

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Magdalena Ondráčková

Terapeutické materiály a jejich tvorba pro osoby se získanou
orgánovou nemluvností

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Terapeutické materiály a jejich tvorba pro osoby se získanou orgánovou nemluvností vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a použila všech pramenů, které jsou v závěru uvedeny.

V Kroměříži dne 20. 4.2016.....

Magdalena Ondráčková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. et Mgr. Gabriele Smečkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a také své rodině za jejich podporu při studiu a pomoc při tvorbě terapeutického materiálu. Dále děkuji klientovi a jeho manželce za výbornou spolupráci.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 AFÁZIE	8
1.1 Terminologické vymezení a definice afázie	8
1.2 Historie afaziologie	10
1.3 Etiologie	11
1.4 Symptomatologie	15
1.5 Klasifikace	18
1.5.1 Bostonská klasifikace	19
1.6 Diagnostika	24
1.6.1 Screeningové testy afázie	24
1.6.2 Komplexní testy afázie	25
1.6.3 Speciální testy	26
1.6.4 Diferenciální diagnostika afázie	26
2 TERAPIE AFÁZIE	28
2.1 Terapeutické přístupy	29
2.1.1 Kognitivně neuropsychologický přístup k terapii afázie	29
2.1.2 Pragmaticky (funkcionálně) orientovaná terapie afázie	29
2.1.3 Specifické terapeutické postupy	31
2.2 Terapeutické materiály	33
2.2.1 Obrázkový slovník pro afatiky	33
2.2.2 Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí-afází	34
2.2.3 Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie	36
2.2.4 Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie	36
2.2.5 Pracovní listy pro reedukaci afázie	38
2.2.6 Soubor programů MENTIO	39
2.2.7 Afatický slovník	41
2.2.8 Aplikace Afatický slovník	41
PRAKTICKÁ ČÁST	42
3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	42

3.1	Cíl výzkumného šetření	42
3.2	Metodologie výzkumného šetření.....	42
3.2.1	Kvalitativní výzkum	42
3.2.2	Pozorování.....	42
3.2.3	Případová studie	43
3.2.4	Rozhovor	43
4	TVORBA OBRÁZKOVÉHO SLOVNÍKU A MOŽNOSTI JEHO VYUŽÍTÍ.....	45
4.1	Proces tvorby terapeutického materiálu.....	45
4.1.1	Přípravná fáze.....	45
4.1.2	Realizační fáze	49
4.1.3	Evaluační fáze (autoevaluace).....	52
4.2	Terapeutická intervence u klienta s expresivní fatickou poruchou řeči.....	53
4.2.1	Případová studie	53
4.2.2	Průběh logopedické intervence	55
4.3	Shrnutí.....	59
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM ZKRATEK	67
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	68
	SEZNAM PŘÍLOH	69

ÚVOD

Afázie je získané narušení komunikační schopnosti, které vzniká nejčastěji v důsledku ložiskového poškození mozku dominantní hemisféry. Mnoho lidí nemá o afázii povědomí, až dokud se s ní nesetká přímo nebo s někým v jejich okolí. Afázie představuje zásah do života jedince i jeho rodiny, jejíž možné následky si mnohdy nedovedou představit. Vážné narušení komunikační schopnosti je pro jedince s afázií i jeho nejbližší velmi frustrující. Včasný začátek terapie je pro obnovu narušených fatických funkcí stěžejní. Jedná se o dlouhodobý proces, který je individuální a k jeho úspěšnosti významně přispívá také spolupráce s okolím.

Autorka se s problematikou afázií setkala již před sedmi lety u rodinného příslušníka, kterému byla diagnostikována afázie po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě. Během souvislých praxí v klinických zařízeních, které autorka v během studia absolvovala v ambulancích klinické logopedie a nemocnicích, se rozhodla zaměřit na problematiku afázií podrobněji. Na základě rozhovorů s klinickými logopedy vyplynulo, že by uvítali více terapeutických materiálů pro klienty s afázií. Protože se autorka domnívá, že v současnosti je množství terapeutických materiálů pro klienty s afázií stále nedostatečné, rozhodla se vytvořit obrázkový slovník pro osoby s afázií.

Cílem diplomové práce je tvorba obrázkového slovníku pro osoby s afázií, který by mohl sloužit jako terapeutický materiál primárně pro osoby s afázií, rodinné příslušníky a ostatní, kteří o něj pečují. Může být také podnětnou inspirací pro logopedy, klinické logopedy a ostatní, kteří se podílejí na jeho rehabilitaci.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část a každá obsahuje dvě kapitoly. V první kapitole teoretické části autorka vymezuje terminologii a definici afázie, stručně charakterizuje historii afázie. Následně seznamuje s etiologií, symptomatologií a klasifikací, zaměřuje se zejména na Bostonskou klasifikaci. Závěr první kapitoly poskytuje informace o diagnostice afázie. Druhá kapitola je věnována terapii afázie. Autorka charakterizuje terapeutické přístupy v intervenci afázie, konkrétně kognitivně neuropsychologický, pragmatický a speciální postupy. V závěrečné kapitole uvádí přehled a charakteristiku terapeutických materiálů pro logopedickou intervenci osob s afázií, které jsou u nás dostupné.

V třetí kapitole praktické části autorka definuje cíle a metodologii výzkumného šetření. Čtvrtá závěrečná kapitola je zaměřena na tvorbu terapeutického materiálu pro osoby s afázií. Autorka popisuje proces tvorby terapeutického materiálu a logopedickou intervenci u klienta

s expresivní fatickou poruchou řeči, v rámci které byl obrázkový slovník ověřován. Součástí je případová studie klienta. Kapitola je zakončena závěrečným shrnutím dosažených výsledků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 AFÁZIE

První kapitola diplomové práce se zaměřuje na problematiku afázií. V úvodní části autorka vymezuje terminologii a definici afázie, následně stručně charakterizuje historii afaziologie. V další části popisuje etiologii, na kterou navazuje symptomatologie a klasifikace. Závěr kapitoly je věnován diagnostice afázie.

1.1 Terminologické vymezení a definice afázie

Terminologie

Afázie je narušení komunikační schopnosti, která patří do okruhu získané orgánové nemluvnosti (Lechta, 1990). Termín afázie se začal používat již v 19. století, kdy jej francouzský neurolog Trousseau navrhl pro označení centrální poruchy řeči (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996). Pochází z řeckého *phasis*, neboli řeč a předpony *a* znamenající zápor (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Předpona *a-* vyjadřuje, že se jedná o poruchu získanou, postihující již osvojené funkce a schopnosti. Předpona *dys-* je v tuzemské terminologii definována jako porucha vývojová, zasahující ještě vyvíjející se funkce (Vitásková in Vitásková, Mlčáková, 2013). Peutelschmiedová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) upozorňuje na terminologickou nejednost. V západních zemích předpony *a-*, *dys-* označují míru, stupeň poruchy. Zatímco v akutním stádiu mozkového postižení je pacient chápán jako osoba s afázií, v období reedukace a rehabilitace jako osoba s dysfázií. Cséfalvay (in Cséfalvay, Traubner, 1996) uvádí, že zejména v publikacích anglických autorů, se setkáme s pojmem dysfázie, protože úplná ztráta schopnosti mluvit (tj. afázie) vzniká poměrně zřídka. V našich podmínkách termínem dysfázie rozumíme specificky narušený vývoj řeči.

Afázii zařazujeme mezi získané poruchy fatických funkcí. Psychologický slovník definuje pojem „fatický“ (*phatic*) jako „*týkající se řeči, mluvy*“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 161) a funkce fatické (*phatic function*) jako „*specificky lidské činnosti jako je schopnost mluvit, číst, psát, počítat a rozumět řeči mluvené i psané*“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 173).

Dvořák (2007) vymezuje pojem fatická porucha jako získanou poruchu řeči, která vzniká organickým postižením centrální nervové soustavy.

Podle Mezinárodní klasifikace nemoci a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize (2014) je afázie (R 47.0 Dysfázie a afázie) součástí podkapitoly R47-R49 Příznaky a znaky týkající se poruch řeči a hlasu, konkrétně R 47 Poruchy řeči nezařazené jinde.

Definice

„Afázii lze definovat jako „*postižení schopnosti jazykové produkce a percepce, jež vzniká na základě získaného poškození centrálního nervového systému. Je to multimodální porucha, která se může projevat rozmanitými obtížemi v oblasti porozumění, čtení, řečové produkce a psaní*“ (Rosenbek, LaPointe, Wertz in Love, Webb, 2009, str. 235).

Cséfálvay (in Cséfálvay a kol. 2007) uvádí, že se jedná o poruchu produkce a porozumění řeči následkem ložiskového poškození mozku. Jak uvádí (Love, Webb, 2009) ložiskové poškození mozku zasahuje kortikální a subkortikální jazykové mechanismy dominantní hemisféry, což je u většiny jedinců levá.

Dle Dvořáka (2007) je afázie ztráta naučených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou) na základě ložiskových lézí korových a podkorových oblastí mozku.

Kiml (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) hovoří o afázii jako o úraze osobnosti.

Lurija (in Klenková, 2006) charakterizuje afázii jako systémové narušení řeči, které zasahuje různé stupně organizace řeči s interpsychickými a intrapsychickými následky. Ovlivňuje vztah řeči k dalším psychickým funkcím a narušuje zejména komunikační funkci řeči.

Afázie je dle Neubauera (in Neubauer a kol., 2007) porucha individuálního jazykového systému projevující se sníženou schopností dekódovat nebo používat slova a větší syntaktické celky.

Worall, Papathanasiou a Sherratt (in Papathanasiou, Coppens, Potagas 2013) definuje afázii jako získané poškození jazykových modalit, které vzniká v důsledku ložiskového poškození mozku v jazykové dominantní hemisféře. Halpern, Goldfarb (2013) vymezují jednotlivé jazykové modality: produkce, percepce, čtení, psaní. Uvádí, že dochází k narušení všech jazykových rovin, zejména pragmatické.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) řadí afázii do souboru vyšších kortikálních poruch, mezi které patří agnozie, akalkulie, apraxie, alexie, poruchy orientace v prostoru a další. Vyšší kortikální činnosti řídí a koordinují vnitřní funkce organismu, nervově psychickou činnost, jedná se o specificky lidskou aktivitu. Součástí vyšších kortikálních funkcí jsou i kognitivní funkce.

Odborné prameny uvádí další definice afázií, které se od sebe odlišují předmětem zkoumání. Moderní afaziologie využívá poznatků mnoha vědních oborů, jako jsou neurovědy, lingvistika, logopedie, biofyzika, biokybernetika a další. Každý odborník nahlíží na danou problematiku jinak (Klenková, 2006).

Závěrem lze říci, že uvedení autoři se shodují, že afázie je získané narušení komunikační schopnosti, které v různé míře zasahuje produkci i percepci řeči, na základě poškození centrálního nervového systému.

1.2 Historie afaziologie

Afaziologie je vědní obor, který se zabývá výzkumem, diagnostikou, terapií i prevencí afázie (Dvořák, 2007).

První zmínky o afázii se objevily již před rokem 1800 (Peutelschmiedová in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). Významným dílem byl Van Swietův spis z roku 1771 popisující amnestické afázie.

Začátek systematického zkoumání afázie je datován do období 1800–1860. Vědec Franz Josef Gall, zakladatel frenologie v roce 1798 poprvé zmínil myšlenku o lokalizaci řeči ve specifické oblasti. Předpokládal, že ablace určité části mozku má vliv na chování a řečový projev (Obereignerů, 2013). Významnou osobností tohoto období byl fyziolog Françoise Magendi, který nazval frenologii pseudovědou (Bouilland in Obereignerů, 2013). Významný medicínský objev byl připisován Paulu Brocovi. Roku 1861 přijmul do péče pacienta, který byl znám jako Tan. Tento pacient se ztrátou řeči, avšak zachovanou inteligencí dokázal vyslovit jen „tan“. Broca diagnostikoval, že se jedná lézi v levém frontálním laloku Tanova mozku. Poruchu řeči nazval afémií. V souvislosti s mozkiem a jeho funkcemi přinesl termín lateralizace. Hovořil o tom, že centrum lidské řeči je přesně lokalizováno a to v oblasti levé hemisféry (Obereignerů, 2013). Poškození této oblasti dodnes bývá označováno Brocovým centrem. Zastáncem lokalizacionistů byl i Karl Wernicke, který popsal poruchu porozumění řeči při posteriorních lezích levého mozkového laloku a klasifikoval afázii transkortikální a subkortikální. Jeho centrum je označováno jako Wernickeovo sensorické centrum (Love, Webb, 2009). Obereignerů (2013) uvádí, že mezi další významné průkopníky klasické afaziologie patřil francouzský internista Armand Trousseau (navrhl termín afázie), neurolog Karel Kleist nebo Arnold Pick, který popsal Pickovu nemoc, jejíž součástí je i primární progresivní afázie. O tomto období lze hovořit, jako o období klasické afaziologie (1860–1945).

Po 2. světové válce se objevily další případy traumatických poranění hlavy. Na tuto problematiku se začínali již zaměřovat logopedové, kteří čerpali z publikací J. Wepmana, Terapie afázie nebo W. G. Penfielda, Lidský mozkový kortex. Dané období přináší také teorii Chomského, zdůrazňujícího vrozené mechanismy jazyka a výzkum Rogera Sperryho tzv. split brain, přetění propojení mezi hemisférami (Love, Webb, 2009). V tomto období se rozvíjí další afaziologické školy jako bostonská (H. Goodglass, E. Kaplanová, M. Albert), britská neuropsychologická (D. Howard), kanadská (A. Kertesz), německá (A. Leischner) a italská (L. Vignolo, A. Basso) (Cséfalvay in Lechta, 2005).

Od počátku 80. let 20. století se afaziologie navrácí k neurovědním oborům. V klinické praxi se při psychologickém a neurologickém vyšetření provádí také vyšetření řečových funkcí. Logopedové věnují více pozornosti diagnostice dalších kognitivních funkcí (pozornosti, paměti, inteligence). Rozvíjí se neinvazivní metody jako je SPECT (jednofotonová emisní tomografie), MRI (magnetická rezonance), CT (počítačová tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie) (Love, Webb, 2009). Jak uvádí Basso (2003) jsme v současnosti schopni, díky mnohem preciznější diagnostice, zodpovědět mnohem více specifických otázek, vztahujících se k afázii.

1.3 Etiologie

Afázie vzniká na základě organické léze mozku (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Hedge, Freed (2011) spatřují hlavní příčinu afázie v poškození jazykových struktur v mozku. Nejčastější příčinou afázie jsou cévní mozkové příhody, ale vyskytují se i jiné neurologické deficity.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) mezi nejčastější příčiny afázie řadí:

- cévní onemocnění mozku,
- nádory CNS,
- úrazy a poranění mozku,
- zánětlivá onemocnění mozku,
- intoxikace mozku,
- atrofické a degenerativní onemocnění CNS,
- dětská afázie.

Cévní onemocnění mozku

Cévní mozkové příhody jsou nejčastější příčinou vzniku afázie, mortality a invalidity po 65. roce ve světě. Celosvětová roční incidence iktů je 15 miliónů. V České republice ročně na iktus umírá asi 17 000 obyvatel (Kalvach in Kalvach a kol., 2010).

Kalvach (in Kalvach a kol., 2004) rozlišuje faktory, které se podílí na vzniku CMP:

- a) faktory neovlivnitelné (věk, pohlaví, genetická zátěž, meteorologické a geografické faktory, rasa),
- b) faktory ovlivnitelné (krevní tlak, onemocnění srdce, arterioskleróza, diabetes mellitus, cholesterol a lipidy, kouření, alkohol, obezita, hormonální antikoncepce, hemoglobin).

Seidl (2008) člení cévní mozkové příhody na ischemické a hemoragické.

Cévní mozková příhoda ischemická

Podle Neubauera (in Neubauer a kol., 2007) tvoří ischemie mozkové tkáně až 80 % cévních mozkových příhod. Ischemická cévní mozková příhoda je způsobena nedostatečným přísunem kyslíku, který vzniká v důsledku uzavření tepny mozku (trombem, embolem, případně spazmem) nebo snížením průtoku krve stenózou (Obereignerů, 2013). K nevratnému poškození neuronů dochází asi po 8 minutách (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003). Král (in Obereignerů, 2013) mezi nejčastější příčiny ischemické CMP řadí onemocnění srdce, aterosklerózu velkých krčních nebo mozkových tepen (embolem či trombem), hemodynamické příčiny (pokles tlaku nebo hypertenze). Vzácněji se objevují trombofilní stavy (zvýšené riziko vzniku krevních sraženin), vaskulitidy (zánětlivé onemocnění tepen), leukémie nebo genetická onemocnění.

Varovným příznakem hrozící cévní mozkové příhody je transientní ischemická ataka (TIA). Dochází k náhlému rozvoji ložiskového poškození, v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví. Projevuje se náhlou svalovou slabostí, ztrátou citlivosti, oslabení zraku, vědomí, závratěmi, řečovými nebo polykacími obtížemi. Od cévní mozkové příhody se liší délkou trvání. TIA mizí do 24 hodin. Může zůstat bez následků, nebo jen s nepatrnými obtížemi (Kejklíčková, 2011).

Cévní mozkové příhody hemoragické

Hemoragické cévní mozkové příhody představují celkem 20 % případů (Neubauer in Neubauer a kol., 2007). Jsou způsobeny krvácením do mozkové tkáně (mozkové krvácení, 10–15 %), subarachnoidálního prostoru (mezi pavučnicí a měkkou plenu) nebo do mozkových komor (intraventrikulární, 5–13,5 %).

Nejčastější příčinou je hypertenze (40–50%), krevní choroby, vaskulitidy a další. Počítačová tomografie nebo magnetická rezonance jsou hlavními diagnostickými metodami (Seidl, 2008)

Traubner (in Cséfalvay, Traubner, 1996) uvádí hlavní rozdíl mezi ischemickou a hemoragickou mozkovou příhodou. Ischemická mozková příhoda vzniká nejčastěji ve spánku a její začátek je pozvolný. Hemoragickou cévní mozkovou příhodu častěji způsobuje fyzická aktivita nebo rozčilení.

Nádory CNS

Nádory mozku jsou diagnostikovány asi u 0,3–2,6 % neurologických pacientů. Nádory rozdělujeme na benigní a maligní. Benigní nádor je ohraničený a roste pomalu. Oproti tomu, nádor maligní roste rychle a může metastázovat v každé části centrálního nervového systému jako je mozková hemisféra, mozeček, mozkový kmen, mozkové komory a mozkové obaly (Traubner in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Poruchy řečových funkcí nejsou závislé na povaze nádoru (maligní, benigní) ale na jeho lokalizaci (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Úrazy a poranění mozku

Jedná se o druhou nejčastější příčinu vzniku neurogenních poruch řečové komunikace. (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Poškození mozku může být způsobeno silničními dopravními nehodami, pracovními a domácími úrazy, úrazy při sportu nebo fyzickým napadením (Powell, 2010).

Nejčastějšími následky úrazu mozku jsou otřes (komoce, commotiocerebri) mozku, zhmoždění mozku (kontuze, contusiocerebri) a komprese (Klenková, 2006).

Mozková komoce je poruchou funkce CNS, jedná se o difuzní postižení. Provází ji porucha vědomí (sekundy až 30 minut), amnézie a případně nauzea, zvracení nebo závratě. Charakteristickým rysem je retrogradní amnézie. Jedinec si nevzpomíná na dobu před úrazem ani na něj (Vokurka in Vokurka a kol., 2012).

U mozkové kontuze můžeme na základě neurologického nálezu pozorovat poranění mozkové tkáně, které je ohraničené. (Pokorný in Hirt a kol., 2011). Projevuje se kromě bezvědomí (déle než 30 minut) také hemiparézou, poruchou řeči, psychickými změnami, dezorientací, často vzniká edém mozku (Traubner in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Komprese mozku je způsobena útlakem mozku v důsledku krevních výronů (Pokorný in Hirt a kol., 2011).

Powell (2010) definuje primární, sekundární a terciární poškození. Primární poškození je přímým následkem úrazu, kdy dochází k poškození mozkové tkáně. Jedná se o otevřené nebo uzavřené poranění hlavy. Sekundární poškození vzniká v následujících minutách, kdy mozek není dostatečně okysličován a terciární se objevuje v následujících dnech až měsících. Projevuje se pohmožděninami, otoky nebo krevními sraženinami.

Prognóza závisí na lokalizaci léze a rozsahu poškození, ale u dětí je vždy příznivější (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Zánětlivá onemocnění mozku

Dle Neubauera (in Neubauer a kol., 2007) infekce CNS způsobují, zejména u těžších stavů, poruchy řečové komunikace a verbální paměti.

Ke vzniku afázie dochází u velmi těžkých stavů (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Jedná se zejména o encefalitidy (zánět mozku) a meningoencefalitidy (zánět mozkových blan) (Klenková, 2006). Mohou být způsobeny různými viry, některými bakteriemi nebo parazity. Klinický obraz encefalitidy je charakteristický rychlým nástupem projevů, které se mnohdy kombinují s příznaky meningitidy. Objevuje se horečka, poruchy vědomí, chování, poruchy hybnosti (dyskinézy, ataxie, léze hlavových nervů, parézy končetin, křeče) (Rozsypal, 2015).

Hedge, Freed (2011) uvádí, že některé druhy virových infekcí (příušnice, spalničky, neléčená syfilis) nebo HIV a AIDS mohou způsobit afázii.

Intoxikace mozku

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) uvádí, že afázie může vzniknout při intoxikaci mozku, která je způsobena vyšší konzumací alkoholu, užívání drog nebo otravou jedovatými plyny, např. oxidem uhelnatým.

Atrofické a degenerativní onemocnění CNS

Degenerativní onemocnění nervového systému má společné rysy: plíživý začátek, progresivní průběh, často familiární výskyt (Seidl, 2008).

Dle Obereignerů (2013) se u demencí, zejména u těžších stádií objevují poruchy řeči. Nalezneme je jak u korových (např. Alzheimerova nemoc), tak subkortikálních demencí (Parkinsonova nemoc).

Orel (in Orel a kol., 2012) klasifikuje demence na:

- Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) – Alzheimerova demence, korová demence s Lewyhotělísky, demence při Parkinsonově chorobě, Pickova choroba, Huntingtonova choroba, frontální a frontotemporální demence.
- Sekundární (symptomatické) – ischemicko-vaskulární, infekční, metabolicky a toxicky podmíněné, korové a podkorové.

Alzheimerova nemoc tvoří 50–65% všech demencí. Hlavním příznakem je porucha paměti zasahující řečový projev. Typické jsou problémy s výbavností slov, zjednodušení obsahové stránky řeči, parafatická řeč, hledání slov, odbíhání od tématu (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

U Parkinsonovy nemoci je v popředí pomalu nastupující dysartrie, hypofonie, porucha iniciace řeči. Neobjevují se parafázie a poruchy porozumění jako u Alzheimerovy nemoci (Obereignerů, 2013).

Dětská afázie

Čecháčková (in Vitásková, Mlčáková, 2013) zmiňuje pojem dětská afázie, která postihuje dosud normálně vyvíjející se CNS. Příčiny jsou stejné jako u dospělých, kromě CMP. Výjimkou je krvácení do subarachnoideálního prostoru. Dětskou afázi nejčastěji způsobují kraniocerebrální traumata.

Obereignerů (2013) mezi příčiny afázie řadí také epilepsie (především fokální).

1.4 Symptomatologie

Symptomy afázie jsou variabilní, vyskytují se v různé míře a kvalitě (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Peutelschmiedová (2005) uvádí osm základních symptomů afázie. Jsou to poruchy fluence, poruchy pojmenování (anomie), řečové automatismy, perseverace, agramatismy, parafázie, poruchy rozumění řeči, poruchy řeči čtené a psané.

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) mezi symptomy zařazuje také neologismy, logorheu a parafrázie.

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) uvádí, že mezi nejčastější symptomy afázie patří dysnomie a parafrázie.

Afázie je spojena s dalšími obtížemi v oblasti čtení, psaní, ale i ortografií a syntaxi. Patří mezi ně alexie, agrafie, agramatismy, akalkulie, apraxie a agnozie (Vitásková in Vitásková, Mlčáková, 2013).

Poruchy fluence a prozodie řeči

Fluence znamená plynulost řečového projevu. Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) se za normální tempo řeči považuje produkce asi 120 slov za minutu. Narozdíl od Cséfalvaye (in Cséfalvay, Traubner, 1996), kteří uvádí interval více než 90 slov za minutu. Nonfluentní řečový projev se vyznačuje poklesem nad 50 slov za minutu. Hyperfluence, zvýšená produkce řeči přesahuje 200 slov za minutu (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Anomie

Anomie je porucha pojmenování, kdy jedinec s afázií hledá adekvátní slovo při pojmenování známých předmětů i osob (Peutelschmiedová in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005). V rámci překonání těžkostí při vyhledávání slov používá pacient nejčastěji opis slova nebo slovo s podobným významem (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Anomie je přítomna u všech typů afázie (Cséfalvay in Kerekrétiiová, 2009). Cséfalvay (in Cséfalvay, Traubner, 1996) uvádí, že se vyskytuje i u jiných neafatických poruch, například při demenci.

Řečové automatismy

U těžkých stupňů afázie se objevuje stereotypní opakování slabik a slov, neologizmů nebo frází. Jedná se o produkci tzv. iteračních stereotypií, sérii slabik bez významu („toto-toto“) a žargonových stereotypií („lokely nad, lokelynad“).

Řečové automatismy nejčastěji pozorujeme u globální afázie (Davis in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Perseverace

Setrvávání u jednoho podnětu, i když už daný podnět nepůsobí, nazýváme perseverací (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Jak uvádí Dvořák (2007) jedinec opakuje slova nebo věty po sobě samém, v odpovědích ulpívá na určitých slovech, slovních spojeních.

Perseveraci je nutné odlišit od echolálie, kdy osoba s afázií opakuje slabiky, slova a věty po druhých (Písecká in Lukáš, Žák, 2014).

Agramatismy

Agramatismy se nejvýrazněji manifestují při snaze vytvořit určitý gramatický celek (Písecká in Lukáš, Žák a kol., 2014).

Nejčastěji se jedná o nesprávné časování a skloňování (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996). Klient vynechává spojky a předložky, pomocná slovesa, sdělení má charakter telegrafické řeči (Písecká in Lukáš, Žák a kol., 2014).

Parafázie

Dle Dvořáka (2007) je parafázie neúmyslné nahrazování slov jiným slovem. Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) definuje parafázii jako deformaci slov různého typu a stupně. Rozlišuje tři typy parafází – fonemickou, žargonovou a sémantickou.

U fonemické parafázie je slovo deformováno, ale obsahuje některé správné prvky. Nejčastěji o záměnu fonému (papír – patír). Deformace slov k nepoznání je typická pro žargonovou parafázii (kekule, džonto aj.) (Dvořák, 2007).

Při sémantické parafázii si pacient nemůže vzpomenout na zamýšlené slovo a nahrazuje jej opisem nebo slovem významově podobným (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Poruchy porozumění řeči

Poruchy porozumění jsou variabilní, nemusí být zjevné při prvním kontaktu. I přes těžký deficit porozumění může jedinec s afázií reagovat na příkaz správně, protože pochopí kontext situace (Klenková, 2006). Písecká (in Lukáš, Žák, 2014) uvádí, že klient dokáže vnímat nonverbální složku komunikace.

Může být narušeno porozumění izolovaným slovům, větám nebo syntakticky náročnějším celkům (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) poukazuje na nutnost podrobného vyšetření rozumění. Považuje ho za jedno z nejdůležitějších kritérií hodnocení, které je předpokladem pro další vyšetření.

Poruchy řeči čtené a psané

„Alexie je porucha nebo ztráta schopnosti číst nebo rozumět psané řeči“ (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007, str. 167).

Kertesz (in Kulišťák, 2011) uvádí formy, ve kterých se může vyskytovat: alexie bez agrafie, alexie s agrafií, afatická alexie, hemialexie, pseudoalexie a unilaterální paralexie.

Agrafii definuje Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) jako ztrátu nebo poruchu schopnosti psát, motorická funkce ruky je zachovaná.

Hácaen (in Kulišťák, 2011) člení agrafii na: agrafii s expresivní afázií, senzorickou agrafii, parietální agrafii, agrafii při kondukční afázií.

Neologismy

Pro neologismy je typické vytváření tzv. slovních novotvarů, které nemají žádný význam (Dvořák, 2007). Záměnou hlásek, slabik a slov vznikají nesmyslná sdělení (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Logorhea

Dvořák (2007) označuje logorheu jako překotnou řeč, nepřetržitý a nezastavitelný proud řeči. Řeč je obtížně srozumitelná v důsledku žargonových parafrází (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Parafrázie

Je součástí expresivní (Brocovy afázie). Projevuje se jako snížená schopnost až neschopnost větného vyjádření, kdy afatik ve svém vyjádření často používá tzv. slovní trosku. Jedná se o fragment – jediné slovo, které používá v četných modulacích (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

1.5 Klasifikace

Klasifikace afázií je nejednotná, stejně jako různorodé pohledy na definici afázie. V současnosti na afázie nahlížíme komplexněji, neboť je považujeme jako součást souboru vyšších kortikálních poruch (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Kagang, Saling (in Obereignerů, 2013) charakterizují různé klasifikační systémy. Jedná se o symptomaticky orientovaný přístup, který vychází z lingvistických kritérií a afázií pojímá jako generalizovanou poruchu řeči s různými variacemi poruch řečových modalit. Druhý klasifikační systém představuje Bostonská afaziologická škola (N. Geschwind, H. Goodglas, E. Kaplanová), orientující se na topiku léze specifických oblastí mozku. Třetím typem je přístup, který zastupuje ruská neuropsychologická škola (A. Lurija, L. S. Cvetkovová). Afázie dělí dle topiky léze prostřednictvím identifikace primárního defektu (srov. Vitásková, Mlčáková, 2013).

Přístupy ke klasifikaci afázií jsou podmíněny také německou neurologickou školou (K. Poeck, A. Leischner), britskou neuropsychologickou školou (D. Howard), kanadskou (A. Kertesz) a italskou (L. Vignolo, A. Basso) afaziologickou skupinou (Obereignerů, 2013).

V klinické praxi se nejčastěji setkáme s dělením afázie na sensorickou (Wernickeho, receptivní), motorickou (Brocova, expresivní) a totální (globální) (Klenková, 2006). Vzhledem ke složitosti struktury fatických funkcí, je nutné konstatovat, že se v současnosti jedná o velmi zjednodušenou klasifikaci (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Mezi další klasifikace patří Lurijova klasifikace afázií, která je orientovaná na funkční bloky a kortikální zóny mozku (Klenková, 2006). Kimlova klasifikace užívaná zejména foniatry, vychází z patofyziologie poruch základních funkcí řeči, popisující jednotlivé typy afázie (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996). Peutelschmiedová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) uvádí, že v českých zemích přetrvává tradice Hrbkovy klasifikace afázie. Podle této klasifikace základní mechanismus řeči tvoří šest korových okrsků a jejich spojů (Hrbek in Klenková, 2006). O prvky Hrbkovy teorie se opírá Olomoucká klasifikace, která vznikla na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc pod vedením M. Čecháčkové. Respektuje lokalizaci léze v daném mozkovém laloku, která je charakterizována specifickými symptomy (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Mezi nejznámější a nejfrekventovanější klasifikace patří tzv. Bostonský klasifikační systém, který se autorka rozhodla rozpracovat podrobněji. Domnívá se, že důvodem jeho častého využití je jeho přehlednost a hodnocení jednotlivých řečových modalit. S diagnostikou dle Bostonské klasifikace se setkala v průběhu svých logopedických praxí.

1.5.1 Bostonská klasifikace

Bostonská klasifikace je nejužívanější klasifikací s nejstaršími kořeny. S jejími základy se lze setkat v pracích Broca a Wernickeho (Obereignerů, 2013).

Klasifikace vychází z lokalizace léze specifických oblastí mozku (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Převažuje zde lingvistický aspekt, nevyšetřuje se praxie, gnozie, orientace v prostoru a další (Klenková, 2006). Hodnotí čtyři základní kritéria a to pojmenování, opakování, porozumění, fluenci (Obereignerů, 2013).

Dělí afázie na nonfluentní a fluentní. Mezi fluentní typy patří Wernickeho, anomická, konduktivní a transkortikální sensorická afázie. Do skupiny nonfluentních afázií je řazena globální, Brocova, transkortikální motorická a transkortikální smíšená afázie (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Brocova afázie

Spontánní řečová produkce je namáhavá, tempo řeči je výrazně zpomalené. Může být přítomna orální apraxie a dysartrie. Vyskytují se sémantické nebo fonemicképarafázie, perseverace. Jedním z nejnápadnějších příznaků je agramatismus (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). V řeči se objevují zejména podstatná jména, slovesa omezeně. Při poruchách pojmenování, pacienti často význam nebo charakteristiku slova opisují, tzv. cirkomlokuje. Porozumění řeči není výrazně narušené. Mohou se vyskytovat problémy při porozumění složitějších vět (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007). Obtíže mají při opakování vět, při těžších stupních zopakují slovo parafaticky (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Velmi často je přítomna alexie a agrafie, příznaky jsou velmi podobné jako obtíže v mluvení řeči. V klinickém obrazu bývá často paréza a plégie horní končetiny, proto se snaží psát nepostiženou (pro většinu nedominantní) rukou (Cséfalvay in Kerekrétiová a kol., 2009).

Brocova afázie často přechází do transkortikální, kondukční nebo anomické afázie (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Globální afázie

Jedná se o nejtěžší typ afázie, při kterém jsou postiženy všechny fatické funkce (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Ve spontánní řeči se vyskytují řečové stereotypie, nejčastěji perseverace slabiky („to-to“) nebo stereotypní opakování neologismu („zibala-zibala“). Totéž můžeme pozorovat při opakování slova, věty nebo při pojmenování. Porozumění je narušeno, v důsledku poškození v levém temporálním laloku. Často nereagují ani na základní výzvy (Cséfalvay in Kerekrétiová, 2009). Některé afatiky s méně výrazným narušením, lze naučit používat náhradní komunikační strategie (obrázky, piktogramy, kreslení). Je přítomno výrazné narušení grafie a lexie. Při čtení je vzácně zachována schopnost identifikace známého slova (např. vlastního jména), při psaní se může zachovat parciální forma slova, nejčastěji se však objevuje čmárání (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Tento klinický obraz často pozorujeme na jednotkách intenzivní péče (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Dle Neubauera (in Neubauer a kol., 2007) stav může přetrvávat nebo přechází do obrazu motorické afázie.

Transkortikální afázie

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) se tento typ v klinické praxi vyskytuje přechodně. U transkortikálních afázií je zachováno opakování slov, často bez porozumění obsahu.

Transkortikální motorická afázie

Spontánní řeč je minimální, tvořena s námahou. Má echolalický charakter. Porozumění je narušeno méně, problémy se objevují při porozumění delším větám nebo logicko-gramatickým strukturám. Je zachována schopnost reprodukce slov, někdy i kratších vět. Čtení může být zachováno, zejména hlasité čtení je narušeno méně. Některým slovům a větám, které přečetli, však nemusí zcela rozumět (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Při psaní pozorujeme těžkosti při vyhledávání slova, opis slov a vět může být téměř intaktní (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Příznaky se mohou upravit nebo přecházet do anomie (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Transkortikální smíšená afázie

Klinický obraz se podobá globální afázii. Je však zachováno opakování slov, někdy kratších vět. Řečová produkce je echolalická, vyskytují se perseverace. Deficit se projevuje v porozumění i pojmenování (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Love, Webb (2009) upozorňují na časté deficity zrakového pole a jiné neurologické poruchy.

Transkortikální senzorická afázie

Spontánní řeč je fluentní, chybí porozumění (Neubauer in Neubauer a kol., 2007). Obsahuje sémantické parafázie, má echolalický charakter (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996). Jsou schopni opakovat věty, aniž by porozuměli významu. Čtení je bezchybné, ale bez porozumění obsahu textu. Psaní je narušené, formální stránka však může být v pořádku (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Stejně jako transkortikální motorická dochází k úpravě nebo přechází do anomie (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Wernickeho afázie

Nejnápadnějším příznakem je porucha porozumění řeči (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2012). Řečová produkce je fluentní, až nadměrná (tzv. logorhea) (Love, Webb, 2009). V spontánní řeči se objevují neologismy, fonemické a sémantické parafázie (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996). Informační hodnota řeči je téměř nulová, avšak slova (i parafázie a neologismy) jsou ve správném gramatickém tvaru (Obereignerů, 2013). Opakování slov a vět je narušeno, některá slova nahrazují jinými. Porucha pojmenování se manifestuje sémantickými parafáziemi. Čtení je výrazně narušeno, občas může být zachováno hlasité čtení izolovaných slov, slabik. Při psaní se objevují paragrafie, zkomoleniny. Formální stránka psaní nebo psaní vysoce automatizovaných slov může být intaktní (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Dle Neubauera (in Neubauer a kol., 2007) inkohrentní způsob mluvy, neuvědomění si poruchy řeči, mylně budí dojem psychiatrického onemocnění. Projevy vyúsťují do anomie.

Konduktivní afázie

Spontánní řeč je plynulá, vyskytují se četné parafázie (zejména fonemické), pauzy, obtíže při vyhledávání správných slov (Love, Webb, 2009). Porozumění nebývá narušeno. Opakování slov a vět ve srovnání se spontánní řečí je výrazně horší, zejména u dlouhých a nízko frekventovaných slov (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007). Love, Webb (2009) uvádí, že tito pacienti mají problémy v konfrontačním pojmenování. Tiché čtení s porozuměním bývá zachováno, při hlasitém čtení jsou přítomny parafázie. Při psaní méně frekventovaných, neznámých slov nebo diktátě se objevují paragrafie (Kerekrétiová, 2009).

U tohoto typu afázie je dobrá prognóza, mohou přetrvávat anomická rezidua nebo se stav zcela upraví (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Anomická afázie

Love, Webb (2009) se shodují, že o tzv. anomickou afázii se jedná, pokud je nejnápadnějším symptomem afatického syndromu. Dle Neubauera (in Neubauer a kol., 2007) je často přítomná u všech typů afázii nebo může být reziduem po úpravě jiných typů afázie.

Spontánní řeč je fluentní, přerušovaná v důsledku vyhledávání správných slov. To se může projevat jako anomická pauza nebo cirkumlouce (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Pojmenování je nepřesné, objevují se zejména sémantické parafázie (Love, Webb, 2009). Porozumění a opakování je většinou intaktní. Poruchy lexie nejsou přítomny, grafie je

přerušována pauzami, mohou se vyskytnout sémantické paragrafie (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002).

Love, Webb (2009) uvádí, že anomie je běžným příznakem syndromu progresivní afázie, který byl poměrně nedávno popsán. Jedná se o pomalu progredující afázii bez generalizované demence. Jazykové funkce se postupně rozpadají, ostatní kognitivní schopnosti jsou zachovány. Anomie bývá prvotním příznakem, objevuje se špatné sluchové porozumění zadržávání, poruchy čtení a hláskování.

Základní charakteristiku klinických syndromů afázie podle Bostonské klasifikace uvádí tabulka č. 1 (převzato z Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2009, str. 18).

Tabulka 1 Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie

Klinický syndrom afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brocova afázie	Nonfluentní	Lehké až těžké poruchy	Narušeno	Narušeno
Globální afázie	Absentuje řečová stereotypie	Těžce narušeno	Těžce narušeno	Těžce narušeno
Transkortikální motorická afázie	Nonfluentní	Lehké až středně těžké poruchy	Zachováno, případně lehce narušeno	Narušeno
Směšená transkortikální afázie	Nonfluentní	Těžce narušeno	Zachováno, mírně narušeno	Narušeno
Wernickeho afázie	Fluentní	Těžce narušeno	Narušeno	Narušeno
Konduktivní afázie	Fluentní	Lehce narušeno	Výrazně narušeno	Lehce narušeno
Amnestická afázie	Fluentní	Lehce narušeno	Zachováno	Narušeno
Transkortikální sensorická afázie	Fluentní	Těžké poruchy	Zachováno	Narušeno

Podle Koukolíka (2000) není rozdělení řečových oblastí na motorickou (Brocova) a sensorickou (Wernickeova) není jednoznačné. Na základě počítačové tomografie, bylo

zjištěno, že neurokognitivní síť jazyka a řeči je mnohonásobně rozsáhlejší a tvoří ji korové i podkorové oblasti obou hemisfér. Léze tak přesahují Brocovu i Wernickeovu oblast.

1.6 Diagnostika

„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 in Neubauer a kol., 2007, str. 53).

Je nezbytnou součástí komplexní diagnostiky osob, která je zajišťována víceborovým týmem, jehož součástí je neurolog, klinický psycholog či neuropsycholog a sociální pracovník (Neubauer in Neubauer a kol., 2007). V důsledku stále rozvíjejících a zdokonalujících se zobrazovacích metod mozku zdůrazňuje Peutelschmiedová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) z nezbytnost znalosti základů neurologické diagnostiky ze strany logopeda.

Podle Cséfalvay (in Lechta a kol., 2003) by měla diagnostika řeči zahrnovat vyšetření:

- spontánní řeči,
- porozumění,
- opakování,
- pojmenování,
- psaní a čtení.

Diagnostika afázie se opírá o klinické vyšetření nebo standardizované testy (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Klinické vyšetření nehodnotíme skórováním, ale zaměřujeme se na symptomy dané poruchy. Snažíme se o hlubší kvalifikaci vyšetření (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002). Popis klinického vyšetření přibližuje například Čecháčková (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) nebo Cséfalvay (in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Cséfalvay (in Cséfalvay a kol., 2007) člení testy afázie do tří skupin: screeningové testy afázie, komplexní testy afázie a speciální testy afázie.

1.6.1 Screeningové testy afázie

Používají se v akutním stádiu, tedy u jedinců s podezřením na poruchy fatických funkcí (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Jak uvádí Cséfalvay (in Lechta, 2003) mezi screeningové testy patří například AachenerAphasiaBedside Test (AAT-BT; Biniek a kol., 1992) nebo

Frenchay Aphasia Screening test (FAST; Biniek a kol., 1992). Spreen, Risser (2003) ve své publikaci zmiňují další screeningový test, Sklar Aphasia Scale (SAS; Sklar, 1983).

V České republice jako screeningovou metodu využívají kliničtí logopedi Token test (DeRenzi, Vignolo, 1962). Test hodnotí zejména percepční schopnosti a krátkodobou verbální paměť (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007). Test může být kromě screeningu, také součástí komplexního vyšetření (Neubauer in Neubauer a kol., 2007). Dále mezi screeningové metody používané v České republice patří Mississippi Aphasia Screening Test (MAST; Nakase – Thompson, 2004) a experimentální verze Aphasia Screening Test (AST; Preiss a kol., 1999) (Cséfalvai in Cséfalvai a kol., 2007).

1.6.2 Komplexní testy afázie

Komplexní testy lze použít u klientů v subakutním a chronickém stádiu, kde je klinický obraz ustálený a jsou schopni delší spolupráce. Podle toho, na co se testy zaměřují, je rozdělujeme na kvantitativní a kvalitativní (Cséfalvai in Cséfalvai a kol., 2007).

Kvantitativně orientované testy afázie

Testy pozorují symptomy afázie a její rozsah. Hodnotí výkony v jednotlivých řečových modalitách (spontánní řeč, opakování, pojmenování, porozumění) na základě kterých, můžeme klienty s afázií klasifikovat do klinických syndromů.

Mezi kvantitativně orientované testy patří Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE; Goodglas, Kaplanová, 1972) a strukturou velmi podobný Western Aphasia Battery (WAB; Kertesz, 1982) nebo Pražské afaziologické vyšetření (PAV; Mimrová, 1997) (Cséfalvai in Cséfalvai a kol., 2007).

Kvalitativně orientované testy afázie

Kvalitativně orientované testy afázie se zaměřují na způsob a kvalitu řešení úkolu. Cílem není jen to, zda klient úlohy vyřeší, ale především jeho odpovědi (Cséfalvai in Cséfalvai a kol., 2007).

Mezi kvalitativně orientované testy můžeme zařadit Lurijovo neuropsychologické vyšetření (Lurija, Christensonová, 1975; Preiss a kol., 1998), kognitivně-neuropsychologický přístup nebo testy orientované na funkční komunikaci osob s afázií, např. CADL-2 (Communicative Activities of Daily Living; Holland, Frattali, Fromm, 1999). Do souboru

kvalitativně orientovaných testů patří také Vyšetření fatických funkcí (VFF; Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002) (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

1.6.3 Speciální testy

Cséfalvay (in Cséfalvay a kol., 2007) uvádí, že speciální testy jsou sestaveny pro specifickou populaci s afázií, tedy hodnotí jen některé řečové funkce. Mohou být součástí komplexních testů, a používají se, když je třeba se při diagnostice zaměřit jen na určitou oblast.

Boston Naming test (BNT; Kaplan, Goodglas, Weintraub, 1983) hodnotí schopnost osoby pojmenování 60 černobílých obrázků reprezentujících slov. Bilingual Aphasia Test (BAT; Paradis, 1987) hodnotí afázie u bilingvních klientů. Existuje několik verzí (anglicko/japonská, anglicko/španělská, anglicko/francouzská aj.). Do speciálních testů patří i Token test (De Renzi, Vignolo, 1962), který hodnotí míru narušeného porozumění u osob s afázií. Bývá využíván i jako screeningová metoda, vzhledem k tomu, že všichni klienti s afázií, bez ohledu na typ, dosahují výkonu pod hranicí normy (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

1.6.4 Diferenciální diagnostika afázie

V rámci diferenciální diagnostiky je nutné odlišit afázií především od dysartrie. Neschopnost odlišení afázie od dysartrie bývá nejčastější diferenciálně diagnostickou chybou (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) vychází z psycholingvisticky orientovaného přístupu, který se zaměřuje na zjištění dominantní příčiny poruchy. Základním cílem diferenciální diagnostiky v oblasti neurogeních řečových poruch je odlišit poruchy na bázi postižení:

- motorických řečových mechanismů (dysartrie, řečová dyspraxie),
- individuálního jazykového systému (vývojová dysfázie, afázie),
- kognitivně-komunikačních funkcí (demence, poruchy verbální paměti a další),
- primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie).

Afázie je porucha individuálních jazykových schopností. Je vždy vícemodální, projevuje se jako snížená schopnost dekódovat nebo používat slova a větší syntaktické celky (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

U klientů s dysartrií je primárně narušena motorická realizace řeči, v důsledku organického poškození centrální nervové soustavy. V různé míře a rozsahu jsou narušeny základní modalita motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace (Neubauer in Neubauer a kol., 2007). U dysartrie nejsou porušeny symbolické – fatické funkce (grafie, lexie, gnozie, kalkule atd.), porozumění řeči je intaktní, parafázie se nikdy neobjevují. Můžeme pozorovat narušení grafomotoriky, nejedná se však o poruchu grafie ve smyslu kvality a obsahu psaného. Těžkosti v artikulaci jsou konstantní (Čecháčková in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

Řečová dyspraxie je získané narušení schopnosti vykonávat volní artikulační pohyby (Písecká in Lukáš, Žák a kol., 2014). Jedinec chybně nastavuje mluvidla, objevují se nekonstantní chyby při tvoření jednotlivých hlásek, záměny, vynechávání, perseverace, mírné poruchy prozódie. Jak uvádí Neubauer (in Neubauer a kol., 2007) u orální dyspraxie dochází k deficitu v napodobování motorické činnosti (pohyby rtů, čelisti, jazyka)

Poruchy způsobené úrazy CNS nebo degenerativními onemocněními, při kterých jsou porušeny zejména kognitivní funkce a následně funkce řečové označujeme jako kognitivně komunikační (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

Demence je charakteristická úbytkem paměťových a intelektových funkcí, které se projevují poruchami verbální paměti a používání řeči pro smysluplnou komunikaci (Pidrman, 2007). Nejedná se o prvotně řečové a jazykové poruchy (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

2 TERAPIE AFÁZIE

Druhé kapitola se zabývá terapeutickými přístupy a jejich technikami v intervenci afázie. Závěr kapitoly je věnován přehledu a charakteristice terapeutických materiálů pro logopedickou intervenci osob s afázií, které jsou dostupné v ČR.

Jak uvádí Klenková (2006) skutečný rozvoj terapie byl zaznamenán po I., zvláště II. světové válce, kdy vzrostl počet pacientů s lokálním poškozením mozku. Začaly vznikat pracoviště, z kterých se později vyvinuly jednotlivé afaziologické školy.

V posledních třech desetiletích 20. století došlo k rozvoji terapeutických směrů, kdy se do terapie osob s afázií kromě logopedů, zapojili i neuropsychologové, psycholingvisté, foniatři a další (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

Společnou a jednou z nejdiskutovanějších otázek afaziologie, je míra efektivity terapie. Klinický obraz afázie je proměnlivý, v prvních dnech až měsících často dochází k spontánní úpravě. Klinický logoped si tedy často klade otázky, které se vztahují k době zahájení terapie, délce trvání, intenzity nebo jejích výsledků (Neubauer in Neuabauer a kol., 2007). Terapii nejvíce ovlivňuje samotné organické poškození, rozsah a lokalizace mozkové léze a následně i stupeň a typ poškození fatických funkcí (Obereignerů, 2013). Podle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička a kol., 2007) by terapie měla být zahájena od jejího počátečního, akutního stadia až do období stabilizace. Cséfalvay (in Cséfalvay a kol., 2007) spatřuje význam logopedické péče v akutním stadiu zejména v poradenství. Cílem terapie v chronickém stadiu je obnovit narušené sociální kontakty a zapojení pacienta do sociálního prostředí.

V terapii afázie má dlouhou historii také farmakologická léčba, ale bez výrazných výsledků. S rozvojem poznatků o funkci jednotlivých neurotransmiterů, vzrostla snaha využití medikamentů v rehabilitaci afázie. Působením na specifické neurotransmiterové systémy lze ovlivnit některé jazykové funkce, jako např. verbální fluenci a paměť. I přesto, že farmakologická léčba jistě nenahradí tradiční terapeutické metody afázie, ale do budoucna by mohla být jejich významným doplněním (Love, Webb, 2009).

V současnosti se v praxi uplatňuje trend přenést terapii do přirozeného prostředí klienta a být schopen uplatnit získané dovednosti i mimo podmínky ambulance (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

2.1 Terapeutické přístupy

V terapii afázie dominují dva terapeutické směry. Jedná se o kognitivně-neuropsychologický přístup a funkcionálně (pragmaticky) orientovanou terapii. Neméně důležité jsou také speciální postupy, které jsou určeny klientům s výrazným narušením exprese řeči (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

2.1.1 Kognitivně neuropsychologický přístup k terapii afázie

Přístup se zaměřuje na obnovu nebo kompenzaci jazykových procesů. Jedním se základních principů kognitivně neurologického přístupu je předpoklad, že se na realizaci jakékoli kognitivní funkce podílí několik komponent (modulů). Modul je znázorňován pomocí obdélníku a šipek, které je spojují. Úkolem kognitivně neuropsychologické diagnostiky je identifikace narušeného modulu, resp. více modulů. Na základě složitého testování klientů vzniká pracovní hypotéza, tj. identifikace narušení některého modulu a následně plánování terapie (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005). Logoped na základě výsledků diagnostiky určí strategie, které budou při terapii použity. Vybírá sérii úloh, terapeutický materiál (obrázky, slova...), který je cílený na obnovu narušené funkce (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

V našich podmínkách se s modelem setkáme jen ojediněle. Jednou z příčin může být, že současná kognitivní neuropsychologie nenabízí definitivní model terapie vyšších psychických funkcí (Klenková, 2006).

2.1.2 Pragmaticky (funkcionálně) orientovaná terapie afázie

Při sledování komunikace osob s afázií, bylo zjištěno, že i přes těžké řečové poruchy, je úroveň pragmatických schopností dobře zachována (Neubauer in Neubauer a kol., 2007). Funkcionálně orientovaná terapie afázie se snaží co nejdříve jedince s afázií zařadit do společnosti, podpořit jej v komunikačních strategiích, učinit ho soběstačným a navodit oboustrannou komunikaci mezi terapeutem a klientem (Klenková, 2006).

Oproti tradičním terapiím, kdy je afatik zejména pasivním příjemcem terapie, je klient v rámci funkcionální terapie aktivní při stanovování cílů, výběru úkolů, střídá se v roli produktora a recipienta informace. Každý způsob komunikace (psaní, kresba, gesta, vč. agramatismů, fonologických parafází) je akceptován. Mezi nejvýznamnější představitele tohoto přístupu patří například Hollandová (1977), Pennová (1993) nebo Kaganová (1998).

Mezi pragmaticky orientované techniky patří PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness – Pomoci pacientům s afázií zefektivnit jejich komunikaci) autorů Davise a Wilcoxonové (1985), konverzační trénink (Hollandová, 1997) a podpůrná komunikace (Kaganová, 1998) (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

PACE= Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness

(Pomoci pacientům s afázií zefektivnit jejich komunikaci)

Jak uvádí Cséfalvay (in Cséfalvay, Traubner, 1996) technika, kterou v roce 1985 popsali Davis a Wilcoxová, se zaměřuje na zlepšení efektivity komunikace osob s afázií.

Podstatou terapie je modelování přirozené situace, při které dochází k výměně nové informace. Je nutné respektovat vzájemnou výměnu rolí produktora a recipienta. Terapeut má možnost modelovat komunikaci (např. v roli produktora použít způsob komunikace, o kterém si myslí, že by mohl být pro afatika prospěšnější a pomohl mu vysílat novou informaci). Následně terapeut i pacient střídavě zjišťují, co mají před sebou na obrázku (obrázky předmětů a činností, dějové obrázky, případně kratší text). Aby byla nová informace co nejpřesnější a charakter komunikace odpovídal přirozené situaci, stimulační materiál vidí jen ten, kdo bude informaci vysílat. Klient má možnost volného výběru komunikační modality jako verbální komunikace, kresba gestikulace, psaní aj. Závěrem je přirozená zpětná vazba, zda došlo pochopení/nepochopení informace) (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

Výhodou PACE a jeho rozšíření v klinické praxi je, že je aplikovatelný pro každý typ a stupeň afázie, je využitelný při skupinové terapii, i ve skupině heterogenních pacientů (např. s fluentní, nonfluentní afázií) (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

Konverzační trénink

Hollandová (1997), která je autorkou tohoto přístupu, uvádí, že cílem konverzačního tréninku je, aby jedinec s afázií během vysílání informace využil komunikační strategie (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Trénink se skládá ze dvou fází. První fází je příprava scénáře, kdy terapeut a klient sestavují společně scénář, který klient využije, pokud nastane nějaká překážka při vysílání informace (perseverace, nepochopení ze strany posluchače aj). Jedná se o věty (max. 6–8), klíčová slova nebo jejich schematické znázornění. Poté probíhá nácvik scénáře. Po několikanásobném opakování, se pozve do místnosti někdo z příbuzných, který scénář nezná. Klient má za úkol reprodukovat podstatné informace. Logoped zasahuje, pouze, není-li klient schopen pokračovat a také pomáhá identifikovat nejučinnější komunikační strategie. Tento

proces je zaznamenán na kameru a na základě společné analýzy, poskytuje klientovi s afázií zpětnou vazbu (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

Pokud to dovolí zdravotní stav klienta, je vhodné ho zařadit do skupinové terapie (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007). Jak uvádí Worall, Papathanasiou a Sherratt (in Papathanasiou, Coppens, Potagas, 2013) skupinová terapie nabízí mnoho příležitostí. Lidé s afázií zde mohou sdílet své frustrace a obavy, dostane se jim podpory a povzbuzení, naučí se porozumět sami sobě, osvojí si konverzační dovednosti s využitím totální komunikace a získají nové přátele.

V konverzační skupině je kromě zkušeného logopeda vhodný ještě jeden facilitátor, který bude pomáhat těm jedincům, kteří mají výraznější poruchy v porozumění řeči. Může napsat klíčová slova rozhovoru, ukázat na obrázek apod. Doporučená frekvence setkání je jedna hodina týdně při maximálním počtu šest osob (Neubauer in Neubauer a kol., 2007).

První autoři, kteří se zabývali konverzačním tréninkem u nás, byli Šebianová a Cséfalvay (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

Podpůrná komunikace

Představitelkou tohoto přístupu je Kaganová (1998), která je zakladatelkou centra pro afatiky v Torontu, které se zaměřuje na přípravu konverzačních partnerů.

Kaganová uvádí, že, aby byla komunikace co nejuspěšnější, měla by být rozšířena, na co nejvíce komunikačních partnerů. Přípravu komunikačních partnerů přirovnává k rampám, které umožňují přístup k místům, kam by se dříve nemohli dostat. Jedná se o osoby, které zaujímají důležité místo v životě klienta (rodina, přátelé, lékaři aj.) Jedním z prostředků komunikace je komunikační kniha pro afatiky. Obsahuje několik set černobílých piktogramů, je tedy i formou augmentativní komunikace (Cséfalvay in Lechta a kol., 2005).

2.1.3 Specifické terapeutické postupy

Pro pacienty v akutním stádiu, ale i chronickém stádiu s výrazným poškozením expresivní složky řeči byly vypracovány různé techniky, mezi které patří např. využití kresby (BDB), melodicko-intonační terapie (MIT), vysoce automatizované formy řeči aj. (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Kresba jako komunikační prostředek

Terapeutický program pro osoby s těžkými poruchami exprese, nazvali jeho autoři – Helmová-Estabrooksová a Albert jako „Back to the Drawing Board“. Používali sérii jednoduchých dějových obrázků nebo kreslených vtipů, za předpokladu, že jejich emoční náboj povzbudí klienta ke komunikační aktivitě. Vtipy si má klient zapamatovat a na základě výzvy je z paměti překreslit na papír. Cílem je, aby byl jedinec s afázií schopen zachytit jejich pointu a téma a detaily kresby byly rozpoznatelné pro neinformovanou osobu. Měl by být schopen používat tento způsob komunikace v každodenním životě, jestliže selhaly jiné formy dorozumívání (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Melodicko-intonační terapie

Schopnost zazpívat text a melodii známé písně i přes výrazné narušení produkce řeči je známá již velmi dlouho. První terapeutické využití zpěvu při práci s klienty s afázií přinesli Albert, Helmová a Sparks v roce 1973. Tito autoři vycházeli z předpokladu, že při intaktní pravé hemisféře budou klienti s afázií schopni zpívat texty známých písní. Při pravoemisférovém poškození se budou objevovat při zpěvu těžkosti (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996)

Terapie je vhodná pro jedince s unilaterálním ložiskovým poškozením, zejména s lézí v předních oblastech frontálního laloku (Brocově oblasti). Neefektivní je u bilaterálních lézí a lézí v temporálních oblastech mozku (především Wernickeho oblasti) (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

MIT se skládá z tří úrovní. Terapeut sedí naproti klientovi, tak, aby dobře viděl na jeho ústa. Drží jeho levou ruku, kterou bude provádět tapping každé slabiky určitého slova nebo fráze. V prvních dvou úrovních klient intonuje dobře odezíratelné frekventované fráze. Jedná se např. o pozdravy („dobrý den“), prosby („otevřete okno“), apod. V druhé úrovni reaguje klient po určité prodlevě, nevyžaduje se bezprostřední opakování fráze po logopedovi. Třetí úroveň se zaměřuje na nácvik komplexnějších celků, ale také na změnu intonace, která se co nejvíce podobá mluvené řeči (tzv. zpěvavá řeč) (Cséfalvay in Cséfalvay a kol., 2007).

Vysoce automatizované formy řeči

Lezak (in Lezak a kol., 2012) vymezuje automatismy jako přesnou reakci bez myšlení, mechanicky naučený materiál v dětství, často používaný během života. Patří mezi ně abeceda, číselné řady od 1 do 20, nebo desítky do 100, dny v týdnu, měsíce v roce, roční období, dlouhé praktické fráze. Košťálová (in Cséfalvay a kol., 2007) mezi nejfrekventovanější

automatismy přiřazuje také básně, písně, texty modliteb, přísloví, neúplné věty s logickým dokončením.

Automatismy vznikají spojením se situacemi, které se často opakují (např. pozdravím, když vejdu do místnosti). Opakováním dochází k fixaci a následné automatizaci (Lurija in Cséfalvay a kol., 2007).

Terapie je určena pro klienty v akutní, subakutní, chronické fázi a skládá se ze sérií snadných cvičení, které zvládnou i komunikační partneři, jejichž spolupráce se doporučuje (Košťálová in Cséfalvay a kol., 2007).

Tlumení perseverací (TAP)

Perseverace se vyskytují u jedinců s různou etiologií lézí mozku, nejčastěji však v předních částech mozku. Cílem této intervenční techniky je nácvik strategií, pomocí kterých lze perseverace dostat pod vědomou kontrolu a zlepšit tak spontánní verbální produkci řeči. Logoped využívá reálné předměty, popř. ilustrace předmětů, činností apod., které jedinec s afázií pojmenovává. Klient může také dokončovat věty, číst nebo opakovat slova. Neměly by se objevit více než 4 perseverace na 38 stimulů (Cséfalvay in Cséfalvay, Traubner, 1996).

2.2 Terapeutické materiály

Terapeutických materiálů pro logopedickou intervenci osob s afázií je v České republice velmi málo. V následujícím textu autorka uvádí přehled nejužívanějších terapeutických materiálů a zmiňuje se i o multimediálních programech pro klienty s afázií.

2.2.1 Obrázkový slovník pro afatiky

Obrázkový slovník vznikl v roce 1984, autorkou je Marie Truhlářová. Je určen odborným pracovníkům pro diagnostiku i terapii afázie (Truhlářová, 1984).

Obrazový materiál obsahuje 97 listů barevných obrázků (s názvy v tiskacím i psacím písmu), 1 list se samohláskami a 5 listů s číslicemi.

Obrázky jsou seřazeny celkem do 16 skupin: I. Samohlásky, II. Číslice, III. Některé části lidského těla, IV. Dům a jeho části, V. Bytové zařízení, VI. Části lidského těla, VII. Různé, VIII. Druhy jídel a nápojů, IX. Ovoce, zelenina a luštěniny, X. Dopravní prostředky, XI. Zvířata, ptáci, hmyz a plazi, XII. Květiny a stromy, XIII. Barvy, XIV. Činnosti, XV. Kontrasty, XVI. Popis děje.

Jednotlivé obrázky lze využít k terapii lexie, gnozie, grafie, porozumění, orientaci v prostoru, rozvoji slovní zásoby apod. Výběr vhodných úkolů a sestavení plánu terapie je v kompetenci logopeda. Je nutné respektovat individuální potřeby jedince s afázií jako je například věk, zdravotní stav, úroveň řečových schopností nebo jeho zájmy. Z důvodu data vydání obrázkového slovníku, již nejsou některé obrázky aktuální (Truhlářová, 1984).

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

Cvičebnice, jejíž autorkou je Miloslava Čecháčková (1998) je určena začínajícím logopedům a rodinným příslušníkům, klienta s afázií. Lze ji využít i pro reedukaci řeči u dysfázie, balbuties aj. Má formu pracovního sešitu a skládá se (obrázková i textová část) z osmi oddílů.

Oddíl I. Obrázková abeceda

První oddíl přiřazuje ke každému písmenu abecedy obrázky s odpovídajícími názvy (např. CH – chléb). Využíváme ho při poruše grafie, lexie i mnestických obtíží při spontánní řeči. Vychází z předpokladu, že určité písmeno, hláska, slabika, celé slovo se vybaví na základě vizuálního vjemu (Čecháčková, 1998).

Oddíl II. Samohlásky, Utváření artikulačního postavení slabik a jejich zařazení ve slovech na vizuálním základě

Jak uvádí Čecháčková (1998) používá sedruhý oddíl u těžkých forem afázie (totální, těžká expresivní, těžká integrační) pro utváření artikulační dynamiky. Skládá se z tří kroků:

- 1) cvičení na motoriku jazyka, rtů, tvářových svalů
- 2) navození samohlásek (A, E, O, I, U)
- 3) artikulační okrsky

Pro správné postavení mluvidel a dynamiky slabik, lze postupovat podle artikulačních okrsků, není to však pravidlem.

Oddíl III. Část A – Utváření artikulačního postavení souhlásek i slabik, spojování slabik do slov a jejich užití. Část B – Procvičování zapracovaných hlásek ve slovech a větách.

Tento oddíl můžeme kombinovat s oddílem II. Pořadí hlásek, s kterými začínáme: MN, MNB, MNBL, MNBLP, MNBLPF, MNBLPFV, MNBLPFVT, MNBLPFVTD a přidáváme hlásku: D, J, K, R, Ř, G, H, C, S, Z, Č, Š, Ž, CH (Čecháčková, 1998).

Oddíl IV. Soubor vět k obrázkům

Čtvrtou část cvičebnice tvoří obrázky s příslušnými větami. Je využitelná k nácviku lexie, pojmenování pojmů na obrázku, určování množství, směru nebo vyprávění děje (Čecháčková, 1998).

Oddíl V. Artikulační a dechová cvičení

Oddíl pracuje s bezsmyslnými slabikami, které čte klient na jeden nádech. Nejprve přečte vodorovně seskupení zdvojených slabik, poté svisle (je možné i na přeskáčku). Pokud zdvojené slabiky není schopen vyslovit, použijeme jednoduché (Čecháčková, 1998).

Oddíl VI. Obrázky pro nácvik fonemického sluchu

Jedná se o soubor obrázků k nácviku fonemického sluchu. Klientovi předřikáváme slova a on je po nás opakuje, nebo pokud se mu nedaří, předřikáváme slovo a on ukazuje příslušný obrázek (Čecháčková, 1998).

Oddíl VII. Pojmenování prstů. Pravo-levá orientace. Dny v týdnu. Měsíce v roce.

Charakteristiky ročních období. Kalkulie. Barvy. Doplňování slov do vět. Doplňování písmen do slov.

Cvičení jsou zaměřena na gnozii prstů ruky, doplňování vět, slov, tvorbu vět, počítání, tvorba významově podobných slov, grafii apod. Další možností je kresba jednotlivých prvků (kruh, kopec, tráva apod.) (Čecháčková, 1998).

Oddíl VIII. Ukázky vhodných článků pro reprodukci čteného textu

Závěrečný oddíl se skládá z dvanácti textů, které slouží nácviku lexie a reprodukci čteného textu. Postupujeme od jednodušších článků, např. „Hřiby“, „Ztráta“ k náročnějším, zohledňujeme i zájmy klienta a jeho vzdělání (Čecháčková, 1998).

2.2.3 Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie

Soubor cvičných textů byl vytvořen Miladou Mimrovou (1998) jako doplnění publikace Afázie (Kulišťák a kol., 1997). V této publikaci jsou popsány jednotlivé kroky, jak s texty pracovat (Mimrová, 1997).

Soubor cvičných textů se zaměřuje například na: doplňování správné koncovky do slov, textu, hledání časových údajů v textu, doplňování osobních zájmen v písničkách, určování vět, které dávají smysl, hledání antonym, synonym nebo tvorba vět s určenými slovy apod. (Mimrová, 1998).

Součástí je schéma Vyšetření fatických funkcí, které vychází z Hrbkovy neurofyziologické teorie s Pelikánovou korekcí. Obsahuje následujících jedenáct subtestů: spontánní řeč, opakování, rozumění mluvenému, pojmenování, automatické řady, zpěv, čtení, počítání ústní, počítání písemné, kreslení, psaní. V každém subtestu se hodnotí jedna složka komunikačního celku 1 až 10 body. Jednotlivé položky subtestů vyjadřují stupňující se nároky na výkon klienta, výsledkem zkoušky je tedy hodnota, ke které klient dospěl. Na základě bodového ohodnocení výsledků, zjišťujeme rozdíl mezi součtem dosažených bodů a bodů dosažitelných. Jejich podíl je procentuálním znázorněním výkonu. Výsledek se zanesse do grafu a informuje tak logopeda i pacienta o úspěchu intervence. Je však zejména ukazatelem míry poškození a uchovaných segmentů komunikace, z kterých při volbě terapie vychází (Mimrová, 1997).

2.2.4 Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie

Publikace byla vydána v roce 2002 Asociací klinických logopedů ČR. Autorem je kolektiv klinických logopedů – Cséfalvay, Košťálová, Klimešová. Cílem bylo vytvořit ucelený materiál pro diagnostiku a terapii afázie, alexie, agrafie.

Publikace se skládá ze tří částí. První část se zaměřuje na klinické syndromy afázie (bostonská klasifikace) a kognitivně-neuropsychologický přístup afázie, alexie, agrafie. Druhá část obsahuje vlastní vyšetřovací schéma – Vyšetření fatických funkcí, jehož součástí je i diagnostika čtení a psaní. Poslední díl je věnován konkrétním terapeutickým postupům, které jsou zaměřeny na obnovení narušených funkcí jako produkce a porozumění mluvené řeči, čtení a psaní. Terapie afázie, alexie, agrafie je zpracována na úrovni slov. Vychází z předpokladu, že u klientů v akutním, subakutním a chronickém stádiu převažují problémy se slovy: produkcí, porozuměním, čtením a psaním. Soubor je tvořen pracovními listy nebo terapeutickými postupy, vhodnými i pro rodinné příslušníky, kteří jsou důležitou součástí

procesu reedukace. Klienti by měli být schopni spolupráce minimálně 10–20 minut (Cséfalvai, Košťálová, Klimešová, 2002).

Terapeutický materiál se skládá ze sedmi částí (Cséfalvai, Košťálová, Klimešová, 2002):

Postupy při obnovování grafomotorických dovedností

Při afáziích jsou často přítomné poruchy hybnosti (hemiparéza, hemiplegie), které výrazně omezují, až znemožňují schopnost psaní nebo kreslení. Série cvičení, která jsou ve formě pracovních listů, umožňují i samostatnou práci. Cvičení chápeme jako přípravu k terapii agrafie. Kromě stimulace grafomotorických schopností, obnovujeme i vyšší psychické funkce (pozornost, vizuální gnózií aj.).

Techniky sémantické facilitace

Předmětem terapie je výběr sémantických kategorií. Klient identifikuje prvek, který do dané sémantické kategorie nepatří. Cvičení by logoped měl uzpůsobit dle aktuálních potřeb klienta. Instrukce formuluje tak, aby byly srozumitelné i pro osoby s těžkými poruchami porozumění, tzv. instrukce „A“. Pro ty, kteří zvládli první část úlohy, je určena instrukce „B“, kde požadujeme, aby svoje řešení vysvětlili.

Terapeutické postupy při poruchách produkce řeči

Terapie anomie je založena na principu, aby jedinec s afázií pochopil a zjistil strategii, kterou může použít při hledání vhodného slova. Doporučuje se nácvik maximálně deseti slov, které logoped volí před zahájením každé terapie. Po zvládnutí této fáze, pomocí různých cvičení, zapojujeme slova do vět.

Terapeutické postupy při poruchách porozumění mluvené řeči

Poruchy porozumění vznikají z různých příčin. Postupy se zaměřují na poruchu fonologické analýzy, fonologického vstupního lexikonu a sémantického systému. Při narušení fonologické analýzy diferencujeme fonémy nebo slabiky. Pokud je deficit ve fonologickém vstupním lexikonu, využíváme tzv. lexikální posuzování. Klient rozlišuje, zda je slyšený stimul reálné nebo uměle vytvořené slovo. Porozumění významu slov procvičujeme při narušení sémantického systému.

Terapeutické postupy při alexii

Terapeutické postupy jsou seřazeny podle toho, jak postupujeme při čtení s porozuměním a později i při čtení hlasitým. Při identifikaci písmen začínáme od vyhledávání znaků, které jsou písmenům podobná, přes izolovaná písmena až k slabikám. Stimulace ortografického vstupního lexikonu je založena na vyhledávání daného slova mezi ostatními slovy. Lexikálně-sémantickou cestu rozvíjíme hledáním tzv. sémantického distraktoru (prvek, který nepatří do dané kategorie). Závěrem souboru je hlasitá četba textu a následné kontrolní otázky, které klade logoped.

Terapeutické postupy při agrafii

Při terapii agrafie zařazujeme různá cvičení. Jedná se například o opisování písmen z paměti (na základě krátkodobé prezentace), opis podle vzoru, poskládání slova z obrázku pomocí izolovaných písmen.

Terapeutické materiály: obrázky, slova, abeceda, schémata

2.2.5 Pracovní listy pro reedukaci afázie

Autoři pracovních listů jsou klinické logopedky (Zuzana Konůpková, Jana Schaefferová, Alena Svobodová a Lenka Valachová) Občanského sdružení Klubu afázie. Jsou určeny klinickým logopedům a logopedům, kteří pracují s lidmi s afázií. Soubor byl vydán v roce 2009 a skládá se z 99 pracovních listů. Součástí je osm cvičení, která se zaměřují na: sémantickou facilitaci, podporu porozumění, podporu výbavnosti a tvorby vět, podporu čtení, psaní, fonologických představ, mnestických funkcí, početních představ a časovou orientaci. Tento autorský tým ve spolupráci s Asociací klinických logopedů, publikoval v roce 2013 další soubor úkolů a cvičení – Pracovní listy pro reedukaci afázie II. Je obohacen o pracovní listy, které si logopedky připravují v praxi pro individuální terapii (Konůpková a kol., 2009).

2.2.6 Soubor programů MENTIO

Tento počítačový program byl vytvořen v roce 1996 primárně pro osoby s neurogenními poruchami řeči. Jeho autorkou je Marta Petržílková (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

V současnosti zahrnuje tyto programy:

I. MENTIO Slovní zásoba

Program se skládá z devíti tematických okruhů: Barvy, Jídlo, Peníze, Doprava, Lidské tělo, Oblečení, Osobní věci, Venku a Příroda (446 fotografií). Okruhy lze různě kombinovat a vytvářet vlastní sady podle individuálních potřeb uživatele. Součástí je šest typů cvičení: Pojmenování, čtení slova, výběr správného slova I., výběr správného slova II., opis slova a napsání slova. Cvičení lze použít na celou sadu slov, nebo za každé slovo individuálně. Sadu obrázků lze vytisknout na tiskárně v pěti různých velikostech (Petržílková [online], 2016).

Neubauer, Petržílková (in Neubauer a kol., 2007) na základě klinických zkušeností spatřují výhody programu především ve snadném ovládnutí obslužných funkcí, propojení terapie řečových schopností, čtení, psaní a verbální paměti, vytváření a tisku libovolných souborů a možnosti detailního záznamu průběhu sezení včetně zhodnocení úspěšnosti intervence.

Program lze aplikovat u všech typů afázií (včetně percepčních poruch).

II. MENTIO Slovesa (Dějové posloupnosti pro logopedickou praxi)

Program obsahuje šedesát činností běžného života, ke kterým patří čtveřice obrázků. Obrázky jsou více abstraktní než fotografie v předchozím programu. Umožňují sestavit dějovou posloupnost k dané činnosti, kterou lze vytisknout. Program je doplněn třemi typy cvičení: velký obrázek s jedním popiskem, malý obrázek a čtyři popisky, čtyři malé obrázky a čtyři popisky (Petržílková [online], 2016).

Jeho přínosem je možnost tvorby vlastní sady konkrétní osobě, vytvoření velkého množství krátkých vět využitelných v reálných životních situacích, stimulace mluvního projevu a chápání příčinných a časových vztahů (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

III. MENTIO MM (Soubor úloh na procvičení paměti)

Program je složen ze čtyř typů cvičení: výběr obrázků, výběr a poloha obrázků, přiložení obrázků na určitá čísla, rozmístění obrázků podle popisu.

Je vhodný pro kognitivní trénink u lehčích a zlepšujících se forem afázie (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

IV. MENTIO Skládačky (Cvičení zrakové percepce)

Program využívá fotografií z programu I. MENTIO Slovní zásoba.

Stimuluje řečové schopnosti, zrakové vnímání, procvičuje pravolevou orientaci na ploše (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

V. MENTIO Nakupování (Početní úlohy podporující samostatnost v obchodě a při zacházení s penězi)

Cílem programu je naučit jeho uživatele peněžní operace při nakupování (hodnota mincí a bankovek, orientace v cenách věcí, spočítání celkové částky). Součástí programu je jedenáct druhů cvičení: Která je to mince/bankovka? Kolik věcí budu kupovat? Co je nejdražší? Seřadit peníze, Kolik mám v peněžence? Co si mohu koupit? Vyberte jednu bankovku, Zaplaťte přesně, Mám dost peněz? Kolik to bude stát? Velký nákup (Petržílková [online], 2016). Je vhodný pro terapii získané dyskalkulie (Neubauer, Petržílková in Neubauer a kol., 2007).

VI. MENTIO Hádanky (Úkoly na kontrolu rozumění textu a rozvoj logického myšlení)

Program obsahuje 240 hádanek a čtyři úrovně obtížnosti. Každá hádanka je popsána třemi větami. Využívá psací i tiskací písmena, cvičení je možno provádět i sluchovou cestou (Petržílková [online], 2016).

VII. MENTIO Zvuky (Rozpoznávání zvuků a trénink sluchové paměti)

Program zahrnuje 200 zvuků běžného života a asi 950 krátkých zvukových podnětů. Součástí programu je audiotest, který umožňuje zhodnotit kvalitu sluchu klienta. Tvoří ho následujících 11 cvičení: Určování zvuků, Výběr z možností 1, 2, Je to tak správně? Utvořte dvojice, Řada zvuků, Skupiny zvuků, Napodobování, Asociace, Zvukové pexeso, Audiotest (Petržílková [online], 2016).

VIII. MENTIO Hlas (Nácvik fonace a modulace hlasu)

Program je určen zejména pro děti se sluchovým postižením, opožděným vývojem řeči, dospělé s potřebou obnovení fonace, ale i pro klienty s kombinovaným postižením. Je využitelný i jako stimulační a motivační činitel v terapii. Pro práci s programem je nutný mikrofon. Jednotlivá cvičení se zaměřují na: Přítomnost zvuku, Výdechový proud, Tvoření hlasu, Hlasový začátek, Hlasitost, Výška, Modulace hlasu (Petržílková [online], 2016).

2.2.7 Afatický slovník

Slovník je určen pro klienty po cévní mozkové příhodě, ale i těm, kteří se podílejí na jeho rehabilitaci. Byl původně vytvořen k soukromým účelům, ale vzhledem k nedostatku podobných materiálů pro klienty s afázií, byl uveden na český trh. Je vydáván na CD a zahrnuje 79 stran. Obrázky jsou řazeny do čtyř kategorií: Podstatná jména, Přídavná jména, Slovesa, Životní situace (Salač, Lísalová [online], 2009).

2.2.8 Aplikace Afatický slovník

Slovník je určen pro osoby s afázií. Byl vytvořen v roce 2015 studenty VŠE v Praze. Je zdarma, pro instalaci je nutné mít operační systém Android. Přínosem je možnost samostatné práce klienta, bez přítomnosti logopeda nebo rodinného příslušníka. Jedná se zatím o pilotní verzi, která se bude rozvíjet dále. Aplikace obsahuje čtyři kategorie: Oblečení, Potraviny, Bydlení, Činnosti. Každou fotografii doprovází hlasový výstup. Součástí aplikace je i Test. Po vybrání příslušné kategorie se zobrazí čtyři fotografie a jedno slovo. Dotykem na obrazovku zvolí klient jednu správnou možnost (Zemanová, Macko [online], 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je:

- Tvorba terapeutického materiálu pro osoby se získanou orgánovou nemluvností.

Díličí cíle výzkumného šetření jsou:

Zhodnotit:

- srozumitelnost instrukcí terapeutického materiálu,
- porozumění obsahu fotografií obrázkového slovníku,
- dostatečnost stanovených kategorií/podkategorií obrázkového slovníku.

3.2 Metodologie výzkumného šetření

V praktické části diplomové práce autorka použila kvalitativní metody výzkumu, konkrétně kazuistiku, pozorování a nestrukturovaný rozhovor.

3.2.1 Kvalitativní výzkum

„Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování“ (Hendl, 2012, str. 61). Nejčastěji je realizován v přirozených podmínkách, rozvíjí se, proměňuje, přizpůsobuje podmínkám získaných výsledků (Hendl, 2012). Gavora (2000) spatřuje hlavní podstatu kvalitativního výzkumu v jeho longitudiálnosti, intenzivnosti a podrobném zápise. Cílem je porozumět člověku a událostem v jeho životě.

3.2.2 Pozorování

Pozorování je nejstarší metodou sběru dat o pedagogické realitě (Chráska, 2007). Výzkumné pozorování lze klasifikovat na otevřené a skryté, zúčastněné (participované) a nezúčastněné (neparticipované), strukturované a nestrukturované (Hendl, 2012).

Kvalitativní výzkum používá nestrukturované pozorování. Tento způsob pozorování je velmi pružný, předmětem pozorování jsou konkrétní jevy, osoby, události, nepoužívají se předem stanovené škály nebo další přesné nástroje (Gavora, 2012).

Jak uvádí Švaříček (in Švaříček, Šedřová a kol., 2014) je základním typem pozorování participační (zúčastněné) pozorování. Participační (zúčastněné) pozorování lze definovat jako dlouhodobé, systematické sledování probíhajících aktivit. Pozorovatel se účastní aktivit pozorovaných osob, případně se zapojuje do činnosti a snaží se získat co nejrozsáhlejší znalosti o zkoumaném vzorku. Na rozdíl od strukturovaného pozorování trvá týdny až měsíce (Gavora, 2012).

Pozorování, které bylo v rámci praktické části realizováno, bylo nestrukturované, participované, probíhající v přirozených podmínkách.

3.2.3 Případová studie

Případová studie se zabývá důkladným studiem jednoho nebo několika málo jedinců. Podle sledovaného případu lze případovou studii rozlišit na osobní, studii komunity, studii sociálních skupin, studii organizací a institucí a zkoumání programů, událostí, rolí, vztahů (Hendl, 2012).

Pro případovou studii autorka čerpalainformace z dostupných lékařských zpráv a volného rozhovoru s ošetřujícím lékařem a manželkou klienta.

3.2.4 Rozhovor

Rozhovor je metoda sběru dat, která spočívá v bezprostřední komunikaci badatele a respondenta (Chráška, 2007). Švaříček (in Švaříček, Šedřová a kol., 2014) označuje rozhovor v kvalitativním výzkumu jako hloubkový. Podstatou hloubkového rozhovoru je studium členů určitého prostředí nebo sociálních skupin s cílem pochopit, jak interpretují a jaký význam připisují dění se svým životě. Mezi hlavní dva typy hloubkového rozhovoru patří polostrukturovaný a nestrukturovaný.

V polostrukturovaném rozhovoru mají respondenti k jednotlivým otázkám vždy několik možností odpovědí (Chráška, 2007). V nestrukturovaném rozhovoru může mít badatel připraveno jen schéma a cíl a dále se dotazuje podle toho, jak se rozhovor vyvíjí (Gavora, 2010). Výhodou nestrukturovaného rozhovoru je snadnější navázání kontaktu mezi tazatelem

a respondentem (Chráška, 2007) a respektování individuálních rozdílů a změny situace (Hendl, 2012).

Poslední kvalitativní metodou, kterou autorka zvolila, byl nestrukturovaný rozhovor s manželkou klienta.

4 TVORBA OBRÁZKOVÉHO SLOVNÍKU A MOŽNOSTI JEHO VYUŽITÍ

V čtvrté kapitole diplomové práce bude autorka popisovat proces tvorby obrázkového slovníku pro osoby s afázií a jeho názorné využití u klienta s expresivní fatickou poruchou řeči.

4.1 Proces tvorby terapeutického materiálu

Proces tvorby terapeutického materiálu se skládá z přípravné, realizační a evaluační fáze. V rámci přípravné fáze tvorby terapeutického materiálu bylo klíčové stanovit: cíl, cílovou skupinu, časové rozvržení, prostředí, formální a obsahovou stránku. Realizační fáze se zaměřovala na přímou tvorbu fotografií a metodické příručky, v evaluační fázi hodnotila autorka celý proces tvorby.

4.1.1 Přípravná fáze

Cíl

Cílem obrázkového slovníku je zlepšení a rozvoj porozumění, exprese řeči, slovní zásoby, plynulosti mluvního projevu, ale i paměti a pozornosti. Lze ho využít také pro terapii poruch čtení a psaní. Přispívá k maximalizaci komunikačních schopností, zapojení klienta s afázií do sociálního prostředí a zachování dobré kvality jehoživota.

Cílová skupina

Obrázkový slovník je určen osobám s afázií, rodinným příslušníkům a ostatním osobám, kteří o ně pečují. Může být podnětnou inspirací pro logopedy, klinické logopedy a ostatní odborníky podílející se na rehabilitaci.

Časové rozvržení

Přípravná fáze tvorby terapeutického materiálu byla zahájena v říjnu 2015.

Prostředí

Obrázkový slovník lze využít v akutní i chronické fázi onemocnění. Je určen pro práci v zdravotnických, školských i sociálních zařízeních a v domácím prostředí klienta s afázií.

Formální stránka

Forma zpracování obrázků

Před samotnou tvorbou obrázkového slovníku bylo nutné určit, jakou formou bude tento terapeutický materiál zpracován.

Pro co nejrealističtější zachycení autorka zvolila fotografické zpracování. Klíčovým prvkem byla také volba velikosti fotografií tak, aby byly fotografie dostatečně zřetelné (i pro klienty se zrakovou vadou) a mohlo se s nimi dobře manipulovat. Byl stanoven formát A4, do kterého autorka zakomponovala čtyři fotografie

Uspořádání terapeutického materiálu

Terapeutický materiál je umístěn v aktovce na spisy s příhrádkami. Každá kategorie obrázků je zvlášť umístěna v samostatných složkách a barevně rozlišena. Součástí každé podkategorie obrázkového slovníku jsou názvy obrázků tiskacím i psacím písmem a v samostatné složce jednotlivá písmena abecedy.

Obsahová stránka

Výběr kategorií a slov

Bylo nutné rozhodnout, do jakých kategorií fotografie rozdělit. Na základě rozhovoru s klinickými logopedy během individuálních logopedických praxí autorka zmapovala situaci a určila pět kategorií a jejich podkategorií. Obsahují frekventovaná podstatná jména, která by osoby s afázií mohly využít v reálném životě.

Přehledné členění jednotlivých kategorií, podkategorií a podstatných jmen, včetně jejich počtu, uvádí v následujících tabulkách.

Jídlo

Tabulka 2Jídlo

Jídlo	
Ovoce	hruška, jablko, banán, pomeranč, jahody, hrozny, broskev, třešně, meruňky, citrón, limetka, kiwi, vlašské ořechy
Zelenina	brambory, brokolice, kedluben, petržel, mrkev, pórek, okurek, rajče, hrášek, paprika, česnek, cibule, řepa
Sladká jídla	bonboniéra, nanuk, koláč, bonbóny, oplatek, lízátko, kobliha, koláč, zákusek, piškoty, kakao, marmeláda, med, cukr, čokoláda, puding
Nápoje	rum, šampaňské, víno, pivo, voda, džus, mléko, káva
Ostatní	vejce, ryba (filé), oříšky, jogurt, máslo, tavený sýr, houska, rohlík, chleba, hermelín, párky, klobása, šunka, sýr, sůl, olej, kompot, těstoviny, rýže, popcorn, koření, paštika, hořčice, žvýkačky, nudle
Počet obrázků: 75	

Oblečení

Tabulka 3Oblečení

Oblečení
pásek, klobouk, ponožky, kravata, plavky, čepice, rukavice, sako, sluneční brýle, sandály, pantofle, kapesník, šála, šátek, šaty, tričko, kraťasy, tepláky, svetr, tílko, mikina, kalhotky, podprsenka, lodičky, kozačky, košile, župan, kalhoty
Počet obrázků: 28

Barvy

Tabulka 4Barvy

Barvy
modrá, červená, bílá, černá, žlutá, růžová, oranžová, zelená, hnědá, šedá
Počet obrázků: 10

Domov

Tabulka 5 Domov

Domov	
Kosmetické potřeby	krém, lak na vlasy, holicí potřeby, mýdlo, toaletní papír, manikúra, natáčky, hřeben, parfém, mycí houba, fén, kulma, kartáček a pasta, vata, vatové tyčinky, papírové kapesníčky, sprchový gel, krém na ruce, líčení
Kuchyňské potřeby	mísa, talíř, prkénko, mixér, otvírák, sklenice, konvice nůž, lžice, vidlička, vařečka, pánev, hrnec, váleček, nůž (příborový), miska, cedník, naběračka, struhadlo, sítko na čaj, hrnek (s podšálkem), stojánek na vajíčko
Kancelářské potřeby	vodové barvy, CD, obálka, lampička, sešit, sešívačka, ořezávátko, psací potřeby, nůžky, pravítko, lepidlo, kalkulačka, kalendář
Úklidové potřeby	prací prášek, lopatka a smeták, hadr, jehla a nit, kolíčky, žehlička, jar, odpadkový koš, houbičky na nádobí, sáčky na odpady, čistič oken
Počet obrázků: 66	

Ostatní

Tabulka 6 Ostatní

Ostatní
kniha, polštář, klíče, hodinky, dioptrické brýle, mobilní telefon, noviny, cigarety a zapalovač, svíčka, časopisy, náušnice, peněženka, náramek, tužkové baterie, nářadí, igelitová taška, váza, léky, náplast, teploměr, obvaz
Počet obrázků: 21

Celkový počet slov

Tabulka 7 Celkový počet slov

Celkový počet slov	200
--------------------	-----

Metodická příručka

Druhou částí tvorby terapeutického materiálu je vytvoření stručné metodické příručky určené primárně osobám s afázií, rodinným příslušníkům a ostatním osobám, které o ně pečují.

V rámci přípravné fáze bylo klíčové určení obsahu metodické příručky. Skládá se z titulní strany, obsahu, úvodu, vzniku a klasifikace afázie, dalších následků poškození mozku a zásad komunikace s jedincem s afázií. Součástí jsou i náměty, jak pracovat s obrázkovým slovníkem.

Obsah	
Úvod	2
Afázie	3
Příčiny	3
Klasifikace afázií	3
Další následky poškození mozku	4
Model centrálního mechanismu jazyka	6
Zásady přístupu k osobě s afázií	8
Možnosti využití obrázkového slovníku	9
Jak postupovat?	9
Zadání a úkoly	10
Pojmenování obrázku	10
Opakování	10
Porozumění	10
Doplňování obrázků do textu	11
Kategorizace	11
Co nepatří mezi ostatní	11
Dvojice slov	11
Hádky	12
Rčení	12
Dvojice slov	12
Zapamatování si obrázků	13
Barvy	13
Jak pracovat s písmeny a nadpisy? Tužkou a papírem?	13

Obrázek 1 Ukázka obsahu metodické příručky

4.1.2 Realizační fáze

Realizační fáze popisuje přímou realizaci fotografií a metodické příručky.

Fotografie

Pro focení předmětů autorka použila klasické postupy tzv. produktové fotografie. Vybrané předměty umístila do produktového stanu. Produktový stan má tvar krychle o různých velikostech, od několika desítek centimetrů po metry, s jedním otvorem pro vkládání focených předmětů a samotné fotografování. Je vyroben z difusní látky, díky které je možné při správném osvětlení docílit toho, aby fotografovaný předmět nevrhal žádný stín a došlo k odstranění jakýchkoliv odrazů i na velmi lesklých předmětech.

Objekty byly nasvíceny umělým světlem stropního osvětlení s doplňujícím světlem blesku fotoaparátu. Autorka použila pevný objektiv 50 mm s nastavenou hloubkou ostrosti od f2 po f16, podle velikosti předmětu. Fotografie byly uloženy ve formátu RAW, který umožňuje větší možnosti úpravy expozice a vyvážení barev při postprodukci. Na postprodukci byla použita 30denní zkušební verze programu Adobe Lightroom 3.6. Za jeho pomoci bylo upraveno vyvážení bílé, expozice a případné ořezy.

Fotografie byly následně exportovány do formátu jpg. V programu ZonerPhoto studio 15 byly upraveny do požadované velikosti (čtyři fotografie na stránku) a následně barevně vytisknuty.

Spolu s jejich názvy a písmeny abecedy byly zataveny do fólie pomocí laminovacího přístroje a řezačkou papíru rozděleny na jednotlivé fotografie. Důvodem laminace je nejen jejich delší životnost, ale i lepší manipulace. Názvy obrázků jsou vytištěny velkým tiskacím patkovým písmem Times New Roman, velikost 24 a písmena abecedy patkovým písmem Times New Roman, velikost 48.

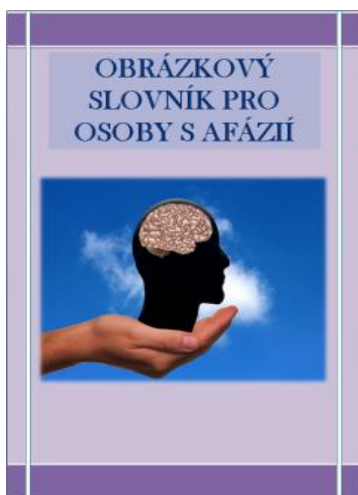
Metodická příručka

Uspořádání metodické příručky

Metodická příručka obsahuje celkem 16 listů formátu A4. Jednotlivé listy jsou graficky upraveny v MS Word 2007. Listy jsou vytisknuty jednostranně, barevně a svázané plastovým hřbetem.

Titulní strana

Pro titulní stranu byl vybrán obrázek, který je volně dostupný na pixabay.com, aniž by byla porušována autorská práva. Uvedený obrázek autorka zvolila, protože se domnívá, že velmi dobře vystihuje etiologii afázie.



Obrázek 2 Ukázka titulní strany

Úvod

Úvodní část informuje o tom, komu je obrázkový slovník určen, v jakém prostředí ho lze využít a představuje koncepci metodické příručky.

Možnosti využití obrázkového slovníku

Vzhledem k cílové skupině, které je terapeutický materiál určen (osoby s afázií, rodinní příslušníci a ostatní, kteří o osoby s afázií pečují), je v poslední části metodické příručky uveden postup práce s obrázkovým slovníkem a návrhy jednotlivých úkolů.

Zadání a úkoly

Zadání úkolů je formou instrukcí, které jsou směřovány osobě, která s obrázkovým slovníkem pracuje. Slouží jako podnětná inspirace a lze je jakkoli obměňovat či rozšiřovat. Jsou demonstrovány na kategorii Oblečení a v zadání je vždy uveden počet obrázků, se kterými je vhodné začít pracovat.

Názvy úkolů jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Instrukce k úkolům již nejsou uvedeny, protože jsou součástí metodické příručky.

Tabulka 8 Úkoly

Úkoly
Pojmenování
Porozumění
Doplňování obrázků do textu
Kategorizace
Co nepatří mezi ostatní
Co k sobě patří
Hádky
Rčení
Dvojice slov
Zapamatování si obrázků
Barvy
Jak pracovat s písmeny a nadpisy? Tužkou a papírem?

4.1.3 Evaluační fáze (autoevaluace)

V evaluační fázi autorka hodnotí celý proces tvorby fotografií a metodické příručky.

Fotografie

Příprava tvorby terapeutického materiálu byla zahájena v říjnu 2015. Autorka považuje tento časový horizont vzhledem k počtu fotografií za dostačující. Pokud by byl v budoucnu terapeutický materiál rozšiřován, je vhodné zvolit větší časovou rezervu. Nejprve bylo nutné vymezit, do jakých kategorií fotografie rozdělit. Na základě konzultací s klinickými logopedy během logopedických praxí zvolila autorka pět kategorií, které zachycují nejfrekventovanější podstatná jména, která by mohl klient s afázií potřebovat. Vzhledem k počtu a přehlednosti byly fotografie rozčleněny do podkategorií. Bylo nutné určit a shromáždit vhodné předměty, které budou prezentovat jednotlivé kategorie. Tuto část přípravné fáze tvorby terapeutického materiálu považuje autorka za jednu z nejnáročnějších. Důvodem je nejen dlouhá časová příprava, ale také výběr předmětů tak, aby byly pro klienty s afázií srozumitelné a výstižné. V závěrečné fázi přípravy fotografií bylo klíčové zvolit umístění terapeutického materiálu. Mezi návrhy, o kterých jsme uvažovali, byla krabice, pákový pořadač, box nebo aktovka na spisy. Nejprve byl zakoupen box na spisy formátu A4, který z důvodu nedostatečné velikosti musel být nahrazen aktovkou na spisy s přihrádkami.

V aktovce na spisy je každé téma umístěno zvlášť v samostatné složce. Každá kategorie obrázků je barevně rozlišena. Součástí každé složky je spisová deska s drukem, v níž jsou názvy jednotlivých fotografií. Autorka považuje tuto formu za praktickou a přehlednou. S fotografiemi i nadpisy lze snadno manipulovat a jejich umístění v jednotlivých složkách brání pomíchání fotografií a nadpisů.

Pro samotnou realizaci fotografií se jevilo jako nejvhodnější použít tzv. produktový stan. Je vyroben z difuzního materiálu, který rovnoměrně distribuuje světlo a eliminuje nežádoucí lesky. Jeho použitím se splnil hlavní požadavek, který si autorka stanovila. Dostatečná přehlednost a výstižnost fotografovaných předmětů se zachycením hlavního motivu snímku bez rušícího pozadí. Následně byly fotografie upraveny v programu Adobe Lightroom a v programu ZonerPhoto Studio 15 upraveny do požadované velikosti, tak aby se na stranu formátu A4 vešly čtyři obrázky. Nejproblematictější úsekem realizace fotografií bylo jednotlivé předměty v produktovém stanu vhodně rozmístit tak, aby byla zachována správná kompozice a úhel záběru. Časově náročná byla i samotná příprava realizační fáze fotografií. Autorka si musela sehnat a připravit všechny materiály potřebné k tvorbě fotografií. Jednalo

se tedy o produktový stan, fotoaparát, předměty dle zvolených kategorií, programy k úpravě fotografií, barevný tisk, laminovací fólie, laminovací zařízení, řezačku papíru.

Metodická příručka

Vzhledem k cílové skupině, které je obrázkový slovník určen, byla vytvořena metodická příručka. Obsahem jsou základní informace o afázii, které by mohl klient s afázií, rodinný příslušník nebo jiná osoba, která o něj pečuje, potřebovat. Metodická příručka je psána srozumitelným způsobem tak, aby byla vhodná i pro laickou veřejnost. Za přínosné považuje autorka vytvoření námětů práce s obrázkovým slovníkem. Výhodou je podrobný popis postupu a následné instrukce k úkolům krok za krokem. I přes to, že tvorba námětů práce s obrázkovým slovníkem byla z celé metodické příručky nejnáročnější, autorka považuje celý proces za obohacující. Náměty úkolů k práci s obrázkovým slovníkem budou sloužit jako zásobník inspirací pro její budoucí praxi. Jednotlivé listy byly upraveny v MS Word 2007 v jednotné fialovo-bílé kombinaci barev. Listy byly svázané plastovým hřbetem. Tento způsob autorka hodnotí jako účelný.

Protože hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření terapeutického materiálu, nebylo součástí ověření materiálu na větším výzkumném vzorku. Ověření autorka realizovala u klienta s expresivní fatickou poruchou řeči a rozhovorem s jeho manželkou, která slovník používá pro intervenci v domácím prostředí. Pro další užití obrázkového slovníku je žádoucí jeho ověření na větším výzkumném vzorku mezi osobami s afázií, rodinnými příslušníky a ostatními osobami, které o ně pečují.

4.2 Logopedická intervence u klienta s expresivní fatickou poruchou řeči

4.2.1 Případová studie

Zkoumaná osoba

Zkoumanou osobou je pan Milan. Panu Milanovi je 78 let a v lednu roku 2014 prodělal cévní mozkovou příhodu. Byl hospitalizován v nemocnici v Kroměříži a následně propuštěn do domácího ošetřování.

Autorku diplomové práce oslovila manželka klienta, která hledala někoho, kdo by s ním realizoval terapii v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že autorka neměla k dispozici zprávy z logopedických vyšetření, protože klient klinického logopeda navštívil párkrát,

čerpala informace k odebrání anamnézy z dostupných lékařských zpráv a rozhovorem s manželkou.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Otec pana Milana zemřel v 76 letech, jeho matka zemřela v 74 letech, oba v důsledku cévní mozkové příhody. Pan Milan má jednu starší sestru (79 let) s diabetes mellitus, v roce 2015 jí byla amputována končetina. V rodině se nevyskytují žádné další závažnější komplikace a onemocnění.

Pracovní anamnéza

Pan Milan vystudoval dvě střední odborné školy s maturitou. Střední průmyslovou školu, obor: dřevařství a střední strojírenskou školu, obor: konstruktérství.

Pracoval jako konstruktér, vedoucí v masné výrobě a hlídač objektů. V současnosti je v invalidním důchodu.

Sociální anamnéza

Pan Milan žije s manželkou v Chropyni v panelovém bytě, v prvním patře. Je podruhé ženatý. Z prvního manželství má tři syny, jeho současná manželka má syna a dceru. Společné děti nemají.

Osobní anamnéza

V roce 2005 byla panu Milanovi diagnostikována ischemická choroba srdeční a Sick sine syndrom. V témže roce byla provedena implantace kardiostimulátoru. V roce 2013 proběhla reimplantace kardiostimulátoru v Baťově nemocnici ve Zlíně.

V osobní anamnéze se dále objevuje hypertenzní choroba III. stupně dle WHO, chronický vertebrogenní algický syndrom, artrosa váhonosných kloubů, hyperlipidémie.

31. ledna 2014 byl pan Milan hospitalizován v kroměřížské nemocnici na interním oddělení pro recidivu flutteru síní a cévní mozkovou příhodu při ischemické lézi v levé mozkové hemisféře. Konkrétně došlo k embolizaci do mozku při flutteru síní. Následkem byla expresivní fatická porucha, centrální paréza n. VII. dx., bez hemiparézy. Ostatní neurologické nálezy bez čerstvých topických změn.

V roce 2015 byl pan Milan přijat na chirurgickém oddělení v kroměřížské nemocnici pro frakturu stydké kosti a hlavice pažní kosti, které utrpěl při pádu doma.

Současný stav

Nynější onemocnění

Přetrvává chronická choroba srdeční, expresivní fatická porucha, časté otoky a bolesti DK bilat., výrazně omezená hybnost.

Manželka pana Milana uvádí, že během posledního roku došlo k prudkému zhoršení zdravotního stavu. Pozoruje změny nálad, chování, negativismus a únavu. Uvádí, že pan Milan spí i 15 hodin denně. Utrpěl několik pádů doma, má problém s mobilitou a zvládnutím základních životních potřeb. Jeho stav je dlouhodobě nepříznivý, potřebuje pomoc manželky.

Komunikační schopnosti

Po propuštění z nemocnice po CMP (leden 2014) pan Milan navštívil klinického logopeda pouze párkrát. Přesný údaj si nevzpomíná. Jako důvod uvádí, že nepozoroval změnu k lepšímu, proto terapii ukončil.

Pan Milan se při komunikaci s manželkou snaží navázat a udržovat konverzaci a komunikovat verbálně i neverbálně. Je orientován místem, časem i osobou. Často je netrpělivý a podrážděný kvůli neschopnosti se vyjádřit. Verbální produkce je nonfluentní, namáhavá, přerušována častými anomickými pauzami. Vyskytují se sémantické i fonemické parafázie. Porozumění je na dobré úrovni, ale porozumět složitějším větám je pro něj obtížnější. Chybou verbální produkci si uvědomuje a snaží se o autokorekci. Je schopen vést jednoduchý dialog a produkovat kratší věty, nejčastěji o 3 až 4 slovech. V řeči nejčastěji převažují podstatná jména, slovesa jsou redukována. Opakování se daří pouze u krátkých slov, při pojmenování užívá často tzv. cirkomlokuce (opis slov).

Vyskytuje se alexie. V hlasitém čtení převažují paralexie, porozumění čtení je zachováno u jednotlivých slov. Při spontánním psaní napíše své jméno, příjmení, datum narození a adresu, jednotlivá písmena a slova. Při psaní na diktát, opisu slov, vět jsou přítomny paragrafie a amnestická agrafie. Obkreslování geometrických tvarů je zachováno. Má problémy v základních početních úkonech s přechodem přes desítku.

4.2.2 Průběh logopedické intervence

Autorka diplomové práce zvolila u pana Milana celkem šest intervencí po dvaceti minutách (vzhledem k jeho zdravotnímu stavu). Terapie byla zahájena v lednu roku 2016, vždy jeden den v týdnu.

Autorka postupovala podle zadání a úkolů, které jsou uvedeny v úvodní části obrázkového slovníku pro osoby s afázií. V rámci terapie pracovala se všemi kategoriemi obrázkového slovníku, aby si mohla ověřit jejich přínos a srozumitelnost.

Průběh terapie

1. terapie

Logopedická terapie byla zaměřena na nácvik nomie, fluence mluvního projevu a rozvoje slovní zásoby.

Na prvním terapeutickém sezení autorka z pěti kategorií obrázkového slovníku zvolila kategorii Jídlo. Pan Milan je vášnivý kuchař, tudíž byl výběr kategorie cílen na jeho zájmy.

Nejprve byly vybrány úkoly z oblasti pojmenování. Autorka zvolila čtyři obrázky z kategorie Jídlo, podkategorie Ostatní–chleba, vejce, žvýkačky, šunka. Pan Milan pojmenovával obrázky, následně určoval barvy jednotlivých jídel a pojmenovával obrázky, které mu autorka ukazovala.

Pan Milan instrukcím porozuměl, při nomii obrázků, gnozii barev se u některých slov vyskytovaly fonemicképarafázie (např. šunka–šudka), cirkomlokuce(např. žvýkačky– to je to...do pusy...no...žvýkáme to...), sémantické parafázie (chleba– rohlík). Při chybné produkci se snažil o autokorekci.

Následně byly přidány další dva obrázky z kategorie Jídlo, podkategorie Ovoce – banán, pomeranč, s kterými se pracovalo stejným způsobem.

V závěru terapie byla zařazena hra Menu. Panu Milanovi bylo předloženo 8 obrázků kategorie Jídlo, podkategorie Ostatní – šunka, sýr, ryba (filé), houska, máslo, podkategorieZelenina – brambory, okurek, řepa.Prvním úkolem bylo pojmenovat všechny obrázky. Poté pan Milan ze série obrázků vybíral to jídlo, které by si dal k snídani, svačině, obědu a večeři. Stěžejní bylo vyjadřovat se v souvětích. Např. Ke snídani si dám šunku a sýr, k obědu mám rád rybu s bramborem,na večeři rád jím housku s máslem.

Vyjadřování ve větách pro něj bylo nejvíce problematické. Řečová produkce byla agramatická, převažovala podstatná jména, ale porozumění bylo zachováno.

2. terapie

Cílem druhé logopedické intervence byl nácvik porozumění a opakování. Autorka zvolila kategorii Oblečení.

Byly vybrány čtyři obrázky– čepice, kravata, plavky, sluneční brýle. Nejprve pan Milan ukazoval na obrázky, které autorka jmenovala, poté odpovídal na jednoduché otázky pomocí

odpovědí ANO/NE. Např. Je čepice na obrázku žlutá? V poslední části nácviku porozumění byly zařazeny složitější instrukce. Např. Pokud chci bruslit, musím si nejdříve about brusle?

Pan Milan odpověděl správně na otázky, ale poslední úkol byl pro něj obtížný. V odpovědích si nebyl jistý, váhal. Instrukce musela být několikrát zopakována.

Při nácviku opakování autorka opět pracovala s čtyřmi obrázky, jejich počet postupně zvyšovala. Pan Milan opakoval názvy obrázků, nejprve podstatná jména (např. čepice), přídavné a podstatné jméno (např. teplá čepice), dvě přídavná a jedno podstatné jméno (např. pánská pruhovaná kravata) a věty (např. Protože je zima, nosíme čepici).

Opakování podstatných jmen a podstatného jména v kombinaci s jedním přídavným jménem bylo intaktní, kombinace dvou přídavných jmen, jednoho podstatného a věty činily panu Milanovi potíže.

3. terapie

Terapeutické sezení bylo zaměřeno na nácvik grafie.

Intervence byla zahájena spontánním napsáním svého jména, příjmení a bydliště. Poté měl pan Milan za úkol opis dle předlohy – písmena, slabiky (která jsou součástí obrázkového slovníku).

V závěru byly panu Milanovi předloženy čtyři obrázky z kategorie Domov, podkategorie Kuchyňské potřeby – pánev, lžice, mísa, stojánek na vejce. Obrázky měl pan Milan pojmenovat a následně názvy zapsat na papír.

Spontánní psaní jména, příjmení, opis písmen a slabik pan Milan zvládl. V opisu a při spontánním psaní bydliště, názvů obrázků se objevovaly paragrafie, amnestická agrafie. Autorka při intervenci použila fonémické a sémantické nápovědy.

4. terapie

Čtvrtá část terapie byla věnována nácviku lexie.

Autorka zvolila čtyři obrázky z kategorie Domov, podkategorie Kosmetické potřeby – lak na vlasy, krém, natáčky, fén a k nim přiřadila jejich názvy, které měl pan Milan za úkol přečíst. V další části úkolu bylo panu Milanovi předloženo celkem 6 nadpisů (lak na vlasy, krém, natáčky, fén, sprchový gel, hřeben) a čtyři obrázky z předchozího úkolu. Cílem bylo nadpisy přiřadit ke stejnému obrázkům a přečíst je.

Z jednotlivých písmen, která jsou součástí obrázkového slovníku, skládal pan Milan názvy obrázků a ty potom přečetl.

V závěru přiřazoval ke skupině obrázků písmeno, na které slovo odpovídající obrázku začínalo.

Porozumění čtení u jednotlivých slov bylo zachováno, v hlasitém čtení byly přítomné paralexie, řečová produkce byla nonfluentní, při skládání názvů obrázků písmena přehazoval, počáteční písmeno přiřadil.

5. terapie

Logopedická intervence byla zaměřena na rozvoj koncentrace, dlouhodobé a krátkodobé paměti.

Pro procvičování dlouhodobé paměti a koncentrace byl zvolen úkol s názvem– Co k sobě patří. Na stůl do dvou sloupců po třech autorka rozložila obrázky z kategorie Domov, podkategorie Kuchyňské potřeby – nůž, vidlička, otvírák, Kancelářské potřeby – tužka, ořezávátko a kategorie Jídlo, podkategorie Nápoje – pivo. Úkolem pana Milana bylo přiřadit dvojice obrázků, které k sobě patří. Po splnění úkolu byly k obrázkům přidány další dvě dvojice z kategorie Kancelářské potřeby–papír, nůžky.

Dalším úkolem bylo doplňování rčení. Autorka zvolila dvě kategorie–Oblečení (šaty, brýle, čepice, rukavice, košile, kapesník) a kategorii Jídlo, podkategorii Sladká jídla (koláč, oplatek), Nápoje (voda, víno, rum). Pan Milan vhodný obrázek doplňoval do rčení. Např. Má pod (**čepicí**), (**šaty**) dělají člověka. Bez práce nejsou (**koláče**).

V cvičení krátkodobé paměti bylo použito předchozích osm obrázků z prvního úkolu. Pan Milan si obrázky prohlédl, zapamatoval, poté se jeden obrázek obrátil směrem dolů a pan Milan popisoval, co na něm bylo. Počet obrácených obrázků se zvyšoval, až k číslu sedm.

První úkol pan Milan splnil zcela správně, u druhého úkolu z možných šesti rčení doplnil tři. V cvičení krátkodobé paměti pan Milan správně popsal dva obrázky, dva neurčil vůbec a u dalších byly v řečové produkci opět přítomny parafázie, cirkomlokuce.

6. terapie

V posledním terapeutickém sezení se pracovalo s kategorií Barvy. Bylo použito všech deset fotografií.

Úkolem pana Milana bylo najít a pojmenovat co nejvíce věcí v jeho okolí podle barvy, která byla určena (např. zelená, hnědá, bílá). Dalším variantou bylo k obrázkům z kategorie Jídlo, podkategorie Ovoce, Zelenina (pomeranč, citron, okurek, jahody, brokolice, cibule, banán) přiřazovat (vč. pojmenování) shodné barvy.

Obtížnější formou byly Hádanky. Na stůl bylo rozmístěno pět obrázků z kategorie Oblečení. Autorka si vybrala vždy jeden obrázek, který popisovala, pan Milan měl určit, který to je a přiřadit k němu stejnou barvu. Např. Pokrývka hlavy, kterou nosíme v zimě (**zimní čepice**).

V závěrečné fázi byl zařazen úkol Míchání barev. Pan Milan odpovídal, jaká barva vznikne smícháním žluté a modré, bílé a černé, červené a bílé. Jako vizuální oporu měl fotografie barev.

V prvním úkolu pan Milan pojmenoval dva hnědé (stůl, skříň), jeden zelený (kytka) a dva bílé (okno, parapet) předměty z jeho okolí. V mluvním projevu byly přítomny identické symptomy, které autorka popisovala u předchozích terapií, instrukcím porozuměl.

Pana Milana nejvíce bavily Hádanky a Míchání barev i přes to, že je hodnotil jako nejvíce obtížné z uvedených cvičení. V minulosti velmi rád luštil křížovky, sudoku a maloval obrazy, tudíž mu toto téma bylo blízké.

Závěrečné zhodnocení terapie

Autorka se s panem Milanem seznámila již před půl rokem, kdy ji oslovila jeho manželka, která si přála, aby s panem Milanem někdo terapeuticky pracoval v domácím prostředí. Navštěvuje ho po dobu čtyř měsíců, většinou jednou týdně, podle jeho zdravotního stavu. Logopedická intervence byla náročnější, její průběh byl často přerušován nebo předčasně ukončen, protože se pan Milan lehce unavil nebo se necítil dobře. Spolupráce s ním nebyla konstantní. Občas v některých cvičeních rezignoval a nechtěl pokračovat dál. Klientovi chybí patřičná motivace. Kvůli přetrvávajícím zdravotním obtížím pro něj není reedukace fatických funkcí prioritou. Logopedická intervence je dlouhodobý proces, její výsledky jsou velmi individuální. Vzhledem k obětavé péči jeho manželky, která se do procesu reedukace zapojila a v současnosti s ním intenzivně pracuje, lze předpokládat zlepšení alespoň některých z fatických funkcí.

4.3 Shrnutí

Jak bylo uvedeno v evaluační fázi procesu tvorby terapeutického materiálu, byl obrázkový slovník vzhledem k hlavnímu cíli diplomové práce ověřen u jednoho klienta s expresivní fatickou poruchou řeči. Proces ověření byl uskutečněn během šesti logopedických intervencí a pomocí nestrukturovaného rozhovoru s manželkou klienta, která se slovníkem dále pracovala v domácím prostředí.

V průběhu práce s terapeutickým materiálem se autorka zaměřila na hodnocení srozumitelnosti jednotlivých instrukcí, porozumění obsahu fotografií a dostatečnosti stanovených kategorií/podkategorií.

Z průběhu šesti logopedických intervencí s klientem lze říci, že instrukce jednotlivých úkolů byly v průběhu intervence klientovi srozumitelné, ale při porozumění složitějším instrukcím se objevovaly obtíže. Obsah fotografií, které byly použity během terapie, byl klientovi zřejmý, při pojmenování fotografií se v řečové produkci vyskytovaly symptomy typické pro expresivní fatickou poruchu řeči. Stanovené kategorie a počet slov v jednotlivých kategoriích považuje autorka za vyhovující.

Po uplynulých šesti intervencích pokračovala v terapii s klientem jeho manželka. Z rozhovoru vyplynulo, že manželka hodnotí terapeutický materiál jako velmi přínosný. Zvláště oceňovala metodickou příručku, která jí dle jejích slov byla průvodcem napříč afázií. Jedním z důvodů je také skutečnost, že nezahájili spolupráci s logopedem. Zásady přístupu osobě s afázií v ní uvedené jí byly inspirací, protože doposud si nebyla jistá, jak správně k manželovi přistupovat. Uvádí, že často opravovala jeho chybnou gramatiku v řečové produkci a snažila se za něj dokončovat věty. S manželem se snažila pojmenovávat obrázky z dostupných knih, které měla doma a číst noviny. Bohužel, některé z knih byly určeny pro děti. Žádný další terapeutický materiál nevyhledala. Instrukce a úkoly hodnotila jako srozumitelné. Při práci s obrázkovým slovníkem využívala uvedených nápověd (gesto, počáteční písmeno, slabika, přípravné jméno i opis).

Uspořádání obrázkového slovníku v aktovce na spisy a barevné rozlišení jí vyhovovalo pro jeho praktičnost. Z uvedených kategorií by do budoucna přivítala rozšíření o kategorie povolání, instituce, zvířata a činnosti. Kategorii Domov by doplnila o podkategorie zařízení bytu a spotřebiče. Co se týče porozumění obsahu jednotlivých fotografií, jmenovala manželka fotografie, které nebyly dostatečně zřejmé. Jednalo se o řepu, hrozny a česnek. Další fotografie dle ní byly přehledné s velmi realistickým zachycením skutečnosti.

Pro další využití navrženého terapeutického materiálu se jeví účelným jeho rozšíření o další kategorie a ověření na větším výzkumném vzorku. Dle názoru autorky lze říci, že ho lze použít u klientů s afázií, ale i s jiným narušením komunikační schopnosti.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce byla tvorba terapeutických materiálů pro osoby se získanou orgánovou nemluvností.

Teoretická část diplomové práce byla rozdělena do dvou kapitol. V úvodu byla popsána terminologie a definice afázie, o které lze říci, že je nejednotná, protože každý odborník nahlíží na danou problematiku jinak. Bylo vymezeno pět historických etap afázie, na které navazovala podkapitola o etiologii. Autorka se zde zabývala nejčastějšími příčinami vzniku afázie, konkrétně cévní mozkovou příhodou, nádory, úrazy mozku, degenerativními změnami a intoxikací. V podkapitole symptomatologie charakterizovala nejčastější symptomy, jejichž obraz je variabilní. V části, která popisuje klasifikaci afázií, autorka podrobně rozpracovala Bostonskou klasifikaci. Závěr kapitoly byl věnován diagnostice afázií, konkrétně diagnostickým metodám a diferenciální diagnostice afázií. V druhé kapitole teoretické části se autorka zabývala problematikou terapie afázie. V podkapitole terapeutické přístupy se zaměřila na kognitivně neurologický, pragmatický směr a specifické terapeutické postupy. V závěru kapitoly autorka podala přehled nejužívanějších terapeutických materiálů, které jsou u nás dostupné. Byly zmíněny také multimediální programy jako aplikace Afatický slovník, MENTIO nebo Afatický slovník na CDromu.

Praktická část diplomové práce popisovala proces tvorby terapeutického materiálu, konkrétně obrázkového slovníku a metodické příručky, která je jeho součástí. Proces tvorby se skládal z přípravné, realizační a evaluační fáze. V rámci těchto fází bylo klíčové určit formu zpracování a umístění obrázků, stanovit vhodné kategorie/podkategorie a jejich slova a navrhnout metodickou příručku.

Vzhledem k cíli diplomové práce, nebylo ověření obrázkového slovníku realizováno na větším výzkumném vzorku, ale u jednoho klienta s expresivní fatickou poruchou řeči a pomocí nestrukturovaného rozhovoru s manželkou klienta. Byly vyhodnoceny nejen logopedické intervence s klientem, ale také hlavní a dílčí cíle, které si autorka stanovila.

Obrázkový slovník lze využít jak v akutním, tak chronickém stádiu onemocnění s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu. Jeho přínosem je zlepšení a rozvoj porozumění, exprese řeči, slovní zásoby, plynulosti mluvního projevu, ale i paměti a pozornosti. Lze ho využít také pro terapii poruch čtení a psaní. Přispívá k maximalizaci komunikačních schopností, zapojení klienta s afázií do sociálního prostředí a zachování jeho dobré kvality života. Podle autorky je vhodný nejen pro klienty s afázií, ale i s jiným narušením komunikační schopnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BASSO, A. *Aphasia and its therapy*. New York: Oxford University Press, c2003. ISBN 0-19-513587-3.

CSÉFALVAY, Zsolt a Pavol TRAUBNER. *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0377-6.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠŤÁLOVÁ a Marta KLIMEŠOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2002. ISBN 80-903312-0-3.

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

ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. *Textová a obrázková cvičebnice pro nemocné s poruchou řečových funkcí – afázií*. Olomouc: Fakultní nemocnice, 1998. Bez ISBN.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 3. dopln. a rozšiř. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HALPERN, Harvey a Robert GOLDFARB. *Language and motor speech disorders in adults*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, c2013. ISBN 0763774731.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HEGDE, David a Donald FREED. *Assessment of communication disorders in adults*. San Diego, CA: Plural Pub., 2011. ISBN 1597564141.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HIRT, Miroslav a kol. *Tupá poranění v soudním lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4194-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Pavel a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.

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

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia a kol. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KONŮPKOVÁ, Zuzana a kol. *Pracovní listy pro reedukaci afázie*. Praha: Občanské sdružení Klub afasie, 2009. Bez ISBN.

KOŠŤÁLKOVÁ, O., N. LUPIENSKÁ a J. UHLÍŘOVÁ. *Žijte každý den: praktická cvičení a aktivity pro osoby po CMP* [online]. [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: http://ergoaktiv.cz/storage/CMP_cviceni%20na%20kazdy%20den_fin.pdf.

KOUKOLÍK, František. *Lidský mozek: funkční systémy, norma a poruchy*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-891-3.

KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. Bez ISBN.

LECHTA, Viktor a kol. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušenej komunikačnej schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LEZAK, Muriel Deutsch a kol. *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford University Press, 2012. ISBN 978-0-19-539552-5.

LOVE, Rusell J a Wanda G WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a príznaky: diferenciálna diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.

MIMROVÁ, Milada. *Afázie – soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-81-0.

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

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

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

PAPATHANASIOU, Ilias, Patrick COPPENS a Constantin POTAGAS. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett learning, 2013. ISBN 978-0-7637-7100-3.

PETRŽÍLKOVÁ, MARTA. *Mentio*[online]. 2016 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <https://www.mentio.cz/mentio/index.htm>

- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247- 1490-5.
- POWELL, Trewor. *Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.
- ROZSYPAL, Hanuš. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2932-2.
- SALÁČ, Jaroslav a Kateřina LÍSALOVÁ. *Afatický slovník*[online]. 2009 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <http://slovník.kvalitne.cz/>
- SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SPREEN, Otfried a Anthony H RISSER. *Assessment of aphasia*. New York, N.Y.: Oxford University Press, c2003. ISBN 0195140753.
- Světová zdravotnická organizace, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2013. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: Desátá revize: aktualizovaná k 1. 4. 2014: tabelární část [online]. 2. aktualizované vydání. Praha: Bomton Agency. [cit. 2016-04-04] ISBN 978-809-0425-903. Dostupný z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf
- SUCHÁ, Jitka. *Cvičení paměti pro každý věk: testy na paměť a logiku*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0140-3.
- SUCHÁ, Jitka. *Skupinové hry pro cvičení paměti v každém věku*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0059-8.
- ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. 3. nově ilustr. vyd. Praha: Avicenum, 1984. Bez ISBN.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

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

VOKURKA, Martin a kol. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.

ZEMANOVÁ, Lucie a Ondřej MACKO. *Aplikace afatický slovník*[online]. 2015 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <https://play.google.com/store/apps/details?id=cz.logoscience.slovník>

SEZNAM ZKRATEK

AST	Aphasia Screening Test
AAT-BT	Aachener Aphasia Bedside Test
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
BAT	Bilingual Aphasia Test
BDAE	Boston Diagnostic Aphasia Examination
BNT	Boston Naming Test
CADL	Communicative Activities of Daily Living
CNS	Centrální nervová příhoda
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Počítačová tomografie
dx.	Dexter (vpravo)
FAST	Frenchay Aphasia Screening test
HIV	Human Immunodeficiency Human (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
MAST	Mississippi Aphasia Screening Test
MIT	Melodic Intonation Therapy
MRI	Magnetická rezonance
n.VII	Nervus facialis (nerv lícní)
PAV	Pražské afaziologické vyšetření
PACE	Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness
PET	Pozitronová emisní tomografie
SAS	Sklar Aphasia Scale
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
TAP	Treatment of Aphasic's Perseveration
TIA	Transientní ischemická ataka
VFF	Vyšetření fatických funkcí
WAB	Western Aphasia Battery
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Ukázka obsahu metodické příručky

Obrázek 2: Ukázka titulní strany

Tabulka 1: Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie

Tabulka 2: Jídlo

Tabulka 3: Oblečení

Tabulka 4: Barvy

Tabulka 5: Domov

Tabulka 6: Ostatní

Tabulka 7: Celkový počet slov

Tabulka 8: Úkoly

SEZNAM PŘÍLOH

Vytvořený terapeutický materiál, není vzhledem jeho rozsáhlosti součástí příloh, ale je přiložen zvlášť.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Magdalena Ondráčková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Gabriela Smečková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Terapeutické materiály a jejich tvorba pro osoby se získanou orgánovou nemluvností.
Název v angličtině:	Therapeutic materials and their creation for persons with acquired organ speechlessness.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá tvorbou terapeutických materiálů, konkrétně obrázkového slovníku pro osoby s afázií. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část poskytuje informace o terminologickém vymezení a definici afázie, seznamuje s historií afázie a popisuje etiologii, symptomatologii a diagnostiku. Následující kapitola se věnuje terapii afázie. Charakterizuje jednotlivé terapeutické přístupy a uvádí přehled terapeutických materiálů, které jsou dostupné v České republice. Praktická část se věnuje procesu tvorby terapeutického materiálu a jeho následnému ověření u klienta s expresivní fatickou poruchou řeči. Kapitola je zakončena závěrečným shrnutím dosažených výsledků.
Klíčová slova:	Afázie, cévní mozková příhoda, logopedická intervence, expresivní fatický porucha, terapeutické materiály, proces tvorby, obrázkový slovník.
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the creation of therapeutic materials, especially picture dictionary for persons with aphasia. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part provides information about terminology definition as well as history of aphasiology and describes the etiology, symptomatology and diagnostics. The next chapter is devoted to the treatment of aphasia. It describes the various therapeutic approaches and provides an overview of therapeutic materials that are available in the Czech Republic. The practical part deals with the process of creating therapeutic material and its subsequent verification of clients with expressive aphasia speech disorder. The chapter ends with a summary of the final results.

Klíčová slova v angličtině:	Aphasia , stroke, speech therapy , expressive aphasia speech disorder, therapeutic materials, process creation, picture dictionary.
Přílohy vázané v práci:	0 (terapeutický materiál je přiložen zvlášť)
Rozsah práce:	69stran
Jazyk práce:	Český