

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2021

Michaela Malá

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Terapeutický materiál v logopedické intervenci
pro osoby s afázií
Bakalářská práce

Autor: Michaela Malá

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika-intervence

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

Oponent práce: Mgr. Štěpánka Lauková

Hradec Králové

2021



Zadání bakalářské práce

Autor: Michaela Malá

Studium: P18P0573

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Terapeutický materiál v logopedické intervenci pro osoby s afázií**

Název bakalářské práce AJ: Therapeutic material in speech therapy for people with aphasia

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou logopedické intervence u osob s diagnózou afázie, a to v návaznosti na spektrum metod a materiálů využívaných ve vztahu k terapii získané orgánové nemluvnosti.

Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce je blíže charakterizovat afázii (definice, etiologie, symptomatologie, diagnostika, klasifikace) a definovat metody a materiály využívané v terapii této narušené komunikační schopnosti. Cílem prakticky orientované části bakalářské práce je provést analýzu logopedických materiálů využívaných k terapii afázie v chronickém stádiu. Na základě této analýzy bude vytvořen a parciálně prezentován terapeutický materiál sloužící k eliminaci projevů afázie u dané cílové skupiny. Z metodologického hlediska bude využito dotazníkové metody.

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

SUCHÁ, Jitka. *Trénink slovní zásoby pro každý věk*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0594-4

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd.* Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9

KITTEL, Anita. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-619-6

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: Mgr. Štěpánka Lauková

Datum zadání závěrečné práce: 9.12.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 5. dubna 2021

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce, dále Mgr. Barboře Froňkové za její ochotu a poskytnutí cenných rad, klinickým logopedům za vyplnění dotazníku, který byl součástí praktické části bakalářské práce. Mé poděkování patří také studentovi všeobecného lékařství Jakubovi Novotnému za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Anotace

MALÁ, Michaela. Terapeutický materiál v logopedické intervenci pro osoby s afázií. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 73 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou realizace logopedické intervence u osob s afázií v chronické fázi onemocnění.

V teoretické části bakalářské práce je definována afázie, popsána její etiologie, symptomatologie a klasifikace, vymezena kritéria pro diagnostiku této získané poruchy řečové komunikace a specifikován průběh terapie afázie společně s popisem terapeutických materiálů užívaných s cílem eliminace komunikačních obtíží osob s touto diagnózou. V textu bakalářské práce je mj. charakterizován i systém péče o osoby s afázií v ČR a v jeho kontextu přiblížena i prognóza této narušené komunikační schopnosti.

V prakticky koncipované části bakalářské práce jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření mapujícího využití materiálů využívaných k terapii afázie v chronickém stádiu v klinicko-logopedické praxi. Výstupem bakalářské práce je vytvořený materiál určený k terapii chronické afázie, jenž umožňuje využití v ambulanci klinické logopedie i v rámci terapie realizované v domácím prostředí.

Klíčová slova: afázie, cévní mozková příhoda, metoda, terapie.

Annotation

MALÁ, Michaela. Therapeutic material in speech therapy for people with aphasia. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2021. 73 pp. Bachelor Degree Thesis.

Thesis focuses on speech therapy for people suffering from aphasia in chronic stage.

In the theoretical part we define aphasia, describe its aetiology, symptomatology, and classification, and state the criteria for diagnosing the acquired speech disorder. We also specify the course of treatment and describe therapeutic materials used for addressing communication problems of people with the disease. The care system for people with aphasia in the Czech Republic is scrutinised. The prognosis for the disease is adjusted considering the system.

The applied part of the thesis presents the results of a survey that maps the usage of materials for treating chronic aphasia in speech therapy clinical practice. The outcome of the work is creating material for treating chronic aphasia suitable for using both in a speech therapist's office and at home.

Keywords: aphasia, stroke, method, therapy

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Uvedení do problematiky osob s afázií	12
1.1 Definice afázie	12
1.2 Etiologie afázie	13
1.2.1 Cévní mozkové příhody	14
1.2.2 Úrazy a poranění mozku	16
1.2.3 Mozkové nádory.....	17
1.2.4 Degenerativní onemocnění CNS	17
1.2.5 Zánětlivá onemocnění mozku	18
1.2.6 Intoxikace mozku	19
1.3 Symptomatologie afázie	19
1.4 Klasifikace afázie	23
1.4.1 Bostonský klasifikační systém	23
1.4.2 Lurijova klasifikace.....	29
1.4.3 Hrbkova klasifikace.....	29
1.4.4 Kimlova klasifikace.....	30
1.4.5 Olomoucká klasifikace	30
1.5 Systém péče pro afatiky v ČR	31
1.6 Diagnostika afázie	32
2 Terapie afázie	37
2.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup	39
2.2 Pragmatický (funkcionální) směr	39
2.3 Definice metod a materiálů využívaných v terapii afázie	40
2.3.1 Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie (1998).....	40

2.3.2	Afatický slovník, pomůcka pro afatiky	41
2.3.3	Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií	41
2.3.4	Pracovní listy pro reedukaci afázie, pracovní listy pro reedukaci afázie II.	41
2.3.5	Obrázkový slovník pro afatiky	42
2.3.6	Pracovní karty na procvičení fatických funkcí.....	42
2.3.7	Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie.....	43
2.3.8	MENTIO počítačový program	43
2.3.9	AfaSlovník	45
2.4	Prognóza afázie.....	45
PRAKTICKÁ ČÁST.....		46
3	Uvedení do praktické části bakalářské práce	46
3.1	Vymezení cílů a hypotéz	46
3.2	Metodologie.....	47
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku a průběhu výzkumného šetření.....	48
4	Prezentace dat získaných výzkumným šetřením	49
5	Návrh terapeutického materiálu pro osoby s afázií v chronickém stádiu	67
6	Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz praktické části bakalářské práce.....	69
ZÁVĚR.....		72
SEZNAM ZKRATEK.....		74
SEZNAM GRAFICKÝCH SCHÉMÁT		75
SEZNAM LITERATURY		77
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ		81
PŘÍLOHY		88
SEZNAM PŘÍLOH		89

ÚVOD

Dorozumívání představuje základní schopnost, se kterou se můžeme setkat v živočišné říši. Umožňuje živočichům vzájemně komunikovat, kooperovat a vytvářet společenství, což jim napomáhá v přežití. Význam dorozumívání dokládá evoluční úspěšnost lidského druhu. Byla to právě komunikace, která se podílela na vytvoření a formování lidské společnosti do podoby, jak ji známe dnes. Člověk využívá dominantně komunikaci pomocí slov. Tu navíc doplňuje pomocí neverbální složky, kam řadíme mimiku, řeč těla či haptiku.

U některých jedinců je komunikační dovednost narušena. Část z nich trpí získaným organickým narušením komunikační schopnosti, odborně nazývaným afázie. V rámci této vady může být narušeno porozumění nebo produkce řeči. Porucha je způsobena poškozením na úrovni mozkové kůry. V etiologii afázie se uplatňuje několik činitelů. Nejčastější příčinou bývá cévní mozková příhoda. Léčba afázie představuje běh na dlouhou trať. Vyžaduje pravidelné návštěvy logopedické ambulance a cvičení postiženého jedince. Mnohdy je překážkou v léčbě fakt, že afatik je dospělý jedinec. Často se pak stává, že klient nemůže na pravidelné sezení přijít nebo není schopen sám vykonávat přidělené cviky a chybí zde osoba, která by je s ním pravidelně cvičila. Kvůli tomu může léčba stagnovat a pacient bývá často značně frustrován. Dnešní doba tomuto faktu nepřispívá. Zejména potřeba zajistit kvalitní materiály pro cvičení afatiků, vedla autorku práce, aby se daným tématem zabývala.

Cílem teoretické části závěrečné práce je na základě nastudované odborné literatury přehledně sepsat základní informace o získaném narušení komunikačních dovedností ve vztahu k orgánovému poškození CNS – afázii. Bude popsána její etiologie, symptomatologie a klasifikace, dále bude specifikován systém péče o pacienty s afázií, jenž je dostupný v ČR. Pozornost bude věnována také diagnostickým postupům, které jsou využívány při takto získané poruše řečové komunikace. V neposlední řadě budou v teoretické části bakalářské práce uvedeny vybrané terapeutické materiály a metody, které poslouží jako inspirace pro tvorbu praktické části bakalářské práce.

V rámci praktické části bakalářské práce budou analyzovány terapeutické materiály určené pro osoby s afázií používané v logopedické praxi. Analýza bude provedena pomocí dotazníku rozeslaného klinickým logopedům. Výsledky dotazníku budou zpracovány a vyhodnoceny.

Dále bude v praktické části rozpracován terapeutický materiál určený osobám v chronickém stádiu afázie a jeho vzorek bude v práci následně i parciálně prezentován.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Uvedení do problematiky osob s afázií

Afázie je onemocnění centrální nervové soustavy, při kterém může být narušena produkce řeči, její porozumění, opakování nebo pojmenování. Každým rokem postihne afázie přibližně 5000 osob v České republice. Jde o onemocnění, které nejčastěji vzniká u lidí starších 50 let. Nejčastějším etiologickým faktorem je cévní mozková příhoda. (<https://www.afaslovník.cz/afazie>)

1.1 Definice afázie

Termín afázie je složen ze slova *phasis*, které je řeckého původu a v českém jazyce znamená řeč a z předpony a-, jenž značí zápor. Předpona dys- označuje také negaci, poruchu či zhoršení, avšak toto označení se používá především u vývojových poruch při částečné ztrátě. (Vojtko, 2015) Zatímco předponou a- vyjádříme vady získané se ztrátou úplnou. Definic pro narušení komunikace jako je afázie existuje hned několik, avšak jednotlivé formulace se od sebe mohou lišit kvůli různému pohledu odborníků, kteří se tématu afázie věnují v odlišných oborech. Můžeme sem řadit obor logopedie, neurologie, neuropsychologie, ale také neurolingvistiky či psycholingvistiky. (Klenková, 2006)

Lechta (2003) vytvořil jednoduchý přehled individuálních narušených komunikačních schopností a rozdělil je do samostatných skupin podle nejtypičtějšího příznaku, který danou poruchu vyznačuje. Afázii označil za získanou orgánovou neboli neurogenní nemluvnost.

Afázie se řadí mezi centrální vady a dochází při ní k narušení již vyvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči. Nejčastěji se tyto problémy objeví po organickém poškození levé mozkové hemisféry. (Slowík, 2007)

Tento náhled lze doplnit o definici, kde je afázie popisována jako „*porucha percepce a exprese řeči, která vzniká při získaných lézích mozkové kůry a s ní spojených níže uložených podkorových struktur, obvykle v dominantní mozkové hemisféře.*“ (Růžička, Rusina in Růžička a kol., 2019, 23 s.)

Jako náhlou poruchu řečové komunikace spadající do souboru vyšších kortikálních poruch, kam mimo jiné patří také agnozie, alexie, apraxie, agrafie, akalkulie či poruchy pravo-levé

orientace, označila afázii Čecháčková (2007). Vyšší kortikální funkce jsou typické pro člověka. Řadí se mezi ně kognice, tedy schopnost vnímání, myšlení, vědomí, učení nebo výsledek analyticko-syntetické činnosti doprovázený výstupem v podobě řeči, gest, grafie a praxie (Klenková, 2006). Afázie narušuje individuální jazykový systém jedince, díky kterému člověk dokáže rozvíjet vlastní aktivní i pasivní slovník, osvojuje si daný jazyk či více jazyků a jejich zákonitosti. Afázie je chápána jako náhlá, získaná komunikační porucha, která je neurogeně podmíněná. Velmi často při ní dochází k neschopnosti vyjádřit a rozumět mluvené řeči či psanému projevu. (Neubauer, 2018)

Dle mezinárodní klasifikace nemocí se afázie řadí mezi poruchy jazyka. Při poruše jazyka jako je afázie, mohou nastat problémy na úrovni porozumění a na úrovni produkce řeči. (Dvořák in Mlčáková, Valenta a kol., 2014)

1.2 Etiologie afázie

Příčin, které mohou způsobit poruchu komunikačních dovedností, může být hned několik. Může se jednat například o nevyzrálou centrální nervovou soustavu či opožděný vývoj, kdy mentální věk neodpovídá věku fyzickému. V tomto případě se očekává poměrně dobrá prognóza, poněvadž centrální nervová soustava u dítěte postupně vyzrává a dochází tak ke zlepšení jeho komunikačních schopností. Další příčinou poškození může být sluchová vada, poškození mluvidel, které má jedinec např. v důsledku rozštěpových vad, nebo špatné sociální a rodinné prostředí, které má také velmi zásadní roli při rozvoji komunikačního procesu. (Slowík, 2007)

Afázii však vzniká i z jiných příčin, nejčastěji na podkladě poškození centrální nervové soustavy při cévní mozkové příhodě. Kromě tohoto onemocnění se může afázie rozvinout i při zánětlivých procesech, jako jsou encefalitidy a meningoencefalitidy nebo v důsledku intoxikace mozku jedovatými plyny či nadměrnou konzumací alkoholu a užívání drog. Dalšími příčinami mohou být mozkové nádory, léze mozku a úrazy vzniklé v oblasti hlavy. (Mlčáková, 2014)

K afázii dochází v důsledku organickému poškození centrální nervové soustavy, především levé mozkové hemisféry. V etiologii této fatické poruchy jsou zařazeny na prvním místě cévní mozkové příhody, úrazy hlavy a nádory mozku. Nejvíce zastoupená je afázie u dospělé populace, avšak výjimečně se může objevit i u dětí. (Slowík, 2007)

Podobně také Růžička a Rusina (2019) uvádějí jako hlavní příčinu afázie cévní mozkovou příhodu, která vede k poškození neokortexu a podkorových struktur, jež jsou s mozkovou kůrou úzce spojeny. Ve většině případů se jedná o převládající mozkovou hemisféru. Převládající neboli dominantní mozkovou hemisférou je ve většině případů levá hemisféra. Ta je považována za uložisko řečových funkcí přibližně u 95 % praváků a 60 % leváků. Přibližně 20 % leváků má centrum řeči uloženo v pravé hemisféře a dalších 20 % zapojuje při řeči hemisféry obě. Pravou hemisféru člověk používá obvykle pro prozodii a emoční zabarvení řeči.

Neubauer (2018) uvádí, že mezi příčiny tohoto získaného neurogenního poškození komunikace patří primárně cévní mozková onemocnění, dále pak traumatické léze centrální nervové soustavy, nádory CNS a onemocnění, které vedou k progresivní ztrátě neuronů v CNS, jako např. Alzheimerova choroba či Parkinsonova nemoc.

Povaha patologického procesu (zda se jedná o cévní mozkovou příhodu, trauma CNS atd.), rozsah a lokalizace poruchy v CNS, ale také věk pacienta má vliv na celkový klinický obraz této komunikační poruchy. Aby terapie byla účinná, je zapotřebí vždy určit správně příčinu vzniku afázie. Ve všech případech se však jedná o poruchu získanou. (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

1.2.1 Cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda (CMP, iktus) je popisována jako akutní onemocnění vykazující klinické lokální a celkové příznaky poruchy funkce mozku, které trvají déle než 24 hodin a není zde přítomna jiná než vaskulární etiologie. Mozkový iktus se řadí mezi urgentní onemocnění, které vyžaduje včasnou diagnostiku a vhodnou terapii. Jedná se o onemocnění, které je po onemocněních srdce a nádorových onemocněních třetí nejčastější příčinou smrti celosvětově. (Seidl, 2008)

Tomek (2019, 213 s.) chápe cévní mozkovou příhodu jako „*onemocnění mozku způsobené náhle vzniklou poruchou cévního zásobení.*“

Podle příčiny se CMP rozdělují na 2 základní typy. Jedním z nich je ischemická CMP, která zahrnuje 85–90 % všech cévních poruch mozku. Druhou formou je hemoragická CMP, která představuje 10–12 % všech CMP. (Tomek in Růžička a kol., 2019, 213 s.)

K ischemické cévní mozkové příhodě, označované též jako infarkt mozku, může dojít z důvodu hypoperfuze (snížení průtoku krve) mozku, které obvykle způsobuje srdeční choroba nebo náhlá hypotenze. Dalším důvodem může být trombóza (srážení krve v cévách), vznikající na podkladě arteriosklerózy, či embolie (uzávěr mozkové tepny embolem, nejčastěji krevní sraženinou). (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Ischemická CMP je dle Tomka (2019, 216 s.) popsán jako „*náhle vzniklý neurologický deficit, který se projevuje epileptickými záchvaty, poruchou vědomí, chováním, myšlením či bolestmi hlavy.*“

Pro cévní mozkovou příhodu hemoragickou je typické krvácení. Tato forma cévních příhod se dále dělí na intracerebrální (parenchymovou) a extracerebrální (subarachnoidální-SAH). Rozdíl mezi těmito podtypy je v místě krvácení. Zatímco při intracerebrální hemoragii dochází ke krvácení do mozkového parenchymu, tak při subarachnoidální hemoragii uniká krev do prostoru mezi arachnoideou a piou mater. Subarachnoideální krvácení má ze všech CMP nejvyšší dvanáctiměsíční mortalitu (40-50 %), naštěstí však tvoří pouze malé procento (1-2 %) z celkového množství CMP. Krvácení do mozkového parenchymu představuje 10–12 % všech CMP a jeho dvanáctiměsíční mortalita se pohybuje mezi 25–30 %. Oproti tomu u iktu ischemického, který se vyskytuje v 85–90 % případů, se uvádí úmrtnost během prvního roku v rozmezí 15–20 %. (Tomek in Růžička a kol., 2019)

Mezi nejčastější příčiny hemoragických CMP patří hypertenzní poškození mozkových tepen či ruptura aneurysmatu (tepenné výduti). Krvácení nastává také při úrazech hlavy, kdy vznikne krevní výron a ten negativně působí na mozkovou tkáň. V neposlední řadě mohou krvácení způsobit nádory mozku. (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007)

K nejčastějším projevům při ruptuře mozkové tepny se řadí ukrutné bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, dále se u nemocných objevuje ztráta vědomí a může se manifestovat i meningeální syndrom. (Seidl, 2008)

Pro případné zájemce se bolestmi hlavy, které jsou spojené s vaskulárními onemocněními více zabývá odborný článek doktora Kotase, doktora Kastnera a doktora Polívky. (<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/09.pdf>)

1.2.2 Úrazy a poranění mozku

Úrazy mozku lze dělit na uzavřené a penetrující nebo na primární a sekundární. Mezi primární poranění mozku, tedy takové, které vzniklo během úrazu, patří otřes mozku (komoce), difúzní axonální poranění a zhmoždění mozku (kontuze). Sekundární poranění mozku představuje komplikaci primárních poranění. Je způsobeno faktory intra- a extrakraniálními. Patří sem např. nitrolební krvácení, mozkový edém či hypoxie a systémová hypotenze. (Ambler, 2011)

Otřes mozku (komoce)

Komoce, jinými slovy lehké mozkové poranění, je popisováno jako traumaticky navozená porucha mozkových funkcí, která se projevuje alespoň jedním z dále vyjmenovaných dějů. Jedná se o ztrátu vědomí, která trvá do 30 minut, o zmatenost, která stejně jako paměťový výpadek po traumatu netrvá delší dobu než 24 hodin. Dále se může objevit epileptický záchvat nebo přechodný neurologický ložiskový nález. (Marusič, Chudomel in Růžička, 2019)

Otřes mozku je označován za krátkodobou reverzibilní poruchu činnosti CNS, při které dochází k lehkému axonálnímu poranění. Obvykle je provázen bolestí hlavy, nevolností, zvracením, poruchou koncentrace a paměti či poruchou spánku. Prognóza u komoce je dobrá, trvalé následky nejsou popisovány. (Böhm in Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002)

Zhmoždění mozku (kontuze)

„Zhmoždění mozku je morfologické poškození mozkové tkáně-zhmoždění tkáně, často spojené s prokrvácením. Patří mezi klinicky středně závažná poranění mozku.“ (Böhm in Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002, 165 s.)

Kontuze se může projevit ve stupni lehkém, ale i ve stupni těžkém, kdy dojde k potrhání mozkové tkáně. U zhmoždění velmi záleží na lokalizaci, typu, ale i velikosti kontuzních ložisek. Typické je víceložiskové poškození mozku, při kterém je narušen čelní a spánkový lalok. (Ambler, 2011)

Při mírném stupni kontuze vzniká pouze lehké poškození mozkové tkáně, zatímco při těžké kontuzi může docházet až k úplné destrukci části mozku. Za primární příznaky zhmoždění mozku jsou považovány stavy bezvědomí a změny vegetativní. Mezi trvalá poškození se řadí

poruchy hybnosti, řeči a citlivosti. Nevylučuje se ani parkinsonský syndrom, závratě a epileptické záchvaty. (Seidl, 2008)

1.2.3 Mozkové nádory

Po onemocněních kardiovaskulárního systému jsou nádorová onemocnění druhou nejčastější příčinou smrti v rozvinutých zemích. Nádory mozku se dělí na primární a sekundární. Primární nádory vychází z vlastních tkání nervového systému a tvoří 6 % všech nádorů. Sekundární nádory CNS představují metastázy nádorů lokalizovaných jinde v organismu a jejich výskyt je v porovnání s primárními nádory častější. Mezi hlavní příznaky nitrolebních nádorů patří bolesti hlavy, závratě, nevolnost, zvracení, nejistota při provádění pohybů, poruchy paměti a soustředěnosti. U určitých typů nádoru se mohou vyskytnout i epileptické záchvaty. (Ambler, 2011)

Nádory jsou tříděny dle histologického obrazu na benigní a maligní. Vedle tohoto základního rozdělení, hraje významnou roli také lokalizace nádorového procesu v rámci CNS. Lokalizace léze podmiňuje specifický klinický projev onemocnění, jeho prognózu a je zcela zásadní z hlediska terapie. Při léčbě je důležité brát v potaz i věk a celkový stav nemocného. (Polívka, Polívka jr. in Růžička a kol., 2019)

Zda se afázie při mozkovém nádoru vyskytne, záleží především na lokalizaci, nikoliv na tom, zda se jedná o nádor zhoubný či nezhoubný. (Čecháčková, 2007)

1.2.4 Degenerativní onemocnění CNS

Neurodegenerativní onemocnění jsou charakterizovány jako choroby s dosud neznámou příčinou, při kterých dochází k progresivnímu zániku neuronů. Onemocnění postihuje buňky mozkové kůry, bazálních ganglií, mozkového kmene, mozečku, míchy i periferních nervů. Neurony degenerují, což znamená, že ztrácí svoji funkci a zanikají. (Ambler, 2011)

Mezi progresivní nemoci CNS můžeme zařadit primárně demenci. Ta je definovaná jako porucha kognitivních funkcí, při které jedinec není schopen vykonávat běžné denní aktivity, a tudíž je omezen i v soběstačnosti. (Rusina in Růžička a kol., 2019)

Demence je označována za získanou poruchu paměti a narušení kognice. Nemoc je popisována jako velmi závažná, protože pacientovi zabraňuje provádět klasické praktické činnosti.

Jedinec již nedokáže zpracovávat informace jako dříve a samotné myšlení při cílených činnostech mu dělá problém. (Růžička in Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002)

Demence se vyskytuje obvykle u starších osob a porucha paměti, která je s demencí spojená se objevuje asi u 10 % osob ve věku nad 70 let. Polovina z těchto lidí trpí Alzheimerovou nemocí.

Alzheimerova choroba je považována za nejčastější neurodegenerativní demenci, která má neznámou etiologii. Mluví se o ní jako o multifaktoriálně podmíněné nemoci (vliv virů, genetiky, toxických látek atd.). (Seidl, 2008)

V klinickém obrazu onemocnění dominuje narušení epizodické paměti, ke kterému postupně přibývá porucha řeči a komunikace (afázie anomická). Dále se objevují poruchy zrakově-prostorové, poruchy plánování a socializace. V pozdní fázi pacient nemá náhled na nemoc, neumí se emočně kontrolovat a vyskytují se u něho neuropsychiatrické problémy v podobě depresí, neklidu, negativismu či agrese. Jedinec se s onemocněním dožívá v průměru 7–10 let od vzniku prvních symptomů, s celkovou dobou nesoběstačnosti 5–8 let. (Rusina in Růžička a kol., 2019)

Afázie je jedním z klinických příznaků také u dalších typů demencí. Jedná se např. o demenci vaskulární, která je druhou nejčastější, dále pak o demenci s Lewyho tělísky, kterou doprovází také vznik parkinsonského syndromu, nebo o frontotemporální demenci, dříve nazývanou jako Pickova nemoc. (Růžička in Nevšimalová, Růžička, Tichý a kol., 2002)

Vedle demence se mezi degenerativní poruchy řadí také mírná kognitivní porucha, která se od klasické formy demence liší tím, že pacient nemá narušené běžné denní aktivity. Do skupiny neurodegenerativních onemocnění spadá dále Parkinsonova choroba a Huntingtonova nemoc specifická tím, že začíná již ve věku kolem 30-40 let a projevuje se demencí spojenou s choreatickými pohyby. (Ambler, 2011)

1.2.5 Zánětlivá onemocnění mozku

Meningitidy, encefalitidy a myelitidy tvoří skupinu zánětlivých onemocnění centrálního nervového systému. Meningitidy jsou záněty mozkomíšních plen, encefalitidy jsou záněty mozku a myelitidy záněty míchy. Tyto záněty se mohou vyskytnout současně, za vzniku např. meningoencefalitidy nebo encefalomyelitidy.

Dle vyvolávající příčiny rozlišujeme záněty CNS a mozkových obalů na infekční a neinfekční. Původcem infekčního zánětu mohou být bakterie, viry, fungi, paraziti nebo priony. Neinfekční zánět CNS má nejčastěji autoimunitní charakter. (Ambler, 2011)

Mezi příznaky zánětů CNS patří zvýšená tělesná teplota, meningeální jevy a bolesti hlavy. K dalším možným symptomům lze řadit nevolnost, zvracení, závratě, zmatenost nebo mozečkové příznaky. Poruchy fatických funkcí se objevují nejčastěji u encefalitid. (Tichý in Nevšímalová, Růžička, Tichý a kol., 2002)

1.2.6 Intoxikace mozku

Porucha mozku může být způsobena také otravou. Nejčastěji k otravě dochází prostřednictvím jedů, které se do organismu dostanou buď inhalací, trávicím traktem, vstřebáním skrz kůži nebo parenterálně. Z jedovatých plynů se v rámci intoxikace uplatňuje nejčastěji oxid uhelnatý. (Čecháčková, 2007) Při intoxikaci dochází jak k narušení komunikace a řeči, tak k negativním změnám celé osobnosti jedince. Za poruchu komunikace a postižení mozku může i nadměrná konzumace alkoholu a užívání drog. (Klenková, 2006)

1.3 Symptomatologie afázie

Afázie je doprovázena různě vyjádřeným komunikačním deficitem. Mezi nejčastější příznaky patří anomie, neologismy, perseverace, agramatismy, poruchy porozumění řeči nebo poruchy plynulosti. (Cséfalvay, 2007) Za nejspecifičtější symptomy afázie lze považovat parafrázie (deformace slov) a dysnomie (obtíže při pojmenovávání). (Neubauer, 2010)

Porucha plynulosti řeči

Narušení plynulosti řeči se dělí na dvě formy podle vyslovených slov za minutu. Člověk, který nemá narušenou plynulost, obvykle použije kolem 120 slov za minutu. Zatímco jedinec, který má formu poruchy plynulosti řeči fluentní (plynulou) vysloví za minutu kolem 200 slov. U jeho mluvy dojde ke zvýšení produkce slov za minutu. Druhá forma poruchy plynulosti řeči je nonfluentní (neplynulá). Při ní se snižuje počet vyslovených slov za minutu. Jedinec s neplynulou afázií použije pouze 50 a méně slov během jedné minuty. (Balašová, 2003)

Při plynulé řeči je výsledek mluvního projevu často nesrozumitelný, jedinec dělá gramatické chyby, zaměňuje hlásky, slabiky a slova, ze kterých poté vznikají nová neexistující slova (neologismy). Často dochází až k překotnému toku řeči (logorhea). Zatímco u řeči neplynulé se

jedinec nevyjadřuje skoro vůbec, jeho řeč je chudá a velmi stereotypní. (Růžička, Rusina in Růžička a kol., 2019)

Anomie, dysnomie

Anomii většina autorů popisuje jako poruchu pojmenování. Tento symptom se připisuje jako primární u amnestické afázie. Jedinec neumí při spontánní produkci pojmenovat předměty či osoby ve svém okolí. (Čecháčková, 2007) Při anomii vznikají pauzy v řeči a pacient obvykle hledá jiný způsob vyjádření, ať už např. opisem či gesty. (Rusina in Růžička, 2019) Neubauer (2010, 41 s.) definuje dysnomii jako: „*obtíže v pojmenování určitého pojmu na základě obtíží ve výběru ze sémantické jazykové sítě, nikoli primárně na základě amnestického syndromu, nejde o ztrátu paměťové informace, ale obtíže v jejím vybavování, časté jsou opisné strategie, či uvedení dané osoby apod.*“

Agramatismy se u pacienta projeví nesprávným použitím gramatického tvaru slova ve větě. Věta je často ochuzena o některé příslovce, předložky a spojky. Vynechání těchto slovních druhů může vést k destrukci sdělovaného obsahu. (Rusina in Růžička, 2019)

Řečové automatismy se vyskytují převážně u těžších forem afázií (např. globální afázie). Jedinec opakuje stereotypně slabiky, slova či fráze, které nejsou vhodné pro danou komunikaci, někdy mohou automatismy přejít až k neologismům, tedy nově vytvořeným slovům samotným pacientem. Formální stránka projevu bývá při automatismech zachována. (Peutelschmiedová, 2001)

Alexie a agrafie

U osoby s organickým poškozením komunikační schopnosti se může objevit také narušení čteného a psaného projevu. Agrafie i alexie se vyskytuje v důsledku ložiskové léze v CNS a patří mezi základní symptomy afázie. Agrafie je vysvětlována jako získaná porucha psaní a alexie jako získaná porucha čtení. (Valenta, 2014) Rozdíl mezi dyslexií a alexií vysvětluje Love a Webb (2009), kteří tvrdí, že zásadní rozdíl je v období vzniku dané poruchy. Zatímco dyslexie je porucha čtení získaná, tak alexie je vadou vrozenou. Stejně tak tyto předpony platí ve spojitosti dysgrafie a agrafie. I zde dysgrafie znamená poruchu psaní získanou a agrafie pak vadu psaní vrozenou. U osoby s afázií dochází k narušení již získaných schopností a text, který má přečíst, vnímá afatik jako „rozsypaný čaj“. (Peutelschmiedová, 2001)

Alexie i agrafie se řadí mezi přidružené centrální poruchy. Tyto poruchy se totiž mohou, ale také nemusí vyskytovat ve spojitosti s afázií. (Love, Webb in Love, Webb 2009)

Je rozlišováno několik forem alexií. Mezi první řadíme **alexii s agrafií**, při níž dochází ke globální poruše čtení a částečně je narušena schopnost psaní. Jedinec obvykle nedokáže číst písmena, slova ani hudební noty, natož pak číslice. Druhým typem je **alexie bez agrafie**, která je specifická tím, že člověk s touto formou dokáže sice psát, ale schopnost čtení zachovanou nemá. Afatik je schopný popsat několik papírů, bohužel je ale po sobě není schopen přečíst. Prognóza u tohoto typu není úplně beznadějná. Afatik se může ve čteném projevu zlepšovat, avšak stále pro něho bude čtení velmi náročnou činností. Třetí formou je **alexie frontální**. Dle názvu lze poznat, že při ní dochází k poškození frontálního laloku. Pacienti nechápou syntax a při čtení často přehazují slova. Nejčastěji se vyskytujícím typem je **alexie při afázii**. (Love, Webb in Love, Webb, 2009)

Stejně jako se dělí alexie na určité formy, tak i agrafie má své typické podoby. Nejběžnější typ agrafie je v přítomnosti afázie. Při **kondukční afázii** většinou pacient dokáže zapisovat slova a věty podle diktátu lépe než podle opisu. Při **expresivní afázii** je agrafie charakterizována přemísťováním písmen a paragramatismy (zkomoleniny ve větách). Pacient dokáže psát slova, jména i adresu, ale nedokáže popsat vývoj svého zdravotního stavu. K posledním dvou typům agrafie se řadí **agrafie senzorická**, která je typická psanými nesmysly a **agrafie parietální**, při které jedinec ztěžka hledá vhodná slova, má narušené opisování společně s nelehkým průběhem perseverace (ulpívání na jednom výroku). (Kulišťák, 2003)

U afatika se může objevit také **echolálie**, což je nekontrolovatelné opakování slyšeného. Člověk s afázií reaguje na slyšená slova či věty mluvícího tak, že je po něm automaticky zopakuje, aniž by si byl tohoto vyjádření vědom. (Valenta, 2015)

Další symptom, který se může objevit je **logorhea** neboli překotná mluva, kvůli které dochází ke snížené srozumitelnosti pacientova projevu. Za neporozumění mohou žargonové parafázie, neboli slova natolik deformovaná, že porozumění je nemožné. „Slovní průjem“, jak se logorhea v klinické praxi jinak nazývá, se nejčastěji spojuje s afázií percepčního typu. (Klenková, 2006)

Při fluentní poruše plynulosti řeči se u afatiků objevují nová nesmyslná a nesrozumitelná slova. Těmto novotvarům se říká odborně **neologismy**. Pro nemocného je charakteristické chybování v gramatice, kdy často zaměňuje jednotlivé hlásky, slabiky, ale také slova. (Čecháčková, 2007)

Parafázie

„Parafázie jsou neúmyslné deformace slov různého typu a stupně. Vzniklá zkomolenina se může týkat jak celého slova, tak jen některé ze slabik. Pokud jsou zkomoleniny velmi četné, stává se řeč zcela nesrozumitelnou, je žargonem, lze ji označit také jako žargoafázi.“ (Kulišťák, 2017, 146-147 s.)

Parafázie se dělí na několik typů – fonemické, žargonové a sémantické. U fonemické parafázie jsou některá slova zachována správně, tudíž nemusí vždy dojít k úplným deformacím. Většinou jsou chyby uskutečňovány při záměně fonémů – př. papír-patír. U žargonové parafázie nelze porozumět produkované řeči, neboť slova jsou změněná k nepoznání. Při sémantické parafázii afatik hledá vhodné slovo opisem. (Čecháčková, 2007) Tento typ parafázie se spojuje nejen s afázií, ale také s počínající Alzheimerovou chorobou či sémantickou demencí. (Kulišťák, 2017) Jiný výraz pro opisy slov nalezneme např. u Cséfalvaye (2007), který používá termín cirkumlokuce.

Dalším typickým příznakem afázie jsou **parafrázie**, které se poznají tak, že klient není schopný vytvořit větné vyjádření. Obvykle je z celé věty použito pouze jedno slovo, kterým se pacient snaží vyjádřit své potřeby. Tomuto fragmentu se jinak říká „slovní troska“. Parafrázie nalezneme nejčastěji při expresivní afázii. (Čecháčková, 2007)

Perseverace

Růžička a Rusina (2019, 27 s.) definují perseveraci jako *„ulpívavé opakování jednoho výroku (např. odpovědi na nové otázky stále stejnou odpovědí).“* Podobně Valenta (2015) perseveraci charakterizuje jako ulpívavé setrvávání na konkrétním tématu, slově či dojmu. Perseverace se popisuje primárně jako symptom u afázie, demence nebo mentální retardace. Tento příznak se může vyskytnout také u zdravého člověka v době únavy nebo v opileckém stavu. (Valenta, 2015)

Symptom, který je součástí většiny afázií je **porucha porozumění řeči**. Zhodnocení porozumění řeči, je proto naprosto zásadní v rámci posouzení celkového stavu pacienta. Obvykle se porucha porozumění nepozná z prvního dialogu s nemocným. Triviální pokyny provede afatik správně, jelikož pochopí zadání ze situačního kontextu, avšak složitější příkaz mu bude dělat problém. Buď ho nepochopí, nebo si úkon nezapamatuje. (Klenková, 2006)

1.4 Klasifikace afázie

Již v dobách, kdy nebyly dostupné moderní diagnostické postupy si lidé snažili vysvětlit jednotlivé symptomy spojené s afázií. Vznikaly tak různé teorie, pojetí a názory na celkovou problematiku afázie. Dalo by se říct, co odborník to vlastní názor. Přestože mezi odborníky docházelo ke vzájemnému kritizování, stávalo se, že některé jejich výzkumy vedly k podobným výsledkům. Postupem času vznikly jednotlivé afaziologické školy. Díky nim dnes máme, nejen spoustu zajímavých definic afázie, ale také velmi širokou a pestrou nabídku klasifikačních systémů.

Afaziologové dělí klasifikace podle různých lingvistických, psychologických a medicínských aspektů. (Klenková, 2006) Za zásadní období z hlediska afaziologie lze považovat druhou polovinu 19. století. Francouzský chirurg Paul Broca v roce 1861 vystoupil s novými poznatky, které získal při studiu svého pacienta s poruchou řeči. Jeho pacient byl specifický v tom, že od svých 30 let přišel o řeč a dokázal se vyjadřovat pouze jednoslabičným slovem „tan“. Broca po dlouhém bádání dospěl k závěru, že mnohem důležitější, než se soustředit na typ léze je určit její lokalizaci. Obtíže v komunikaci, kterými pacient trpěl, popsal Broca novým termínem, tzv. afémie. K výzkumům přispěl v druhé polovině 19. století také německý neurolog Karl Wernicke. V roce 1874 publikoval knihu, ve které popsal sensorickou (Wernickeovu) afázii a také jednotlivá řečová centra v mozku. Wernicke věřil, že každý člověk musí mít v mozku 2 oblasti pro řečové schopnosti. Dnes tyto oblasti známe pod názvem Brocovo a Wernickovo centrum řeči. (Flanderková, 2014)

Z terminologie obou lékařů se prakticky čerpá ještě dnes. Broca s Wernickem zformulovali základ pro moderní klasifikační systém. (Balašová, 2003) Peutelschmiedová (2001) zmiňuje tři základní formy afázie, které se využívají pro zjednodušení v klinické praxi u neurologů, ale také u logopedů. Patří sem mimo afázii globální, také expresivní motorická afázie, kterou poprvé popsal Paul Broca a impresivní sensorická afázie, kterou poprvé uvedl Karl Wernicke. Takto stručné dělení afázií uvádí i Čecháčková (2007), Balašová (2003) a Obereignerů in Kulišťák (2017).

1.4.1 Bostonský klasifikační systém

Mezi nejrozšířenější a nejpoužívanější klasifikační systém současnosti patří Bostonský klasifikační systém afázií. Do něho se řadí 7-8 různých typů afázií. Patří sem afázie Brocova, Wernickeova, konduktivní, anomická, globální a dva typy transkortikální afázie (motorická

a sensorická). (Čecháčková, 2007) Růžička a Rusina (2019) uvádí ještě osmý typ afázie, tzv. transkortikální smíšenou afázii. V Bostonském klasifikačním systému se hodnotí především 4 základní percepčně-kognitivní schopnosti. Mezi ně patří schopnost pojmenování, opakování, produkce mluvené řeči a dále pak plynulost řeči. Dle plynulosti se afázie dělí na formy plynulé (fluentní) a neplynulé (nonfluentní). Mezi fluentní formy patří Wernickeho, amnestická, konduktivní a transkortikální sensorická afázie. Mezi nonfluentní formy řadíme Brocovu, transkortikální smíšenou, transkortikální motorickou a globální afázii. (Kulišťák, 2017)

1.4.1.1 Brocova (motorická) afázie

Nejvýraznějším příznakem Brocovy afázie je těžce tvořená mluva s nadměrným množstvím parafrází a parafrází. Řečový projev je nonfluentní a tempo řeči je zpomalené s častým výskytem agramatismů. (Čecháčková, 2007) Pacient nejčastěji používá podstatná jména, která jsou v základním nebo nesprávném tvaru. Naopak slovesa používá jen zřídka. Řeč je stereotypní, chudá a klient si při ní většinou napomáhá gesty či opisem. (Cséfalvay, 2007) K poruše dochází především v expresivní složce řeči. Pacient řeči rozumí a své vady si je vědom. To se bohužel obvykle odráží v jeho emoční nestabilitě. Opakování řeči je u Brocovy afázie též narušeno. Jedinec s motorickou afázií má problém i na úrovni lexie a grafie. (Balašová, 2003) Kulišťák (2017,152 s.) uvádí, že Brocova afázie „vzniká při lézích levého frontálního laloku, tj. při poškození Brocovy oblasti, ale také při poškození částí ležících před a za touto oblastí.“ Často bývá při motorické afázii přítomna paréza či plegie horní nebo dolní končetiny.

1.4.1.2 Wernickeova (sensorická) afázie

U sensorické afázie je produkce řeči fluentní a její tempo je překotné. Obvykle je narušena perceptivní složka řeči. Artikulace je v normě. Jedinec má problémy na úrovni porozumění řeči, pojmenování, ale i opakování. Parafrázie, neologismy a žargonové ustálené výrazy jsou součástí Wernickeovy afázie. (Balašová, 2003) Schopnost čtení bývá také narušena. Psaní může být z části zachováno, avšak při spontánním písemném projevu se mohou v textu objevit nová nesmyslná slova. Pacient si svoji vadu neuvědomuje, tudíž u něho nedochází k emoční labilitě. Jeho řečový projev však působí zmateně a beze smyslu. Obvykle bývá označován pojmem „slovní salát“. Tento typ afázie vzniká při poškození mozkové kůry v oblasti Brodmanovy arey 22, 39 a 40. Součástí afázie bývá senzitivní parietální porucha či hemianopsie. (Ambler, 2011)

1.4.1.3 Globální (totální) afázie

Tomuto typu afázie se jinak říká také kompletní, neboť v sobě kombinuje afázii motorickou a senzickou. Globální afázie je považována za nejtěžší typ, protože dochází k narušení všech fatických funkcí. Plynulost řeči bývá obvykle nonfluentní. Pacient není schopen sdělit jakoukoliv informaci. Porozumění verbálnímu projevu společně s opakováním je těžce narušené. Při produkci se vyskytují slovní stereotypy, perseverace, někdy až neologismy. Schopnost psaní a čtení bývá též výrazně narušena. Porucha je většinou trvalá, výjimečně může přejít do podoby Brocovy (motorické) afázie. (Neubauer, 2018) Ke vzniku dochází při lézi parietální, frontální a temporální oblasti dominantní hemisféry. Společně s totální afázií se může přidat problém v podobě pravostranné hemiplegie. (Růžička, Rusina, 2019)

1.4.1.4 Anomická (amnestická) afázie

Anomická afázie je naopak považována za nejlehčí typ afázie. Řadí se mezi fluentní formy, při kterých je porozumění i opakování poměrně zachováno. (Čecháčková, 2007) Vyjadřování pacienta je zdlouhavé s narušeným pojmenováním. Obtíže má klient především v hledání vhodných slov, což se projevuje tzv. anomickými pauzami. Psaní bývá narušené pouze mírně a čtený projev nebývá narušen vůbec. (Kulišťák, 2003) V řeči chybí podstatná jména a slovesa. Klient je tak musí nahrazovat zájmeny, opisem a gesty. (Růžička, 2019) Při anomické afázii vzniká léze mimo hlavní řečovou oblast, ta je většinou lokalizována v hlubších strukturách dominantního temporálního laloku. (Ambler, 2011)

1.4.1.5 Kondukční (převodová, centrální) afázie

Při kondukční afázii je fluence v normě, stejně tak i porozumění. Afatik má naopak velké potíže s opakováním. V řeči se objevují fonemické parafázie. Při produkci se objevují anomie. Český jazyk po artikulační stránce zvládá pacient bez problému. (Koukolík, 2000) Wernicke tuto poruchu nazýval jako převodovou, neboť věřil, že dochází k poruše mezi motorickým a senzickým centrem řeči. (Čecháčková, 2007) Dnes je známo, že kondukční afázie vzniká při lézi *fasciculus arcuatus*. (Růžička, 2019). Lexie bývá při kondukční afázii narušena různě. Při hlasitém čtení dělá pacient chyby stejné jako při spontánní mluvě, avšak při tichém čtení pacient textu rozumí. Při psaní se objevují paragrafie. (Cséfalvay, 2007) Jedinec s kondukční afázií si svou poruchu uvědomuje. Tento typ afázie má dobrou prognózu. Buď dojde k úplnému vymizení vady nebo přetrvávají anomická rezidua. (Neubauer, 2018)

1.4.1.6 Transkortikální motorická afázie (echolalická, adynamická)

Při transkortikální motorické afázii má pacient zachovanou složku porozumění i opakování. Problém bývá při spontánním řečovém projevu. Vyskytují se v něm agramatismy a anomie s častými zárazy. Tato porucha se řadí mezi nonfluentní typy afázií. Jedinec s tímto typem afázie odpovídá pouze jednoslovně, obvykle souhlasem „ano“ či nesouhlasem „ne“. (Kulišťák, 2017) Spontánní řeč je velmi chudá. Tento typ afázie je označován také pod pojmem echolalický a adynamický. Největší problém bývá na úrovni fluence a pojmenování. Jedinec obvykle vypouští přísudky ve větách. Prognóza je u transkortikální motorické afázie dobrá. Klinický obraz se může změnit do podoby anomické afázie. (Neubauer, 2018) Lexie může být zachována, avšak při hlasitém čtení může jedinec působit zpomaleně. Stejně tak u grafie. Jedinec obvykle píše pomaleji, jelikož mu dělá problém nalezení vhodného slova. Výsledek psaní může být deformovaný. K echolalické, adynamické afázii dochází při vzniku léze v přední oblasti temporálního laloku. U některých případů může být přítomna hemiparéza pravé poloviny těla, kdy je obzvláště postižena dolní končetina. (Cséfalvay, 2007)

1.4.1.7 Transkortikální sensorická afázie (echolalická, asémantická)

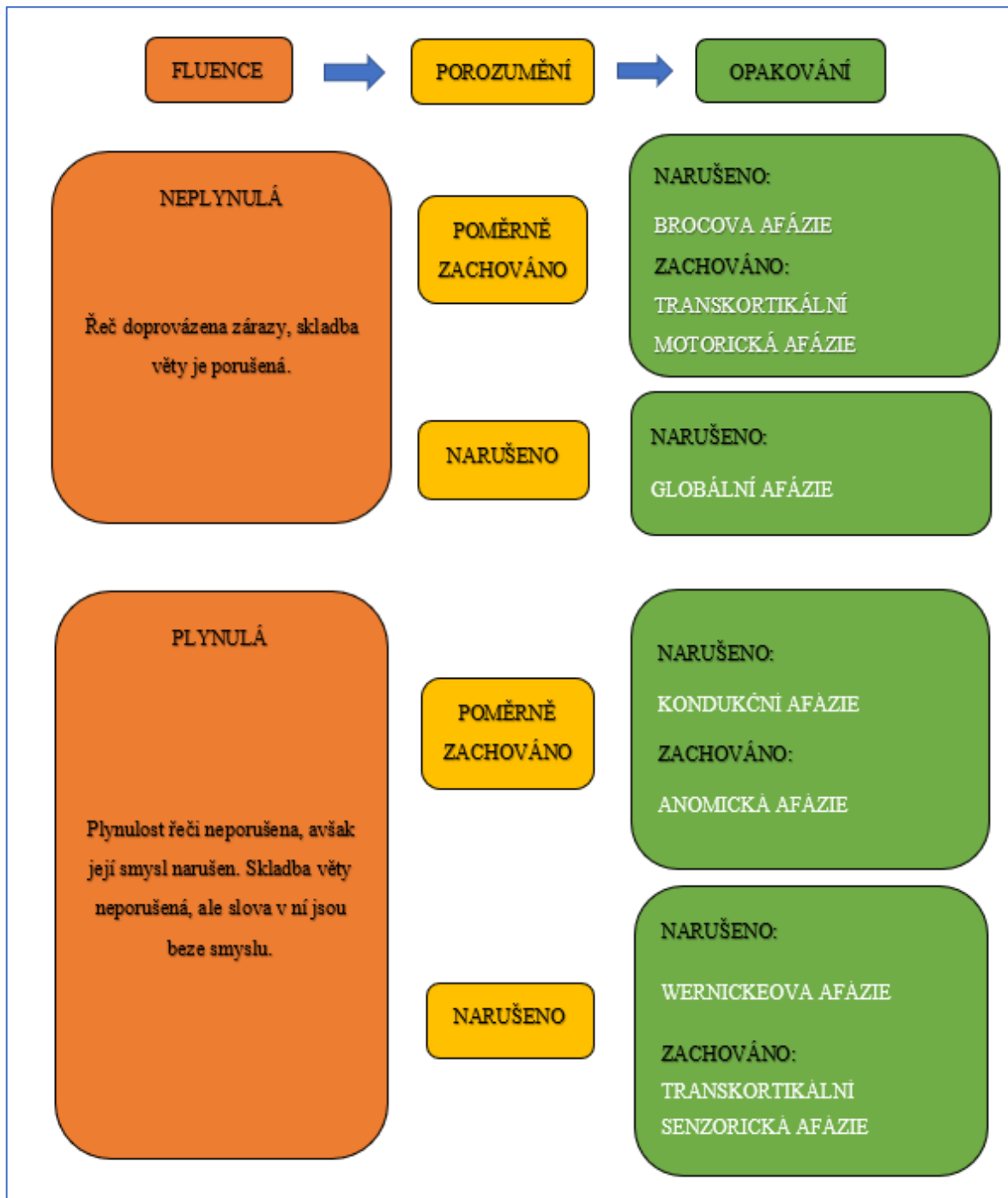
Na rozdíl od transkortikální motorické afázie je tato afázie plynulá. Opakovat pacient zvládá bez problému, ale smyslu opakování nerozumí. Největší potíže nastávají při chápání mluvené řeči a pojmenovávání. Jedinec dokáže zopakovat jednoduchou větu, ale nerozumí jí. Ve spontánní řeči se vyskytují sémantické parafázie, neologismy a především echolálie. (Kulišťák, 2017) Pokud je takto postižená osoba tázána na otázky, odpověď bude vždy neadekvátní. Čecháčková (2007) upozorňuje na fakt, že u tohoto typu afázie nedochází k narušení lexie po stránce produkce. Pacient zvládá číst bez problému, pouze tomu nerozumí. Psaní bývá narušeno. Neubauer (2018) tuto podobu afázie nazývá echolalickou a asémantickou. Podle něho je prognóza relativně dobrá, porucha může přejít do anomických obtíží s pojmenováním. Transkortikální sensorická afázie vznikne kvůli lézi zadní oblasti temporálního laloku. (Cséfalvay, 2007)

1.4.1.8 Smíšená transkortikální afázie

Smíšená transkortikální afázie se vyskytuje vzácně. Obvykle se jedná o kombinaci symptomů transkortikální motorické a transkortikální sensorické afázie. Někteří autoři tuto afázii neuvádějí. Obereignerů in Kulišťák (2017) označuje smíšenou afázii jako izolační syndrom, při kterém dochází k narušení Brocovy i Wernickeovy řečové oblasti. Poškozené je především

porozumění a plynulost řeči. Opakování jako jediné zůstává neporušené, a tudíž při něm mohou vznikat echolálie, kdy pacient neustále produkuje stejné fráze dokola. (Love, Webb, 2009) „*Transkortikální smíšená afázie je důsledkem velmi rozsáhlého poškození levé hemisféry, nebo poškození tvořeného dvěma ložisky, jednoho v čelním laloku, druhého na pomezí spánkové a temenní kůry*“ takto definuje smíšenou transkortikální afázii Koukolík. (2000,129 s.)

Schéma klasifikace afázie:



Grafické schéma 1: Klasifikace afázie inspirované z publikace Neurologie (2019)

Vedle Bostonského klasifikačního systému existuje i další dělení afázií. Většina z nich se uplatňovala dříve. Řadíme k nim neuropsychologickou klasifikaci Luriji, Hrbkovu klasifikaci, Kimlovu klasifikaci a Olomouckou klasifikaci. (Čecháčková, 2007) V následujícím textu budou jednotlivé teorie krátce charakterizovány.

1.4.2 Lurijova klasifikace

Lurijova ruská klasifikace z roku 1982 řadí afázii do tzv. funkčního systému. Hovoří o ní jako o narušení vyšších korových funkcí. A. R. Lurija, který je autorem této klasifikace, tvrdí, že pokud chceme diagnostikovat poruchu jako je afázie, musíme zjistit nejen existenci deficitu, ale musíme provést také jeho kvalitativní analýzu. Dle Luriji je důležité nahlížet na funkci centrálního nervového systému komplexně. (Čecháčková, 2007) Lurija poukazuje na skutečnost, že stejně se projevující příznaky u afázie se mohou objevovat z různých příčin (CMP, kraniotrauma, nádory CNS atd.), ale také při poškození různých mozkových oblastí. Lurijova klasifikace dělí afázie na typy, které vznikají buď při poškození předních nebo zadních oblastí mozku. Afázie, které vznikají při lézi přední části mozku, se jmenují dynamická afázie a eferentní motorická afázie. Naopak aferentní motorická afázie, akusticko-amnestická afázie, sensorická, sémantická a amnestická afázie se řadí mezi formy, při kterých dochází k narušení zadní části mozku. (Klenková, 2006)

1.4.3 Hrbkova klasifikace

Autorem této klasifikace je prof. MUDr. Jaromír Hrbek, DrSc. Jeho teorie je založena na neurofyziologickém podkladě. Vychází z toho, že základní mozkové mechanismy řeči jsou sestaveny z šesti korových oblastí a jejich spojů. Mezi tyto oblasti patří *proprioceptivně-logestetická oblast*, která je uložena v temenním laloku dominantní hemisféry a má na starost tvorbu vnitřní řeči spolu s programováním spontánní řeči. Pokud dojde k porušení tohoto okrsku mozkové kůry vzniká afázie. Dále *akustická oblast*, která je uložena ve spánkovém laloku a je k vnímání mluvy. Při poruše akustické oblasti vznikne sensorická afázie. Další oblastí je *optická oblast* v týlním laloku sloužící k rozpoznávání písma. S jejím narušením dojde k alexii. Další oblast se jmenuje *logomotorická*, ta se nachází v oblasti Brocova centra a zajišťuje exekuci mluvené řeči. Při narušení dochází k motorické afázii. Pátým okrskem je *grafomotorická část*, která se podílí na tvorbě písma. Se vznikem poruchy dochází k agrafii. (Klenková, 2006) Poslední oblast, která se nazývá *proprioceptivně-grafestetický okrsek* má na starost plán písma, koordinaci pohybů při psaní a převádí optické podněty. Při narušení dojde k agrafii. (Čecháčková, 2007)

1.4.4 Kimlova klasifikace

Další jednodušší lingvisticky zaměřenou klasifikaci sestavil foniatr Josef Kiml. Ten ve svém dělení klade důraz na lokalizaci léze, ale na celkovou funkci centrálního nervového systému nebere ohled. Kimlova klasifikace rozlišuje 3 formy afázie: *afázie motorická, senzorická a totální*. Afázii motorickou a senzorickou dále dělí na jednotlivé podtypy. Motorická afázie je dále dělena na motorickou afázii žargonového a anartrického typu. Senzorická afázie je klasifikována na žargonový typ, dyslogický typ a amnestický typ. (Čecháčková, 2007)

1.4.5 Olomoucká klasifikace

Za autorku Olomoucké klasifikace je považována PaedDr. Miloslava Čecháčková. Ačkoliv tato klasifikace vznikala samostatně vychází z Hrbkovy teorie. Dle této klasifikace je určující lokalizace léze, neboť narušení určitého mozkového laloku má specifické projevy. Olomoucká klasifikace rozlišuje expresivní afázii, integrační afázii, percepční afázii, amnestickou afázii a globální afázii.

Expresivní afázie je charakterizována parafráziemi, parafráziemi, ale také neplynulou mluvou a narušenou grafii i lexii. Porozumění bývá neporušeno. Integrační afázie je specifická tzv. Gerstmannovým syndromem – agnozie prstů ruky, špatná pravolevá orientace či akalkulie. (Šlapák, Janeček, Lavička, 2009) Percepční afázie má naopak narušené rozumění řeči a dekodování. Často se vyskytuje logorhea a perseverace. Grafie, lexie i kresba jsou také narušeny. Amnestická afázie je považována za nejlehčí formu afázie. Obvykle se při amnestické afázii objevují anomie, sémantické parafrázie a narušení grafie. Neporušené naopak bývá porozumění. Globální afázie je považována za nejtěžší typ afázie, při které dochází ke komplexnímu narušení korových funkcí. Jedinec s touto afází bývá dezorientován, není schopný rozumět mluvené řeči ani sám nedokáže produkovat řeč. (Čecháčková, 2007)

1.5 Systém péče pro afatiky v ČR

Každým rokem v České republice přibude okolo 5000 osob s diagnózou afázie. V současné době je pro tyto osoby dostupný kvalitní systém péče, který se liší v závislosti na etiologii vzniku tohoto onemocnění. Nejlépe propracovaný je systém péče pro pacienty, u nichž afázie vznikla na podkladě cévní mozkové příhody. Systém péče o osoby s CMP je detailně rozpracován v rámci Národního cerebrovaskulárního programu. Tento program je zaměřený na prevenci, základní diagnostiku, léčbu a dlouhodobé sledování praktickými lékaři. Hlavním předpokladem **primární prevence** je změna životního stylu a nevhodných návyků (kouření, nadměrná konzumace alkoholu, špatné stravovací návyky ad.) Velmi důležité je dávat široké veřejnosti informace o příčinách a příznacích CMP prostřednictvím různých sdělovacích prostředků (tisk, internet, škola, ordinace, lůžková oddělení atd.) Obyvatelstvo by mělo být poučeno o tom, jak se má zachovat v případě projevující se CMP. Základem primární prevence je také včasné a správné zahájení léčby rizikových onemocnění, mezi které patří např. diabetes mellitus, hypertenze, srdeční onemocnění nebo poruchy srdečního rytmu. Pokud u jedince vznikne CMP je nutností zahájit **akutní nemocniční** péči. Odbornou soustavou péči po akutní CMP provádějí zpravidla neurologové, kteří spolupracují s týmem dalších odborníků (internista, neurochirurg, kardiolog, angiochirurg a intervenční neuroradiolog). Intenzivní péče po prodělané CMP je poskytována na iktových jednotkách neurologických odděleních. Pacient musí být na jednotku intenzivní péče převezen do 12 hodin (max. 24 hodin) od vzniku CMP, aby mohla být primární intervence úspěšná. Délka pobytu na oddělení JIP se odvíjí podle klinického stavu pacienta a jeho případných zdravotních komplikací. Obvykle bývá čtyř denní. Po akutní nemocniční péči na JIP následuje **rehabilitační péče**. Rehabilitační lůžková oddělení jsou součástí nemocnic či rehabilitačních ústavů. Rehabilitační postup je zvolen individuálně dle míry poškození funkcí a schopností každého člověka. Hlavním cílem rehabilitace je co největší možný návrat mozkových funkcí, nácvik denních aktivit, dosažení maximální míry soběstačnosti, ale také motivace k aktivní spolupráci ze strany pacienta. Tato část péče by měla být pacientům poskytována po dobu pozorování neurologického i pohybového zlepšování. Na léčebné rehabilitaci se podílí fyzioterapeut a ergoterapeut. (Votava, 1997) Po ischemické CMP nebo tranzitorní ischemické atace je nutná **sekundární prevence** farmakologická, která je nezbytná a někdy doplněna angiochirurgickou prevencí. Pacient musí po prodělané CMP dodržovat striktní opatření, mezi které se řadí zákaz kouření, zvýšení tělesné aktivity, změněné stravovací návyky a redukce tělesné hmotnosti. Důležitou péčí, která navazuje na předešlé je **ambulantní péče**, kterou má na starost neurolog. Jeho úkolem je v cerebrovaskulární poradně

sledovat vývoj pacientova onemocnění Neurolog obvykle spolupracuje s dalšími odborníky (internista, kardiolog, diabetolog, angiolog či klinický logoped). Jeho činností by mělo být dohlížení na plnění sekundární prevence pacienta a léčba rizikových faktorů či dopadů, které nemoc na pacientovi zanechala. (https://www.cmp.cz/jnp/cz/pece_o_cmp_v_cr/-narodni_cerebrovaskularni_program.html#ncvp6) Aby byla péče o pacienta komplexní, měl by pacient navázat kontakt s klinickým logopedem, který se zaměří na terapii komunikačních schopností. **Ambulantní logopedická péče** by měla být u každého pacienta individuální dle jeho celkového zdravotního stavu. Nezbytně nutné je však provedení správné diagnostiky, od které se odvíjí celková úspěšnost intervence. (<https://www.ordinace.cz/clanek/logopedicka-pece-po-cevni-mozkove-prihode/>)

1.6 Diagnostika afázie

Logopedická diagnostika afázie je zaměřena na „*zhodnocení poruchy komunikačního procesu u vyšetřované osoby a stanovení stupně poruchy především ve vztahu k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím.*“ (Neubauer, 2015, 91 s.) Logopedická diagnostika určí začátek a záměr logopedické intervence. Z toho vyplývá úzký vztah mezi diagnostickým a terapeutickým postupem. Diagnostika afázie by měla být komplexní, za účasti víceoborového týmu. Do něho patří neurolog, klinický psycholog, klinický logoped a sociální pracovník. Afázie se pomocí odborných vyšetření odliší od jiných poruch (např. dysartrie, agnozie, alexie, apraxie nebo mutismu). K tomu slouží diferenciatně diagnostická rozvaha. (Klenková, 2006) Nejčastěji dochází k záměně diagnózy afázie s dysartrií. U poruchy jako je dysartrie však nedochází k narušení symbolicko – fatických funkcí. Na rozdíl od afázie je kvalita čtení i psaní zachována. Dále při dysartrii nedochází k narušení rozumění řeči. Řeč je vždy fluentní. (Čecháčková in Škodová a kol., 2007)

Primárním cílem je zjistit během diagnostiky afázie dostatečné množství informací o této narušené komunikační schopnosti a na základě těchto informací zvolit vhodný terapeutický postup či řádnou volbu rehabilitace. U pacienta se nejprve musí vyloučit porucha inteligence a vědomí, poté narušení orgánů řeči spolu s velmi těžkým narušením chůze. Teprve poté dojde k vyšetření spontánního řečového projevu, u kterého by nemělo chybět vyšetření zaměřené na schopnost lexie a grafie. (Mumenthaler, 2008) Klinický logoped se u pacienta s afázií soustředí na vyšetření čtyř složek – spontánní řeč, porozumění, opakování a pojmenování. Pokud dojde k vyšetření všech těchto atributů, pak logoped zjistí, o jaký typ afázie se jedná. (Kulišťák, 2003) Podobnou diagnostiku řeči popisuje Klenková (2006). Avšak kromě vyšetření

a hodnocení spontánní řeči, porozumění řeči, opakování a pojmenování klinickým logopedem, přidává ještě ke komplexnímu obrazu afázie vyšetření psané formy řeči (psaní i čtení).

Vyšetření osob s afázií se dělí na orientační, screeningové, komplexní a na vyšetření kognitivních funkcí.

Orientační vyšetření se zaměřuje na subakutní fáze, kdy pacient s afázií má často těžký celkový stav doprovázený vysokou únavou. Během tohoto vyšetření je potřeba vyhodnotit momentální řečový stav pacienta a popsat komunikační schopnosti, které zůstaly u pacienta zachovány. S těmi se následně pracuje při terapeutickém procesu. Screeningové vyšetření se zaměřuje na poruchy fatických funkcí. (Neubauer, 2018) Kliničtí logopedi v České republice používají k diagnostice afázie především tři screeningové testy. Mezi ně patří **Token test**, který se využívá buď samostatně nebo v průběhu komplexního vyšetření, jako materiál, který mapuje percepční oblast u vyšetřované osoby. Délka testu je přibližně 10 minut. Test se soustředí na receptivní složky řeči a skládá se z barevných geometrických tvarů, se kterými se v průběhu vyšetření zachází dle daných verbálních instrukcí. (Balašová, 2003) Test se používá především u lehčích forem afázie. Než se začne s testováním, mělo by se zjistit, zda pacient nemá agnozií základních barev a zda nemá narušené poznávání základních tvarů. Pokud jedinec žádnou z těchto poruch nemá a rozumí pojmem kruh a čtverec, může se přejít k samotnému testování. (Čecháčková in Škodová a kol., 2007)

Do screeningového vyšetření patří **Screeningová zkouška afázií – AST (Aphasia Screening Test)** trvající také 10 minut. Tato zkouška je zaměřena nejen na získání informací o individuálních jazykových schopnostech vyšetřované osoby, ale také na nelingvistické potíže jako je dyspraxie, narušení pravo-levé orientace nebo dysgnózie. **MAST test (Mississippi Aphasia Screening Test)** je považován za vůbec nepoužívanější diagnostický screeningový materiál mezi neurogenními poruchami. Zabere okolo 15 minut a nejčastěji se aplikuje na velmi závažné akutní či subakutní stavy, obvykle u pacientů na lůžku. Na vytvoření testu se podílel tým neurologů, logopedů a neuropsychologů. Původní verze testu pochází z anglického jazyka, poté byl přeložen do španělštiny a až později do českého jazyka. V českém jazyce se respektují kulturní specifika, a tudíž nejde o doslovný překlad. Přesto je test praktický, jednoduchý, krátký a zdarma dostupný. Test se zaměřuje na velký počet oblastí, které se zabývají jazykovými schopnostmi. Mezi ně patří okruhy automatické řeči, opakování, pojmenování, fluence při popisu, psaní na diktát, rozumění slovu atd. Každá úloha se hodnotí 0-2 body. Důležitou

součástí celého testu jsou základní informace pacienta, které musí být v záznamovém archu zapsány. Teprve po zaznamenání celé anamnézy se může přejít k samotnému testování. Pacient může z celého testu získat maximálně 100 bodů, 50 bodů za index produkce a 50 bodů za index rozumění. (Košťálová a kol., 2008) Do komplexního klinického logopedického vyšetření spadají všechny oblasti, které jsou důležité pro zjištění výsledku komunikačního procesu. Řadí se sem nejen hodnocení lexie, grafie, kalkule či praxie, ale také neuropsychologické složky, kterými jsou paměť, pozornost a vizuoprostorové funkce. (Kulišťák, 2017)

Komplexní testy afázie jsou vhodné pro pacienty v chronické fázi onemocnění. Mezi používané komplexní vyšetření patří kvantitativně orientované **Pražské afaziologické vyšetření (PAV)** a kvalitativně orientované **Vyšetření fatických funkcí (VFF)**. První zmíněné vyšetření vzniklo v roce 1964 na základě Hrbkovy psychofyziologické koncepce poruch fatických funkcí (Neubauer, 2018). PAV se skládá z jedenácti subtestů, ve kterých jsou úkoly seřazeny podle náročnosti. „*Vyšetřovací schéma afatika je zaměřeno na vyšetření spontánní řeči, opakování, rozumění mluvenému projevu, pojmenování automatické řady, zpěv, čtení, počítání ústní, počítání písemné, kreslení, psaní.*“ (Balašová, 2003, 73 s.) Výsledek tohoto testu je zaznamenán v grafu, ale také v procentech. Pomocí toho lze uvést míru a stupeň poruchy fatické funkce a zachování jednotlivých složek řeči. Vyšetření fatických funkcí vychází z kognitivně-psycholingvistické koncepce. Autoři VFF jsou Cséfalvay, Košťálová a Klimešová. Vyšetření pochází z roku 2003. Z výsledku testu můžeme určit typ afázie dle Bostonské klasifikace. Klinické testování je zaměřené na 6 oblastí - mluvenou produkci, porozumění mluvené řeči, schopnost opakování, schopnost pojmenování, vyšetření čtení a psaní. (Neubauer, 2018) Doba plnění testu závisí na míře poškození pacienta. Zdravý člověk je schopen test splnit za cca jednu hodinu, pacient s těžším průběhem afázie může test plnit i dvě hodiny. (Cséfalvay, Košťálová, 2013)

Vyšetření zaměřené na kognitivní funkce u afatických osob zjišťuje celkovou úroveň kognitivních schopností, které jsou důležité pro ucelenou logopedickou diagnostiku a také pro následnou terapii. Mezi takto zaměřené testové materiály řadíme **Zkoušku vizuální pozornosti (ZVP)** a **Mini Mental State Examination (MMSE)**. Zkouška vizuální pozornosti se využívá u pacientů v časně fázi po CMP, kteří jsou na lůžku. Může se, ale používat i u osob neslyšících, neboť celé zadání a provedení testu je bez potřeby auditivního vnímání. Vyšetřující s pacientem udržuje po celou dobu zkoušky nonverbální komunikaci. Zkouška je krátká, trvá okolo 10 minut (Košťálová, Bednaříková, Michalčáková, 2010).

Kromě logopedické diagnostiky lze vyšetření doplnit o diagnostiku neuropsychologickou, klinicko-psychologickou a diagnostiku lingvistickou (psycholingvistickou a neurolingvistickou). Důležité je také neopomenout diagnostiku medicínskou, především neurologickou, díky které se zjistí lokalizace a rozsah poškození centrální nervové soustavy. Tyto informace jsou velmi důležité pro komplexní afaziologické vyšetření. (Neubauer, 2018)

Diagnostika neuropsychologická a klinicko-psychologická se orientuje především na vyšetření kognitivních funkcí, tedy kromě řeči také na paměť či intelekt. V praxi se používá **Lurijovo neuropsychologické vyšetření**, které je kvalitativně zaměřené, nebo **Neuropsychologická baterie Halstead-Reitan**, která je naopak orientována kvantitativně. Mezi další kvantitativně orientované metody lze zařadit **BDAE – Boston Diagnostic Aphasia Examination** a **WAB – Western Aphasia Battery**. (Neubauer, 2018) **BDAE** je řazen mezi standardizované testy a byl publikován Goodglasem a Kaplanovou v roce 1972. Test je sestaven z pěti částí, mezi které patří vyšetření konverzace, popis obrázků, porozumění slyšenému a psanému. Autorem **WAB** je Kertezs. Test byl publikovaný v roce 1982 a velmi se podobá testu **BDAE**. (Balašová, 2003) Odlišnost je ve kvantifikaci, kdy výsledky u **WAB** se dají vyjádřit kvocientem afázie. Ten lze získat z vyhodnocení jednotlivých oblastí testů, které jsou specializované na spontánní řeč, porozumění řeči, opakování i pojmenování. (Cséfalvay, 1996)

Lingvistická diagnostika je rozšířená především v cizině. V České republice doposud nebyl vytvořen ani přeložen žádný test či metoda, která by byla orientována lingvisticky či neurolingvisticky. V cizích zemích se ke zkouškám využívá pragmatická jazyková rovina. Spadá sem pro ukázkou např. **CADL-2 Communicative Abilities in Daily Living**. (Neubauer, 2018) Zmíněný test je zaměřený na funkční komunikaci. Úkoly jsou z reálného běžného života.

Důležitými mezníky pro celkovou diagnostiku afázie jsou jednotlivá vyšetření kortikálních funkcí. K takto orientovaným funkcím řadíme grafii, lexii, gnozii a praxii. (Čecháčková in Škodová a kol., 2007) Agrafie je chápána jako porucha psaní a produkce psané řeči, která je získaná a vzniká z důvodu poškození mozku. (Valenta, 2015) Grafie se vyšetřuje obvykle pomocí spontánního psaní, psaní na diktát, opisováním dle předlohy, ale také pomocí kresby. Podle zhodnocení jednotlivých úkolů se buď agrafie vyvrátí nebo potvrdí. Pokud se potvrdí, lze dále určit, o jaký typ agrafie se jedná. (Čecháčková, 2007) Alexie představuje poruchu čtení a rozumění psanému či tištěnému slovu, větě nebo textu. Jde o poruchu získanou, která vzniká poškozením mozku. Předtím než dojde k diagnostice lexie, musí být u pacienta vyšetřen zrak.

Během vyšetření lexie musí pacient zvládnout přečíst text hlasitě, ale i tiše. Pokud má pacient lehčí formu poruchy čtení žádá se po něm, aby převyprávěl přečtený text. Ve chvíli, kdy pacient není schopný obsah příběhu vyprávět, může mu zkoušející pokládat otázky, které se textu týkají. Pokud je pacient postižený těžší formou poruchy čtení snaží se v textu rozpoznat pouze jednotlivá písmena, slabiky nebo slova. (Valenta, 2015) Agnozie neboli „*neschopnost poznávat a chápat smyslové počítky*“ (Hartl a kol., 2010, 17 s.) se vyšetřuje v závislosti na typu agnozie. Pokud je u pacienta podezření na agnozii barev, má vyšetřovaný za úkol rozpoznat barvu ze souboru, určit barvu u předmětů, které se mu ukazují nebo má barvu přiřadit správně k určitým předmětům. V případě agnozie fyziognomie, kdy osoba s narušením nedokáže rozpoznat známé osoby, se vyšetření zaměřuje na správné pojmenování blízkých osob podle fotografií. Další typy agnozie a její vyšetření blíže specifikuje Čecháčková (2007). Apraxie je chápána jako narušení již naučených pohybů. Jedná se o poruchu získanou, vznikající v důsledku poškození nervové soustavy. (Valenta, 2015) I apraxie má několik typů, např. apraxie konstrukční, motorická, ideomotorická a ideativní. Během vyšetřování konstrukčního typu apraxie má za úkol jedinec obkreslit obrázek či nakreslit obrázek podle daného zadání. Osoba s konstrukční apraxií bude mít s takovým úkolem značný problém, i přestože jsou u ní veškeré vlastní pohybové schopnosti zachovány. Ideomotorická apraxie se naopak diagnostikuje pomocí vypláznutí jazyka u pacienta, dupání, česání nebo házení míčem. U tohoto typu apraxie dochází k nesprávnému provedení pohybu, ačkoliv pacient ví, jak pohyb provést. U motorické apraxie pacient není schopen vykonat jemný pohyb, který dříve zvládnul. U apraxie ideativní dochází ke ztrátě schopnosti naplánovat a popsat posloupnost jednotlivých dějů v rámci vykonávání určité činnosti. (Čecháčková, 2007)

2 Terapie afázie

Cílem terapeutického zásahu u osob s afázií je znovunabytí maximálních komunikačních schopností, jakých lze vzhledem k danému poškození dosáhnout. U akutní fáze je terapie intenzivní, vždy individuální a věnuje se především obnově fatických funkcí. Následně je terapie zaměřena na udržení dosaženého stavu a také na rehabilitaci psychické pohody jedince. Během chronické fáze se terapeut snaží vedle obnovení komunikačních dovedností také zvyšovat pacientovo znovu začlenění do společnosti. Je důležité, aby probíhala nejen logopedická intervence, ale aby se pacient účastnil také psychoterapie. (Čecháčková, 2007) U osob s afázií je velmi důležité zahájit komplexní rehabilitaci. Kromě logopedické a psychoterapeutické terapie je vhodná terapie lékařská, fyzioterapeutická a psychologická. (Klenková, 2006) Komplexní léčebnou péčí by měl vykonávat tým odborníků – neurolog, foniatr, psychiatr, klinický logoped (afaziolog), klinický psycholog (neuropsycholog), dietní a rehabilitační sestra a sociální pracovnice. Následná péče by se měl účastnit také ergoterapeut, arteterapeut či muzikoterapeut.

Názory na vznik afázie se objevovaly již v druhé polovině 19. století, kdy své poznatky zapisoval a následně zveřejnil Paul Broca a Karl Wernicke. (více v kapitole 1.4.) Oba se více než o terapii zajímali o to, která část mozku může za takto získanou narušenou komunikační schopnost. Teprve po druhé světové válce se na různých místech ve světě (př. USA, Německo či dřívější Sovětský svaz) začala vytvářet pracoviště, ze kterých vznikaly afaziologické školy. K nim se řadí bostonská afaziologická škola (Geschwind, Goodglas, Kaplanová), ruská neuropsychologická škola (Lurija, Cvetkovová) a německá neurologická škola (Poeck, Leischner). (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011) Terapeutické směry se začaly ve velkém měřítku rozvíjet až v posledních třiceti letech 20. století. V tomto období se o problematiku afázie začali zajímat odborníci z neuropsychologie, neurolingvistiky, foniatry a logopedie. V dnešní době nacházíme poměrně širokou škálu terapeutických metod či postupů, které se dají využít v klinické praxi, avšak většina z nich je dostupná pouze v cizojazyčné literatuře. (Klenková, 2006) Názory na vedení terapie afázie se liší. Terapie by ovšem vždy měla probíhat na podkladě schválených a podložených principů, strategií a technik. (Cséfalvay in Lechta, 2011)

Terapeutický postup při afázií by měl být systematický, strukturovaný, adaptovaný a intenzivní. Systematická terapie je chápána jako dlouhodobá a cílená. (Čecháčková, 2007) Péče o pacienty nekončí opouštěním nemocničního lůžka. Je velmi důležité, aby dále fungovala

ambulantní péče, během které se bude u pacienta rozvíjet schopnost komunikace. Po celou dobu terapie hraje důležitou roli spolupráce terapeuta s rodinnými příslušníky. Obvykle má jejich přítomnost a podpora pozitivní vliv na pacientovu léčbu. Terapeut by měl na základě zdravotního stavu pacienta určit, jakým způsobem bude proces rehabilitace strukturovaný a jak moc bude intenzivní. (Balašová, 2003)

Terapeutické postupy jsou rozděleny do tří skupin. První skupinou jsou **stimulační přístupy**, tedy techniky kognitivní stimulace, funkcionálně orientované přístupy. Druhá skupina se nazývá **jiné přístupy**, mezi které spadají melodicko-intonační terapie a alternativní a augmentativní komunikace. Poslední kategorie sleduje **obnovování specifických narušení** – lexii nebo porozumění řeči. (Klenková, 2006)

Za účinnou terapii jsou označeny níže zmíněné afaziologické terapeutické postupy. Mezi takové se řadí **Lurijova neuropsychologická koncepce**, která je založená na obnovování fatických funkcí. Prostřednictvím obnovovací restituční terapie dojde k přestavění funkčních systémů. Základní zásady této terapie spočívají v začlenění nových složek, které dříve nebyly součástí realizace narušené funkce. Patří sem např. metoda ozvučeného čtení. Lurija ve své koncepci odděluje způsoby restituce čtení a psaní od způsobů obnovování mluvené řeči. Tvrdí, že čtení a psaní je výsledek cílevědomého učení, kdežto řeč je vytvořena přirozeným vývojem interpersonální komunikace. Mezi další efektivní terapie se řadí **specifické cílené postupy obnovovací terapie**. Tyto postupy se využívají především u pacientů s poruchou exprese řeči. Patří sem melodicko-intonační terapie (MIT), fonemicko-vizuální stimulační metody (využívané primárně u osob s velmi těžkou afázií), kresba jako komunikační prostředek (též využívanou u těžce postižených osob s afázií), tlumení perseverací, ad. Melodicko-intonační terapie je funkční především pro osoby s motorickou afázií, kteří mají nenarušené porozumění, ale produkci ano. Tito jedinci mají často zachovanou možnost zpívání, která je pro použití MIT velmi důležitá. Pomocí zpěvu dochází k aktivizaci pravé mozkové hemisféry, která tím nahradí poškozenou funkci řeči v levé mozkové hemisféře. (Neubauer a kol., 2018)

V moderní afaziologii se však nejčastěji používají dva terapeutické postupy. Jedná se o kognitivně-neuropsychologický přístup a pragmatický (funkcionální) směr. (Neubauer, 2018)

2.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup

Kognitivně-neuropsychologický přístup se soustředí na obnovu jazykových schopností. Hlavním cílem je najít způsob pro fungování kognitivních procesů, které nejsou narušeny. (Klenková, 2006) K dosažení tohoto cíle je potřeba sledovat a analyzovat úkony pacientů, u kterých jsou kognitivní procesy narušeny. K tomuto vzorku pacientů patří obvykle osoby s ložiskovou lézí mozku, které mají agnózi, alexii, agrafii a afázii. (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011) Zmíněný přístup se však v České republice skoro nepoužívá. Na Slovensku se kognitivně-neuropsychologickým přístupem více zabývá Cséfalvay. Ten uvádí, že je potřeba v rámci diagnostiky kognitivně-neuropsychologického přístupu určit totožnost narušeného modulu. K takovému určení dochází velmi spleťtým testováním pacientů. (Klenková, 2006) Vyšetřující by měl na konci terapie uvést pracovní hypotézu o místě léze a dle této hypotézy sestavit terapeutický plán.

2.2 Pragmatický (funkcionální) směr

U pragmaticky zaměřené terapie se logoped snaží o co nejrychlejší začlenění afatika do společnosti, o přiměřenou obnovu komunikačních schopností a o co největší samostatnost. (Klenková, 2006) Pragmatická rovina je u afatiků obvykle bez narušení, na rozdíl od roviny fonologické, gramatické a lexikální. Terapeut se snaží, aby pacient využíval zachovaných komunikačních strategií a zároveň se učil strategie nové. Mezi představitele pragmatického směru patří např. Hollandová, Pennová, Kaganová či Lyon. (Cséfalvay in Lechta a kol., 2011)

Mezi významnou funkcionální techniku, která je využívána v Kanadě a v USA, patří **PACE** (*Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness*). Tento program je zaměřen na zefektivnění komunikace afatiků. Autory této techniky jsou Davis a Wilcoxová. Během terapie se simuluje přirozená situace. Mezi pacientem a terapeutem dochází k předávání informací prostřednictvím předem zvolených metod (gesta, psaní, mluvená řeč či kresba), přičemž by druhá strana měla rozumět sdělovanému obsahu. *PACE* metoda je využívána klinickými logopedy v ČR. (Neubauer a kol., 2018) *PACE* technika se velmi často využívá u skupinových terapií, kde se schází pacienti s podobnými projevy afázie. K dalším pragmaticky orientovaným technikám patří **konverzační trénink**, který sestavila v roce 1997 výše zmíněná Audrey Hollandová. U konverzační terapie je cílem, „*aby se pacient s afázií i jeho partner snažili využít efektivní komunikační strategie při vysílání a přijímání informace.*” (Holland in Cséfalvay, 2007, 68 s.) Takový trénink vypadá tak, že si terapeut společně s afatikem vytvoří scénář, který

je sestaven cca z 6-8 vět. V případě, že afatik nebude vědět, jak dál pokračovat, měly by mu připravené věty pomoci. Ve chvíli, kdy si pacient zopakuje několikrát scénář, vstoupí do hovoru osoba, která sestavený scénář nezná a afatik se jí ho snaží vysvětlit. Pokud má afatik potíže při popisování, může mu terapeut napovědět. Za účelem zlepšení komunikace člověka s afázií se celý trénink natáčí na videokamery a poté se důkladně rozebírá. Program konverzačního tréninku *SPPARC* (*Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships & Conversation*), který je určen hlavně pro komunikaci rodin s osobami se závažnou chronickou afázií či s neurodegenerativním onemocněním centrální nervové soustavy, zmiňuje Neubauer a kol. (2018).

2.3 Definice metod a materiálů využívaných v terapii afázie

V této podkapitole budou zmíněny některé terapeutické materiály, které se využívají během logopedické intervence afázie. V České republice je obecně malé množství terapeutických metod a materiálů zaměřených na dospělé pacienty s narušenou komunikační schopností. Mnohem více terapeutických podkladů můžeme nalézt v oblasti poruch komunikace u dětí. V následujícím textu budou popsány takové materiály, se kterými se můžeme nejčastěji setkat v praxi klinických logopedů.

2.3.1 Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie (1998)

Soubor cvičných textů pro reedukaci afázie vytvořila Milada Mimrová jako doplňující materiál ke knize Afázie, kterou publikovala v roce 1997 společně s autory jako je Kulišťák, Nebudová a Lehečková. Materiál má sloužit pro obnovení komunikačních schopností u jedinců s lehčím stupněm afázie. Úkoly, které se v souboru nacházejí jsou orientované především na morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinu. Některé se například zaměřují na tvorbu vět, doplňování hlásek do vynechaných míst ve slovech, volbu správné koncovky, určení přídavných jmen či rozpoznání synonym od antonym. Jiná cvičení se věnují tréninku zrakové percepce, paměti i pozornosti. Seřazení cvičných textů nehraje v učebnici důležitou roli a terapeut může využívat jednotlivá cvičení individuálně podle potřeb klienta. Pokud bude terapeut potřebovat více typově podobných úkolů, může si je sám podle souboru vytvořit. (Mimrová, 1998)

2.3.2 Afatický slovník, pomůcka pro afatiky

Afatický slovník je vytvořený Jaroslavem Salačem a Kateřinou Lísalovou. Je sestaven z fotografií a ilustrovaných obrázků. Každý obrázek má své pojmenování. Afatický slovník není volně přístupným terapeutickým materiálem. Lze ho získat za výrobní cenu. Afatický slovník je dostupný v elektronické podobě (CD) a má 79 stran. Materiál je vhodný k léčbě časné afázie. Také je využíván k terapii dalších řečových poruch. Salač (2009) tvrdí, že se měl materiál primárně používat pouze v soukromí u pacienta k léčbě afázie po CMP, ale kvůli malému množství logopedických terapeutických materiálů pro osoby s afázií se slovník rozšířil jako nezisková pomoc i mezi odborníky, kteří ho aplikují při léčbě a rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách. Součástí materiálu je 336 obrázků podstatných jmen, 48 obrázků přídavných jmen, 104 obrázků znázorňujících slovesa a 18 životních situací. (www.slovník.kvalitne.cz)

2.3.3 Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií

Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií byla vytvořena v roce 1998 klinickou logopedkou Miloslavou Čecháčkovou. Cvičebnice je vhodná pro afatiky v akutní, ale i chronické fázi. Obrázky v díle jsou černobílé a je jich cca 300. Tento materiál má být pouze námětem, jak by se mohlo při logopedické terapii postupovat. Každý odborník i laik, který se souborem úkolů zachází, si sám vybere, které texty a obrázky jsou vhodné pro aktuální stav pacienta. Cvičebnice se skládá z 8 oddílů. Těmi jsou obrázková abeceda, samohlásky, utváření artikulačního postavení slabik a jejich zařazení ve slovech na vizuálním základě, utváření artikulačního postavení souhlásek i slabik, spojování slabik do slov a jejich užití, soubor vět k obrázkům, artikulační a dechová cvičení, obrázky pro nácvik fonemického sluchu, pojmenování prstů, pravo-levá orientace, pojmenování dnů v týdnu a měsíců v roce, kalkule, barvy, doplňování slov do vět, doplňování písmen do slov a na závěr články pro reprodukci čteného textu. (Čecháčková, 1998)

2.3.4 Pracovní listy pro reedukaci afázie, pracovní listy pro reedukaci afázie II.

Pracovní listy pro reedukaci afázie zpracovaly v roce 2009 klinické logopedky Zuzana Konůpková, Jana Schaefferová, Lenka Valachová a Alena Svobodová z Občanského sdružení Klub afasie. Jednotlivé úkoly jsou sestaveny tak, aby byly vhodné vždy pro jeden konkrétní typ afázie. Je důležité, aby odborník zvolil nejefektivnější a nejvhodnější formy úkolů, které budou

odpovídat potřebám a individualitě pacienta. Pracovních listů ve velikosti A4 je celkem 99 se zaměřením na porozumění, stavbu vět, čtení, psaní, ale také na fonologické představy. Pracovních listů pro reedukaci afázie II. je dohromady 93. Formát mají stejný jako je tomu u prvního souboru. Na druhém pokračování se podílel tým klinických logopedek Zuzany Konůpkové, Barbory Richtrové, Aleny Makalové a Lenky Valachové. Tento materiál je navíc zaměřen na morfologicko-syntaktickou problematiku. (Konůpková, 2009)

2.3.5 Obrázkový slovník pro afatiky

Obrázkový slovník pochází z roku 1984 a jeho autorkou je Marie Truhlářová. Obrázky ilustroval Zdeněk Netopil, český grafik a ilustrátor. Materiál v podobě obrázkového slovníku se řadí k nejrozsáhlejším dílům určených pro terapii afázie. Slovník lze využívat i při diagnostice u starších osob s komunikační poruchou či při rehabilitaci dětí se sluchovým postižením nebo s opožděným vývojem řeči. Primárním účelem této publikace bylo usnadnit práci s afatickými pacienty všem odborníkům (neurologům, logopedům, foniatrům). Ve slovníku lze nalézt 103 listů, které jsou rozděleny do skupin pod označením Tab. Římské číslice nacházející se vedle tohoto označení určují kategorii a číslo stránky z dané kategorie. Mezi zmíněnými skupinami nalezneme číslice, barvy, lidské tělo a jeho části, jídla a nápoje, květiny a stromy, dům a jeho části apod. Slovník je možné použít pro rozvoj slovní zásoby, pro správný nácvik čtení, psaní, počítání, poznávání, dále pro vhodnou tvorbu množného čísla či gramatických forem ve větách. (Truhlářová, 1984)

Jeden z problémů, který může u obrázkového slovníku nastat je jeho nedostupnost, jelikož vydavatelství, které ho vydávalo, zaniklo a jiné nakladatelství slovník nevydává. Další nevýhodou slovníku může být jeho zastaralá podoba. Některé obrázky neodpovídají moderním zařízením dnešní doby. Naštěstí jsou obrázky zpracované barevně a velmi reálně.

2.3.6 Pracovní karty na procvičení fatických funkcí

V roce 2010 vznikl materiál pracovní karty na procvičení fatických funkcí, který vytvořila dvojice autorek Malíková a Soldánová. Karty jsou vhodné pro terapii pacientů po cévní mozkové příhodě nebo po kraniocerebrálních traumatech. Pracovních karet je v celém souboru sedmnáct a tematicky se vztahují k domácím potřebám. Přesněji se jedná o tyto obrázky: ručník, mýdlo, kapesník, hrnek, toaletní papír, talíř, příbor, zubní kartáček a pasta, klíč, telefon, hřeben deštník, peněženka, tužka, brýle a hodinky. Každý z těchto obrázků má k sobě vytvořené

jednotlivé úkoly, které mají zlepšovat schopnost pojmenování, porozumění, grafie a lexie. (Malíková, Soldánová, 2010)

2.3.7 Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie

Jak název napovídá tento materiál se zaměřuje na diagnostiku a terapii afázie, ale také alexie a agrafie. Asociace klinických logopedů ČR vydala tento soubor v roce 2003. Autory jsou Zsolt Cséfalvay, Marta Klimešová a Milena Košťálová. Součástí materiálu jsou vypsané klinické syndromy podle bostonské klasifikace, dále kognitivně-neuropsychologický přístup a diagnostický postup složený z výsledků pojmenování, opakování, porozumění řeči a její produkce. Dále jsou v publikaci zmíněné terapeutické postupy, které lze aplikovat na pacienty s akutním, ale i chronickým onemocněním. Postupy jsou vytvořeny tak, aby při jejich použití docházelo k rehabilitaci všech narušených funkcí – psaní, čtení, produkce i porozumění mluvené řeči. Příručka obsahuje sedm částí. Mezi ně patří:

- Postupy při obnovování grafomotorických dovedností
- Techniky sémantické facilitace
- Terapeutické postupy při poruchách produkce řeči
- Terapeutické postupy při poruchách porozumění mluvené řeči
- Terapeutické postupy při alexii
- Terapeutické postupy při agrafii
- Terapeutické materiály: obrázky, slova, abeceda, schémata

(Cséfalvay, Klimešová, Košťálová, 2003)

2.3.8 MENTIO počítačový program

Mentio je výukový počítačový program v českém jazyce, který je určen pro logopedickou péči. Byl vytvořen v roce 1996 Martou Petržílkovou. Program je vhodný jak pro děti předškolního věku, tak pro děti starší a pro osoby dospělé, které trpí afázií či jiným komunikačním problémem. Program je momentálně rozdělen na 8 částí, které jsou zpoplatněny. Jedná se o:

Mentio slovní zásoba obsahující 446 fotografií s texty, které budují základní slovní zásobu. V tomto programu lze nalézt úkoly na cílené pojmenování, kontrolu výslovnosti, lexii i grafii. Obrázky umístěné v modulu jsou zaměřené na barvy, dopravu, jídlo, oblečení, lidské tělo, peníze, přírodu či osobní věci. Celý program je dostupný také ve slovenském jazyce.

Mentio Hádanky je dalším programem, který aplikace Mentio nabízí. Jedinec, který si program zaplatí, získá sadu 240 hádanek, které jsou seřazeny podle stupně obtížnosti. Dle sluchové nahrávky či textu s indiciemi má luštitel zjistit o jakou věc se jedná. Program by měl rozvíjet logické myšlení.

Mentio Slovesa poskytují 60 aktivit z běžného života. Pod každou aktivitu spadají 4 obrázky, ze kterých lze sestavit děj. „*Program slouží ke stimulaci mluveného projevu pomocí jednoduchých vět, k nácviku globálního čtení, chápání časových vztahů a vztahu příčiny a následku.*“ (Petržilková, online, 2010).

Mentio Zvuky se soustředí na rozpoznávání zvuků a trénování sluchové paměti. V kategorii se vyskytuje 200 zvuků, které lidé slyší v běžném životě. Během testu má za úkol jedinec přiřazovat zvuk k obrázkům, určovat o jaký zvuk se jedná, popsat, který zvuk slyšel podruhé apod. Pokud jedinec vyhodnotí úkol jako jednoduchý, může si ho ztížit šumem v pozadí nahrávky, změnou hlasitosti nebo puštěním zvuku pouze do levého či pravého sluchátka.

Mentio Hlas je ideální pro modulaci hlasu a nácvik fonace. Tento program je primárně vytvořen pro dětské klienty se sluchovou vadou nebo s opožděným vývojem řeči. Další klientelu mohou tvořit osoby s kombinovaným postižením či starší osoby, které mají problémy na úrovni fonace. V programu se objevují cviky na délku výdechového proudu, výšky tónu, ale také na intenzitu hlasu nebo např. na tvrdý a měkký hlasový začátek.

Mentio Skládačky jsou orientované na procvičení zrakové percepce. Jedinec má za úkol složit obrázek z dílčích částí, které jsou vzájemně přeházené. Cvičení je zaměřené také na pravo-levou orientaci a syntézu.

Mentio MM Paměťová cvičení je soubor 4 cvičení, které obsahují trénování krátkodobé paměti, soustředění, nácvik pozornosti, rozumění psanému textu, pochopení prostorových pojmů a rozlišování číslic a tvarů.

Mentio Nakupování je zaměřené na početní úkony (počítání do 5,10,20, porovnávání čísel, počítání celkové částky, poznávání mincí či bankovek, jednoduché početní operace, chápání cen v obchodě atd.) Jedinec pomocí tohoto programu procvičuje situace z běžného života, jako je manipulace s penězi při nakupování.

2.3.9 AfaSlovník

AfaSlovník je považován za první logopedickou webovou aplikaci, která je primárně určena pro terapii pacientů s afázií. Používat ji mohou kliničtí logopedi či rodinní příslušníci pacientů k terapii. S nápadem vytvoření AfaSlovníku přišel Ondřej Macko společně s Lucií Mackovou a Zuzanou Hanibalovou. Součástí programu je slovník s 20 testovými variantami, soubor k procvičování problémových hesel a statistické údaje. V programu je možné nastavit individuální plán pro jakéhokoliv pacienta. Každý si může sám zvolit, na kterou kategorii slov se chce zaměřit a jaký denní limit úkolů si nastaví. Aplikace se zaměřuje na trénink a rozvoj slovní zásoby, poslechu, čtení, psaní i mluvení. Do AfaSlovníku je potřeba se zaregistrovat. Materiál je zpoplatněn, přístup do plné verze stojí 99,-/měs. V současné pandemické době je přístup zcela bezplatný. Výhodu v AfaSlovníku mají členové Asociace klinických logopedů. Pro ně je program zdarma. (<https://www.afaslovník.cz/>)

2.4 Prognóza afázie

U prognózy afázie záleží na mnoha okolnostech. Důležitou roli pro úspěšné obnovení řečových schopností hraje hloubka a rozsah postižení, stupeň a typ vady a také věk osoby s afázií. V potaz by se měla brát také příčina afázie a včasnost logopedické intervence. (Balašová, 2003) Prognózu ovlivňuje také vzdělání pacienta společně s jeho společenským postavením. Dalším významným prognostickým faktorem je přístup pacienta k terapii. Pokud se pacient dokáže správně postavit ke svému onemocnění, reedukace bývá úspěšnější. (Čecháčková, 2007)

Prognóza afázie je vždy individuální. U některých pacientů symptomy vymizí během krátkého období (např. po tranzitorní ischemické atace). U jiných pacientů mohou příznaky přetrvávat delší dobu, ale nakonec dojde k jejich úpravě, resp. zmírnění afázie. Při těžkém poškození se často stav nelepší ani při dlouhodobé terapii a ve výsledku se stává trvalým (např. u globální afázie při rozsáhlém korovém poškození). (Neubauer, 2018) Velmi obtížné je určit prognózu u osob s afázií po úrazu mozku. Obvykle tito pacienti prochází dlouhým terapeutickým procesem, na kterém spolupracuje několik specialistů. Pro výsledný rozsah komunikační poruchy při kraniotraumatu je zásadní včasnost iniciální nemocniční léčby. Relativně dobrá prognóza korekce řečové poruchy je u pacientů po zánětlivém onemocnění CNS s poruchou řeči. (Čecháčková, 2007) Statistické údaje o prognóze získané orgánové nemluvnosti ukazují, že v 80-90 % případů by mělo dojít ke zlepšení mluvních projevů. (Balašová, 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Uvedení do praktické části bakalářské práce

Záměrem praktické části bakalářské práce je prostřednictvím dotazníku rozeslaného klinickým logopedům provést analýzu materiálů využívaných v klinické praxi k terapii chronické afázie. Výsledky dotazníku budou zpracovány a vyhodnoceny. V návaznosti na informace zjištěné z dotazníku bude rozpracován terapeutický materiál pro pacienty s afázií v následné domácí péči, jehož vzorek bude v této části práce prezentován.

3.1 Vymezení cílů a hypotéz

Hlavním cílem výzkumného šetření je provést analýzu materiálů pro chronickou terapii afázie a následně rozpracovat terapeutický materiál určený pro osoby s afázií v chronickém stádiu.

Na základě řešené problematiky a stanoveného hlavního cíle bakalářské práce, byly určeny následující **parciální cíle**:

PC1: Zjistit dostupnost terapeutických materiálů pro terapii afázie v chronické fázi onemocnění.

PC2: Zmapovat spolupráci osob s afázií na dlouhodobé terapii.

PC3: Analyzovat dopad současné pandemické situace (COVID-19) na průběh terapie afázie.

PC4: Zjistit zájem klinických logopedů o nově vytvořený terapeutický materiál zaměřený na terapii afatiků v domácím prostředí.

PC5: Prezentovat vzorek vytvořeného terapeutického materiálu.

Výzkumný problém

Na základě studia a odborné literatury byl definován hlavní cíl práce. Na XII. konferenci neurogenních poruch komunikace dospělých, která proběhla v květnu 2017 byla diskutována problematika nedostatku materiálů pro terapii afázie. Diskuzi vedl Mgr. Petr Šmíd, DiS, který zmiňoval časté stesky klinických logopedů po kvalitních terapeutických materiálech. Ve snaze ukázat, že materiály pro terapii afázie existují, Mgr. Šmíd provedl jejich sumarizaci. Na základě analýzy jím přiložených terapeutických materiálů bylo zjištěno, že některé materiály nejsou t.č. dostupné, jiné jsou zpoplatněné a další nejsou vhodně koncipované. Z toho lze předpokládat, že nový dobře strukturovaný materiál by byl pro klinické logopedy a jejich

klienty s afázií přínosem. (<http://www.ta-service.cz/afaziologie2017/download/Sbornik-Afaziologie2017.pdf>)

Na základě stanoveného výzkumného problému, studia odborných zdrojů a konzultace s klinickými logopedkami byly sestaveny následující hypotézy:

Hypotéza č.1: *Terapeutické materiály jsou zpracovávány na míru konkrétnímu pacientovi.*

Hypotéza č.2: *Nově vytvořený terapeutický materiál pro osoby s chronickou afázií je u klinických logopedů vítán.*

Hypotéza č.3: *Míra poškození ovlivňuje spolupráci osob s afázií při terapii.*

3.2 Metodologie

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie. Kvantitativně orientovaný pedagogický výzkum je definován takto: *“Vědecký výzkum je systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy.”* (Kerlinger in Chráska, 2016, 11 s.) Jinými slovy je kvantitativní výzkum systematický, záměrný a dochází při něm k ověřování či testování hypotéz prostřednictvím metod založených na zkušenostech. Výzkum může být soustředěný buď na jeden, nebo na více problémů, které spolu korespondují. (Chráska, 2016) Aby mohlo dojít k vyřešení problému, je důležité správně problém stanovit, formulovat hypotézy, ty nadále verifikovat, vyvodit z nich závěr a výsledky prezentovat. Jelikož se část závěrečné práce zabývá teoretickou analýzou terapeutických materiálů určených pro pacienty s afázií v chronickém stádiu a ověřováním jejich výsledků prostřednictvím dotazníku pro klinické logopedy je kvantitativní výzkumná strategie nejvhodnějším typem šetření. Z tohoto výzkumu je pro závěrečnou práci zvolen již výše zmíněný dotazník.

Dotazník patří mezi metody nejčastěji používané pro zjišťování údajů. To je způsobeno nesprávnou domněnkou řady lidí, kteří si myslí, že sestavení dotazníku je snadné. Často se ovšem stává, že dotazník je chybně sestaven a jeho výsledky jsou nesprávně interpretovány. Prostřednictvím dotazníku se údaje přijímají hromadně, tzn. data se získávají od většího počtu tázaných osob. Za poměrně krátký čas se dá zjistit velké množství informací. Osoby odpovídající na otázky položené v dotazníku se nazývají respondenti a jednotlivým otázkám se říká položky. Každý dotazník by měl mít vytyčený jasný cíl a správnou strukturu.

Dotazník se zpravidla skládá z několika okruhů. Položky jednotlivých okruhů se zabývají podobnou problematikou. Na začátku dotazníku se respondent seznámí se záměry a cíli autora dotazníku. Respondent by se měl snažit jednotlivé otázky pochopit a pečlivě na ně odpovědět. Hlavní část dotazníku je věnována jednotlivým otázkám. V závěru by měl autor dotazníku poděkovat respondentovi za jeho čas věnovaný vyplňování dotazníku. Otázky, které se mohou v dotazníku objevit, jsou uzavřené, otevřené nebo polouzavřené. (Gavora, 2010)

Dotazníkové šetření v tomto výzkumu obsahuje uzavřené i otevřené otázky. Otevřené otázky jsou v tomto případě zvoleny z důvodu větší volnosti u odpovědí a pro možnost porovnání konkrétních názorů klinických logopedů. Naopak uzavřené položky poskytují předem definované odpovědi, u kterých respondenti pouze zaškrtnou pro ně vhodnou odpověď. Uzavřené otázky jsou navíc lépe zpracovatelné.

Dotazník, který je použitý v rámci praktické části je anonymní a obsahuje 25 otázek tematicky orientovaných do sedmi okruhů (pozn. 5 otázek se zabývá obecnými informacemi, 3 otázky mapují dostupnost materiálů pro terapii afázie, prostřednictvím 4 otázek je sledována spolupráce pacientů při terapii afázie, 5 otázek zjišťuje dopad současné pandemické situace (COVID-19) na terapii afázie, personalizaci materiálů jsou věnované 2 otázky, 3 otázky se orientují na rozvoj terapeutických materiálů a poslední 3 otázky se zabývají dostupností materiálů, které umožňují pacientovi sebehodnocení a zaznamenání zlepšení.) Čtyři otázky jsou otevřené a zbylé uzavřené.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku a průběhu výzkumného šetření

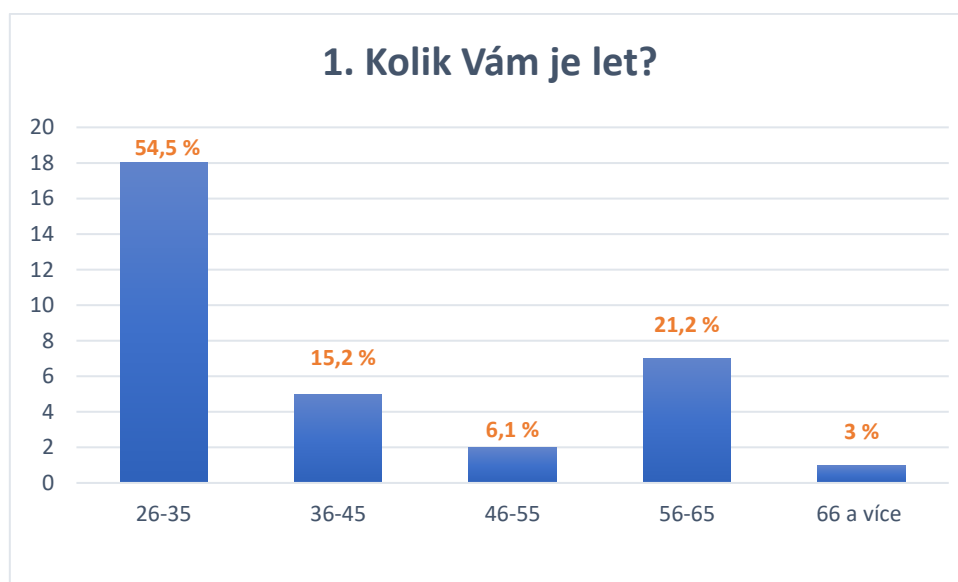
Výzkumný vzorek dotazníkového šetření tvoří kliničtí logopedi praktikující na území České republiky. Dotazník byl vytvořen na internetových stránkách survio.com a v elektronické podobě byl rozeslán klinickým logopedům. Dotazník byl distribuován pomocí 100 emailů a nasdílen na facebookovou skupinu Kliničtí logopedi ČR, kterou v současnosti tvoří 262 členů. Výzkumné šetření probíhalo od 7.3.2021 do 16.3.2021. Celkem na dotazník odpovědělo 33 respondentů. Výsledky jednotlivých otázek byly sumarizovány pomocí tabulek a vyneseny do grafů prostřednictvím počítačového programu Microsoft Excel 2008. Bližší specifikace výzkumného vzorku bude provedena v kapitole č. 4, a to na základě analýzy dat získaných prvními čtyřmi položkami dotazníku.

4 Presentace dat získaných výzkumným šetřením

Dotazník vytvořený v rámci výzkumného šetření je členěn na 7 okruhů s celkovým počtem 25 otázek.

První část dotazníku se týkala obecných informací. Byl zjišťován věk respondentů, pohlaví, univerzita, na které respondenti studovali, délka klinické praxe a jak často se v rámci klinické praxe setkávají s afatiky.

Z celkového počtu 33 respondentů bylo 55 % z věkové kategorie 26-35 let (18 respondentů). 21 % z kategorie 56-65 let (7 respondentů). Pět respondentů spadalo do věkového rozmezí 36-45 let (15 %), 2 respondenti do věkové kategorie 46-55 let (6 %) a pouze jeden logoped účastnící se dotazníku byl starší 66 let (3 %).



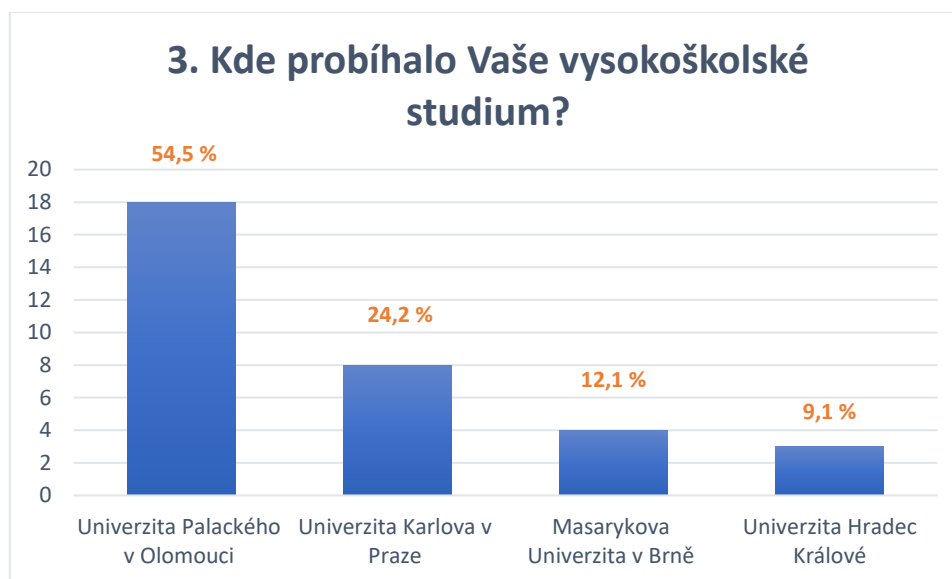
Grafické schéma 2: Vizualizace věku respondentů (vlastní zdroj)

věk respondentů (roky)	počet	procentuální zastoupení (%)
26-35	18	54,5
36-45	5	15,2
46-55	2	6,1
56-65	7	21,2
66 a více	1	3

Grafické schéma 3: Přehled věkových kategorií respondentů (vlastní zdroj)

Všichni dotazovaní respondenti byli ženského pohlaví.

Na otázku č. 3 „Kde probíhalo Vaše vysokoškolské studium?“ zvolilo 55 % dotazovaných Univerzitu Palackého v Olomouci (18 respondentů), 24 % dotazovaných Univerzitu Karlovu v Praze (8 respondentů). Čtyři respondenti (12 %) studovali na Masarykově Univerzitě v Brně a 3 respondenti (9 %) na Univerzitě Hradec Králové. Ve výběru již předem daných odpovědí bylo možné zvolit „jiné“ a uvést vlastní odpověď. Tuto možnost nikdo z tázaných osob nezvolil.

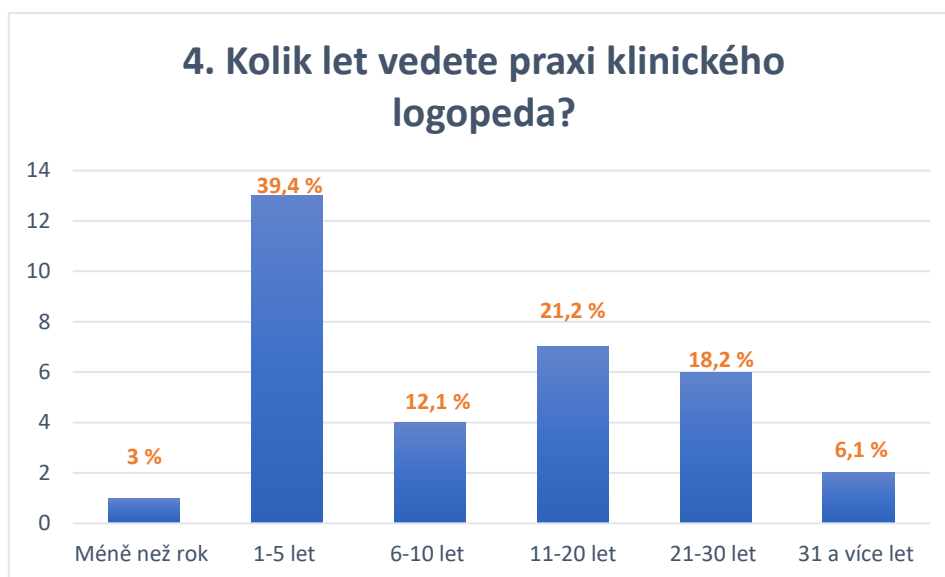


Grafické schéma 4: Vizualizace místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj)

absolvovaná VŠ	počet	procentuální zastoupení (%)
Univerzita Palackého	18	54,5
Univerzita Karlova v Praze	8	24,2
Masarykova Univerzita v	4	12,1
Univerzita Hradec Králové	3	9,1

Grafické schéma 5: Přehled místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj)

U otázky č. 4 zjišťující délku praxe klinických logopedů bylo na výběr ze šesti období. Třináct respondentů zvolilo odpověď 1-5 let v procentuálním zastoupení 39 %. Období od 11 do 20 let vybralo 7 respondentů v procentuálním zastoupení 21 %. 21-30 let vede klinickou praxi 6 respondentů (18 %). Čtyři respondenti (12 %) zvolili dobu 6-10 let. Nejdelší období klinické praxe, které bylo 31 let a více zvolili 2 respondenti (6 %), a naopak nejkratší období do jednoho roku vybrala pouze jedna respondentka (3 %).



Grafické schéma 6: Vizualizace délky klinické praxe (vlastní zdroj)

délka klinické praxe (roky)	počet	procentuální zastoupení (%)
1-5	13	39,4
11-20	7	21,2
21-30	6	18,2
6-10	4	12,1
31 a více let	2	6,1
méně než rok	1	3

Grafické schéma 7: Přehled délky klinické praxe (vlastní zdroj)

Následující graf zobrazuje, jak často se kliničtí logopedi setkávají s afatickými pacienty ve své praxi. Z uvedených výsledků lze říct, že nejvíce respondentů se s afatiky setkává ve své praxi denně, činí tak 30 % (10 respondentů). Pouze o jednoho respondenta méně (27 %) odpovědělo, že se s afatiky setkává několikrát týdně. 24 % dotazovaných klinických logopedů (8 respondentů) se setkává s afatiky několikrát měsíčně. Šest respondentů (18 %) se s afatiky setkává pouze zřídka. Odpověď „s afatiky se neseťkávám“ nevolil nikdo z dotazovaných, tudíž nikdo z respondentů neukončil dotazník po otázce č. 5.

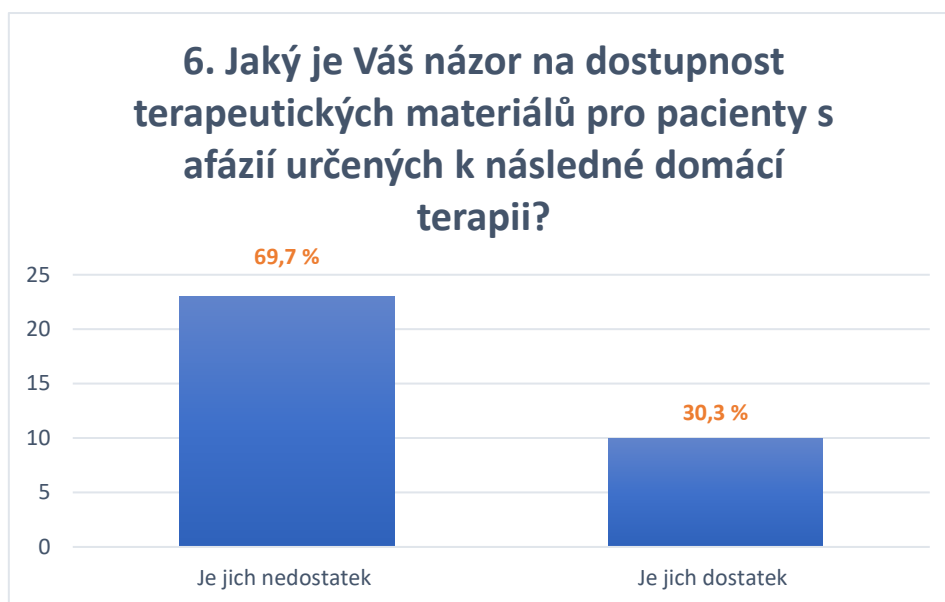


Grafické schéma 8: Vizualizace četnosti setkání klinických logopedů s afatiky ve své praxi (vlastní zdroj)

četnost setkání klinických logopedů s afatiky v rámci klinické praxe	počet	procentuální zastoupení (%)
setkávám se s nimi denně	10	30,3
setkávám se s nimi několikrát týdně	9	27,3
setkávám se s nimi několikrát měsíčně	8	24,2
setkávám se s nimi zřídka	6	18,2
s afatiky se nesetkávám	0	0

Grafické schéma 9: Přehled četnosti setkání klinických logopedů s afatiky ve své praxi (vlastní zdroj)

Druhý okruh otázek byl zaměřen na dostupnost terapeutických materiálů pro osoby s afázií. Šestá otázka dotazníku zjišťovala názor klinických logopedů na dostupnost materiálů určených k terapii afázie v následné domácí péči. 70 % logopedů (23 respondentů) si myslí, že těchto materiálů je nedostatek. Deset respondentů (30 %) má opačný názor.

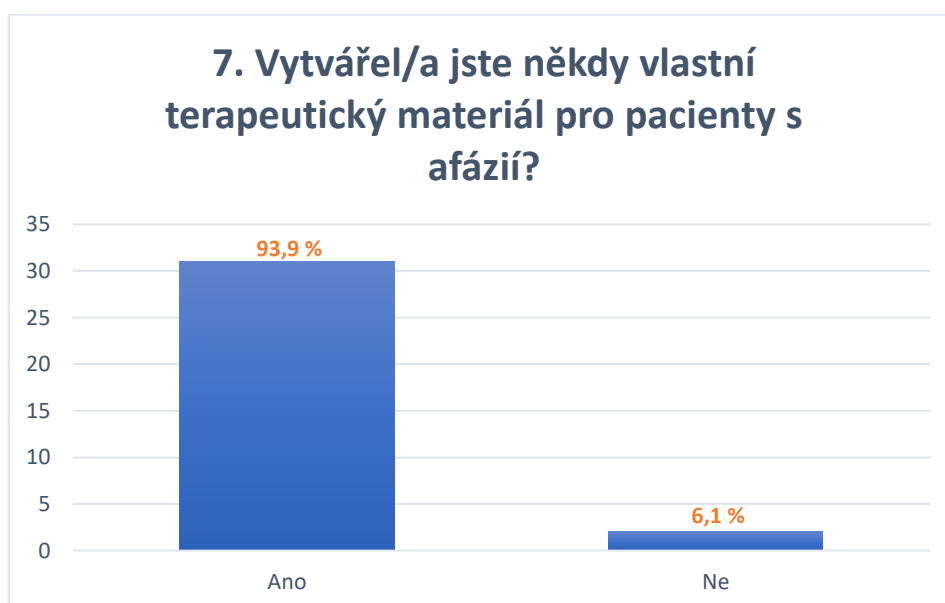


Grafické schéma 10: Vizualizace dostupnosti terapeutických materiálů (vlastní zdroj)

dostupnost terapeutických materiálů	počet	procentuální zastoupení (%)
je jich nedostatek	23	69,7
je jich dostatek	10	30,3

Grafické schéma 11: Přehled dostupnosti terapeutických materiálů (vlastní zdroj)

Následně byli respondenti dotazováni na otázku, zda někdy vytvářeli vlastní terapeutický materiál pro osoby s afázií. 94 % logopedů (31 respondentů) odpovědělo „ano“. 2 kliničtí logopedi (6 %) terapeutický materiál pro afatiky během své praxe nikdy nevytvářeli.

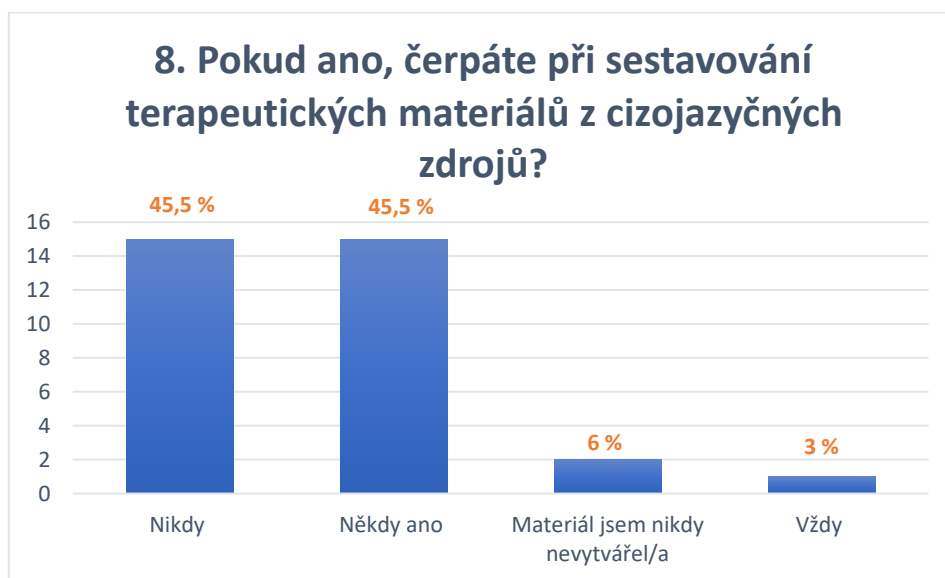


Grafické schéma 12: Vizualizace tvorby vlastního terapeutického materiálu (vlastní zdroj)

tvorba vlastního terapeutického materiálu	počet	procentuální zastoupení (%)
ano	31	93,9
ne	2	6,1

Grafické schéma 13: Přehled tvorby vlastního terapeutického materiálu (vlastní zdroj)

Na předchozí otázku navazovala otázka č. 8, která zjišťovala, zda logopedi při tvorbě vlastních terapeutických materiálů pro pacienty s afázií čerpají z cizojazyčných zdrojů. Odpověď „nikdy“ zvolilo 46 % dotazovaných (15 respondentů). Stejná množina respondentů (46 %) odpověděla, že někdy z cizojazyčných zdrojů čerpá. Jeden dotazovaný logoped (3 %) odpověděl, že z cizojazyčných zdrojů čerpá vždy a dva logopedi (6 %) materiál pro afatiky nikdy nevytvářeli.



Grafické schéma 14: Vizualizace používání cizojazyčných zdrojů (vlastní zdroj)

používání cizojazyčných zdrojů	počet	procentuální zastoupení (%)
nikdy	15	45,5 %
někdý ano	15	45,5 %
materiál jsem nikdy nevytvářel/a	2	6 %
vždy	1	3 %

Grafické schéma 15: Přehled používání cizojazyčných zdrojů (vlastní zdroj)

Třetí okruh otázek mapoval spolupráci klientů s afázií při terapii. Nejprve měli respondenti zodpovědět, jak obecně hodnotí spolupráci afatiků při terapii. 70 % (23 respondentů) uvedlo, že spolupráce je spíše dobrá a zbylí logopedi (30 %) ji hodnotili jako výbornou.

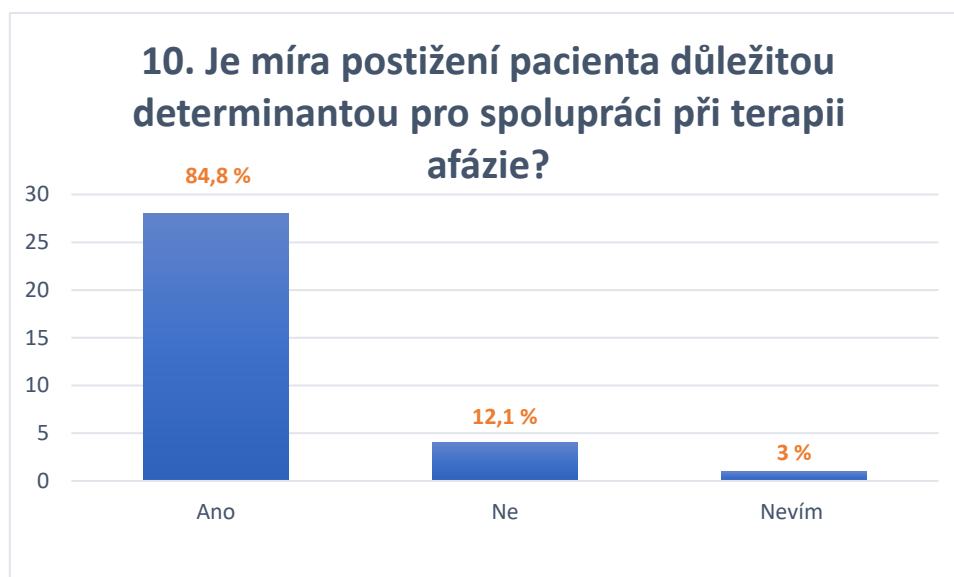


Grafické schéma 16: Vizualizace spolupráce afatiků při terapii (vlastní zdroj)

spolupráce afatiků při terapii	počet	procentuální zastoupení (%)
spolupráce je spíše dobrá	23	69,7
spolupráce je výborná	10	30,3
spolupráce je velmi špatná	0	0
spolupráce je spíše špatná	0	0

Grafické schéma 17: Přehled spolupráce afatiků při terapii (vlastní zdroj)

Následovala otázka, zda je míra postižení klienta důležitou determinantou pro spolupráci při terapii afázie. Dvacet osm respondentů (85 %) uvedlo, že míra postižení je podstatný faktor pro spolupráci při terapii afázie. Čtyři dotazovaní (12 %) považují míru postižení za nedůležitý parametr pro spolupráci. Pouze jeden člověk (3 %) zvolil variantu „nevím“.



Grafické schéma 18: Vizualizace míry postižení a její vliv na spolupráci (vlastní zdroj)

míra postižení a její vliv na spolupráci při terapii	počet	procentuální zastoupení (%)
ano	28	84,8
ne	4	12,1
nevím	1	3

Grafické schéma 19: Přehled míry postižení a její vliv na spolupráci (vlastní zdroj)

Otázka č. 11 byla velice podobná předchozí otázce, avšak místo míry postižení byl jako faktor významný pro spolupráci při terapii hodnocen věk pacienta. 64 % osob (21 respondentů) si myslí, že věk afatiků nemá vliv na spolupráci při terapii, zatímco zbylá část (36 %) je přesvědčena o opaku.

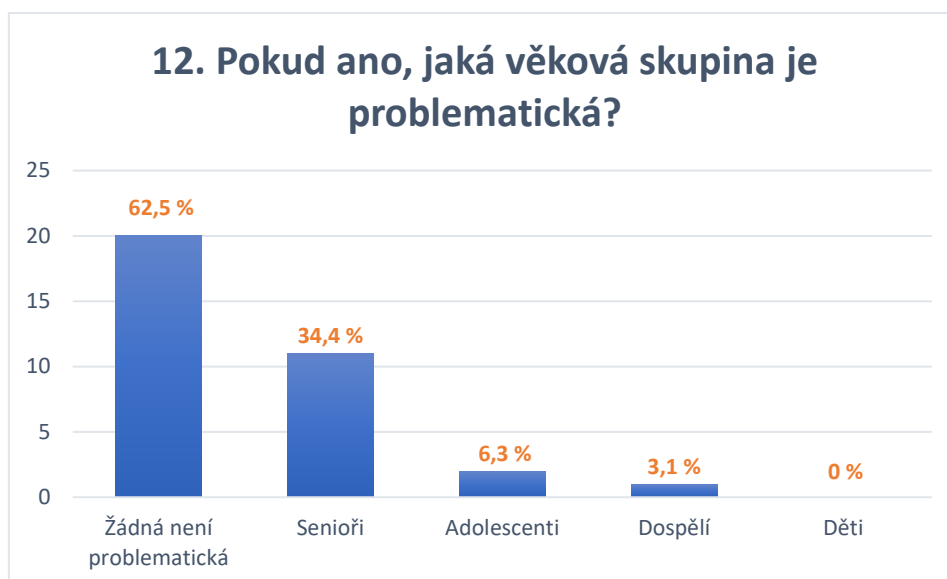


Grafické schéma 20: Vizualizace věku a jeho vlivu na spolupráci (vlastní zdroj)

věk a jeho vliv na spolupráci při terapii	počet	procentuální zastoupení (%)
ne	21	63,6
ano	12	36,4
nevím	0	0

Grafické schéma 21: Přehled věku a jeho vlivu na spolupráci (vlastní zdroj)

V návaznosti na předchozí položku měli respondenti uvést, jaká věková skupina je problematická, v případě, že na otázku č.11 odpověděli, že věk pacienta ovlivňuje spolupráci při terapii afázie. Respondenti u této otázky mohli zvolit více odpovědí. Z nabízených možností zvolilo 63 % zúčastněných (20 respondentů), že žádná z věkových skupin není problematická. 34 % klinických logopedů (11 respondentů) tvrdí, že horší spolupráce při terapii afázie je se seniory. Pouze dva respondenti (6 %) vybrali jako odpověď adolescenty a jeden dotazovaný (3 %) se přiklonil k variantě „dospělí“.



Grafické schéma 22: Vizualizace problematiky spolupráce u věkových skupin (vlastní zdroj)

nejproblematictější věková skupina při spolupráci na terapii	počet	procentuální zastoupení (%)
žádná není problematická	20	62,5
senioři	11	34,4
adolescenti	2	6,3
dospělí	1	3,1
děti	0	0

Grafické schéma 23: Přehled problematiky spolupráce u věkových skupin (vlastní zdroj)

Jeden okruh dotazníku byl věnován současné pandemické situaci (COVID-19) a jejímu vlivu na terapii afázie. Dotazovaní měli určit, jestli i přes veškerá opatření současné doby zůstala v rámci jejich praxe zachována aktivní forma terapie afázie. U podstatné části respondentů (82 %) terapie nadále probíhá. Pouze 6 logopedů zúčastněných ankety (18 %) terapii zachovanou nemá.

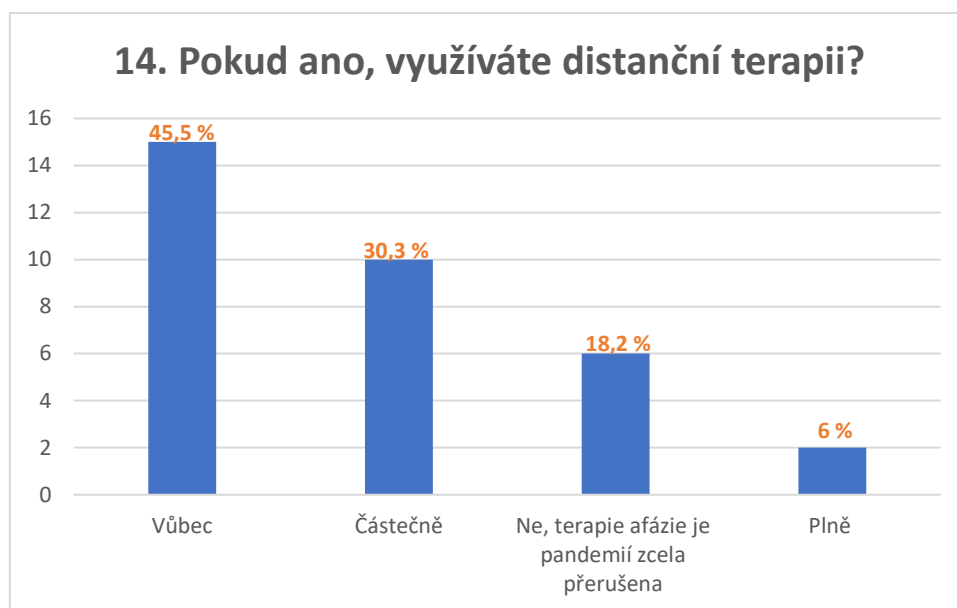


Grafické schéma 24: Vizualizace dopadu současné pandemické situace (COVID-19) na terapii (vlastní zdroj)

aktivní terapie v pandemické době (COVID-19)	počet	procentuální zastoupení (%)
ano	27	81,8
ne	6	18,2

Grafické schéma 25: Přehled dopadu současné pandemické situace (COVID-19) na terapii (vlastní zdroj)

Z respondentů, u kterých terapie probíhá i v současné době pandemie jich 15 (46 %) distanční terapii nepoužívá. Jedenáct respondentů (30 %) s klienty distančně částečně pracuje. Pouze 2 logopedky z dotazovaného vzorku (6 %) využívají plně distanční terapii. Podrobnější procentuální analýzu lze vyčíst z níže přiloženého grafu a tabulky.



Grafické schéma 26: Vizualizace využití distanční terapie v době pandemie (vlastní zdroj)

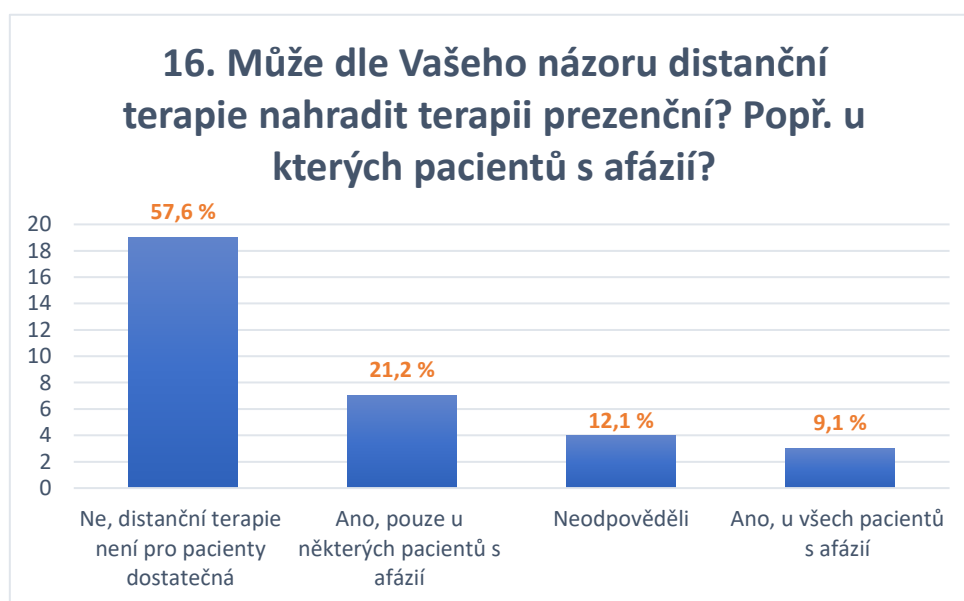
využití distanční terapie	počet	procentuální zastoupení (%)
vůbec	15	45,5
částečně	10	30,3
ne, terapie afázie je pandemií zcela přerušena	6	18,2
plně	2	6

Grafické schéma 27: Přehled využití distanční terapie v době pandemie (vlastní zdroj)

Dále byla snaha zjistit, jaké materiály respondenti praktikující distančně používají. Otevřená otázka poskytla řadu odpovědí. Často byly zmiňovány vlastní terapeutické materiály, Afaslovník nebo pracovní listy pro reedukaci afázie. Některé respondentky čerpají z diplomových prací. Jedna z dotazovaných uvedla, že ráda využívá program Go talk pro alternativní komunikaci. Další zmínila zakoupené terapeutické materiály ve formě PDF z portálu www.logosik.cz, www.zodpovednavyuka.cz, www.unoduo.cz a naskenované materiály jako je TwinFit.

Následovala důležitá otázka, zda může distanční terapie nahradit terapii prezenční. Devatenáct klinických logopedů (58 %) tvrdí, že distanční terapie nemůže nahradit terapii prezenční,

jelikož není pro pacienty s afázií dostatečná. Sedm dotazovaných (21 %) se přiklání k názoru, že se prezenční terapie dá u některých pacientů nahradit distančně. Jako vhodní kandidáti pro distanční terapii jsou zmiňováni pacienti s dobrým sociálním zázemím a mírnější poruchou porozumění, bez verbální apraxie. Dále klienti s anomickou, Brocovou či transkortikálně motorickou formou afázie. Jedna respondentka uvedla, že se jí osobně neosvědčila dlouhodobá distanční terapie, proto v případě nutnosti doporučuje vést distanční terapii pouze krátkodobě. Tři respondenti (9 %) odpověděli, že distanční terapie může u všech pacientů s afázií nahradit terapii prezenční. Čtyři dotazovaní logopedi (12 %) na otázku neodpověděli.



Grafické schéma 28: Vizualizace náhrady prezenční terapie za distanční (vlastní zdroj)

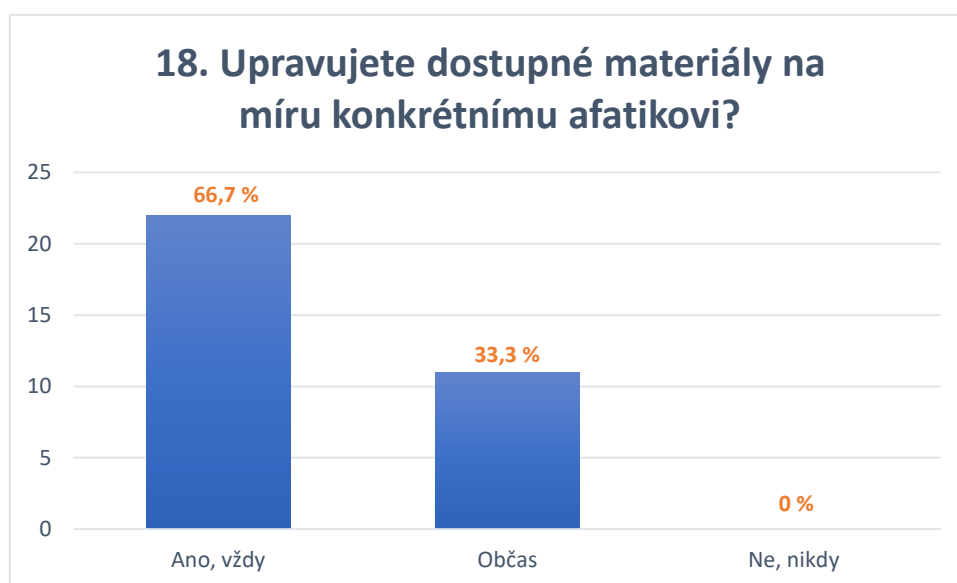
náhrada prezenční terapie za distanční	počet	procentuální zastoupení (%)
ne, distanční terapie není pro pacienty s afázií dostatečná	19	57,6
ano, pouze u některých pacientů s afázií	7	21,2
neodpověděli	4	12,1
ano, u všech pacientů s afázií	3	9,1

Grafické schéma 29: Přehled náhrady prezenční terapie za distanční (vlastní zdroj)

Výzkum se zabýval rovněž otázkou, jaký názor mají respondenti na tvorbu nového souboru terapeutických materiálů, který by měl podobu pracovního sešitu, byl by určený pro osoby s afázií v chronickém stádiu a sloužil by jako materiál k domácímu užití.

Všichni zúčastnění logopedi napsali, že tvorba nového materiálu v podobě pracovního sešitu je vítána. Některé názory konstatují přetrvávající nedostatek dobře strukturovaných materiálů. Je třeba, aby byl nově vytvořený materiál srozumitelný, volně dostupný a jednotlivé úkoly by na sebe měly strategicky navazovat. Terapie by měla být vždy korigována ze strany klinického logopeda. Šest respondentů zmínilo, že je velmi důležité zohledňovat individualitu každého pacienta s afázií, jelikož každý má specifické obtíže, a tudíž je potřeba, aby dílčí úkoly v pracovním sešitě byly pestré a zaměřeny na více obtíží.

67 % (22 respondentů) upravuje vždy dostupné materiály na míru konkrétnímu afatikovi. 33 % (11 respondentů) upravuje materiály na míru pouze občas. Nikdo z dotazovaných však nevedl, že by materiál nikdy neupravoval.

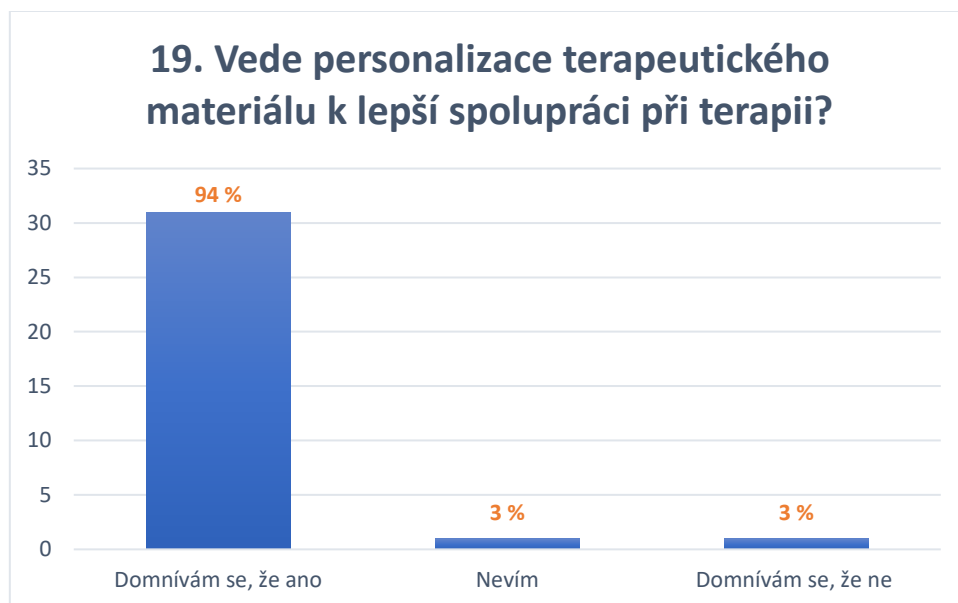


Grafické schéma 30: Vizualizace úpravy materiálů na míru (vlastní zdroj)

úprava materiálů na míru	počet	procentuální zastoupení (%)
ano, vždy	22	66,7
občas	11	33,3
ne, nikdy	0	0

Grafické schéma 31: Přehled úpravy materiálů na míru (vlastní zdroj)

Většina respondentů (94 %) se domnívá, že úprava terapeutického materiálu pro konkrétního pacienta s afázií vede k lepší spolupráci při terapii. Jeden logoped (3 %) se domnívá, že personalizace materiálu nevede k lepší spolupráci u terapie a jeden respondent (3 %) neví.



Grafické schéma 32: Vizualizace spolupráce afatika při úpravě terapeutického materiálu (vlastní zdroj)

spolupráce afatika při úpravě terapeutického materiálu	počet	procentuální zastoupení (%)
domnívám se, že ano	31	94
nevím	1	3
domnívám se, že ne	1	3

Grafické schéma 33: Přehled spolupráce afatika při úpravě terapeutického materiálu (vlastní zdroj)

Další okruh dotazníku se zabývá rozvojem terapeutických materiálů. Vzorek klinických logopedů, který vyplňoval dotazníkové šetření, měl zvolit jednu nebo více odpovědí na otázku, jaké materiály využívá během terapie pro chronické stádium afázie. Nejčastěji, 28x byly zvoleny pracovní sešity, 26x (81 %) vlastní terapeutické materiály a 11x (34 %) elektronické aplikace, CD. 34 % respondentů (11) používá při terapii elektronické aplikace online.



Grafické schéma 34: Vizualizace materiálů při terapii chronické afázie (vlastní zdroj)

materiály používané při terapii chronické afázie	počet	procentuální zastoupení (%)
pracovní sešity	28	87,5
vlastní terapeutické materiály	26	81,3
elektronické aplikace, CD	11	34,4
elektronické aplikace online	11	34,4

Grafické schéma 35: Přehled materiálů při terapii chronické afázie (vlastní zdroj)

Kliničtí logopedi měli v rámci jedné z otázek, možnost doporučit nějaký terapeutický materiál, který ve své praxi používají. Nejčastěji zmiňovaným materiálem byla Velryba, Textová a obrázková cvičebnice od Miloslavy Čecháčkové, Cvičte svůj mozek a Afatický slovník. Mezi odpověďmi se objevil také materiál Mentio, pracovní listy od Kotlínové, Kolínka a Terapeutický materiál od Cséfalvaye a Košťálové. Jedna z respondentek uvedla, že využívá obrazový materiál s různými sémantickými kategoriemi, ze kterých jsou vytvořeny úkoly na čtení (od slov, po věty až články), psaní (písemné pojmenování, doplňování písmen do slov, přesmyčky apod.), pojmenování a porozumění řeči.

Na otázku, zda by uvítali vznik nových terapeutických materiálů pro afatiky v následné domácí péči, odpověděli všichni respondenti (97 %), až na jednoho (3 %), ano.

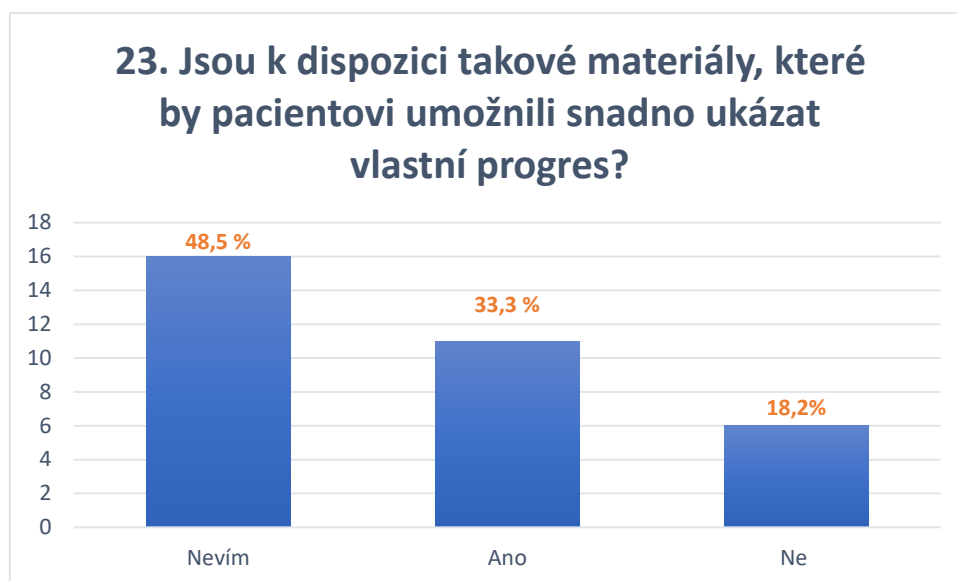


Grafické schéma 36: Vizualizace vzniku nového terapeutického materiálu (vlastní zdroj)

názor na nový terapeutický	počet	procentuální zastoupení (%)
ano	32	97
ne	1	3

Grafické schéma 37: Přehled vzniku nového terapeutického materiálu (vlastní zdroj)

Poslední okruh dotazníku čítající 3 otázky, se zaměřoval na dostupnost materiálů umožňujících pacientovi sebehodnocení a zaznamenání zlepšení. Respondenti měli nejprve odpovědět, zda si myslí, že existují nějaké terapeutické materiály, které pacientovi umožňují snadno ukázat jejich vlastní progres. 49 % odpovídajících klinických logopedů (16 respondentů) neví, jestli jsou takové materiály k dispozici. 33 % dotazovaných (11 respondentů) tvrdí, že materiály ukazující vlastní pokrok existují a zbylých 6 respondentů (18 %) je přesvědčeno o opaku.



Grafické schéma 38: Vizualizace materiálů umožňující vidět vlastní progres (vlastní zdroj)

materiály umožňující vidět vlastní progres	počet	procentuální zastoupení (%)
nevím	16	48,5
ano	11	33,3
ne	6	18,2

Grafické schéma 39: Přehled materiálů umožňující vidět vlastní progres (vlastní zdroj)

V rámci dotazníku byla zmíněna plánovaná tvorba terapeutického materiálu pro afatiky v chronické fázi onemocnění, který by byl zaměřený na 4 základní atributy, jež způsobují osobám s afázií potíže (pojmenování, produkce řeči, opakování, porozumění řeči). Respondenti měli uvést, zda si myslí, že by takový materiál určený k domácí terapii, nabízející úlohy různých obtížností se závěrečným řešením úloh, byl pro terapii chronické afázie přínosný. Všichni zúčastnění výzkumu (100 %) odpověděli, že by mělo smysl takový materiál vytvořit.

V závěru dotazníkového šetření byly ze stran respondentů uvedeny i nějaké postřehy. Jedna klinická logopedka upozornila na fakt, že dle jejího názoru by bylo lepší místo modality opakování zaměřit úkoly na oblast lexie, grafie, paměti či pozornosti. Další klinická logopedka poznamenala, že by materiál měl propojovat především denní činnosti každé osoby a jednotlivé oblasti by mezi sebou měly kooperovat.

5 Návrh terapeutického materiálu pro osoby s afázií v chronickém stádiu

Poslední oddíl praktické části je věnován návrhu terapeutickému materiálu pro osoby s afázií v chronickém stádiu.

Terapeutický materiál je primárně zaměřený na 4 základní atributy (porozumění, opakování, produkce řeči a pojmenování), které pacientovi s afázií dělají obvykle největší problémy. Jednotlivé úkoly jsou dostupné ve třech obtížnostech. Součástí materiálů je řešení úloh, podle kterého si může pacient či jeho asistent vyhodnotit vypracované úkoly.

Soubor úloh je vhodný pro pacienty s afázií v následné domácí péči, kteří mají nedostatek materiálů pro rozvoj komunikace. Soubor úkolů by měl být volně dostupný nejen pro pacienty, ale také pro klinické logopedy, kteří budou moci z materiálu volit vhodná cvičení pro terapii konkrétních afatiků. Vybrané úkoly mohou pacienti procvičovat mezi jednotlivými terapiemi.

V ukázce terapeutického materiálu jsou autorkou pořízené fotografie (vlastní zdroj) a obrázky vytvořené v programu CorelDRAW. Jako první lze spatřit ukázkou zaměřenou na **porozumění řeči**. Úkolem tohoto cvičení je správně doplnit odpovědi do křížovky. Tmavě zbarvená pole tvoří tajenku. První obtížnost je nejjednodušší a v křížovce se již některá písmena vyskytují. Druhá obtížnost je o trochu těžší. Křížovka obsahuje vždy jen jedno písmeno v každém řádku. Nejtěžší varianta je obtížnost 3, ve které je křížovka bez předvyplněných písmen. Druhý triplet úkolů je zaměřený na **pojmenování**. Osoba s afázií má za úkol pojmenovat tři znázorněná zvířata. V nejlehčí obtížnosti jsou zvířata barevná a pro intaktní populaci lehce rozpoznatelná. Střední obtížnost znázorňuje zvířata v šedé barvě s obrysy. Ve třetí obtížnosti mají zvířata černou barvu a chybí obrysy. Třetím atributem důležitým pro rozvoj komunikace je **opakování**. V úkolech zaměřených na opakování musí afatik nejprve zopakovat jednotlivé barvy, poté přepsat vždy první řádek barev, a nakonec pospojovat tři barvy k odpovídající barevné kaňce. V nejlehčí obtížnosti napomáhá správné výslovnosti barevné rozlišení jednotlivých slov. Druhá obtížnost je barevně neutrální a třetí obtížnost naopak barevným rozlišením jedince mate. Poslední tři ukázky jsou věnovány **produkcí řeči**. V obtížnosti 1 si má pacient prohlédnout fotografii a pomocí ní doplnit slova do vět. V dalším kroku by měl být pacient schopný vymyslet další tři věty s podobným základem slov, které byly součástí věty, jenž měl pacient doplnit. Na závěr by měl afatik určit, u kterého ze tří obrázků lze použít stejné sloveso, avšak v jiném významu, jako je uvedené v úvodním obrázku. V následující obtížnosti je fotografie z prostředí obývacího pokoje. Úkolem pacienta je popisovat obrázek. Ke snadnější produkci

jsou k dispozici pacientovi s afázií doplňující otázky. Součástí fotografie jsou také předměty, u kterých je zjevné, že tam nepatří. Pacient by měl tyto předměty odhalit. V závěrečném cvičení druhé obtížnosti by měl pacient zvolit správná tvrzení, které vyplývají z fotografie. V nejtěžší variantě je znázorněn pomocí fotografií jednoduchý děj, který v sobě skrývá emoce. Úkolem klienta je popsat děj a seřadit věty, které s ním úzce souvisejí. Některé věty s dějem na fotografiích nesouvisejí. Ty by měl jedinec s afázií vyškrtnout.

Pozn. Ukázky jednotlivých pracovních listů tvořících terapeutický materiál jsou prezentovány v Příloze č. 2, přičemž atributy komunikačních dovedností a obtížnosti jsou uvedeny v záhlaví každého pracovního listu.

Materiál by měl být v budoucnu přístupný v elektronické podobě, která bude zároveň dostupná pro tisk.

Terapeutický materiál je v plánu dokončit v rámci budoucí diplomové práce.

6 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo analyzovat materiály dostupné pro terapii afázie v chronické fázi. Analýza byla provedena dotazníkovým šetřením, které bylo realizováno na základě on-line odpovědí klinických logopedů. Na vytvořený dotazník odpovědělo celkově 33 respondentů. Jejich odpovědi byly zaznamenány, analyzovány a vyhodnoceny.

Hlavní cíl praktické části bakalářské práce byl naplňován prostřednictvím 5 parciálních cílů.

PC1: Zjistit dostupnost terapeutických materiálů pro terapii afázie v chronické fázi onemocnění.

Prvním parciálním cílem bylo zjistit, zda jsou materiály pro terapii afázie v chronické fázi onemocnění dostupné. Touto problematikou se v dotazníku zabývala otázka č. 6. Z 33 respondentů na otázku „Jaký je Váš názor na dostupnost terapeutických materiálů pro pacienty s afázií určených k následné domácí terapii?“ odpovědělo 70 % (23 respondentů), že je těchto materiálů nedostatek. Zbylých 30 % (10 respondentů) odpovědělo, že materiálů sloužících k terapii chronické afázie je dostatek. V testovaném vzorku převažuje názor, že materiálů pro tento typ terapie je nedostatek. (viz grafické schéma 10 v kapitole 4)

Lze konstatovat, že PC1 byl naplněn.

PC2: Zmapovat spolupráci osob s afázií na dlouhodobé terapii.

Druhý parciální cíl měl za úkol zmapovat spolupráci osob s afázií na dlouhodobé terapii. Této problematice se věnovala v dotazníku otázka č. 9. Dotazovaní kliničtí logopedi uváděli spíše dobrou či dokonce výbornou spolupráci afatiků při dlouhodobé terapii. 23 respondentů (70 %) vybralo z předem definovaných odpovědí variantu, že „Spolupráce je spíše dobrá“ a 10 respondentů (30 %) označilo spolupráci ze strany pacientů s afázií za výbornou. Z toho vyplývá, že osoby s afázií dobře dlouhodobě spolupracují s klinickými logopedy na terapii. (viz grafické schéma 16 v kapitole 4)

Druhý parciální cíl byl též naplněn.

PC3: Analyzovat dopad současné pandemické situace (COVID-19) na průběh terapie afázie.

Dalším dílčím cílem bylo zhodnotit dopad současné pandemie (COVID-19) na průběh terapie afázie. Respondenti byli dotazováni, zda během pandemie zůstala v rámci jejich praxe zachována alespoň částečně aktivní forma terapie afázie. 82 % klinických logopedů (27 respondentů) zúčastněných dotazníkového šetření uvedlo, že jejich praxe v současné situaci stále probíhá. Pouze 18 % (6 respondentů) odpovědělo, že terapie afázie byla v průběhu pandemie přerušena. Větší podíl dotazovaných tedy i přes vládní opatření logopedickou terapii s afatiky vede. (viz grafické schéma 24 v kapitole 4)

Problematikou dopadu současné pandemické situace na terapii afázie se zabývala také otázka č. 14. Ta zjišťovala, zda kliničtí logopedi, u nichž zůstala aktivní terapie zachována, používají k jejímu vedení distanční terapii. Z výsledků dotazníku vyplývá, že 15 respondentů (46 %) distanční terapii nevyužívá. Deset respondentů (30 %) ji využívá částečně a 2 plně (6 %). (viz grafické schéma 26 v kapitole 4)

Na otázku, zda může distanční terapie u osob s afázií nahradit terapii prezenční odpovědělo 19 respondentů (58 %), že náhrada distanční terapie za prezenční není pro pacienty s afázií dostatečná. Sedm respondentů (21 %) si myslí, že lze distanční terapii nahradit, ale pouze u některých pacientů, např. u klientů s mírnějšími projevy, s vhodným sociálním prostředím nebo se schopností pracovat s PC. Tři respondenti (9 %) jsou toho názoru, že prezenční terapie jde terapií distanční nahradit plně. Zbylí 4 dotazovaní logopedi (12 %) na otázku č. 16 neodpověděli. Z tohoto zjištění vyplývá, že větší část respondentů by nenahradila prezenční terapii terapií dálkovou. (viz grafické schéma 28 v kapitole 4)

Třetí parciální cíl se podařilo splnit.

PC4: Zjistit zájem klinických logopedů o nově vytvořený terapeutický materiál zaměřený na terapii afatiků v domácím prostředí.

Čtvrtým parciálním cílem bylo zmapovat, zda by kliničtí logopedi měli zájem o nový terapeutický materiál zaměřený na terapii afázie v domácím prostředí. Z výzkumu vyplývá, že 32 zúčastněných dotazníkového šetření (97 %) by o materiál zájem mělo. (viz grafické schéma 36 v kapitole 4)

Lze konstatovat, že PC4 je naplněn.

PC5: Prezentovat vzorek vytvořeného terapeutického materiálu.

Vytvořený vzorek terapeutického materiálu je popsán v kapitole 5 a prezentován v příloze č. 2.

U parciálního cíle č. 5 došlo k naplnění.

Na začátku praktické části bakalářské práce byly stanoveny 3 hypotézy.

Hypotéza č. 1 vychází z textu doktorky Miloslavy Čecháčkové a říká, že *terapeutické materiály jsou zpracovávány na míru konkrétnímu pacientovi*. Tvrzení bylo ověřováno v dotazníkovém šetření. 22 klinických logopedů (68 %) potvrdilo, že materiály na terapii je nutné vždy upravit na míru každému afatikovi a 11 respondentů (33 %) uvádí, že materiály upravují na míru občas. Tím došlo k **potvrzení** hypotézy.

V rámci druhé hypotézy měl být potvrzen či vyvrácen fakt, že by *kliničtí logopedi uvítali nově vytvořený terapeutický materiál pro dospělé osoby s afázií*. Mgr. Šmíd na XII. konferenci-neurogenních poruch komunikace dospělých tvrdil, že si kliničtí logopedi často stěžují na nedostatek kvalitních materiálů určených k terapii afázie. Nedostatek terapeutických materiálů pro chronickou fázi afázie byl zmiňován také ze stran klinických logopedek, u kterých autorka práce absolvovala logopedické praxe. Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 97 % dotazovaných klinických logopedů by vznik nových terapeutických materiálů pro afatiky v následné domácí péči uvítalo. Pokud by byl materiál dobře strukturován (zaměřen na 4 základní atributy, které afatikům dělají obtíže) uvítali by vznik takového materiálu všichni z dotazovaných logopedů. Na základě zjištěných informací byla druhá hypotéza **potvrzena**.

Třetí a zároveň poslední hypotéza zjišťovala na vzorku klinických logopedů, zda *míra postižení ovlivňuje spolupráci osob s afázií při terapii*. PaedDr. Miloslava Čecháčková, současná primářka oddělení klinické logopedie Fakultní nemocnice v Olomouci, rozděluje pacienty s afázií do několika kategorií podle závažnosti postižení, čemuž odpovídá spolupráce při terapii. Z 33 dotazovaných respondentů jich 28 (85 %) potvrdilo, že míra postižení je důležitou determinantou z hlediska spolupráce klienta při terapii. I tuto hypotézu lze považovat za **potvrzenou**.

S ohledem na naplnění 5 parciálních cílů praktické části bakalářské práce a současně i ve vztahu k potvrzení hypotéz, jež byly stanoveny ve vztahu k realizaci kvantitativního výzkumného šetření, lze konstatovat, že **hlavní cíl praktické části bakalářské práce byl naplněn**.

ZÁVĚR

Afázie neboli získaná porucha řeči se řadí k závažným komunikačním problémům. Pro afázií je typické narušení čtyř jednotlivých řečových modalit, mezi které patří pojmenování, spontánní řečový projev, porozumění mluvené řeči a opakování. Afázie se projevuje různými příznaky. Jedinec s afázií může mít problémy s verbálním či neverbálním vyjadřováním, čtením, psaním, vybavováním si slov, deformováním slov, ale také s poznáváním, orientací a s dříve osvojenými pohyby. U narušení komunikační schopnosti jako je afázie je třeba v rámci diagnostiky i terapie zajistit komplexní přístup odborníků. Včasné a správné zachycení poruchy může ovlivnit celkovou prognózu klienta s afázií. Přestože v dnešní době dochází k rozvoji terapie afázie, stále se mezi klinickými logopedy řeší v daném kontextu nedostatek terapeutických materiálů. Velmi často je diskutována mj. i nedostupnost správně sestavených materiálů pro terapii v chronické fázi afázie.

Bakalářská práce se proto snaží reflektovat zejména problematiku osob s chronickou afázií, jakož i možnosti jejich podpory v rámci následné terapie.

V teoretické části bakalářské práce byla popsána etiologie, symptomatologie a klasifikace afázie. Dále byl charakterizován systém péče o osoby s afázií dostupný v ČR a postupy využívané při diagnostice afázie. Také byly prezentovány metody a materiály používané při terapii afázie a zmíněna prognóza této poruchy řečové komunikace.

V praktické části bakalářské práce byly s využitím dotazníkové metody analyzovány terapeutické materiály pro osoby s afázií využívané v klinické praxi. Výzkumný soubor byl tvořen klinickými logopedy, praktikujícími na území ČR. Byl potvrzen předpokládaný nedostatek terapeutických materiálů určených pro osoby s afázií. Potvrzeny byly hypotetické předpoklady týkající se vlivu stupně fatické poruchy na kooperaci pacienta i potřeby individualizace výběru terapeutického materiálu. V návaznosti na informace získané od klinických logopedů byl v praktické části bakalářské práce rozpracován a následně prezentován terapeutický materiál zaměřený na chronické stádium afázie. Materiál má podobu pracovního sešitu. Úkoly v něm jsou rozděleny do čtyř okruhů (porozumění řeči, pojmenování, opakování a spontánní řečový projev). Součástí terapeutického materiálu je řešení jednotlivých úloh. Vytvořením terapeutického materiálu pro osoby s chronickou afázií na podkladě informací získaných od klinických logopedů byl naplněn hlavní cíl praktické části bakalářské práce.

Jednotlivé parciální cíle se také podařilo splnit. Autorka práce plánuje dokončit tvorbu terapeutického materiálu v rámci budoucí diplomové práce.

Závěrem lze tedy konstatovat, že intervence u osob s afázií je oblastí, jíž by v rámci logopedické péče o tyto osoby měla být věnována zvýšená pozornost, a to jak ve vztahu k zajištění kontinuální péče o tyto jedince, tak i ve vztahu k podpoře vzniku dalších terapeutických materiálů, jež by mohly být využívány nejen v ambulancích klinické logopedie, ale i v domácím prostředí osob s fatickou poruchou, a to za účelem zefektivnění intervence o tuto cílovou skupinu a zajištění dlouhodobé logopedické podpory osobám, u nichž dochází v důsledku stupně a typu fatické poruchy k přetrvávajícím obtížím, tj. jejich prognóza eliminace této poruchy řečové komunikace není tak příznivá.

SEZNAM ZKRATEK

AST – Aphasia Screening Test (screeningová zkouška afázií)

BDAE – Boston Diagnostic Aphasia Examination (diagnostická metoda)

CADL-2 – Communicative Abilities in Daily Living (diagnostická metoda)

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

JIP – jednotka intenzivní péče

MAST – Mississippi Aphasia Screening Test (diagnostická metoda)

MIT – melodicko-intonační terapie

MMSE – Mini Mental State Examination (diagnostická metoda)

PACE – Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness (terapeutický pragmatický program)

PAV – pražské afaziologické vyšetření

SAH – subarachnoidální krvácení

SPPARC – Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships & Conversation,
(terapeutický pragmatický program)

VFF – vyšetření fatických funkcí

WAB – Western Aphasia Battery (diagnostická metoda)

ZVP – Zkouška vizuální pozornosti

SEZNAM GRAFICKÝCH SCHÉMAT

Grafické schéma 1: Klasifikace afázie inspirované z publikace Neurologie (2019)	28
Grafické schéma 2: Vizualizace věku respondentů (vlastní zdroj)	49
Grafické schéma 3: Přehled věkových kategorií respondentů (vlastní zdroj).....	49
Grafické schéma 4: Vizualizace místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj) ..	50
Grafické schéma 5: Přehled místa vysokoškolského studia respondentů (vlastní zdroj).....	50
Grafické schéma 6: Vizualizace délky klinické praxe (vlastní zdroj).....	51
Grafické schéma 7: Přehled délky klinické praxe (vlastní zdroj)	51
Grafické schéma 8: Vizualizace četnosti setkání klinických logopedů s afatiky ve své praxi (vlastní zdroj)	52
Grafické schéma 9: Přehled četnosti setkání klinických logopedů s afatiky ve své praxi (vlastní zdroj)	52
Grafické schéma 10: Vizualizace dostupnosti terapeutických materiálů (vlastní zdroj)	53
Grafické schéma 11: Přehled dostupnosti terapeutických materiálů (vlastní zdroj)	53
Grafické schéma 12: Vizualizace tvorby vlastního terapeutického materiálu (vlastní zdroj)..	53
Grafické schéma 13: Přehled tvorby vlastního terapeutického materiálu (vlastní zdroj)	54
Grafické schéma 14: Vizualizace používání cizojazyčných zdrojů (vlastní zdroj).....	54
Grafické schéma 15: Přehled používání cizojazyčných zdrojů (vlastní zdroj)	54
Grafické schéma 16: Vizualizace spolupráce afatiků při terapii (vlastní zdroj)	55
Grafické schéma 17: Přehled spolupráce afatiků při terapii (vlastní zdroj).....	55
Grafické schéma 18: Vizualizace míry postižení a její vliv na spolupráci (vlastní zdroj).....	56
Grafické schéma 19: Přehled míry postižení a její vliv na spolupráci (vlastní zdroj)	56
Grafické schéma 20: Vizualizace věku a jeho vlivu na spolupráci (vlastní zdroj)	57
Grafické schéma 21: Přehled věku a jeho vlivu na spolupráci (vlastní zdroj).....	57
Grafické schéma 22: Vizualizace problematiky spolupráce u věkových skupin (vlastní zdroj)	58

Grafické schéma 23: Přehled problematiky spolupráce u věkových skupin (vlastní zdroj)	58
Grafické schéma 24: Vizualizace dopadu současné pandemické situace (COVID-19) na terapii (vlastní zdroj)	59
Grafické schéma 25: Přehled dopadu současné pandemické situace (COVID-19) na terapii (vlastní zdroj)	59
Grafické schéma 26: Vizualizace využití distanční terapie v době pandemie (vlastní zdroj)..	60
Grafické schéma 27: Přehled využití distanční terapie v době pandemie (vlastní zdroj)	60
Grafické schéma 28: Vizualizace náhrady prezenční terapie za distanční (vlastní zdroj)	61
Grafické schéma 29: Přehled náhrady prezenční terapie za distanční (vlastní zdroj).....	61
Grafické schéma 30: Vizualizace úpravy materiálů na míru (vlastní zdroj).....	62
Grafické schéma 31: Přehled úpravy materiálů na míru (vlastní zdroj)	62
Grafické schéma 32: Vizualizace spolupráce afatika při úpravě terapeutického materiálu (vlastní zdroj)	63
Grafické schéma 33: Přehled spolupráce afatika při úpravě terapeutického materiálu (vlastní zdroj)	63
Grafické schéma 34: Vizualizace materiálů při terapii chronické afázie (vlastní zdroj)	64
Grafické schéma 35: Přehled materiálů při terapii chronické afázie (vlastní zdroj)	64
Grafické schéma 36: Vizualizace vzniku nového terapeutického materiálu (vlastní zdroj)	65
Grafické schéma 37: Přehled vzniku nového terapeutického materiálu (vlastní zdroj).....	65
Grafické schéma 38: Vizualizace materiálů umožňující vidět vlastní progres (vlastní zdroj). 66	
Grafické schéma 39: Přehled materiálů umožňující vidět vlastní progres (vlastní zdroj)	66

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Zdeněk. Poruchy řeči a symbolických funkcí. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. Praha: Galén, 2011, s. 69-70. ISBN 978-80-7262-707-3.

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

BÖHM, Jiří. Kraniocerebrální traumata. In NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Galén, 2002, s. 164-165. ISBN 80-7262-160-2.

CSÉFALVAY, Zsolt. 2003. Diagnostika afázie. In LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: Portál, 359 s. ISBN 8071788015

CSÉFALVAY, Zsolt, KLIMEŠOVÁ, Marta, KOŠTÁLOVÁ, Milena. 2003. Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál). Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 1 krabice, 490 s. ISBN 80-903312-0-3.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. In CSÉFALVAY, Zsolt a kol. 1. Praha: Portál, 2007. 175 s. ISBN 978-80-7367-316-1

CSÉFALVAY, Zsolt a KOŠTÁLOVÁ, Milena. 2013. Diagnostika afázie. In CSÉFALVAY, Zsolt, LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. 1. vyd. Praha: Portál, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3

CSÉFALVAY, Z., TRAUBNER, P., Afaziologia pre klinickú prax. Martin: Osveta, 1996 ISBN 80-217-0377-6

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. 1998. Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií. 1. vyd. Olomouc: Fakultní nemocnice, 276 s.

KONŮPKOVÁ, Zuzana. 2009. Pracovní listy pro reedukaci afázie. Praha: Občanské sdružení Klub afasie

MALÍKOVÁ, Petra, SOLDÁNOVÁ, Tereza. 2010. Pracovní karty na procvičení fatických funkcí. 166 s. ISBN 978-80-254-7888-2

MARUSIČ, Petr a Ondřej CHUDOMEL. Kraniocerebrální trauma. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 242. ISBN 978-80-7553-681-5.

MIMROVÁ, Milada. Afázie jako logopedický fenomén. In KULIŠŤÁK, Petr. *Afázie*. 1. Praha: Triton, 1997, s. 231. ISBN 80-858-7538-1.

MLČÁKOVÁ, Renata. Afázie. In VALENTA, Milan, ed. a kol. *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru*. 1. Praha: Portál, 2014, s. 52-53. ISBN 978-80-262-0602-6.

MLČÁKOVÁ, Renata. Základní kategorie narušené komunikační schopnosti. In VALENTA, Milan, ed. a kol. *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru*. 1. Praha: Portál, 2014, s. 49. ISBN 978-80-262-0602-6.

NEUBAUER, Karel. Afázie. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. Praha: Portál, 2018, s. 442-443. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel. Typy afázie-bostonská klasifikace. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. Praha: Portál, 2018, s. 446-448. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel. Diagnostika. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. Praha: Portál, 2018, s. 450-455. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel. Terapie. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. Praha: Portál, 2018, s. 456-461. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel. Prognóza. In NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. Praha: Portál, 2018, s. 468-469. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. 1. Praha: Portál, 2018. 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.

OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013, 333 s. ISBN 978-80-244-3737-8.

POLÍVKA, Jiří a Jiří POLÍVKA, jr. Neuroonkologie. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 295. ISBN 978-80-7553-681-5.

RUSINA, Robert. Neurodegenerativní onemocnění s převažujícím postižením kognitivních funkcí. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 348-349. ISBN 978-80-7553-681-5.

RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019. 541 s. ISBN 978-80-7553-681-5.

RŮŽIČKA, Evžen a Robert RUSINA. Poruchy řeči. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 23-24. ISBN 978-80-7553-681-5.

RŮŽIČKA, Evžen a Robert RUSINA. Příznaky poruch řeči. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 27-30. ISBN 978-80-7553-681-5.

RŮŽIČKA, Evžen. Alzheimerova nemoc a jiné demence. In NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Galén, 2002, s. 187-188. ISBN 80-7262-160-2.

RŮŽIČKA, Evžen. Alzheimerova nemoc a jiné demence. In NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Galén, 2002, s. 191. ISBN 80-7262-160-2.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

TICHÝ, Jiří. Záněty CNS. In NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Galén, 2002, s. 235. ISBN 80-7262-160-2.

TOMEK, Aleš. Cévní onemocnění mozku. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 213-214. ISBN 978-80-7553-681-5.

TOMEK, Aleš. Cévní onemocnění mozku. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 216. ISBN 978-80-7553-681-5.

TOMEK, Aleš. Cévní onemocnění mozku. In RŮŽIČKA, Evžen a kol. *Neurologie*. 1. Praha: Triton, 2019, s. 219. ISBN 978-80-7553-681-5.

TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. 3. nově ilustr. vyd. Praha: Avicenum. 1984. Bez ISBN.

VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru*. 1. Praha: Portál, 2014. 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan. Slovníček pojmů. In VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru*. 1. Praha: Portál, 2014, s. 256. ISBN 978-80-262-0602-6.

VOJTKO, Tibor. *Přehled skladebných komponent z latinské a řecké terminologie a základní gramatické tabulky latiny pro speciální pedagogy*. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 100 s. ISBN 978-80-7435-559-2.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

AfaSlovník [online]. Copyright©, 2020 [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: <https://www.afaslovník.cz/>

Afatický slovník-informace [online]. Copyright© [cit. 2021-01-23] Dostupné z: <http://slovník.kvalitne.cz/info.htm>

BALAŠOVÁ, Jana. Bostonský klasifikační systém afázie. In BALAŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie* [online]. 1. Praha: Vysoká škola J.A.Komenského, 2003, s. 71-75 [cit. 2020-11-22]. ISBN 80-86723-05-4. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:861e2840-c6c0-11e2-b6da-005056827e52?page=uuid:ad1d3270-d420-11e2-b791-5ef3fc9bb22f>

BALAŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie* [online]. 1. Praha: Vysoká škola J.A.Komenského, 2003. 84 s. [cit. 2020-11-08]. ISBN 80-86723-05-4. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:861e2840-c6c0-11e2-b6da-005056827e52?page=uuid:a8559840-d420-11e2-b791-5ef3fc9bb22f>

CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie. In LECHTA, Viktor a Jana KŘÍŽOVÁ. *Terapie narušené komunikační schopnosti* [online]. 2. Praha: Portál, 2011, s. 203-225 [cit. 2021-01-16]. ISBN 978-80-7367-901-9. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:6b53e790-ed69-11e8-bc37-005056827e51?page=uuid:5d5880b0-0529-11e9-9984-005056825209>

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Získané organické poruchy řečové komunikace. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie* [online]. 2. Praha: Portál, 2007, s. 147-151 [cit. 2020-11-08]. ISBN 978-80-7367-340-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:83da3260-43a5-11e8-a0d9-005056827e52?page=uuid:36f1f9f0-7588-11e8-bb44-5ef3fc9ae867>

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Symptomatologie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie* [online]. 2. Praha: Portál, 2007, s. 151-153 [cit. 2020-11-09]. ISBN 978-80-7367-340-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:83da3260-43a5-11e8-a0d9-005056827e52?page=uuid:37b2d8f0-7588-11e8-bb44-5ef3fc9ae867>

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Symptomatologie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie* [online]. 2. Praha: Portál, 2007, s. 151-152 [cit. 2020-11-14]. ISBN 978-80-7367-340-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:83da3260-43a5-11e8-a0d9-005056827e52?page=uuid:37b2d8f0-7588-11e8-bb44-5ef3fc9ae867>

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Bostonská klasifikace. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie* [online]. 2. Praha: Portál, 2007, s. 155-162 [cit. 2020-11-22]. ISBN 978-80-7367-340-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:83da3260-43a5-11e8-a0d9-005056827e52?page=uuid:384fdc40-7588-11e8-bb44-5ef3fc9ae867>

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Terapie. In ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie* [online]. 2. Praha: Portál, 2007, s. 170-178 [cit. 2021-01-16]. ISBN 978-80-7367-340-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:83da3260-43a5-11e8-a0d9-005056827e52?page=uuid:3b0956f0-7588-11e8-bb44-5ef3fc9ae867>

FLANDERKOVÁ, Eva. Historie lingvistické afaziologie. *Studie z aplikované lingvistiky* [online]. Praha: Ústav českého jazyka a teorie komunikace FF UK, 2014, 2014, s. 41 [cit. 2020-11-18]. Dostupné z: https://www.email.cz/download/k/XZJ7MhT-j9cwg5trAq4HVa1LR3ANNnGZHuRmEHV1I9Uc3NM7mO6lXINm1ajfcmGOWn7twMY/Af%C3%A1zie_Historie_afazilogie.pdf

GAVORA, Peter. Dotazník. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu* [online]. 2. Brno: Paido, 2010, s. 121-126 [cit. 2021-03-03]. ISBN 978-80-7315-185-0. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:116ee690-51c4-11e7-a7b7-005056827e51?page=uuid:93befb80-7924-11e7-94b3-005056825209>

HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ a Karel NEPRAŠ. A. In HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ a Karel NEPRAŠ. *Velký psychologický slovník* [online]. 4. Praha: Portál, 2010, s. 17 [cit. 2021-01-11]. ISBN 978-80-7367-686-5. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:1ed6a230-d701-11e5-9ce1-005056827e51?page=uuid:2e00dde0-db55-11e5-9f76-5ef3fc9bb22f>

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu* [online]. 2. Praha: Grada, 2016, s. 11 [cit. 2021-03-03]. ISBN 978-80-247-5326-3. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:c8fc04f0-d846-11e8-bc37-005056827e51?page=uuid:530977e0-e6a2-11e8-9210-5ef3fc9bb22f>

KERLINGER, F.N. Kvantitativně orientovaný pedagogický výzkum a jeho hlavní fáze. In KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe* [online]. 1. Praha: Grada, 2006. 224 s. [cit. 2020-11-07]. ISBN 978-80-247-1110-2. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:1d751c80-934c-11e5-a715-005056827e52?page=uuid:20990130-9e62-11e5-b404-005056825209>

KLENKOVÁ, Jiřina. Symptomatologie afázie. In KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe* [online]. 1. Praha: Grada, 2006, s. 80-84 [cit. 2020-11-14]. ISBN 978-80-247-1110-2. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:1d751c80-934c-11e5-a715-005056827e52?page=uuid:2e08cb20-9e62-11e5-b404-005056825209>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena: MASTcz [online]. Brno, 2008. Dostupné na <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screeningafaziemastcz/t3305>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena, Markéta BEDNAŘÍKOVÁ a Radka MICHALČÁKOVÁ. Zkouška vizuální pozornosti: Orientační vyšetření. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno, 2010 [cit. 2021-01-09]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologickaklinika/zkouska-vizualni-pozornosti/t4083>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena. *Vývoj a použití standardizovaných nástrojů pro diagnostiku neurogenních poruch komunikace* [online]. Brno, 2015 [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/31657/lf_d/0_Kostalova_DsP-1.pdf. Disertační práce. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.

KOUKOLÍK, František. Afázie. In KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy: normy a poruchy* [online]. 1. Praha: Portál, 2000, s. 125-129 [cit. 2020-11-22]. ISBN 80-7178-379-X. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:957d61c0-7880-11e9-ba7f-005056827e51?page=uuid:b996be4b-a97c-4e26-b0eb-39253d2de25e>

KULIŠŤÁK, Petr. Typy afázií - stručná charakteristika. In KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie* [online]. 1. Praha: Portál, 2003, s. 173-174 [cit. 2020-11-22]. ISBN 80-7178-554-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:95ec9aa0-9a2b-11e4-a808-005056827e52?page=uuid:1237d790-ac9d-11e4-a357-5ef3fc9ae867>

KULIŠŤÁK, Petr. Vyšetření pacienta s afázií. In KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie* [online]. 1. Praha: Portál, 2003, s. 176 [cit. 2021-01-08]. ISBN 80-7178-554-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:95ec9aa0-9a2b-11e4-a808-005056827e52?page=uuid:12997f90-ac9d-11e4-a357-5ef3fc9ae867>

KULIŠŤÁK, Petr. Agrafie. In KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie* [online]. 1. Praha: Portál, 2003, s. 182 [cit. 2020-11-13]. ISBN 80-7178-554-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:95ec9aa0-9a2b-11e4-a808-005056827e52?page=uuid:f3de5f30-ac9c-11e4-a357-5ef3fc9ae867>

KULIŠŤÁK, Petr. Projevy řečových poruch. In KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi* [online]. 1. Praha: Karolinum, 2017, s. 146-147 [cit. 2020-11-14]. ISBN 978-80-246-3068-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:7ca772a0-4ed5-11e9-8854-005056827e51?page=uuid:e27e61d1-1238-4575-af96-05747e8f3181>

KULIŠŤÁK, Petr. Bostonská klasifikace afázií. In KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi* [online]. 1. Praha: Karolinum, 2017, s. 152-156 [cit. 2020-11-22]. ISBN 978-80-246-3068-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:7ca772a0-4ed5-11e9-8854-005056827e51?page=uuid:6ebc4009-2000-43e0-b75a-00d073b543f5>

KULIŠŤÁK, Petr. Screeningové testy afázie. In KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi* [online]. 1. Praha: Karolinum, 2017, s. 166-167 [cit. 2021-01-10]. ISBN 978-80-246-3068-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:7ca772a0-4ed5-11e9-8854-005056827e51?page=uuid:842b004a-499a-4f58-a628-42962541a5bd>

Logopedická péče po cévní mozkové příhodě je mnohdy nezbytná [online]. Brno: Ordinace.cz, 2021 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://www.ordinace.cz/clanek/logopedicka-pece-po-cevni-mozkove-prihode/>

LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. Afázie. In LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy* [online]. 1. Praha: Portál, 2009, s. 241 [cit. 2020-11-22]. ISBN 978-80-7367-464-9. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:f39ef3d0-d79f-11e4-8565-005056827e52?page=uuid:c8a25680-ded5-11e4-a19f-001018b5eb5c>

LOVE, Rusell J. a Wanda G. WEBB. Přidružené centrální poruchy. In LOVE, Rusell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy* [online]. 1. Praha: Portál, 2009, s. 248-251 [cit. 2020-11-13]. ISBN 978-80-7367-464-9. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:f39ef3d0-d79f-11e4-8565-005056827e52?page=uuid:cab530f0-ded5-11e4-a19f-001018b5eb5c>

MIMROVÁ, Milada. *Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie* [online]. 1. Praha: Triton, 1998 [cit. 2021-01-24]. ISBN 80-85875-81-0. Dostupné z: <https://dnnt.mzk.cz/view/uuid:3007b760-8e65-11e3-bd09-005056827e51?page=uuid:2d5c0160-a5a8-11e3-87a3-001018b5eb5c>

MUMENTHALER, Marco. Postup při vyšetřování afázie. In MUMENTHALER, Marco, Claudio L. BASSETTI a Christof J. DAETWYLER. *Neurologická diferenciální diagnostika* [online]. 5. Praha: Grada, 2008, s. 106 [cit. 2021-01-16]. ISBN 978-80-247-2298-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:61b6da70-7a4e-11e6-bb23-005056827e51?page=uuid:782a1cc0-87f2-11e6-84e2-005056827e51>

NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky* [online]. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 107 s. [cit. 2020-11-08]. ISBN 978-80-7435-053-5. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:3b433690-50db-11e7-b03f-005056827e52?page=uuid:dcf93ea0-6b05-11e7-b92d-005056827e51>

NEUBAUER, Karel. Logopedická diagnostika afázie. In NEUBAUER, Karel a Tereza SKÁKALOVÁ. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob* [online]. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, s. 91 [cit. 2021-01-08]. ISBN 978-80-7435-640-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:dfce81c0-4cd4-11e7-b03f-005056827e52?page=uuid:c5a190a0-68a2-11e7-8b50-001018b5eb5c>

Občanské sdružení KLUB AFASIE-Pracovní listy pro reedukaci afázie. Občanské sdružení KLUB AFASIE-Aktuality [online]. [cit. 2021-01-26] Dostupné z: <https://www.klubafasie.com/publikacni-cinnost/>

PETRŽÍLKOVÁ, Marta a Jan PETRŽÍLKA. Logopedický software a výukové počítačové programy: pro děti a dospělé se speciálními vzdělávacími potřebami. *Mentio* [online]. 2021 [cit. 2021-01-28]. Dostupné z: <https://www.mentio.cz/>

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Získaná orgánová nemluvnost. In PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum* [online]. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 38 [cit. 2020-11-11]. ISBN 80-244-0258-0. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:c2b32f40-4bdd-11ea-a9e6-005056827e51?page=uuid:c88e58f1-6ba9-40a4-bbff-6f5f92f2ad74>

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. 1. Praha: Grada, 2008, 168 s. [cit. 2020-11-04]. ISBN 978-80-247-2733-2. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:7e65a6c0-b5fa-11e4-a7a2-005056827e51?page=uuid:02970a70-bcd0-11e4-ba2b-5ef3fc9bb22f>

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie* [online]. 2. Praha: Portál, 2007. 615 s. [cit. 2020-11-04]. ISBN 978-80-247-2733-2. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:83da3260-43a5-11e8-a0d9-005056827e52?page=uuid:20cbf680-7588-11e8-bb44-5ef3fc9ae867>

ŠLAPÁK, Ivo, Dalibor JANEČEK a Lukáš LAVIČKA. Základy otorinolaryngologie a foniatrye pro studenty speciální pedagogiky. *Is.muni.cz* [online]. Brno: Klinika dětské ORL Lékařské fakulty MU a Fakultní Nemocnice Brno, 2009, 2009 [cit. 2020-12-01]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/index.html>

TOMEK, Aleš. Národní cerebrovaskulární program. *Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP* [online]. Praha, 2003, 2003 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: https://www.cmp.cz/jnp/cz/pece_o_cmp_v_cr/narodni_cerebrovaskularni_program.html#ncvp6

VALENTA, Milan. A. In VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky* [online]. 1. Praha: Portál, 2015, s. 13-17 [cit. 2021-01-11]. ISBN 978-80-262-0937-9. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:0d2935a0-cb1f-11e9-af5a-005056827e51?page=uuid:178e944d-b546-43ec-8681-15c05bd97633>

VALENTA, Milan. Heslář. In VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky* [online]. 1. Praha: Portál, 2015, s. 49 [cit. 2020-11-11]. ISBN 978-80-262-0937-9. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:0d2935a0-cb1f-11e9-af5a-005056827e51?page=uuid:70d82de2-5826-48cb-8b25-7f22e69c84d1>

VALENTA, Milan. Perseverace. In VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky* [online]. 1. Praha: Portál, 2015, s. 130 [cit. 2020-11-15]. ISBN 978-80-262-0937-9. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:0d2935a0-cb1f-11e9-af5a-005056827e51?page=uuid:cdd5f2e4-db90-493b-900c-08ddd7a74f35&fulltext=perseverace>

VOTAVA, Jiří. Cévní mozková příhoda. VOTAVA, Jiří. *Základy rehabilitace* [online]. 1. Praha: Karolinum, 1997, s. 110-112 [cit. 2021-03-09]. ISBN 80-7184-385-7. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:652d7e50-b139-11e4-a7a2-005056827e51?page=uuid:b2110da0-c7a9-11e4-8935-001018b5eb5c>

WikiKnihovna: Kvalitativní rozhovory-polostrukturované a nestrukturované [online]. 2012 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <https://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Kvalitativn%C3%AD%20rozhovory%20%93%20polostrukturovan%C3%A9%20a%20nestrukturovan%C3%A9>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník-Terapeutické materiály dostupné pro pacienty v chronické fázi afázie

Příloha č. 2: Ukázka terapeutického materiálu

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Obecné informace

1. Kolik Vám je let?
 - a) 26–35
 - b) 36–45
 - c) 46–55
 - d) 56–65
 - e) 66 a více

2. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) muž
 - b) žena

3. Kde probíhalo Vaše vysokoškolské studium?
 - a) Univerzita Hradec Králové
 - b) Univerzita Palackého v Olomouci
 - c) Masarykova Univerzita v Brně
 - d) Univerzita Karlova v Praze
 - e) Jiné – uveďte

4. Kolik let vedete praxi klinického logopeda?
 - a) méně než rok
 - b) 1–5 let
 - c) 6–10 let
 - d) 11–20 let
 - e) 21–30 let
 - f) 31 a více let

5. Jak často se v rámci klinické praxe setkáváte s afatiky?
 - a) Setkávám se s nimi denně
 - b) Setkávám se s nimi několikrát týdně
 - c) Setkávám se s nimi několikrát měsíčně
 - d) Setkávám se s nimi zřídka
 - e) S afatiky se neseťkávám
 - f) Jiné

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli, že se s afatiky neseťkáváte, dotazník pro Vás tímto končí. Pokud jste zvolili jinou odpověď, pokračujte prosím na další otázku.

Dostupnost terapeutických materiálů

6. Jaký je Váš názor na dostupnost terapeutických materiálů pro pacienty s afázií určených k následné domácí terapii?
 - a) Je jich dostatek
 - b) Je jich nedostatek

7. Vytvářel/a jste někdy vlastní terapeutický materiál pro pacienty s afázií?
 - a) ano

 - b) ne

8. Pokud ano, čerpáte při sestavování terapeutických materiálů z cizojazyčných zdrojů?
 - a) Vždy

 - b) Někdy ano

 - c) Nikdy

 - d) Materiál jsem nikdy nevytvářel/a

Spolupráce pacientů při terapii afázie

9. Jak obecně hodnotíte spolupráci afatiků při terapii?
 - a) spolupráce je výborná

 - b) spolupráce je spíše dobrá

 - c) spolupráce je spíše špatná

 - d) spolupráce je velmi špatná

10. Je míra postižení pacienta důležitou determinantou pro spolupráci při terapii afázie?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

11. Je věk pacienta důležitou determinantou pro spolupráci při terapii afázie?
 - a) ano
 - b) ne

c) nevím

12. Pokud ano, jaká věková skupina je z hlediska spolupráce při terapii afázie problematická?

- a) děti
- b) adolescenti
- c) dospělí
- d) senioři
- e) žádná věková skupina není problematická

Dopad současné pandemie (COVID-19) na terapii afázie

13. Zůstala v současné pandemické době (COVID-19) zachována alespoň částečně aktivní forma terapie afázie v rámci Vaší praxe?

- a) ano
- b) ne

14. Pokud ano, využíváte distanční terapii?

- a) plně
- b) částečně
- c) vůbec
- d) ne, terapie afázie je pandemií zcela přerušena

15. Pokud pracujete distančně, jaké materiály k terapii používáte?

16. Může dle Vašeho názoru distanční terapie nahradit terapii prezenční?

- a) ano, u všech pacientů
- b) ano, pouze u některých pacientů – uveďte
- c) ne, distanční terapie není dostatečná

17. Mělo by cenu vytvořit soubor terapeutických materiálů („pracovní sešit“) určený pro osoby s afázií, ze kterého by pacienti v domácím prostředí mohli vypracovávat jednotlivé úkoly? Odůvodněte svůj názor.

- a) ano
- b) ne

Úprava terapeutických materiálů na míru konkrétního afatika (personalizace materiálů)

18. Upravujete dostupné materiály na míru konkrétnímu afatikovi?

- a) ano, vždy
- b) občas
- c) ne nikdy

19. Vede personalizace terapeutického materiálu k lepší spolupráci pacienta při terapii?
- a) domnívám se, že ano
 - b) nevím
 - c) domnívám se, že ne

Rozvoj terapeutických materiálů

20. Jaké materiály využíváte během terapie afázie u chronické fáze onemocnění?
- a) elektronické aplikace, CD
 - b) elektronické aplikace online
 - c) pracovní sešity
 - d) vlastní terapeutické materiály
21. Můžete nějaký terapeutický materiál, který používáte, doporučit?
22. Uvítal/a byste vznik nových terapeutických materiálů pro afatiky v následné domácí péči?
- a) ano
 - b) ne

Dostupnost materiálů umožňujících pacientovi sebehodnocení a zaznamenání zlepšení

23. Jsou k dispozici takové materiály, které by pacientovi umožnili snadno ukázat vlastní progres?
- a) ano
 - b) nevím
 - c) ne
24. Mnou vytvářený terapeutický materiál pro afatiky, v chronické fázi onemocnění, bude zaměřený na 4 základní atributy, které způsobují osobám s afázií potíže (pojmenování, produkce řeči, opakování a porozumění řeči). Materiál bude určen primárně pro terapii v domácím prostředí. Pacientovi budou nabídnuty různé obtížnosti úloh zaměřených na zmíněné základní atributy. Součástí materiálu bude řešení úloh, podle kterých si pacient nebo jeho asistent vypracované úlohy vyhodnotí. Myslíte si, že mnou zamýšlený materiál by byl pro pacienty v chronické fázi afázie přínosem?
- a) ano
 - b) ne
25. Pokud jste odpověděl ne, proč si to myslíte?

Doplňte křížovku:

1.			H	T	
2.	P		S		
3.			A	D	
4.	M		L		

1. MNOŽNÉ ČÍSLO-NEHET

2. MÍSTO NA SPANÍ

3. ZVÍŘE, KTERÉ SE PLAZÍ A SYČÍ

4. OPAK SLOVA-VELKÁ

TAJENKA:

DOLNÍ KONČETINA JE:

Doplňte křížovku:

1.			H		
2.	P				
3.			D		
4.		L			

1. MNOŽNÉ ČÍSLO-NEHET

2. MÍSTO NA SPANÍ

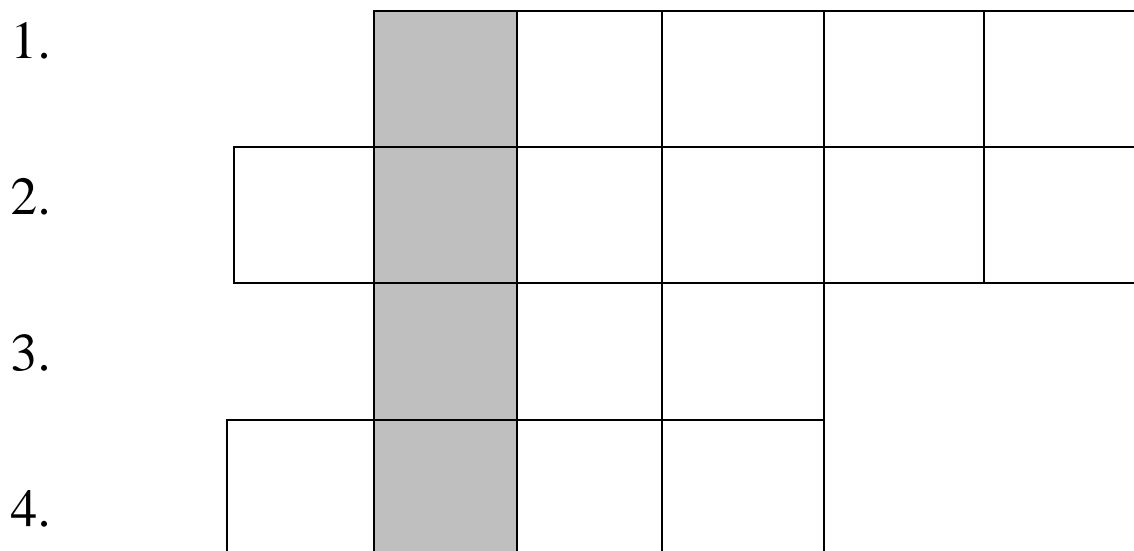
3. ZVÍŘE, KTERÉ SE PLAZÍ A SYČÍ

4. OPAK SLOVA-VELKÁ

TAJENKA:

DOLNÍ KONČETINA JE:

Doplňte křížovku:



1. MNOŽNÉ ČÍSLO-NEHET

2. MÍSTO NA SPANÍ

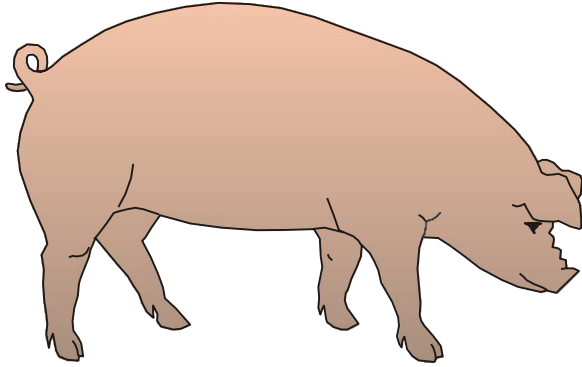
3. ZVÍŘE, KTERÉ SE PLAZÍ A SYČÍ

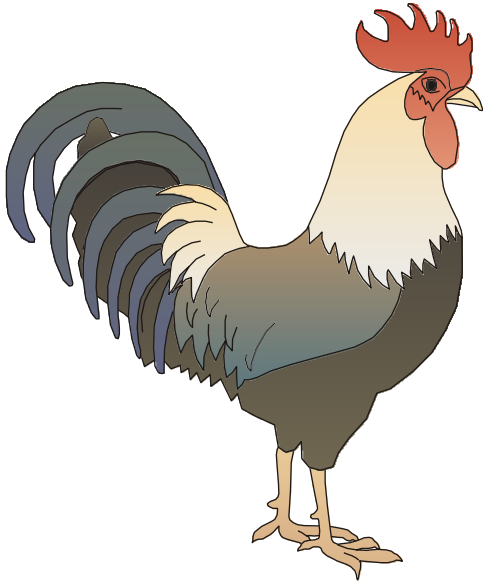
4. OPAK SLOVA-VELKÁ

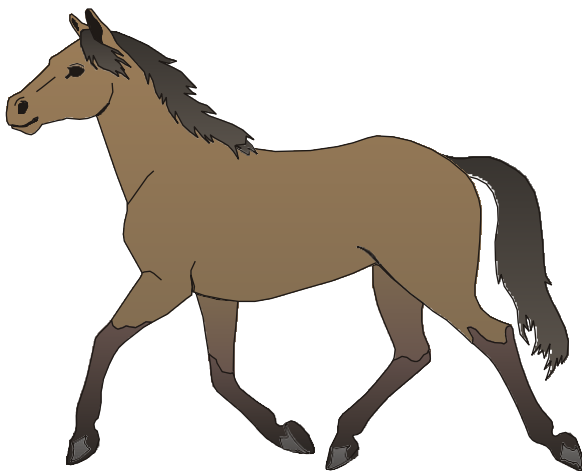
TAJENKA:

DOLNÍ KONČETINA JE:

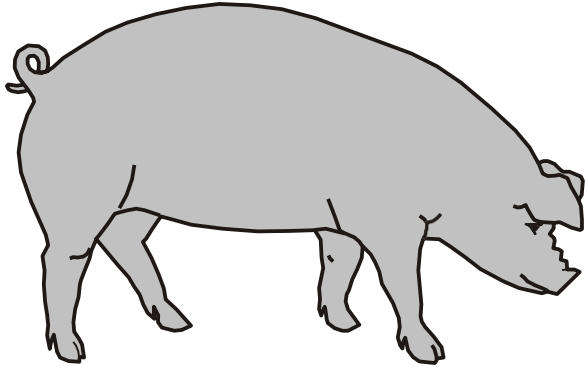
Pojmenujte:

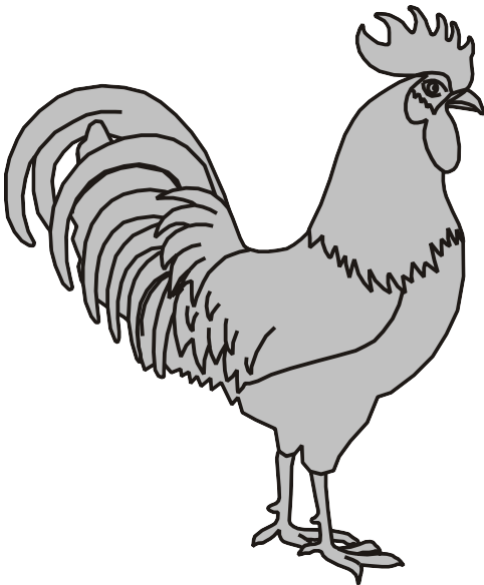


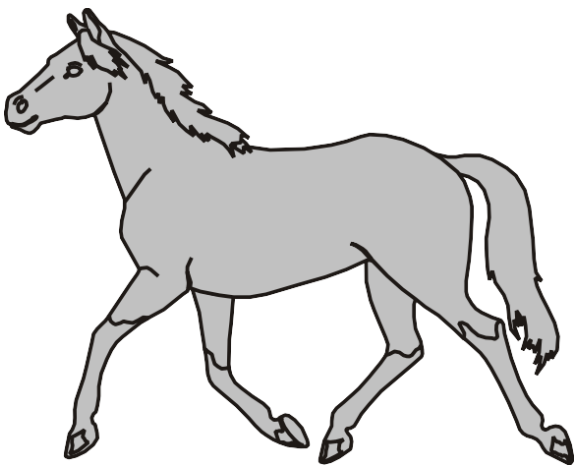




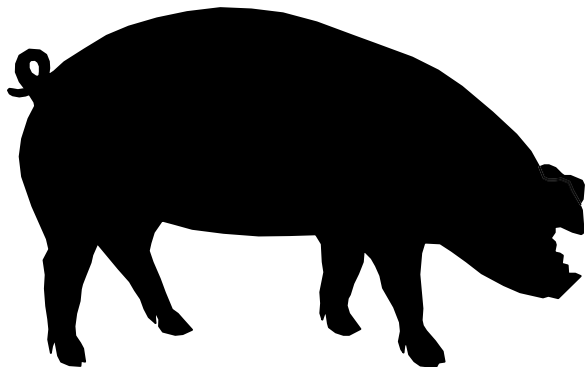
Pojmenujte:

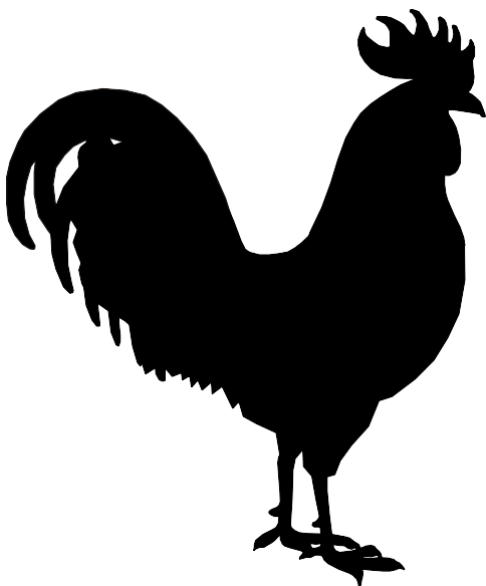


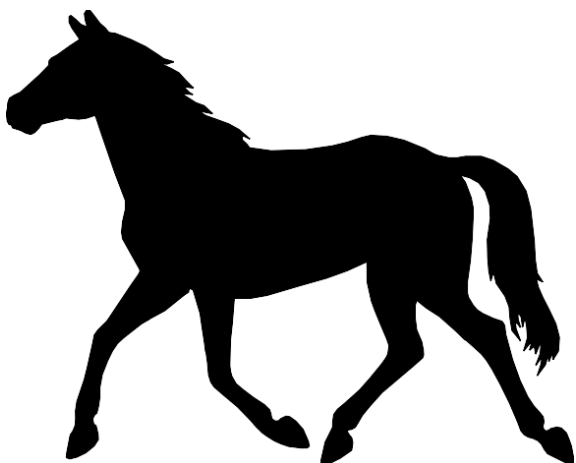




Pojmenujte:







Opakujte slova, která jsou zde napsaná:

MODRÁ, ZELENÁ, ČERVENÁ, FIALOVÁ, HNĚDÁ,
ČERNÁ, ŠEDÁ, ORANŽOVÁ, RŮŽOVÁ, ŽLUTÁ

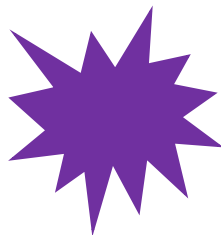
Pokuste se přepsat první řádek:

M _____ , Z _____ , Č _____ ,
F _____ , H _____ .

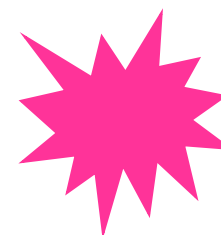
Spojte:



RŮŽOVÁ



ORANŽOVÁ



FIALOVÁ

Opakujte slova, která jsou zde napsaná:

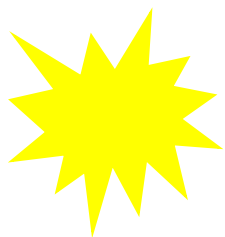
ČERNÁ, MODRÁ, RŮŽOVÁ, ČERVENÁ, HNĚDÁ,
ŠEDÁ, FIALOVÁ, ORANŽOVÁ, ŽLUTÁ, ZELENÁ

Pokuste se přepsat první řádek:

Č _____ , M _____ , R _____ ,

Č _____ , H _____ .

Spojte:



ČERVENÁ



ZELENÁ



ŽLUTÁ

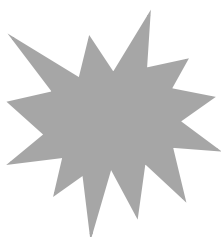
Opakujte slova, která jsou zde napsaná:

FIALOVÁ, ČERNÁ, ŽLUTÁ, MODRÁ, HNĚDÁ,
RŮŽOVÁ, ČERVENÁ, ŠEDÁ, ORANŽOVÁ,
ZELENÁ

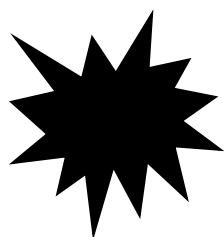
Pokuste se přepsat první řádek:

F _____, Č _____, Ž _____,
M _____, H _____.

Spojte:



MODRÁ



ŠEDÁ



ČERNÁ

Dopíšte do vět, co vidíte na obrázku:



1) Pán trhá _____ .

Vymyslete: Co by mohl jiného pán ještě **trhat**?

1.

2.

3.

2) Pán _____ jablko.

Vymyslete: Co by mohl pán **dělat** jiného s **jablky**?

1.

2.

3.

3) _____trhá jablko.

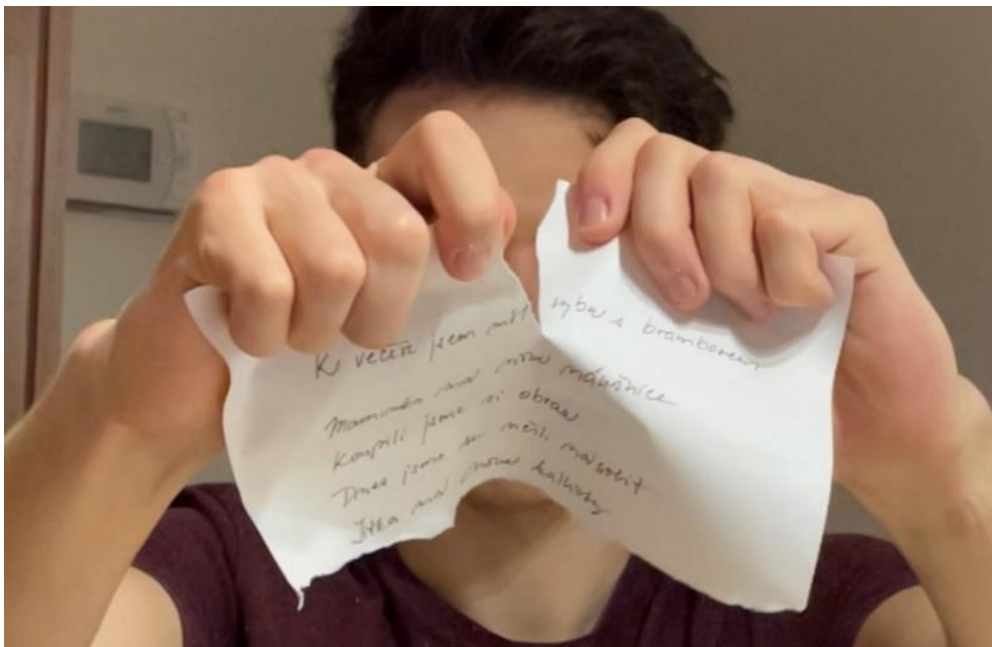
Vymyslete: **Kdo** jiný by mohl ještě trhat jablka?

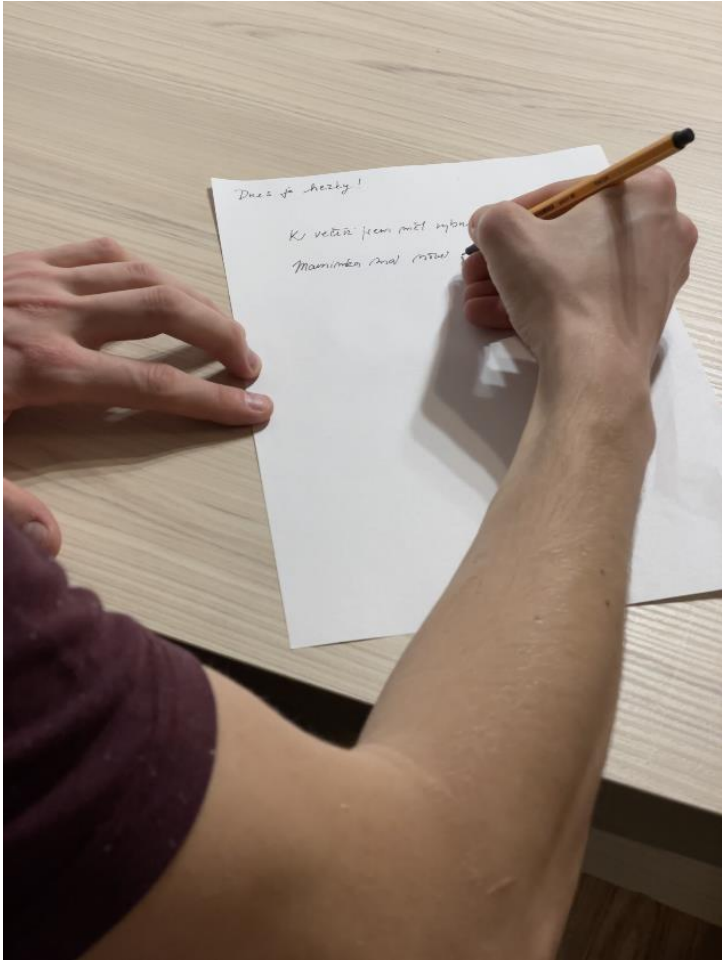
1.

2.

3.

U kterého ze tří obrázků lze použít stejné sloveso jako ve větě „Pán trhá jablko“?



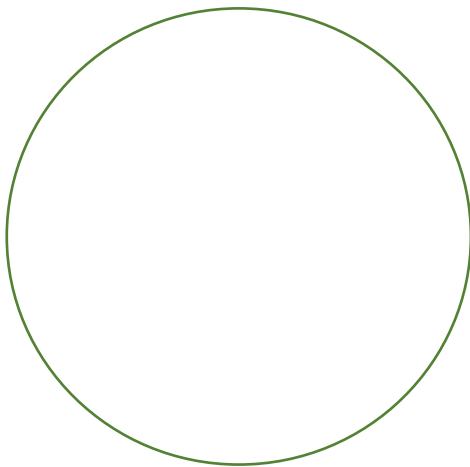


Pokuste se popsat fotografii. Příslušné otázky Vám mohou pomoci.



- 1) Kolik lidí je na fotografii?
- 2) Co osoby na fotografii dělají?
- 3) Jaké je roční období? Je možné to z fotografie odhadnout?
- 4) Je na fotografii nějaké živé zvíře?

- 5) Vidíte na fotografii něco špatně? Pokud ano, co je špatně?
- 6) Co se nachází na stole?
- 7) Jaké oblečení má na sobě muž?
- 8) Jakou barvu mají vajíčka na stole?
- 9) V jaké místnosti se lidé vyskytují?
- 10) Jsou hodiny na fotografii v pořádku? Pokud ne, zobrazte do kruhu 14:00.



Vyberte správné tvrzení:

- a) Na stole je sklenice s vodou.
- b) Na stole je kniha.
- c) Na stole je velikonoční beránek.

Vyberte správné tvrzení:

- a) Dívka čte časopis.
- b) Dívka čte knihu.
- c) Dívka kouká do telefonu.

Vyberte správné tvrzení:

- a) Osoby vypadají spokojeně.
- b) Osoby jsou rozzlobené.
- c) Osoby jsou smutné.

Pokuste se popsat děj, který je patrný z fotografií. Poté se pokuste sestavit věty tak, aby odpovídaly ději na fotografiích. Dvě nehodící se věty vyškrtněte.





- 1) Muž ženu nevnímá.
- 2) Muž se se ženou usmířil.
- 3) Žena se rozbřečí.
- 4) Muž se převléká.
- 5) Muž odnese špinavé prádlo do koše.

- 6) Žena přijde z práce.
- 7) Manželka jde za mužem a zlobí se na něho.
- 8) Žena najde špinavé prádlo svého muže hozené v koutě.
- 9) Muž přinese ženě kávu a koláč na usmířenou.
- 10) Muž si uvědomí, že udělal chybu.

Dokážete odhadnout náladu ženy v příběhu?

Řešení úloh:

POROZUMĚNÍ ŘEČI

Obtížnost 1,2,3: 1. NEHTY, 2. POSTEL, 3. HAD, 4. MALÁ, tajenka: NOHY

POJMENOVÁNÍ

Obtížnost 1,2,3: 1. PRASE, 2. KOHOUT, 3. KŮŇ

OPAKOVÁNÍ

Obtížnost 1: MODRÁ, ZELENÁ, ČERVENÁ, FIALOVÁ, HNĚDÁ



ORANŽOVÁ,



FIALOVÁ,



RŮŽOVÁ

Obtížnost 2: ČERNÁ, MODRÁ, RŮŽOVÁ, ČERVENÁ, HNĚDÁ



ŽLUTÁ,



ZELENÁ,



ČERVENÁ

Obtížnost 3: FIALOVÁ, ČERNÁ, ŽLUTÁ, MODRÁ, HNĚDÁ



ŠEDÁ,



ČERNÁ,



MODRÁ

PRODUKCE ŘEČI

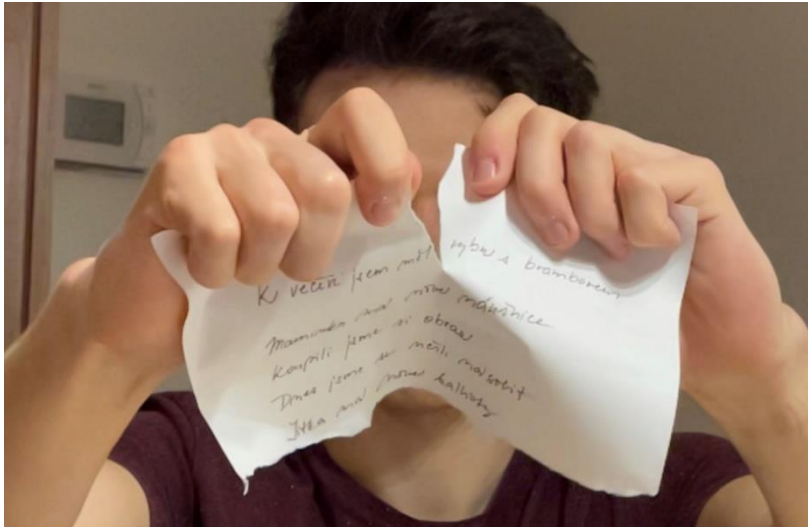
Obtížnost 1:

- 1) jablko (jablka)
 - hrušky, jahody, švestky, květiny, těsto, papír, ...
- 2) trhá
 - česat, škrábat, kupovat, péct, jíst, omývat, ...

3) pán

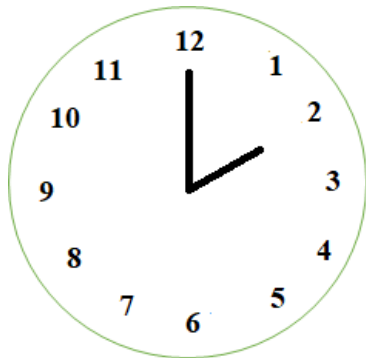
- paní, dítě, babička, dědeček, zahradník, dcera, syn, ...

U kterého ze tří obrázků lze použít stejné sloveso jako ve větě „Pán trhá jablko“?



Obtížnost 2:

- 1) dva lidé, 2) dívka čte knihu, muž kouká do telefonu a drží pivo, 3) jaro, ano – na stole jsou velikonoční prvky, 4) není 5) pantofle na stole, obrácený obraz, ciferník na hodinách, 6) velikonoční beránek, vajíčka, ubrousky, květina, svíčka, pantofle, 7) fialové triko, šedé tepláky, 8) modrou, červenou, oranžovou barvu, 9) obývací pokoj, 10) nejsou,



Vyberte správné tvrzení: c, b, a

Obtížnost 3:

- 1) Žena najde špinavé prádlo svého muže hozené v koutě.
- 2) Manželka jde za mužem a zlobí se na něho.

- 3) Muž ženu nevnímá.
- 4) Žena se rozberečí.
- 5) Muž si uvědomí, že udělal chybu.
- 6) Muž odnese špinavé prádlo do koše.
- 7) Muž přinese ženě kávu a koláč na usmířenou.
- 8) Muž se se ženou usmířil.
- 9) ~~Žena přijde z práce.~~
- 10) ~~Muž se převléká.~~

Dokážete odhadnout emoce ženy v příběhu?

Žena je rozzlobená a mrzí jí manželovo chování. Na konci děje se nálada ženy na fotografii zlepšuje. Žena je šťastná, že si manžel uvědomil své špatné chování a snaží se ho odčinit.