Faktory ovlivňující terapii afázie

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě písemného záznamu rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí respondentů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu respondentů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že výzkumný materiál budu zpracovávat výhradně já).
- (3) Jako respondent/respondentka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Děkuji za Vaši pozornost a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Veronika Vinckerová

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

Příloha č. 6 Vzor polostrukturovaného rozhovoru

Oblast terapeutická

- Navštěvujete terapii?
 - Individuální nebo skupinovou?
- Co vás přimělo jít na terapii?
- Byla zahájena hned po onemocnění?
- Jak dlouho jste tam chodil/chodíte?
- Byl jste spokojen s terapií? V případě odpovědi ne. Proč?
- Byl jste spokojen s chováním logopeda k vám?
- Zajímal se o to, jak se máte?
- Zajímaly ho i vaše jiné problémy, které nejsou spojené s komunikací?
- Měli jste pocit, že k vám že přistupuje jako k dítěti?
- Chybělo vám něco během terapie?

Oblast rodinné podpory

- Podporuje vás rodina v terapii afázie?
- S kým nejvíce komunikujete?
- Váš rodinný stav?
- Bývá s vámi někdo na terapii? Kdo?
 - Pokud ano, vnímáte to jako přínos?
 - V případě, že ne, komunikuje někdo s logopedem?
- Děláte s někým logopedická cvičení doma?

Oblast sociální

- Kde jste pracoval? Pracujete?
 - Byla afázie důvodem, proč nejste zaměstnaný? Kvůli onemocnění?
 - Chcete se vrátit k práci zpět?
- Máte nějaké koníčky?
- Věnoval jste se jim i před onemocněním?
- Co podle vás vám v terapii nejvíce pomohlo?
- Která vlastnost je dle vás nejdůležitější pro terapii?

- Je něco, co vás motivuje ve zlepšování komunikace?

- **Váš věk?**

- **Co se vám stalo?**

- **Kdy se vám to stalo?**

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Vinckerová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Získaná organická nemluvnost a faktory ovlivňující její terapii
Název v angličtině:	Aphasia and factors affecting its therapy
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá faktory, které ovlivňují terapii afázie. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretickou část tvoří čtyři kapitoly. První tři kapitoly vymezují teoretická východiska, terminologii, etiologii, symptomy, klasifikaci, diagnostiku a terapii afázie. Čtvrtá kapitola je věnována a blíže specifikuje jednotlivé faktory ovlivňující terapii afázie, které jsou následně předmětem výzkumu další části diplomové práce. Praktická část se zabývá zhodnocením celkového postoje osob s afázií, který zaujímají k faktorům ovlivňujícím terapii afázie a přispívajícím ke zlepšení komunikační schopnosti. Analyzuje subjektivní názory osob s afázií na tyto faktory získané prostřednictvím rozhovoru.
Klíčová slova:	Afázie, narušená komunikační schopnost, cévní mozková příhoda, logopedická intervence, rodina, klinický logoped, skupinová terapie afázie, rozhovor
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with factors that influence therapy of aphasia. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part consists of four chapters. The first three chapters define the theoretical background, terminology, etiology, symptoms, classification, diagnosis and therapy of aphasia. The fourth chapter is devoted to and specifies the various factors influencing the therapy of aphasia. These factors are

	subsequently the subject of further part of diploma thesis. The practical part evaluates the general attitude of people with aphasia towards factors influencing the therapy of aphasia and contributing to the improvement of communication ability. It analyzes the subjective opinions of people with aphasia on these factors obtained through interviews.
Klíčová slova v angličtině:	Aphasia, speech disorders, stroke, speech therapy, family, a clinical speech therapist, aphasia group therapy, interview
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Centra řeči v mozku Příloha č. 2 Charakteristika komplexních testů afázie Příloha č. 3 Seznam zařízení poskytujících logopedickou péči Příloha č. 4 Pomůcky při reedukaci řeči Příloha č. 5 Informovaný souhlas Příloha č. 6 Vzor polostrukturovaného rozhovoru
Rozsah práce:	80 stran
Jazyk práce:	Český