

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě

(s primárním zaměřením na problematiku afázie)

Karolína Karbulová

Olomouc 2024

PhDr. Alena Hlavinková, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením a všechny použité zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci 15. 4. 2024

Karolína Karbulová

Poděkování:

Velmi ráda bych tímto poděkovala PhDr. Aleně Hlavinkové Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky, věnovaný čas a trpělivost. Dále patří velké poděkování všem respondentům a pracovníkům, kteří byli ochotni podpořit výzkumnou část této práce, ať už přímo vyplněním dotazníku, či jeho distribucí dále k osobám, které by se mohly o své zkušenosti podělit.

Anotace

Jméno a příjmení:	Karolína Karbulová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Hlavinková Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě (s primárním zaměřením na problematiku afázie)
Název v angličtině:	Speech therapy intervention in adults after suffering a cerebral apoplexy (with primary focus on aphasia)
Zvolený typ práce:	Bakalářská práce
Anotace práce:	Bakalářská práce se věnuje logopedické intervenci u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie. Práce je rozdělena na teoretickou část, skládající se ze 3 kapitol, a na část výzkumnou. Teoretická část se týká cévních mozkových příhod, afázie a logopedické intervence při afázii. Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvantitativní metodologie – dotazníkové šetření. Pomocí dotazníku bylo

	zjišťováno, jakým způsobem probíhá logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie.
Klíčová slova:	Cévní mozková příhoda, afázie, logopedická intervence, dotazník
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis focuses on speech therapy intervention in adults with aphasia after suffering a cerebral apoplexy. The thesis is divided into a theoretical part, consisting of 3 chapters, and a research part. The theoretical part deals with cerebral apoplexy, aphasia, and speech therapy intervention in aphasia. A quantitative methodology – questionnaire survey was chosen for the research part of the thesis. The questionnaire aimed to determine the process of speech therapy intervention in adults with aphasia after suffering a cerebral apoplexy.
Klíčová slova v angličtině:	Cerebral apoplexy, aphasia, speech therapy intervention, questionnaire
Přílohy vázané v práci:	1
Rozsah práce:	54 stran
Jazyk práce:	český

Obsah

Anotace	4
Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Cévní mozková příhoda	9
1.1 Vymezení cévní mozkové příhody	9
1.2 Etiologie a rizikové faktory vzniku CMP	11
1.3 Diagnostika CMP	13
1.4 Terapie CMP	15
2 Afázie	17
2.1 Charakteristika a etiologie afázie	17
2.2 Symptomatologie afázie	19
2.3 Klasifikace afázie	21
3 Logopedická intervence afázie	25
3.1 Diagnostika afázie	25
3.2 Terapie afázie	28
3.3 Prevence afázie	30
3.4 Pomůcky využívané v logopedické intervenci u osob s afázií	30
VÝZKUMNÁ ČÁST	33
4 Logopedická intervence u dospělých osob po CMP s diagnózou afázie	33
4.1 Cíle, výzkumné otázky	33
4.2 Metodologie výzkumu	34
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku	35
4.4 Interpretace výsledků	36
4.5 Výsledky výzkumného šetření	56
Závěr	61
Seznam použitých zdrojů	62
Seznam grafů	65

Seznam obrázků.....	66
Seznam schémat.....	66
Seznam tabulek.....	66
Seznam příloh	66
Příloha 1: Dotazník.....	7

Úvod

Afázie je jedním z typických získaných narušení komunikační schopnosti u osob zejména dospělého věku, ke kterému dochází vlivem ložiskového poškození mozku. Bakalářská práce se zabývá logopedickou intervencí u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie.

Zájem autorky o tuto problematiku vznikl po přečtení publikace Cesta z mlčení od Viktorie Bartoníčkové, která sama afázií po cévní mozkové příhodě trpěla a následně založila sdružení Klub afasie.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Původně bylo zamýšleno věnovat se v teoretické části, kromě cévní mozkové příhody, dvěma nejčastěji získaným narušením komunikační schopnosti po cévní mozkové příhodě – afázii a dysartrii. Vzhledem k náplni výzkumné části práce však bylo od tohoto nápadu nakonec upuštěno a práce se zabývá pouze afázií u osob po cévní mozkové příhodě. Cílem teoretické části práce bylo seznámit čtenáře s teoretickými východisky pro část výzkumnou.

Teoretická část práce se skládá ze tří kapitol. První kapitola charakterizuje cévní mozkové příhody, zmiňuje etiologii a rizikové faktory jejich vzniku, diagnostiku a terapii. Kapitola druhá je věnována afázii – jejímu vymezení a etiologii, symptomatologii a klasifikacím. Poslední kapitola teoretické práce popisuje logopedickou intervenci u osob s afázií, konkrétně diagnostiku, terapii, prevenci a pomůcky využívané v logopedické intervenci.

Výzkumné části práce je věnována kapitola číslo čtyři. Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metodologie – dotazníkové šetření. Cílem bylo zmapovat průběh logopedické intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie prostřednictvím odpovědí na stanovené výzkumné otázky. V této části jsou vymezeny cíle a výzkumné otázky, metodologie výzkumu a charakteristika výzkumného vzorku. Dále jsou v ní interpretována získaná data, popsány výsledky výzkumného šetření a uveden závěr, limity výzkumu a krátké doporučení pro praxi.

V příloze práce se nachází plné znění dotazníkových otázek včetně možných odpovědí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Cévní mozková příhoda

První kapitola této práce se věnuje problematice cévních mozkových příhod (CMP). Čtenáři budou seznámeni s tímto jevem, představíme možné důvody vzniku CMP včetně rizikových faktorů, dále se okrajově zaměříme na lékařskou diagnostiku, na diagnostickou metodu vhodnou pro rychlé rozpoznání mozkových příhod, kterou by měl každý znát, a na následnou rehabilitaci osob.

1.1 Vymezení cévní mozkové příhody

Znalosti v oblasti cévních mozkových příhod nejsou vyhrazeny pouze osobám pracujícím v lékařských či zdravotnických oborech. Základní povědomí o tom, co mozkové příhody jsou, jak se mohou projevovat a jak se můžeme pokusit jim předejít, je bezesporu důležité i pro laickou veřejnost. Jedná se totiž o třetí nejčastější příčinu úmrtí v naší zemi a netýká se pouze osob staršího věku, ale všech věkových kategorií včetně dětí a mladých dospělých. (Plívová, 2022)

„Cévní mozkové příhody (CMP) zahrnují heterogenní skupinu cerebrovaskulárních onemocnění, kterým odpovídají specifické klinické příznaky, příčiny a strategie léčby,“ (Krámská, 2017 in Kulišťák a kol., 2017, s. 279). Jde o poruchy mozku s rychlým rozvojem, které se projevují jako lokální nebo celkové příznaky trvající déle než 24 hodin či končící smrtí pacienta, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny. (Krámská, 2017 in Kulišťák a kol., 2017)

Feigin (2007) popisuje cévní mozkovou příhodu, jinými slovy mozkovou mrtvici či iktus, jako náhle vzniklé závažné postižení mozkových krevních cév různého původu vedoucí k nedostatečnému krevnímu zásobení. Mezi obvyklé fyzické příznaky mozkové příhody patří:

- *„Ochrnutí,*
- *Slabost (někdy popisovaná pacienty jako nemotornost, neohrabanost pohybů),*
- *Ztráta citlivosti na tváři, horní nebo dolní končetině jedné strany těla,*
- *Potíže při mluvení a/nebo rozumění řeči (bez porušení sluchu),*
- *Obtížné polykání,*
- *Jednostranná porucha vidění“* (Feigin, 2007, s. 39)

Sdružení CMP (*O CMP. Sdružení CMP, 2024*) na svých webových stránkách jako příznaky dále uvádí náhlou dezorientaci v čase a prostoru, potíže s udržení rovnováhy a koordinací pohybů, závrať, náhlý pád či prudkou bolest hlavy.

Ne vždy se však mozkový iktus nutně projeví některým z příznaků. Může dojít i k tzv. tichému/němému iktu, který je bezpříznakový. (Feigin, 2007)

Feigin (2007) ve stejné publikaci dále uvádí rozdíl mezi CMP a tranzitorní ischemickou atakou (TIA). Za CMP můžeme označit stav, kdy některé z výše zmíněných příznaků u jedince přetrvávají dvacet čtyři hodin a déle. O tranzitorní ischemické atace, někdy nazývané „malou mrtvicí“ či „miniiktem“, hovoříme v případě, kdy do čtyřiaadvaceti hodin veškeré příznaky vymizely. TIA může být „varováním“ před následným vznikem ischemického iktu (termín bude vysvětlen v další podkapitole).

„TIA je známkou toho, že existuje problém s krevním zásobením části mozku. Každý, kdo měl TIA, má zvýšené riziko cévní mozkové příhody. Riziko je největší v nejbližších dnech po TIA a přibližně polovina všech cévních mozkových příhod, které následují, se vyskytne v prvních 24 hodinách.“ Odpovídá sdružení Stroke (*Stroke association, 2018, s. 8*) na dotaz ohledně korelace CMP a TIA.

Šišmová (2019) uvádí, že *„v závislosti na závažnosti postižení a poskytnuté léčbě lze po třech měsících od mozkové příhody očekávat asi 20 % mortalitu-úmrtnost, 30-40 % invaliditu a 40-50 % pravděpodobnost částečného nebo úplného vyléčení,“* (Šišmová, 2019). Přičemž prognózu jedince ovlivňuje lokalizace a rozsah poškození mozku, věk a případná přidružená onemocnění, včasné zjištění diagnózy a počátek léčby, a stabilizace pacienta v akutní fázi CMP (Kalita a kol., 2006 in Šišmová, 2019).

Úmrtí po prodělání CMP nejčastěji ohrožuje jedince, kteří během prvního dne ztratili vědomí. Dále jsou rizikovějšími jedinci staršího věku a ti, kteří po CMP nejsou schopni udržet moč a stolicí. (Feigin, 2007)

U velkého množství osob dochází po mozkové příhodě k určitým změnám, komplikacím. Feigin (2007) jmenuje velké množství následných komplikací, pro představu můžeme uvést například potíže s pamětí a myšlením, získané narušení komunikační schopnosti (nejčastěji afázie a dysartrie, které budou představeny v následujících kapitolách), poruchy polykání,

omezení hybnosti, epileptické záchvaty, zvýšené riziko pádu a následného úrazu, zrakové abnormality či psychické potíže.

Dle Alföldi-Šperkerové (2019) „*nikdy nelze po příhodě dopředu odhadnout, nakolik se organismus zotaví, přestože byl pacient včas převezen na správné pracoviště a byla mu včas podána správná léčba. Lékaři například ze zkušenosti vědí, že podají-li rekanalizační léčbu do 1,5 hodiny po vzniku CMP, což je velmi rychlé, zachrání téměř bez následků každého druhého pacienta. Když je to kolem 3. až 4. hodiny, podaří se to již jen u každého sedmého pacienta.*“ (Aföldi-Šperkerová, 2019, s. 11)

Dufek (2002) upozorňuje, že CMP nejsou výzvou jen z pohledu medicíny, ale představují komplexní socioekonomický problém způsobený následkem cévních příhod a ztrátou produktivity.

1.2 Etiologie a rizikové faktory vzniku CMP

Podle mechanismu vzniku se v problematice cévních mozkových příhod setkáváme s rozdělením iktů do dvou základních skupin – ischemický iktus a iktus hemoragický. (Dufek, 2002)

Ischemický iktus, označován i jako mozkový infarkt, je vyvolán nedokrvěním mozku. Nejčastěji je dle Feigina (2007, s. 44-45) způsoben:

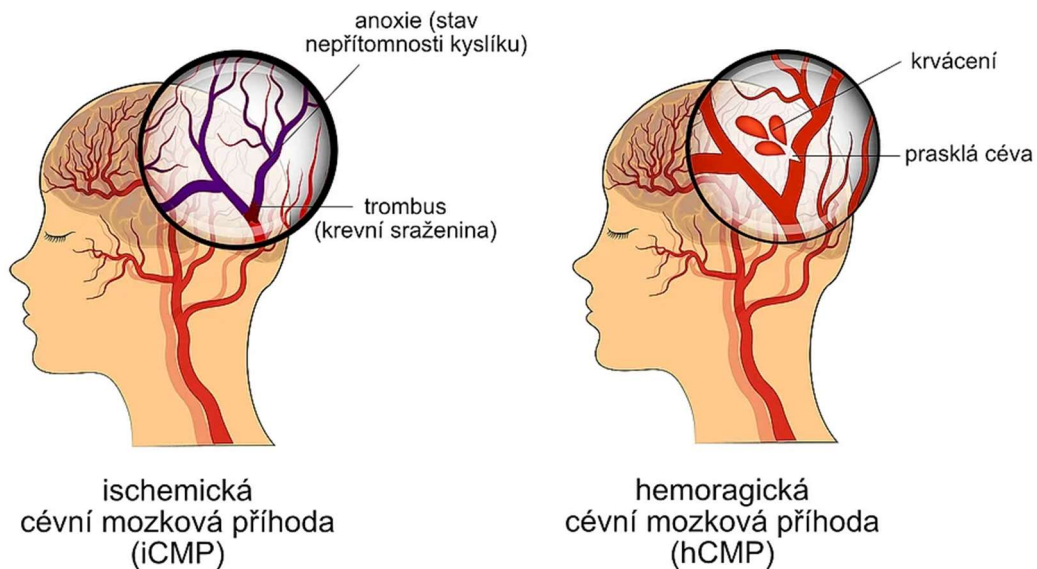
- a) „*blokádou krevní sraženinou,*
- b) *zúžením (ucpáním) přívodné mozkové tepny nebo tepen, anebo*
- c) *emboly (vmetky) uvolněnými ze srdce či z extrakraniální tepny (tepna mimo lebku), jež zablokují jednu nebo více intrakraniálních tepen (uvnitř lebky).*“

Důsledkem zmíněných jevů je nedostatečné zásobení nervových buněk kyslíkem a živinami a jejich následné odumírání, pokud nedojde ke znovuzprůchodnění včas. (NZIP, 2024)

Naproti tomu u hemoragického iktu, také nazývaného jako mozkový hematom či intracerebrální krvácení, je příčinou krvácení do mozku, kdy dojde k prasknutí některé z tepen a krev se vyleje do mozku. Tato forma je méně častá, zato je nebezpečnější - nese s sebou vyšší riziko úmrtí (Feigin, 2007). Dle místa, kde ke krvácení dochází, rozlišujeme čtyři typy hemoragických iktů: „*thalamickou hemoragii, subarachnoidální krvácení, subdurální*

hematom (mezi mozkem a lebkou, většinou v důsledku úrazu) a nitrokomorové krvácení.“
(Feigin, 2007, s. 46)

Krámská (2017 in Kulišťák a kol., 2017, s. 280) v rámci klasifikace hemoragických příhod dle lokalizace krvácení vymezují „intracerebrální, intraventriculární, subarachnoidální, subdurální a epidurální“ krvácení.



Obrázek 1: Ischemická a hemoragická cévní mozková příhoda (nzip.cz)

Autorky Jandová a Honců (2022) jako nově zjištěnou příčinu vzniku CMP zmiňují virus SARS-CoV-2.

Cévní mozkové příhody jsou do jisté míry preventabilní a obvykle dle Feigina (2007) vznikají v důsledku spojení příčin medicínských a příčin návykových, z nichž některé ovlivnit můžeme, ale jiné bohužel ne.

Mezi ovlivnitelné faktory řadí Šedová a kol. (2023):

- Aktivní i pasivní kouření
- Konzumaci alkoholu
- Stravovací návyky
- Pravidelný pohyb
- Stres a psychickou zátěž

- Krevní tlak

Ke zmíněným faktorům navíc Feigin (2007) přidává chrápání a spánkovou apnoe, užívání hormonální antikoncepce (zejména v kombinaci s kouřením), hormonální substituční terapii, těhotenství, užívání drog, nadváhu, úrazy krku či nízkou tělesnou teplotu v zimním období. Naopak jako neovlivnitelné rizikové faktory autor ve stejné publikaci (2007, s. 49) uvádí:

- „vysoký krevní tlak,
- vysokou hladinu tuků v krvi,
- aterosklerózu (tvrdnutí tepen),
- srdeční poruchy, diabetes, neprasklé mozkové aneuryzma (tepenná výduť),
- výskyt CMP v rodině a další genetické faktory,
- migrény.“
- rasový původ,
- pohlaví a věk. (Tamtéž)

1.3 Diagnostika CMP

Z pohledu medicíny se pro diagnostiku mozkových iktů využívají zejména neurozobrazovací metody, konkrétně magnetická rezonance, výpočetní tomografie (CT), angiografie a sonografie, doplněné o vyšetření jako EEG, EKG, lumbální punkci a další. (Krámská, 2017 in Kulišťák a kol., 2017)

Pro rychlé odhalení cévní mozkové příhody je užitečné znát metodu/pravidlo „FAST“ (viz. obrázek níže). Jednotlivá písmena zkratky označují hlavní příznaky, které je možné na jedinci snadno rozpoznat. Konkrétně jde o obličej, paže a komunikaci, poslední písmeno značí čas, protože rychlost vyhledání lékařské pomoci je v případě mozkové mrtvice klíčová. (*FAST: Čtyři pravidla pro včasné rozpoznání mrtvice. Moje ambulance, 2023*)

Jak rozpoznat příznaky cévní mozkové příhody?

Metodou FAST

Face
obličej



Požádám člověka, aby se usmál.
Je patrný pokles ústního koutku
nebo očního víčka?

Arm
paže



Zvednu mu ruce do předpažení.
Nemůže udržet obě paže ve
stejně výšce a jedna nápadně
poklesne oproti druhé?

Speech
řeč



Zeptám se ho, jak se jmenuje.
Odpovídá nesrozumitelně či
má potíže s porozuměním?

Time
čas



Pokud zaznamenám aspoň
jeden z těchto příznaků,
IHNED VOLÁM 155!



Obrázek 2: Metoda FAST (cmp.cz/pacienti)

Není potřeba čekat, zda se objeví všechny zmíněné příznaky, už při zaznamenání jednoho z nich je ten pravý čas přivolat zdravotnickou záchrannou službu. Odeznění příznaků neznamená, že má jedinec vyhráno, mohou se totiž po nějaké době vrátit a být o to silnější. (*O mozkové mrtvici. Čas je mozek, 2024*)

Ačkoliv byly příznaky CMP jmenovány již v první podkapitole této práce, zdá se být vhodné některé z nich zdůraznit i na tomto místě. Kromě tří základních příznaků zmíněných v metodě FAST přidává organizace „Čas je mozek“ některé další projevy:

- „Náhlou poruchu vědění,
- náhlou poruchu citlivosti poloviny těla,
- problémy se zrakem,
- náhlou bolest hlavy,
- ztuhlost šije,
- závrať a zvracení,

- *neschopnost stát bez opory.*“ (O mozkové mrtvici. Čas je mozek, 2024)

1.4 Terapie CMP

V problematice rehabilitace osob po mozkové mrtvici se často v literatuře setkáváme s pojmem „neurorehabilitace“, který značí, že se rehabilitace týká osob s neurologickými obtížemi. (Míková, 2023 in Šedová a kol., 2023)

V akutní fázi cévní mozkové příhody jsou pacienti obvykle převezeni záchrannou zdravotnickou službou na iktové jednotky či do komplexních cerebrovaskulárních center, kde probíhá stanovení přesné diagnózy a prvotní léčba. Při terapii CMP nelze hovořit o jednotné specifické léčbě. U jednotlivých iktů je volen léčebný postup v závislosti na mechanismu jejich vzniku. Pro představu je možné uvést například medikamentózní léčbu či chirurgické odstranění blokády při ischemickém iktu (Krámská, 2017 in Kulišťák a kol., 2017). Feigin (2007) zdůrazňuje nutnost správně stanovit typ CMP a podle něj příslušnou léčbu. Případné naordinování léčby určené pro jiný druh CMP může být pro pacienta velkým rizikem.

Rehabilitace pacienta po CMP je dlouhodobým procesem. Měla by začít v momentě, kdy to jeho stav umožní (ať už je to během prvních 24 hodin po prodělání příhody či v následujících dnech nebo týdnech), a je součástí života jedince po CMP i po propuštění z nemocnice. Na tomto komplexním procesu se obvykle podílejí lékaři, zdravotní sestry, logoped, dietolog, geriatr, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog a sociální pracovník (Feigin, 2007). Vacková a Preiss (2020 in Vacková a kol., 2020) zařazují do multidisciplinárního týmu i rodinu jedince.

Na tomto místě vymezíme základní činnosti jednotlivých odborníků multidisciplinárního týmu.

- Lékař, obvykle neurolog či internista nebo geriatr, hodnotí stav jedince, stanovuje znění diagnózy a následnou péči o pacienta. (Feigin, 2007)
- Dolák in Šedová a kol. (2023) označuje zdravotní sestru jako „ústřední bod rehabilitačních programů pacientů“ (Dolák, 2023 in Šedová a kol., 2023, s. 65). Poskytuje pacientovi každodenní péči, kontrolu jeho stavu a sleduje jeho pokroky (Feigin, 2007).
- Klinický logoped se snaží o rozvoj komunikace, která byla u jedince vlivem poškození mozkové tkáně narušena (Víšková, 2023 in Šedová a kol., 2023). Dále

logoped hodnotí schopnost polykat, případně se zabývá terapií poruch polykání (Grünerová-Lippertová, 2015).

- Nutriční terapeut (zastarale dietní sestra) „*pomáhá pacientovi tím, že sleduje jeho nutriční stav a zajišťuje mu bezpečnou a adekvátní výživu, včetně příjmu tekutin. Zatímco logoped určuje hustotu stravy, dietní sestra poradí ohledně složení stravy a jakýchkoli potřebných dietních modifikací.*“ (Feigin, 2007, s. 116)
- Fyzioterapeut se zabývá omezenou pohyblivostí osoby po CMP, tedy například potížemi při chůzi, stání, sezení, rovnováhou a podobně (Feigin, 2007). Cílem fyzioterapie je dosažení co nejvyšší míry fyzické i duševní soběstačnosti a odstranění bolesti (Širůčková, 2023 in Šedová, 2023).
- Ergoterapeut dle Feigina (2007) hodnotí zvládnání každodenních aktivit a úkonů v rámci péče o vlastní osobu.
- Psycholog pomáhá například se smířením se s novou neočekávanou událostí, úzkostmi, depresí a jinými psychickými potížemi nejen jedinci po CMP, ale i jeho rodině. (Shivairová, 2023 in Šedová a kol., 2023)
- Sociální pracovník se zabývá opětovným zařazením jedince do společnosti, jeho legislativní ochranou a hledá způsoby, jak plně využít jeho potenciál (Koutská, 2023 in Šedová, a kol., 2023).

Grünerová-Lippertová (2015) zmiňuje v souvislosti s efektivitou terapie dva důležité předpoklady, těmi jsou včasnost zahájení terapie a její vysoká intenzita.

2 Afázie

Kapitola číslo dvě je věnována rozsáhlé problematice afázií, které jsou jednou z typických získaných narušení komunikační schopnosti po úrazech mozku. Čtenáři bude představena afázie pomocí definic odborníků, příčiny vzniku afázie, její projevy a přehled několika nejznámějších klasifikací.

2.1 Charakteristika a etiologie afázie

Afázii je v pojetí deseti okruhů narušené komunikační schopnosti Lechty věnován její vlastní okruh - získaná orgánová nemluvnost. Předpona „a-“ v názvu informuje o tom, že se jedná o poruchu získanou, kdy dochází ke ztrátě již nabytých schopností komunikovat, na rozdíl od dysfázie, která je poruchou vývojovou. (Peutelschmiedová, 2005 in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Existuje mnoho definic afázie od mnoha autorů z různých polí působnosti, od logopedů, neurologů, neurolingvistů, psycholingvistů, neuropsychologů a dalších, které se od sebe více či méně liší (Klenková, 2006). Výzkumem a pozorováním afázií se zabývá obor s bohatou historií – afaziologie, jenž je předmětem zájmu těchto zmíněných i mnohých dalších odborníků (Flanderková, 2019).

Neubauer (2007) říká, že *„afázie je porucha užití individuálního jazykového systému – vícefaktorová snížená schopnost dekodovat nebo používat smysluplné lingvistické části, tedy slova a vnější syntaktické celky“* (Neubauer, 2007 in Neubauer a kol., 2007, s. 13).

Další autoři charakterizují afázii jako *„postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může projevovat rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní. Takto narušený jazyk může být ovlivněn fyziologickými deficitem nebo narušením kognice, avšak nelze je vysvětlovat demencí, smyslovou nebo motorickou poruchou,“* (Rosenbek, LaPointe, Werz, 1989 in Love, Webb, 2009, s. 235).

Neubauerová (2011 in Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011) vymezuje afázii jako náhlou ztrátu schopnosti užívat i rozumět jak mluvené, tak psané formě řeči, která obvykle vzniká v důsledku poškození levé mozkové hemisféry, jenž hraje hlavní roli v lingvistické struktuře řeči.

Cséfalvay (2003 in Lechta a kol., 2003) popisuje afázii prostřednictvím čtyř atributů:

1. „*Jde o získané narušení komunikační schopnosti;*
2. *Týká se poruch symbolických procesů;*
3. *Vzniká při ložiskových poškozeních mozku;*
4. *Je důsledkem systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.*“
(Cséfalvay, 2003 in Lechta a kol., 2003, s. 203)

Při bližším zkoumání definic odborníků v literatuře je možné si všimnout konfliktu názorů. Někteří autoři, například Dvořák (2001) řadí afázii mezi „poruchy jazyka“, naopak Lechta a kol. (2003) toto odmítají a stojí za označením „porucha řeči“.

Pro získání ucelenější představy o afázii dále považujeme za vhodné vysvětlit pojmy fatické funkce a symbolické funkce, jelikož je možné se v některých z definic afázie setkat s informací, že vlivem afázie dochází k porušení těchto funkcí. Fatické funkce je možné stručně vymezit jako funkce „*týkající se řeči, mluvy*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 161 in Mlčáková, Vitásková, 2013), tedy schopnost rozumět i produkovat mluvenou a psanou formu řeči a dovednost počítat (tamtéž). Pojem „symbolické funkce“ zařazuje fatické funkce a přidává k nim ještě funkce gnostické a praktické, kdy gnostické funkce umožňují poznání světa pomocí smyslů (Vokurka, Hugo, 2000 in Mlčáková, Vitásková, 2013), a praktické funkce zajišťují schopnost vykonat účelný pohyb (Mlčáková, Vitásková, 2013).

Je důležité vzít v potaz, že afázie není pouze náhle vzniklým deficitem v oblasti komunikace, ale zahrnuje i významné psychosociální důsledky týkající se jedince i jeho blízkých. (Cséfalvay, Košťálová, 2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

Ke vzniku afázie dochází z důvodu mozkové léze, která vzniká nejčastěji na podkladě:

- cévních mozkových příhod,
- mozkových traumat,
- mozkových nádorů,
- zánětlivých onemocnění mozku,
- intoxikace CNS,
- neurodegenerativních onemocnění. (Klenková, 2007)

Neubauer (2003 in Mlčáková, Vitásková, 2013) přidává k výše zmíněným příčinám vzniku stavu po chirurgických zákrocích v oblasti mozkového kmene, motorických a premotorických oblastí mozkové kůry. Obereignerů (2013) navíc zmiňuje vliv fokální epilepsie na vznik afázie.

2.2 Symptomatologie afázie

Neubauer a Dobias (2014) popisují afázii jako vícemodální jev, jenž ovlivňuje porozumění a produkci řeči, čtení, psaní a paměť. U konkrétních jedinců se nevyskytují vždy totožné příznaky zastoupené ve stejné míře, naopak se kombinace symptomů, jejich množství a míra liší (Klenková, 2006). Cséfalvay (2013 in Cséfalvay a kol., 2013) upozorňuje, že ani stejný klinický syndrom afázie (viz podkapitola 2.3) u dvou jedinců neznamena, že se u nich budou jednotlivé symptomy vyskytovat ve stejné míře.

Nejčastěji se vyskytující symptomy popsané Čecháčkovou (2003 in Klenková, 2006) zde uvádíme v bodech:

- Parafázie – různě velké neúmyslné zkreslení slov. Rozlišují se parafázie fonemické, žargonové a sémantické. Přičemž při fonemické parafázii dochází ke změnám pouze některých prvků slova, a tedy i po jeho deformaci je možné význam slova pochopit. Naopak u žargonových parafází je deformace slova natolik velká, že není možné slovu přiřadit význam. Sémantické parafázie je možné popsat jako vyjádření slova opisem či významově podobným slovem. (Čecháčková, 2003 in Klenková, 2006)

Pro získání přesnější představy o zmíněných parafáziích uvádí Čecháčková (tamtéž) jako příklad fonemické parafázie záměnu slova „*papír-patír*“ či „*kočka-kečka*“, u žargonové parafázie „*židle-žduchla*“ a u sémantické parafázie například „*klíč-to, čím se odemyká*“ (tamtéž, s. 83).

- Parafrázie – omezená schopnost až neschopnost formulace vět
- Perseverace – ulpívání na minulém podnětu i při nové situaci, například podání stejné odpovědi i při další, jiné, otázce
- Logorhea – zrychlená nadměrná produkce slov horší srozumitelnosti
- Anomie – neschopnost adekvátního pojmenování předmětů
- Neologismy – užívání nových, často nesmyslných/nesrozumitelných, slov
- Porucha porozumění. (Tamtéž)

Obereignerů (2013) dále mimo výše uvedené projevy zmiňuje:

- Narušenou prozódii – zvukovou stránku jazyka
- Agramatismy a paragramatismy – nerespektování gramatických pravidel vět a nedodržování pořadí slov
- Automatismy a stereotypie – spontánní opakování slov, výkřiků, zvuků v běžném hovoru a ustálené „*opakování určitého jazykového fragmentu při iniciaci řeči.*“ (Obereignerů, 2013, s. 82)
- Echolalie – automatické opakování slov, vět řečených jinou osobou
- Mutismus – neschopnost komunikovat mluvenou řečí
- Narušenou artikulaci. (Obereignerů, 2013)

Obecně je možné říct, že afázie se projevuje ve všech jazykových rovinách, tedy v rovině foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické i pragmatické, přičemž právě pragmatická rovina bývá zasažena nejméně. (Holland, 1997 in Cséfalvay a kol., 2007)

Vitásková a Mlčáková (2013) v souvislosti s afázií vymezují získané poruchy učení, které mají na rozdíl od vývojových poruch učení místo předpony „dys-“ předponu „a-“, a u osob s afázií jsou často přítomny. Konkrétně jde o získané poruchy čtení, psaní, pravopisu, matematických dovedností, praxie a gnózie. (Vitásková, Mlčáková, 2013)

- „*Alexie – získané úplné nebo částečné narušení schopnosti číst; jedná se o nejčastější typ;*
- *Agrafie – získané úplné nebo částečné narušení schopnosti psát;*
- *Agramatismus – získané úplné nebo částečné narušení schopnosti používat pravopis;*
- *Akalkulie – získané úplné nebo částečné narušení schopnosti počítat.*“ (Vitásková, Mlčáková, 2013, s. 40)
- „*Apraxie – získané narušení schopnosti provádět složité, přesné a naučené pohyby;*
- *Agnózie – získané narušení schopnosti rozpoznávání.*“ (Vitásková, Mlčáková, 2013, s. 46)



Schéma 1: Nejčastější jazykové deficity při afázii (Cséfalvay a kol., 2007, s. 17)

2.3 Klasifikace afázie

V odborných publikacích je možné se setkat s velkým množstvím klasifikací afázie. Některé z nich jsou již považovány za překonané a v jednotlivých klasifikačních systémech narážíme na rozdíly v terminologii i v pojetí jednotlivých syndromů afázie. (Obereignerů, 2013)

Jako nejjednodušší bývá jmenováno rozdělení afázií na afázii senzoricou – označovanou i jako receptivní či Wernickeho, afázii motorickou – označovanou taktéž jako expresivní či Brocovu, a afázii totální (globální) (Klenková, 2007). Autoři (např. Cséfalvay a kol., 2007) se shodují, že pro dnešní dobu již tato klasifikace není dostatečná, a to nejen z důvodu jejího přílišného zjednodušení.

Bostonská klasifikace

Za velmi známou a odborníky hojně užívanou můžeme označit Bostonskou klasifikaci afázií (Cséfalvay a kol., 2007). Její základy sahají až do 19. století a je spjata se jmény Broca a Wernicke (Klenková, 2006). Afázie jsou v ní kategorizovány na základě čtyř kritérií – „základních percepčně-kognitivních schopností“:

- *Pojmenování na základě zrakové percepce;*
- *Fluence spontánního řečového projevu;*
- *Porozumění mluvené řeči;*
- *Schopnosti opakovat verbální projev.“* (Obereignerů, 2013, s. 99)

Dle fluence spontánního řečového projevu lze základně rozdělit afázie na fluentní a nonfluentní, přičemž při nonfluentní afázii bývá deficit zejména v řečové expresi a při afázii fluentní je naopak deficit přítomen v oblasti porozumění řeči. (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

Jednotlivé klinické syndromy v rámci Bostonské klasifikace tvoří:

1. Brocova afázie;
2. Wernickeho afázie;
3. Globální afázie;
4. Transkortikální sensorická afázie;
5. Transkortikální motorická afázie;
6. Transkortikální smíšená afázie;
7. Kondukční afázie;
8. Amnestická (anomická) afázie. (Tamtéž)

Z hlediska fluence a nonfluence se řadí afázie Brocova, globální, transkortikální motorická a transkortikální smíšená mezi nonfluentní typy, ostatní výše zmíněné syndromy jsou řazeny mezi fluentní typy afázie (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013). Přehled nonfluentních a fluentních afází včetně zřetelných příznaků jednotlivých syndromů uvádíme v následující tabulce.

	Klinický syndrom afázie	Nejnápadnější příznaky
nonfluentní afázie	Brocova	anomie, agramatismus, paraafázie
	globální	výrazně narušené všechny složky řeči
	transkortikální motorická	lepší opakování než spontánní produkce
	transkortikální smíšená	částečně zachované opakování slov
fluentní afázie	Wernickeho	výrazně narušené porozumění řeči
	kondukční	horší opakování než spontánní řeč, fonemické paraafázie (záměny hlásek)
	anomická	zejména poruchy vybavování slov (anomie)
	transkortikální sensorická	zachované opakování i při špatném porozumění řeči

Tabulka 1: Souhrn klinických syndromů afázie dle bostonské klasifikace (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 90)

Lurijova klasifikace

„Neuropsychologická klasifikace dle Luriji vychází z tzv. funkčních systémů pojetí fatických funkcí a jejich neurogenní podstaty. Hovoří o tzv. funkčních blocích a kortikálních zónách v mozku, kdy různé symptomy získaných poruch fatických funkcí mohou mít dle představitelů tohoto dělení různou příčinu (tedy jinou lokalizaci poškození).“ (Vitásková, Mlčáková, 2013, s. 33)

Dle lokalizace poškození se v Lurijově klasifikaci rozlišuje poškození v předních či zadních oblastech mozku, tedy v precentrálních a postcentrálních oblastech. V rámci předních oblastí mozku vymezuje:

1. Dynamickou afázii;
2. Eferentní motorickou afázii. (Obereignerů, 2013)

Jako afázie s původem v postcentrální oblasti jmenuje:

1. Afázii senzorickou;
2. Akusticko-mnestickou;
3. Aferentní motorickou;
4. Sémantickou. (Tamtéž)

Zmíněné funkční bloky Lurija uvádí tři. První blok reguluje stav bdělosti, druhý zabezpečuje práci s informacemi – přijímá je, zpracovává a ukládá, a třetí blok má za úkol procesy jako plánování, kontrolu psychické činnosti, učení atd. (Tamtéž)

Pro lepší představu přikládáme tabulku, v níž jsou zmíněny i příznaky jednotlivých klinických syndromů dle Luriji.

Typ afázie	Dynamická	Eferentní motorická	Aferentní motorická	Senzorická	Akusticko-mnestická	Sémantická
Hlavní příznaky	Neschopnost verbálního vyjádření	Narušení plynulé artikulace řeči	Narušení plynulosti artikulované řeči	Porucha porozumění	Porucha artikulace řeči	Narušení gramatické struktury řeči
Vedlejší příznaky	Slabé opakování	Postižení plynulosti pohybů i při čtení a psaní	Porucha artikulace hlásek	Porucha fonemického sluchu	Neschopnost zapamatovat si slova či slabiky	Narušená kalkule a orientace v prostoru
Lokalizace	Precentrální	Precentrální	Postcentrální	Postcentrální	Postcentrální	Postcentrální
Blok	III.	III.	II.	II.	II.	II.
Zóna	Terciární	Sekundární	Sekundární	Sekundární	Sekundární	Terciární

Tabulka 2: Klasifikace afázií dle Luriji (Stolínová, 2008 in Obereignerů, 2013, s. 119)

Klasifikací afázií existuje mnohem více, než bylo dosud v textu uvedeno. Cílem této práce však není je všechny popsat. Proto jmenujeme jen některé z dalších autorů. Těmi jsou například Čecháčková, Hrbek, Kiml, Kleist, Goldstein a další.

3 Logopedická intervence afázie

Poslední kapitola teoretické části práce čtenáře seznamuje s logopedickou intervencí u osob s afázií. Vymezuje logopedickou intervenci a blíže se věnuje diagnostice, terapii a pomůckám, které je možné v logopedické intervenci u těchto osob využít.

Logopedickou intervencí v širším slova smyslu je možné vysvětlit jako veškeré působení či činnost logopeda prováděnou za účelem změny (Singh, Kent, 2000 in Kerekrétiová a kol., 2009). Lechta (2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007) ji popisuje jako „*specifickou aktivitu, kterou uskutečňuje logoped s cílem:*

- *Identifikovat narušenou komunikační schopnost (NKS);*
- *Eliminovat, zmírnit nebo alespoň překonat NKS;*
- *Předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost).*“ (Lechta, 2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 37)

Těchto cílů logoped dosahuje pomocí tří vzájemně se prolínajících činností, kterými jsou:

- logopedická diagnostika,
- logopedická terapie,
- logopedická prevence. (Kerekrétiová a kol., 2009)

V užším pojetí chápe Klenková (2006) logopedickou intervenci obdobně jako terapii.

3.1 Diagnostika afázie

Komplexní diagnostiku klienta s afázií provádí logoped. V současné době už nejde o chvilkovou záležitost, jako tomu bylo v minulosti. Množství diagnostických postupů dává nyní logopedům možnost detailně zmapovat veškeré aspekty afázie. (Cséfalvay, 2007 in Cséfalvay a kol., 2007)

V diagnostice afázií nelze opomenout neurologickou diagnostiku, jejíž znalost je pro logopedy velmi výhodná a zobrazovací metody jsou čím dál tím dokonalejší. (Peutelschmiedová, 2005 in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Dle Obereignerů (2013) je kvalitní diagnostika nezbytnou podmínkou pro včasné zahájení adekvátní logopedické terapie.

Cséfalvay a Košťálová (2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) říkají, že „*diagnostika pacienta s afázií má být zaměřena na hodnocení:*

1. *funkce (např. různé úrovně jazykových deficitů, kognitivní deficity)*
2. *postižení (např. každodenní komunikace, denní aktivity)*
3. *participace ve společnosti (např. role v rodině, zaměstnání)*“ (Cséfalvay, Košťálová, 2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 90)

Pro diagnostiku afázie bývají využívány standardizované testy, klinická vyšetření či dotazníky pro zjištění míry dopadu jazykových deficitů na každodenní komunikaci. Užívané diagnostické postupy dělí Cséfalvay a Košťálová (2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) do následujících kategorií:

- „*screening afázie,*
- *komplexní hodnocení jazykových deficitů (testy afázie zaměřené na hodnocení jazykových deficitů na úrovni slov, vět a textu),*
- *specifické testy,*
- *hodnocení funkcionální komunikace,*
- *orientační hodnocení kognitivních deficitů.*“ (Tamtéž, s. 91)

Cséfalvay (2007 in Cséfalvay a kol., 2007) stanovuje jako cíle diagnostiky:

- zhodnocení, zda má osoba afázii,
- určení typu a stupně afázie, zjištění mechanismu narušení,
- určení úrovně každodenní komunikace pacienta v důsledku narušení,
- analýzu některých, pro afázii specifických, symptomů. (Cséfalvay, 2007 in Cséfalvay a kol., 2007)

Diagnostika se obvykle skládá z vyšetření spontánní řeči, porozumění řeči, schopnosti opakovat slyšené, schopnosti pojmenovávat, čtení a psaní. (Kerekrétiová a kol., 2009)

Screeningové testy afázie se užívají zejména v akutním stádiu po mozkovém poškození nebo u pacientů s podezřením na afázii (Cséfalvay, Košťálová, 2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013). V tomto okamžiku je cílem potvrdit či vyvrátit afázii, zmapovat řečové funkce a případně určit míru jejich narušení. Toto vyšetření nesmí trvat příliš dlouho, jelikož pacienti v akutním stádiu jsou velmi rychle unavitelní, a je nutné počítat s tím, že se může klinický

obraz afázie během krátkého časového úseku (hodin až dnů) výrazně změnit vlivem farmakoterapie a změn v mozku. V zahraničí bývají jako screeningové testy afázie uplatňovány například Frenchay Aphasia Screening Test (FAST), Bedside Evaluation Screening Test, Sklar Aphasia Scale, nebo Aphasia Schnell Test. (Cséfalvay, 2007 in Cséfalvay a kol., 2007)

Ve fázi ustálení klinického obrazu afázie, k němuž dojde v horizontu několika dnů, týdnů až měsíců, je již možné využít komplexnější testy pro diagnostiku afázie, ke kterým je potřeba dostatečná spolupráce pacienta a větší stálost jeho klinického obrazu pro případ, že by byla diagnostika rozložena do více setkání (Obereignerů, 2013). Mezi takové testy patří Western Aphasia Battery (WAB), Aachener Aphasia Test (AAT), Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA) či Comprehensive Aphasia Test (CAT) (Cséfalvay, Košťálová, 2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013).

U specifické skupiny osob s afázií (např. pacienti s těžkým stupněm afázie nebo pacienti bilingvální) jsou používány testy specifických jazykových funkcí, jejichž prostřednictvím se hodnotí pouze některé specifické jazykové schopnosti (Cséfalvay, Košťálová, 2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013). Těmito testy jsou Boston Naming Test (BNT), Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA), Token test (TT), Reporter's test (RT) a Bilingual Aphasia Test (BAT). (Cséfalvay, 2007 in Cséfalvay a kol., 2007)

Testy hodnotící funkcionální komunikaci, jako například „Communicate Activities of Daily Living“ nebo „Conversation Analysis Profile for People with Aphasia“ byly vytvořeny za účelem zjištění schopnosti osob s afázií komunikovat v běžných situacích. (Cséfalvay, Košťálová, 2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

Pro orientační vyšetření kognitivních funkcí je možné u pacientů provést testování pomocí testů: Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) a dalších. (Tamtéž)

V České republice se jako screeningové testy užívají Aphasia Screening Test či Mississippi Aphasia Test (MAST) (Cséfalvay, 2007 in Cséfalvay a kol., 2007). Z dalších testů jsou to:

- Lurijovo neuropsychologické vyšetření;
- Token test – někdy označován i jako žetonový test (Obereignerů, 2013);
- Vyšetření fatických funkcí;

- VAFO;
- Test pojmenování obrázků;
- Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace;
- Dotazník funkcionální komunikace;
- Zkouška vizuální pozornosti;
- Screening deliria. (Cséfalvay, Košťálová, 2013 in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013)

Čecháčková (2007 in Škodová, Jedlička, a kol., 2007) zmiňuje navíc test Western Aphasia Battery (WAB). Neubauer (2015 in Neubauer, Skákalová a kol., 2015) uvádí Boston Diagnostic Aphasia Examination.

Dle Vitáskové a Mlčákové (2013) „*musí diagnostika afázie zahrnovat všechny oblasti fatických funkcí, tedy nejen složku produkce, ale i percepce řeči a formu řeči jak orální, tak i grafickou. Zasahovat by měla jak levohemisférové, tak pravohemisférové oblasti, tedy i neverbální komunikaci, či přímo narušené koverbální chování (tedy projevy na bázi mimiky, gestikulace apod. doprovázející mluvený projev daného klienta).*“ (Vitásková, Mlčáková, 2013, s. 49)

V rámci diferenciální diagnostiky je nejčastěji nutné odlišit afázii od dysartrie, apraxie a agnózie (Čecháčková, 2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Vitásková s Mlčákovou (2013) zmiňují i zaměnitelnost afázie s demencí.

3.2 Terapie afázie

Terapie afázie je složitým a dlouhodobým procesem, na kterém se podílejí nejen logopedi, ale i psychologové či psychoterapeuti, neuropsychologové, psychiatři a fyzioterapeuti (Obereignerů, 2013). Neodmyslitelnou roli hrají v rehabilitačním týmu kromě zmíněných odborníků i rodina a nejbližší okolí jedince s afázií, s nimiž je velmi výhodné spolupracovat. Celý proces je ovlivněn mnoha faktory, mezi které patří kromě věku a specifík mozkové léze pacienta i jeho osobnost a životní postoje. (Peutelschmiedová, 2005 in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Terapie by měla být včasná, současně ale musí respektovat zdravotní stav klienta, a měla by navazovat na kvalitní diagnostiku, případně se s diagnostikou prolínat a pomoci upřesnit klinický obraz pacienta. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

Dle Wallesche (1991 in Čecháčková, 2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007) by měla být terapie afázie vždy systematická, strukturovaná, adaptovaná a intenzivní.

Terapie v akutním a chronickém stádiu se od sebe navzájem liší. V akutním stádiu bývá terapie individuální a intenzivnější, důraz je kladen na „*restituci fatické poruchy a udržení, popřípadě znovunabytí psychické stability pacienta,*“ (Čecháčková, 2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 172). Zatímco při stádiu chronickém je cílem rozvoj pragmatické jazykové roviny a obnova sociálních kontaktů, začlenění do společnosti. V této fázi je velmi vhodné využít individuální logopedickou terapii v kombinaci se skupinovou. (Tamtéž)

Existuje několik směrů terapie afázie, Klenková (2006) uvádí jako dva v současné době dominující terapeutické směry kognitivně-neuropsychologický přístup a pragmatický (funkcionální) směr. Kognitivně-neuropsychologická terapie se zaměřuje na rozvoj lexikálně-sémantické jazykové roviny a „*jeho podstatou je naučit klienta vyhledávat slova v tzv. sémantických mapách a pracovat s individuální slovní zásobou*“ (Vitásková, Mlčáková, 2013, s. 59). Pragmatický směr klade v první řadě důraz na rozvoj pragmatické jazykové roviny, tedy na uplatnění jazyka a komunikace v běžném životě (Klenková, 2006).

Vitásková a Mlčáková (2013) zmiňují například melodicko-intonační terapii, terapii kresbou, využití automatizovaných forem řeči, fonematicko-vizuální stimulační metodu či program PACE, který je zaměřený na trénink konverzace. (Cfésalvay, 2007 in Vitásková, Mlčáková, 2013)

Poměrně novou metodou v terapii afázie je Intensive Language-Action Therapy (ILAT), původně označována jako Constraint-Induced Aphasia Therapy (Miklasová, 2023). Terapie touto metodou je velmi intenzivní – denně zabere několik hodin, uplatňuje se v ní užívání jazyka v akčních souvislostech (Difrancesco, Pulvermüller a kol., 2012 in Miklasová, 2023). Jejím cílem je zabránit vyhýbání se potenciálně dostupným schopnostem a nepoužívání určitých slov jedincem a afázií (Miklasová, 2023). V této terapii je kladen velký důraz na upřednostnění verbální komunikace před komunikací neverbální (Zhang, Yu a kol., 2017 in Miklasová, 2023). Výzkum Pulvermüllera, Neiningera a kol. (2001) prokázal, že u osob, u kterých byla použita ILAT, došlo k rychlejšímu zlepšení jazykových schopností, zejména pragmatické jazykové roviny, než u osob, kterým byla poskytnuta běžná logopedická terapie (Pulvermüller, Neininger a kol., 2001 in Miklasová, 2023).

Příkladem metody ILAT je hra v zahraničí označovaná jako „Go Fish“. Jde o hru s obrázkovými kartičkami na způsob kvarteta, která bývá obvykle hrána ve skupině lidí, kdy cílem je získat od ostatních hráčů potřebné kartičky tak, aby jedinec získal dvojici stejných obrázků. Do karet si hráči navzájem díky bariéře nevidí, důležitou roli tedy hraje komunikace – vyptávání se na kartičky, formování žádostí, odpovídání na žádosti. (Difrancesco, Pulvermüller a kol., 2012 in Miklasová, 2023)

Dalším příkladem využití této metody je hra akční návrh. V té hráč navrhuje spoluhráčům činnost, kterou má zobrazenou na některé z jeho kartiček. Spoluhráči s činností buď souhlasí nebo nesouhlasí – podle toho, jestli mají mezi svými kartami kartičku s obrázkem odpovídající činnosti. Do karet si hráči z důvodu bariéry mezi nimi navzájem nevidí. Cílem hry je opět vytvořit dvojice stejných kartiček. (Difrancesco, Pulvermüller a kol., 2012 in Miklasová, 2023).

K úpravě afázie může dojít i zcela spontánně bez logopedické intervence po několika dnech až měsících od jejího vzniku, například vlivem plasticity mozku. (Cséfalvay, 2007 in Cséfalvay a kol., 2007)

3.3 Prevence afázie

Jelikož afázie vzniká, jak již bylo zmíněno v podkapitole o její etiologii, poškozením CNS, jedinou možností, jak jejímu vzniku předejít, je chránit své zdraví, dávat si pozor na poranění hlavy, vyhýbat se stresu, užívání návykových látek, žít zdravě, a v rámci cévních mozkových příhod se zaměřit na ovlivnitelné faktory jejich vzniku (Čecháčková, 2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Kerekrétiová (2009) dodává, že v prevenci afázií hraje významnou roli lékař, který může včasné diagnostikovat a léčit vysoký krevní tlak, diabetes, obezitu, a další zdravotní komplikace, které mohou vést ke vzniku cévní mozkové příhody. (Kerekrétiová a kol., 2009)

3.4 Pomůcky využívané v logopedické intervenci u osob s afázií

Do logopedické intervence u osob s afázií je možné zařadit i celou řadu pomůcek, ať už technických či netechnických. Některé z přístrojových pomůcek mohou pomoci osobě s afázií i v běžném životě. Konkrétně může afatik používat například komunikátory (LITTLEmack, GoTalkButton atd.), pomocí kterých přehrává krátké nahrané vzkazy, dále tabulkové komunikátory (GoTalk4+, GoTalk9+, GoTalk20+), komunikátory umožňující nahrávání zvuků, zpráv, predikci frází. (Obereignerů, 2013)

Obereignerů (2013) říká, že „*obsahovou stránku řeči je možné podpořit pomůckami, audiovizuálními materiály i speciálními rehabilitačními počítačovými programy. Pro nácvik rozumění řeči je vhodný nácvik se stereotypy, které jsou vždy provázeny stejnými slovy, případně stejnými pohyby. Dochází ke spojení mluvního zvuku s osobou, předmětem, obrázkem a pohybem.*“ (Obereignerů, 2013, s. 174)

Obecně se pomůcky a přístroje užívané v logopedii dělí do skupin:

- Stimulační – např. bublifuky, pomůcky usměřující výdechový proud vzduchu, zvukové pomůcky;
- Motivační a didaktické – např. obrazový materiál, logopedické texty;
- Derivační – např. metronom, bílý šum;
- Podpůrné – např. špátle, sondy, přístroje Logohelp I a II;
- Názorné – např. logopedické zrcadlo, indikátory hlásek, program Speech Viewer;
- Registrační – audiovizuální záznamy;
- Víceúčelové – multifunkční pomůcky a přístroje, většinou jde o drahý a hardwarově náročný software;
- Diagnostické – využitelné při logopedické diagnostice, např. různé testové materiály, texty pro diagnostiku NKS. (Lechta, 1990 in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Pro orofaciální stimulaci je možné použít například štětce, masážní pomůcky, špátle či ledové kuličky. (Gangale, 2004; Kittel, 1999 in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Web „Co je afázie“ (*Pomůcky. Co je afázie, 2024*) uvádí v sekci „Pomůcky“ velké množství didaktických pomůcek pro rozvoj komunikace osob s afázií, například: AfaSlovník, pracovní listy na tvorbu vět, slovní zásobu či pro trénink konverzace, vědomostní pexeso, křížovky nebo cvičebnice.

V situaci, kdy není u člověka s afázií komunikace běžným způsobem dostatečně efektivní, lze přistoupit k zapojení alternativní a augmentativní komunikace (AAK). „*Augmentativní a alternativní komunikace je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (po určité době, nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní).*“ (Laudová, 2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007, s. 565).

Tato práce se nezaměřuje primárně na AAK, proto ji zde nebudeme podrobněji definovat. Z hlediska pomůcek je však vhodné zmínit, že existují systémy AAK vyžadující i nevyžadující pomůcky. Tyto pomůcky mohou být technického či netechnického charakteru. (Kerekrétiová a kol., 2009)

Mezi netechnické pomůcky se řadí například trojrozměrné předměty, fotografie, symboly systému Bliss, symboly systému Makaton, piktogramy či komunikační tabulky (Laudová, 2007 in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Z pomůcek technického typu je to například softwarové vybavení (program Grid 3, Go Talk Now), komunikátory sloužící k přehrání určitého zvukového záznamu po stisknutí příslušného tlačítka (např. Go Talk, iTalk 2), spínače a adaptéry, držáky, speciální klávesnice a další. (Maštalíř, 2018)

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Logopedická intervence u dospělých osob po CMP s diagnózou afázie

V teoretické části práce byla vymezena problematika CMP, afázií a logopedické intervence u osob s afázií. Tato část práce slouží jako východisko pro část výzkumnou, která zkoumá průběh logopedické intervence u dospělých osob po CMP s diagnózou afázie prostřednictvím dotazníkového šetření.

Ve výzkumné části této bakalářské práce popisujeme její cíl, kterého jsme se prostřednictvím výzkumných otázek pokusili dosáhnout, výzkumný vzorek, proces a postup výzkumného šetření, a výsledky výzkumného šetření včetně limitů výzkumu a doporučení pro praxi.

4.1 Cíle, výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumné části práce je zmapovat průběh logopedické intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie.

Stanoveny byly následující dílčí cíle (DC):

1. Dílčí cíl 1 (DC1): Zjistit, jaké konkrétní pomůcky a aktivity byly během logopedické intervence využívány.
2. Dílčí cíl 2 (DC2): Zjistit, jak byla realizována logopedická intervence z časového hlediska.
3. Dílčí cíl 3 (DC3): Zjistit, se kterými odborníky logoped v rámci logopedické intervence nejčastěji spolupracuje.

Pro dosažení hlavního cíle jsme stanovili hlavní výzkumnou otázku, na kterou jsme hledali odpověď pomocí níže zmíněných dílčích výzkumných otázek.

1. Hlavní výzkumná otázka (HVO): Jak probíhá logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie?
2. Dílčí výzkumná otázka 1 (DVO1): Jaké konkrétní pomůcky a aktivity bývají během logopedické intervence využívány?
3. Dílčí výzkumná otázka 2 (DVO2): Jak bývá logopedická intervence realizována z časového hlediska?

4. Dílčí výzkumná otázka 3 (DVO3): Se kterými odborníky logoped v rámci logopedické intervence nejčastěji spolupracuje?

4. 2 Metodologie výzkumu

Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metoda, konkrétně dotazníkové šetření pomocí nestandardizovaného strukturalizovaného dotazníku.

Dotazníky jsou v současné době velmi hojně užívaným nástrojem sběru dat při kvantitativních výzkumech (Špaček, 2019 in Hricová, Ondrášek, Urban, 2023). Sběr dat pomocí dotazníku má své výhody i nevýhody. Výhodou může být získání většího výzkumného vzorku, snazší vyhodnocování odpovědí a větší ochota osob stát se respondenty z důvodu vyšší míry anonymity (Eger, Egerová, 2017 in Hricová, Ondrášek, Urban, 2023). Naopak jako nevýhodu uvádí Eger a Egerová (2017) poměrně malou návratnost zodpovězených dotazníků, získání omezeného množství informací, riziko nedostatečné reprezentativnosti či možnou povrchnost odpovědí respondentů (Eger, Egerová, 2017 in Hricová, Ondrášek, Urban, 2023).

Dotazník může mít standardizovanou, nestandardizovanou nebo částečně standardizovanou podobu. Dále rozlišujeme dotazník nestrukturalizovaný, polostrukturalizovaný a nejčastěji užívaný – strukturalizovaný. Sběr dat pomocí dotazníků se neužívá pouze při kvantitativním výzkumu, ale můžeme se s tímto prostředkem setkat i v kvalitativních výzkumech. (Reichel, 2009)

Dotazník obsahoval celkem 23 otázek a jeho plné znění lze nalézt v příloze této práce. Jedna nepovinná otázka byla otevřená, jedna škálová, a všechny zbylé otázky byly polootevřené a uzavřené s možností jedné či více odpovědí. Dotazník byl vytvořen pomocí platformy survio.com, odkaz na něj byl rozeslán cestou e-mailů a případní zájemci měli možnost obdržet místo odkazu dokument s dotazníkovými otázkami připravený pro tisk.

Vstupní otázka dotazníku zjišťovala pohlaví jedince. Následovaly otázky zjišťující věk, kdy u jedince došlo k cévní mozkové příhodě, narušení jazykových rovin, otázky ohledně prvního kontaktu s logopedem, frekvencí návštěv logopeda v akutním a následně v chronickém stádiu a celkové délky vzájemné spolupráce. Na to navazovala série otázek zjišťujících, jaké aktivity jedinci v rámci jednotlivých oblastí, které bývají při afázii postiženy, při logopedické intervenci absolvovali. Takto jsme se dotazovali na absolvované aktivity v

oblasti grafického výkonu, schopnosti rozeznat a interpretovat smyslové vjemy, čtení, produkce a porozumění řeči, schopnosti vykonávat koordinované pohyby a matematických dovedností. Dále nás zajímalo, zda se osoby během logopedické intervence setkaly s poměrně nově užívanou metodou v terapii afázií – Intensive Language-Action Therapy. V dotazu jsme tedy definovali dvě skupinové hry vycházející z této metody a dali možnost uvést i případnou jinou hru, kterou klienti během logopedické intervence absolvovali. Kromě aktivit jsme zjišťovali i technické a netechnické pomůcky, které byly v intervenci používány. Jeden dotaz se týkal multidisciplinárního týmu u osob s afázií a zbylých pět otázek se věnovalo zkušenostem s logopedem: jak byl klient spokojen, případně zda mu něco vadilo, zda logoped spolupracoval s rodinou či pečovateli klienta a poskytoval jim dostatek informací, a zda logoped poskytl kontakty na sdružení, kluby, spolky či organizace pro osoby ve stejné situaci.

Sběr dat započal v listopadu 2023 a zařízení byla oslovována postupně z důvodu velké časové náročnosti kompletace kontaktů na jednotlivá zařízení všech krajů. Dále tedy probíhalo oslovování v prosinci, lednu a na konci února. Dotazník byl vyvěšen online pro možnost vyplnění až do začátku dubna 2024.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty tohoto výzkumu se mohla stát velmi specifická skupina osob, a to osoby s afázií způsobenou cévní mozkovou příhodou. Byli jsme připraveni na variantu, že by mohl být dotazník pro osoby s afázií příliš náročný, proto jsme možné respondenty stanovili následovně:

1. Dospělé osoby po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie;
2. Dospělé osoby po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie za pomoci jejich blízkého či pečovatele;
3. Blízká osoba či pečovatel dospělého člověka po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie.

Osloveno bylo vedení či sociální pracovníci domovů pro seniory a léčeben pro dlouhodobě nemocné po celé České republice, a spolky, sdružení či organizace věnující se osobám s afázií. Domnívali jsme se totiž, že v těchto zařízeních by mohla být koncentrace osob po CMP s afázií největší. Dále jsme zkusili oslovit několik hospiců a pečovatelských služeb, kde ale dle odpovědí pracovníků tuto klientelu neměli. Celkem bylo posláno 422 úvodních e-mailů s odkazem a prosbou o spolupráci ve formě rozšíření dotazníku mezi další pracovníky a

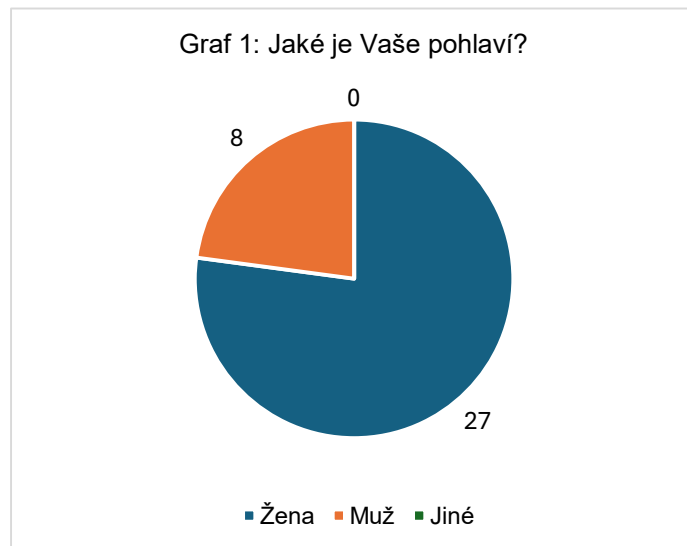
klienty, případně své okolí. S některými zařízeními probíhala i další telefonická či e-mailová korespondence ohledně domluvení spolupráce.

Celkový počet respondentů činil 50 osob, z toho vhodných pro další zpracování bylo 35 odpovědí. Důvodem vyřazení části odpovědí bylo chybné vyplnění dotazníku, případně situace, kdy u osob po cévní mozkové příhodě s afázií nedošlo k logopedické intervenci.

Vzhledem k výběru kvantitativní metodologie se může zdát počet respondentů čtenáři velmi nízký. Získali jsme od pracovníků poměrně velký počet zpráv, že v zařízení sice klienty s afázií po CMP mají, ale logopedická intervence afázie u nich neprobíhá. Důvodem byla například vytíženost místního logopeda nebo se občasné návštěvy logopeda týkaly pouze prevence dysfagie (poruchy polykání). U velkého množství klientů logopedická intervence neprobíhá, ačkoliv deficity v komunikační schopnosti jsou zjevné. Z vyřazených odpovědí jsme se dozvěděli, že v několika případech logopedická intervence vůbec neprobíhá a ani neprobíhala, ačkoliv je u jedince zjevné narušení ve všech jazykových rovinách. Po spolupráci s klinickou logopedkou, která distribuovala dotazníky svým klientům, jsme se dále dozvěděli, že dotazník byl pro osoby s afázií koncipován příliš složitě. Někteří klienti dotazník dokázali vyplnit z poloviny, několik málo klientů jej dokázalo vyplnit celý, ale bylo to pro ně opravdu náročné a zabralo jim to až několik hodin. Ostatní klienti nedokázali dotazník vyplnit vůbec. Z tohoto poznání usuzujeme, že počet respondentů je při tak náročné cílové skupině, jako jsou lidé s afázií, přijatelný.

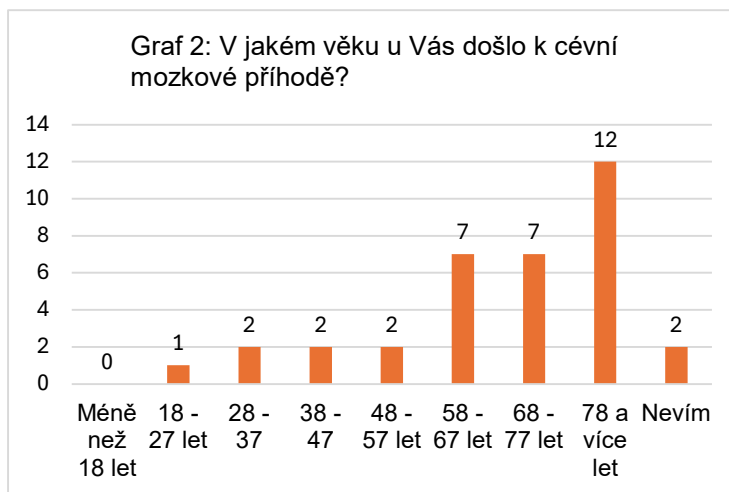
4.4 Interpretace výsledků

Analýzu získaných dat automaticky provedl portál survio.com. Na tomto místě však uvádíme námi přepracované grafy v programu Microsoft Excel zobrazující nasbíraná data s vlastním komentářem zjištěného. Čísla procent uvádíme zaokrouhlená na jedno desetinné místo.



Graf 1: Pohlaví

Odpovědi na první dotaz pro naše účely nejsou příliš důležité, spíše se jednalo o formální vstupní dotaz. Je z nich však možné pozorovat, že z našeho vzorku postihla CMP častěji ženy než muže, což je v souladu s mnohem většími výzkumy, než je ten náš, které říkají, že k cévní mozkové příhodě dochází častěji u žen. Konkrétně v našem výzkumu prodělalo CMP 27 žen, tedy 77,1 % respondentů, a 8 mužů – 22,9 % respondentů



Graf 2: Věk v době vzniku CMP

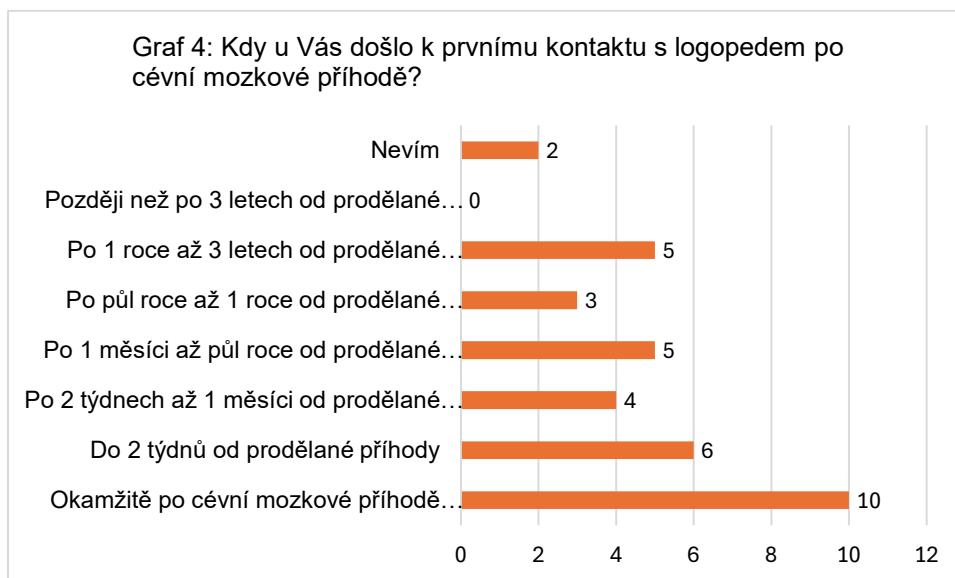
Graf číslo dvě zobrazuje, v jakém věku došlo u respondentů k cévní mozkové příhodě. Opět se jedná spíše o orientační dotaz, jehož data nám v zodpovězení výzkumných otázek nepomohou. 12 respondentů odpovědělo, že u nich k CMP došlo v 78 a více letech, 7 odpovědělo, že je CMP potkala v 68 – 77 letech, a dalších 7 v 58 – 67 letech. Tři dvojice respondentů zvolily odpověď 48 – 57 let, 38 – 47 let a 28 – 37 let. 1 respondent měl v době prodělání mrtvice 18 – 27 let a 2 respondenti nedokázali věkové rozmezí zvolit, a proto vybrali variantu „nevím“. Ve věku 78 a více let tedy došlo k CMP u 34,3 % respondentů, během 68 – 77 let u 20 % respondentů, stejně tak i během 58 – 67 let. V rozmezí 48 – 57 let u 5,7 %, stejně tak v 38 – 47 a 28 – 37 letech. 2,9 % respondentů prožilo CMP ve výrazně nižším věku: 18 – 27 letech. 5,7 % respondentů věkové rozmezí nezná.



Graf 3: Narušení jazykových rovin po CMP

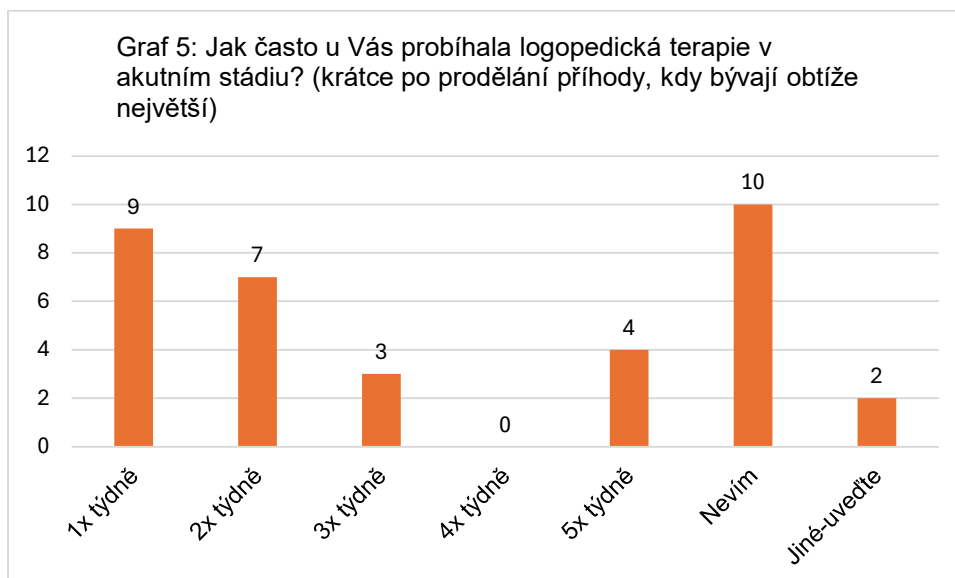
Třetí graf znázorňuje, v jakých jazykových rovinách si u sebe jedinci po CMP všimli změn. V této otázce měli respondenti možnost vybrat více odpovědí, jelikož ne vždy dojde k narušení pouze jedné roviny. Jazykové roviny byly popsány v možnostech odpovědí popisem, aby byly pro laickou veřejnost snadno pochopitelné. Z grafu vyplývá, že nejčastěji byla u respondentů narušena foneticko-fonologická jazyková rovina, tuto možnost vybralo celkem 22 respondentů. 19 respondentů zvolilo narušení lexikálně-sémantické jazykové roviny, 16 morfologicko-syntaktické, a u 14 osob došlo k narušení pragmatiky jazyka. 5 respondentů nedokázalo narušenou oblast určit.

Z procentuálního hlediska tedy došlo u 62,9 % respondentů k narušení foneticko-fonologické jazykové roviny, u 54,3 % k zasažení lexikálně-sémantické roviny, u 45,7 % respondentů k deficitům v morfologicko-syntaktické rovině a u 40 % ke změnám v pragmatické jazykové rovině, tedy v oblasti sociálního užití jazyka a řeči. 14,3 % respondentů vybralo odpověď „nevím“.



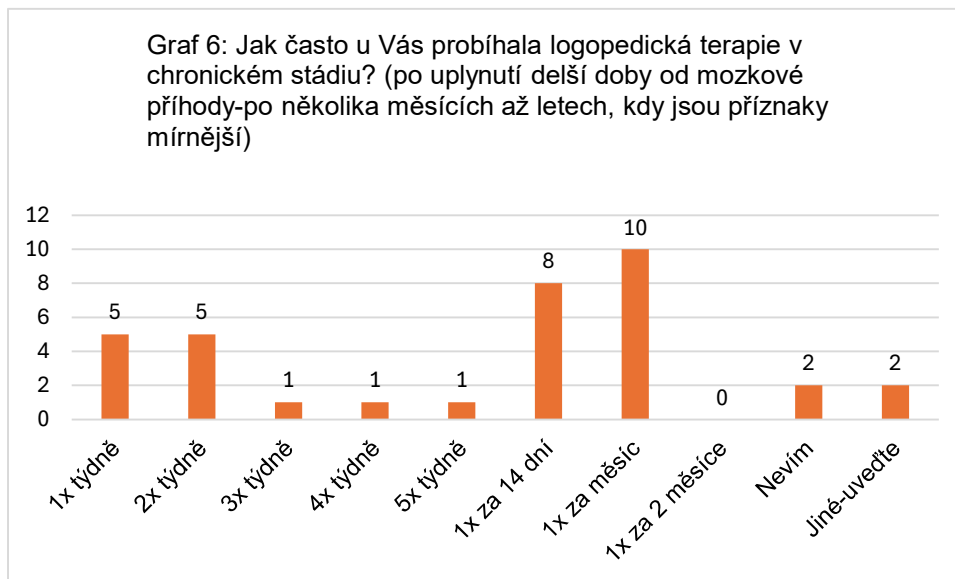
Graf 4: První kontakt s logopedem po CMP

Po CMP došlo u respondentů dle čtvrtého grafu ke kontaktu s logopedem nejčastěji okamžitě po proděláním mozkové příhody. Tuto odpověď vybralo celkem 10 respondentů. Do 2 týdnů od proděláním příhody došlo ke kontaktu s logopedem u 6 osob. Po 2 týdnech až 1 měsíci od proděláním iktu u 4 respondentů, o jednoho respondenta více se setkalo s logopedem po 1 měsíci až půl roce od prodělané příhody. 3 respondenti vybrali možnost prvního kontaktu s logopedem po půl roce až 1 roce od CMP a 5 respondentů zvolilo odpověď „po 1 roce až 3 letech od prodělané příhody“. Později než po 3 letech od prodělané příhody nedošlo k prvotnímu kontaktu s logopedem u nikoho a u 2 respondentů přesnou odpověď neznáme, jelikož ji neví ani oni. Tato čísla znamenají, že u 28,6 % respondentů proběhl první kontakt s logopedem okamžitě po CMP, u 17,1 % do 2 týdnů od proděláním CMP, u 11,4 % respondentů po 2 týdnech až 1 měsíci od proděláním, u 14,3 % po 1 měsíci až půl roce, u 8,6 % po půl roce až 1 roce od prodělané příhody. 14,3 % respondentů se setkalo s logopedem po 1 roce až 3 letech od proděláním iktu, později než po 3 letech 0 % respondentů. 5,7 % respondentů nezná dobu, kdy k prvnímu kontaktu s logopedem došlo.



Graf 5: Logopedická terapie v akutním stádiu

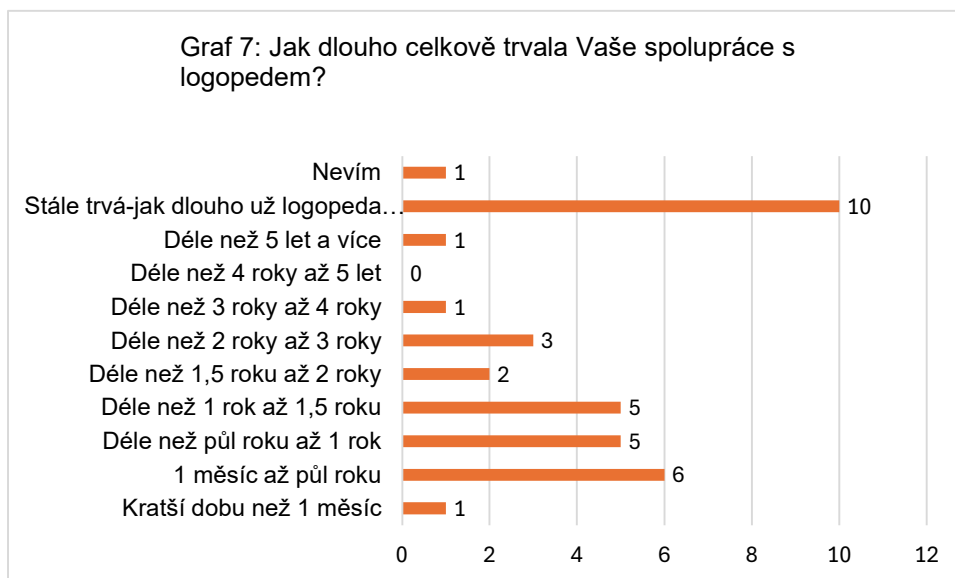
Pátý dotaz se týkal logopedické terapie v akutním stádiu po proděláním CMP. Zajímalo nás, jak často u jedinců v tomto období logopedická terapie probíhala. Zjistili jsme, že 1x týdně probíhala terapie u 9 respondentů, 2x týdně u 7 respondentů, 3x týdně u 3 respondentů, 4x týdně u žádného z nich a 5x týdně u 4 osob. Nejvíce respondentů, tedy 10, odpověď nezná. 2 respondenti zvolili odpověď „jiné“. Jeden z nich uvedl, že v akutním stádiu probíhala logopedická terapie s logopedem 1x za 14 dní, ale denně procvičoval s někým z pečujících. Druhý z nich doplnil „denně“, předpokládáme tedy, že tím myslel 7x týdně, jelikož možnost 5x týdně nezvolil. V procentech to znamená, že 1x týdně docházelo k logopedické terapii v akutním stádiu u 25,7 % osob po CMP, 2x týdně u 20 % respondentů, 3x týdně u 8,6 % respondentů, 4x týdně u 0 %, 5x týdně u 11,4 % respondentů, 7x týdně u 2,9 % respondentů, 1x za 14 dní v kombinaci s každodenním procvičováním s někým z pečujících také u 2,9 % respondentů. Nejvíce respondentů, tedy 28,6 %, odpověď bohužel nezná.



Graf 6: Logopedická terapie v chronickém stádiu

Jak často u respondentů probíhala logopedická terapie v chronickém stádiu, jsme zjišťovali pomocí šesté otázky. Dle výsledků probíhala terapie 1x týdně u 5 respondentů, 2x týdně také, 3x týdně u 1 respondenta, 4x a 5x týdně také jen u jednoho respondenta. 8 respondentů odpovědělo, že k terapii v chronickém stádiu u nich docházelo 1x za 14 dní, a nejvíce respondentů, 10, absolvovalo v tomto období terapii 1x za měsíc. 1x za 2 měsíce neprobíhala terapie u žádného z respondentů. 2 respondenti vybrali možnost „jiné“, přičemž 1 z nich uvádí, že po akutním stádiu už k další logopedické terapii nedocházelo, a druhý uvádí, že je teprve 3 měsíce po CMP. Dále volí 2 respondenti možnost „nevím“.

U 14,3 % respondentů docházelo k terapii v chronickém stádiu 1x týdně, u dalších 14,3 % 2x týdně, u 2,9 % respondentů 3x, 4x a 5x týdně. U 22,9 % respondentů 1x za 14 dní. U nejvíce respondentů, 28,6 % docházelo k terapii v chronickém stádiu 1x za měsíc. 2,9 % respondentů je teprve 3 měsíce po CMP a u dalších 2,9 % už v chronickém stádiu k další terapii nedocházelo. 5,7 % respondentů odpověď nezná.



Graf 7: Délka spolupráce s logopedem

Graf číslo 7 zobrazuje odpovědi na dotaz ohledně celkové délky spolupráce s logopedem. Kratší dobu než 1 měsíc trvala spolupráce s logopedem u 1 respondenta (2,9 %). 1 měsíc až půl roku u 6 respondentů (17,1 %). Déle než půl roku až 1 rok u 5 respondentů (14,3 %), stejně tak jako déle než 1 rok až 1,5 roku. Déle než 1,5 roku až 2 roky u 2 respondentů (5,7 %), déle než 2 roky až 3 roky u 3 respondentů (8,6 %), déle než 3 roky až 4 roky u 1 respondenta (2,9 %). Déle než 4 roky až 5 let neprobíhala spolupráce u nikoho (0 %). Déle než 5 let a více u jednoho respondenta (2,9 %). Jeden respondent neví, jak dlouho celková spolupráce trvala (2,9 %), a 10 respondentů vybralo možnost, že spolupráce s logopedem stále trvá (28,6 %). Tyto nedefinované odpovědi jsou zaznačeny v následující tabulce.

Respondent	Odpověď respondenta
#1	třetí měsíc
#2	došlo k přerušení terapie a po 2 letech začala znovu probíhat
#3	zatím 1,5 roku
#4	zatím 5 měsíců
#5	zatím 8 roků
#6	zatím 1,5 měsíce
#7	zatím 6 let
#8	zatím 1,5 roku
#9	zatím 4 roky
#10	zatím 2 měsíce

Tabulka 3: Odpověď „jiná“ v souvislosti s délkou spolupráce s logopedem



Graf 8: Způsob realizace logopedické terapie

Osmý dotaz zjišťoval, jakým způsobem byla/je logopedická terapie realizována. 24 respondentů vybralo odpověď, že u nich terapie probíhala individuálně. Zbýlých 11 respondentů má zkušenost s kombinací individuální a skupinové logopedické terapie. Pouze skupinová terapie neproběhla u nikoho z respondentů.

Individuální logopedická terapie proběhla u 68,6 % respondentů. U 31,4 % respondentů proběhla individuální logopedická terapie v kombinaci se skupinovou. Pouze skupinová terapie proběhla u 0 % respondentů.



Graf 9: Absolvované aktivity zaměřené na grafický výkon

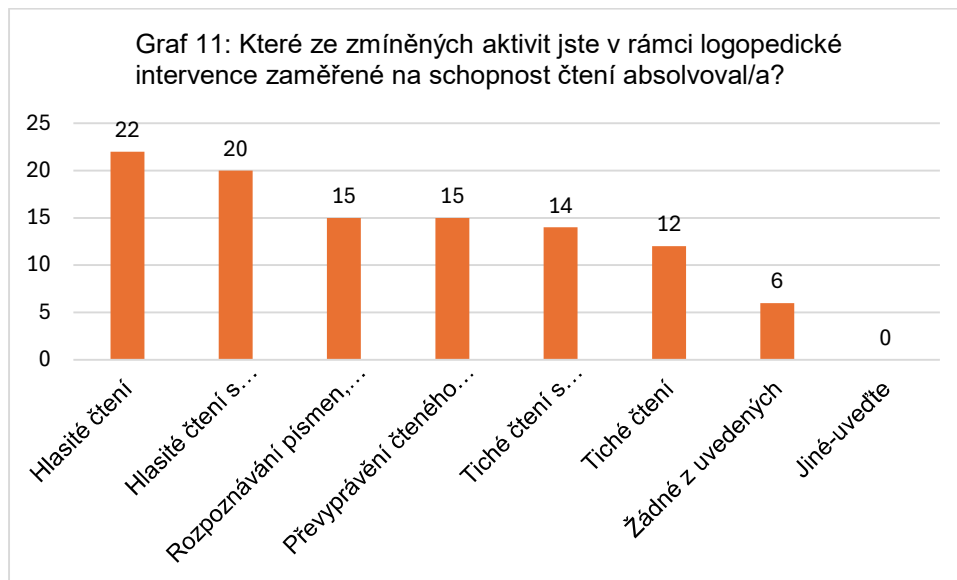
Grafy 9 – 14 zobrazují odpovědi na otázky týkající se absolvovaných aktivit během logopedické intervence zaměřených na námi vymezené oblasti, které bývají při afázii typicky postiženy. V těchto otázkách měli respondenti možnost vybrat více než 1 odpověď. Konkrétně graf 9 vyobrazuje absolvované aktivity zaměřené na oblast grafického výkonu, grafii. Nejvíce respondentů, přesněji 21, absolvovalo psaní vlastního jména, příjmení, bydliště – tzv. automatizovaných forem. 21 osob tvoří 60 % respondentů. 18 respondentů, tedy 51,4 %, absolvovalo písemné pojmenování věcí/obrázků. U 16 osob, 45,7 %, došlo k nácviku podpisu. 14 respondentů, 40 %, má zkušenost s kresbou během logopedické intervence. Spontánní psaní na dané téma bylo součástí intervence u 12 osob, tedy 34,3 % respondentů. 34,3 % respondentů má zkušenost i s opisováním textu dle předlohy. 8 osob, 22,9 % respondentů, se setkala s opisováním neexistujících slov (pseudoslov) dle předlohy. 22,9 / respondentů absolvovalo i psaní diktátu. 6 osob, 17,1 % respondentů, absolvovalo během logopedické intervence psaní diktovaných písmen. 3 osoby, 8,6 % respondentů, nemá zkušenost s absolvováním žádné z uvedených aktivit zaměřených na grafický výkon. 1 osoba, 2,9 % respondentů, vybrala navíc možnost „jiné“ a přidala „doplňování písmen do slov“.



Graf 10: Absolvované aktivity zaměřené na rozpoznání a interpretaci smyslových vjemů

Graf 10 zobrazuje odpovědi na desátý dotaz týkající se absolvovaných aktivit zaměřených na schopnost rozpoznat a interpretovat smyslové vjemy, gnózi. 28 respondentů, tedy 80 % z celkového počtu respondentů, má v této oblasti zkušenost s pojmenováním barev/určením barvy předmětu. 26 respondentů, 74,3 %, pojmenovávalo osoby na fotografiích. 21 respondentů, 60 %, má zkušenost s dotýkáním se částí těla dle instrukcí. 20 osob, 57,1 %

respondentů, v rámci intervence zpívalo. 10 respondentů, 28,6 %, rozeznávalo zvuky či hudební nástroje. 9 respondentů, 25,7 %, se setkala s opakováním melodie a 5 respondentů, 14,3 %, během intervence rozeznávalo předměty pomocí hmatu. 1 respondent, tedy 2,9 % z celkového počtu, nemá zkušenost s absolvováním žádné ze zmíněných aktivit.



Graf 11: Absolvované aktivity zaměřené na schopnost čtení

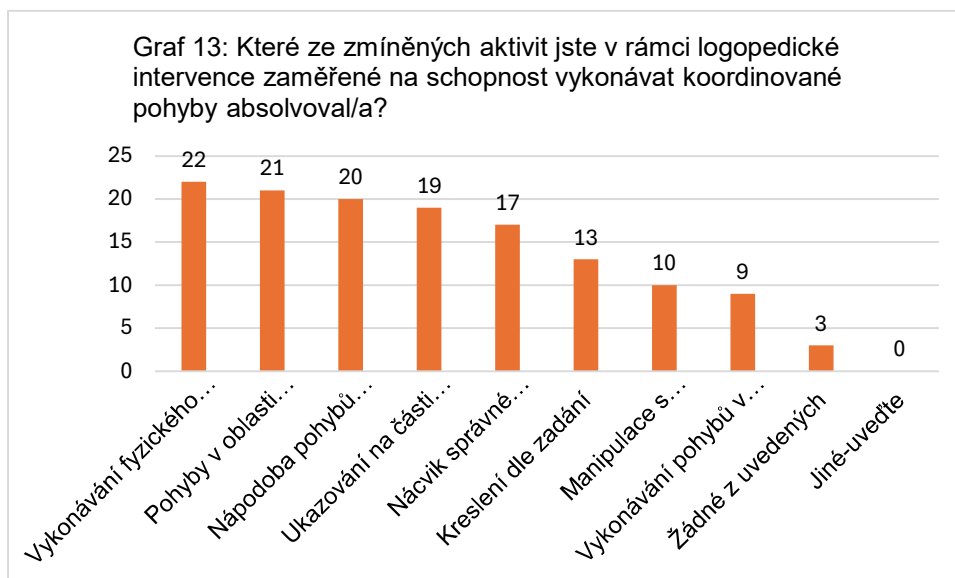
Na jedenáctém grafu může čtenář vidět absolvované aktivity zaměřené na schopnost čtení, lexii. Nejčastěji měli respondenti během logopedické intervence v rámci této oblasti zkušenost s hlasitým čtením. To konkrétně ve 22 případech, tedy u 62,9 % respondentů. 20 respondentů, 57,1 %, absolvovalo hlasité čtení s porozuměním. S rozpoznáváním písmen a slabik se v rámci intervence setkala 15 osob – 42,9 % respondentů. 42,9 % respondentů se setkala i s aktivitou v podobě převyprávění čteného textu. O jednoho respondenta méně, 40 %, má zkušenost s tichým čtením s porozuměním. 12 respondentů, 34,3 %, absolvovalo tiché čtení, a 6 respondentů, 17,1 %, nemá zkušenost se žádnou z jmenovaných aktivit.



Graf 12: Absolvované aktivity zaměřené na produkci a porozumění řeči

Graf číslo 12 představuje odpovědi na dotaz ohledně absolvovaných aktivit zaměřených na produkci a porozumění řeči. Konkrétní položky je možné dohledat v příloze práce, kde je zveřejněno celé znění dotazníku.

Nejvíce respondentů absolvovalo opakování slov a vět, konkrétně 24, tedy 68,6 % respondentů. U aktivity vyjmenování dnů v týdnu, měsíců, číselných řad apod. je to 23 respondentů, 65,7 % z jejich celkového počtu. Odpovídání na otázky bylo zaznamenáno u 22 respondentů, 62,9 %. Aktivity ukazování na předměty dle instrukcí, slovní popis obrázků a volný rozhovor absolvoval stejný počet respondentů, a to 21, tedy 60 %. 20 respondentů, 57,1 %, v rámci intervence pojmenovávalo předměty. 13 respondentů, 37,1 %, vybíralo obrázky/předměty, které se do skupiny tématicky nehodí. 9 respondentů, 25,7 %, pravděpodobně absolvovalo Token test, jelikož mají zkušenost s manipulací s geometrickými tvary dle pokynů. U 8 respondentů, 22,9 %, došlo k nahrávání řeči na diktafon či video. Rozlišování existujících slov a pseudoslov bylo součástí intervence u 6 respondentů, 17,1 %. 5 respondentů, 14,3 %, porovnávalo zvuk dvou slabik. Žádnou z uvedených aktivit neabsolvoval pouze 1 respondent, 2,9 % z celkového počtu respondentů.



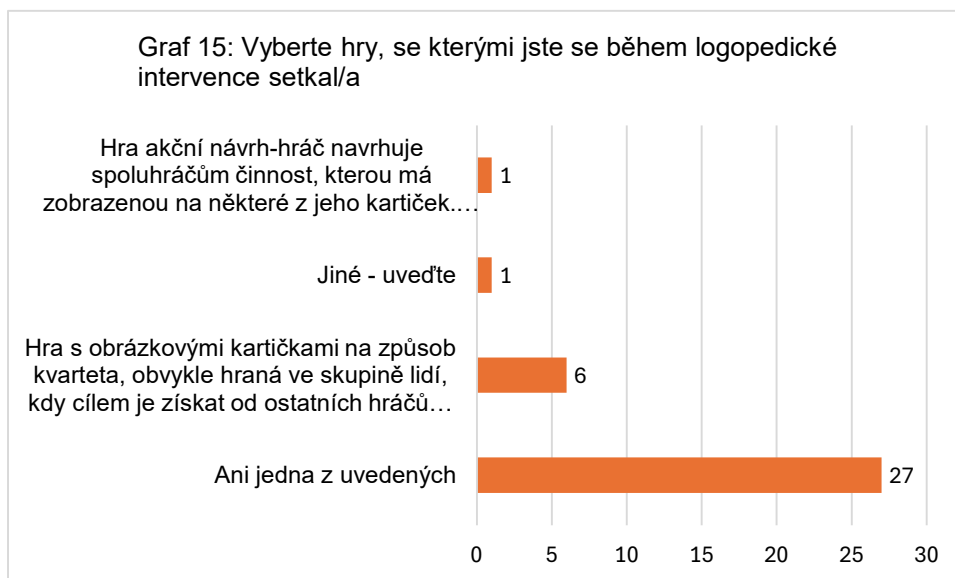
Graf 13: Absolvované aktivity zaměřené na schopnost vykonávat koordinované pohyby

Třináctá otázka mapuje absolvované aktivity v oblasti praxe, tedy schopnosti vykonávat koordinované pohyby. Nejvíce respondentů, 22 – 62,9 %, má v této oblasti zkušenost s vykonáváním fyzického pohybu dle instrukcí. 21 respondentů, 60 %, s vykonáváním pohybů v oblasti dutiny ústní a obličeje. 20 respondentů, 57,1 % napodobovalo pohyby úst po vzoru logopeda. 19 respondentů, 54,3 % absolvovalo aktivitu spočívající v ukazování na části těla dle instrukcí. S nácvikem správné artikulace se setkalo celkem 17 respondentů, 48,6 % z celku. 13 respondentů, 37,1 % kreslilo dle zadání. 10 respondentů, 28,6 %, v rámci intervence manipulovalo s předměty dle instrukcí. 9 respondentů, 25,7 %, vykonávalo pohyby v určitém pořadí. 3 respondenti, 8,6 %, se v praxi nesetkali s žádnou z uvedených aktivit.



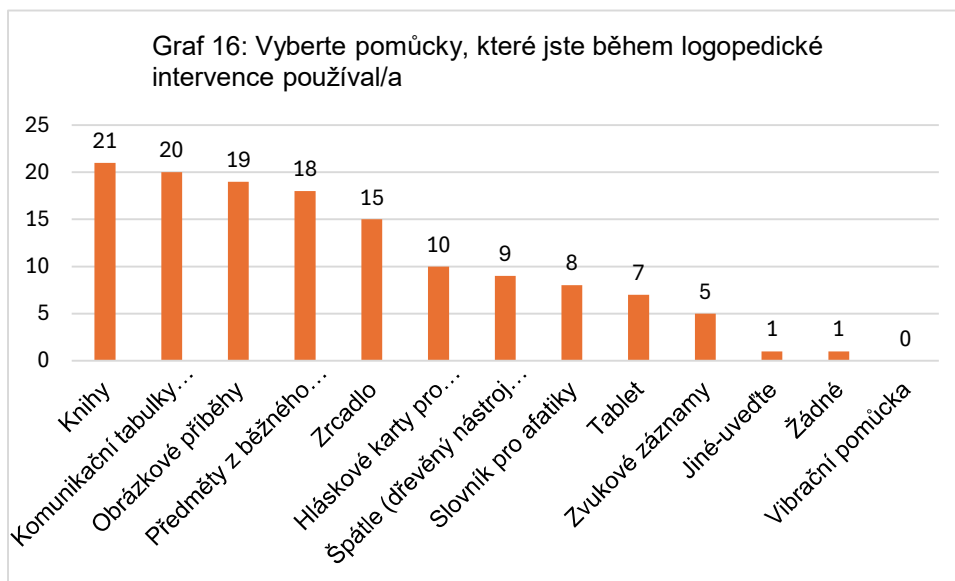
Graf 14: Absolvované aktivity zaměřené na matematické dovednosti

Čtrnáctý graf je posledním grafem zobrazujícím absolvované aktivity v jednotlivých oblastech a představuje absolvované aktivity zaměřené na matematické dovednosti, kalkulií. V této oblasti má nejvíce respondentů zkušenost s pojmenováváním slovních řad, a to konkrétně 19 – 54,3 %. 18 respondentů, 51,4 %, se setkala se čtením číslic. 15 respondentů, 42,9 %, řadilo předměty podle velikosti. 14 respondentů, 40 %, má zkušenost procvičováním matematických dovedností i s psaním číslic a matematických symbolů. Písenné počítání absolvovalo během logopedické intervence 13 respondentů, 37,1 %. 10 respondentů, 28,6 %, třídilo předměty nebo symboly dle konkrétních vlastností. Žádnou z uvedených aktivit neabsolvovali 3 respondenti, 8,6 %. Jeden respondent, 2,9 %, uvedl i jinou aktivitu – vyslovování písmen abecedy po 5 a hraní „Člověče, nezlob se!“ s hlasitým počítáním.



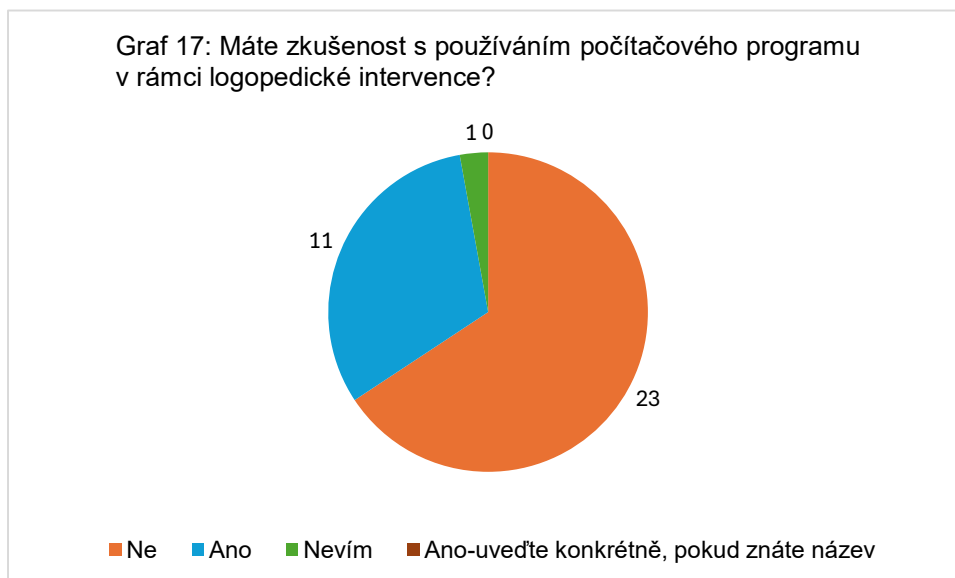
Graf 15: Hry absolvované během logopedické intervence

Patnáctý dotaz se týkal her, se kterými se jedinci v rámci logopedické intervence setkali. Cílem tohoto dotazu bylo zjistit, zda se v praxi užívají hry vycházející z metody terapie afázie – Intensive Language-Action Therapy. V možnostech odpovědí jsme vysvětlili 2 hry vycházející z této metody, které jsou popsány i v teoretické části této práce. Z grafu s odpověďmi vyplývá, že naprostá většina respondentů, konkrétně 27, tedy 77,1 % z jejich celkového počtu, s těmito hrami zkušenost nemá a v rámci logopedické intervence se s nimi neseťkali. S definovanými hrami má zkušenost celkem 7 respondentů, 20 %. Z nich se všichni až na jednoho, 17,1 %, setkali se hrou „Go Fish“. Pouze 1 repondent, 2,9 %, hrál v rámci intervence hru „Akční návrh“. Jeden respondent, 2,9 %, navíc uvádí hru „Člověče, nezlob se!“



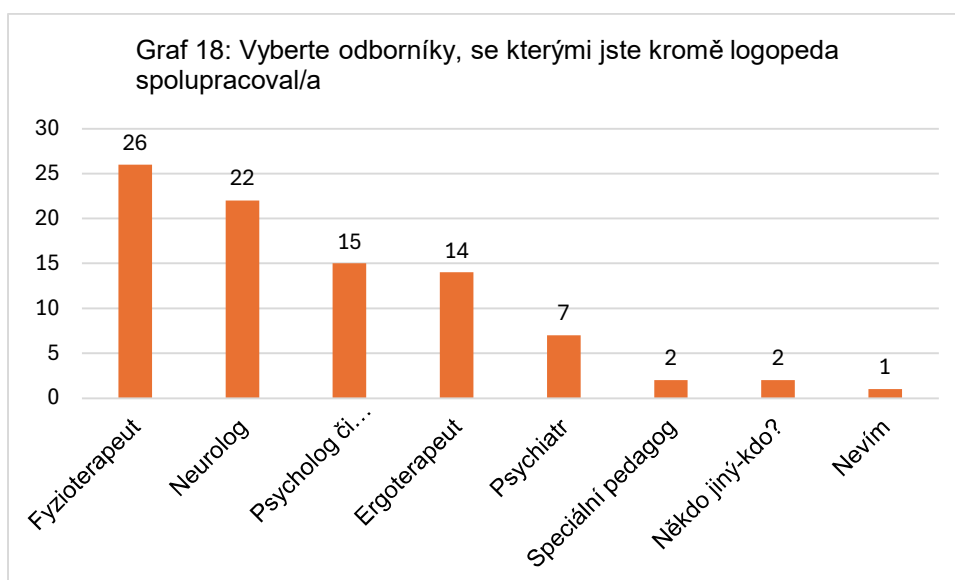
Graf 16: Pomůcky užívané během logopedické intervence

Pomocí šestnáctého dotazu jsme se snažili zjistit, které pomůcky se v logopedické intervenci při afázii užívají nejčastěji. Nejvyšší počet odpovědí získaly knihy. S nimi se během intervence setkala 21 respondentů, 60 %. O jednoho respondenta méně, 57,1 %, pracovalo s komunikačními tabulkami. 19 respondentů, 54,3 %, užívalo obrázkové příběhy. 18 respondentů, 51,4 %, pracovalo s předměty z běžného života. Zrcadlo používalo v intervenci 15 respondentů, 42,9 %. 10 respondentů, 28,6 %, mělo možnost se setkat s hláskovými kartami pro cvičení výslovnosti hlásek a slov. U 9 respondentů, 25,7 %, byly používány špátle. 8 respondentů, 22,9 %, má zkušenost se slovníkem pro afatiky. 7 respondentů, 20 %, se setkala s tabletem a 5 respondentů, 14,3 %, se zvukovými záznamy. Jeden respondent, 2,9 %, navíc doplňuje rytmické hudební nástroje a 1 respondent, 2,9 %, uvádí, že nemá v rámci logopedické intervence zkušenost s využíváním jakýchkoliv pomůcek. S vibračními pomůckami nemá zkušenost žádný z respondentů, 0 %.



Graf 17: Užívání počítačových programů v rámci logopedické intervence

Dotaz číslo 17 zjišťoval, zda mají jedinci v rámci logopedické intervence zkušenost s používáním počítačových programů. 23 respondentů, 65,7 %, odpovědělo, že tuto zkušenost nemají. 11 respondentů, 31,4 %, se s počítačovými programy setkala. Tito respondenti měli možnost napsat konkrétní název programu, který používali, pokud znali název. Nikdo ale této možnosti nevyužil, proto nevíme, o které programy se konkrétně jednalo. Jeden respondent, 2,9 %, nedokázal odpovědět, zda zkušenost s používáním počítačového programu má či ne.



Graf 18: Multidisciplinární tým

Jelikož rehabilitace osob s afázií není doménou jen logopedů, bylo vhodné zjistit, s kterými dalšími odborníky respondenti spolupracovali. To zjišťoval osmnáctý dotaz. Do možných odpovědí jsme vybrali odborníky, kteří jsou v literatuře zmiňováni nejčastěji: fyzioterapeuta, neurologa, psychologa/psychoterapeuta, ergoterapeuta, psychiatra a speciálního pedagoga. Dále měli respondenti možnost uvést jiného odborníka či vybrat odpověď „nevím“. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji spolupracovali klienti kromě logopeda s fyzioterapeutem, a to konkrétně ve 26 případech, 74,3 %. Následoval neurolog ve 22 případech, 62,9 %. S 15 respondenty, 42,9 %, pracoval i psycholog/psychoterapeut a se 14 respondenty, 40 %, i ergoterapeut. 7 respondentů, 20 %, přišlo do kontaktu s psychiatrem. Se speciálním pedagogem se setkali 2 respondenti, 5,7 %. 2 respondenti, 5,7 %, zmiňují spolupráci i s někým jiným – jeden z nich s oftalmologem a druhý s muzikoterapeutem. 1 respondent, 2,9 %, odpověď nezná.

Tabulka k otázce číslo 19: Do jaké míry jste byl/a spokojen/a s realizací logopedické intervence?

	-2	-1	0	1	2	
Vůbec ne	0	0	0	14	21	Naprosto ano

Tabulka 4: Míra spokojenosti s realizací logopedické intervence

Pomocí této otázky jsme zjišťovali, do jaké míry byli respondenti spokojeni s logopedickou intervencí. Respondenti měli svou míru spokojenosti zaznačit na pětibodové škále označené hodnotami (-2, -1, 0, 1, 2), představující odpovědi „vůbec ne“, „spíše ne“, „nevím“, „spíše ano“ a „naprosto ano“. Z tabulky vyplývají pozitivní data, naprosto všichni respondenti byli s realizací logopedické intervence spokojeni, lišila se u nich pouze míra spokojenosti. Naprosto spokojených s realizací logopedické intervence bylo 21 respondentů, tedy 60 % jejich celkového počtu. Zbývajících 14 respondentů, 40 %, bylo spíše spokojeno.

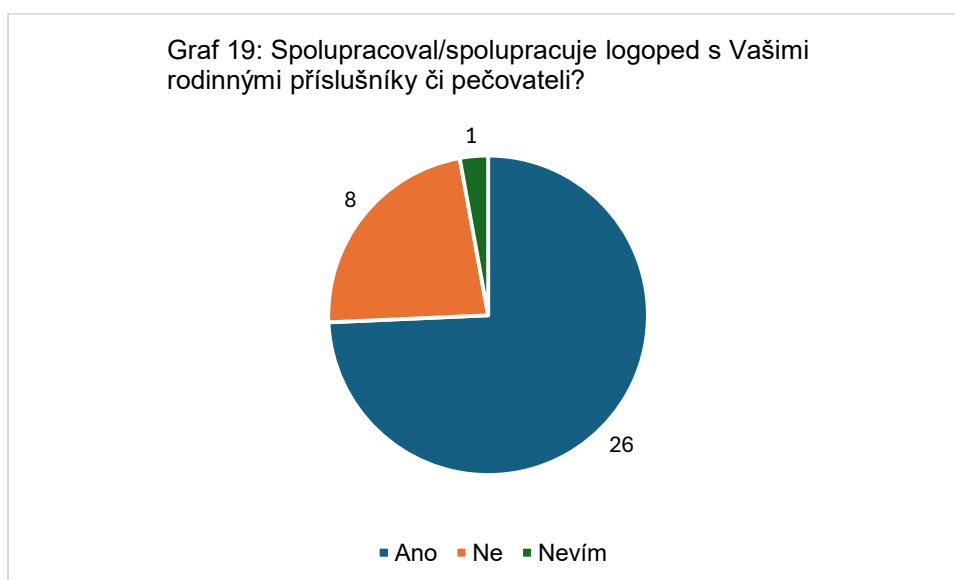
Tabulka k otázce číslo 20: Pokud Vám na logopedické intervenci/logopedovi něco vadilo, co konkrétně to bylo?

četnost	odpověď
1	„V RH byla logopedie nekonceptční a nudná (stále se opakovala). V FN je logo super!“
1	„Spěch“

Tabulka 5: Výhrady vůči logopedovi a logopedické intervenci

Dvacátá otázka byla jedinou nepovinnou otázkou, ve které měli respondenti možnost napsat otevřenou odpověď. 3 respondenti v odpovědi uvedli „nic“. Tyto odpovědi ale v tabulce nezobrazujeme, jelikož se tabulka týká konkrétních výhrad, a pokud respondenti žádné výhrady neměli, odpověď nevyplňovali.

Jeden z respondentů, 2,9 % z jejich celkového počtu, zmiňuje, že mu na logopedovi a logopedické intervenci vadil spěch. Druhý respondent, 2,9 %, má nepříjemnou zkušenost s předešlým logopedem, kdy se mu intervence jevila jako nekonceptční, nudná a repetitivní. Zbýlých 33 respondentů – 94,3 % ze všech, žádné nedostatky nezmínilo.



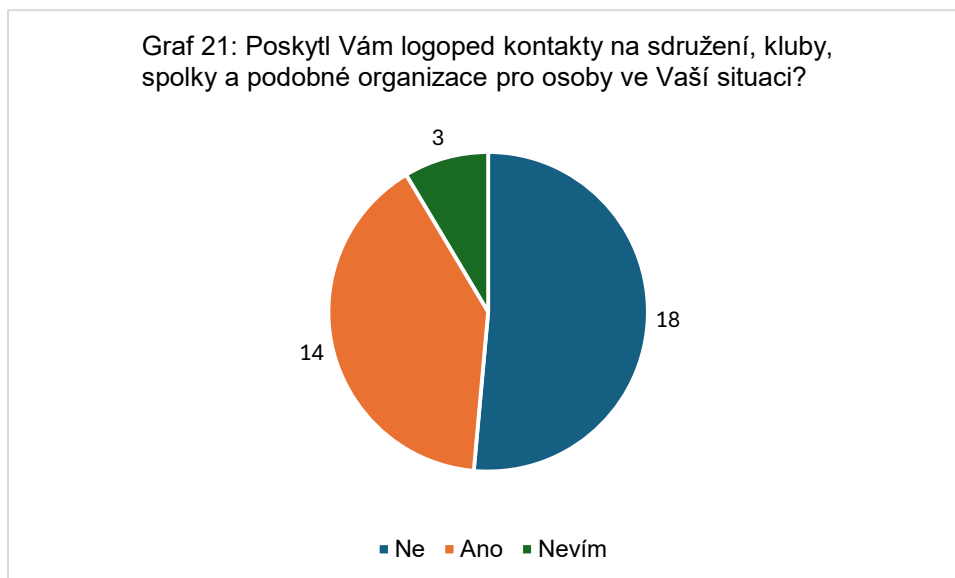
Graf 19: Spolupráce logopeda s rodinou/pečovateli

Otázka 21 měla za cíl zjistit, zda logoped spolupracoval s rodinnými příslušníky či pečovateli jedinců po afázii. Spolupráce mezi logopedem a blízkými osobami jedince hraje totiž v jeho rehabilitaci důležitou roli. Z grafu je možné vyčíst, že v naprosté většině případů logoped s blízkými osobami jedince spolupracoval. Konkrétně ve 26 případech, tedy 74,3 %. U 8 respondentů, 22,9 %, spolupráce mezi logopedem a rodinou či pečovateli jedince s afázií neprobíhala. 1 respondent, 2,9 %, odpověď na otázku nezná.



Graf 20: Předávání informací o afázii logopedem

Otázka 22 zjišťovala, zda logoped předával rodině či pečovatelům jedince s afázií informace o afázii a o možnostech rozvoje jedince. 25 respondentů, 71,4 %, odpovědělo, že ano. 7 respondentů, 20 %, odpovědělo, že ne. 3 respondenti, 8,6 %, odpověď neznali.



Graf 21: Poskytnutí kontaktů logopedem

Poslední otázka měla zjistit, zda poskytl logoped jedinci s afázií kontakty na sdružení, kluby, spolky či podobné organizace pro osoby v jeho situaci. Z grafu je možné si vyčíst, že rozdíl mezi odpověďmi „ano“ a „ne“ není příliš vysoký, ale více respondentů odpovědělo, že kontakty neobdrželi. Konkrétně vybralo zápornou odpověď 18 respondentů, tedy 51,4 % z celkového počtu. Počet respondentů, kteří kontakty obdrželi, je 14, tedy 40 % respondentů. 3 respondenti, 8,6 %, odpověď nezná.

4.5 Výsledky výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumné části práce bylo zmapovat průběh logopedické intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké konkrétní pomůcky a aktivity byly během logopedické intervence u jedinců využívány, jak byla realizována logopedická intervence z časového hlediska, a se kterými odborníky logoped v rámci logopedické intervence nejčastěji spolupracuje.

Na tomto místě uvádíme odpovědi na výzkumné otázky, které jsme pro dosažení zmíněných cílů stanovili. Hlavní výzkumnou otázkou bylo: Jak probíhá logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie?

1) DVO1: Jaké konkrétní pomůcky a aktivity bývají během logopedické intervence využívány?

Odpověď na první výzkumnou otázku byla zjišťována pomocí dotazů 9 – 17. Grafy pro jednotlivé otázky je možné dohledat v předchozí kapitole pod čísly 9 – 17. Otázky 9 – 14 byly věnovány absolvovaným aktivitám během logopedické intervence v rámci šesti oblastí, které bývají při afázii narušeny. Zde uvádíme jejich výčet v pořadí korespondujícím s pořadím otázek, respektive grafů v předchozí kapitole: grafie, gnózie, lexie, produkce a porozumění řeči, praxie, kalkule. Produkce a porozumění řeči byly spojeny do jedné otázky, jelikož spolu aktivity v těchto oblastech úzce souvisí, proto uvádíme oblastí šest, ne sedm.

Z grafů 9 – 14 vyplývá, že byly v rámci logopedické intervence u jedinců absolvovány aktivity ve všech zmíněných oblastech. Na tomto místě uvádíme tabulku zobrazující celkový počet odpovědí v jednotlivých oblastech. Do součtu nebyly započítány odpovědi „žádné z uvedených“, pouze námi definované odpovědi a odpovědi „jiné-uveďte“. Z tabulky je možné vypočítat, že nejvíce odpovědí bylo v otázce 12, která se týkala aktivit v oblasti porozumění a produkce řeči, tedy největší pozornost byla v rámci intervence věnována této oblasti.

číslo otázky	počet odpovědí
9	116
10	119
11	98
12	193
13	131
14	104

Tabulka 6: Vyhodnocení počtu odpovědí pro otázky 9 - 14

Nejčastěji absolvovanou aktivitou v oblasti grafie bylo psaní vlastního jména, příjmení, bydliště v 60 % odpovědí. V oblasti gnózie to bylo pojmenování barev/určení barvy předmětů v 80 %. V oblasti lexie hlasité čtení v 62,9 % odpovědí. Nejčastěji absolvovanou aktivitou v rámci produkce a porozumění řeči bylo opakování slov, vět, se kterým mělo zkušenost 68,6 % respondentů. V oblasti praxie bylo nejčastější aktivitou vykonávání fyzického pohybu dle instrukcí u 62,9 % respondentů. V oblasti kalkule respondenti nejčastěji pojmenovávali slovní řady – 54,3 %.

Dále byla pro odpověď na DVO1 z hlediska aktivit důležitá otázka číslo 15 zjišťující využívání her vycházejících z metody ILAT viz graf 15. Z odpovědí bylo zjištěno, že 77,1 % z celkového počtu 35, tedy naprostá většina respondentů, zkušenost s využíváním těchto her nemá. Se hrou Go Fish se během intervence setkala 17,1 % respondentů a se hrou Akční návrh 2,9 % respondentů. 2,9 % respondentů navíc uvedlo hru Člověče, nezlob se.

Z hlediska pomůcek pro nás měly výpovědní hodnotu otázky 16 a 17 – grafy 16, 17. Z šestnáctého grafu jsme zjistili že nejužívanější pomůckou u respondentů byly knihy. Ty byly využívány u 60 % respondentů. Dále u 57,1 % komunikační tabulky, u 54,3 % obrázkové příběhy a u 51,4 % předměty z běžného života. Zbylé odpovědi obdržely hlas od 42,9 a méně procent respondentů. Za pomoci sedmnáctého grafu jsme se dozvěděli, že nadpoloviční většina, 65,7 % respondentů, nemá zkušenost s používáním počítačového programu v rámci logopedické intervence. Naopak zkušenosti s jeho využíváním má 31,4 % respondentů.

2) DVO2: Jak bývá logopedická intervence realizována z časového hlediska?

K zodpovězení druhé dílčí otázky sloužily otázky 4 – 7, viz grafy 4 – 7. Pomocí nich jsme zjistili, že z časového hlediska se logopedická intervence u jednotlivých respondentů velmi různí.

K prvnímu kontaktu s logopedem (graf 4) došlo nejčastěji okamžitě po CMP, a to u 28,6 % respondentů. V pozdějším období došlo k prvnímu kontaktu s logopedem u 17,1 % respondentů a méně. Nejvíce respondentů – 28,6 %, nedokázalo odpovědět, jak často u nich probíhala logopedická terapie v akutním stádiu (graf 5). Dalšími odpověďmi s největší četností byly 1x týdně u 25,7 % respondentů a 2x týdně u 20 respondentů. V chronickém stádiu (graf 6) probíhala u jedinců logopedická terapie nejčastěji 1x za měsíc (u 28,6 % respondentů) a 1x za 14 dní (u 22,9 %). Celková délka spolupráce s logopedem se u jednotlivých respondentů také velice lišila (graf 7 + tabulka 4). U největšího množství respondentů, 28,6 %, zatím spolupráce s logopedem stále trvá. Odpovědi v této otázce se pohybovaly v rozmezí 3 měsíce – 8 let.

3) DVO3: Se kterými odborníky logoped v rámci logopedické intervence nejčastěji spolupracuje?

Odpověď na třetí dílčí výzkumnou otázku vychází z dotazníkové otázky číslo 18 (graf 18). Z odpovědí na tuto otázku se ukázalo, že nejčastěji, v 74,3 % případů, byl součástí

multidisciplinárního týmu fyzioterapeut a dále, v 62,9 % případů, neurolog. Ostatní odborníci byli zvoleni méně než 50 % respondentů. Překvapivou odpovědí, se kterou jsme nepočítali, byla spolupráce s oftalmologem a muzikoterapeutem, každá z nich uvedena 2,9 % respondentů.

4.6 Závěr výzkumné části, limity výzkumu, doporučení

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zmapovat průběh logopedické intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie pomocí výše zmíněných výzkumných otázek.

Ze získaných dat je možné říci, že logopedická intervence u této cílové skupiny je u každého jedince individuální, a to zejména z časového hlediska. Nejčastěji u respondentů došlo k prvnímu kontaktu s logopedem okamžitě po prodělání CMP. V akutním stádiu docházelo k logopedické intervenci u nejvíce respondentů 1x či 2x týdně, největší počet respondentů však na tuto otázku nedokázal odpovědět. V chronickém stádiu potom probíhala intervence nejčastěji 1x za měsíc a 1x za 14 dní. Celkově šlo o různě dlouhou dobu spolupráce, která ve většině případů stále probíhá, pohybující se od 3 měsíců do 8 let.

Během logopedické intervence bývají voleny aktivity v oblasti grafie, lexie, gnózie, praxie, kalkule, produkce a porozumění řeči s největším zastoupením aktivit právě v poslední zmiňované oblasti. S hrami vycházejícími z metody ILAT naprostá většina respondentů zkušenost nemá. Celkem se s nimi při logopedické intervenci setkala 20 % respondentů, přičemž výrazně častěji šlo o hru Go Fish. Během logopedické intervence bývají hojně využívány různé pomůcky, nejčastěji jsou to dle výsledků dotazníku knihy, komunikační tabulky, obrázkové příběhy a předměty z běžného života. S počítačovými programy se v logopedické péči více než polovina respondentů nesešla, zkušenost s jejich využitím má 31,4 % respondentů.

Ačkoliv je práce logopeda pro jedince s afázií velmi důležitá, není jediným odborníkem, kterého pro svou rehabilitaci potřebují. Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji logoped spolupracoval s fyzioterapeutem a neurologem. Méně často s psychologem či psychoterapeutem, ergoterapeutem, psychiatrem, speciálním pedagogem a v ojedinělých případech i s oftalmologem a muzikoterapeutem.

Limity výzkumu

Mezi limity výzkumu jednoznačně patří menší velikost výzkumného vzorku, vezmeme-li v potaz, že byla pro výzkum zvolena kvantitativní metodologie. Způsobeno to bylo částečně náročností sehnat tak specifickou skupinu, kterou jsou osoby s afázií získanou vlivem cévní mozkové příhody, jenž velmi často postihuje mimo jiné jak porozumění, tak produkci řeči. Současně měl na této skutečnosti podíl později zjištěný fakt, že pro osoby s afázií byl dotazník poměrně nevhodně koncipovaný a pro množství potenciálních respondentů bylo nemožné jej vyplnit. Při takovémto počtu respondentů není vhodné získaná data generalizovat.

Dalším limitem je samotná metodologie, kdy dotazníkové šetření nemá možnost přinést tak přesná data, jako některá z kvalitativních metod. Dotazníkem autor získá pouze omezené množství informací a odpovědi respondentů mohou být pouze povrchní.

Zjevným limitem je i dosavadní nezkušenost autorky s celkovým zpracováním výzkumného šetření.

I přes výše zmíněné limity se autorce podařilo zmapovat průběh logopedické intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie.

Doporučení

Kvalifikační práce na podobná témata využívají pro výzkum v naprosté většině případů kvalitativní metodologii, kterou autorka na základě nabytých zkušeností doporučuje při zmíněné cílové skupině více.

Během sběru dat se autorka setkala s velkým množstvím odpovědí pracovníků, že klienty s afázií po CMP v zařízení mají, avšak k logopedické intervenci u nich nedochází. V některých případech to bylo vysvětleno tím, že logoped v daném městě je příliš vytížený, případně, že se logopedická intervence zabývá pouze prevencí dysfagie. Většinou však absence logopedické intervence vysvětlena nebyla a někdy i sami pracovníci sdělili, že neví, proč tomu tak je. Z toho důvodu autorka pro praxi doporučuje zaměřit se na výzkum důvodů, proč logopedická intervence u těchto jedinců často chybí a je jim tímto způsobem upírána možnost zefektivnění komunikace.

Závěr

Bakalářská práce s názvem „*Logopedická intervence u dospělých osob po cévní mozkové příhodě (s primárním zaměřením na problematiku afázie)*“ se zabývala problematikou afázie u dospělých osob po prodělané CMP a logopedickou intervencí u těchto jedinců. Práce je složena ze čtyř kapitol. První tři kapitoly patří do teoretické části práce. Kapitola čtvrtá je součástí části výzkumné.

V první kapitole čtenář nalezne základní poznatky o cévních mozkových příhodách: jejich vymezení, etiologii a rizikové faktory vzniku, diagnostiku a terapii. Druhá kapitola je věnována afázii. Zmiňuje její charakteristiku, etiologii, symptomatologii a klasifikace. Poslední kapitola teoretické práce popisuje logopedickou intervenci u osob s afázií, konkrétně diagnostiku, terapii, prevenci a pomůcky využívané v logopedické intervenci.

Čtvrtá kapitola, již patřící k výzkumné části práce, se na základě poznatků vymezených v teoretické části zabývá logopedickou intervencí u dospělých osob po cévní mozkové příhodě s diagnózou afázie. Cílem bylo zmapovat logopedickou intervenci u těchto osob. Pro sběr dat byla zvolena kvantitativní metodologie, konkrétně dotazníkové šetření pomocí nestandardizovaného strukturalizovaného dotazníku. Dále je v této kapitole popsán výzkumný vzorek, výzkumné otázky a proces výzkumného šetření. Součástí je i interpretace získaných dat a výsledky výzkumného šetření, včetně limitů výzkumu a doporučení pro praxi.

Na výzkumné otázky se autorce podařilo odpovědět. Prostřednictvím odpovědí na výzkumné otázky tedy bylo dosaženo cíle výzkumu.

Seznam použitých zdrojů

- 1) ALFÖLDI ŠPERKEROVÁ, Marcela, [2019]. *Cévní mozková příhoda* [online]. 10-11 [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.i60.cz/documents/Mrtvice0.pdf>
- 2) Cévní mozková příhoda: co to je?, 2024. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2024-02-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/980-cevni-mozkova-prihoda-co-to-je>
- 3) CSÉFALVAY, Zsolt a kol., 2007. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. Portál. ISBN 978-80-7367-316-1.
- 4) CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA a kol., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.
- 5) CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA a kol., 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.
- 6) DUFEK, Michal, 2002. Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. *Interní medicína pro praxi* [online]. **2002**(6), 5-10 [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/06/10.pdf>
- 7) DVORÁK, Josef, 2001. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 2. upr. a rozš. vyd. Logopedické centrum. ISBN 80-902536-2-8.
- 8) FAST: Čtyři pravidla pro včasné rozpoznání mrtvice, 2023. *Moje ambulance* [online]. [cit. 2024-02-14]. Dostupné z: <https://www.mojeambulance.cz/fast-ctyri-pravidla-pro-vcasne-rozpoznani-mrtvice/>
- 9) FEIGIN, Valery, 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.
- 10) FLANDERKOVÁ, Eva, 2019. *Čeština v afázii: teorie a empirie*. Karolinum. ISBN 978-80-246-4251-2.
- 11) GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, Marcela, [2015]. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-225-1.
- 12) HRICOVÁ, Alena, Stanislav ONDRÁŠEK a David URBAN, 2023. *Metodologie v sociální práci*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4056-0.
- 13) JANDOVÁ, Dobroslava a Pavla HONCŮ, [2022]. *Léčebná rehabilitace u neurologických diagnóz*. 2. vydání. Praha: Raabe. Rehabilitační a fyzikální terapie. ISBN 978-80-7496-491-6.
- 14) KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia a kol., 2009. *Základy logopédie*. Univerzita Komenského Bratislava. ISBN 978-80-223-2574-5.

- 15) KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9088-6.
- 16) KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9088-6.
- 17) KULIŠŤÁK, P. a kol., 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi* [online]. Praha: Karolinum Press [cit. 2023-12-20]. ISBN 978-80-246-3085-4. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2134713896/bookReader?accountid=16730>
- 18) LECHTA, Viktor a kol., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- 19) LOVE, Russel J. a Wanda G. WEBB, 2009. *Mozek a řeč*. Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.
- 20) MAŠTALÍŘ, Jaromír, 2018. *Průručka alternativní a augmentativní komunikace* [online]. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://horizontkyjov.cz/wp-content/uploads/2019/08/Prirucka-AAK.pdf>
- 21) MIKLASOVÁ, Andrea, 2023. *Implementace Intensive Language-Action Therapy u osob s afázií*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií.
- 22) MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ, 2013. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3744-6.
- 23) NEUBAUER, Karel a kol., 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
- 24) NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS, 2014. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-518-9.
- 25) NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ a kol., 2015. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-640-7.
- 26) NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER, 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-109-9.
- 27) O CMP. *Sdružení CMP* [online]. [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://sdruzenicmp.cz/www/o-cmp>
- 28) O mozkové mrtvici, 2024. *Čas je mozek* [online]. [cit. 2024-02-14]. Dostupné z: <https://www.casjemozek.cz/>
- 29) OBEREIGNERŮ, Radko, 2013. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3737-8.

- 30) OBEREIGNERŮ, Radko, 2013. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3737-8.
- 31) PLÍVOVÁ, Viktorie, 2022. Mrtvice postihuje i mladé lidi, na vině je především stres a nezdravá životospráva. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [cit. 2024-02-02]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/mrtvice-postihuje-i-mlade-lidi-na-vine-je-predevsim-stres-a-nezdrava-zivotosprava>
- 32) Pomůcky, 2024. *Co je afázie* [online]. [cit. 2024-03-27]. Dostupné z: <https://www.cojeafazie.cz/pomucky/>
- 33) REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 34) ŠEDOVÁ, Lenka a kol., [2023]. *Komplexní prevence a interdisciplinární péče o jedince s cévní mozkovou příhodou*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-658-7.
- 35) ŠIŠMOVÁ, Helena, 2019. *NEUROLOGOPEDIE: E-cvičebnice k rehabilitaci myšlení a řeči při získaných neurogenních poruchách* [online]. Code Creator [cit. 2023-02-22]. ISBN 978-80-88246-45-9. Dostupné z: https://publi.cz/books/887/index.html?secured=false#teorie_neurologicka_onemocneni
- 36) ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol., 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- 37) *Tranzitorní ischemická ataka* [online], 2018. Stroke Association, 8 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/user_profile/transient_ischaemic_attack_czech.pdf
- 38) VACKOVÁ, Jitka a kol., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2434-3.
- 39) VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ, 2005. *Logopedie*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.
- 40) VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ, 2005. *Logopedie*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1088-5.

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví.....	37
Graf 2: Věk v době vzniku CMP	38
Graf 3: Narušení jazykových rovin po CMP	39
Graf 4: První kontakt s logopedem po CMP	40
Graf 5: Logopedická terapie v akutním stádiu	41
Graf 6: Logopedická terapie v chronickém stádiu.....	42
Graf 7: Délka spolupráce s logopedem.....	43
Graf 8: Způsob realizace logopedické terapie	44
Graf 9: Absolvované aktivity zaměřené na grafický výkon	44
Graf 10: Absolvované aktivity zaměřené na rozpoznání a interpretaci smyslových vjemů	45
Graf 11: Absolvované aktivity zaměřené na schopnost čtení.....	46
Graf 12: Absolvované aktivity zaměřené na produkci a porozumění řeči	47
Graf 13: Absolvované aktivity zaměřené na schopnost vykonávat koordinované pohyby.	48
Graf 14: Absolvované aktivity zaměřené na matematické dovednosti.....	49
Graf 15: Hry absolvované během logopedické intervence.....	50
Graf 16: Pomůcky užívané během logopedické intervence	51
Graf 17: Užívání počítačových programů v rámci logopedické intervence	52
Graf 18: Multidisciplinární tým.....	52
Graf 19: Spolupráce logopeda s rodinou/pečovateli.....	54
Graf 20: Předávání informací o afázii logopedem.....	55
Graf 21: Poskytnutí kontaktů logopedem.....	56

Seznam obrázků

Obrázek 1: Ischemická a hemoragická cévní mozková příhoda (nzip.cz)	12
Obrázek 2: Metoda FAST (cmp.cz/pacienti)	14

Seznam schémat

Schéma 1: Nejčastější jazykové deficity při afázii (Cséfalvay a kol., 2007, s. 17).....	21
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Souhrn klinických syndromů afázie dle bostonské klasifikace (Cséfalvay, Lechta a kol., 2013, s. 90).....	22
Tabulka 2: Klasifikace afází dle Luriji (Stolínová, 2008 in Obereignerů, 2013, s. 119).....	24
Tabulka 3: Odpověď „jiná“ v souvislosti s délkou spolupráce s logopedem	43
Tabulka 4: Míra spokojenosti s realizací logopedické intervence	53
Tabulka 5: Výhrady vůči logopedovi a logopedické intervenci	54
Tabulka 6: Vyhodnocení počtu odpovědí pro otázky 9 - 14	57

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník	
---------------------	--

Příloha 1: Dotazník

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž
- c) Jiné

2) V jakém věku u Vás došlo k cévní mozkové příhodě?

- a) Méně než 18 let
- b) 18-27 let
- c) 28-37 let
- d) 38-47 let
- e) 48-57 let
- f) 58-67 let
- g) 68-77 let
- h) 78 a více let
- i) Nevím

3) V jakých z těchto oblastí jste si u sebe všiml/a po cévní mozkové příhodě změn? (možný výběr více odpovědí)

- a) Zvuková stránka mluvy (výslovnost, rytmus, melodie řeči, ...)
- b) Pasivní a aktivní slovní zásoba (pojmenovat předměty, činnosti, pocity, případně je vyjádřit opisem, porozumění významu slov, ...)
- c) Gramatická správnost slov, slovosled, schopnost skloňovat, stupňovat, časovat, odvozovat slova, ...
- d) Užití řeči v praxi-dovednost vyjádřit komunikační záměr (požádat o něco, vést rozhovor, spontánně vyprávět, projevit názor, udržet téma konverzace, střídát se v roli mluvčího a posluchače, ...)
- e) Nevím

4) Kdy u Vás došlo k prvnímu kontaktu s logopedem po cévní mozkové příhodě?

- a) Okamžitě po cévní mozkové příhodě na lůžkovém oddělení-během prvních několika hodin až dnů po vzniku příhody
- b) Do dvou týdnů po proděláním příhody
- c) Po dvou týdnech až měsíci od prodělané příhody
- d) Po měsíci až půl roce od prodělané příhody
- e) Po půl roce až 1 roce od prodělané příhody
- f) Po 1 roce až 3 letech od prodělané příhody
- g) Později než po 3 letech od prodělané příhody
- h) Nevím

5) Jak často u Vás probíhala logopedická terapie v akutním stádiu? (krátce po proděláním příhody, kdy bývají obtíže největší)

- a) 1x týdně
- b) 2x týdně
- c) 3x týdně
- d) 4x týdně
- e) 5x týdně
- f) Jiné-doplňte
- g) Nevím

6) Jak často u Vás probíhala logopedická terapie v chronickém stádiu? (po uplynutí delší doby od mozkové příhody-po několika měsících až letech, když jsou příznaky mírnější)

- a) 1x týdně
- b) 2x týdně
- c) 3x týdně

- d) 4x týdně
- e) 5x týdně
- f) 1x za 14 dní
- g) 1x za měsíc
- h) 1x za 2 měsíce
- i) Jiné-doplňte
- j) Nevím

7) Jak dlouho celkově trvala Vaše spolupráce s logopedem?

- a) Kratší dobu než 1 měsíc
- b) 1 měsíc až půl roku
- c) Déle než půl roku až 1 rok
- d) Déle než 1 rok až 1,5 roku
- e) Déle než 1,5 roku až 2 roky
- f) Déle než 2 roky až 3 roky
- g) Déle než 3 roky až 4 roky
- h) Déle než 4 roky až 5 let
- i) Déle než 5 let a více
- j) Stále trvá-> Jak dlouho už logopeda navštěvujete?
- k) Nevím

8) Jakým způsobem byla/je Vaše logopedická terapie realizována?

- a) Individuální logopedická terapie
- b) Skupinová logopedická terapie
- c) Kombinace individuální i skupinové logopedické terapie

9) Které ze zmíněných aktivit jste v rámci logopedické intervence zaměřené na grafický výkon absolvoval/a? (možný výběr více odpovědí)

- a) Psaní diktátu
- b) Kresba
- c) Psaní vlastního jména, příjmení, bydliště
- d) Opisování textu dle předlohy
- e) Spontánní psaní na dané téma
- f) Podpis
- g) Písemné pojmenování věcí/obrázků
- h) Psaní diktovaných písmen
- i) Opisování neexistujících slov (pseudoslov) dle předlohy
- j) Žádné z uvedených
- k) Jiné-uveďte

10) Které ze zmíněných aktivit jste v rámci logopedické intervence zaměřené na schopnosti rozpoznat a interpretovat smyslové vjemy absolvoval/a? (možný výběr více odpovědí)

- a) Pojmenování barev/určení barvy předmětu
- b) Pojmenování osob (rodina, známé osobnosti) na fotografii/obrázku
- c) Rozeznávání zvuků či hudebních nástrojů
- d) Zpěv
- e) Zopakování melodie
- f) Rozeznávání předmětů pomocí hmatu
- g) Dotýkání se částí těla dle instrukcí (např. dotkněte se levého ramene)
- h) Žádné z uvedených
- i) Jiné-uveďte

11) Které ze zmíněných aktivit jste v rámci logopedické intervence zaměřené na schopnost čtení absolvoval/a? (možný výběr více odpovědí)

- a) Hlasité čtení
- b) Hlasité čtení s porozuměním (např. prostřednictvím kontrolních otázek)
- c) Tiché čtení
- d) Tiché čtení s porozuměním
- e) Převyprávění čteného textu
- f) Rozpoznávání písmen, slabik
- g) Žádné z uvedených
- h) Jiné-uveďte

12) Které ze zmíněných aktivit jste v rámci logopedické intervence zaměřené na produkci a porozumění řeči absolvoval/a? (možný výběr více odpovědí)

- a) Volný rozhovor
- b) Slovní popisování obrázků
- c) Opakování slov, vět
- d) Vyjmenování dnů v týdnu, měsíců, číselných řad apod.
- e) Nahrávání řeči na diktafon/video
- f) Odpovídání na otázky
- g) Pojmenování předmětů
- h) Porovnávání zvuku 2 slabik
- i) Rozlišování existujících a vymyšlených slov
- j) Manipulace s geometrickými tvary dle pokynů
- k) Ukazování na předměty dle instrukcí
- l) Vybírání obrázků/předmětů, které se do skupiny tématicky nehodí
- m) Žádné z uvedených

n) Jiné-uveďte

13) Které ze zmíněných aktivit jste v rámci logopedické intervence zaměřené na schopnost vykonávat koordinované pohyby absolvoval/a? (možný výběr více odpovědí)

- a) Vykonávání fyzického pohybu dle instrukcí
- b) Vykonávání pohybů v určitém pořadí
- c) Nápodoba pohybů úst po vzoru logopeda
- d) Pohyby v oblasti dutiny ústní a obličeje-např. vypláznutí jazyka, foukání, úsměv)
- e) Nácvičování správné artikulace slov
- f) Kreslení dle zadání
- g) Manipulace s předmětem-např. hod míčkem, zapálení svíčky, česání, čištění zubů, oblékání se, ...
- h) Ukazování na části těla dle instrukcí
- i) Žádné z uvedených
- j) Jiné-uveďte

14) Které ze zmíněných aktivit jste v rámci logopedické intervence zaměřené na matematické dovednosti absolvoval/a? (možný výběr více odpovědí)

- a) Třídění předmětů nebo symbolů dle konkrétních vlastností
- b) Řazení předmětů podle velikosti
- c) Pojmenovávání slovních řad-např. vyjmenovat sudá čísla, násobky, ...
- d) Čtení číslic
- e) Psaní číslic, matematických symbolů
- f) Písemné počítání
- g) Procvičování matematických operací (sčítání, odčítání, násobení, dělení)
- h) Žádné z uvedených

i) Jiné-uveďte

15) Vyberte hry, se kterými jste se během logopedické intervence setkal/a

(možný výběr více odpovědí)

- a) hra s obrázkovými kartičkami na způsob kvarteta, obvykle hraná ve skupině lidí, kdy cílem je získat od ostatních hráčů potřebné kartičky tak, abyste měl/a dvojici stejných obrázků. Do karet si hráči navzájem nevidí, důležitou roli tedy hraje komunikace-vyptávání se na kartičky, formování žádostí, odpovídání na žádosti.
- b) hra akční návrh-hráč navrhuje spoluhráčům činnost, kterou má zobrazenou na některé z jeho kartiček. Spoluhráči s činností buď souhlasí nebo nesouhlasí-podle toho, jestli mají mezi svými kartami kartičku s obrázkem odpovídající činnosti. Cílem hry je opět vytvořit dvojice stejných kartiček.
- c) Ani jedna z uvedených
- d) Jiné-uveďte

16) Vyberte pomůcky, které jste během logopedické intervence používal/a

(možný výběr více odpovědí)

- a) Komunikační tabulky obsahující obrázky, symboly či slova
- b) Hláskové karty pro cvičení výslovnosti hlásek a slov
- c) Zrcadlo
- d) Špátle (dřevěný nástroj pro vyšetření ústní dutiny)
- e) Knihy
- f) Obrázkové příběhy
- g) Zvukové záznamy
- h) Slovník pro afatiky
- i) Tablet
- j) Předměty z běžného života (hřeben, zubní kartáček apod.)
- k) Vibrační pomůcka

- l) Žádné
- m) Jiné-uveďte

17) Máte zkušenost s používáním počítačového programu v rámci logopedické intervence?

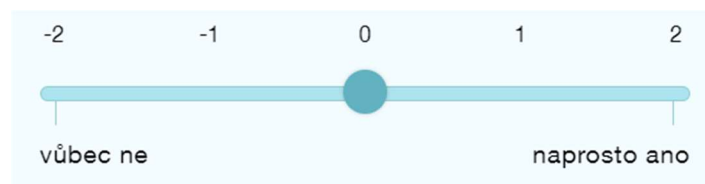
- a) Ano-> uveďte konkrétně (pokud to víte)
- b) Ne
- c) Nevím

18) Vyberte odborníky, se kterými jste kromě logopeda spolupracoval/a (možný výběr více odpovědí)

- a) Neurolog
- b) Psycholog či psychoterapeut
- c) Psychiatr
- d) Fyzioterapeut
- e) Ergoterapeut
- f) Speciální pedagog
- g) Někdo jiný-> Kdo?

19) Do jaké míry jsem byl/a spokojen/a s realizací logopedické intervence?

(zakroužkujte číslo; pokud u Vás ke kontaktu s logopedem nedošlo, zakroužkujte hodnotu 0)



20) Pokud Vám na logopedické intervenci/logopedovi něco vadilo, co konkrétně to bylo? (volná odpověď, nepovinné)

21) Spolupracoval/spolupracuje logoped s Vašimi rodinnými příslušníky či pečovateli?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

22) Předává/předával logoped Vaším blízkým či pečovatelům informace o afázii a o tom, jak konkrétně Vás mohou rozvíjet?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23) Poskytl Vám logoped kontakty na sdružení, kluby, spolky a podobné organizace pro osoby ve Vaší situaci?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím